



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2020

Thèse N°: 210

PROFILS, IMPACTS ET PRISE EN CHARGE DES FIBROMES UTÉRINS À PROPOS DE 173CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR

Madame Dina HOUJJAJ

Née le 19 Juin 1994 à Rabat

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Fibrome, Utérus, Léiomyome.

Membres du Jury :

Madame Aicha KHARBACH

Professeur Gynécologie-Obstétrique

Madame Najia ZERAIDI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Monsieur Ibrahim RHARAB

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Président

Rapporteur

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

اللَّهُ
صَدَقَ
الْعَظِيمُ



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION :

<i>Doyen</i>	Professeur Mohamed ADNAOUI
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantes</i>	Professeur Brahim LEKEHAL
<i>Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération</i>	Professeur Toufiq DAKKA
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie</i>	Professeur Younes RAHALI
<i>Secrétaire Général</i>	Mr. Mohamed KARRA

* Enseignants Militaires

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - Clinique Royale
Anesthésie - Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne - Doyen de la FMPR
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie - Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUHA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation- Doyen de FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat
Chimie thérapeutique,

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUHA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique

* Enseignants Militaires

Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAoui Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAoui Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAoui CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI

Chirurgie Générale - Directeur du CHIS
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Urologie Inspecteur du SSM
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie Directeur HMI Mohammed V

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie Directeur Hôp.Ar-razi Salé
Gynécologie Obstétrique

Neurologie Doyen de la FMP Abulcassis

* Enseignants Militaires

Pr. BOUGTAB
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Abdesslam Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSI Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa*
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale *Directeur Hôpital Ibn Sina*
Chirurgie Thoracique

* Enseignants Militaires

Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBABH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique *V-D chargé Aff Acad. Est.*
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie *Dir.-Adj. HMI Mohammed V*
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. HACHI Hafid

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

* Enseignants Militaires

Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biophysique
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laïla
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SOUALHI Mouna

Rhumatologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire. *Directeur Hôpital Ibn Sina Mar*
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Pneumo - Phtisiologie

* Enseignants Militaires

Pr. TELLAL Saïda*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhoussaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nouridine
Pr. CHERKAoui Naoual *
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed *
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad *
Pr. OUZZIF Ez zohra *
Pr. RABHI Moncef *
Pr. RADIOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TABERKANET Mustafa *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale

* Enseignants Militaires

Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BJJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamy
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne *Directeur ERSSM*
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Anatomie Pathologique

* Enseignants Militaires

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed

Pr. ABOUELALAA Khalil *

Pr. BENCHEBBA Driss *

Pr. DRISSI Mohamed *

Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna

Pr. EL OUAZZANI Hanane *

Pr. ER-RAJI Mounir

Pr. JAHID Ahmed

Pr. RAISSOUNI Maha *

Chirurgie pédiatrique

Anesthésie Réanimation

Traumatologie-orthopédie

Anesthésie Réanimation

Chirurgie Générale

Pneumophtisiologie

Chirurgie Pédiatrique

Anatomie Pathologique

Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir

Pr. AIT EL CADI Mina

Pr. AMRANI HANCHI Laila

Pr. AMOR Mourad

Pr. AWAB Almahdi

Pr. BELAYACHI Jihane

Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain

Pr. BENCHEKROUN Laila

Pr. BENKIRANE Souad

Pr. BENNANA Ahmed*

Pr. BENSCHIR Mustapha *

Pr. BENYAHIA Mohammed *

Pr. BOUATIA Mustapha

Pr. BOUABID Ahmed Salim*

Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba

Pr. CHAIB Ali *

Pr. DENDANE Tarek

Pr. DINI Nouzha *

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa

Pr. ELFATEMI Nizare

Pr. EL GUERROUJ Hasnae

Pr. EL HARTI Jaouad

Pr. EL JAOUDI Rachid *

Pr. EL KABABRI Maria

Pr. EL KHANNOUSSI Basma

Pr. EL KHLOUFI Samir

Pr. EL KORAICHI Alae

Pr. EN-NOUALI Hassane *

Pr. ERROUG Laila

Pr. FIKRI Meryem

Pr. GHFIR Imade

Pharmacologie

Toxicologie

Gastro-Entérologie

Anesthésie Réanimation

Anesthésie Réanimation

Réanimation Médicale

Anesthésie Réanimation

Biochimie-Chimie

Hématologie

Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chimie Analytique et Bromatologie

Traumatologie orthopédie

Anatomie

Cardiologie

Réanimation Médicale

Pédiatrie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Neuro-chirurgie

Médecine Nucléaire

Chimie Thérapeutique

Toxicologie

Pédiatrie

Anatomie Pathologique

Anatomie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Physiologie

Radiologie

Médecine Nucléaire

* Enseignants Militaires

Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed *
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houada
 Pr. OUKABLI Mohamed *
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim *
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua *
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan *
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali *

Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr. BENCHAKROUN Mohammed *
 Pr. BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JANANE Abdellah *
 Pr. JEAIDI Anass *
 Pr. KOUACH Jaouad*
 Pr. LEMNOUER Abdelhay*
 Pr. MAKRAM Sanaa *
 Pr. OULAHYANE Rachid*
 Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
 Pr. SEKKACH Youssef*
 Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Urologie
 Hématologie Biologique
 Gynécologie-Obstétrique
 Microbiologie
 Pharmacologie
 Chirurgie Pédiatrique
 CCV
 Médecine Interne
 Gynécologie-Obstétrique

* Enseignants Militaires

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABBI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAYTI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

* Enseignants Militaires

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq *
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid *
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah *
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *
Pr. BOUZELMAT Hicham *
Pr. BOUKHRIS Jalal *
Pr. CHAFRY Bouchaib *
Pr. CHAHDI Hafsa *
Pr. CHERIF EL ASRI Abad *
Pr. DAMIRI Amal *
Pr. DOGHMI Nawfal *
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
Pr. EL ANNAZ Hicham *
Pr. EL HASSANI Moulay EL Mehdi *
Pr. EL HJOUJI Aabderrahman *
Pr. EL KAOUI Hakim *
Pr. EL WALI Abderrahman *
Pr. EN-NAFAA Issam *
Pr. HAMAMA Jalal *
Pr. HEMMAOUI Bouchaib *
Pr. HJIRA Naoufal *
Pr. JIRA Mohamed *
Pr. JNENE Asmaa
Pr. LARAQUI Hicham *
Pr. MAHFOUD Tarik *
Pr. MEZIANE Mohammed *
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *
Pr. MOUZARI Yassine *
Pr. NAOUI Hafida *
Pr. OBTEL Majdouline
Pr. OURRAI Abdelhakim *
Pr. SAOUAB Rachida *
Pr. SBITTI Yassir *
Pr. ZADDOUG Omar *
Pr. ZIDOUH Saad *

Néphrologie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
Radiothérapie
Gynécologie-obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Traumatologie-orthopédie
Traumatologie-orthopédie
Anatomie Pathologique
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-réanimation
Pharmacie Galénique
Virologie
Gynécologie-obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
O.R.L.
Dermatologie
Médecine Interne
Physiologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-réanimation
Chirurgie Cardio-vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-réanimation

* Enseignants Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr .BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. YAGOUBI Maamar	Environnement,Eau et Hygiène
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 11/06/2020

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR

* Enseignants Militaires



*D*édicaces



Je dédie ce modeste travail

A ALLAH

Le très Grand, le très Haut, L'Omniscient, l'Omnipotent, le Clément. Le Tout Puissant, le miséricordieux d'avoir permis la réalisation de ce travail à son terme.

Au PROPHETE MOHAMED paix et salut sur lui.

A mes très chers parents

Driss HOUJJAJ et Amina KHACHAFI

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point vous remercier comme il se doit. Votre affection me couvre, votre bienveillance me guide et votre présence à mes côtés a toujours été ma source de force.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de me donner depuis ma naissance.

C'est grâce à Allah puis à vous que je suis devenue ce que je suis en ce moment.

Que ce modeste travail soit la réalisation de vos vœux tant

Formulés et le fruit de vos innombrables sacrifices.

Puisse Allah, tout puissant, vous protéger, vous procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois.

Je vous aime

A ma grande mère maternelle

Zohra Mouhadi

*Je n'oublierai jamais tes sacrifices, ton soutien et tes encouragements,
aucune dédicace n'exprimera mon profond respect et amour.*

*Qu'Allah, tout puissant, vous protéger, vous procurer bonheur, santé et
longue vie.*

Je t'aime

A mon cher frère Yahya HOUJJAJ

Et

A ma chère sœur Maryame HOUJJAJ

*Je n'oublierai jamais votre soutien et vos encouragements, aucune dédicace
ne pourra exprimer mon profond amour et respect.*

*Je vous souhaite une florissante santé, un prospère avenir et une vie pleine
de succès.*

Je vous aime

***A la mémoire de mes grands-parents paternels, et à celle de mon grand-père
maternel***

*J'aurais tant aimé que vous soyez présents.
Que vous reposiez dans le paradis du seigneur.*

A TOUS MES ONCLES, MES TANTES ET LEURS FAMILLES

***FAMILLE KHACHAFI , FAMILLE HOJJAJ, Malika Khachafi Fatima
Houjjaj, Saida Khachafi , Mohammed Houjjaj, Aicha Khachafi , Ahmed Houjjaj,
Mohammed Khachafi , Mustapha Houjjaj, Mustapha Khachafi , Abdelhamid
Houjjaj, Bahija Khachafi , Saida Houjjaj, A Ma TANTE Latifa Boustani***

*Veillez accepter dans cette thèse l'expression de mon affection la plus
sincère et de mon respect le plus profond.*

*Puisse ALLAH vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie pleine
de bonne de bonheur.*

Je vous adore

A mes adorables cousins et cousines

*Il me serait difficile de vous citer tous, vous êtes toujours dans mon cœur,
affectueusement.*

*Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie pleine de
prospérité, de santé et de bonheur.*

A PROFESSEUR

Naima Sekkat

*Je te suis très reconnaissante pour tes efforts et tes sacrifices.
Veuillez accepter dans cette thèse l'expression de mon profond respect.
Puisse ALLAH vous garder en bonne santé, vous procurer bonheur et
longue vie.*

A ma préférée

Khadija Farik

*Tu sais que l'affection et l'amour que je te porte sont sans limites.
Trouvez dans ce travail l'assurance de mon profond respect et de mon fidèle
attachement.
Je te remercie pour tes encouragements, pour tous les bons moments qu'on a
toujours partagés et je te souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de
réussite.*

A ma meilleure amie

Soukaina Boujemi

*Une sœur comme on ne peut trouver nulle part ailleurs.
Trouvez dans ce travail mon profond respect et de ma fidèle affection.
Je te remercie pour pour tous les bons moments qu'on a toujours vécus et je
te souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de réussite.*

A mes chers amies et collègues

*En souvenir des agréables et inoubliables moments que nous avons vécus et
aux liens solides qui nous unissent.*

Je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur.

Je prie Allah pour que notre fraternité soient éternelles.

A ma meilleure amie

Rajae Zidouh

*Je suis tellement reconnaissante d'avoir une amie comme toi, une sœur de
cœur.*

*Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur d'amour, d'attachement
que j'éprouve pour toi.*

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection.

*Je vous souhaite une bonne santé, un prospère avenir et une vie pleine de
joie et de succès.*

Puisse Allah vous protéger, garder et renforcer notre fraternité.

A la plus adorable

Firdaous Mâatouk

Aucun langage ne peut exprimer l'affection et l'amour que je porte pour toi.

*Je te dédie cette thèse et je te souhaite une vie pleine de bonheur et
prospérité.*

A ma bien-aimée

Fatima azzahra Benabbi

En témoignage de l'amour et de l'affection que je porte pour vous.

*Je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de joie, bonheur et
prospérité.*

A tous ceux qui m'aiment, et ceux qui ont marqué ma vie.



*R*emerciements



A notre maître et président du jury

Pr. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

C'est un grand privilège que vous nous faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand honneur de bénéficier de votre enseignement durant nos années d'étude. Veuillez accepter cher maître l'expression de ma grande admiration, ma profonde gratitude et mon grand respect.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR

Pr. N. ZERAIDI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

*Je suis sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant
et sous votre supervision ce travail, nous espérons en avoir été dignes.*

*Nous vous remercions pour votre soutien, votre disponibilité, et votre
exigence pour le travail bien fait.*

*Veillez accepter cher rapporteur l'expression de notre profond respect et
nos hautes considérations.*

A notre maître et jury

Pr. B. RHARAB

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de vous voir siéger
parmi mes membres de jury.*

*En acceptant de juger mon travail, vous m'avez accordé un très grand
honneur.*

Veuillez accepter l'expression de mes considérations les plus distinguées.

A Docteur Amina Ethbar
Spécialiste en gynécologie-obstétrique

Nous sommes très reconnaissants de la sincérité avec laquelle vous avez supervisé notre travail.

Vous avez été toujours à nos côtés pour nous encourager et à nous conseiller durant la réalisation de ce travail.

Nous vous remercions infiniment pour votre aide, et veuillez trouver notre gratitude et nos respects les plus sincères.



Liste des abréviations



Liste des abréviations

ASP	: Abdomen sans préparation
AU	: Acétate d’ulipristal
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CIN1	: Cervical intra épithelial neoplasia grade 1
COC	: Contraceptifs oraux combines
COC	: Contraceptifs oraux combinés
DIU LNG	: Dispositif intra utérin au lévonorgestrel
Dlrs	: Douleurs
EAU	: Embolisations des artères utérines
FIGO	: Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
FIV	: Fécondation in vitro
FU	: Fibrome utérin
GnRH	: Gonadotropin releasing hormone
Hgies	: Hémorragies
HTA	: Hypertension artérielle
IA	: Inhibiteurs d’aromatase
IGF I	: Insulin-like growth factor I
IMC	: Indice de masse corporelle
IRM	: Imagerie par résonnance magnétique

LM	: Léiomyome
LMS	: Léiomyosarcome
MEC	: Matrice extracellulaire
MSRP	: Modulateurs sélectives des récepteurs de la progesterone
NHA	: Niveaux hydro aériques
TAG1	: Transformation atypique grade 1
TDM	: Tomodensitométrie



Liste des illustrations



Listes des figures

Figure 1 : Graphique montrant la fréquence des fibromes utérins au sein du service ...	7
Figure 2: Graphique de la fréquence des patientes selon l'âge	8
Figure 3 : Graphique montrant la répartition des patientes selon les tranches d'âge.....	8
Figure 4 : Graphique de la répartition des patientes selon la race.....	9
Figure 5 : Graphique montrant la répartition des patientes selon la couverture médicale.....	10
Figure 6 : Graphique de la répartition des patientes selon le niveau d'étude	11
Figure 7 : Graphique de la répartition des patientes selon la fonction	12
Figure 8 : Graphique de la répartition des patientes selon le lieu de résidence	12
Figure 9 : Graphique montrant la répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	13
Figure 10 : Graphique montrant la répartition des patientes selon l'activité hormonale.....	14
Figure 11 : Graphique montrant la répartition des patientes selon la gésité.....	17
Figure 12 : Graphique de la répartition des patientes selon la parité	18
Figure 13 : Graphique montrant la répartition des patientes selon le nombre d'avortement.....	19
Figure 14: Les hémorragies pelviennes rapportées dans notre série	22
Figure 15 : Graphique montrant la répartition des patientes selon le Groupage sanguin	26
Figure 16 : Graphique montrant le siège du fibrome par rapport à l'utérus	27
Figure 17 : Graphique de la répartition selon le traitement chirurgical.....	32

Figure 18 : Graphique montrant la durée de séjour de nos patientes	35
Figure 19: Coupe sagittale en vue médiane montrant les rapports de l'utérus	45
Figure 20: Les moyens de fixité de l'utérus	46
Figure 21: aspect macroscopique des fibromes utérins	53
Figure 22: Système de sous-classification des fibromes	54
Figure 23: l'inspection a révélé une grande masse étendue au-dessus de l'ombilic.....	71
Figure 24: Hystéroscopie	79
Figure 25: L'embolisation des artères utérines	87
Figure 26: Le fibrome au cours de laparotomie	91
Figure 27: le fibrome à la suite d'une myomectomie	91
Figure 28: Fermeture de l'incision.....	92

Liste des tableaux

Tableau 1 : La fréquence des fibromes utérins en fonction des années.	7
Tableau 2 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge	8
Tableau 3 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	13
Tableau 4 : Répartition des patientes selon l'activité hormonale	14
Tableau 5 : Nombre de patientes ayant des facteurs de risque	15
Tableau 6 : Les antécédents médicaux chez nos patientes	15
Tableau 7 : Les antécédents chirurgicaux chez nos patientes.....	16
Tableau 8 : Répartition des patientes selon la gestité.....	16
Tableau 9 : Répartition des patientes selon la parité	18
Tableau 10 : Les antécédents familiaux chez nos patientes.....	20
Tableau 11 : Les motifs d'hospitalisation rapportés dans notre série.....	21
Tableau 12 : Les hémorragies pelviennes rapportées dans notre série.....	22
Tableau 13 : Les pathologies gynécologiques associées chez nos patientes	25
Tableau 14 : La répartition des patientes selon le type de myome	28
Tableau 15 : Les résultats de Frottis cervico vaginal	31
Tableau 16 : Le traitement chirurgical réalisé.....	32
Tableau 17 : La répartition du traitement effectué selon l'âge de la patiente.....	33
Tableau 18 : Le traitement effectué selon le statut hormonal de la patiente	33
Tableau 19: La durée de séjour dans notre série	34
Tableau 20: Distribution des fibromes utérins par rapport à la moyenne	57
Tableau 21: Tranche d'âge prédominante et âge moyen des fibromes utérins.....	58
Tableau 22: Fréquence des fibromes utérins en fonction des symptômes	69
Tableau 23: Pourcentage des fibromes utérins en fonction des hémorragies pelviennes	69



***S*ommaire**



I. Introduction	2
Objectifs	3
I. Objectifs généraux	4
II. Objectifs spécifiques	4
II. Matériels et méthodes	5
II.1 Matériels	5
II.2 Méthodes	5
III. Résultats	7
III.1 Profil épidémiologique	7
III.1.1 Fréquence	7
III.1.2 Âge	8
III.1.3 Race	9
III.1.4 Couverture médicale	10
III.1.5 Niveau d'étude	11
III.1.6 Fonction	12
III.1.7 Origine	12
III.1.8 Statut matrimonial	13
III.1.9 Statut hormonal	14
III.1.10 Facteurs de risque	15
III.2 Profil clinique	15
III.2.1 Antécédents médicaux	15

III.2.2 Antécédents chirurgicaux	16
Tableau 7 : Les antécédents chirurgicaux chez nos patientes.....	16
III.2.3 Antécédents Obstétricaux.....	16
III.2.4 Antécédents gynécologiques	19
III.2.5 Antécédents familiaux.....	20
III.2.6 Motif d'admission	20
III.2.7 L'examen physique	23
III.2.8 Les Pathologies gynécologiques associées	25
III.2.9 Les examens paracliniques	26
III.2.10 Traitement.....	31
III.2.11 Anatomopathologie	35
III.2.12 Evolution	36
IV. Discussion.....	39
IV.1 Rappel	39
IV.1.1 Définition	39
IV.1.2 Historique	39
IV.1.3 Anatomie	41
IV.1.4 Physiopathologie / Etiologies.....	47
IV.1.5 Anatomopathologie.....	50
IV.1.5.1 Etude macroscopique	50
IV.1.5.1.1 Aspect	50
IV.1.5.1.2 Taille	50

IV.1.5.1.3 La morphologie	50
IV.1.5.1.4 Le poids	51
IV.1.5.1.5 Le siège	51
IV.1.5.2 Aspect microscopique	54
IV.1.5.3 Classification FIGO	54
IV.2 Profil épidémiologique.....	56
IV.2.1 Fréquence	56
IV.2.2 Age.....	57
IV.2.3 Race.....	58
IV.2.4 Statut hormonal	59
IV.2.5 Statut matrimonial	60
IV.2.6 Facteur de risque.....	60
IV.3 Impact clinique	62
IV.3.1 Antécédents	62
IV.3.1.1 Antécédents médicaux	62
IV.3.1.1.1 L'obésité	62
IV.3.1.1.2 L'hypertension artérielle	63
IV.3.1.1.3 Le diabète	63
IV.3.1.1.4 L'anémie	64
IV.3.1.2 Antécédents chirurgicaux	64
IV.3.1.3 Antécédents Obstétricaux	65
IV.3.1.3.1 Gestité et Parité	65

IV.3.1.3.2 L'avortement spontané	66
IV.3.1.4 ATCD gynécologiques	67
IV.3.1.5 Antécédents familiaux	67
IV.3.2 Motif d'admission.....	68
IV.3.2.1 Les hémorragies pelviennes	69
IV.3.2.2 Les douleurs pelviennes	69
IV.3.2.3 Les masses pelviennes	70
IV.3.2.4 L'infertilité	72
IV.3.3 Les Pathologies gynécologiques associées	72
IV.3.4 Complications	73
IV.3.4.1 Compressions	73
IV.3.4.2 Torsions	74
IV.3.4.3 La nécrobiose aseptique	74
IV.3.4.4 Dégénérescence maligne	75
IV.3.5 Diagnostic différentiel	75
IV.4 Profil paraclinique	76
IV.4.1 Echographie pelvienne.....	76
IV.4.2 IRM.....	77
IV.4.3 Hystéroscopie	78
IV.5 Prise en charge thérapeutique.....	79
IV.5.1 Abstention thérapeutique	79
IV.5.2 Traitement médical	80

IV.5.2.1 Progestatifs	80
IV.5.2.2 Contraceptifs oraux combinés	81
IV.5.2.3 Agonistes de la GnRH	81
IV.5.2.4 Les MSRP	82
IV.5.2.4.1 La mifépristone.....	82
IV.5.2.4.2 L'asoprisnil	83
IV.5.2.4.3 Acétate d'ulipristal ESMIYA	83
IV.5.2.5 Agents antifibrinolytiques (acide tranéxamique)	84
IV.5.2.6 Antagonistes de la GnRH	84
IV.5.2.7 Danazol	85
IV.5.2.8 Les inhibiteurs de l'aromatase	85
IV.5.2.9 DIU-LNG	86
IV.5.3 Embolisation des artères utérines	87
IV.5.4 Traitement chirurgical.....	89
IV.5.4.1 Myomectomie	89
IV.5.4.1.1 Abords.....	89
IV.5.4.1.1.1 Myomectomie par hystéroscopie	89
IV.5.4.1.1.2 Myomectomie par voie vaginale	90
IV.5.4.1.1.3 Myomectomie par laparotomie	90
IV.5.4.1.1.4 Myomectomie par cœlioscopie	92
IV.5.4.1.2 Indications	93
IV.5.4.1.2.1 Fibromes utérins asymptomatiques.....	93

IV.5.4.1.2.2 Fibromes utérins symptomatiques.....	93
IV.5.4.1.3 Complications	94
IV.5.4.1.3.1 Myomectomie par hystéroscopie	94
IV.5.4.1.3.2 Myomectomie par voie vaginale	94
IV.5.4.1.3.3 Myomectomie par laparotomie	94
IV.5.4.1.3.4 Myomectomie par coelioscopie	95
IV.5.4.2 Hystérectomie.....	96
IV.5.4.2.1 Abords.....	96
IV.5.4.2.2 Indications	97
IV.5.4.2.3 Complications	97
V. Conclusion	100
Résumés.....	101
Annexes	105
Bibliographie	108



/ ntroduction



I. Introduction:

Un fibrome est une tumeur bénigne du tissu conjonctif fibreux, localisé surtout dans la peau. Le plus souvent, la prolifération fibreuse s'associe à celle d'autres tissus : vasculaire, musculaire, cartilagineux ou graisseux.

Le nom de fibrome donné à certaines tumeurs utérines est impropre puisque le fibrome se développe à partir de cellules musculaires lisses (myome).

Fibrome ou léiomyome utérin est une tumeur musculaire bénigne localisée dans la paroi utérine ou en saillie (vers l'extérieur ou l'intérieur).

Sa fréquence est augmentée chez les femmes de 40 à 50 ans et chez les femmes noires.

Cliniquement, il peut se manifester par des symptômes invalidants, comme des saignements menstruels abondants ou prolongés, l'anémie, des douleurs ou pesanteur pelviennes, une distension abdominale, l'impériosité mictionnelle, la constipation et dans rares cas l'infertilité.

Il y a plusieurs options de traitement disponibles pour gérer les fibromes utérins, allant de mesures conservatrices : médicales, chirurgicales (myomectomie ou polomyomectomie) ou radicales (hystérectomie).

Compte tenu de la fréquence élevée de cette affection, et les complications qu'elle peut engendrer, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude rétrospective sur les cas observés durant les trois ans débutant du Janvier 2017 jusqu'au Décembre 2019 dans le service de Gynéco - Obstétrique et d'Endoscopie Gynécologique de la Maternité Souissi Rabat.

Par une étude rétrospective de 173 de patientes traitées pour fibromes utérins au service de Gynécologie-Obstétrique au C.H.U. Ibn Sina de Rabat et une revue de la littérature, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



Objectifs



I. Objectifs généraux

Evaluer les aspects épidémio-cliniques, les conséquences et les traitements des fibromes utérins

II. Objectifs spécifiques

Analyser le profil épidémiologique des fibromes utérins.

Décrire les impacts cliniques et paracliniques des myomes utérins.

Déterminer la prise en charge thérapeutique chirurgicale en matière de léiomyome utérin.

Préciser le caractère évolutif des patientes porteuses de fibromes.

Discuter nos résultats en fonction des données de la littérature.

II. Matériels et méthodes :

II.1 Matériels :

Ce travail est une étude rétrospective réalisée dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique et d'Endoscopie Gynécologique de la Maternité Souissi Rabat.

