Ministère des Enseignements Secondaire;
Supérieur et de la Recherche Scientifique

RÉpublique du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008-2009

N°.327

LE FIBROME UTERIN : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CS Réf COMMUNE VI DE BAMA KO MALI EN 2006

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mr Souleymane Yaya SANOGO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :	**Professeur Salif DIAKITE**
MEMBRE :	**Docteur Moustaphe TOURE**
CODIRECTEUR :	**Docteur Boubacar TRAORE**
DIRECTEUR DE THESE :	**Professeur SY Assitan SOW**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2ème ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, **Chef de D.E.R**
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie **Chef de D.E.R.**
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUO	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, **Chef de DER**
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Bénoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu le tout puissant le clément le miséricordieux maître de tous les temps de tous les cieux de m'avoir permis de voir le jour de grandir et de faire ce travail puisse la grâce du seigneur m'accompagner tout au long de mes jours.

- A mon père : Feu Yaya SANOGO

  Ton sens de l'honneur, du courage ,de la patience ,de la franchise , du respect de l'être humain et surtout du travail bien fait m'ont permis de forger un chemin dans la vie .Ce travail en gage du vivant souvenir que je garde de toi. Dors en paix mon cher Yaya.
- A mes mères Napounon TRAORE et Ziré COULIBALY :

  Chères mères les mots me manquent pour vous exprimer toute mon affection.

C'est grâce à vous, que j'ai retrouvé le chemin de l'école quand papa venait de nous quitter et dès lors votre soutien ne m'a jamais fait défaut puisse Allah le tout puissant vous prêter longue vie pour que vous puissiez bénéficier des fruits de l'arbre que vous avez planté et entretenu ; retrouvez ici tous mes sincères remerciements.

- A tous mes oncles : votre soutien ne m'a jamais fait défaut
- A la tante Gniré TRAORE : merci du soutien moral
- A mes grands frères et grandes sœurs, merci vos conseils ont été un atout propulseur pour moi.
- Merci à tous mes cousins et cousines, à mes petits frères et petites sœurs.
- A mon épouse Alimatou KONE dite Rat merci pour la patience dont tu as fait preuve et ton esprit de compréhension.
- A mon enfant Salimata dite Ziré, ma fille le chemin qui mène à la victoire est dur à parcourir, seule la volonté et la patience aident à la réalisation des projets.

REMERCIEMENTS

A mon grand frère Baba SANOGO, je ne saurais te remercier assez pour tout ce que tu as pu faire pour moi. Tu as été plus qu'un grand frère pour moi .Ta gentillesse, ta simplicité, tes conseils m'ont beaucoup aidé aux moments les plus difficiles de ma vie .Je te suis reconnaissant

-A mes grands frères : Brehima ; Soumaila ; Adama ; Siaka ; Klonon ; Tahirou ; Youssouf BERTHE.

-A mes belles sœurs : Djeneba ; Rokia dite Fifi ; Mariam ; Djata ; Assetou ; Aminata, Sitan ; Sali.

-Au neveu : Abou BERTE

-A mes amis : Siaka BERTE dit vieux ; Kalilou MARIKO; Moumine SANOGO ; Lassana BALLO, Abdou BAGAYOKO, Fousseyni BAGAYOKO.

-Aux docteurs : DIALLO Mamadou, SYNAYOGO Kadiatou TOURE; SIDIBE Fatou ; KEITA Sylvain ; KEITA Mamadou; DAO Binta.

-Aux anciens internes du CS Réf commune VI

-A mes camarades internes du CS Réf commune VI

-Au personnel du CS Réf commune VI

-Aux anesthésistes du CS Réf commune VI

-Au Dr COULIBALY Pierre; votre contribution a été grande dans la réalisation de ce travail, votre disponibilité votre gentillesse, votre franchise, votre rigueur pour le travail bien fait m'ont beaucoup marqué que tous nos vœux soient exhaussés

Au Dr TRAORE Aminata CISSE : la gentillesse la courtoisie, surtout la franchise sont des vertues que vous incarnez. Elles font de vous un bon maître, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A tous mes professeurs du premier et second cycle de N'kourala

A tous mes professeurs du lycée Mabilé de Sogoniko

A tous les professeurs de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

A toutes les personnes de bonne volonté de près et de loin qui m'ont aidé à réaliser ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S)**
- **Gynécologue accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré nos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité.

A notre Maître et juge :

Docteur Moustaphe TOURE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune IV.**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- **Maitre assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

Cher maître, nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maitre de référence.

Retrouvez ici cher maître notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et co-directeur

Docteur Boubacar TRAORE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune VI.**
- **Trésorier général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A coté de vous, nous avons appris à aimer la gynécologie-obstétrique ; à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens du travail.

Aussi, nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Vous êtes et resterez pour notre génération un miroir, un exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminé, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre très sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur SY Assitan SOW

- **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la F.M.P.O.S (Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie)**
- **Gynécologue obstétricienne**
- **Médecin - Chef du service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la commune II**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail. Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualité humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté font de vous un maître accompli; admirable et respecté et responsable.

Cher Maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et de toute notre reconnaissance.

C'est un grand honneur et une chance pour nous d'avoir été à votre école.

Puisse le tout puissant vous rendre vos bienfaits.

ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

ATCD : Antécédent

CPN : Consultation prénatale

C S Réf : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

Cm : Centimètre

C E S : Certificat d'études spécialisées

FCV : Frottis cervico-vaginal

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et odontostomatologie

GEU : Grossesse Extra-utérine

HSG : Hystérosalpingographie

IVA : Inspection visuelle après coloration à l'acide acétique

IVL : Inspection visuelle après coloration au lugol

Km : Kilomètre

MM : Millimètre

SA : Semaine d'aménorrhée

UIV : Urographie Intraveineuse

DEFINITION DES TERMES

Infécondité : C'est le fait d'avoir des grossesses sans pouvoir les mener à bien.

Infertilité : C'est lorsqu'on ne peut avoir un enfant que par procréation médicale assistée.

Ménorragies : Ce sont des règles très abondantes.

Métrorragies : Sont des hémorragies utérines survenant en dehors de la période des règles.

Myomectomie : Consiste en l'ablation chirurgicale de fibromes utérins tout en conservant l'utérus.

Stérilité : C'est l'incapacité d'obtenir et/ou de garder une grossesse.

Stérilité primaire : Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse.

Stérilité secondaire :C'est une absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses.

SOMMAIRE

Liste des enseignants iii

Dédicaces ix

Remerciements xi

Hommage aux membres du jury xiv

Abréviations xix

Définition des termes.....xxi

Introduction..... 1

I .Objectifs.....4

II. Généralités.....6

Historique.....7

Epidémiologie.....10

Rappel anatomique.....11

Classification du fibrome utérin 20

Anatomie pathologie.....21

Etiologie 21

Etude clinique.....22

Examens complémentaires.....26

Traitement.....38

III. Méthodologie et matériels d'étude.....42

Cadre d'étude 43

Type d'étude 49

Période d'étude 49

Population d'étude 49

Critères d'inclusion 49

Critères de non inclusion 49

Echantillonnage 49

IV. Résultats.....50

VI. Commentaires et discussion.....71

Conclusion.....85

Recommandation.....87

Annexes 88

Annexe 1 : Références.....89

Annexe 2 : Fiche signalétique.....93

Annexe3 : Photos.....94

Annexes 4 :Fiched'enquête.....98

INTRODUCTION

Le fibrome est une tumeur développée à partir du muscle utérin, le terme de fibrome est souvent improprement employé pour désigner les tumeurs bénignes de l'utérus constituées de tissu semblable à celui du muscle utérin. Il s'agit en fait d'un myome mais les appellations de fibromes, léiomyomes de certains auteurs évoquent l'aspect microscopique de la nature histologique de cette formation [31]. Cette affection est connue depuis l'antiquité et a été l'objet de plusieurs études en Afrique dont celle de :

KOUTOUAN J.C qui a porté sur l'étude du fibrome utérin à propos de 515 cas observes au CHU de Cocody (Abidjan) du 1er janvier au 1er mars 1985[13].

TOURE. O.D : A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital national du point G (Bamako) en 1992 [28].

MAHBOULI. S : Prise en charge des fibromes utérins à propos de 219cas Tunis en 2001[16].

THIERO.D : A propos de 496 cas de fibromes utérins au C S Réf de la commune V (Bamako) en 2004[27].

Selon les statistiques on le retrouve chez 20% des femmes de plus 35 ans parmi lesquelles la race noire est majoritaire soit 1/3 des cas chez la femme noire et 1/5 des cas chez la femme blanche [13 ,6].

Cependant la pathogénie du fibrome est mal connue bien qu'actuellement plusieurs hypothèses soient émises la théorie de l'hyperoestrogenie prévaut toujours. Bien que asymptomatique dans près de 50% des cas les fibromes représentent encore la première cause d'hystérectomie pour lésions bénignes [6,10 ,14].

Du fait du caractère courant du fibrome utérin chez les femmes en âge de procréation. Notre étude est la première du genre au centre. L'impact de cette affection sur la santé de reproduction dans nos contrées, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude d'ensemble sur la clinique et les méthodes thérapeutiques à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako dont les objectifs sont les suivants :

I. OBJECTIFS

Objectif général

Etudier le fibromyome utérin au C S Réf Commune VI chez les femmes en age de procréer du 1er Janvier au 31 Décembre 2006.

Objectifs spécifiques

1-Déterminer la fréquence du fibromyome utérin au C S Réf de la commune VI du district de Bamako en 2006.

2-Décrire les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des patientes en 2006

3-Décrire les aspects épidémio - cliniques du fibromyome utérin en 2006

4-Définir les principales complications retrouvées chez les femmes porteuses de fibrome au CS Réf commune en 2006.

5-Décrire les différentes attitudes thérapeutiques utilisées en 2006 au CSRéf CVI

6-Proposer des recommandations dans le cadre de la prise en charge de cette pathologie

II. GENERALITES

1. Historique

Depuis l'antiquité le fibrome est connu, **Hippocrate** parlant déjà de « pierre de la matrice ». C'est au XIX siècle que les fibromes feront l'objet d'étude très poussée.

Vischov inaugura le premier les discussions etiopathogéniques avec la théorie infectieuse qui lierait le fibrome aux infections génitales.

En 1890 Conneim et Ribert lancent la théorie des « vestiges embryonnaires ». Celles- ci serait les cellules souches du fibrome.

De 1890-1904, les théories vasculaires avec Roesler, Pillet et Knauer font du fibrome une formation localisée et circonscrite développé aux dépend de la paroi .Ces théories devaient tomber dans l'oubli et donner place à la théorie hormonale plus séduisante avec :

Iscovesco en 1910 qui a connu un grand succès dans ces travaux sur l'utérus.

Courrier et Poitivin en 1926 provoquaient une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'utérus chez la lapine castrée en lui administrant du liquide folliculaire de vache [28].

De **1935** à **1937** Lacassagne et Nelson par des injections répétées de folliculine à la lapine, puis à la femelle du cobaye, obtenaient des tumeurs, qu'ils ont fait histologiquement des myomes [28].

De **1938** à **1939 Moricard** et **Cauchoix** reprennent la même expérience et obtiennent des myomes et des tumeurs extra-utérines de matière fibreuse [28].

De **1934** à **1941 Ducuing** et **Bimes** devaient confirmer ces résultats chez le cobaye castré [28].

Depuis quelques années les auteurs comme **Miller**, **Ludouici** et **Arbor** ont inauguré une nouvelle méthode de recherche en pratiquant des cultures de tissu, mais comme le précisent **Huauier** et **Scali**, il est encore trop tôt pour conclure.

De nos jours encore des recherches continuent pour connaître avec précision la pathogénie du fibrome utérin.En dépit de ces discussions étiopathogéniques, des conceptions thérapeutiques se révèlent de plus en plus.

De **1837** et **1868** la priorité va à la clinique, les premières interventions chirurgicales pour fibrome furent pratiquées à partir de **1864**, tandis qu'au début c'était une abstention totale. Seuls les fibromes sous muqueux étaient opérés par voie basse [28].