Il porte sur 173 dossiers de femmes hospitalisées pour fibromes utérins, sur une période de 3 ans du Janvier 2017 au Décembre 2019.

II.2 Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée par une analyse des dossiers des archives du Service de gynécologie et d'obstétrique et d'endoscopie gynécologique

Les données ont été recueillies des fiches de pré-hospitalisation, des dossiers, des analyses biologiques effectuées en préopératoire et du résultat de l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire à l'aide d'une fiche de recueil de données.

L'exploitation des dossiers a permis de recueillir les données suivantes:

- Epidémiologiques : âge, race, couverture médicale, niveau d'études, fonction, origine, statut matrimonial, statut hormonal, facteur de risque.
- Cliniques : antécédents, motif d'admission, signes physiques.
- Paracliniques : groupage sanguin, données de l'hémogramme sanguin avec comme un examen clé l'échographie pelvienne, mais aussi l'hystéroscopie si faite sans oublier le frottis cervico-vaginal pour les patientes cibles du dépistage.
- Thérapeutiques : l'acte chirurgical réalisé, durée de séjour.
- Etude anatomopathologie
- Evolutives : Les suites post-opératoires, en plus d'une enquête téléphonique de 41 patientes hospitalisées a permis d'analyser les suites opératoires lointaines.

Les données ont été recueillies et analysées sur le programme SPSS et Microsoft Excel 2015.

III. Résultats:

III.1 Profil épidémiologique:

III.1.1 Fréquence:

Le service de gynéco-obstétrique et d'endoscopie de la Maternité Souissi de Rabat a recueilli 173 cas de fibrome utérin sur une période de 3 ans, ce qui correspond à 25.78 % de l'ensemble des pathologies gynéco-obstétriques traitées dans ce service (671cas).

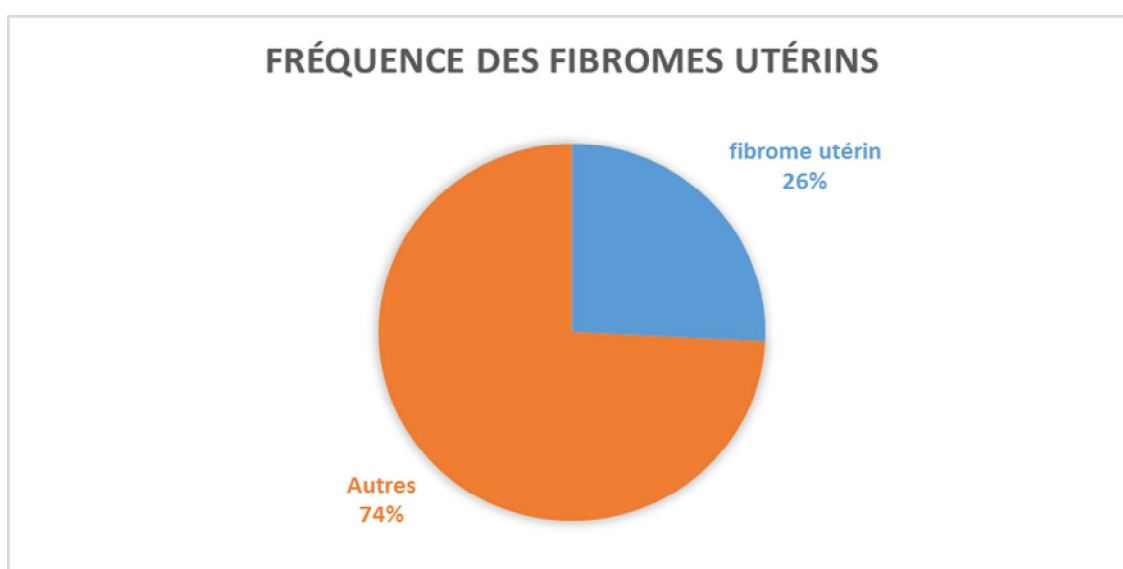


Figure 1 : Graphique montrant la fréquence des fibromes utérins au sein du service

Tableau 1 : La fréquence des fibromes utérins en fonction des années.

	Effectives des hospitalisations	Pourcentage
2017	61	35,26
2018	57	32,95
2019	55	31,79
Total	173	100,00

La fréquence des léiomyomes est restée stable.

III.1.2 Âge:

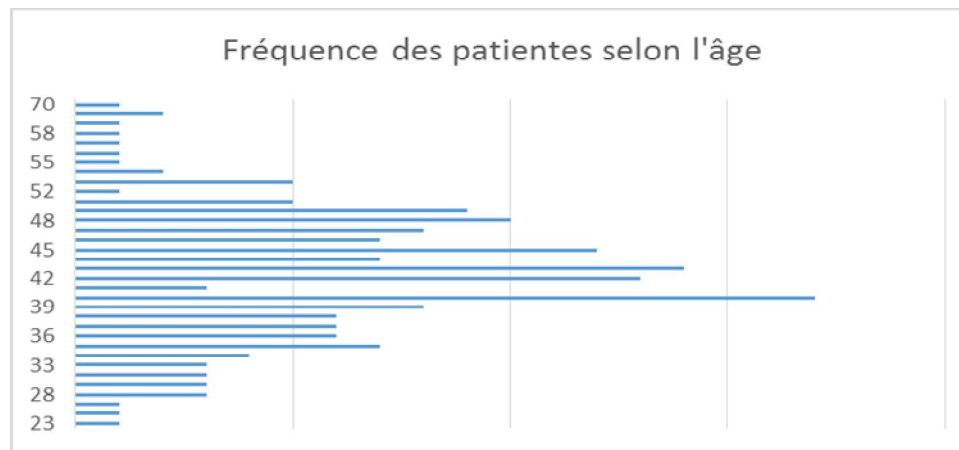


Figure 2: Graphique de la fréquence des patientes selon l'âge

Tableau 2 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Nombre de cas	Fréquence
Entre 20 et 30	6	3%
Entre 30 et 40	48	28%
Entre 40 et 50	94	54%
Entre 50 et 60	22	13%
Entre 60 et 70	2	1%
>ou = à 70	1	1%

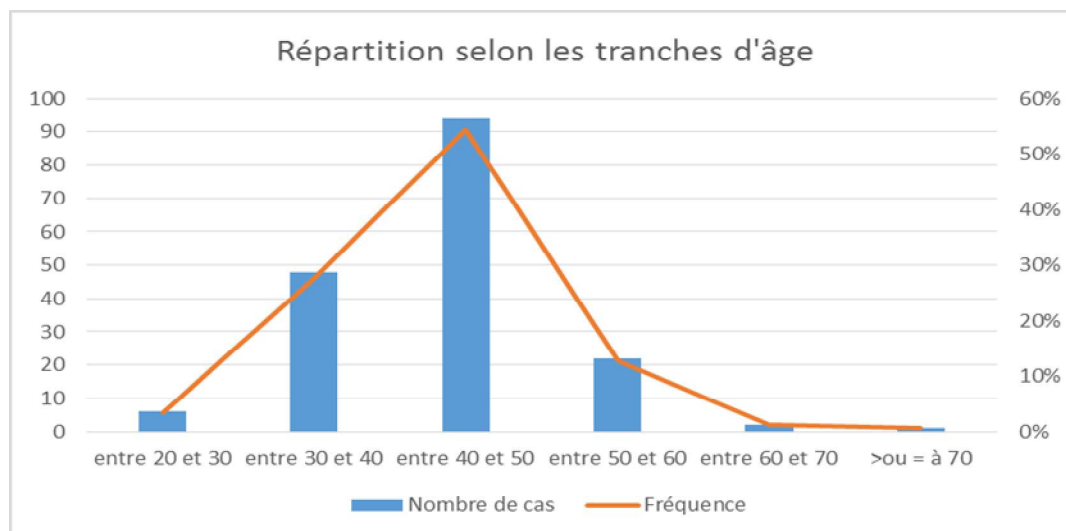


Figure 3 : Graphique montrant la répartition des patientes selon les tranches d'âge.

L'âge moyen était de 42,7.

Les âges extrêmes de l'ensemble de nos patientes étaient compris entre 23 et 70 ans.

Le maximum de cas était enregistré dans la tranche d'âge entre 40 et 50 ans.

L'écart type était de 7,14. Il était supérieur à $\frac{1}{2}$ de l'âge moyen donc les données d'âge de notre série de patientes étaient variables.

III.1.3 Race:

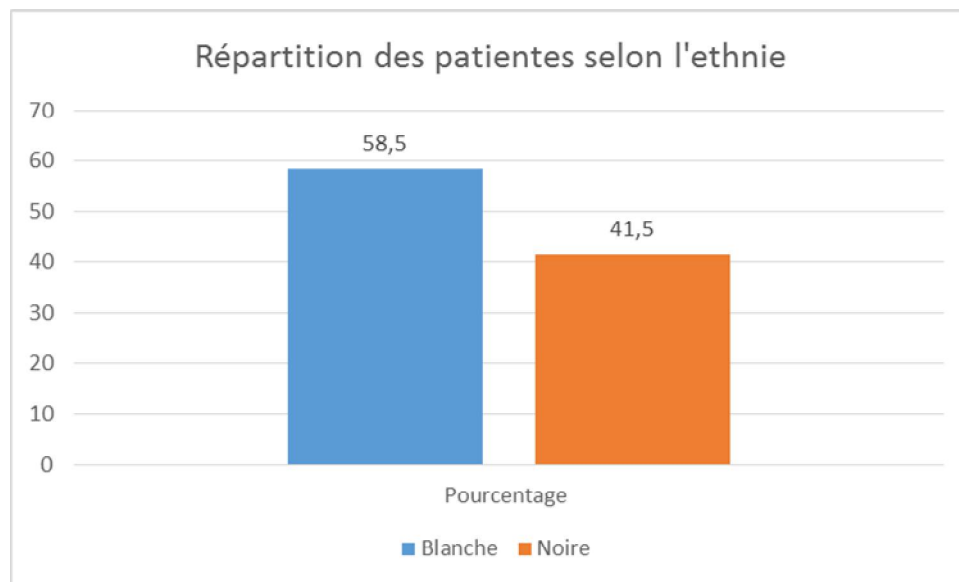


Figure 4 : Graphique de la répartition des patientes selon la race

Le nombre de patientes de race blanche représentaient 58.5%.

III.1.4 Couverture médicale:

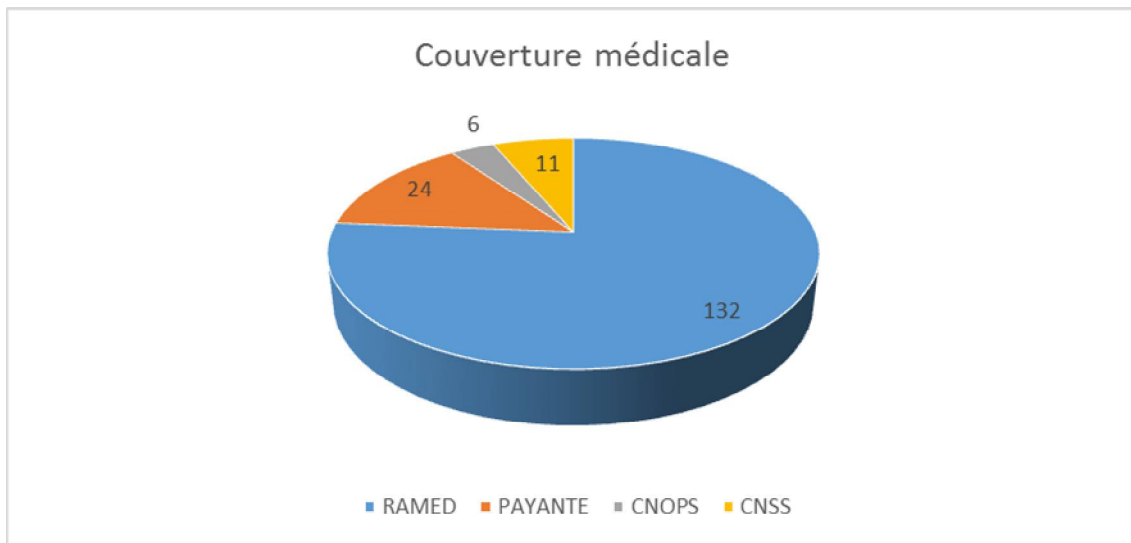


Figure 5 : Graphique montrant la répartition des patientes selon la couverture médicale

Les patientes relevant du régime RAMED représentaient $\frac{3}{4}$ des cas hospitalisés.

III.1.5 Niveau d'étude:

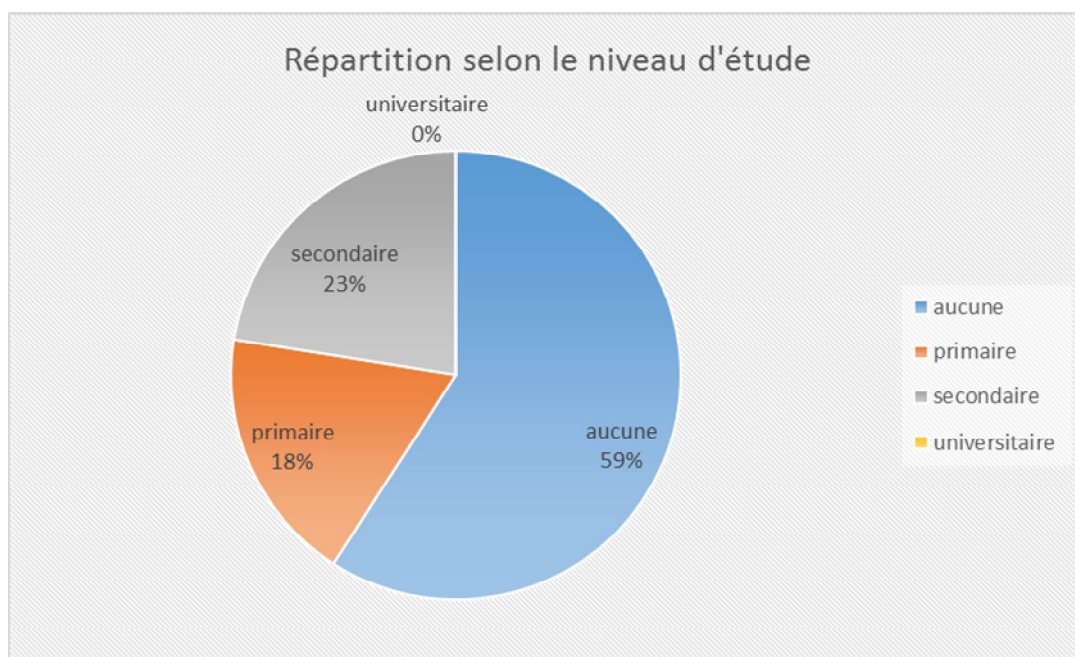


Figure 6 : Graphique de la répartition des patientes selon le niveau d'étude

Aucune de nos patientes n'a reçu d'études supérieures.

Leurs études se sont limitées au niveau baccalauréats, avec un pourcentage de 59% de patientes analphabètes.

III.1.6 Fonction:

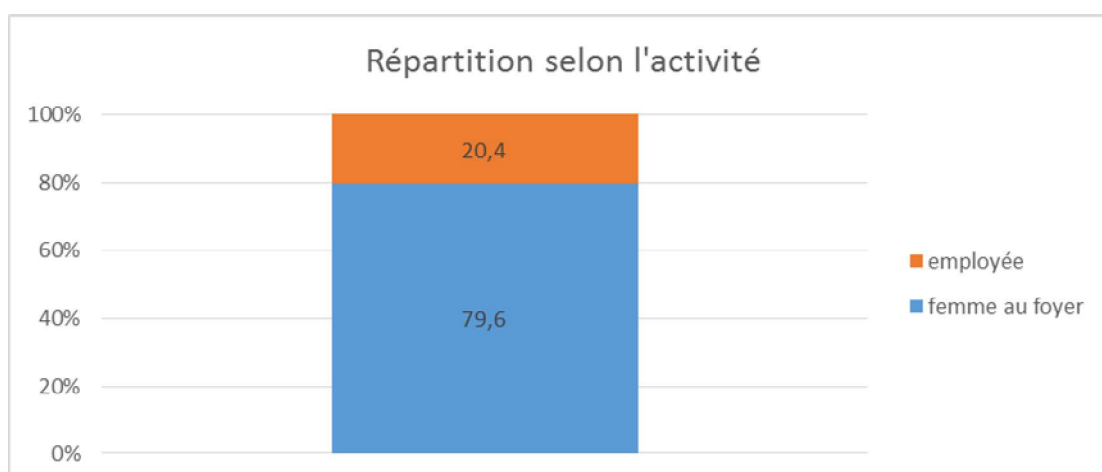


Figure 7 : Graphique de la répartition des patientes selon la fonction

Seulement 20.4% de nos patientes sont employées.

III.1.7 Origine:

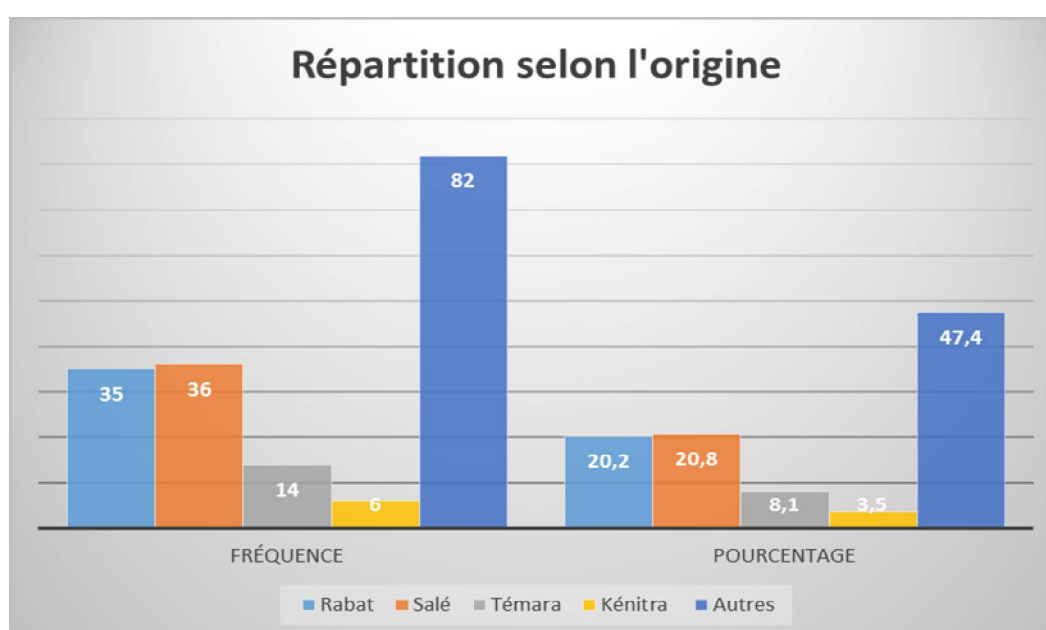


Figure 8 : Graphique de la répartition des patientes selon le lieu de résidence

47.4% de nos patientes résident en dehors de la région Rabat-Salé-Témara-Kénitra.

III.1.8 Statut matrimonial:

Tableau 3 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Nombre de cas	Pourcentage
Célibataire	64	37%
Mariée	86	49,7%
Divorcée	21	12,1%
Veuve	2	1,2%

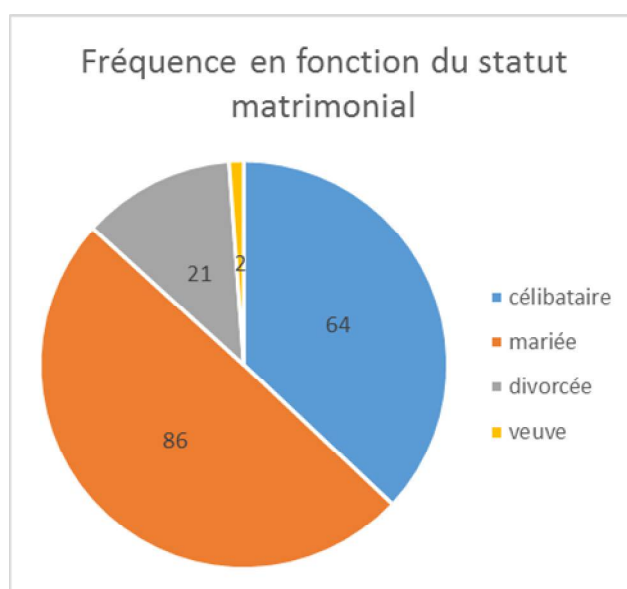


Figure 9 : Graphique montrant la répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les patientes mariées sont les plus représentées avec 49.7% (86cas), les célibataires sont de 37% (64cas).

III.1.9 Statut hormonal:

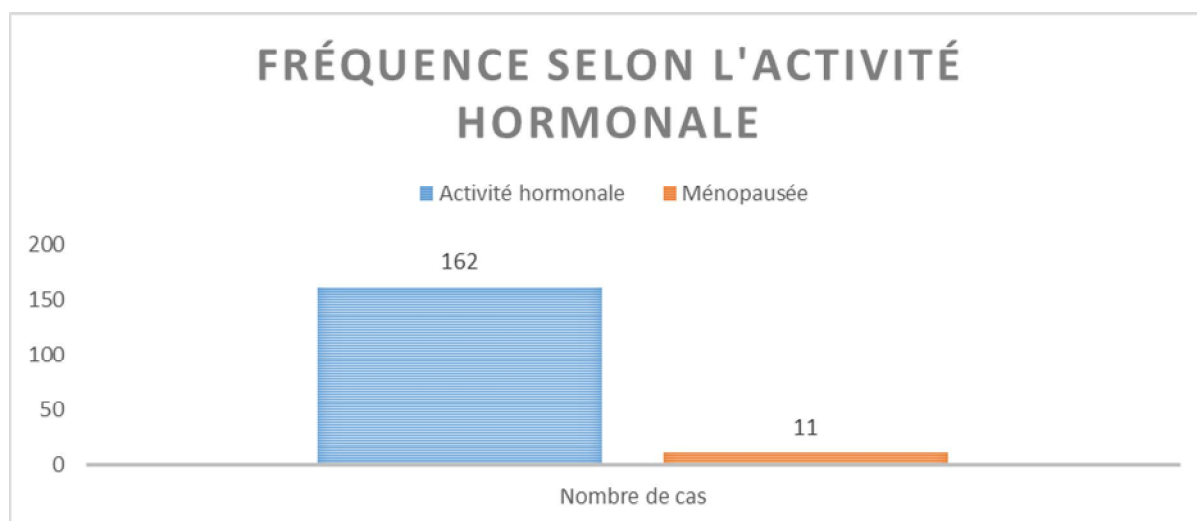


Figure 10 : Graphique montrant la répartition des patientes selon l'activité hormonale

Tableau 4 : Répartition des patientes selon l'activité hormonale

Activité hormonale	Nombre de cas	Pourcentage
Non ménopausée	158	91,3
Ménopausée	11	6,4
Péri ménopause	4	2,3
Total	173	100,0

158 patientes soit 91.3% étaient non ménopausées.

11 patientes soit 6.4% étaient ménopausées.

Seulement 4 patientes soit 2.3% étaient en péri ménopause.

III.1.10 Facteurs de risque:

Tableau 5 : Nombre de patientes ayant des facteurs de risque

Facteur de risque	Nombre de cas	Fréquence
CO	11	6.35
HTA	16	12,9
Diabète	8	6,45
Obésité	5	2.89

Plusieurs facteurs de risque ont été incriminés dans la genèse des léiomyomes utérins.

11 patientes soit (6.35%) avaient pris une contraception orale.

III.2 Profil clinique:

III.2.1 Antécédents médicaux:

57.96%(soit 95) des patientes n'avaient pas d'ATCD médicaux particuliers.

Tableau 6 : Les antécédents médicaux chez nos patientes

ATCD médicaux	Nombre de cas	Pourcentage
Obésité	5	2.89
HTA	16	9,25
ANEMIE	16	9,25
Diabète	9	5,2
Asthme	9	5,2
Transfusion	6	3,4
CVX	3	1,73
Allergie à la pénicilline	3	1,73
LED	2	1,15
Hypothyroïdie	1	0,57
Goitre	1	0,57
Glaucome	1	0,57
Ulcère gastrique	1	0,57
Fistule anale	1	0,57
Sd pyélourétral bilatéral	1	0,57
Sd Gougerot	1	0,57
Retard psychomoteur	1	0,57
Schizophrénie	1	0,57

III.2.2 Antécédents chirurgicaux:

Tableau 7 : Les antécédents chirurgicaux chez nos patientes

ATCD chirurgicaux	Nombre de cas	Pourcentage
Césarienne	5	2,89
Myomectomie	12	6,93
Kyste ovarien	3	1,73
Nodule sein	5	2,89
LST	2	1,15
Cholécystectomie	5	2,89
Appendicectomie	5	2,89
Hernie ombilicale	2	1,15
Amygdalectomie	1	0,75
Hernie discale	1	0,75

12 patientes ont été admises pour récurrence de fibrome utérin.

III.2.3 Antécédents Obstétricaux:

✓ Gestité :

La gestité est le nombre total de grossesses antérieures (et actuelle) : grossesse évolutive, fausse couche, mort fœtale, grossesse extra-utérine.

Le nombre de grossesse variait entre 0 et 11.