En **1878 A.Martin** de Berlin en Allemagne intervient par voie abdominale.

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 **Batttey** et **Hegar**, promoteurs des ligatures atrophiant « Pour réduire le fibrome par la famine » en se basant sur le principe des rôles de sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromes.

Devant l'insuccès de cette méthode l'ère de chirurgie plus radicale s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie selon l'assertion de **Gordon** de **Port Land** en **1899** « il faut conserver à la demande de la femme sa santé et non ses organes inutiles » et de **Penan** et **Doyen**, qui soutiendront que « tout fibrome constitué doit être aussitôt opéré ».

Malgré la très louable opposition en **1901** de **Dartig**, qui voudrait après la révolution sanglante que la chirurgie utérine devienne de plus en plus mesurée, précoce et conservatrice.

Cette chirurgie conduisant de multiples vexations de 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 ces droits à une chirurgie plus efficace.

En **1893 Trelat** et **Vernuil** utilisaient la radiothérapie. Thérapie inoffensive en **1902**, elle devait frapper un grand coup en enregistrant son premier succès chez une femme inopérable. [7]

Depuis on enregistre aussi bien en France avec **Foveau, Councelles** et **A.Beclere** qu'en Allemagne avec **Deutch** de nombreux succès sur 66 cas traités.

De **1913** et **1921**, successivement devant le premier congrès des gynécologues et obstétriciens de la langue Française, l'Académie de médecine 400 et 300 observations sont exposées.

L'euphorie est totale comme témoigne cette déclaration de **Wontz** << 5 à 6 % seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, tous les autres doivent être irradiés >>.

Comme la chirurgie, les agents physiques vont à leurs tours connaître un certain déclin par soulèvement des voix autorisées contre l'utilisation abusive des rayons. Car les risques de dégénérescence sarcomateuse après irradiations sont très élevés.

L.A.Caille en**1914** cite un cas de dégénérescence ; **Delbet** en **1919** trois (3) cas.

Dehler en **1927** rapporte 65 observations dont 46 cancers généralisés de l'utérus.

Grassin en **1952** dans sa thèse présente un cas de dégénérescence sarcomateuse apparue 2ans après irradiations pénétrante pour fibrome utérin de 8 à 19 ans.

En somme, depuis 20 ans, la radiothérapie dans le traitement du fibrome de l'utérus est laissée au profit des analogues de Gn RH ou LH-RH.

Depuis différents types d'interventions conservatrices intermédiaires entre hystérectomie totale sans conservation et la myomectomie sont proposés.

Au 20eme siècle, toutes ces méthodes d'hystérectomie sont encore appliquées.

A l'heure actuelle la physiopathologie des troubles de révélations du fibrome est bien connue on sait que les hémorragies et en particulier les ménorragies sont liées à une insuffisance lutéale.

Mc.Crepin au cours des entretiens de **Bichat** en **1979** affirme que la thérapeutique doit viser à rétablir un état hormonal normal et non pas enlever l'utérus.

2. Epidémiologie

a) La fréquence : La fréquence du fibrome utérin est de 20% chez les femmes de plus de 35 ans parmi les quelles la race noire est majoritaire soit 1/3 des cas et 1/5 des cas chez la femme blanche.

b) La pathogénie : Elle est mal connue, bien qu'actuellement plusieurs hypothèses soient émises : la théorie de l'hyperoestrogenie prévaut toujours, qui dit le fibrome serait l'expression myometriale d'une hyperoestrogenie locale <<car il n'y a pas de fibrome avant la puberté>>

c. Facteurs étiologiques : L'étiologie des fibromes est jusqu'à présent mal élucidée par contre des facteurs étiologiques ont été évoquée à savoir :

-L'âge : le fibrome se voit fréquemment entre 40-50 ans.

-Le facteur hormonal : la théorie d'hyperoestrogénie est depuis plusieurs années en faveur. On sait :

. Qu'il n'y a pas de myome avant la puberté

. Que les myomes se stabilisent ou peuvent régresser après la ménopause ou après castration ou traitement par analogues de Gn – RH

. Que les myomes s'accroissent brusquement pendant la grossesse pour régresser ensuite.

. Que les myomes augmentent parfois sous traitement œstro-progestatif

. Que les myomes augmentent sous traitement oestrogénique après la ménopause

. Que l'endomètre des femmes porteuses de fibrome témoigne une hyperoestrogénie. Il existe habituellement une hyperplasie de l'endomètre source de saignement

-les facteurs génétiques : il existe une corrélation de survenue avec un taux d'hystérectomie plus élevé chez des jumelles monozygotes que chez des jumelles dizygote. Les études de clonalité par étude d'isoenzyme G6 PD et du récepteur des androgènes ont démontré le caractère monoclonal des fibromes.Les aberrations cytogénétiques observées surviennent secondairement

à l'extension initiale du clone de cellule tumorale. Ces anomalies sont retrouvées dans 40 à 50 % des fibromes. Ce sont soit des translocations, soit des délétions, soit des réarrangements de chromosomes.

3. Rappel anatomique de l'utérus

a) Anatomie physique

L'utérus est un organe creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et l'expulser quant il est arrivé à maturité.

Cette fonction explique les profondes modifications subies par l'utérus au cours de la vie génitale.

Organe impair, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière, il est recouvert par les anses intestinales et il est en majeure partie supra vaginal dans lequel il fait saillie.

De constance ferme mais élastique chez la femme vivante, le poids de l'utérus chez la nullipare est de 40 à 50g environ et de 50 à 70g chez la multipare.

L'utérus a la forme d'un cône à sommet et tronqué à l'intérieur s'engageant plus au moins dans le dôme vaginal [29].

On note chez la multipare à peu près à égale distance de la base et du sommet un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les côtés. C'est isthme utérin qui sépare l'utérus en deux parties :

Au dessus, le corps de forme conoïde et aplatie d'avant en arrière ;

Au dessous, le col cylindrique, il est un peu renflé à sa partie moyenne. Chez la multipare, l'isthme s'efface.

a-1. Configuration externe

a-1.1 Le corps présente

Une face antéro-inférieure plane ou légèrement convexe ; une face postéro-supérieure toujours convexe, avec parfois sur la ligne médiane une crête mousse, plus accusée chez les sujets jeunes (vestige de la dualité primitive de l'utérus) deux bords latéraux épais ;

Un bord supérieur ou fondus de l'utérus ; fortement convexe dans le sens antéro-inférieure, rectiligne transversalement chez la multipare et convexe chez la nullipare ;

Des angles latéraux ou cornes utérines donnant insertion aux trompes utérines, aux ligaments ronds et aux ligaments propres de l'ovaire.

a-1.2. Le col

Le vagin s'insère sur le col et le divise en deux parties :

Supra vaginale et vaginale et l'insertion vaginale est représentée par une ligne de 1/2cm environ de largeur, très oblique en bas et en avant. Cette zone est située en arrière à environ l'union du 1/3 supérieur et de 2/3 inférieurs tandis qu'en avant elle s'insère à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du col.

Le col n'est donc pas inséré sur le fond du vagin mais plutôt sur le segment supérieur de la face antérieure. La partie supra vaginale du col se prolonge avec le corps.

La portion vaginale visible au spéculum est accessible au doigt par le toucher vaginal. La hauteur est plus grande en arrière (18mm) qu'en avant (6mm). Elle forme un cône tronqué, percé à ce son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui donne accès à la cavité utérine.

Cet orifice s'ouvre vers le milieu du cycle à la période d'ovulation, et laisse alors passer une glaire claire, limpide et filante. L'aspect en est variable :

.Chez la nullipare : l'orifice est petit circulaire de 3 à 4 mm de diamètre, il est bordé par un bourrelet périphérique lisse uni, de fermeté élastique, qui donne au toucher la sensation d'appuyer de la pulpe du doigt le lobule du nez (Dubois). Avec la partie la portion intra vaginale du col se raccourcit de plus en plus et s'appelait en mérite le nom de <<museau d'étanche>> qu'on lui donne en clinique.

.Chez la primipare : l'orifice s'allonge transversalement et prend l'aspect d'une <<bouche qui sourit >> (Guyon) avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latéral profondes, sa consistance est moins ferme.

.Chez la grande multipare : <<il semble que le col est absorbé par le corps ; il est remplacé par un orifice, entouré de tubercules et de dépressions, de toutes dimensions (De Sinety). Sa consistance assez dure par endroit, signe de fibrose cicatricielle. L'aspect colposcopique normal (col idéal de multipare) se présente ainsi : Sans préparation, la muqueuse de l'exo col est rose pale et lisse uniformément parfois plus foncée à l'approche des règles

sous la solution d'acide acétique ou test de Schiller ,l'exo col prend une couleur brune.

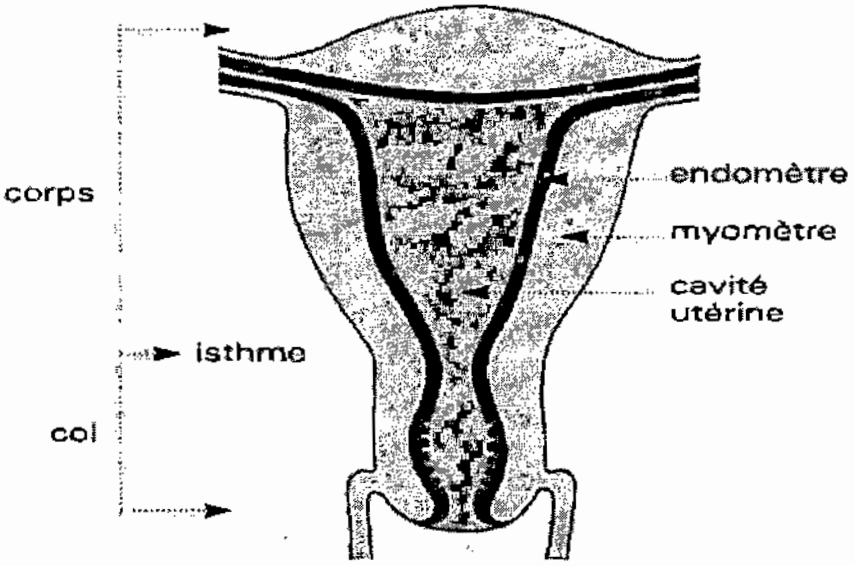


Schéma de l'utérus

Source : Doc Pierre Kamina (Anatomie Gynécologie et obstétricale.3eme édit.)

a-1.3. Les dimensions extérieures

Chez la nullipare, les dimensions sont en moyenne :de 6,5cm de longueur, dont 3,5cm pour le corps ; 2,5cm pour le col 0,5cm pour l'isthme de 4cm de largeur au niveau du corps et de 2cm au niveau du col ; de 2cm d'épaisseur.

Le rapport corporel- cervical est normalement 3/2 ; un rapport égal ou inférieur à 1; traduit un infantilisme utérin.

a-2 Configuration interne

L' utérus est creusé d'une cavité aplatie dans son ensemble d'avant en arrière ; un rétrécissement correspondant à l'isthme la divise en deux parties : la cavité corporelle et cervicale.

a-2.1. La cavité du corps

Elle est de forme triangulaire et virtuelle, les parois antérieures et postérieures ne sont séparées que par un peu de mucus.

La base supérieure est convexe chez la nullipare rectiligne concave chez la multipare.

Les angles supéro externes se prolongent avec les canaux tubaires par l'ostium utérinum

a-2.2. La cavité du col

C'est une cavité réellement fusiforme, un peu aplatie d'avant en arrière et souvent remplie par un bouchon muqueux.

Les parois antérieure et postérieure sont occupées dans leur tiers moyen par 2 saillies longitudinales ou colonnes principales.

Ces colonnes ne sont pas exactement médianes : celle de la paroi postérieure se porte un peu à gauche ; celle de la paroi antérieure, en général plus marquée, légèrement à droite. Des colonnes principales partent à droite et à gauche des plis dits plis palmés, obliquement ascendants, curvilignes, ramifiés et entre lesquels on perçoit de nombreux orifices glandulaires.

Colonnes principales et, plis palmés constituant l'arbre de vie, relief qui peut gêner l'introduction d'un hystéromètre, chez la multipare les arbres de vie sont moins saillant et moins réguliers

L'extrémité supérieure se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col, l'extrémité inférieure répond à l'orifice externe.

a -2-3 Capacités et dimensions internes

La capacité est d'environ 30 à 40mm chez la nullipare, 50 à 60mm chez la multipare.

Les dimensions de la cavité utérine sont respectivement :

-chez la nullipare, de 55mm en moyenne dont 25 pour le corps, 25 pour l'isthme et 5 pour le col. L'isthme peut être considéré comme un véritable pivot.

b) Anatomie fonctionnelle

Chez la multipare l'augmentation de la cavité est nette au niveau du corps qui atteint 35mm en position debout, bassin et périnée normaux, vessie et rectum peu distendus.

L'utérus a l'état de vacuité présente une statique normale, tout autre position en dehors de cette dernière peut être la cause d un trouble pathologique

b-1.La direction : L'utérus à la fois antéversé et antéfléchi.

b-2.le point central de l'utérus : L'axe du col est perpendiculaire à la face dorsale du vagin. Le col et le corps forment un angle en avant, vers la symphyse pubienne de 100 à120°, le sommet de cet angle est appelé point central, situé au niveau de l'isthme : c'est le point le plus fixe.

Pour **Allen** et **Masters**, l'isthme représente de ce fait le véritable pivot autour duquel s'orientent en tous sens le corps et le col mutuellement indépendants. D'où le nom de « Universel joint cervix » qu'ils donnent à l'isthme. Il est le siège de prédilection des déchirures du ligament large.

Le point central est normalement placé à peu près :

au centre de l'excavation pelvienne,un peu en avant d'un plan frontal passant par les épines sciatiques et sur l'axe du bassin, présenté par la ligne ombilico-

coccygienne. Lorsque ce point central est situé en avant, en arrière, ou latéralement par rapport à sa situation habituelle, on dit qu'il y a antéposition, rétroposition, ou latéro-position de l'utérus.

Lorsque le corps et le col basculent simultanément en sens inverse autour d'un axe transversal passant par le point central de l'utérus, on dit qu'il y a : antéversion lorsque le fond se porte en avant, rétroversion lorsqu'il se porte en arrière,

Habituellement l'utérus adulte est à la fois antéversé et antéfléchi

c) Les moyens de fixation de l'utérus

c-1.Moyens de soutien

Dans sa position normale le corps utérin repose sur la vessie dont la base est soutenue par le vagin, le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par le centre cardinal du périnée.

Le vagin double du faxia vaginal représente un hamac presque horizontal qui soutient le système uro- génital pelvien. Ce hamac est maintenu par des rubans musculaires et fibro-conjonctifs, qui se fixent sur la paroi pelvienne.

c-2.Moyens de suspension

c-2-1. Les ligaments utéro-sacrés : s'attachent en arrière sur la face antérieure du sacrum en dedans des deuxièmes, troisième et quatrième trous sacrés. Parfois, des insertions se prolongent vers le promontoire, déterminant une saillie péritonéale peu accusée ; sous le nom de ligament utero lombaire ils se dirigent obliquement en avant, en bas et légèrement en dedans après avoir contourné les faces latérales du rectum. Ils sont presque verticaux.

Leurs bords supérieurs soulèvent le péritoine formant le recto utérin, leurs bords inférieurs confinent au faxia pelvien. En avant, ils s'insèrent près des bords latéraux de la face postérieure du col, et par une suspension sur le for nix vaginal (ligament vagino sacral). Ils semblent parfois s'unir sur la face postérieure du col en formant un bourrelet peu saillant«le clitoris utérins ›› Respectés dans

l'hystérectomie sub-totale, ils sont desinsérés et liés lors de l'hystérectomie totale car ils sont bien vascularisés.

c-2.2. En avant les ligaments pubo –vesico –utérins (de Faraboeuf), séparent le cul de sac vesico utérin des fosses para-vesicales qui sont au nombre de deux : Le faisceau pubo –utérin c'est une lame conjonctive –musculaire organisée autour des plexus veineux latéraux vésicaux.

Le faisceau vesico-utérin : il est constitué par des fibres musculaires lisses émanant des couches les plus superficielles de la musculaire vésicale et tendue entre vessie et isthme utérin. Ils n'ont pas de rôle sustentateur important, mais leur contenu vasculaire justifie parfois leur ligature lors du décollement inter vesico-utérin.

Latéralement, la base du ligament large constituée du paramètre et du para cervix, est étendue du tractus génital à la paroi pelvienne et individualise un véritable ligament.

c-3. Moyens d'orientation

c-3.1.les ligaments ronds : ce sont des cordes fibro-musculaires qui s'étendent de la partie antero- latérale de la corne utérine au dessous et en avant de la trompe de Fallope jusqu'à la région pré-pubienne (grandes lèvres et mont du pubis) qu'ils atteignent en traversant le canal inguinal. La portion pelvienne des ligaments ronds, oblique en avant en dehors et en de haut soulève le feuillet antérieur du ligament large auquel il adhère fortement (pli antérieur).

Les ligaments forment des cordons cylindriques uniquement dans la partie moyenne de leur trajet de 2 à 6mm de calibre suivant l'imprégnation hormonale. Ils sont plus importants chez la multipare .Ils sont grêles avant la puberté et après la ménopause.

Le ligament rond est accompagné de vaisseaux (artères, veines et lymphatiques) qui font de sa ligature un temps nécessaire de l'hystérectomie. C'est sur lui qu'on intervient pour ramener en position normale l'utérus rétro versé.

c-3.2. les mésomètres : laissent au corps utérin une grande mobilité. Ils résultent de la juxtaposition latérale des lames péritonéales antérieure et postérieure qui s'étendent de l'utérus à la paroi pelvienne,

c -3.3. Les ligaments utero sacrés par traction en haut et en arrière favorisent aussi l'antéfléxion de l'utérus.

d) Les rapports

Le péritoine, après avoir tapissé la face supérieure de la vessie se replie en un cul de sac vesico utérin et recouvre ensuite la face antérieure du corps utérin.

L' incision de ce repli péritonéal ouvre l'espace vesico- utérin.

Le fond recouvert de péritoine très adhérant, répond aux anses grêles et souvent à l'épiploon.

La face supero-postérieure ou intestinale est entièrement recouverte par le péritoine, qui descend jusque sur la face postérieure du vagin (1à2cm) qui se reflète sur le rectum en formant un sac péritonéal.

A la laparotomie, on constate que ce retsus utero vaginal rectal est divisé par les plis recto utérins soulevés par les ligaments recto sacraux en 2 étages :

-Un étage supérieur, plus spacieux ; est l'excavation recto utérine qui se continue latéralement avec les fosses para utérines ; il est occupé souvent par le sigmoïde et de grêle.

-L'autre inférieur ou copal, réduit à un diverticule, continue le cul de sac recto utérin ou cul de sac de Douglas.

e) Vascularisation

L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine et accessoirement par l'artère ovarique et l'artère du ligament rond.

e-1. Artère utérine : C'est la branche viscérale la plus volumineuse de l'artère iliaque interne, elle participe à l'irrigation des annexes et plus accessoirement du vagin et de la vessie.

e-1.1.Les artères accessoires

. Artère ovarique: elle dérive d'une artère segmentaire wolffienne, naît souvent de la face antérieure de l'aorte

. Artère du ligament rond : c'est une branche de l'épigastrique inférieure, elle peut naître également de la circonflexe iliaque (Fredet)

e-2. Les veines

Les veines issues des tuniques surtout de la musculeuse forment à la surface utérine un réseau veineux plexi forme qui draine de chaque côté de l'utérus dans les plexus utérins pour le réseau corporel et les plexus cervico-vaginaux pour le réseau cervical. le sang de ces 2 plexus richement anastomosés se diverse dans les veines du ligament rond et des annexes, les veines utérines ou utero vaginales.

e-3. Les lymphatiques

Les lymphatiques de l'utérus proviennent des différentes tuniques qui les constituent :

Les réseaux d'origine comprennent :

Le réseau muqueux

Le réseau musculaire

le réseau séreux

Le réseau collecteur péri-utérin collecte la lymphe provenant des trois réseaux d'origine. on divise artificiellement ce réseau en deux parties richement anastomosés et entre elles : le réseau corporel, autour du corps et le réseau cervical entourant le col.

Les cônes efférents : le réseau péri-utérin se déverse dans les collecteurs supérieurs et inférieurs

f) Innervations de l'utérus

Tous les nerfs utérins proviennent du plexus hypogastrique inférieur complété par les filets sympathiques qui accompagnent les artères de l'utérus

4) Classification du fibrome utérin : Il existe trois types de fibromes utérins

-Le fibrome sous muqueux

-Le fibrome interstitiel

-Le fibrome sous séreux

5) Anatomie pathologie du fibrome utérin

a) Anatomie macroscopique

Le fibrome est une tumeur bénigne du muscle lisse, arrondie dure élastique, limitée par un pseudo capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est le myomètre). Le fibrome est rarement seul, son volume varie de celui d'une tête d'enfant à un grain de mil. Ces minuscules « graines de fibromes » sont souvent laissées en place dans une myomectomie qui ne permet que l'ablation des gros fibromes, ce qui explique la fréquence des récidives après les traitements conservateurs.

Le siège du fibrome varie en fonction des différentes parties de l'utérus. Le siège le plus fréquent est le corps utérin (96%) alors qu'au niveau de l'isthme il n'est que de 1% et 3% au niveau du col. Dans cette localisation le fibrome est le plus souvent sus vaginal refoulant les éléments latéro-cervicaux, il est exceptionnellement intra vaginal.

Si l'on envisage la situation par rapport à la paroi utérine, le fibrome peut être interstitiel siégeant dans l'épaisseur du muscle qu'il refoule, sous muqueux, faisant saillie dans la cavité utérine, il peut aussi être sous péritonéal (ou sous séreux) et dans ce cas pédiculé ou sessile. Le plus souvent il a une base d'implantation large mais il peut être pédiculé, réalisant alors un polype fibreux de l'utérus qui peut éventuellement être accouché par le col.

b) Anatomie microscopique : Les plus petits sont les plus musculaires et contiennent moins de tissus conjonctifs et sont plus vascularisés.

Les matures contiennent surtout des tissus conjonctifs, avec des collagènes et des fibres élastiques à la périphérie.

6) Etiologie

On ne connaît rien de précis sur l'étiologie des myomes utérins.

- Le myome serait l'expression myométriale d'une hyperoestrogénie locale .En faveur de cette hypothèse on retiendra les faits suivants :
- Il n'y a pas de myomes avant la puberté
- Les myomes se stabilisent après la ménopause ou après cas traction ou par traitement analogue du GnRh (Gonadotrophin Relasing Hormone).
- Les myomes accroissent brusquement pendant la grossesse pour régresser après accouchement.
- Augmentation de volume sous traitement oestroprogestatif.

7) Etude clinique

Les fibromes utérins symptomatiques représentent 20 à30%.Les autres sont découverts au cours d'un examen gynécologique motivé pour d'autres raisons.

a) Le diagnostique positif

a-1. Les signes fonctionnels

a-1.1. Les ménorragies: Signe révélateur

Il s'agit d'une exagération de l'écoulement menstruel avec des règles trop abondantes. Ces règles sont mêlées de sang et de caillots et peuvent durer de 10 à 15 jours [30]

Elles sont dues : à l'hyperplasie de l'endomètre, à la compression par les fibromyomes des plexus veineux du myomètre, aux lésions inflammatoires ou ulcéreuses en regard des myomes.

a-1-2. Les métrorragies : petites pertes de sang survenant entre les règles normales

L'hémorragie est d'autant plus abondante que le noyau fibromateux est plus près de la muqueuse .Elles se rencontrent en cas de fibromes sous muqueux ou de fibrome accouché par le col. Les métrorragies isolées sont rares.

a-1-3 Les ménométrorragies : il s'agit d'une perturbation des règles

Les hémorragies utérines ont perdues leurs caractères réguliers et périodiques. Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines, suivi d'une période

prolongée d'hémorragie ou d'emblée de métrorragies qui se prolongent ou de perte irrégulières avec également arrêt irrégulier.

a-1-4. Les leucorrhées : elles sont banales le plus souvent sans caractères particuliers, il s'agit presque toujours d'une hypersécrétion cervicale glaireuse et filante précédant les règles .Elles doivent faire rechercher une infection vulvo vaginale avec éventuellement une endométrite et/ou une salpingite.

a-1-5. Les hydrorrhées : Ce sont des écoulements abondants sans caractères infectieux provoqués par sténose de l'isthme ou par un polype formant un clapet. Elles se voient aussi dans les fibromes à dégénérescence kystique.

a-2. Les autres signes fonctionnels : Elles sont banales en gynécologie.