Tableau 8 : Répartition des patientes selon la gestité

Nombre de grossesse	Nombre de cas	Pourcentage
0	95	54,9
1	17	9,8
2	15	8,67
3	15	8,67
4	15	8,67
5	8	4,62
6	4	2,31
8	3	1,7
11	1	0,6

➤ **Nous avons classé les patientes selon la gestité en 5 groupes :**

- Nulligeste : une femme n'ayant jamais eu de grossesse (0)
- Primigeste : une seule grossesse (1)
- Paucigeste : deux grossesses (2)
- Multigeste : entre trois à six grossesses (3 à 6)
- Grande Multigeste : plus de six grossesses (>6)

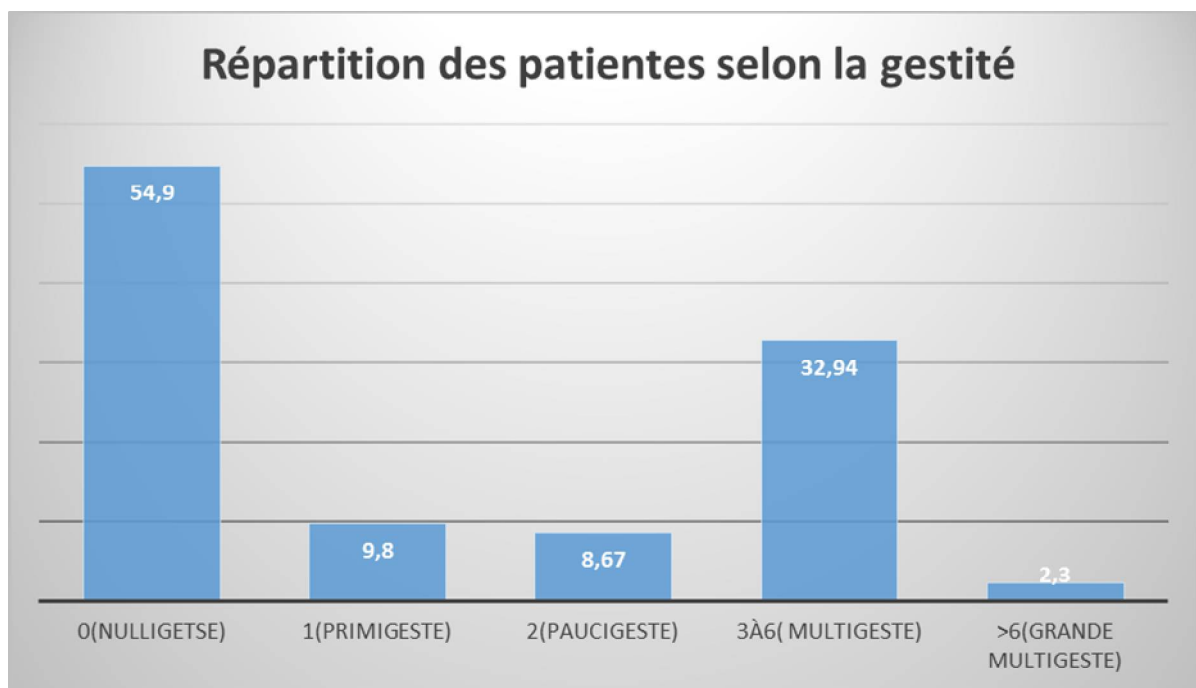


Figure 11 : Graphique montrant la répartition des patientes selon la gestité

Les nulligestes représentaient 95 cas (54.9%).

✓ Parité :

La parité est le nombre total d'accouchements antérieurs.

L'étude de parité a été répartie en 5 groupes tels que la gestité.

Tableau 9 : Répartition des patientes selon la parité

Nombre d'accouchements	Fréquence	Pourcentage
0(nullipare)	100	57,8
1(primipare)	17	9,82
2(paucipare)	15	8,67
3à6(multipare)	39	22,54
>6(Grande multipare)	2	1,15

Les nullipares représentaient 100 cas (57.8%).

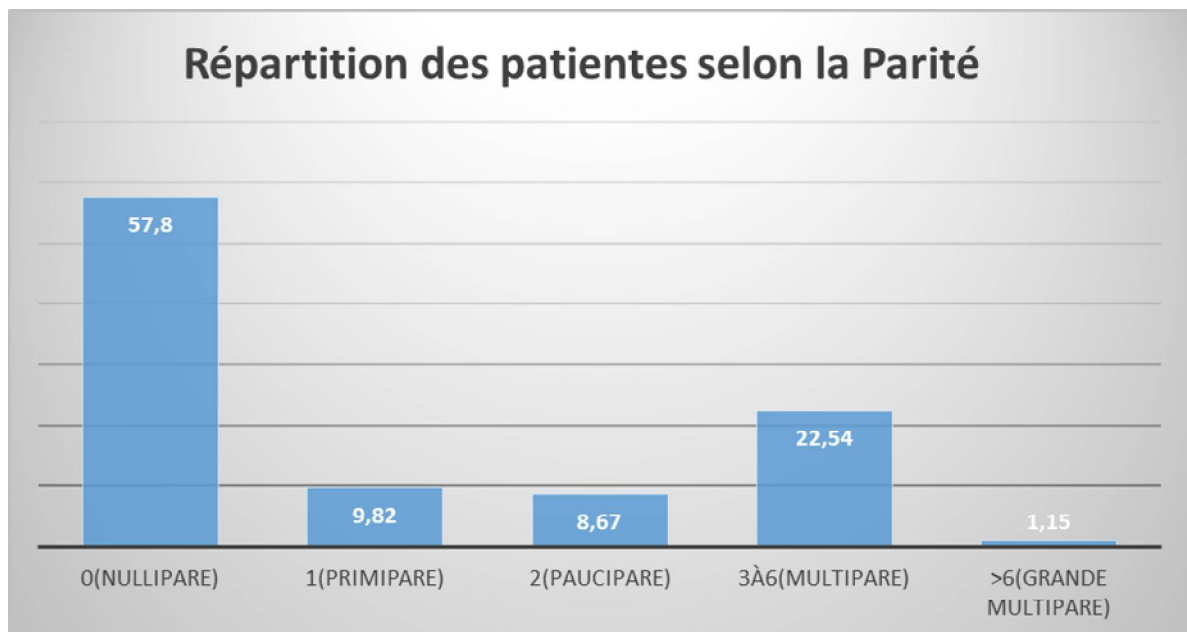


Figure 12 : Graphique de la répartition des patientes selon la parité

✓ Avortement :

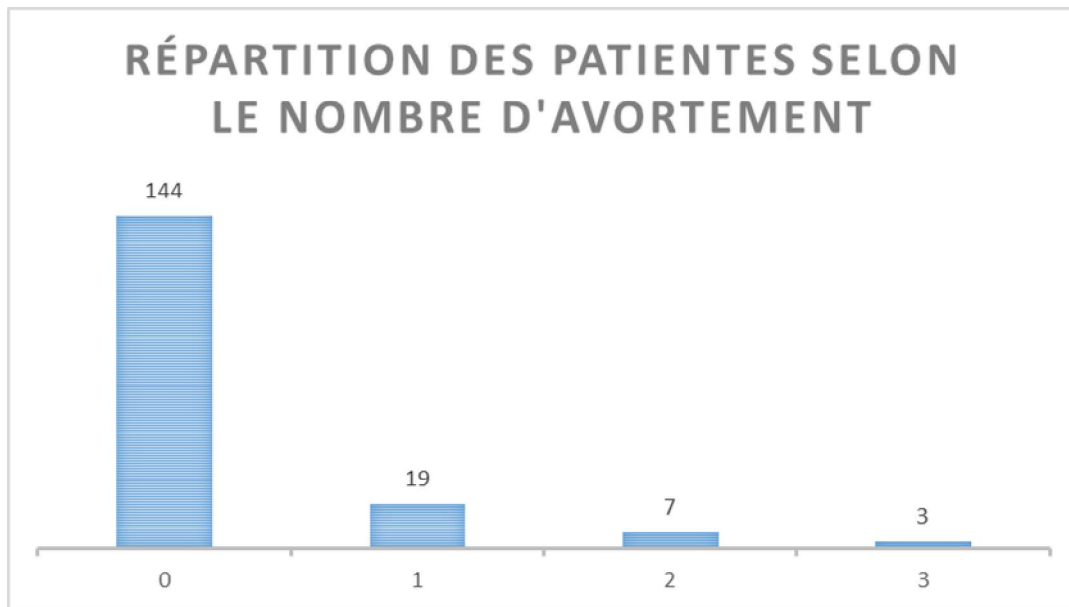


Figure 13 : Graphique montrant la répartition des patientes selon le nombre d'avortement

29 patientes soit 16.7% ayant déjà eu un avortement allant d'un seul jusqu'à 3 avortements.

III.2.4 Antécédents gynécologiques:

✓ L'âge à la ménarche :

L'âge à la ménarche était compris entre 11 ans et 17 ans.

L'âge médian à la ménarche était de 14 ans.

✓ Régularité du cycle menstruel :

Le cycle menstruel était régulier chez 170 patientes (98.26%) et irrégulier chez 3 patientes (1.74%).

L'irrégularité du cycle menstruel n'a été mentionnée que dans 3 dossiers.

18 cas (10.4%) de nos patientes avaient comme ATCD : l'infertilité.

11 de cette catégorie avaient une infertilité primaire et les 7 qui restent avaient une infertilité secondaire.

III.2.5 Antécédents familiaux:

Tableau 10 : Les antécédents familiaux chez nos patientes

ATCD familiaux	Nombre de cas	Pourcentage
Diabète	9	5,2
HTA	7	4,04
Cancer du sein	4	2,31
Fibrome utérin	3	1,73
Hystérectomie totale	1	0,57

151 patientes soit 87.28% n'ont pas d'ATCD familiaux.

III.2.6 Motif d'admission:

Le motif d'admission principal a été dominé par les hémorragies génitales (54.91%), ce signe était soit isolé soit associé aux algies pelviennes ou à une masse abdomino-pelvienne.

En second lieu viennent les algies pelviennes (47.39%) soit isolées, ou associées à l'hémorragie génital ou à une masse abdomino-pelvienne ou à l'infertilité primaire ou secondaire.

La découverte fortuite a été retrouvée dans 2cas.

Tableau 11 : Les motifs d'hospitalisation rapportés dans notre série

Motif d'admission	Nombre de cas	Pourcentage
Hémorragies génitales	95	54,91
Douleur pelvienne	82	47,39
Masse pelvienne	18	10,4
Infertilité	10	5,78

Motif d'admission	Nombre de cas	Fréquence
HMG isolées	56	32%
HMG + douleur pelvienne	37	21%
HMG + masse pelvienne	2	1%
Douleur pelvienne isolée	40	23%
Douleur pelvienne + HMG	37	21%
Douleur pelvienne + masse pelvienne	3	2%
Douleur pelvienne + infertilité	2	1%
Masse pelvienne isolée	13	8%
Masse pelvienne + douleur pelvienne	3	2%
Masse pelvienne + HMG	2	1%
Infertilité primaire	4	2%
Infertilité secondaire	4	2%
Infertilité + douleur pelvienne	2	1%
Découverte fortuite	2	1%

Les Hémorragies pelviennes :

- Ménorragie : menstruation abondante, prolongée et/ou trop fréquente de provenance endo-utérine.
- Métrorragie : hémorragie d'origine endo-utérine en dehors des règles et par extension tout saignement d'origine en dehors des menstruations
- Ménométrorragie : hémorragies pendant et en dehors des menstruations.

Tableau 12 : Les hémorragies pelviennes rapportées dans notre série

HMG	Nombre de cas	Fréquence
Ménorragies	34	36%
Métrorragies	17	18%
Ménométrorragies	44	46%

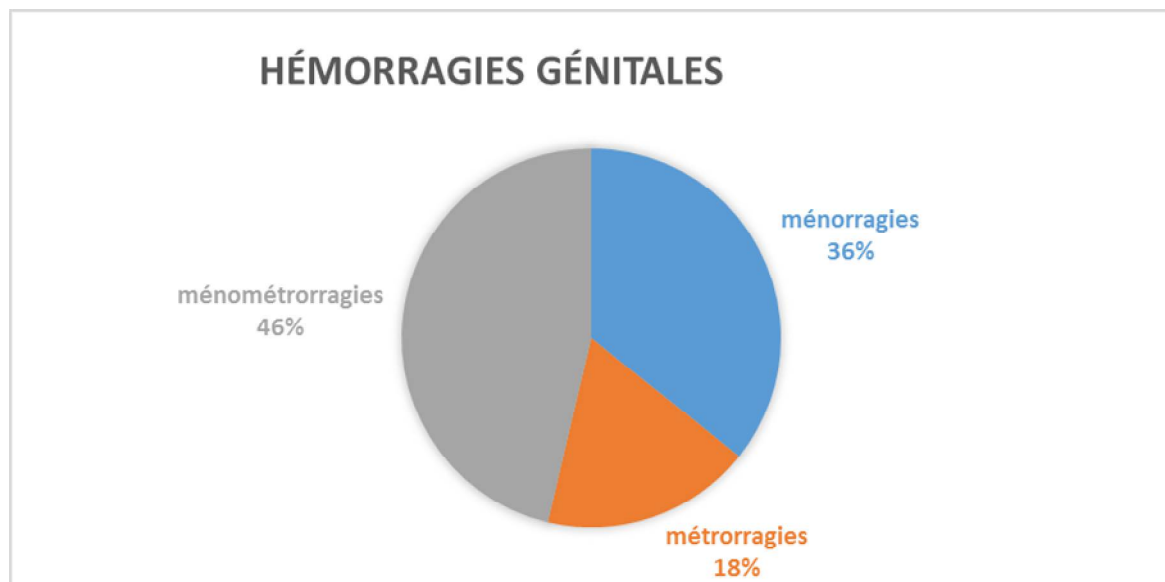


Figure 14: Les hémorragies pelviennes rapportées dans notre série

Les ménométrorragies représentent 46%des patientes (44cas).

Les Douleurs pelviennes :

Les Douleurs pelviennes de type pesanteur sont retrouvées chez 82 de nos patientes soit 47.39%.

Masse pelvienne :

L'augmentation progressive du volume abdominal est retrouvée dans18 cas (10.4%).

Complications :

Diverses complications ont été aussi rapportées par nos patientes :

- Les troubles urinaires dans 11 cas avec une prédominance des pollakiuries (6.35%).
- Les troubles rectaux dans 4 cas de nos patientes (2.3%).
- L'infertilité primaire a été retrouvée dans 4 cas de nos patientes (2.3%).
- Anémie chez 16 patientes (9.24%) et dont 6 de nos patientes a été transfusées (3.46%).
- Les complications infectieuses à type de leucorrhées fétides verdâtres ou jaunâtres ont été retrouvées dans 7cas (0.57%).
- A noter que plusieurs symptômes peuvent être retrouvés chez la même patiente.

III.2.7 L'examen physique:

L'examen clinique a comporté :

- Examen général

- Examen abdominal
- Examen au spéculum
- Toucher vaginal couplé au palper abdominal

➤ L'examen général:

L'état hémodynamique de nos patientes étaient stables.

50 patientes, soit 28.9% avaient des conjonctives légèrement décolorées à décolorées.

➤ L'examen abdominal :

Ω L'inspection :

34 soit 19.65% de nos patientes avaient des cicatrices chirurgicales (césarienne, myomectomie ; appendicectomie...).

25 (14.45%) patientes n'avaient pas de distension abdominale.

148 (85.55%) avaient une augmentation du volume abdominale.

Ω La palpation :

25 patientes n'avaient pas de masse abdominale palpable.

148 restantes avaient des masses pelviennes hypogastriques (de quelques centimètres jusqu'à l'épigastre).

➤ L'examen au spéculum :

53 patientes n'avaient pas été examinées parce qu'elles se disent vierges (30.63%).

62 patientes avaient un examen sous spéculum sans particularité (35.83%).

L'examen a objectivé un saignement provenant de la cavité utérine dans 22 cas soit 12.71%, leucorrhées (blanchâtres, verdâtres ou jaunâtres) dans 15 cas soit 8.67%, masse ou polype accouché par le col dans 5 cas soit 2.89%, col aspiré dans 3 cas soit 1.73%, col inflammatoire dans 4 cas soit 2.31%.

2 patientes avaient un ectropion soit 1.15%.

Une patiente avait un cystocèle de 3 -ème degré soit 0.57%.

➤ Toucher vaginal couplé au palper abdominal ou Taille de l'utérus :

Il a mis en évidence un volume utérin augmenté dans 148 cas soit 85.54%.

La taille d'utérus est normale dans 14.45% (25cas).

III.2.8 Les Pathologies gynécologiques associées:

Tableau 13 : Les pathologies gynécologiques associées chez nos patientes

Type de pathologies associées	Nombre de cas	Fréquence
Polype	5	2,9
Kyste de ovaire	8	4,62
Adénomyose	6	3,46
Endométriose	4	2,31
Hypertrophie de l'endomètre	1	0,57
Ascite	1	0,57
Cervicite	3	1,73
Cystadénome	2	1,15
Absence de pathologies associées	143	82,65
Total	173	100

Elles représentent 17.34%des cas.

Le fibrome utérin était associé à un kyste ovarien dans 8 cas soit 4.62%.

III.2.9 Les examens paracliniques:

❖ Groupe sanguin :

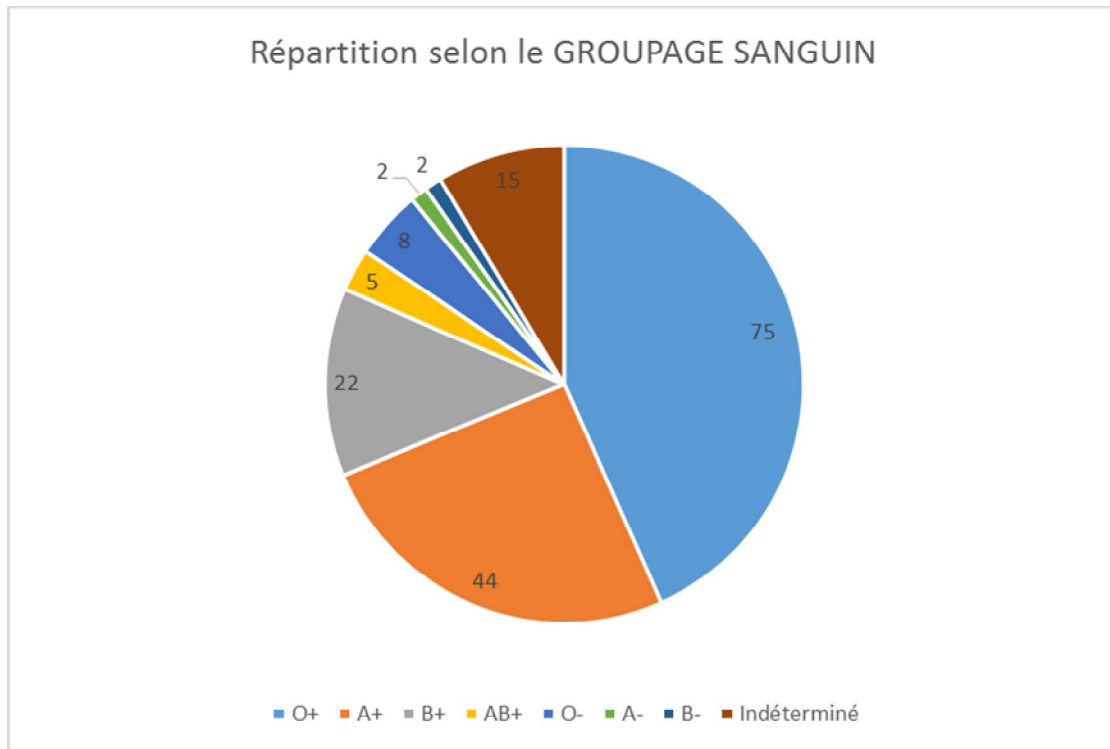


Figure 15 : Graphique montrant la répartition des patientes selon le Groupe sanguin

Le Groupe sanguin dominant est le Groupe O Rhésus positif.

❖ NFS :

Ce Bilan a été réalisé chez toutes nos patientes dans le cadre du bilan préopératoire, il a objectivé 51.44% (89cas) de nos patientes ayant une anémie hypochrome microcytaire.

❖ L'échographie :

161 patientes ont bénéficié d'une échographie soit pelvienne (157cas) ou endovaginale (4cas).

12 patientes ont réalisé une IRM pelvienne ou TDM abdomino-pelvienne.

Elle a permis de déterminer:

- ✓ Siège
 - ✓ Nombre
 - ✓ Type
 - ✓ Taille
- } de(s) fibrome(s).

✓ Siège :

Siège par rapport à l'anatomie de l'utérus :

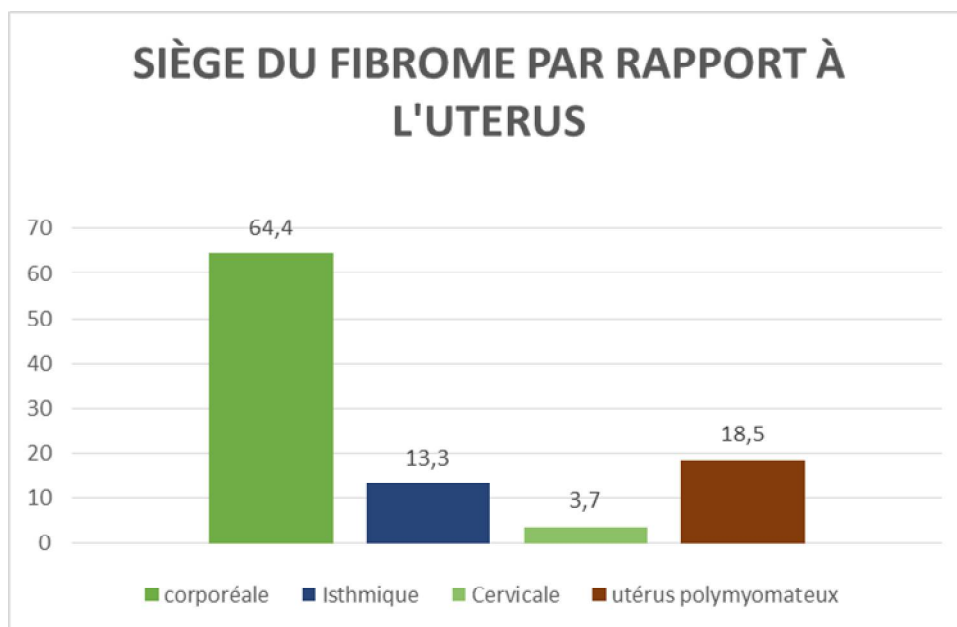


Figure 16 : Graphique montrant le siège du fibrome par rapport à l'utérus

La répartition selon le siège du myome par rapport à l'utérus avait objectivé :

Les myomes corporeaux étaient les plus fréquents.

A noter que plusieurs sièges peuvent être retrouvés chez la même patiente.

✓ Nombre :

59 patientes soit 36.6% ont un myome unique.

102 patientes soit 63.3% ont de multiples myomes, allant de 2 myomes jusqu'à plusieurs (utérus polomyomateux).

✓ Type:

60 patientes soit 37.3% n'ont pas la détermination de type de myome.

A noter que plusieurs types peuvent être retrouvés chez la même patiente.

Tableau 14 : La répartition des patientes selon le type de myome

Type de myome	FIGO	Nombre de cas	Fréquence
Myome sous muqueux	0	5	3,1%
	1	6	3,7%
	2	11	6,83%
Myome interstitial	3	12	7,45%
	4	16	9,93%
Myome sous séreux	5	18	11,18%
	6	12	7,45%
	7	7	4,34%
Hybride sous séreux et sous muqueux	2-5	14	8,69%

39.7% des cas d'utérus polomyomateux.

A noter que plusieurs sièges peuvent être retrouvés chez la même patiente.

✓ Taille :

Dans notre série de cas, la taille des myomes est très variable allant de 10mm jusqu'à 160mm.

✓ Autres signes :

L'échographie pelvienne ou endovaginale a permis de diagnostiquer 3 cas de fibrome en nécrobiose, de mettre en évidence :

3 cas de Masse latéro-utérine

2 cas d'Endomètre épaissi

3 cas de Kyste ovarien

1 cas de Ptose utérine

1 cas d'Hydrosalpinx

1 cas de Pyosalpinx

1 cas d'hydronéphrose bilatérale causé par un utérus globuleux.

❖ **TDM ou IRM** :

12 cas ont bénéficié d'une TDM ou IRM pelvienne en première intention.

11 cas ont effectué une TDM ou IRM pelvienne en complémentarité avec l'échographie pelvienne.

TDM pelvienne a retrouvé :

3 cas d'utérus polymyomateux

Un cas de myome en nécrobiose

7 cas de gros fibrome utérin dont le plus grand est de 15cm/10cm.

IRM pelvienne a mis en évidence :

4 cas d'utérus polomyomateux

Un cas de gros myome 20cm/16cm/15cm en dégénérescence kystique

5 cas de myome sous séreux (1pédiculé et 4 non pédiculés).

❖ **Hystéroscopie :**

3 patientes ont bénéficié d'hystéroscopie, qui a mis en évidence dans les 3 cas : myome intra cavitaire ou sous muqueux dont deux cas étaient associés à une hypertrophie de l'endomètre.

❖ **Frottis cervico vaginal :**

62 patientes ont bénéficié de frottis cervico vaginal.

36 cas ont eu un frottis normal.

On a enregistré 20 cas d'inflammation (sans ou avec cellules suspectes, hémorragique)

Détailler le cas avec cellules suspectes

Une seule patiente avait un frottis contenant des cellules suspectes à type de lésion intra épithéliale de bas grade (CIN 1), elle a bénéficié d'une colposcopie mettant en évidence un TAG1.

Tableau 15 : Les résultats de Frottis cervico vaginal

Résultats de FCV	Nombre de cas
Normal	36
Inflammation sans cellules suspectes	13
Inflammation avec cellules suspectes	1
Peu ou modérément inflammatoire	5
Préatrophie	1
Vaginose	1
Cervicite	1
Candidose	1
Eléments koilocytaires	1
Gardnerella vaginnallis	1
Inflammatoire et hémorragique	1
Total	62

III.2.10 Traitement:

✓ Abstention thérapeutique :

Nos patientes ont été admises pour chirurgie.

On a noté un seul cas d'abstention thérapeutique (myome de petite taille).

✓ Traitement médical:

A noter qu'après l'échec du traitement médical, la chirurgie s'est imposée.

✓ Traitement chirurgical :

L'exploration opératoire a mis en évidence :

8 cas d'utérus polymyomateux

Multiples myomes (de 2 myomes jusqu'à 18 myomes voire nombre indéterminé de myomes)

Myome bilobé dans un cas

Gros myome de 20cm/16cm

Léiomyome associé à :

- Un polype dans un cas.
- Un kyste ovarien dans un cas.
- Une Tumeur ovarienne + ascite dans un cas.

Le traitement chirurgical est soit conservateur soit radical, réparti comme au-dessous :

Tableau 16 : Le traitement chirurgical réalisé

Traitement chirurgical effectué	Nombre de cas	Fréquence
Myomectomie	47	27%
Polymyomectomie	36	21%
Myomectomie + bistournage de myome	3	2%
Myomectomie + kystectomie	1	1%
Myomectomie + annexectomie unilatéral	2	1%
Hystérectomie sub totale	22	13%
Hystérectomie totale	61	35%
Total	172	100%

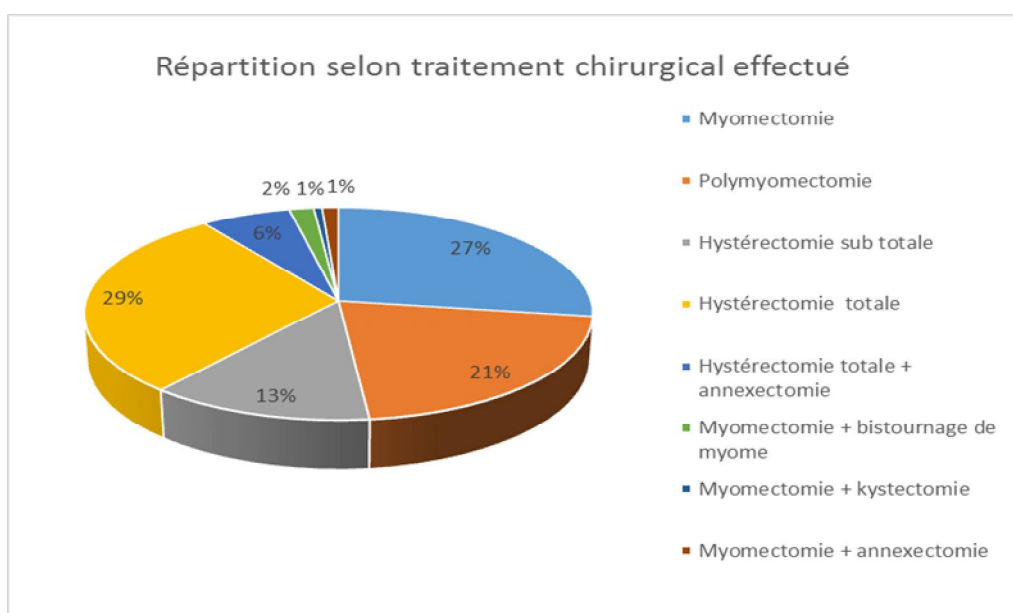


Figure 17 : Graphique de la répartition selon le traitement chirurgical

L'Hystérectomie totale est le traitement chirurgical le plus fréquent.

Ω Traitement chirurgical selon l'âge :

Tableau 17 : La répartition du traitement effectué selon l'âge de la patiente

Age	Traitement chirurgical conservateur		Traitement chirurgical radical	
	Myomectomie	Polymyomectomie	Hystérectomie subtotale	Hystérectomie totale
<40 ans	32(18%)	24(14%)	4(2%)	5(3%)
>40 ans	21(12%)	12(7%)	18(10%)	56(32%)
Total	53(30%)	36(21%)	22(12%)	61(35%)

Chez les femmes âgées de moins de 40 ans, le traitement chirurgical était conservateur : myomectomie ou polymyomectomie.

Chez les femmes âgées de plus de 40 ans, le traitement était sélectivement radical : hystérectomie subtotale ou totale.

Ω Traitement chirurgical selon le statut hormonal :

Dans notre série de cas, on a 11 patientes ménopausées et 4 en péri ménopause.

Tableau 18 : Le traitement effectué selon le statut hormonal de la patiente

Statut hormonal	Myomectomie	Polymyomectomie	Hystérectomie subtotale	Hystérectomie totale
Ménopausée	1	4	1	5
Péri ménopausée	2	0	0	2
Non ménopausée	50	32	21	54

✓ Durée de séjour :

La durée de séjour la plus courte est de 2 jours.

La plus longue durée de séjour est de 38 jours suite à des complications post opératoires et des tares sous-jacentes.

Tableau 19: La durée de séjour dans notre série

Durée de séjour / jour	Nombre de cas
2	1
3	3
4	2
5	2
6	2
7	4
8	4
9	10
10	16
11	20
12	13
13	35
14	14
15	10
16	5
17	4
18	3
19	2
20	5
21	1
22	1
23	4
24	1
25	2
28	2
29	1
38	1



Figure 18 : Graphique montrant la durée de séjour de nos patientes

La durée de séjour moyenne est de 12.7 jours.

III.2.11 Anatomopathologie:

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire de nos patientes a objectivé dans 100% des cas, la présence de léiomyome (s) utérin(s) sans signes de malignité.

L'étude anatomopathologique avait confirmé :

- * 8 cas d'utérus polomyomateux
- * Multiples myomes de taille et de poids différents :
 - Ω Nombre : 2 myomes à 18 myomes voire nombre imprécis.
 - Ω Taille : de quelques mm jusqu'à 20cm.
 - Ω Poids : de quelques grammes jusqu'à plusieurs kilogrammes.
- * Myome bilobé dans un cas

* Gros myome de 20cm/16cm

* Léiomyome associé dans 18 cas soit 10.4% à :

- Polype para glandulaire
- Kyste ovarien
- Tumeur ovarienne + ascite
- Adénomyose
- Kyste séreux para tubaire
- Cervicite
- Kyste lutéinique
- Adénome
- Cystadénome séreux

152 cas soit 87.8% les léiomyomes utérins étaient isolés.

3 cas soit 1.7% représentaient les léiomyomes en nécrobiose aseptique.

III.2.12 Evolution:

✓ Suites post opératoires :

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 170 patientes.

Les suites post opératoires ont été compliquées chez 3 patientes :

Une patiente a présenté un syndrome occlusif à J2 du post –opératoire d’une hystérectomie totale + annexectomie, A l’ASP : NHA adressée au service de chirurgie viscérale pour prise en charge.

2 patientes ont présenté une infection de paroi post opératoire, résolutif sous traitement antibiotique.

On n'a pas noté de complications thrombo emboliques dans les suites immédiates et à long terme.

✓ Suites opératoires lointaines :

Par une enquête téléphonique de 41 patientes, on a pu collecter les informations suivantes :

- Régression des symptômes cliniques
- Disparition de l'anémie
- 2 récives
- Une grossesse après infertilité qui a duré plusieurs années



***D**iscussion*



IV. Discussion:

IV.1 Rappel:

IV.1.1 Définition: (1)

Les fibromes utérins (également appelés léiomyomes ou myomes) sont la forme la plus courante de tumeurs utérines bénignes, Ce sont des tumeurs monoclonales du muscle lisse utérin.

IV.1.2 Historique: (2)

Avant tout HYPOCRATE introduisait la « Pierre » de la matrice.

Ensuite VISCHOW était le premier à instaurer les discussions pathogéniques avec la théorie infectieuse qui liait le fibrome aux infections génitales.

En 1890, CUNNEIM et RIBBERT inauguraient la théorie de « vestiges embryonnaires » qui seraient des cellules souches du fibrome.

De 1890 à 1904, les théories vasculaires avec ROESLER, PILLET et KNAUER font du fibrome une formation localisée et circonscrite développée au dépend de la paroi vasculaire. Ces théories devaient donner place à la théorie hormonale plus séduisante.

Les conceptions thérapeutiques s'affrontèrent avec encore plus de passion; après une longue durée d'abstention. De 1837 à 1868, la priorité va à la clinique. Les premières interventions pour fibromes furent pratiquées. Ainsi la première myomectomie fut réalisée en 1842 par le Français AMUSSAL par voie basse (voie vaginale) ensuite les interventions par voie abdominale furent proposées.

- ATLEE en 1846

- SPENCE Wells en 1863 en Angleterre
- CHELMS à HEIDELBERG en 1868.

En France, malgré le brillant rapport de CHEVRIER en 1891, la myomectomie n'obtient pas grand succès auprès des chirurgiens qui préfèrent adopter la doctrine de BATTEY et HEGAR, promoteurs des ligatures atrophiantes « pour réduire le fibrome par la famine ». Devant l'insuccès de cette méthode, l'ère de chirurgie plus radicale s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie, témoin l'assertion de GORDON de PORTLAND en 1899 « Il faut conserver à la malade la santé et non ses organes inutiles » et de PEAN et DOYEN qui soutiendront que « tout fibrome constaté doit être aussitôt opéré ».

Malgré l'opposition de DARTIG en 1901 qui voudrait que la chirurgie utérine devienne de plus en plus mesurée et conservatrice. Cette chirurgie conduisant à la ménopause précoce a poussé les praticiens à reposer le problème: c'est alors le règne des prescriptions médicales multiples, mais la pharmacopée, si riche redonne tous ses droits à une chirurgie plus efficace.

En 1893, TRELAT et VERNEUIL employaient la radiothérapie. En 1902, cette théorie inoffensive enregistrait son premier succès chez une femme inopérable.

De 1919 à 1921, successivement devant le 1er congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française, l'Académie de médecine, 400 et 300 observations sont exposées.

Selon l'affirmation de WINTZ, 5 à 6% seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, tous les autres doivent être irradiés. Cependant les risques de dégénérescence sarcomateuse après irradiation discréditaient les agents physiques.

Enfin, pendant 20 ans la radiothérapie ne survit que pour des contre-indications opératoires. Malgré DUCING qui nie formellement la nocivité des rayons X et affirme que s'il y a dégénérescence c'est par ce qu'on irradie au départ des fibromes déjà cancérisés.

IV.1.3 Anatomie:(3,4)

L'utérus est un organe musculaire lisse, creux destiné à contenir l'œuf fécondé.

1. Situation :(3)

Dans la cavité pelvienne sur la ligne médiane. Autour de lui se situent :

- o En avant, la vessie.
- o En arrière, le rectum.
- o En dessous, le vagin où il fait saillie.
- o Au-dessus, les anses intestinales et le côlon sigmoïde par l'intermédiaire du péritoine.

2. Forme :(3)

C'est un cône tronqué aplati d'avant en arrière et à sommet inférieur. Sa partie moyenne est légèrement étranglée : c'est l'isthme utérin (zone de rétrécissement virtuelle).

- o Le corps utérin est plus ou moins triangulaire avec un sommet inférieur et une base supérieure. On lui décrit : deux bords droit et gauche, une face vésicale ou antéro-inférieure et une face intestinale ou postéro-supérieure ; Deux angles, les cornes utérines, qui se prolongent par les trompes et finalement une base, le fundus.

- o Le col utérin a une forme de petit cylindre rétréci à ses deux extrémités. Il se divise en deux parties supra-vaginale et vaginale, cette dernière étant percée à son sommet par l'orifice externe du col utérin.
- o L'isthme C'est un étranglement du col à sa jonction avec le corps.

3. Mensurations :(3)

Dimensions pour un utérus non gravide chez la femme nullipare :

- o Hauteur : 6,5 cm (col : 2,5 cm ; isthme : 0,5 cm ; corps : 3,5 cm)
- o Largeur : 4 cm (2,5 cm au col)
- o Epaisseur : 2 cm
- o Poids : 50 à 70 g Dimensions

Chez la multipare:

- o Hauteur : 8 à 10 cm
- o Largeur : 5 cm
- o Epaisseur : 3 cm

4. Rapports de l'utérus (3)

a. Le corps

- Face antéro-inférieure : face lisse légèrement convexe et recouverte de péritoine. Ce dernier s'insinue entre l'utérus et la face supérieure de la vessie et s'arrête au niveau de l'isthme : cul-de-sac vésico utérin.

- Face postéro-supérieure : face entièrement péritonisée. Par l'intermédiaire du péritoine, elle est en rapport avec les anses intestinales et le côlon sigmoïde. Le péritoine forme un repli au niveau de l'isthme, entre l'utérus et le rectum, appelé cul-de-sac recto-utérin ou cul-de sac de Douglas.

- Les bords latéraux :

Latéralement, l'utérus répond au mésomètre et en bas au paramètre.

Dans le mésomètre monte l'artère utérine avec les veines et les lymphatiques.

Dans le paramètre se trouvent l'artère et la veine utérines antérieures. L'uretère descend en bas et médialement. Au niveau de l'isthme, l'uretère est croisé en avant par l'artère utérine et en arrière par les artères vaginales

Les bords latéraux sont en rapport avec les ligaments larges.

- Les angles de l'utérus : Ils se continuent avec l'isthme de la trompe utérine par rapport à laquelle on définit :

En avant et en bas : le ligament rond

En arrière et en bas : le ligament utéro-ovarien

b. L'isthme

C'est une zone de rétrécissement virtuelle.

- En avant avec le bord postérieur de la vessie.

- En arrière avec le cul-de-sac recto-utérin.

En regard de l'isthme, le péritoine s'arrête et la vessie répond directement à l'isthme utérin. Latéralement se trouvent le ligament large et l'artère utérine. En arrière, l'isthme et la partie supra-vaginale du col donnent insertion aux ligaments utéro-sacraux.

c. Le col utérin

Il est cylindrique et donne insertion au vagin qui le divise en deux parties : vaginale et supra-vaginale.

- La face antérieure du col utérin répond à la face postérieure de la vessie.
- La face postérieure du col utérin est péritonisée et donne insertion aux deux ligaments utéro-sacraux, qui se terminent à la face antérieure des vertèbres S2 à S4.
- Les faces latérales du col répondent au ligament large.
- La partie supra-vaginale du col se continue avec le corps utérin.
- La partie vaginale se termine par l'orifice externe du col utérin.

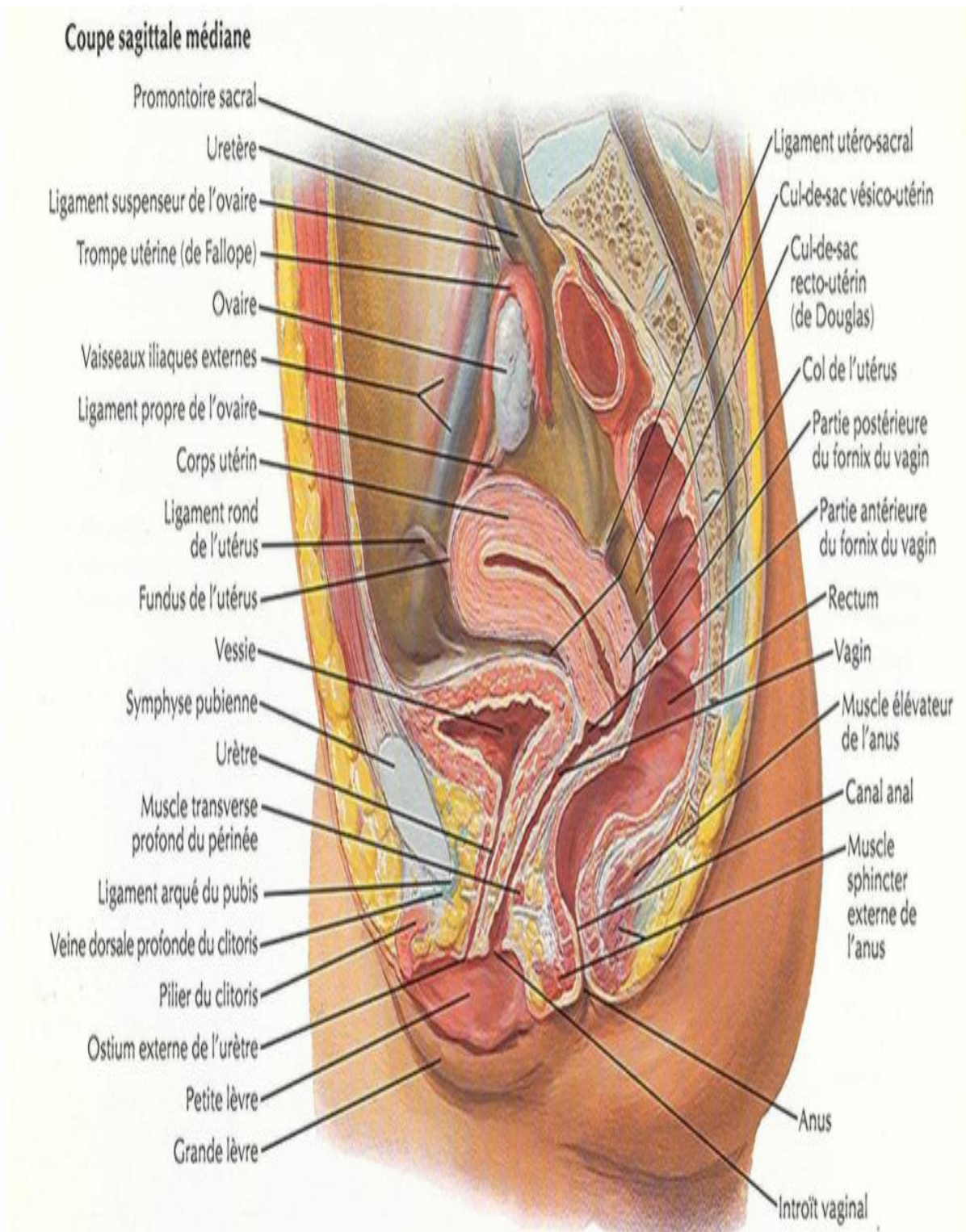


Figure 19: Coupe sagittale en vue médiane montrant les rapports de l'utérus (5)

5. Moyens de fixité :(3)

L'utérus est rattaché aux parois du bassin par trois paires de ligaments symétriques et des expansions ligamentaires.

- o En haut et en avant : les ligaments ronds et vésico utérins.
- o En bas et en arrière : les ligaments utéro-sacraux.
- o Latéralement : les ligaments larges, les paramètres, les paracervix.

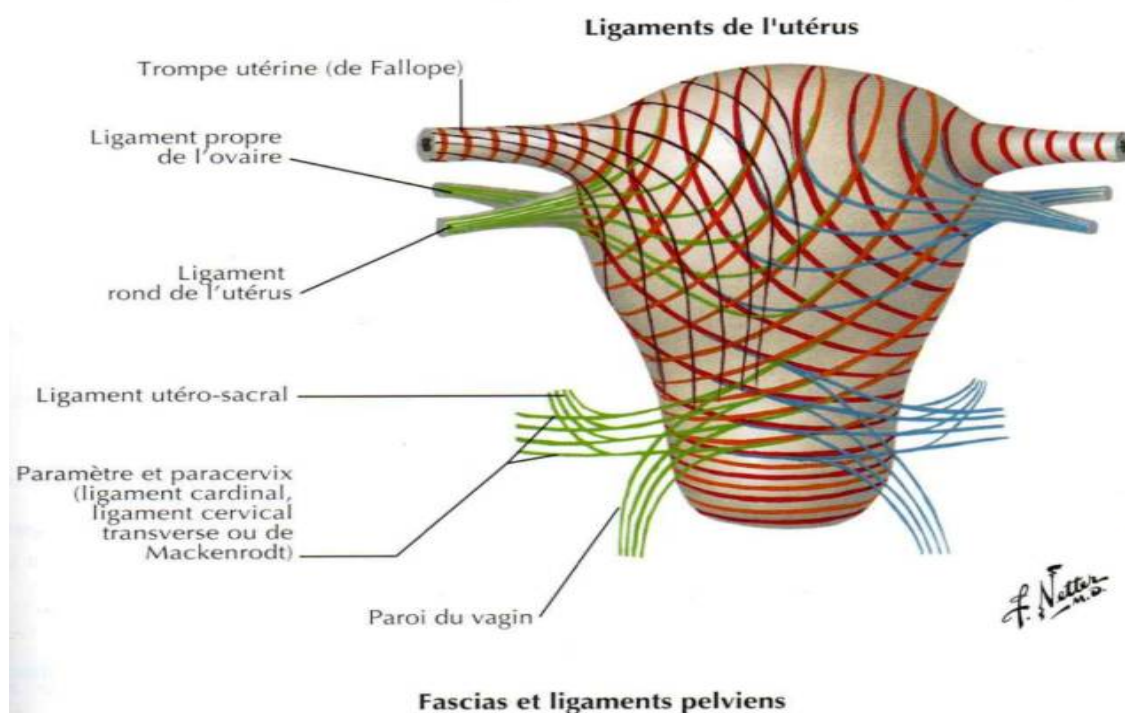


Figure 20: Les moyens de fixité de l'utérus(6)

6. Vascularisation, innervation et drainage lymphatique :(4)

Les artères :

Elles proviennent de l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique qui se porte vers le col de l'utérus en croisant d'arrière en avant et de dehors en dedans la base de ligaments larges.

Elle monte ensuite le long du bord de l'utérus en abandonnant à cet organe de nombreux rameaux flexueux

Les veines :

Elles se rendent à des plexus veineux situés le long des bords latéraux de l'utérus. Ces plexus se déversent dans les veines hypogastriques par l'intermédiaire des veines utérines.

Les nerfs :

Ils viennent du plexus pelvien et constituent un plexus utérin qui atteint l'utérus par la partie supérieure des ligaments utéro-sacrés et devient plexus latéro-utérin autour de l'artère utérine.

Les lymphatiques :

Les vaisseaux lymphatiques du col se rendent aux ganglions iliaques externes et hypogastriques. Les lymphatiques du corps se terminent dans les ganglions lombaires.

IV.1.4 Physiopathologie / Etiologies: (7,8)

Même si ces tumeurs sont très répandues, les mécanismes exacts qui contrôlent leur développement et leur croissance restent encore flous. Il est évident qu'il s'agit de tumeurs monoclonales provenant du myomètre. Les Fibromes utérins se développent à la fois à partir des cellules musculaires lisses et des composants des fibroblastes placés dans une quantité importante de matrice extracellulaire (MEC) excessive.

De nombreuses études publiées à ce jour ont identifié un rôle important des œstrogènes et de la progestérone dans la pathogenèse de ces tumeurs. Les données disponibles suggèrent que la progestérone joue un rôle plus important dans la pathogenèse de ces tumeurs.

Le rôle de l'œstrogène est plus important que celui de l'acide folique dans le développement et la croissance des FU. Des études cliniques ont révélé que les marqueurs de prolifération dans les Fibromes utérins ont eu la plus forte expression dans les tissus pendant la deuxième phase du cycle. Les FU contiennent plus de récepteurs de stéroïdes sexuels que les cellules musculaires utérines normales.

Le mécanisme d'action de la progestérone est basé sur la surexpression de gènes liés aux cytokines et sur l'augmentation directe des concentrations de certains facteurs de croissance (par exemple, le facteur de croissance transformant β -TGF- β) dans la tumeur, qui ressemble à une sorte de processus d'autostimulation.(7)

Des niveaux élevés de composants de la matrice extracellulaire, tels que les collagènes, la fibronectine, les laminines et les protéoglycanes sont présents. Ces protéines induisent la voie de l'intégrine-Rho/p38 MAPK/ERK qui conduit à une régulation à la hausse de l'expression des gènes, ce qui augmente la prolifération cellulaire, diminue l'apoptose et entraîne une modification de la MEC. La régulation positive spécifique des collagènes de type I et III (principaux composants de la matrice extracellulaire) sont détectés. En plus des métalloprotéinases 2 et 11 de la matrice (MMP), des facteurs de croissance (TGF- β , activine A, PDGF et facteur de stimulation des colonies de granulocytes-macrophages -GM-CSF), des cytokines (TNF- α),

Les hormones stéroïdiennes (œstrogène et progestérone) et les microARN (famille miR-29, miR-200c et miR-93/106b) peuvent également jouer un rôle dans la fonction, le remodelage et l'accumulation des MEC, ce qui entraîne la différenciation des myofibroblastes pendant le processus de fibrose. C'est pour cette raison que les traitements médicaux ciblant la MEC aideront en développant des options de traitement potentielles actuelles et futures.

Le phénotype des fibroïdes est le résultat de différents événements génétiques: translocations chromosomiques, inversions paracentriques, réarrangements et aussi, mutations génétiques impliquant un ou plusieurs gènes contrôlant la prolifération myométriale ; les plus notables sont les mutations germinales provoquant une déficience en fumarate hydratase.

Les réarrangements chromosomiques impliquant HMGA2 (groupe de haute mobilité AT-hook 2) sur le bras long du chromosome 12 joueraient un rôle dans l'induction des cellules souches fibroïdes et la tumorigenèse, en particulier dans les grosses tumeurs. Ce groupe de mutations affecte le gène codant pour le complexe médiateur de la sous-unité 12 (MED12).

De nombreuses études ont suggéré l'implication des miARN dans la régulation de la MEC. Ces miRNAs induisent la dégradation de l'ARN et/ou répriment directement la traduction des protéines, ce qui conduit à l'accumulation de MEC et à la formation de fibromes utérins.

Chez les femmes souffrant de fibromes, des altérations des niveaux d'interleukine (IL)-13, IL-17 et IL-10 circulant dans le plasma sanguin ont été signalées. Des anomalies des vaisseaux sanguins utérins et des facteurs de croissance angiogéniques sont également impliqués dans la pathobiologie de la formation des myomes : une augmentation du nombre d'artérioles, de veinules et

d'ectasies des veinules a été détectée en raison de modifications moléculaires : l'expression du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF), du facteur de croissance basique des fibroblastes (bFGF), du facteur de croissance épidermique liant l'héparine, du facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGF), de la protéine apparentée à l'hormone parathyroïdienne (PTHrP) et de la prolactine est altérée chez les femmes souffrant de fibromes. Tous ces facteurs ont des effets angiogéniques potentiels.