Elles sont anormales en cas de fibrome utérin, mais quand elles existent il peut s'agir :

D'une lésion associée : endométriose, dystrophie ovarienne

Une cause non gynécologique : lombalgie d'origine urologique ou rachidienne

Il s'agit de douleurs à type de pesanteur dans 40% des cas apparaissant plus volontiers en position debout, à la fatigue, calmées par le décubitus exagérées par les règles, ou à type d'oligoménorrhée 20% des cas sont dus à une du sténose du col, soit une infection

Génitale associée, soit une anomalie contractile du myomètre ou enfin d'une endométriose.

Les douleurs vives lancinantes et persistantes évoquent une complication liée au fibrome.

a-2.1.La pyorrhée : elle est rare et sa présence doit faire soupçonner une complication septique ou une autre affection associée.

a-2.2. Les troubles urinaires : représentent 12 ,5% des cas

Il peut s'agir des troubles de compression qui sont :

- La pollakiurie : trouble essentiellement diurne qui peut se voir aussi bien dans les petits que dans les gros fibromes.

- La rétention d'urine : compression de l'uretère par la tumeur, ici il y a formation du globe vésicale décelé à la palpation. Le sondage vésical ramène de l'urine et soulage la malade.

- L'incontinence urinaire d'effort : due le plus souvent à une irritabilité vésicale .La survenue de ces troubles pendant les règles fait évoquer l'origine interne d'où la nécessité d'un examen cytobactériologique des urines (urines de 24h recueillies par sondage)

a-2.2.5 La stérilité ou l'augmentation du volume de l'abdomen: peuvent être un motif de consultation. Mais il faut savoir que le fibrome le plus souvent est muet et qu'il ne sera découvert que lors d'un examen gynécologique pratiqué pour un tout autre motif.

b- Les signes physiques

b-1 L'inspection : Elle se fait attentivement

- Inspecter la pilosité ; rechercher une éventuelle cicatrice (cicatrice d'épisiotomie),
- Inspecter la vulve ; la trophicité des muqueuses, l'humidité et les lésions de grattage, l'état du méat et de l'hymen.

L'inspection est le plus souvent négative, mais quelque fois elle peut voir une voussure sus- pubienne.

b-2 .La palpation : Elle se fait avec douceur, commencer par les zones non douloureuses et finir par les zones douloureuses.

Le palper abdominal peut percevoir les limites de l'utérus surtout chez la femme mince ; elle peut déceler des douleurs, un utérus globuleux lisse et régulier si le fibrome est sous muqueux ou à l'opposé déformé par des bosselures si le fibrome est sous séreux.

b-3. La percussion : Elle s'effectue la main gauche à plat sur l'abdomen, les doigts de la main droite percutent avec douceur la gauche (si l'examinateur est un droitier) ; commencer toujours à percuter les régions non douloureuses et terminer par les régions douloureuses.

La percussion peut montrer une matité du pelvis et les limites de la masse pelvienne.

L'examen des seins à la recherche d'une galactorrhée ou d'une mastite ;

L'examen du périnée à la recherche d'un prolapsus génital.

b-4. L'examen au spéculum : Il permet d'observer un polype pédiculé accouché par le col ou une déviation du col.

b-5. Le toucher vaginal : Il permet de percevoir l'utérus et de reconnaître les caractères de la tumeur : fibrome pelvien, abdomino-pelvien, fibrome abdominal Il permet de vérifier que l'utérus est augmenté de volume et ferme, contours réguliers, lisses ou bosselés avec à sa surface des saillies rondes dures indolores faisant corps avec l'utérus, solitaires au corps utérin quant on imprime des mouvements à la tumeur ceci sont transmis au corps utérin et inversement.

b-6 -Le toucher vaginal combiné au palper abdominal : Retrouve un corps utérin augmenté de volume déformé par un ou plusieurs tumeurs fermes indolores lisses arrondies ou bosselés.

b-7-Le toucher rectal : est indispensable parfois quand l'hymen est intact. Il permet de faire la différence entre un fibromyome utérin et une tumeur rectale.

b-8.L'examen général : Il consiste à rechercher des adénopathies à la palpation de la glande thyroïde, à la prise de la tension artérielle et de la température, et à la recherche de cardiopathie éventuelle.

c) Le diagnostic différentiel : Eliminer

-La grossesse: chez toute femme en période de fécondité soit par une épreuve biologique si possible par une échographie.

-La tumeur de l'ovaire: la confusion est souvent fréquente. La tumeur ovarienne est indépendante de l'utérus, séparée du corps par un sillon, indépendamment mobilisable par rapport à l'utérus, mais en cas d'adhérences il faut pratiquer une coelioscopie.

-Un cancer de l'utérus : cette association doit être recherchée devant toute métrorragie post ménopausique.

d) Les examens complémentaires

Ils sont indispensables pour affirmer un diagnostic douteux et sont utiles pour la précision de l'importance de la lésion, les associations essentielles et les attitudes thérapeutiques. Ils sont multiples et parmi eux trois paraissent fondamentaux et essentiels :

L'échographie pelvienne

L'hystérosalpingographie

Hystéroscopie

Les autres sont donnés en fonction des résultats obtenus.

d-1 .Echographie pelvienne : L'échographie pelvienne permet dans la plupart des cas le diagnostic du fibrome utérin.

L'utérus est anormal car ses mensurations sont excessives. Elle permet d'objectiver la situation anatomique des fibromes, ce qui sera très utile pour apprécier l'efficacité du traitement.

Le fibrome sous séreux sessile déforme les contours extérieurs de l'utérus,

le fibrome sous séreux pédiculé reste invisible

le fibrome interstitiel n'est pas facile à mettre en évidence car son échogenicité est voisine de celle du myomètre

le fibrome intra cavitaire est une formation arrondie siégeant au niveau de la ligne de vacuité utérine.

Sous la forme classique non compliquée le fibrome est une tumeur solide échogène dont l'échogenicité est voisine de celle du myomètre.

.L'échographie est sensible sur les fibromes sous séreux et interstitiel, peu sensible sur les fibromes sous muqueux par voie abdominale. Ceux ci sont mieux vus à l'échographie endovaginale [35].

.La calcification du fibrome, les modifications histologiques, les oedèmes, une nécrobiose ischémique (image en cocarde ou en cible constituée par la zone de nécrobiose) sont diagnostiqués à l'échographie.

d-2. L'hystérosalpingographie : Elle permet d'opacifier les voies génitales féminines qui ne sont pas accessibles à l'examen direct. Sa réalisation n'est pas systématique car inutile en cas de gros fibrome abdominal.

Elle peut fournir trois types de renseignements :

image directe du fibrome

image indirecte de son retentissement

existence éventuelle de lésions associées : tuberculose utérine, endométriose, polypes muqueux, synéchies, l'hydrosalpinx.

-Les contres indications à l'hystérosalpingographie :

-La grossesse : Devant une tumeur pelvienne douteuse il faut demander l'échographie ou faire des tests immunologiques de grossesse.

-Les infections génitales : pour éviter propagation des microbes.

-Les hémorragies : Elles gênent l'interprétions si elles sont abondantes avec présence de caillots.

-L'intolérance à l'iode : Faire un test à l'iode.

d-3 Hystéroscopie : Indiquée pour apprécier le retentissement intra cavitaire des fibromes :

-Elle visualise la cavité utérine par l'intérieur

-Elle précise les déformations et les lésions endométriales associées

-Elle guide une biopsie d'endomètre ou un curetage biopsique

-Apprécie les possibilités de résection endoscopique d'un fibrome sous muqueux.

d-4. La radiographie du pelvis : Les signes diffèrent suivant la topographie du fibrome.

-Fibrome interstitiel : entraîne un agrandissement, une déformation et souvent une asymétrie de la cavité utérine.

-Fibrome sous muqueux et intra cavitaire : ils sont bien visibles sur les clichés muqueux en début de remplissage, et en début d'évacuation lorsque le produit

de contraste tapisse finement la cavité utérine. Ils se traduisent par l'existence d'une lacune aux contours nets.

Ils entraînent une soufflure des bords utérins par déformation mécanique.

Le cliché de profil précise la large base d'implantation du fibrome

Les fibromes sous séreux sont difficiles à diagnostiquer car ils ne modifient pas la cavité utérine.

-Les fibromes multiples : il est possible de visualiser sur les différents clichés des aspects en faveur des noyaux sous muqueux intra cavitaires ou interstitiel.

La radiographie sans préparation peut repérer un fibrome calcifié.

d-5. Les autres examens complémentaires

. La cœlioscopie : C'est l'examen endoscopique de la cavité abdominale sous pneumopéritoine artificiel, cet examen peut se faire à travers la paroi abdominale antérieure (cœlioscopie trans. pariétale)

La cœlioscopie a un double intérêt : Elle permet un diagnostic précis pour les fibromes sous séreux ou interstitiels.

Elle permet d'apprécier très exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

. La tomodensitométrie est plus performante que l'échographie

. Le frottis cervico-vaginal : pour écarter un éventuel cancer

. Une radiographie pulmonaire et un électrocardiogramme pour apprécier l'état cardiologique.

. L'urographie intraveineuse : si gros fibrome ou si présence de signes compressifs

. Numération formule sanguine (NFS): elle permet d'apprécier le retentissement de l'hémorragie.

e) Les formes cliniques

e-1. Les formes topographiques

- **La situation par rapport aux parois de l'utérus**

-Les fibromes sous séreux : situés sous le péritoine, ils se développent à l'extérieur de l'utérus. La base d'implantation peut être large.Le fibrome sous séreux est accessible au toucher vaginal.

Le fibrome sous séreux pédiculé est rattaché à l'utérus par pédicule plus ou moins long .Il peut être asymptomatique ou révélé par une complication mécanique. Il est souvent confondu à une tumeur annexielle.

L'échographie ne peut le distinguer d'une tumeur solide ovarienne.

Ses complications fréquentes sont la nécrobiose aseptique et la torsion du fibrome.

-Les fibromes interstitiels : ils se développent dans l'épaisseur du muscle utérin qu'il hypertrophie et déforme. Son diagnostic clinique est souvent difficile, l'apport de l'échographie est important.

-Les fibromes sous muqueux : Ils font saillie en direction de la cavité utérine.

-Les signes cliniques d'appel sont fonction de la taille du fibrome.

Les polypes fibreux pédiculés sont très évocateurs dans leurs expressions cliniques. Ils sont à type de colique expulsive, métrorragies, gros utérus.

L'examen au spéculum peut parfois retrouver un polype accouché par le col, qui peut s'accompagner d'hydrorrhée, d'infection et/ou être ulcérés, saignant au contact et nécessitant la recherche d'une lésion associée,

Au toucher vaginal, on retrouve dans ce cas une masse dont on peut faire le tour et dont le pédicule s'enfonce dans l'endocol.

L'échographie retrouve une image arrondie intra utérine avec parfois une bande linéaire d'écho structure renforcée traduisant une hypertrophie de la muqueuse. C'est surtout l'hypertrophie de la muqueuse avec son aspect soufflé qu'on retrouve habituellement.

•La situation par rapport aux régions du pelvis abdominal :

-Le fibrome à développement abdominal déforme l'abdomen.