L'effet des fibromes sur l'endomètre est global et non localisé à l'endomètre qui recouvre le fibrome lui-même. En outre, les modulateurs du plasminogène sont altérés : des niveaux réduits d'inhibiteur-1 de l'activateur du plasminogène (PAI-1), de thrombomoduline et d'antithrombine III ont été détectés, ce qui peut avoir un impact sur l'hémostase et la réparation de l'endomètre.(8)

IV.1.5 Anatomopathologie:

IV.1.5.1 Etude macroscopique:

IV.1.5.1.1 Aspect:(9)

Unique ou multiple, le léiomyome a un aspect caractéristique :il s'agit d'une tumeur arrondie ou lobulée, de coloration blanche ou rosée ; de consistance ferme, élastique ou plus molle si elle contient beaucoup de fibres musculaire. Une pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

IV.1.5.1.2 Taille : (10)

Varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres.

IV.1.5.1.3 La morphologie : (9)

Le myome se prête sa description du citron, mandarine, orange, pamplemousse etc.

IV.1.5.1.4 Le poids : (9)

Il va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

IV.1.5.1.5 Le siège : (9)

Siège par rapport à la structure anatomique de l'utérus :

➤ Les fibromes du col :

Ils sont soit intra vaginaux, donnant les polypes intra vaginaux, soit sus vaginaux sur la portion sus vaginale, limités dans leur extension vers le bas. Ils vont se développer dans la base du ligament large, appuyant sur l'uretère avec un double danger de compression urétrale et de blessure chirurgicale.

➤ Les fibromes de l'isthme :

Rares, ils peuvent s'inclure dans le ligament large entraînant la compression urétérale et la blessure chirurgicale.

➤ Les fibromes du corps :

Ils sont les plus fréquents. La vessie est en contact avec ceux de la face antérieure. Ceux de la face postérieure peuvent entraîner une rétroversion fixée et douloureuse de l'utérus, faisant basculer en avant le col utérin qui comprime la vessie et le col vésical sous la symphyse. Ceci entraîne des signes vésicaux. Ceux du fond utérin sont en général mieux tolérés, le plus souvent silencieux. Enfin, les fibromes au niveau des cornes (angulaires), parfois causant l'infertilité tubaire par compression, sont d'exérèse difficile.

Siège par rapport aux différentes tuniques de l'utérus :

➤ Les fibromes sous-séreux ou sous péritonéaux :

Faisant saillie sur la surface de l'utérus : sessiles, lorsqu'ils ont une base d'implantation large et pédiculés quand leur base est étroite.

➤ Les fibromes interstitiels ou intra pariétaux :

Ils se développent dans le myomètre, ils répercutent sur la forme et la taille de l'utérus, s'associant souvent à une hypertrophie de la paroi musculaire. Ils favorisent la déformation de la cavité utérine en l'étirant et en l'agrandissant.

➤ Les fibromes sous muqueux :

Soit sessiles ou soit pédiculés.

Sessiles: de volume variable, font saillie sous la muqueuse qu'ils déforment, coupables parfois d'avortement à répétition. Ils sont prédisposés à l'infection et à la nécrobiose.

Pédiculés: Ce sont des polypes fibreux intra cavitaires. Le point d'implantation du pédicule est variable, sur le fond utérin ou près de l'isthme. Ils sont libres, « en battant de cloche » dans la cavité utérine, ou formant clapet au niveau de l'orifice interne du col. Sous l'effet de contractions expulsives, ils dilatent progressivement le col et sont parfois accouchés dans le vagin. Ils sont à différencier des polypes muqueux de l'endomètre



Figure 21: aspect macroscopique des fibromes utérins

IV.1.5.2 Aspect microscopique :(10)

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

IV.1.5.3 Classification FIGO :(11)

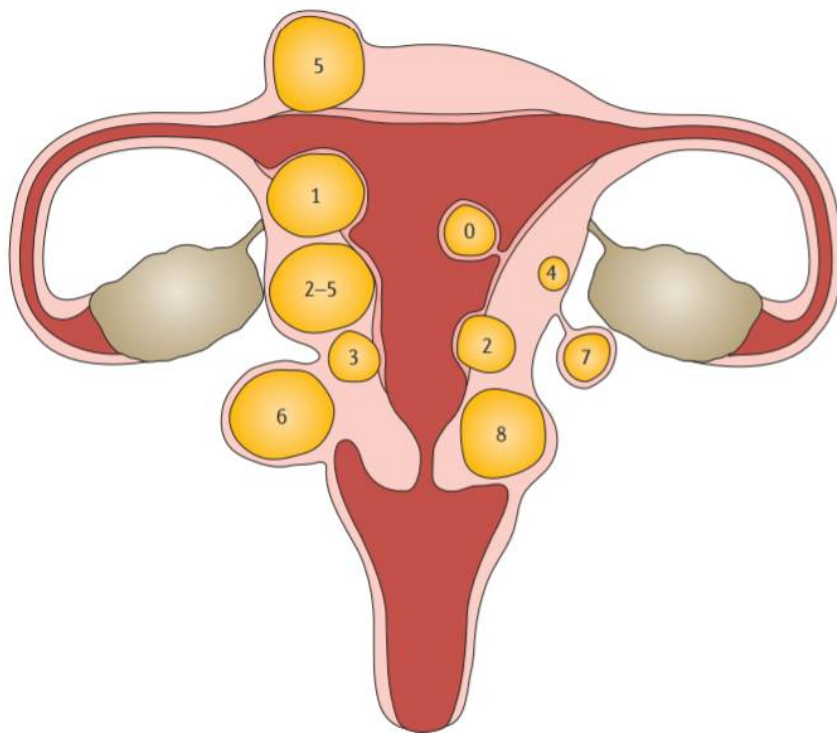


Figure 22: Système de sous-classification des fibromes *

Les fibromes sont hétérogènes dans leur taille et leur localisation. Un système de stadification a été développé par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) qui indique l'emplacement des fibromes par rapport aux surfaces muqueuses et séreuses. Toutefois, cette classification n'indique pas la taille des fibromes et sous-estime la complexité de la maladie clinique.

- Type 0 : fibrome pédonculé, qui est localisé dans la sous-muqueuse et s'étend à l'intérieur la cavité utérine
- Type 1 : fibrome sous-muqueux, avec $<50\%$ dans une localisation intramurale
- Type 2 : fibrome sous-muqueux, avec $\geq 50\%$ dans un emplacement intramural
- Type 3 : contacte l'endomètre, avec 100% dans un emplacement intramural
- Type 4 : fibrome intramural
- Type 5 : fibrome sous-séreux, avec $\geq 50\%$ dans un emplacement intramural
- Type 6 : fibrome sous-séreux, avec $<50\%$ dans une localisation intramural
- Type 7 : fibrome sous-séreux pédonculé
- Type 8 : autre (par exemple, cervical ou parasitaire)

*Cette classification comprend des classifications hybrides, par exemple, les types 2-5 de la FIGO pour les fibromes transmuraux adapté de l'Association médicale coréenne.

IV.2 Profil épidémiologique:

IV.2.1 Fréquence:

La prévalence des fibromes a été historiquement sous-estimée par les études épidémiologiques qui se sont concentrées principalement sur les femmes symptomatiques, laissant derrière elles une large population de femmes asymptomatiques et de femmes qui sous-estiment leurs symptômes.

Selon Emma, Sawsan et Erica, la prévalence des fibromes varie selon les études et les pays (4,5 %-68,6 %) en fonction du type d'enquête, de la méthode de diagnostic et de la démographie raciale/ethnique de la population étudiée.

Des recherches récentes menées aux États-Unis ont montré que les fibromes sont retrouvés par les ultrasons chez plus de 80 % des femmes d'origine africaine et chez près de 70 % des femmes blanches avant l'âge de 50 ans. Des données auto déclarées limitées sont disponibles sur la prévalence des fibromes dans d'autres groupes raciaux/ethniques tels que les femmes asiatiques. Il s'agit clairement d'un domaine qui offre des possibilités de recherches et de collaborations futures. (12)

Selon l'équipe de Stewart, les données des études de dépistage par échographie déchiffrent plus de 70 % des femmes ayant des fibromes utérins. Cependant, les fibromes peuvent être asymptomatiques, les symptômes cliniques étant signalés chez 25 à 50 % des femmes.

Les taux de diagnostics cliniques auto-déclarés (qui incluent les cas les plus graves qui conduisent à une hystérectomie) permettent d'estimer le nombre de femmes touchées par les symptômes des fibromes. Ces estimations vont de 12,8 pour 1 000 personnes-années pour les diagnostics auto déclarés à 2 pour 1 000 personnes-années pour les cas confirmés par hystérectomie aux États-Unis.

Dans une enquête européenne, la prévalence des fibromes symptomatiques diagnostiqués allait de 11 % en France à 24 % en Italie. Il est probable que les femmes présentent des symptômes de fibromes pendant plusieurs années avant d'être diagnostiqués.(11)

Tableau 20: Distribution des fibromes utérins par rapport à la moyenne

Ville/ Service	Date du	Au	Durée d'étude	Effectifs totales	Moyenne
Rabat/ maternité Souissi (13)	1980	2004	24ans	1407	58
Marrakech/ CHU Mohamed V (2)	Janvier 2008	Décembre 2010	3ans	208	69
Notre étude	Janvier 2017	Décembre 2019	3ans	173	57

MBARKI.S dans sa thèse à la maternité Soussi de Rabat a trouvé une moyenne de 58 nouveau cas par an. Cette valeur est proche de la moyenne déclarée par notre étude.(13)

IV.2.2 Age:

L'âge est un élément important pour le développement des fibromes. L'incidence des fibromes diagnostiqués comme pathologiques augmente avec l'âge et atteint un pic à 50 ans. Les myomes n'apparaissent pas avant la puberté, et leur fréquence diminue avec la ménopause.

L'incidence des fibromes utérins à l'âge de 35 ans était de 60 % chez les Afro-Américaines et atteignait plus de 80 % à l'âge de 50 ans, tandis que les femmes de race blanche ont une incidence de 40 % à l'âge de 35 ans et de près de 70 % à l'âge de 50 ans.

Le taux d'hospitalisation pour les léiomyomes utérins augmente avec l'âge, avec un pic à 62,7 pour 10.000 chez les femmes de 45 à 49 ans ; le taux d'hospitalisation diminue ensuite à 31,8 pour 10.000 chez les femmes de 50 à 54 ans.

L'âge avancé augmente l'incidence et le nombre de fibromes de plusieurs fois et reflète l'histoire naturelle des fibromes.(14)

Dans notre étude, le maximum de cas était enregistré dans la tranche d'âge entre 40 et 50 ans. Ces données rejoignent les résultats de ELOUARDIGHI dans sa thèse.

Les âges extrêmes de nos patientes étaient compris entre 23 et 70 ans.

Tableau 21: Tranche d'âge prédominante et âge moyen des fibromes utérins

Auteurs	Période d'étude	Tranche d'âge prédominante	Age moyen
MBARKI(13)	1980-2004	36-40	34ans
ELOUARDIGHI(2)	1/2008-12/2010	40-49	40ans
Notre étude	1/2017-12-2019	40-50	42ans

IV.2.3 Race:

Dans les séminaires en médecine de reproduction, Ayman et son équipe rapporte que l'incidence et la prévalence des FU étant plus élevées chez les femmes noires à tous les âges.

Grâce à un dépistage effectué par l'échographie, le taux d'incidence cumulé estimé à l'âge de 50 ans est sensiblement plus élevé chez les femmes noires (80%) que chez les femmes blanches (près de 70 %).(15)

ELOUARDIGHI a rapporté dans sa thèse à l'hôpital Mohamed V de Marrakech la balance de la race blanche contre la noire, ce qui rejoint le constat de notre série de cas. (2)

IV.2.4 Statut hormonal:

Les myomes utérins sont rares avant la puberté, leur prévalence augmente pendant les années de reproduction et leur taille diminue après la ménopause.(16)

Les fibromes n'ont pas été décrits chez les filles pré-pubères, mais peuvent commencer à se développer pendant l'adolescence, puis leur incidence augmente jusqu'à la ménopause.(11)

L'un des rares avantages de la ménopause est régression de la taille des fibromes et de leurs symptômes. Une caractéristique frappante des FU est leur dépendance aux stéroïdes ovariens, l'œstrogène et la progestérone. A la ménopause, la tendance générale est à la régression des FU. Mavrelos et al ont déclaré que la croissance des fibromes chez les femmes avant l'âge de 35 ans est deux fois plus rapide que chez les femmes plus âgées. Peddada et al ont démontré que ce n'était pas le cas pour toutes les races ; les femmes afro-américaines et blanches ont des taux de croissance similaires jusqu'à l'âge de 35 ans. Après 35 ans, les taux de croissance diminuent chez les femmes blanches, mais pas chez les Afro-Américaines. Bien que la ménopause aide à soulager les symptômes des FU, elle n'empêche pas l'apparition des FU. (17)

Notre série de cas a trouvé 91.3% de patientes non ménopausées, 2.3% en péri ménopause et seulement 6.4% de patientes ménopausées.

IV.2.5 Statut matrimonial:

Une enquête prospective transversale sur Internet auprès de la population féminine française concernant l'impact des fibromes utérins sur la qualité de vie annonce que 63% de la population étudiée sont atteints de FU, 73% de ces femmes sont mariées ou en couple. 14% d'entre elles sont célibataires et 13% regroupent les femmes divorcées et veuves.(18)

A l'Inde, une étude transversale menée à propos des facteurs de risque responsables du développement des FU a annoncé 95.6% de patientes mariées, 0.72% de patientes célibataires et 3.64% de patientes veuves.(19)

En Espagne, un questionnaire a été mené à propos de la qualité de vie des patientes atteintes de FU a trouvé 73.7% de patientes mariées, 19.3% célibataires et 7% de patientes divorcées.(20)

Dans notre étude, les femmes mariées sont également les plus atteintes par les FU.

IV.2.6 Facteur de risque:

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, allant de la prédisposition génétique à des comportements variables en fonction du mode de vie.

Parmi les facteurs modifiables du mode de vie qui peuvent avoir une incidence significative sur l'incidence des FU, citons la carence en vitamine D, l'exercice et l'alimentation (caféine et consommation accrue de viande rouge), le tabagisme, l'obésité, l'utilisation de contraceptifs et la dyslipidémie. Plusieurs études montrent que la supplémentation en vitamine D et l'utilisation de statines ont un effet des effets protecteurs.

L'ensemble de ces données suggèrent que plusieurs facteurs liés au mode de vie peuvent contribuer collectivement au développement des FU.(15)

Une étude transversale réalisée au département de gynécologie à Tirupati en Inde concernant les facteurs de risque incriminé dans la genèse des myomes utérins a trouvé que prévalence des fibromes était significativement corrélée à l'IMC. Une réduction du poids corporel peut faire baisser la fréquence des fibromes utérins. D'autres facteurs ont été recherchés par la même étude, citons l'HTA, diabète et la consommation de caféine. Ces facteurs n'ont pas de corrélation avec les fibromes utérins selon cette recherche.(19)

Dans notre étude, l'HTA et le diabète sont plus représentés que l'obésité.

Il n'y a pas de relation définie entre les contraceptifs oraux et la présence ou la croissance de myomes. Une étude a constaté un risque accru de myomes avec les contraceptifs oraux, mais une étude ultérieure n'a pas constaté de risque accru avec l'utilisation ou la durée d'utilisation des CO. Bien qu'une autre étude a constaté une diminution du risque, les femmes présentant des myomes connus peuvent se voir prescrire des contraceptifs oraux moins fréquemment, ce qui entraîne un biais de sélection.(21)

Dans notre série, 6.35% des patientes ont été sous CO.

IV.3 Impact clinique:

IV.3.1 Antécédents:

IV.3.1.1 Antécédents médicaux:

IV.3.1.1.1 L'obésité :

Un IMC plus élevé est associé à une légère augmentation du risque de fibromes. Une incidence plus élevée de fibromes traités chirurgicalement a été constatée chez les femmes ayant pris plus de 20 kg par rapport aux femmes ayant pris moins de 10 kg. L'obésité agit soit par des mécanismes hormonaux soit par des mécanismes inflammatoires. L'obésité est responsable d'une augmentation de la conversion des androgènes surréniaux en œstrogènes et d'une réduction de la production hépatique de globuline liant les hormones sexuelles, ce qui entraîne une augmentation des œstrogènes actifs non liés.(22)

Ciavattini et ses collègues ont étudié l'association entre la présence de fibromes utérins et la distribution du tissu adipeux. Ils ont constaté par la mesure du tissu adipeux par les ultrasons que l'effet pro-inflammatoire est plus prononcé dans les compartiments graisseux viscéraux que dans les compartiments graisseux sous-cutanés. L'obésité centrale peut favoriser l'insulinorésistance et l'hyperinsulinémie. L'hyperinsulinémie peut influencer directement ou indirectement le développement des fibromes en favorisant la prolifération des cellules musculaires lisses du myomètre et en augmentant les niveaux circulants d'hormones ovariennes. L'obésité centrale, l'insulinorésistance, l'hypertension artérielle et les hyperlipidémies sont des composantes du syndrome métabolique associés à un risque élevé de fibrose.(23)

L'obésité a représentée 2.89% de l'ensemble de notre série de cas.

IV.3.1.1.2 L'hypertension artérielle :

Faerstein et al. suggèrent que l'hypertension représente un état "pro athérogène" qui augmente le risque de développement de fibromes. Une pression artérielle élevée peut provoquer une lésion des cellules des muscles lisses et/ou la libération de cytokines et ainsi augmenter le risque d'apparition ou de croissance de fibromes utérins, dans un processus analogue à l'athérosclérose.

Par une étude cohorte, en tenant compte des covariables d'âge, de race/ethnie, d'IMC et d'antécédents de parité, on a constaté que pour chaque augmentation de 10 mm Hg de la pression artérielle diastolique, le risque de fibromes augmente de 8 % (5-11 %) et de 10 % (7-13 %) chez les non-utilisateurs et les utilisateurs de médicaments antihypertenseurs respectivement.

L'étude de cette association pourrait suggérer des voies possibles pour prévenir les fibromes.(24)

L'HTA a concerné 9,25% de notre série de cas.

IV.3.1.1.3 Le diabète :

Donna et son équipe affirme qu'aucune grande étude épidémiologique antérieure n'a examiné l'association entre les taux d'IGF-I ou d'insuline en circulation et le développement des fibromes, bien que deux études ont analysé leurs associations avec le diabète. Sur la base de très petits nombres, Faerstein et al n'ont trouvé aucune association avec le diabète diagnostiqué, mais une augmentation de 2 % des chances relatives pour les femmes prenant des médicaments contre le diabète. Conformément à leurs conclusions, Wise et al ont constaté une réduction du risque de fibromes chez les diabétiques dans l'étude sur la santé des femmes noires. Ils n'ont trouvé aucune preuve de risque

accru de fibromes avec des niveaux élevés d'IGF-I ou d'insuline en circulation. En fait, ces deux facteurs ont montré des tendances à des associations protectrices.(25)

Le diabète a été retrouvé chez 5,2% de notre série de cas.

IV.3.1.1.4 L'anémie :

Par une étude rétrospective, PURI et son équipe ont retrouvé que les fibromes sous-muqueux diagnostiqués par hystéroscopie étaient associés à un taux d'hémoglobine significativement plus faible et à un risque plus élevé d'anémie. Ainsi que les femmes présentant des fibromes sous-muqueux diagnostiqués par échographie présentaient un taux d'hémoglobine faible et une anémie.(26)

Dans notre série, l'anémie concernait 9,25% de nos patientes, et 3.4% d'entre eux ont déjà reçu une transfusion.

IV.3.1.2 Antécédents chirurgicaux :

Par une enquête rétrospective, KOTANI et Al ont concluent que les myomectomies par cœlioscopie ont donné un taux de récurrence plus élevé que les myomectomies par laparotomie, probablement en raison de l'extraction manuelle des myomes dans les myomectomies par laparotomie, qui est une extraction plus exhaustive des myomes plus petites que celle effectuée dans la myomectomie par cœlioscopie. En d'autres termes, la réduction des masses myomes résiduelles après la myomectomie par laparotomie contribue à un taux de récurrence postopératoire plus faible.(27)

Dans notre série, on a trouvé un taux de récurrence à 6,93%.

IV.3.1.3 Antécédents Obstétricaux :

IV.3.1.3.1 Gestité et Parité

Plusieurs études ont enregistré un effet protecteur de la grossesse sur le développement des fibromes, avec une parité élevée (trois accouchements ou plus) diminuant le risque de fibromes jusqu'à 5 fois. La grossesse, avec ses fortes hausses et baisses de la production d'œstrogènes et de progestérone, peut avoir un effet dramatique sur la croissance des fibromes. Près de 36 % des fibromes présents au premier trimestre de la grossesse ne sont pas identifiés sur un examen échographique effectué 3 à 6 mois après l'accouchement ; les fibromes restent réduits en diamètre d'une médiane de 0,5 cm.

La relation entre une parité élevée et une faible prévalence de fibromes est considérée comme surestimée car la présence de fibromes pourrait entraîner une infertilité ou une sous-fertilité, réduisant ainsi la parité elle-même. Le temps écoulé depuis la dernière naissance a multiplié par environ 2 à 3 le risque de développer des fibromes chez les femmes ayant accouché il y a 5 ans ou plus, par rapport à celles qui ont accouché plus récemment.

Il a été constaté que l'allaitement maternel n'a que peu ou pas d'influence sur l'incidence des fibromes, en particulier après avoir contrôlé la parité. Certaines études ont constaté une association inverse avec le jeune âge au niveau de la ménarche et de l'incidence des fibromes. Des études ont spécifiquement étudié la relation entre l'âge avancé de la ménopause et le risque de fibromes disant que plus la ménopause commence tard, plus la femme est susceptible de développer de nouveaux fibromes.(14)

Une étude analytique transversale menée par des gynécologues en Inde a montré une association inversement proportionnelle à la parité, disant que plus la parité est élevée, moins les femmes ont une probabilité d'avoir un fibrome utérin.(28)

Dans notre étude, les nullipares sont les plus représentées. Ce constat rejoint les données de la littérature.

IV.3.1.3.2 L'avortement spontané

Song et al n'ont observé aucune association entre le nombre d'avortements spontanés et le risque de survenue de fibromes utérins chez les femmes chinoises d'âge moyen et plus âgées.

Lumbiganon et al ont signalé l'association entre l'avortement et le risque de fibromes utérins dans une étude cas-témoin de 910 cas et 2709 contrôles en Thaïlande. Ces enquêteurs ont constaté que l'avortement était positivement associé avec le risque de fibromes utérins. Toutefois, ils n'ont pas indiqué spécifiquement si l'avortement a été provoqué ou spontané.

Parazzini et al ont constaté que le risque de fibromes utérins diminue avec le nombre d'avortements provoqués.

Deux études cas-témoins et une étude de cohorte ont démontré que l'avortement n'avait aucun rapport avec le risque de fibromes utérins.(29)

Dans notre étude, 16.7% de nos patientes ont déjà eu un avortement.

IV.3.1.4 ATCD gynécologiques :

Par une étude cohorte étudiant l'association de l'âge à la ménarche avec le nombre de fibromes, Edwards et al ont trouvé par des échographies endovaginales chez 5 023 participants, 11 % avaient un fibrome. 7 % ont eu la ménarche avant l'âge de 11 ans et 11 % à 15 ans ou plus tard. Ainsi que l'augmentation d'un an de l'âge à la ménarche était inversement associée aux fibromes.(30)

Dans notre série de cas, l'âge de ménarche était compris entre 11 ans et 17 ans.

Il est généralement admis que les fibromes sous-muqueux ont un impact négatif sur la fertilité et la grossesse en raison de leur implication dans la cavité endométriale. Une étude systématique réalisée par Pritts et al a conclu que les fibromes sous-muqueux (FIGO L0 à L2) qui provoquent une distorsion de la cavité utérine entraînent une diminution des taux de grossesse, d'implantation et de naissance vivante, ainsi qu'une augmentation du taux de fausses couches spontanées.(31)

Dans notre étude, on a enregistré 10.4% de cas d'infertilité.

IV.3.1.5 Antécédents familiaux:

Les antécédents familiaux de myomes utérins constituent un facteur de risque important pour leur développement. Cependant, la ou les composantes génétiques spécifiques du risque des FU ne sont pas entièrement comprises.(15)

Par le biais d'un questionnaire réalisé chez les deux groupes ethniques, les femmes ayant déclaré des antécédents familiaux de fibromes présentaient un risque élevé de fibromes par rapport à celles qui n'en avaient pas.(32)

Les antécédents familiaux de fibromes ont également montré une augmentation du risque de FU dans une étude cas-témoins multicentrique menée auprès de femmes hospitalisées en Thaïlande. Les femmes ayant des antécédents familiaux de FU étaient trois fois plus susceptibles d'avoir des FU que celles qui n'avaient pas de tels antécédents.(33)

Dans notre série de cas,1.73% de nos patientes avaient un ATCD familial de FU.

IV.3.2 Motif d'admission:

Les symptômes dépendent de la taille, du nombre et de la localisation des tumeurs. Le symptôme le plus courant est les hémorragies pelviennes, il s'agit généralement de ménorragies .Les autres symptômes sont la pesanteur pelvienne,la constipation , l'incontinence urinaire , la rétention urinaire, les douleurs du bas du dos et la dyspareunie.

Les léiomyomes utérins peuvent être associés à l'infertilité, et certains experts recommandent la recherche de FU chez les femmes infertiles.(16)

Dans notre étude, le principal motif a été dominé par les hémorragies génitales 54.91% isolées ou associées suivi par les algies pelviennes 47.39% soit isolées ou associées ensuite les masses pelviennes 10.4% et enfin l'infertilité 5.78%.