L'échographie et l'urographie intraveineuse sont les examens complémentaires essentiels.

L'UIV : est importante ici car elle met en évidence une compression urétérale éventuelle, une dilatation urétérale, ou pyélouréterale et des déformations possibles de la vessie.

-Fibrome à développement pelvien :

Certains ont un danger pour les organes nobles de voisinage : fibromes du col, de l'isthme, fibromes inclus dans le ligament large.

-Les fibromes développés dans la portion intra vaginale sont découverts au spéculum sous forme d'une petite tumeur dure développée sur l'exo col ; parfois ce myome est pédiculé.

L'orifice extérieur du col est souvent dévié en avant ou en arrière.

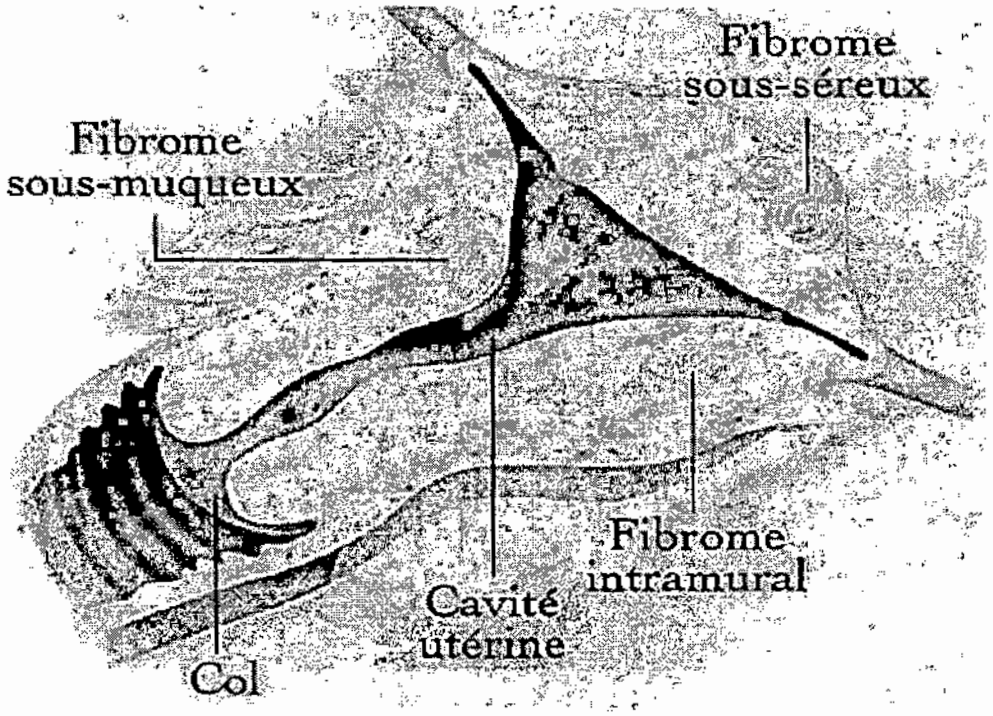
-Les fibromes développés dans la région latérale et sus vaginale du col, et les fibromes développés sur l'isthme constituent le même groupe de fibromyomes inclus dans le ligament large.

Au toucher vaginal, il refoule un cul de sac vaginal qui est comblé et ferme, faisant corps avec l'utérus mais ne se mobilise pas.

Le toucher rectal apprécie ces rapports avec le paramètre

L'échographie et l'urographie intraveineuse peuvent être d'un apport important.

L'hystérosalpingographie : donne un amincissement et une élongation du canal endo-cervical si le fibrome est situé sous l'isthme et au contraire un canal normal et une cavité utérine déformée en cas d'incision isthmique.



Source : Topographie du fibrome (SAHABI.S, LANTONKOPODE.J.C, TEGUETE.I)

f) Les formes associées

f-1. Les lésions génitales associées

. Les anomalies de la muqueuse utérine : Il peut s'agir

d'une atrophie endométriale survenue lors d'un traitement progestatif des polypes endometriaux.

une hyperplasie simple ou glandulo-kystique

. L'endométriose : c'est une affection du à la prolifération des cellules de la muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine. Ces fragments de muqueuse utérine développés en dehors de la cavité utérine peuvent être constitués de tubes glandulaires entourés de chorion cytogène et souvent de fibres musculaires lisses.

Elle se manifeste par des douleurs pelviennes à type de dysménorrhée secondaire et progressivement tardives (2eme ou 3eme jours des règles) intenses et rebelles au traitement, parfois à type de dyspareunie profonde, ou souvent à

type de douleurs pelviennes permanentes ou intermittentes (douleurs à la défécation, irradiation sacrée ou anale à recrudescence prémenstruelle)

. Une stérilité : primaire ou secondaire

. Des troubles des règles : hémorragies abondantes dans 13% des cas

. Des troubles de la statique utérine : Il peut s'agir :

D'une antéversion utérine avec une symptomatologie vésicale,

.La latéro déviation évoquant souvent une tumeur annexielle

.Les rétro déviations donnant une compression vésicale et enfin les prolapsus génitaux.

f-2. Fibrome et kyste de l'ovaire

. Les cancers génitaux : diagnostiqués par un test de Schiller, complété de frottis cervico vaginal, d'hystérosalpingographie et curetage biopsique.

La confusion est souvent possible. Dans le cas du kyste de l'ovaire, les mouvements du col pris entre deux doigts vaginaux n'entraînent pas le déplacement de la main abdominale posée sur le pôle supérieur de la masse.

Le doigt vaginal refoulant le cul de sac latéral s'interpose facilement entre le corps utérin et le kyste donnant l'impression d'un « sillon ».Lorsque le kyste est adhérent à l'utérus ou enclavé dans le cul de sac de Douglas ou inclus dans le ligament large, la confusion est possible.

L'échographie, la coelioscopie et l'hystérosalpingographie confirment le diagnostic.

8) Evolution et complications

a) L'évolution

L'évolution du fibrome est variable ; parfois le fibrome est bien toléré jusqu'à la ménopause ou il régresse en dehors d'un traitement substitutif de la ménopause, souvent il peut se compliquer.

b) Les complications

b-1. Les complications locales : elles sont marquées par l'exagération des signes habituels

Les complications hémorragiques se rencontrent surtout dans les fibromes sous muqueux et sous séreux.

L'hémorragie par son abondance et sa répétition peut entraîner une spoliation sanguine avec : anémie, asthénie, lipothymie, vertige, hémoperitoine par rupture d'une veine superficielle.

L'hémorragie brutale nécessitera la transfusion sanguine, ou l'intervention chirurgicale d'urgence, pouvant aboutir souvent à une hystérectomie d'hémostase.

b-2.Les complications mécaniques : Dépendent du développement du fibrome qui entraîne :

. L'enclavement dont la symptomatologie ressemble à celle d'une hernie étranglée, le maître symptôme est la douleur. Elle s'accompagne de signe de compression vésicale et rectale.

. La compression du rectum: entraîne des troubles de la défécation : ténesme et épreinte.

. La compression vésicale : entraine des troubles mictionnels à type de pollakiurie, dysurie, rarement une rétention d'urine.

. Les compressions urétérales : entraînent souvent une hydronéphrose ou une sclérose atrophique du rein.

L'U I V est indispensable pour renseigner sur l'état des reins et des uretères.

L'échographie donnera des renseignements importants.

Les compressions veineuses donnent des oedèmes des membres inférieurs par difficultés de circulation de retour (stase sanguine).

La paresthésie, la névralgie, la sciatalgie, conséquences des compressions nerveuses sont exceptionnelles.

Les torsions sont rares, plus rares que les torsions du kyste de l'ovaire

. La torsion aigue du fibromyome sous séreux pédiculé : plus fréquente et réalise un véritable syndrome abdominal aigu qui se manifeste par :

- des douleurs pelviennes brutales intenses,

- des signes d'irritations péritonéales : vomissements nausées
- arrêt des matières et des gaz, mais pas de contractures abdominales
- l'altération de l'état général, une occlusion peut s'installer.

. La torsion subaiguë marquée par des douleurs coliques accompagnées de lipothymie

. La torsion axiale d'un utérus polymyomateux au niveau d'un isthme utérin étiré. Elle se rencontre dans les suites de couche.

b-3. Les complications infectieuses

Elles se rencontrent dans les cas suivants :

. Le fibrome sous muqueux ou polype fibreux accoucher par le col : ischémies en contact du milieu vaginal.

. La nécrobiose septique d'un fibrome intra-mural sous séreux :

Elle survient après un délai de nécrobiose aseptique, qui est généralement favorisée par la grossesse. La nécrobiose septique est du à une pullulation de germes microbiens

. La gangrène utérine : survient à la suite de prolifération de germes anaérobies.

Les signes retrouvés sont : la crépitation à la palpation, l'altération rapide de l'état général.

C'est une contre indication à l'hystérosalpingographie.

. L'endométrite : Elle est du aux staphylocoques, aux streptocoques, aux colibacilles, aux chlamydias d'origine exogène endogène. Elle se manifeste par une douleur pelvienne, des leucorrhées abondantes, une fièvre, une vitesse de sédimentation accélérée. La pyometrie est possible.

. La salpingite : Les formes hémorragiques sont rencontrées ; caractérisées par :

Des métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes bilatérales qui sont provoquées ou spontanées. Il existe des épisodes fébriles, une vitesse de sédimentation accélérée et une hyper leucocytose.

La coelioscopie confirme le diagnostic.

b-4. Les transformations histologiques bénignes

- La transformation œdémateuse.

- La nécrobiose aseptique : Elle est du à une ischémie du fibrome mal vascularisé souvent favorisé par la grossesse. Les signes révélateurs sont : douleur pelvienne intense, un syndrome toxi-infectieux, une fièvre élevée, une pâleur et un subictère.

Le myome augmente de volume, se ramollit et devient douloureux.

L'échographie montre une image en cible ou en cocarde.

-La calcification du fibrome : Elle s'observe souvent après la ménopause ;

C'est une découverte radiologique sous la forme d'une opacité arrondie fréquemment ordonnée en couches concentriques.

-La dégénérescence maligne : le fibrome peut se dégénérer.Cette dégénérescence maligne est estimée à 0,5% selon les statistiques.

La dégénérescence sarcomateuse est rare : Elle est soupçonnée devant un fibrome qui grossit rapidement après la ménopause.

L'échographie peut montrer des signes de métastases hépatiques.

b-5 Les complications générales

. Les complications hématologiques : Elles sont représentées par :

-Une anémie : Il s'agit d'une anémie hypochrome, quelques rares fois on a une anémie hémolytique

- La polyglobulie, la thrombopénie : sont rares.

. Les complications vasculaires :

- Les thrombophlébites pelviennes ou des membres inférieurs : Elles sont caractérisées par l'apparition d'un caillot de sang adhérant plus ou moins à la paroi veineuse. La formation du caillot est du à la compression veineuse provoquée par la tumeur.

Les thrombophlébites se manifestent par :

La douleur : Elle est recherchée le long de l'axe veineux. La douleur est exagérée par la toux .Il faut rechercher la douleur au niveau de l'aine, de la

cuisse, dans le creux poplité ou au niveau du mollet : douleur à la dorsiflexion du pied (signe de **Homans**).

. Des troubles de la crase sanguine : dus aux hémorragies fréquentes.

.L'hypertension artérielle : Elle est également associée au fibrome. Elle est la conséquence des complications vasculaires et hématologiques.

.Des troubles cardiaques : dus aux complications vasculaires et hématologiques.

b-6. Fibrome et stérilité

La responsabilité d'un fibrome en cas de stérilité ne peut être affirmée qu'après avoir éliminé tous les autres facteurs d'infécondité.

Le fibrome peut obstruer l'orifice tubaire : (cas du fibrome interstitiel). Le fibrome sous muqueux peut provoquer des troubles de la nidation.

b-7. Les complications obstétricales

Fibrome et grossesse

- Fibrome et grossesse extra utérine : Cette association est rare. Le fibrome peut provoquer un rétrécissement de l'orifice tubaire par compression et empêche le passage de l'œuf de la trompe à la cavité utérine.
- Fibrome et grossesse intra utérine : Il est maintenant prouvé que la grossesse modifie la texture et le volume du fibrome. Le fibrome augmente de volume, se ramollit, change parfois de forme et de position.