La découverte fortuite était déclarée chez 1.15% de nos patientes.

Tableau 22: Fréquence des fibromes utérins en fonction des symptômes

Auteurs	Hgies pelviennes	Dlrs pelviennes	Masses pelviennes	Infertilité	Découverte fortuite
MBARKI(13)	70,27%	17,12%	12,09%	21,60%	0,51%
ELOUARDIGHI(2)	66.3%	16.8%	9.6%	5.3%	2%
Notre étude	54.91%	47.39%	10.4%	5.78%	1.15%

IV.3.2.1 Les hémorragies pelviennes

Dans une vaste enquête en ligne menée dans huit pays avec au moins 2 500 participants dans chaque pays (4 000 aux États-Unis), 59,8 % des femmes ayant déclaré un diagnostic de fibromes utérins ont annoncé des hémorragies pelviennes abondants et prolongés, contre 37,4 % de celles qui n'en avaient pas. L'hémorragie excessive peut entraîner une anémie grave qui peut mettre la vie en danger, mais certaines patientes ne reconnaissent pas la gravité du problème, peuvent considérer la perte sanguine normale et ne cherchent pas à obtenir de l'aide.(34)

Tableau 23: Pourcentage des fibromes utérins en fonction des hémorragies pelviennes

Auteurs	Ménorragies	Métrorragies	Ménométrorragies
ELOUARDIGHI(2)	29%	15.2%	55.8%
Notre étude	36%	18%	46%

IV.3.2.2 Les douleurs pelviennes :

La littérature a mis le point sur la relation entre les myomes utérins et les symptômes de douleur gynécologique dans le cadre d'une étude de population très limitée. Une étude italienne a montré que les femmes souffrant de fibromes

utérins étaient plus susceptibles de signaler une dyspareunie modérée ou sévère et des douleurs pelviennes non cycliques modérées ou sévères que les femmes sans fibromes utérins, mais pas une dysménorrhée modérée ou sévère. Les études de recherche sur la douleur pendant les rapports sexuels sont incohérentes : Une étude de Ferrero et al. a démontré que les femmes ayant des fibromes utérins n'ont pas de dyspareunie, alors que Ertunc et al. ont constaté qu'une déficience potentielle, principalement due à la douleur pendant les rapports sexuels, existe chez les femmes souffrant de myomes. (35)

Dans notre étude les algies pelviennes représentent 47.39% isolées ou associées à d'autres symptômes.

IV.3.2.3 Les masses pelviennes

L'augmentation du volume abdominale est le 3eme symptôme révélateur de fibromes utérins. Les myomes peuvent atteindre des très grandes tailles et mesurer plus de 11.5 kg. Les grandes tailles sont rares ainsi que leur tableau clinique est bruyant. (36)

L'augmentation importante du volume abdominal avec un effet de masse entraine une compression vésicale responsable de pollakiurie, hydronéphrose ou dysfonction rénale, des symptômes digestifs (constipation, œdème, thrombose, ulcère, masse pelvienne calcifiée, hématométrie, hypertension pulmonaire sévère, défaillance respiratoire qui peut engager alors le pronostic vital et dans des cas extrêmes, une hernie de la ligne blanche causée par une importante distension abdominale.(37)

Boughaza et al rapportent le cas d'une importante augmentation du volume abdominal compliquée par une hernie de la ligne blanche, associée à une

pollakiurie, une constipation et un amaigrissement non chiffré. L'échographie abdominale a trouvé une masse abdominale dont l'origine exacte n'a pas pu être déterminée. L'exploration chirurgicale a montré que la masse était au dépend du fond utérin et mesurait 20 cm. Le diagnostic de fibrome utérin a été proposé et la patiente a bénéficié d'une hystérectomie. Le diagnostic de léiomyome utérin a été confirmé par l'étude anatomopathologique.(36)

Dans notre étude, l'augmentation de volume abdominal était mentionnée dans 10.4% cas compliquée dans 8.65% par des troubles urinaires avec une prédominance des pollakiuries dans 6.35%, et des troubles rectaux chez 2.3% de nos patientes.



Figure 23: l'inspection a révélé une grande masse étendue au-dessus de l'ombilic.

IV.3.2.4 L'infertilité :

Ces dernières années, l'effet de ces tumeurs sur la fertilité a suscité un intérêt croissant. Il est généralement admis que les fibromes sous-muqueux, qui déforment intrinsèquement la cavité utérine, ont un effet néfaste sur la fertilité. Une étude réalisée par Pritts et al. a révélé que les fibromes provoquant une distorsion intracavitaire entraînent une diminution des taux de grossesse clinique, d'implantation et de grossesse/naissance vivante en cours, ainsi qu'une augmentation du taux de fausses couches spontanées. Cependant, dans la même revue, Pritts et al. ont constaté que les patientes présentant des fibromes intramuraux, par rapport aux témoins sans fibromes qui avaient des taux d'implantation et de grossesse/naissance vivante en cours inférieurs, ainsi qu'un taux de fausses couches spontanées supérieur. Les étiologies proposées pour ces effets des fibromes intramuraux comprennent des altérations du péristaltisme utérin et du flux vasculaire ainsi que la perturbation du transport des spermatozoïdes et des ovules et de l'implantation des embryons. Aucune preuve n'a trouvé que les fibromes sous-séreux diminuaient toute mesure de la fertilité. Néanmoins, les données fournissent des preuves irréfutables qu'il peut y avoir des situations dans lesquelles l'ablation chirurgicale de fibromes non sous-muqueux est indiquée chez la patiente infertile. En outre, plusieurs études ont montré un effet néfaste des fibromes sans implication intracavitaire sur les résultats de la FIV, en particulier les myomes de plus de 4 cm. (38)

Dans notre étude l'infertilité représentait 5.78% des cas.

IV.3.3 Les Pathologies gynécologiques associées:

L'adénomyose est rarement diagnostiquée avant l'hystérectomie et coexiste généralement avec des léiomyomes utérins. Par une étude cas-témoin chez des

femmes ayant subi une hystérectomie avec un diagnostic histologique d'adénomyose et de léiomyomes et sur des femmes ayant des léiomyomes utérins seuls, Taran et al ont conclu que les femmes atteintes d'adénomyose et de léiomyomes étaient plus susceptibles d'avoir plus de douleurs pelviennes et d'avoir un indice de masse corporelle plus faible par rapport aux femmes souffrant uniquement de léiomyomes. (39)

Dans notre étude, l'adénomyose était associée au myome utérin dans 3,46% des cas.

L'endométriose et les fibromes utérins sont des troubles courants qui touchent un nombre important de femmes. La relation entre le léiomyome et l'endométriose est mal comprise. Les deux contribuent à des douleurs considérables et peuvent provoquer une sous-fertilité ou une stérilité chez la femme. par une étude rétrospective analytique, Nezhat et al ont montré la coexistence d'une endométriose prouvée par l'histologie chez les femmes présentant un léiomyome symptomatique.(40)

Dans notre étude, le léiomyome était associé à l'endométriose dans 2,31% des cas.

IV.3.4 Complications :

IV.3.4.1 Compressions :

La compression est l'apanage des fibromes sous séreux et interstitiels.

Différents types de symptômes urinaires associés aux myomes sont signalés. Ils sont rarement étudiés chez les patients et leur prévalence n'est pas bien connue. Une revue de la littérature concernant les symptômes urinaires associés aux myomes a déclaré que la prévalence des symptômes urinaires chez

les femmes atteintes de myomes utérins est très variable selon les auteurs. Les symptômes urinaires les plus fréquemment signalés sont la dysurie (4- 36%) et l'incontinence urinaire d'effort (20-80%). Si certaines études ont constaté que la localisation antérieure des myomes et la taille supérieure à 5 cm constituaient un facteur de risque d'IU, d'autres études n'ont pas établi de corrélation entre la topographie des myomes et les scores des symptômes. (41)

D'autres symptômes de compression atypiques sont également observés chez les femmes souffrant de myomes utérins. Par exemple, les masses provenant de la paroi postérieure peuvent provoquer des symptômes rectaux comme les ténesmes, des douleurs dorsales ou la constipation, même s'ils semblent moins fréquents.(42)

IV.3.4.2 Torsions :

La torsion d'un léiomyome utérin est rare.

L'existence d'un léiomyome pédonculé est une condition nécessaire à la torsion. Le pédoncule du myome pédonculé doit être mince et long afin qu'il subisse une rotation et une torsion. La taille du myome est un facteur clé de la torsion irréversible. Il est facile de corriger la torsion spontanément dans les léiomyomes pédiculés de petite taille. Cependant, les gros léiomyomes pédiculés sont difficiles à corriger car il y a peu de place pour subir une torsion. Après la rotation de la tige d'un léiomyome pédonculé, le léiomyome peut être fixé en place par les organes environnants. Ce léiomyome peut alors devenir ischémique ou nécrotique, avec pour conséquence des douleurs abdominales.(43)

IV.3.4.3 La nécrobiose aseptique

La nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin est définie comme un infarctus hémorragique d'un myome précédemment hyalinisé causé par une nécrose ischémique.

La nécrobiose des léiomyomes est fréquente chez les femmes enceintes par rapport aux femmes non enceintes et se produit dans deux tiers des cas pendant le deuxième trimestre de la grossesse.

Le diagnostic est souvent posé sur des bases cliniques : des douleurs abdomino-pelviennes soudaines, qui peuvent s'accompagner d'une hyperthermie inférieure à 38,5 °C, de nausées et d'iléus. L'investigation de choix est l'échographie Doppler qui démontre clairement une absence de sang d'alimentation du myome. Une alternance de zones kystiques et échogènes pourrait indiquer une dégénérescence et un infarctus. La démonstration histologique d'un infarctus léiomyomateux ischémique ou d'une nécrose confirme le diagnostic..(44)

IV.3.4.4 Dégénérescence maligne :

Il a été signalé que la progression de léiomyome utérin à un léiomyosarcome est rare, c'est pourquoi certains enquêteurs pensent plus que les léiomyosarcomes sont sporadiques et surviennent de novo. Cette hypothèse a été soutenue par la constatation des profils d'expression des ARN entre LMS et LM qui se sont révélées différentes.

En revanche, plusieurs cas de LMS survenant sur un LM préexistante ont été signalées dans une étude menée par Kim et al. (45)

IV.3.5 Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel des FU s'établi avec les masses utérines tels que :

L'adénomyose

La grossesse extra-utérine

Le carcinome de l'endomètre

Le polype endométrial

L'endométriome

La grossesse

Le carcinosarcome utérin

Sarcome utérin (léiomyosarcome, sarcome stromal de l'endomètre)(16)

IV.4 Profil paraclinique :

IV.4.1 Echographie pelvienne:

Les saignements utérins anormaux constituent un problème de santé majeur chez les femmes en âge de procréer, souvent cause une morbidité et mortalité élevées. Le léiomyome utérin est la cause principale des saignements anormaux ou irréguliers. Par une étude transversale, observationnelle et analytique menée dans le département de radio-diagnostic à l'Inde, Daga et al ont trouvé que la plupart des léiomyomes utérins étaient intra-muraux et hypoéchogènes. Le fibrome intramural était le fibrome le plus fréquemment détecté 88 %. La sensibilité était de 93,75 %, la spécificité 91,67 %, la valeur prédictive positive 97,83 % et la précision diagnostique de l'échographie en corrélation avec l'histopathologie étaient de 93,33 %. Ils ont conclu que l'échographie présente une sensibilité et une spécificité élevées pour le diagnostic des léiomyomes utérins, et doit être utilisée comme principale modalité d'investigation. (46)

L'examen échographique peut être effectué à l'aide de la sonde endovaginale ou abdominale. L'approche endovaginale est préférée car elle offre une vision plus détaillée mais avec une profondeur de vue limitée. L'approche

abdominale devrait être utilisée pour évaluer les images au-delà du petit bassin en raison de sa vision large mais sa résolution est limitée par l'adiposité abdominale, les cicatrices ou la présence d'un utérus rétroversé. Il s'agit donc d'approches complémentaires.(47)

La voie abdominale est plus intéressante pour les tumeurs supérieures à 5cm.

L'échographie se révèle limitée et insuffisante dans le cas des fibromes géants. Il s'agit d'une masse hypoéchogène et hétérogène. Elle ne montre que la masse sans donner de renseignements sur son origine exacte et son extension. On obtient le résultat par la tomodensitométrie.

Dans notre étude, l'échographie a été réalisée en première intention chez 93% des patientes avec détermination du siège, taille, nombre et type de fibrome.

IV.4.2 IRM:

L'imagerie par résonnance magnétique est l'examen le plus spécifique et sensible dans le diagnostic des fibromes. Le fibrome est en hyposignal en T1 par rapport au myomètre, hyposignal en T2 et parfois limité par une pseudo-capsule hyper-intense qui représente la couronne vasculaire.(36)

L'IRM est une technique précise pour l'imagerie des myomes utérins. Cela se produit lorsque la patiente a un IMC élevé, lorsque le myome coexiste avec une autre pathologie pelvienne ou utérine ou lorsqu'il y a de nombreuses lésions.

En raison de sa caractérisation des tissus mous et L'IRM offre d'excellents détails morphologiques donnant des informations précises sur le nombre, la taille et la localisation des lésions ainsi que la présence de dégénérescence.(47)

Ainsi l'IRM permet de réaliser une cartographie des fibromes utérins, détermine l'emplacement des ovaires et des uretères dans le cadre d'un bilan préopératoire bien précis visant une bonne décision chirurgicale et aussi une prudence peropératoire. l'IRM a aussi sa place pour différencier un myome suspect échographiquement d'un sarcome.(48)

Dans notre étude, l'IRM n'a été réalisé que chez 6.9% l'indication de nos série cas.

IV.4.3 Hystéroscopie :

De nos jours, l'hystéroscopie est la référence pour le diagnostic et le traitement des pathologies intracavitaires car elle représente une procédure sûre et peu invasive qui permet de visualiser l'ensemble de la cavité utérine.(49)

L'Hystéroscopie permet le diagnostic des fibromes sous muqueux (type 0 ;1 et 2). Elle est considérée comme un complément de l'analyse échographique en cas de suspicion de myome intra-cavitaire.

Le fibrome apparaît comme une formation arrondie ou ovale ; bien limitée, ferme, blanchâtre, peu congestive, vascularisée.(2)

Après une comparaison entre l'échographie endovaginale et l'hystéroscopie, WIDRICH a conclu que cette dernière a une spécificité de 96% et une sensibilité de 100%.(50)

Dans notre étude 1.73% de nos patientes ont bénéficié d'une hystéroscopie.

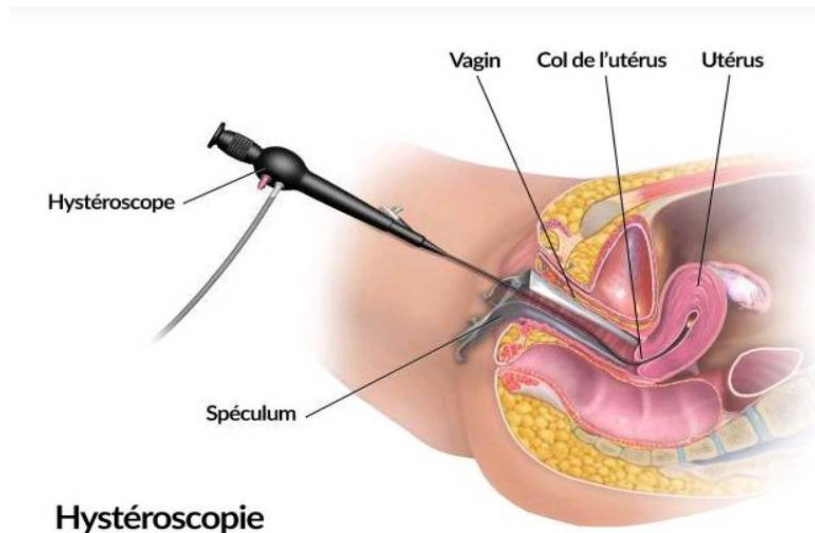


Figure 24: Hystéroskopie

IV.5 Prise en charge thérapeutique:

IV.5.1 Abstention thérapeutique:

Après 40 ans, l'histoire naturelle des myomes étant inconnue, il est recommandé de surveiller annuellement les myomes asymptomatiques. Même S'il n'y a pas d'argument dans la littérature pour réaliser une surveillance échographique systématique des myomes, l'échographie demeure l'examen de choix pour le diagnostic et le contrôle de l'évolution des myomes devant l'apparition de symptômes ou de modifications cliniques.

Aucune donnée n'existe sur une totale abstention thérapeutique.

L'abstention thérapeutique est indiquée chez une patiente asymptomatique.(51)

Dans notre série de cas, une seule abstention thérapeutique était enregistrée.

IV.5.2 Traitement médical:

La chirurgie a toujours été la référence pour le traitement des léiomyomes utérins et a généralement consisté en une hystérectomie ou une myomectomie. Ces dernières années, quelques essais cliniques ont évalué l'efficacité de médicaments administrés par voie orale pour la gestion des symptômes liés aux léiomyomes.(52)

Le traitement des fibromes utérins doit être adapté à la taille et la localisation des tumeurs, l'âge de la patiente, ses symptômes, son désir de maintenir sa fertilité et son accès au traitement et à l'expérience du médecin.

Le traitement idéal doit répondre à quatre objectifs :

- Soulagement des signes et des symptômes
- Réduction durable de la taille des fibromes
- Maintien de la fertilité (si souhaité)
- Prévention des complications.(16)

Le traitement médical ne figurait pas les objectifs de notre étude de cas.

IV.5.2.1 Progestatifs :

La prescription de traitements progestatifs est destinée à réduire des saignements menstruels abondants en réduisant l'hyperplasie endométriale associée aux fibromes. Les progestatifs oraux sont prescrit pendant la deuxième partie du cycle ou comme contraceptifs de 21 jours. Il n'y a pas de données sur l'administration continue. Le traitement médical par progestatifs peut être prescrits si l'hémorragie est la plainte dominante de la patiente, sachant que les progestatifs n'ont pas d'effet sur le volume tumoral des fibromes. Ils ont un effet suspensif momentané sur la symptomatologie. (53)

IV.5.2.2 Contraceptifs oraux combinés:

Des données d'observation confirment l'utilisation de contraceptifs oraux pour réduire les saignements menstruels chez les femmes souffrant de fibromes(31)

Comme la croissance des fibromes utérins est stimulée à la fois par les œstrogènes et les progestatifs, les contraceptifs oraux combinés (COC) étaient considérés comme un facteur de risque de croissance des fibromes, dans le passé. Cependant, une récente méta-analyse suggère que les fibromes utérins ne devraient pas être considérés comme une contre-indication à l'utilisation de COC.(54)

À court terme, les COC peuvent être utilisés pour améliorer les saignements menstruels abondants associés aux fibromes, principalement grâce à leurs effets suppressifs sur la prolifération endométriale, mais ils n'ont aucun effet sur la diminution du volume ou de la taille de l'utérus.(31,54)

Un essai contrôlé randomisé comparant les COC à un DIU-LNG pour le traitement des fibromes a montré la supériorité du DIU-LNG, mais le COC a quand même démontré une réduction des pertes sanguines menstruelles et aucun changement significatif du volume des tumeurs.(55)

IV.5.2.3 Agonistes de la GnRH:

Mode d'action: les agonistes de la GnRH sont les substances responsables d'obtention du statut hypoestrogénique induisant une diminution rapide du volume des fibromes d'environ 35 à 65%. La réduction maximale du volume est obtenue après trois mois de traitement, mais déjà quelques mois après la fin du traitement, les fibromes retrouvent leur volume initial. Pour cette raison, le rôle des agonistes de la GnRH est restreint à l'emploi en préopératoire.

L'emploi d'agonistes de la GnRH en préopératoire est justifié dans les cas d'anémie due à des ménorragies pour corriger le taux d'hémoglobine.(56)

Certains rapports affirment que l'utilisation préopératoire des agonistes de la GnRH dans les cas de myomectomie est considérée comme facteur de risque de récurrence des léiomyomes car les petits léiomyomes rétrécissent au-delà des limites de détection donc ils seront négligés pendant l'opération, mais repoussent ensuite lorsque les effets des agonistes de la GnRH s'estompent. Toutefois, à ce jour, cette affirmation n'a pas été étayée par des études cliniques de grande qualité.(57,58)

IV.5.2.4 Les MSRP :

Les modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone (MSRP) tels que la mifépristone, l'asoprisnil et l'ulipristal ont été évalués comme options thérapeutiques pour les myomes utérins.(52)

IV.5.2.4.1 La mifépristone:

C'est l'un des premiers MSRP à avoir été développé et utilisé couramment.(59)

Il peut agir par différents mécanismes sur la croissance des fibromes utérins. De nombreuses études sur des patientes volontaires symptomatiques ont été effectuées depuis plus de dix ans. L'étude consistait en une administration journalière de 5 mg par jour de mifépristone. Une réduction significative du volume utérin et fibromateux et une amélioration de la qualité de vie des patientes a été obtenue. L'efficacité de ce traitement est proche de celle des agonistes de la GnRH. (60)

Une revue de 3 essais contrôlés randomisés évaluant la mifépristone pour le traitement des fibromes symptomatiques a démontré une réduction significative des saignements et une amélioration de la qualité de vie chez les utilisateurs de la mifépristone, mais aucune réduction significative du volume des fibromes.

Par des essais cliniques de 112 femmes souffrant de fibromes utérins sous traitement à la mifépristone, Tristan et al ont pu montrer un effet modéré sur le soulagement des saignements et une amélioration de la qualité de vie spécifique aux fibromes sous la mifépristone.(61)

IV.5.2.4.2 L'asoprisnil :

L'asoprisnil réduit le volume de l'utérus et des léiomyomes de manière dose-dépendante tout en obtenant une diminution remarquable des ménorragies.(62)

Sachant que le taux d'aménorrhée augmentait également avec la dose d'asoprisnil.(52)

IV.5.2.4.3 Acétate d'ulipristal ESMIYA:

L'acétate d'ulipristal a démontré son efficacité et sa sécurité pour le traitement des fibromes utérins symptomatiques chez les patientes admissibles à la chirurgie.(63)

Un essai clinique a comparé le traitement avec l'AU orale pendant une période allant jusqu'à 13 semaines à une dose de 5 mg par jour (96 femmes) ou 10 mg par jour (98 femmes) avec un placebo (48 femmes) chez des patientes souffrant de fibromes, de ménorragie et d'anémie. Le traitement par l'AU pendant 13 semaines a permis de contrôler efficacement les saignements excessifs dus aux fibromes utérins et de réduire la taille des fibromes.(64)

Il est structurellement similaire à la mifépristone et semble être efficace dans le traitement des léiomyomes utérins. Il est associé à une réduction de la douleur, des saignements et de la taille des léiomyomes entre 17% et 24%.(65)

Cependant, les données sur le traitement à long terme font défaut et comme d'autres MSRP, l'acétate d'ulipristal peut être associé à un épaissement et à une hyperplasie de l'endomètre.(52)

ACTUELLEMENT retiré du marché suite à la survenue en Europe d'un nouveau cas nouveau cas d'hépatite nécessitant une transplantation chez une femme traitée par ESMYA 5mg pour un fibrome utérin.(66)

IV.5.2.5 Agents antifibrinolytiques (acide tranéxamique):

L'acide tranéxamique est utilisé uniquement pendant le cycle menstruel. Il provoque une diminution des saignements allant jusqu'à 50 % chez les femmes atteintes de ménorragies.(67)

Il existe peu d'études sur les femmes atteintes de léiomyomes. Une étude n'a constaté aucune différence dans les pertes sanguines avec le traitement à l'acide tranéxamique, mais ça ne concernait qu'un échantillon de 12 femmes atteintes de léiomyomes.(68)

IV.5.2.6 Antagonistes de la GnRH :

Les antagonistes de la GnRH agissent immédiatement pour supprimer la sécrétion de FSH et de LH en bloquant les récepteurs hypophysaires de la GnRH. La réduction ultérieure des niveaux d'œstradiol entraîne une amélioration des saignements et une réduction de la taille des fibromes utérins dès trois semaines après le début du traitement.(69)

Un essai clinique a étudié chez deux groupes de femmes volontaires l'effet de l'Elagolix (antagoniste oral de la GnRH) seul ou associé à une thérapie de substitution. L'Elagolix, avec sa thérapie de substitution, s'est révélé efficace pour réduire les saignements menstruels abondants chez les femmes souffrant de fibromes utérins. Les effets hypo-oestrogéniques de l'Elagolix, en particulier la diminution de la densité minérale osseuse, ont été atténués par le traitement de substitution.(70)

IV.5.2.7 Danazol :

Le danazol est efficace à court terme (moins de 3 mois) pour la réduction des symptômes associés aux fibromes utérins, mais aucune étude n'a évalué son efficacité à long terme. Il semble être moins efficace que les agonistes de la GnRH. (53)

Une étude analytique n'a identifié aucun résultat comparant le danazol à un placebo ou à toute autre thérapie médicale chez les femmes souffrant de léiomyomes utérins.(71)

L'utilisation du danazol pour les fibromes est entravée par ses effets secondaires et sa courte durée d'efficacité. Il n'est pas recommandé. (53)

IV.5.2.8 Les inhibiteurs de l'aromatase:

Les inhibiteurs de l'aromatase bloquent de manière significative la production ovarienne et périphérique d'oestrogènes.(72)

Les inhibiteurs de l'aromatase se sont avérés efficaces contre les léiomyomes dans des études limitées à court terme avec des schémas posologiques comprenant 2,5 mg/j de létrozole et 1 mg/j d'anastrozole.(73)

L'une des principales préoccupations concernant l'utilisation des IA est la perte osseuse signalée lors d'une utilisation prolongée, qui nécessite l'utilisation concomitante de pilules contraceptives orales ou de progestérone.(74)

Les IA sont devenues la thérapie adjuvante standard pour les femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein, en raison de leur capacité à produire une inhibition in situ des œstrogènes par rapport à l'inhibition indirecte induite par les agonistes de la GnRH. Ces propriétés font également de l'IA une candidate très intéressante pour le traitement médical des fibromes utérins. Les IA sont aussi efficaces que les analogues de la GnRH pour réduire le volume des fibromes, malgré des niveaux stables d'œstrogènes en circulation. Ces observations suggèrent que l'inhibition de l'aromatase dans le tissu fibroïde est un mécanisme clé dans la croissance des fibromes.(75–77)

IV.5.2.9 DIU-LNG :

Dans une revue systématique, Zapata et ses collègues ont rapporté que les pertes sanguines menstruelles ont diminué dans les 11 études incluses dans leur analyse après la mise de DIU-LNG (lévonorgestrel). Ces études ont également démontré une augmentation de l'hémoglobine, de l'hématocrite et de la ferritine. Bien que de nombreuses études indiquent une amélioration des saignements menstruels et des niveaux d'hémoglobine lorsqu'ils sont utilisés chez les femmes souffrant de fibromes utérins, elles ne démontrent pas de changement appréciable du volume des fibromes.(78)

Il n'existe actuellement aucun essai contrôlé randomisé sur l'effet du DIU-LNG chez les femmes ayant des ménorragies souffrant de myomes utérins. Il existe, bien sûr, des rapports sur son utilisation chez ces femmes, avec des réductions frappantes de la ménorragie.(73)

IV.5.3 Embolisation des artères utérines:

L' Embolisation des artères utérines est une procédure percutanée guidée par l'image qui est effectuée par un radiologue interventionnel dûment formé et expérimenté.(62)

Dans la littérature, l'embolisation était utilisée pour réduire les saignements pelviens.(79) Ce n'est que depuis 1995 que l' EAU est devenue un traitement potentiel de la ménorragie liée aux fibromes utérins.(80,81)

Elle consiste essentiellement à placer un cathéter angiographique dans les artères utérines par une approche commune des artères fémorales et à injecter des agents emboliques (dans la plupart des cas, des particules d'alcool polyvinylique ou des microsphères de gélatine trisacrylique) dans les deux artères utérines jusqu'à ce que le flux devienne lent.(82,83)

Le mécanisme d'action proposé consiste à occlure ou à réduire sensiblement le flux sanguin utérin au niveau des artéριοles pour produire une lésion ischémique irréversible des fibromes, entraînant leur nécrose et leur rétrécissement, tandis que le myomètre normal est capable de se rétablir.(84,85)

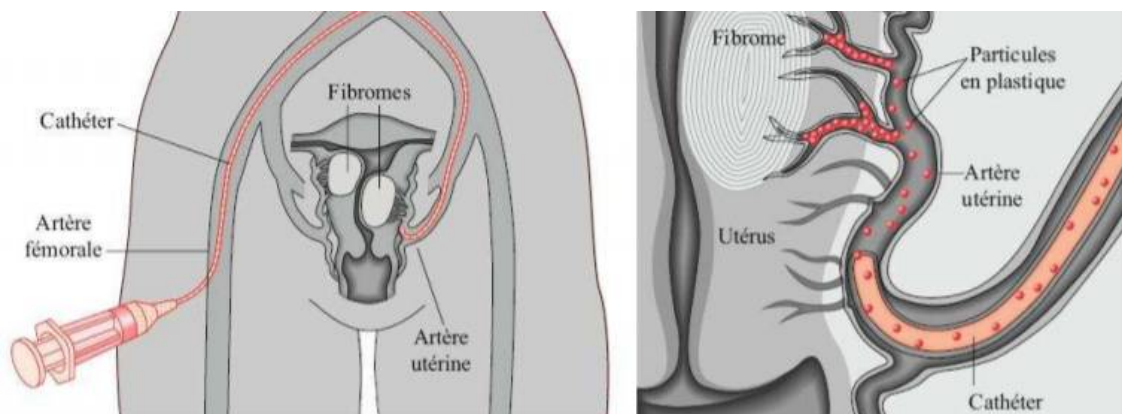


Figure 25: L'embolisation des artères utérines

L'efficacité de l'embolisation et de l'hystérectomie par la laparotomie pour les symptômes de compression et les douleurs pelviennes ne diffèrent à 12 ou 24 mois. Il n'y a pas de différence de qualité de vie entre les femmes qui ont subi une embolisation et celles qui ont hystérectomie par laparotomie à 12 mois, 24 mois ou 5 ans ; de même, le taux de satisfaction pour l'embolisation et l'hystérectomie par laparotomie ne diffère pas à 24 mois.(54)

Les inconvénients du cathétérisme artériel dans l'aîne par rapport à la laparotomie a fait apparaître cette approche comme une alternative viable.(86) L'introduction généralisée de techniques chirurgicales mini-invasives conduit à une réévaluation des réalités cliniques de l'embolisation des myomes : nécrose induite douloureuse, entraînant souvent des hospitalisations non planifiées, rétrécissement très limité des fibromes, effet incertain sur la procréation et nécessité ultérieure d'une thérapie chirurgicale supplémentaire (hystérectomie ou myomectomie).(87)

En outre, l'exposition aux radiations est devenue un problème pour de nombreuses patientes, ce qui pourrait expliquer pourquoi, cette approche thérapeutique a perdu de son attrait ces dernières années.(88)

Les conséquences de l'embolisation comprennent une aménorrhée transitoire (5-10%), une aménorrhée définitive (0-14%), l'expulsion transcervicale des fibromes (0-3%), l'endométrite (1-2%) et la récurrence (moins de 10%).

Actuellement, les données de la littérature ne permettent pas de recommander l'embolisation chez les patientes désireuses de conserver leur fertilité après le traitement.(56)

IV.5.4 Traitement chirurgical:

Le traitement standard des fibromes utérins symptomatiques a toujours été la chirurgie, soit l'hystérectomie, soit, chez les femmes qui souhaitent préserver leur fertilité, la procédure plus conservatrice de myomectomie.(58)

IV.5.4.1 Myomectomie :

La myomectomie est une alternative à l'hystérectomie pour les femmes qui souhaitent conserver leur utérus, quel que soit leur désir de fertilité.(89)

La myomectomie peut se faire par différentes voies d'abord selon la situation et le volume du myome.

IV.5.4.1.1 Abords:

IV.5.4.1.1.1 Myomectomie par hystéroscopie:

La résection hystéroscopique se fait par une anse de résection introduite dans le canal opérateur de l'hystéroscope et attachée à une source d'énergie. La cavité utérine est distendue par un milieu liquide (glycocolle en cas d'énergie monopolaire ou sérum salé en cas d'énergie bipolaire).(90)

La myomectomie par hystéroscopie est indiquée en cas de myomes sous-muqueux (type 0 et type 1) de taille limitée inférieur à 5 cm.(91)

La résection des myomes compris entre 5 et 6 cm est également possible. Le taux de résection complète dans ce cas est de 82 % en une seule intervention.(92)

Si difficultés techniques liées au volume du myome, la résection par hystéroscopie peut se faire en deux temps.(93)

Une analyse rétrospective de 105 patientes ayant subi une myomectomie hystéroscopique pour des fibromes sous-muqueux a montré la disparition des symptômes de saignement dans 90% des cas après un suivi moyen de 17 mois.(94)

IV.5.4.1.1.2 Myomectomie par voie vaginale:

Cette voie correspond à l'exérèse d'un ou plusieurs myomes utérins par une incision vaginale antérieure et/ou postérieure par laquelle sont extraits les fibromes suivis par la suture utérine.(93)

IV.5.4.1.1.3 Myomectomie par laparotomie:

La myomectomie par laparotomie consiste à réaliser l'exérèse des fibromes par hystérotomie. Tous les fibromes, quels que soient leur taille et leur nombre, sont accessibles à cette technique. (56)

Une étude de cohorte a comparé la morbidité peropératoire entre les femmes ayant subi une myomectomie ou une hystérectomie par laparotomie. Elle n'a révélé aucune différence significative de morbidité globale entre les deux groupes.

La prévalence d'hémorragie et la réalisation d'une procédure involontaire étaient significativement plus faibles dans le groupe myomectomie que dans le groupe hystérectomie. La myomectomie par laparotomie était associée à une perte de sang significativement moindre. Le séjour moyen à l'hôpital était significativement plus court dans le groupe des myomectomies. Dans l'ensemble, aucune différence cliniquement significative de morbidité peropératoire n'a été détectée entre la myomectomie et l'hystérectomie. La myomectomie peut être considérée comme une alternative sûre à l'hystérectomie.(95)



Figure 26: Le fibrome au cours de laparotomie



Figure 27: le fibrome à la suite d'une myomectomie

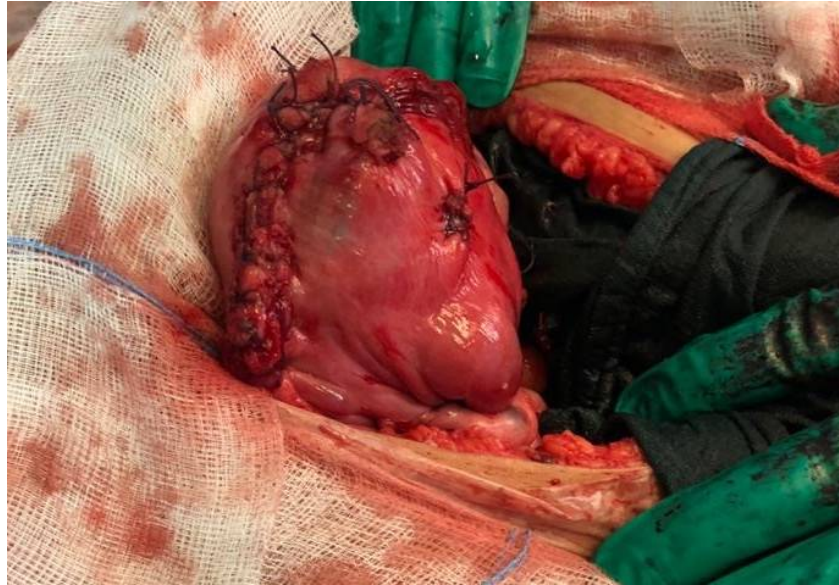


Figure 28: Fermeture de l'incision

IV.5.4.1.1.4 Myomectomie par cœlioscopie :

Cette technique nécessite la maîtrise de la coelioscopie. L'intervention sous cœlioscopie est moins invasive que la laparotomie, par celle-ci on obtient une diminution des pertes sanguines peropératoires, de la douleur postopératoire, mais il y a augmentation du temps opératoire.(96)

La myomectomie par cœlioscopie a longtemps été la thérapie mini-invasive de choix pour les fibromes utérins symptomatiques, avant l'introduction de l'embolisation des artères utérines et d'autres thérapies mini-invasives. Elle est encore largement utilisée pour les fibromes sous-séreux symptomatiques et peut même être utilisée pour les fibromes intramuraux, en fonction de la position du fibrome et des compétences du chirurgien.(97)

Une étude prospective portant sur 235 patientes ayant subi une myomectomie par coelioscopie pour des fibromes symptomatiques n'a montré aucune conversion à la laparotomie et en 3 ans seulement 1,2% des patientes ont subi une deuxième myomectomie par coelioscopie pour des fibromes récurrents.(98)

IV.5.4.1.2 Indications:

IV.5.4.1.2.1 Fibromes utérins asymptomatiques:

La myomectomie prophylactique se propose lorsqu'on veut exclure toute malignité, préserver la fertilité, éviter le risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement, et anticiper les éventuelles complications liées à une augmentation de la taille du myome.(99)

IV.5.4.1.2.2 Fibromes utérins symptomatiques:

Les ménométrorragies avec risque d'anémie sont les signes cliniques les plus fréquemment associés aux myomes (myomes sous muqueux).(100)

Le traitement médical soulage les symptômes et ne fait disparaître le myome.

En cas d'échec thérapeutique, une myomectomie se discute chez les femmes en âge de procréer. Seuls les myomes sous-muqueux symptomatiques relèvent d'un traitement chirurgical en première intention.(93)

Dans notre série, les femmes âgées de moins de 40 ans ont bénéficié de traitement chirurgical conservateur : myomectomie ou polomyomectomie dans 56% des cas.

IV.5.4.1.3 Complications :

IV.5.4.1.3.1 Myomectomie par hystéroscopie:

Les complications immédiates les plus courantes associées à la myomectomie hystéroscopique sont l'hémorragie (2,4 %), la perforation utérine (1,5 %), la lacération cervicale (1 %-11 %) et la surcharge liquidienne par infiltration de liquide de distension. Les complications retardées de la chirurgie hystéroscopique peuvent inclure des adhérences intra-utérines et surtout des synéchies intracavitaires se répercutant surtout sur la fertilité.(97)

L'incidence moyenne rapportée est d'environ 10 % lors de l'hystéroscopie de contrôle, mais elle semble être plus élevée dans certaines conditions, par exemple lors de la résection de multiples fibromes opposés.(101)

IV.5.4.1.3.2 Myomectomie par voie vaginale:

La littérature rapporte de rares cas de complications qui ont pu mettre en jeu la vie des patientes.

La perforation utérine en est la principale, son incidence varie entre 1,1% et 3,8%. Elle peut être responsable de :

- Hémorragie

- Lésion digestive ou vésical nécessitant une suture immédiate.(2)

IV.5.4.1.3.3 Myomectomie par laparotomie:

L'hémorragie est la complication la plus redoutée lors d'une polymyomectomie par laparotomie. Le risque de transfusion hétérologue est estimé à 6% des cas et le taux d'hystérectomie à 1% des cas.

La pratique d'une myomectomie par laparotomie entraîne, dans la presque totalité des cas, la survenue d'adhérences pelviennes péritonéales postopératoires. L'utilisation de barrières anti-adhérences pourrait réduire leur fréquence.

D'autres complications tels que l'infection, le risque occlusif et le risque thromboembolique sont rapportés dans la littérature.

Après myomectomie par laparotomie, le risque cumulé de récurrences symptomatiques à cinq ans est d'environ 10%.(102)

IV.5.4.1.3.4 Myomectomie par coelioscopie :

Les complications de cette approche sont rares.

Dans la littérature, l'hémorragie est la première complication redoutable. Un contrôle échographique est systématique dans les suites Immédiates, à la recherche d'un hématome intramyométrial dont la présence risque de fragiliser la cicatrice utérine.

Les adhérences post-opératoires après myomectomie par coelioscopie dont le taux est 24 % en comparaison avec la myomectomie abdominale dont le taux dépasse 60 % (2)

La formation postopératoire d'adhérences après myomectomie est extrêmement élevée, dans une étude, elle était de 94 % avec des incisions utérines sur la paroi postérieure et de 55 % lorsque l'incision a eu lieu sur la paroi utérine antérieure. Il est évident que ces adhérences peuvent avoir un impact négatif sur la fertilité des femmes lorsque celle-ci est déjà une préoccupation. Ces adhérences ont été lysées lors de la laparoscopie de contrôle 6 semaines après la myomectomie, avec un taux de 67 % taux de grossesse cumulé 12 mois après la myomectomie.(103)

IV.5.4.2 Hystérectomie

La première hystérectomie sélectionnée avec succès a été réalisée en 1813 par Conrad Langenbeck par voie vaginale, et aujourd'hui, après près de deux siècles, l'hystérectomie est la deuxième chirurgie la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer, la première étant la césarienne. (104)

Cependant, les taux d'incidence diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, allant d'un maximum de 5,4 pour 1000 femmes aux États-Unis à des taux intermédiaires, tels que 3,7 pour 1000 en Italie, à un minimum de 1,2 pour 1000 en Norvège.

Le taux d'hystérectomie est plus faible dans les pays en développement. Le taux d'incidence a chuté d'environ 1‰ chaque décennie depuis 1980 ; même ainsi, près de 20 % des femmes de ces pays subissent une hystérectomie avant l'âge de 55 ans. (105)

La grande majorité de ces chiffres (plus de 70 %) concerne des indications bénignes telles que la ménorragie (21 %), les fibromes (33 %), les douleurs pelviennes (3 %) et le prolapsus utérin (28 %).(106)

L'hystérectomie donne des résultats remarquables. Elle garantit un arrêt complet des menstruations sans risque de récurrence des fibromes.

IV.5.4.2.1 Abords

L'hystérectomie peut être pratiquée par voie vaginale, abdominale ou par cœlioscopie. Chacune présente ses propres avantages et inconvénients.

L'approche chirurgicale traditionnelle de l'hystérectomie implique une grande incision abdominale (laparotomie), un séjour de 2 à 5 jours à l'hôpital et des exigences importantes en matière d'analgésie postopératoire.

Les techniques coelioscopiques présentent de nombreux avantages par rapport à la laparotomie, notamment une réduction de la douleur postopératoire, une durée d'hospitalisation plus courte et une reprise plus rapide des activités régulières.(104)

IV.5.4.2.2 Indications

Les directives de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommandent que l'hystérectomie ne soit envisagée que lorsque les autres options de traitement ont échoué, sont contre-indiquées ou sont refusées par la femme, qu'il existe un souhait d'aménorrhée, que la femme le demande et que la femme ne souhaite plus conserver son utérus et sa fertilité.(107)

Chez les femmes en ménopause, l'hystérectomie est indiquée comme solution permanente pour les les léiomyomes. Les seules indications d'hystérectomie avec des fibromes complètement asymptomatiques sont l'hypertrophie des fibromes après la ménopause sans prise de traitement hormonal de substitution, qui soulève des inquiétudes quant au léiomyosarcome, même s'il reste très rare.(108,109)

Les femmes ayant des fibromes asymptomatiques devraient être rassuré sur le fait qu'il n'y a pas de preuve pour justifier l'inquiétude sur la malignité, et que l'hystérectomie n'est pas indiquée. L'hystérectomie n'a pas à être recommandée à titre prophylactique.(110)

Dans notre étude, les femmes âgées de plus de 40 ans ont bénéficié de traitement radical : hystérectomie subtotale ou totale dans 44% des cas.

IV.5.4.2.3 Complications :

Les taux de complications associées à l'hystérectomie varient de 0,5 à 43%.(111)

La fièvre et l'infection postopératoires sont responsables de la majorité des complications mineures.(112)

L'hystérectomie comporte certains risques graves, notamment des dommages à l'intestin, à la vessie et/ou à l'uretère, une hémorragie nécessitant une transfusion sanguine, une déhiscence de la plaie, un abcès/infection pelvien et une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire.(113)

Une vaste analyse de plus de 160 000 hystérectomies en Ohio a révélé un taux de complications de 9,1 % pour l'approche abdominale, de 7,8 % pour l'approche vaginale et de 8,8 % pour l'approche coelioscopique de l'hystérectomie.(114)

Dans une série de 13 885 hystérectomies, l'incidence des blessures des voies urinaires est la plus élevée avec l'approche coelioscopique (2,2%) et la plus faible avec l'hystérectomie vaginale (0,04%). Lorsqu'elle envisage une hystérectomie, la patiente doit être informée du risque d'hémorragie, d'infection et de dommages aux organes environnants.(115)

Rien ne prouve qu'une hystérectomie entraîne une détresse psychologique.(116)

La fonction sexuelle est inchangée ou améliorée chez 80 % des patientes après l'opération. (55)

Dans notre série, on a enregistré 1.73% de complications en post opératoires à type de syndrome occlusif et infections post opératoires.

Par une enquête téléphonique de 41 patientes, on a enregistré 1.15% de cas de récurrence après traitement chirurgical.



Conclusion



V. Conclusion :

Les fibromes utérins (également appelés léiomyomes ou myomes) sont la forme la plus courante de tumeurs utérines bénignes, Ce sont des tumeurs monoclonales du muscle lisse utérin.

Les mécanismes exacts qui contrôlent leur développement et leur croissance restent encore flous. De nombreuses études publiées à ce jour ont identifié un rôle important des œstrogènes et de la progestérone dans la pathogenèse de ces tumeurs. Les données disponibles suggèrent que la progestérone joue un rôle plus important dans la pathogenèse de ces tumeurs.

Sa fréquence est augmentée chez les femmes de 40 à 50 ans et chez les femmes noires. Plusieurs facteurs de risque sont incriminés dans la genèse des myomes.

Les symptômes dépendent de la taille, du nombre et de la localisation des tumeurs. Le symptôme le plus courant est les hémorragies pelviennes. Les autres symptômes sont la pesanteur pelvienne, la constipation, l'incontinence urinaire, la rétention urinaire, les douleurs du bas du dos et la dyspareunie.

Les léiomyomes utérins peuvent être associés à l'infertilité, et certains experts recommandent la recherche de FU chez les femmes infertiles.

Diagnostic positif est établi une échographie pelvienne et endo-vaginale qui précisera la taille, le nombre et la localisation des fibromes.

Certaines complications peuvent survenir tels que les hémorragies abondantes ne cédant pas au traitement médical, les compressions, la nécrobiose aseptique, la torsion d'un fibrome sous séreux pédiculé ou la dégénérescence.

L'efficacité de traitement médical administrés pour la gestion des symptômes liés aux léiomyomes a fait sa preuve.

La chirurgie consiste en une hystérectomie ou une myomectomie pour la gestion de léiomyomes utérins.



***R**ésumés*



RESUME

Titre : Profils, Impacts et prise en charge des fibromes utérins

Auteur : HOUJJAJ Dina

Mots clés : Fibrome, Léiomyome, Utérus

Introduction : Les fibromes utérins sont des tumeurs monoclonales du muscle lisse utérin. Sa fréquence est augmentée chez les femmes de 40 à 50 ans. Notre étude vise à évaluer les aspects épidémio-cliniques, les conséquences et les traitements des fibromes utérins.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 173 de patientes traitées pour fibromes utérins dans le service de Gynéco - Obstétrique et d'Endoscopie Gynécologique de la Maternité Souissi Rabat sur une période de 3 ans du Janvier 2017 au Décembre 2019.

Résultats : Les léiomyomes représentaient 26% de l'ensemble des pathologies traitées durant la période d'étude. Les âges extrêmes de l'ensemble de nos patientes étaient compris entre 23 et 70 ans. Les patientes mariées sont les plus représentées avec 49.7%. Le motif d'admission principal a été dominé par les hémorragies génitales (54.91%) suivies par les algies pelviennes (47.39%) et masses pelviennes (10.4%). Nos patientes ont été admises pour chirurgie, conservatrice ans 51% et radicale dans 49%. La durée moyenne d'hospitalisation de nos patientes était de 13 jours.

Discussion : La cause exacte des myomes est encore inconnue, mais leur développement et leur croissance semblent être sous l'influence des hormones stéroïdiennes. Le traitement médical est destiné surtout au soulagement temporaire des symptômes. Le traitement chirurgical dépend de l'âge, le désir de grossesse et la taille du fibrome. Il peut être conservateur afin de préserver la fertilité ou radicale à savoir l'hystérectomie.

Conclusion : Le fibrome utérin est une pathologie très fréquente chez les femmes en âge de procréer. Il existe diverses options thérapeutiques disponibles pour traiter les fibromes utérins qu'elles soient conservatrices ou radicales.

SUMMARY

Title: Profiles, Impacts and Management of Uterine Fibroids

Author: HOUJJAJ Dina

Key words: Fibroid, Leiomyoma, Uterus

Introduction: Uterine fibroids are monoclonal tumors of the uterine smooth muscle. Its frequency is increased between the age of 40 and 50. Our study aims to evaluate the epidemioclinical impact, consequences and treatments of uterine fibroids.

Study materials and methods: Retrospective study of 173 patients treated for uterine fibroids in the department of Gynecology - Obstetrics and Gynecological Endoscopy of the Maternity Souissi Rabat over a period of 3 years from January 2017 to December 2019.

Results: Leiomyomas represented 26% of all pathologies treated during the period of our study. The extreme ages of all our patients were between 23 and 70 years old. Married patients were the most represented with 49.7%. The main reason for admission was dominated by genital bleeding (54.91%) followed by pelvic pain (47.39%) and pelvic masses (10.4%). Our patients were admitted for surgery, conservative in 51% and radical in 49%. The average length of stay for our patients was 13 days.

Discussion: The exact cause of myomas is still unknown, but their development and growth seems to be under the influence of steroid hormones. Medical treatment is mainly intended for temporary relief of symptoms. Surgical treatment depends on age, desire for pregnancy and the size of the fibroid. It can be conservative in order to preserve fertility or radical (hysterectomy).

Conclusion: Uterine fibroma is a very frequent pathology in women of childbearing age. There are various treatment available to treat uterine fibroids, whether conservative or radical.

ملخص

العنوان: آثار الأورام الليفية الرحمية وملاحمها وإدارتها

المؤلف: حجاج دينا

الكلمات الأساسية: الرحم ، الليفي ، الورم العضلي الأملس

مقدمة: الأورام الليفية الرحمية هي أورام وحيدة النسيلة للعضلات الملساء الرحمية. يزداد تواترها لدى النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 40 و 50 عامًا. تهدف دراستنا إلى تقييم الجوانب الباثولوجية والسريية وعواقب وعلاجات الأورام الليفية الرحمية.

مواد الدراسة وطرقها: دراسة بأثر رجعي لـ 173 مريضة تم علاجهن من الأورام الليفية الرحمية في قسم أمراض النساء والتوليد والمنظار بمستشفى السويسي الرباط على مدى 3 سنوات من يناير 2017 إلى ديسمبر 2019.

النتائج: مثلت الأورام الحشوية 26% من جميع الأمراض المعالجة خلال فترة الدراسة. كانت الأعمار القصوى لجميع مريضاتنا تتراوح بين 23 و 70 سنة. المريضات المتزوجات هن الأكثر تمثيلًا بنسبة 49.7%. مثل النزيف (54.91%) يليه ألم الحوض (47.39%) وكتلة الحوض (10.4%). تم قبول مريضاتنا لإجراء جراحة ، محافظة بنسبة 51% وجذرية بنسبة 49%. كان متوسط مدة الإقامة في المستشفى لمريضاتنا 13 يومًا.