L'œuf risque d'être expulsé prématurément :

L'avortement : lié à un déséquilibre hormonal et une déformation de la cavité utérine

L'accouchement prématuré : anomalie de nidation, déformation de cavité utérine.

-Au cours de la grossesse : le fibromyome donne des présentations irrégulières. Ceux-ci résultent des causes responsables des troubles de l'accommodation et de l'absence de capacité de l'utérus d'augmenter de volume comme l'exige la croissance embryonnaire.

Le fibrome augmente le risque d'hypotrophie fœtale.

Selon **Henrion,** 10 à 20% des présentations seraient anormales : Il s'agit des présentations de siège et des présentations transversales. Le taux de césarienne avoisine 50% .La grossesse entraîne la nécrobiose aseptique et la torsion du fibrome pédiculé. Le pourcentage de métrorragie du 2eme au 3eme trimestre est augmenté par suite d'anomalie d'insertion placentaire, ou par infection d'un fibrome sous muqueux.

-Au cours de l'accouchement :

Le fibromyome peut constituer un obstacle prævia entraînant ainsi une dystocie d'expulsion

Le fibromyome entraîne une dystocie par défaut de contraction.

- Après accouchement (post-partum)

Le fibrome entraîne une inertie utérine.

La délivrance est hémorragique car l'utérus fibromateux se rétracte difficilement.

Il faut surveiller les suites de couches, l'endométrite et les phlébites sont fréquentes.

La mortalité fœtale varie de 6 à 12%.

9) Le traitement du fibrome

a) Buts du traitement

-corriger les troubles occasionnés par le fibrome par la correction de l'hyperœstrogénie relative qui l'accompagne

-faire disparaître le fibrome

-prévenir les complications

b) Le traitement médicamenteux

A l'heure actuelle il n'y a pas de traitement médicamenteux susceptible de faire disparaître les fibromes utérins. Il n'y a aucune indication à recourir à une thérapeutique médicamenteuse en cas de fibromes asymptomatiques. Les 50%

des fibromes sont asymptomatiques et ne doivent faire l'objet d'aucun traitement (PR H. Fernandez hôpital Béclère Clamart).En cas de fibromes symptomatiques les traitements sont toujours de courtes durée (inférieur à 6 mois et visent les symptômes attribués aux fibromes).

b-1. Les moyens et les indications

b-1-1.Le traitement médicamenteux du fibrome en dehors de la période préopératoire

.Les progestatifs : Ils ne réduisent pas le volume des fibromes et n'empêchent pas leur croissance. Ils n'agissent que sur la composante œdémateuse autour du fibrome. Ils sont indiqués pour la prise en charge des pathologies utérines fonctionnelles endométriales associées au fibrome telle l'hyperplasie endométriales responsable du saignement.

.Les antis inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés dans le traitement des ménorragies fonctionnelles.

.L'anti fibrinolytiques : comme l'acide tranexamique sont efficaces sur les métrorragies fonctionnelles et sont prescrits pendant les saignements.

b-1-2.Le traitement médicamenteux pré opératoire

Les antagonistes de la Gn RH : Ils sont actuellement commercialisés avec l'indication (traitement préopératoire des fibromes utérins).Ils entraînent une diminution de la taille de l'utérus et du volume du fibrome, augmente le taux d'hémoglobine préopératoire et diminuent les pertes sanguines préopératoires. La durée du traitement est limitée à trois mois.

b-1-3. Autres traitements médicamenteux

-En cas d'anémie ferriprive une supplementation martiale est recommandée.

-Traitement médicamenteux du saignement aigu du fibrome :

L'acide tranexamique peut également être utilisé en association aux oestrogènes qui sont administrés à forte dose.

- Le traitement de la nécrobiose du fibrome :

La nécrobiose du fibrome survient le plus souvent chez la femme enceinte. Il est recommandé d'administrer des antalgiques, des antis inflammatoires non stéroïdiens en cure courte peuvent être utilisés avant la 24eme semaine d'aménorrhée.

Le fibrome volumineux (>10 cm) asymptomatiques, ils nécessitent une surveillance. Il n'y a pas d'indication à un traitement médicamenteux quelque soit le volume du fibrome.

c) Le traitement chirurgical

c-1. Les Moyens et indications

-Le curetage abrasif de la muqueuse hyperplasique ou l'endometrectomie car ce n'est pas toujours le fibrome lui même qui saigne, mais l'endomètre qui l'accompagne.

-Le bistournage d'un fibrome accouché par le col (anse diathermique).

-La résection endoscopique d'un myome sous muqueux.

-La chirurgie conservatrice : la myomectomie, c'est l'ablation du fibrome. Elle peut se faire par voie abdominale, par cœlioscopie, ou par hystéroscopie. La myomectomie par voie haute est facilitée par la présence d'un plan de clivage, pseudo – capsule, qui conditionne l'énucléation du fibrome. La myomectomie par voie basse s'adresse au myome sous muqueux et aux polypes fibreux endo - cavitaires grâce à la résection transcervicale par Hystéroscopie.

-La chirurgie radicale : l'hystérectomie peut être totale (de préférence) ou subtotale. Une annexectomie peut y être associée. Elle se fera soit par la voie basse soit par la voie haute

-L'embolisation artérielle : c'est une nouvelle technique de radiologie interventionnelle qui est en cours d'évaluation. Elle se fait sous anesthésie péridurale au cours d'une hospitalisation de 2 à 3 jours. Elle consiste à réaliser une nécrose ischémique du myome par obligation des vaisseaux myomateux à l'aide de particules de polyvinyle. Elle peut être proposée pour les myomes

interstitiels de moins de 8cm, entraînant des hémorragies. La réduction du volume est de 50% environ en 6 mois et la disparition des symptômes est obtenue dans 85% des cas. Les auteurs manquent de recul pour apprécier le devenir à long terme des fibromes embolisés et les possibilités de grossesse et d'accouchement chez les femmes jeunes. Des complications graves ont été décrites : nécrose extensive, dissection artérielle, voir décès.

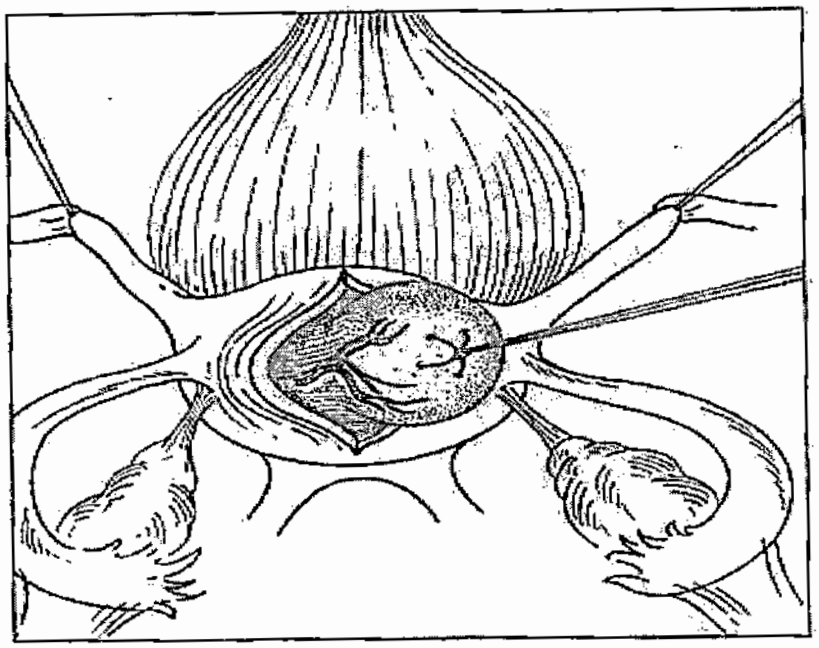


Schéma d'une myomectomie (SAHABI.S, LANTONKPODE.J.C, TEGUETE.I)

III. CADRE ET METHODES D'ETUDE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

Le centre de Santé de Référence de la commune VI a été créé en 1981 comme maternité, puis érigé en Centre de Santé de Référence en 1999, il est l'un des six (6) centres de santé de référence du District de Bamako. Mais le système de référence/évacuation a réellement débuté en 2004. Il est situé dans la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako. La commune VI s'étend sur une superficie de 94 km^2 avec plus de 473847 habitants en 2006, sa densité est de 4,037 habitants au km^2. La commune est limitée à l'Est et au Sud parla commune de Kati ; à l'Ouest par la commune V et au Nord par le fleuve Niger. La commune VI est composée de 10 quartiers dont 6 quartiers urbains et 4 quartiers semi urbains. Chacun de ces quartiers a au moins un CSCOM excepté les quartiers de Sokorodji et de Dianéguéla qui ont en commun un CSCOM.

Dans le cadre de la politique de Décentralisation, en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un Centre de santé de référence dans chaque commune du District. Celui de la commune VI est beaucoup sollicité par les bénéficiaires. Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la grande avenue de Bamako (avenue OUA), mais aussi de son ancienneté par rapport aux autres centres de santé de références à Bamako.

1-1. Organisation du Centre

a. Infrastructures du service

Le service se compose de deux bâtiments:

-Premier bâtiment (bloc opératoire) composé de:

-deux salles d'opération;

-une salle de réveil;

-une salle de préparation pour chirurgien;

-Une salle de consultation pré anesthésique,

- une salle de stérilisation des instruments;

- deux salles d'hospitalisation et deux salles de garde.

▪ Un second bâtiment en étage

Au rez de chaussée on a:

- la maternité composée d'une salle de garde pour sage femme, une salle d'observation, une salle d'accouchement et une salle de repos;
- une unité de consultation prénatale;
- deux salles de consultation pour médecin généraliste;
- une salle de consultation pour médecin chirurgien;
- une unité ORL;
- une unité ophtalmologique;
- une unité odontostomatologie;
- un laboratoire;
- une salle d'injection;
- une salle de pansement;
- une unité PEV;

A l'étage on a:

- un service d'administration comprenant un bureau pour le médecin chef, un secrétariat, une comptabilité et un service d'hygiène;
- une salle de consultation gynécologique;
- une salle de consultation pédiatrique;
- une unité de planning familial (PF);
- une salle de réunion (salle de staff)
- une salle d'enregistrement des naissances;
- des toilettes.

Ailleurs on a:

- une maison pour le gardien;
- deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre;
- des toilettes.

1-2. Le personnel

- Le centre de Santé de référence compte plus de 135 travailleurs et est dirigé par un médecin chef. Les travailleurs sont: des fonctionnaires de l'Etat; des contractuels, des agents de la municipalité et des agents de l'INPS.
- Le personnel se compose de:
- deux médecins gynécologues;
- 4 médecins généralistes;
- 1 médecin chirurgien;
- 12 infirmiers d'Etat;
- 3 techniciens de laboratoire;
- 9 infirmiers de premier cycle et deux infirmières obstétriciennes ;
- 27 sages femmes;
- 4 matrones;
- 2 techniciens spécialisés en soins dentaires;
- 2 techniciens spécialisés en ophtalmologie;
- 2 techniciens spécialisés en ORL;
- 1 technicien spécialisé kinésithérapie;
- 5 techniciens spécialisés en santé publique dont 2 assistants médicaux
- 3 infirmiers Anesthésistes.
- 3 techniciens sanitaires;
- 2 secrétaires dactylographiques;
- 2 gestionnaires;
- 2 comptables;
- 1 agent administratif;
- 2 gardiens;
- 5 chauffeurs;
- 16 aides soignants;
- 9 manœuvres gardiens.

1-3. Fonctionnement du centre

Le Centre de Santé de référence de la commune VI fonctionne de la manière suivante:

- la maternité le laboratoire et le bloc fonctionnent 24h/24h;
- les consultations gynécologiques sont faites les lundis, les mardis
- le dépistage du cancer du col de l'utérus les Mercredis ;
- les séances d'échographies sont effectuées les vendredis;
- les consultations externes médecines tous les jours;
- les consultations pédiatriques sont faites tous les jours ouvrables;
- le programme opératoire s'exécute les mardis et les jeudis;
- les consultations ORL, ophtalmologique, stomatologique, toutes les heures ouvrables.