مناقشة: لا يزال السبب الدقيق للأورام العضلية غير معروف ، ولكن يبدو أن كبر حجمها ونموها يتأثران بهرمونات الستيرويد. يهدف العلاج الطبي في المقام الأول إلى التخفيف المؤقت من الأعراض. يعتمد العلاج الجراحي على العمر والرغبة في الحمل وحجم الورم الليفي. يمكن أن يكون محافظًا من أجل الحفاظ على الخصوبة أو جذوريًا أي استئصال الرحم.

الخلاصة: الأورام الليفية الرحمية هي أمراض شائعة جدًا لدى النساء في سن الإنجاب. هناك العديد من الخيارات العلاجية المتاحة لعلاج الأورام الليفية الرحمية سواء كانت محافظة أم جذرية.



Annexes



FICHE DE RECUEIL DE DONNEES

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

Date d'admission: Nom : Prénom : Cas N° :

Age :ans Race : Blanche ☐ Noire ☐

Couverture médicale :

Niveau d'éducation : Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire ☐

Fonction : Femme au foyer ☐ Employée ☐

Origine : Rabat ☐ Salé ☐ Témara ☐ Kenitra ☐ Autres :

Statut matrimonial : Célibataire ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐

Statut hormonal : Activité génitale ☐ Ménopause ☐

Facteurs de risque : COP ☐ (Type : Durée : mois) HTA ☐ ☐
Diabète

Obésité ☐ Autres ☐ Préciser :

PROFIL CLINIQUE

1. Antécédants :

• **Obstetricaux** : Date de ménarche : / /

Gestité : Parité : AVS : NON ☐ OUI ☐ Nb d'avortement :

.....

• **Gynécologiques**

Infertilité ☐ ATCD Fibrome ☐ GEU ☐

Autres :

• **Médicaux**

HTA ☐ Obésité ☐ CVX ☐ PRISE OP ☐ Diabète ☐

Autres :

• **Chirurgicaux**

Césarienne ☐ Myomectomie ☐ Cholécysectomie ☐ Autres :

• **Familiaux** :

.....

2. Motif d'admission

Hypofertilité : Primaire ☐ Secondaire ☐ - DI Pelvienne ☐ DI Abd ☐ Masse AbdPelv ☐

HMG : Méno. ☐ Métro ☐ Ménométr ☐

3. Signes Physiques

.....
Taille de l'utérus :

4. Pathologies associées :

Dystrophie ovarienne ☐ Kyste ovarien ☐ Adénomyose ☐ Obstruction tubaire ☐

Hyperplasie endomètre ☐ Autres :
.....

PROFIL PARACLINIQUE :

Groupage sanguin

NFS : Hb =g/dl Hte :% VGM = μ^3 CCMH =% PLQ =
...../mm³

Echo : Pelvienne ☐ Endopelvienne ☐

Siège : Taille : mm Type : NOMBRE :

Hystérogaphie : HYSTEROSCOPIE :

PROFIL THERAPEUTIQUE

Traitement : Abst ☐ Médical ☐ Chirurgical ☐ : Myo ☐ Polymyo ☐

Hystérectomie totale ☐ Hystérectomie subtotale ☐ Autre :

Durée de séjour : j

ANATOMO-PATHOLOGIE

Type de Fibrome :

Evolution

.....
.....
.....



Bibliographie



Bibliographie :

- [1] Donnez J, Dolmans M-M. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update. nov 2016;22(6):665-86.
- [2] ELOURADIGHI ilham. Les fibromes utérins : Etude rétrospective au service de gynécologie obstétrique B du CHU Mohammed VI. [MARRAKECH]: UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE; 2012.
- [3] Louis BEAL et Guillaume FICHEUX. Anatomie. Faculté de Médecine & Maïeutique de Lille; 2017.
- [4] A.LAHLAIDI ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE L'ABDOMEN VOL II Contenu du bassin le système uro-génital P 387.docx.
- [5] Viscères pelviens et périnée féminin .pelvis et périnée Planche 342 Atlas d'anatomie humaine. Frank H. Netter, MD 5e édition traduction de Pierre Kamina.
- [6] Utérus : fascia et ligaments de l'utérus planche 353 Atlas d'anatomie humaine. Frank H. Netter, MD 5e édition traduction de Pierre Kamina.
- [7] Ciebiera M, Włodarczyk M, Zgliczyński S, Łoziński T, Walczak K, Czekierdowski A. The Role of miRNA and Related Pathways in Pathophysiology of Uterine Fibroids—From Bench to Bedside. Int J Mol Sci. 24 avr 2020;21(8):3016.
- [8] Meritxell Gracia , Francisco Carmona. Uterine myomas: Clinical impact and pathophysiological bases. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. nov 2019;

- [9] Djibril MAGASSOUBA. ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DU FIBROME UTERIN DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT-G. [REPUBLIQUE DU MALI]: UNIVERSITE DE BAMAKO Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie; 2008.
- [10] Samira ME-R. FIBROME ET GROSSESSE:(Étude rétrospective a propos de 18 cas). UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH FACULTE DE MEDECINE ET DE PAHRMACIE FES; 2018.
- [11] Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. Nat Rev Dis Primer. déc 2016;2(1):16043.
- [12] Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. Int J Gynecol Obstet. avr 2020;149(1):3-9.
- [13] Safaa MBARKI. Prise en charge des fibromes uterins A propos de 1407cas. UNIVERSITE MOHAMMED V FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT; 2012.
- [14] Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. janv 2018;46:3-11.
- [15] Al-Hendy A, Myers E, Stewart E. Uterine Fibroids: Burden and Unmet Medical Need. Semin Reprod Med. nov 2017;35(06):473-80.

- [16] Cruz MSDDL, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 15 janv 2017;95(2):100-7.
- [17] Ulin M, Ali M, Chaudhry ZT, Al-Hendy A, Yang Q. Uterine fibroids in menopause and perimenopause: *Menopause*. févr 2020;27(2):238-42.
- [18] Hervé F, Katty A, Isabelle Q, Céline S. Impact of uterine fibroids on quality of life: a national cross-sectional survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. oct 2018;229:32-7.
- [19] Navaneetha Krishnan Subramaniam, Vanaja Kandluri , Ajay Chadeve , Dijitha Modapu , Aruna jyothi Dumpala , Bhargava Reddy Gudise , Narahari Narayan Palei , B. Jeevan Kumar , Battula Pradeep. Prevalence of Risk Factors for Uterine Fibroids at Tertiary CareTeaching Hospital: A Cross-sectional Study. 2019;
- [20] Calaf J, Palacios S, Cristóbal I, Cañete ML, Monleón J, Fernández J, et al. Validation of the Spanish version of the Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life (UFS-QoL) questionnaire in women with uterine myomatosis. *Med Clínica Engl Ed*. mars 2020;154(6):207-13.
- [21] William H. Parker, M.D. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas.
- [22] Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. mars 2016;59(1):2-24.

- [23] Ciavattini A, Delli Carpini G, Moriconi L, Clemente N, Orici F, Boschi AC, et al. The association between ultrasound-estimated visceral fat deposition and uterine fibroids: an observational study. *Gynecol Endocrinol*. 3 août 2017;33(8):634-7.
- [24] Boynton-Jarrett R, Rich-Edwards J, Malspeis S, Missmer SA, Wright R. A Prospective Study of Hypertension and Risk of Uterine Leiomyomata. *Am J Epidemiol*. 1 avr 2005;161(7):628-38.
- [25] Baird DD, Travlos G, Wilson R, Dunson DB, Hill MC, D'Aloisio AA, et al. Uterine Leiomyomata in Relation to Insulin-Like Growth Factor-I, Insulin, and Diabetes. *Epidemiol Camb Mass*. juill 2009;20(4):604-10.
- [26] PURI K, FAMUYIDE AO, ERWIN PJ, STEWART EA, LAUGHLIN-TOMMASO SK. Submucosal fibroids and the relation to heavy menstrual bleeding and anemia. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2014;210(1):38.e1-38.e7.
- [27] Kotani Y, Tobiume T, Fujishima R, Shigeta M, Takaya H, Nakai H, et al. Recurrence of uterine myoma after myomectomy: Open myomectomy versus laparoscopic myomectomy: Recurrence after laparotomy vs LM. *J Obstet Gynaecol Res*. févr 2018;44(2):298-302.
- [28] C. A, Shetty A, Pawaskar N, Desai S. Association between uterine leiomyoma with body mass index and parity in the women of coastal Karnataka, India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 28 janv 2020;9(2):740.

- [29] Song L, Shen L, Mandiwa C, Yang S, Liang Y, Yuan J, et al. Induced and Spontaneous Abortion and Risk of Uterine Fibroids. *J Womens Health*. janv 2017;26(1):76-82.
- [30] Velez Edwards DR, Baird DD, Hartmann KE. Association of Age at Menarche With Increasing Number of Fibroids in a Cohort of Women Who Underwent Standardized Ultrasound Assessment. *Am J Epidemiol*. 1 août 2013;178(3):426-33.
- [31] Purohit P, Vigneswaran K. Fibroids and Infertility. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2016;5:81-8.
- [32] Saldana TM, Moshesh M, Baird DD. Self-reported family history of leiomyoma: not a reliable marker of high risk. *Ann Epidemiol*. mai 2013;23(5):286-90.
- [33] Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(10):1501-12.
- [34] Williams ARW. Uterine fibroids – what’s new? F1000Research [Internet]. 7 déc 2017 [cité 23 juill 2020];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721931/>
- [35] Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health*. 26 mars 2012;12(1):6.

- [36] Boughaza I, Mhamd O, Berrada T, Zeraidi N, Baidada A, Kharbach A, et al. FIBROME UTERIN GEANT : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE LARGE UTERINE LEIOMYOMA. ABOUT A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE. 2017;21:3.
- [37] Mülayim B. Unaware of a large leiomyoma: A case report with respect to unusual symptoms of large leiomyomas. *Ann Med Surg.* déc 2015;4(4):431-3.
- [38] Kristin Van Heertum; Larry Barmat. Uterine Fibroids Associated With Infertility. 2014.
- [39] Taran FA, Weaver AL, Coddington CC, Stewart EA. Characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a case–control study. *Hum Reprod Oxf Engl.* mai 2010;25(5):1177-82.
- [40] Nezhat C, Li A, Abed S, Balassiano E, Soliemannjad R, Nezhat A, et al. Strong Association Between Endometriosis and Symptomatic Leiomyomas. *JSLS [Internet].* 2016 [cité 23 juill 2020];20(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5019190/>
- [41] Mourgues J, Villot A, Thubert T, Fauvet R, Pizzoferrato A-C. Uterine myomas and lower urinary tract dysfunctions: A literature review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* nov 2019;48(9):771-4.
- [42] Su W-H, Lee W-L, Cheng M-H, Yen M-S, Chao K-C, Wang P-H. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas. *J Chin Med Assoc.* oct 2012;75(10):487-93.

- [43] Tsai Y-J, Yeat S-K, Jeng C-J, Chen S-C. Torsion of a Uterine Leiomyoma. *Taiwan J Obstet Gynecol*. déc 2006;45(4):333-5.
- [44] Dohbit JS, Meka ENU, Tochie JN, Kamla I, Danwang C, Tianyi F-L, et al. Diagnostic ambiguity of aseptic necrobiosis of a uterine fibroid in a term pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 janv 2019;19(1):9.
- [45] Verit FF, Yucel O. Endometriosis, Leiomyoma and Adenomyosis: the Risk of Gynecologic Malignancy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 30 oct 2013;14(10):5589-97.
- [46] Daga SR, Phatak SV. Ultrasound Evaluation of Uterine Leiomyoma in Perimenopausal Females with Histopathological Correlation. *J Evol Med Dent Sci*. 24 févr 2020;9(8):562-6.
- [47] Olalla S, Monleon J, Cristóbal I, Cañete ML. Diagnostic evaluation of uterine myomas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. févr 2020;S0301211520300919.
- [48] Takeda S, Ota T, Kaneda H, Terao Y, Kuwatsuru R. Abdominal Myomectomy for Huge Uterine Myomas with Intra-arterial Balloon Occlusion: Approach to Reduce Blood Loss. *Surg J*. 5 août 2019;6(Suppl 1):S11-21.
- [49] Vitale SG, Bruni S, Chiofalo B, Riemma G, Lasmar RB. Updates in office hysteroscopy: a practical decalogue to perform a correct procedure. *Updat Surg* [Internet]. 1 févr 2020 [cité 23 juill 2020]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00713-w>

- [50] Widrich T,Bradley L, Collins R Widrich T,Bradley L, Collins R drich T,Bradley L, Collins Ret al. A prospective comparaison of trans vaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy. Am J Obstet Gynecol 1996;174 1327-34.
- [51] Recommandations pour la pratique clinique Actualisation de la prise en charge des myomes recommandations Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
- [52] Sabry M, Al-Hendy A. Medical Treatment of Uterine Leiomyoma. Reprod Sci. avr 2012;19(4):339-53.
- [53] Marret H, Fritel X, Ouldamer L, Bendifallah S, Brun J-L, De Jesus I, et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 2012;165(2):156-64.
- [54] Marret H, Fritel X, Ouldamer L, Bendifallah S, Brun J-L, De Jesus I, et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 2012;165(2):156-64.
- [55] Sayed GH, Zakherah MS, El-Nashar SA, Shaaban MM. A randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a low-dose combined oral contraceptive for fibroid-related menorrhagia. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. févr 2011;112(2):126-30.

- [56] Traitement conservateur des fibromes : recommandations pour la pratique J.-B. Dubuisson, M.-J. Dubé, D. Stucki, P. D. Hagmann, T. Hess, H.-M. Hoogewoud, S. Jacob, K. Kinkel, M. D. Mueller, S. Sporri, R. Steiner, J.-M. Wenger Rev Med Suisse 2005; volume 1. 30782.
- [57] S C, V C, P G. Short-term and long-term results of resectoscopic myomectomy with and without pretreatment with GnRH analogs in premenopausal women [Internet]. Vol. 84, Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. Acta Obstet Gynecol Scand; 2005 [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16026401/>
- [58] Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD000547.
- [59] Eisinger SH, Bonfiglio T, Fiscella K, Meldrum S, Guzick DS. Twelve-month safety and efficacy of low-dose mifepristone for uterine myomas. J Minim Invasive Gynecol. juin 2005;12(3):227-33.
- [60] Malartic C, Morel O, Akerman G, Tulpin L, Desfeux P, Barranger E. La mifépristone dans la prise en charge des fibromes utérins. Gynécologie Obstétrique Fertil. juin 2008;36(6):668-74.
- [61] Tristan M, Orozco LJ, Steed A, Ramírez-Morera A, Stone P. Mifepristone for uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [cité 24 juill 2020];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007687.pub2/full>

- [62] Spies JB, Sacks D. Credentials for uterine artery embolization. *J Vasc Interv Radiol JVIR*. févr 2004;15(2 Pt 1):111-3.
- [63] Talaulikar VS, Manyonda I. Progesterone and progesterone receptor modulators in the management of symptomatic uterine fibroids. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. déc 2012;165(2):135-40.
- [64] Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, Puscasiu L, Zakharenko NF, Ivanova T, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med*. 2 févr 2012;366(5):409-20.
- [65] Nieman LK, Blocker W, Nansel T, Mahoney S, Reynolds J, Blithe D, et al. Efficacy and tolerability of CDB-2914 treatment for symptomatic uterine fibroids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase IIb study. *Fertil Steril*. févr 2011;95(2):767-772.e1-2.
- [66] Acétate d'ulipristal (ESMYA) - Ne plus utiliser dans l'attente des conclusions de l'évaluation européenne du risque hépatique -ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Acetate-d-ulipristal-ESMYA-Ne-plus-utiliser-dans-l-attente-des-conclusions-de-l-evaluation-europeenne-du-risque-hepatique-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
- [67] Laughlin SK, Stewart EA. Uterine leiomyomas: individualizing the approach to a heterogeneous condition. *Obstet Gynecol*. févr 2011;117(2 Pt 1):396-403.

- [68] Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: current perspectives. *Int J Womens Health*. 29 janv 2014;6:95-114.
- [69] Sabry M, Al-Hendy A. Innovative oral treatments of uterine leiomyoma. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:943635.
- [70] Schlaff WD, Ackerman RT, Al-Hendy A, Archer DF, Barnhart KT, Bradley LD, et al. Elagolix for Heavy Menstrual Bleeding in Women with Uterine Fibroids. *N Engl J Med*. 23 janv 2020;382(4):328-40.
- [71] Ke L-Q, Yang K, Li J, Li C-M. Danazol for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 juill 2009;(3):CD007692.
- [72] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *Obstet Gynecol*. août 2008;112(2 Pt 1):387-400.
- [73] Williams ARW, Critchley HOD, Osei J, Ingamells S, Cameron IT, Han C, et al. The effects of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil on the morphology of uterine tissues after 3 months treatment in patients with symptomatic uterine leiomyomata. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2007;22(6):1696-704.
- [74] BEDAIWY MA, LIU J. Long-term management of endometriosis: Medical therapy and treatment of infertility. *Long-Term Manag Endometr Med Ther Treat Infertil*. 2010;8(3):10-4.

- [75] Duhan N, Madaan S, Sen J. Role of the aromatase inhibitor letrozole in the management of uterine leiomyomas in premenopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* déc 2013;171(2):329-32.
- [76] Hilário SG, Bozzini N, Borsari R, Baracat EC. Action of aromatase inhibitor for treatment of uterine leiomyoma in perimenopausal patients. *Fertil Steril.* janv 2009;91(1):240-3.
- [77] Ishikawa H, Reierstad S, Demura M, Rademaker AW, Kasai T, Inoue M, et al. High aromatase expression in uterine leiomyoma tissues of African-American women. *J Clin Endocrinol Metab.* mai 2009;94(5):1752-6.
- [78] Zapata LB, Whiteman MK, Tepper NK, Jamieson DJ, Marchbanks PA, Curtis KM. Intrauterine device use among women with uterine fibroids: a systematic review. *Contraception.* 1 juill 2010;82(1):41-55.
- [79] Greenwood LH, Glickman MG, Schwartz PE, Morse SS, Denny DF. Obstetric and nonmalignant gynecologic bleeding: treatment with angiographic embolization. *Radiology.* juill 1987;164(1):155-9.
- [80] Goodwin SC, Vedantham S, McLucas B, Forno AE, Perrella R. Preliminary experience with uterine artery embolization for uterine fibroids. *J Vasc Interv Radiol JVIR.* août 1997;8(4):517-26.
- [81] Ravina JH, Bouret JM, Ciraru-Vigneron N, Repiquet D, Herbreteau D, Aymard A, et al. [Recourse to particular arterial embolization in the treatment of some uterine leiomyoma]. *Bull Acad Natl Med.* févr 1997;181(2):233-43; discussion 244-246.

- [82] Ravina JH, Herbreteau D, Ciraru-Vigneron N, Bouret JM, Houdart E, Aymard A, et al. Arterial embolisation to treat uterine myomata. *Lancet Lond Engl.* 9 sept 1995;346(8976):671-2.
- [83] Spies JB, Allison S, Flick P, McCullough M, Sterbis K, Cramp M, et al. Polyvinyl alcohol particles and tris-acryl gelatin microspheres for uterine artery embolization for leiomyomas: results of a randomized comparative study. *J Vasc Interv Radiol JVIR.* août 2004;15(8):793-800.
- [84] Banu NS, Gaze DC, Bruce H, Collinson PO, Belli A-M, Manyonda IT. Markers of muscle ischemia, necrosis, and inflammation following uterine artery embolization in the treatment of symptomatic uterine fibroids. *Am J Obstet Gynecol.* mars 2007;196(3):213.e1-5.
- [85] Aitken E, Khaund A, Hamid SA, Millan D, Campbell S. The normal human myometrium has a vascular spatial gradient absent in small fibroids. *Hum Reprod Oxf Engl.* oct 2006;21(10):2669-78.
- [86] Masciocchi C, Arrigoni F, Ferrari F, Giordano AV, Iafrate S, Capretti I, et al. Uterine fibroid therapy using interventional radiology mini-invasive treatments: current perspective. *Med Oncol Northwood Lond Engl.* avr 2017;34(4):52.
- [87] Hamoda H, Pepas L, Tasker F, Reidy J, Khalaf Y. Intermediate and long-term outcomes following uterine artery fibroid embolization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* août 2015;191:33-8.

- [88] El-Balat A, DeWilde RL, Schmeil I, Tahmasbi-Rad M, Bogdanyova S, Fathi A, et al. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. *BioMed Res Int* [Internet]. 24 janv 2018 [cité 24 juill 2020];2018. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896337/>
- [89] Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R, Cheung A, Sierra S, Carranza-Mamane B, et al. The Management of Uterine Fibroids in Women With Otherwise Unexplained Infertility. *J Obstet Gynaecol Can.* mars 2015;37(3):277-85.
- [90] Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol.* oct 2010;17(5):555-69.
- [91] Donnez J, Jadoul P. What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? *Hum Reprod Oxf Engl.* juin 2002;17(6):1424-30.
- [92] Camanni M, Bonino L, Delpiano EM, Ferrero B, Migliaretti G, Deltetto F. Hysteroscopic management of large symptomatic submucous uterine myomas. *J Minim Invasive Gynecol.* févr 2010;17(1):59-65.
- [93] Brun J-L, Legendre G, Bendifallah S, Fernandez H. Myomectomie. *Presse Médicale.* juill 2013;42(7-8):1117-21.
- [94] Malek-mellouli M, Ben Amara F, Youssef A, Mbarki M, Rezig H. [Hysteroscopic myomectomy]. *Tunis Med.* juin 2012;90(6):458-62.

- [95] Sawin SW, Pilevsky ND, Berlin JA, Barnhart KT. Comparability of perioperative morbidity between abdominal myomectomy and hysterectomy for women with uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol.* déc 2000;183(6):1448-55.
- [96] Laparoscopic versus open myomectomy--a meta-analysis of randomized controlled trials - PubMed [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19398260/>
- [97] van der Kooij SM, Ankum WM, Hehenkamp WJK. Review of nonsurgical/minimally invasive treatments for uterine fibroids. *Curr Opin Obstet Gynecol.* déc 2012;24(6):368-75.
- [98] Tinelli A, Hurst BS, Hudelist G, Tsin DA, Stark M, Mettler L, et al. Laparoscopic myomectomy focusing on the myoma pseudocapsule: technical and outcome reports. *Hum Reprod Oxf Engl.* févr 2012;27(2):427-35.
- [99] Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gynecol.* mars 1994;83(3):414-8.
- [100] Cyrille Huchon, Xavier Fritel. Epidemiology of menometrorrhagia , *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* déc 2008;
- [101] Gambadauro P, Gudmundsson J, Torrejón R. Intrauterine Adhesions following Conservative Treatment of Uterine Fibroids. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:853269.

- [102] Netgen. Traitement conservateur des fibromes : recommandations pour la pratique [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-40/30782>
- [103] Gbadebo AA, Charles AA, Austin O. Myomectomy at caesarean section: descriptive study of clinical outcome in a tropical setting. J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC. déc 2009;21(4):7-9.
- [104] Salama SS, Kilic GS. Uterine fibroids and current clinical challenges. J Turk Ger Gynecol Assoc. 1 avr 2013;14(1):40-5.
- [105] Santiago Domingo, Antonio Pellicer. Overview of Current Trends in Hysterectomy, Expert Rev of Obstet Gynecol. 2009;4(6):673-685.
- [106] Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. août 2008;22(4):571-88.
- [107] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Heavy Menstrual Bleeding [Internet]. London: RCOG Press; 2007 [cité 25 juill 2020]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56536/>
- [108] Weber AM, Mitchinson AR, Gidwani GP, Mascha E, Walters MD. Uterine myomas and factors associated with hysterectomy in premenopausal women. Am J Obstet Gynecol. juin 1997;176(6):1213-7; discussion 1217-1219.

- [109] Friedman AJ, Haas ST. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas? *Am J Obstet Gynecol.* mars 1993;168(3 Pt 1):751-5.
- [110] Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G. Hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* 2018;40(7):e567-79.
- [111] Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefer M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health* 2012;12:6 (26 March 2012). Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/12/6>. Accessed on November 10, 2014.
- [112] Friedman AJ, Hoffman DI, Comite F, Browneller RW, Miller JD. Treatment of leiomyomata uteri with leuprolide acetate depot: a double-blind, placebo-controlled, multicenter study. The Leuprolide Study Group. *Obstet Gynecol.* mai 1991;77(5):720-5.
- [113] Chan CCW, Ng EHY, Ho P-C. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists . Consent Advice 4: Abdominal Hysterectomy for Benign Conditions. London: RCOG Press; 2009. *J Soc Gynecol Investig JSOI.* 1 janv 2005;12(1):54-7.
- [114] Malik M, Britten J, Cox J, Patel A, Catherino WH. Gonadotropin-releasing hormone analogues inhibit leiomyoma extracellular matrix despite presence of gonadal hormones. *Fertil Steril.* janv 2016;105(1):214-24.

- [115] Vilos GA, Allaire C, Laberge P-Y, Leyland N, Vilos AG, Murji A, et al. The Management of Uterine Leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. févr 2015;37(2):157-78.
- [116] Danazol influences gonadotropin secretion acting at the hypothalamic level - Panidis - 1994 - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur:
[https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/0020-7292\(94\)90249-6](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/0020-7292(94)90249-6)

Serment d' Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 210

سنة : 2020

آثار الأورام الليفية الرحمية وملامحها وإدارتها

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2020

من طرف

السيدة: دينا حجاج

المزودة في 19 يونيو 1994 بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : الرحم، الليفى، الورم العضلي الأملس.

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيدة عائشة خرباش

مشرف

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

السيدة نجية ازرايدي

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

عضو

السيد ابراهيم غراب

أستاذ في أمراض النساء والتوليد