Le service de garde se compose de:

Deux médecins dont un gynécologue ou un chirurgien et un généraliste;

Trois étudiants en médecine faisant la fonction d'internes;

Une sage femme et son aide;

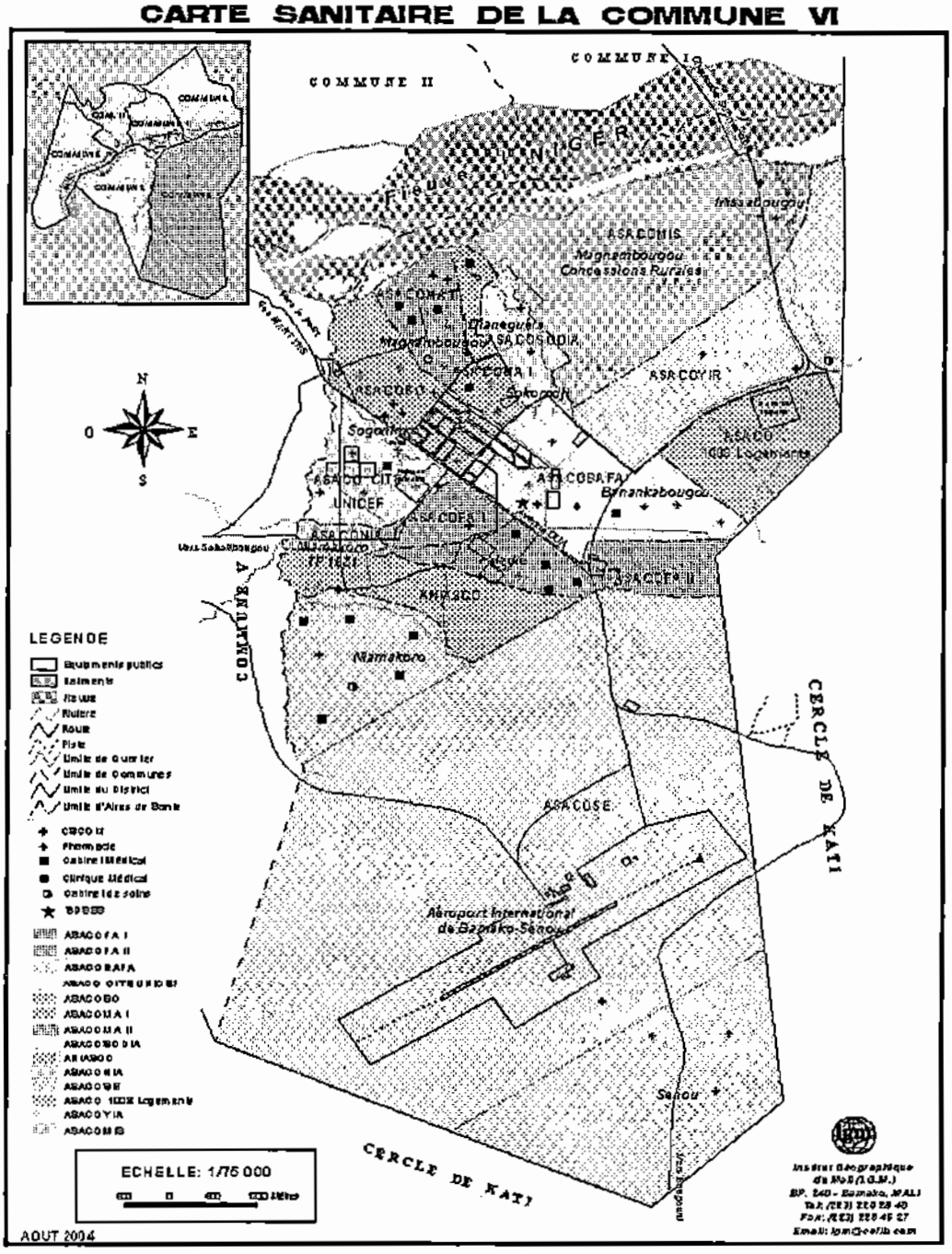
Un assistant médical en anesthésie;

Un assistant médical en instruments ;

Deux manœuvres, qui assurent l'entretien et le transfert des patients d'un pavillon à l'autre.

Un chauffeur pour l'ambulance.

L'équipe dispose de deux tables d'accouchement, un bloc avec deux salles opératoires fonctionnelles pour huit lits, des kits gratuits de césarienne. Elle dispose également d'un kit d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Le kit de médicaments est crée sur fonds propre du centre et est remboursable par les patientes ou par le centre lui-même pour les cas d'indigence.



Source : document monographie actualisée 2006 du CS Réf CVI

2-Le type d'étude : Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective des données

3-période d'étude : Elle s'étend du 1er Janvier 2006 au 31 Decembre2006 soit une durée de 12 mois.

4-Population d'étude : Toutes les femmes admises au CS Réf commune VI dans l'unité de consultation externe ou en salle d'accouchement pendant la période d'étude.

5-Critères d'inclusion : Toutes les patientes venues consulter au CS Réf commune VI et chez qui le diagnostic de fibrome utérin a été posé.

6-critère de non inclusion : Ne sont pas inclus dans notre étude les patientes non porteuses de f fibromes utérins.

7-Echantillonnage :

La taille l'échantillon : Tous les cas de fibromes utérins récencés pendant la période d'étude.

8-Les variables utilisées : L'ethnie, la profession, l'âge le rang matrimonial, la parité, le nombre d'enfant vivant, les ATCD, les signes cliniques actuels, les examens para cliniques, les complications, le traitement.

9-La collecte des données :

. Les supports de données : Le recueil des données est basé sur les registres de consultation gynécologique, d'échographie, le compte rendu opératoire et les carnets CPN selon un protocole préalablement défini et identique pour toute.

. La technique de collecte des données : Pour collecter les données, nous nous sommes servi de l'interview, des examens cliniques et complémentaires et dans certains cas de la laparotomie pour les situations ayant nécessité ce geste.

10 -L'analyse des données : La saisie et l'analyse des données sur le logiciel épi info 2000 versions 3 .3.2

Nous utilisons la moyenne estimée et le khi2 comme tests statistiques.

IV. RESULTATS

1. Fréquence :

Au cours de notre étude nous avons colligé 100 cas de fibrome sur une population de 3784 consultantes durant notre période d'étude soit une fréquence de 2,64%

2. Données sociodémographiques

Répartition selon l'âge

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
23 -35	27	27,0
36 - 40	**42**	**42,0**
41- 45	16	16,0
46-50	12	12,0
≥51	03	03,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon l'ethnie

Tableau II: Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	**27**	**27,0**
Sénoufo	07	7,0
Dogon	07	7,0
Peuhl	21	21,0
Minianka	09	9,0
Soninké	07	7,0
Bobo	02	2,0
Autres	20	20,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon la profession

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	**49**	**49,0**
Fonctionnaire	20	20,0
Couturière	09	09,0
Commerçante	13	13,0
Elève ou étudiante	04	04,0
Teinturière	03	03,0
Autres	02	02,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon le statut matrimonial

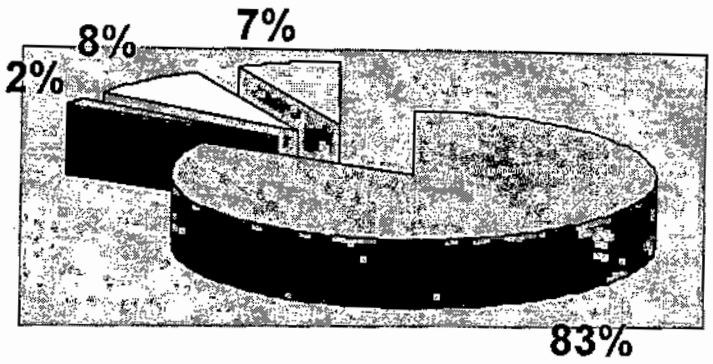


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

3. Antécédents obstétricaux des patientes

Répartition selon la parité

Tableau V: Répartition selon la parité des patientes

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	**29**	**29,0**
Primipare	24	24,0
Pauci pare (2 – 3)	18	18,0
Multipare (4-6)	20	20,0
Grande multipare ≥ 7	09	09,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon les antécédents d'avortement spontané

Tableau VI : Répartition selon les antécédents d'avortement spontané

ATCD d'avortement	Effectif	Pourcentage
1 avortement	13	13,0
2 avortements	07	07,0
3 avortements	11	11,0
≥ 4 avortements	09	09,0
Aucun	**60**	**60,0**
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon l'antécédent de contraception

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'antécédent de contraception

Antécédent de contraception	Effectif	Pourcentage
Contraception	08	08,0
Pas de contraception	**92**	**92,0**
Total	**100**	**100**

4. Aspects cliniques des patientes

Répartition selon le motif de consultation

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Hémorragie rebelle	**39**	**39,0**
Leucorrhée	04	04,0
Algie pelvienne	37	37,0
Masse pelvienne et ou abdominale	15	15,0
Stérilité	03	03,0
Infertilité	02	02,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon le type d'hémorragie

Tableau IX: Répartition des patientes selon le type d'hémorragie

Type d'hémorragie	Effectif	Pourcentage
Ménorragie	**23**	**58,9**
Métrorragie	11	28,2
Méno-métrorragie	05	12,9
Total	**39**	**100,0**

Répartition selon les circonstances de découverte

Tableau X: Répartition des patientes selon les circonstances de découverte

Circonstance de découverte	Effectif	Pourcentage
Fortuite	23	23,0
Symptomatique	**77**	**77,0**
Total	**100**	**100,0**

Répartition le déroulement du cycle menstruel

Tableau XI : Répartition des patientes selon le déroulement du cycle menstruel

Caractère du cycle	Effectif	Pourcentage
Régulier	**50**	**50,0**
Irrégulier	42	42,0
Ménopause	08	08,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon les antécédents médicaux

Tableau X II: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	**07**	**07,0**
Ulcère	03	03,0
Diabète	02	02,0
Asthme	01	01,0
Aucun	87	87,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
GEU	03	03,0
Myomectomie	**05**	**05,0**
Césarienne	04	04,0
Plastie tubaire	03	03,0
Kystectomie ovarienne	02	02,0
Cœlioscopie	01	01,0
Aucun	82	82,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon l'état général

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Obèse	11	11,0
Bon état	**87**	**87,0**
Altéré	02	02,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon la coloration des muqueuses

Tableau XV: Répartition des patientes selon la coloration des muqueuses

Coloration des muqueuses	Effectif	Pourcentage
Colorées	**73**	**73,0**
Légèrement Pâle	25	25,0
Pâleur marquée	02	02,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon la taille de l'utérus à l'examen clinique

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la taille de l'utérus à l'examen clinique

Taille de l'utérus en cm	Effectif	Pourcentage
Normal	01	01,0
8-11	25	25,0
12-15	**34**	**34,0**
16-20	23	23,0
Plus 20	17	17,0
Total	**100**	**100,0**

Répartitiou selon la régularité du contour utérin à l'examen clinique

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la régularité du contour utérin à l'examen clinique

Contour utérin	Effectif	Pourcentage
Régulier	43	43,0
Irrégulier	**57**	**57,0**
Total	**100**	**100,0**

Répartition selou l'état du col à l'exameu au speculum

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'état du col à l'examen au speculum

Examen au speculum	Effectif	Pourcentage
Col sain	**76**	**76,0**
Polype	01	01,0
Ulcération cervicale	23	23,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon les examens complémentaires

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Echographie seul	**72**	**72,0**
Echographie +hystérosalpingographie	27	27,0
Echographie + cœlioscopie	01	01,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon l'état de la cavité utérine à l'HSG

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'état de la cavité utérine à l'HSG

Etat de la cavité	Effectif	Pourcentage
Elargie	**05**	**18,5**
Déviée	02	7,4
Image lacunaire	01	3,7
Sans anomalie	19	70,4
Total	**27**	**100,0**

Répartition selon l'état des trompes à l'HSG

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'état des trompes à l'HSG

Etats des trompes	Effectif	Pourcentage
Hydrosalpinx unilateral	02	7,4
Hydrosalpinx bilateral	01	3,7
0bstruction tubaire	05	18,5
Sans anomalie	**19**	**70,4**
Total	**27**	**100,0**

Répartition selon les segments de l'utérus à l'échographie

Tableau XXII : Répartition des myomes selon le siège de l'utérus à l'échographie

Siège de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Corps	**86**	**86,0**
Isthme	13	13,0
Col	01	01,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon les parois de l'utérus à l'échographie

Tableau XXIII : Répartition des myomes selon les parois de l'utérus à l'échographie

Parois de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Sous muqueux	12	12,0
Interstitiels	**63**	**63,0**
Sous séreux	25	25,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition selon le nombre des myomes à l'échographie

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le nombre des myomes à l'échographie

Nombre des myomes	Effectif	Pourcentage
Unique	36	36,0
Multiple	**64**	**64,0**
Total	**100**	**100,0**

Fibromes et autres associations

Tableau XXV : Fibromes et autres associations

Autres associations	Effectif	Pourcentage
Grossesse extra-utérine	0 2	02,0
Grossesse intra-utérine	10	10,0
Dystrophie ovarienne	05	05,0
Kyste ovarien	06	06,0
Stérilité	**41**	**41,0**
Hydrosalpinx	04	04,0
Anémie	02	02,0
Aucune	30	30,0
Total	**100**	**100,0**

Répartition des selon le terme de la grossesse

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
A terme	**09**	**90,0**
Non à terme	01	10,0
Total	**10**	**100,0**

5. Attitudes Thérapeutiques utilisées

Répartition selon le type de traitement médical/chirurgical

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le type de traitement médical/chirurgical.

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Progestatif	**06**	**06,0**
Myomectomie	23	23,0
Abstention thérapeutique	**36**	**36,0**
Hystérectomie	30	30,0
Bistournage	01	01,0
Utero tonique	04	04,0
Total	**100**	**100,0**

Deux nos patientes ont été transfusées avant l'hystérectomie.

Les anti-inflammatoires et antalgiques étaient souvent associés au traitement progestatif ou avant myomectomie.

Répartition selon l'indication à l'abstention thérapeutique

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'indication à l'abstention thérapeutique

Abstention thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Petits myomes	**21**	**58,3**
pré ménopause	10	27,8
Ménopause	05	13,9
Total	**36**	**100,0**

Répartition des patientes selon l'indication à l'hormonothérapie

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'indication à l'hormonothérapie

Hormonothérapie	Effectif	Pourcentage
Myome hémorragique	**03**	**30,0**
Périménàpause	07	70,0
Total	**10**	**100,0**

Répartition selon l'indication à la myomectomie

Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'indication à la myomectomie

Myomectomie	Effectif	Pourcentage
Stérilité +fibrome	**14**	**60,9**
Fibrome géant	**07**	30,4
Echec du traitement médical	02	8,7
Total	**23**	**100,0**

Répartition selon l'indication à l'hystérectomie

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'indication à l'hystérectomie

Hystérectomie	Effectif	Pourcentage
Ménopause	03	10,0
Fibrome rebelle au traitement médical	11	36,7
Gros utérus polymyomateux	**16**	**53,3**
Total	**30**	**100,0**

Répartition selon le type de traitement chirurgical effectué

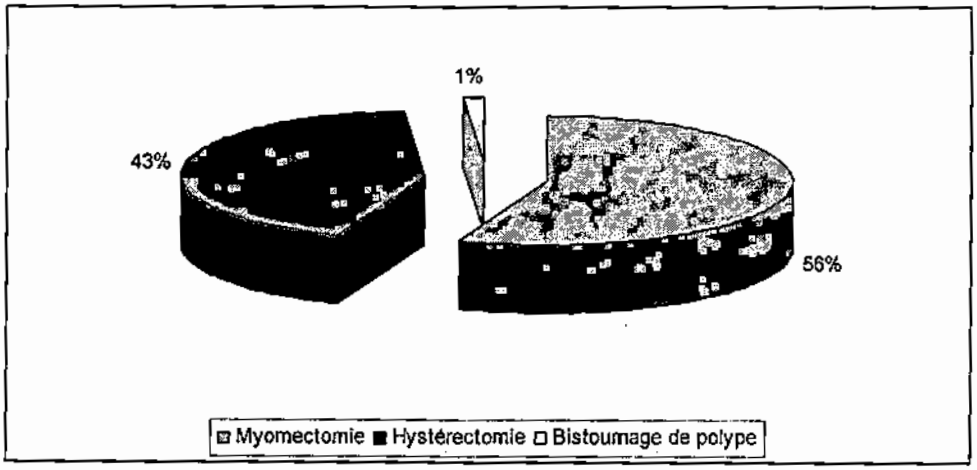


Figure 3 : Répartition selon le type de traitement chirurgical effectué

Répartition selon le statut matrimonial / traitement chirurgical

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon le statut matrimonial / traitement chirurgical

Statut matrimonial/Traitement chirurgical	Mariée		Célibataire		Divorcée		Veuve	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Myomectomie	17	40,5	4	100,0	2	100,0	1	20,0
Hystérectomie	25	59,5	0	0,0	0	0	4	80,0
Total	**42**	**100,0**	**4**	**100,0**	**2**	**100,0**	**5**	**100,0**

$X^2 = 3,79$
Probabilité = 0,3

Répartition selon l'âge / type d'hystérectomie

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon l'âge / type d'hystérectomie

Age/type d'hystérectomie	23-35		36-40		41-50		≥ 51	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Subtotale	03	75,0	07	47,7	01	16,7	00	00,0
Totale avec annexectomie	00	00,0	03	18,7	00	00,0	02	50,0
Totale interannexielle	01	25,0	06	37,5	05	83,3	02	50,0
Totale	**04**	**100,0**	**16**	**100,0**	**06**	**100,0**	**04**	**100,0**

$X^2 = 6,48$
Probabilité = 0,5

Répartition selon la parité / type d'hystérectomie

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la parité / type d'hystérectomie

Parité/type d'hystérectomie	Nullipare		Primipare		Paucipare		Multipare	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Subtotale	04	44,4	01	33,3	05	50,0	01	12,5
Totale avec annexectomie	02	22,2	00	00,0	01	10,0	02	25,0
Totale interannexielle	03	33,3	02	67,7	04	40,0	05	62,5
Totale	**09**	**100,0**	**03**	**100,0**	**10**	**100,0**	**08**	**100,0**

$X^2 = 3,43$
Probabilité = 0,9

Répartition selon la gestité / type d'hystérectomie

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la gestité et le type d'hystérectomie

Parité/type d'hystérectomie	Nulligeste		Primigeste		Paucigeste		Multigeste	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Subtotale	03	42,9	01	17,7	00	00,0	07	50,0
Totale avec annexectomie	01	14,2	03	50,0	01	33,3	00	00,0
Totale interannexielle	03	4293	02	33,3	02	66,7	07	50,0
Totale	07	100,0	06	100,0	03	100,0	14	100,0

$X^2 = 6,45$
Probabilité = 0,3

Répartition selon la voie d'abord chirurgicale

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord chirurgical	Effectif	Pourcentage
Voie vaginale (voie basse)	05	9,3
Voie abdominale (voie haute)	49	90,7
Total	**54**	**100,0**

Répartition selon le poids des myomes

Tableau XXXVIII : Répartition selon le poids des myomes

Poids en gramme	Effectif	Pourcentage
150-599	**18**	**62,1**
600-999	08	27,6
1000-4099	01	03,4
≥ 5000	02	06,9
Total	**29**	**100,0**

Répartition selon la durée d'hospitalisation

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée en jours	Effectif	Pourcentage
2 – 3 jours	14	26,4
4 – 5 jours	**39**	**73,6**
Total	**53**	**100,0**

Le cas de bistournage est mis à l'exeat après une journée d'observation pour vérification de l'hémorragie.

Répartition selon les suites opératoires

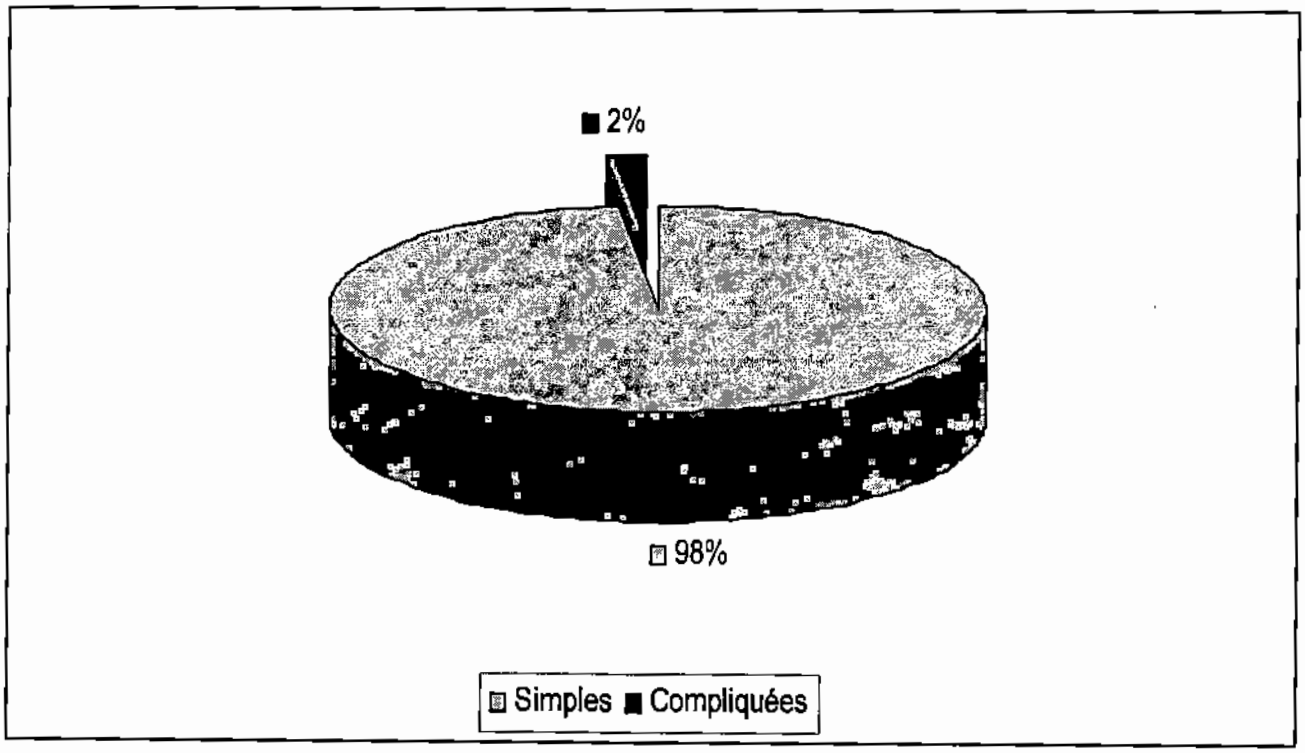


Figure4 : Répartition selon les suites opératoires

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. La Fréquence :

Notre étude a duré 12mois. Pendant cette période nous avons enregistré 3784 consultations gynécologiques dont100cas de fibrome utérin, soit une fréquence de **2,64%**. Selon le docteur Daou Amallé Kéita cette fréquence est de 2/4 au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré [5].

2. Les données sociodémographiques

2.1. L'âge

La plus jeune patiente de notre série avait 23ans, la plus âgée avait 57 ans, l'âge moyen était de 37 ans. Un peu plus de la moitié de nos patientes avaient un âge compris entre 36 et 40 ans soit 42%.

Thiero Daouda dans sa thèse en 2004 au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako avait trouvé 24ans pour la plus jeune âge et 52ans pour la plus âgée avec une moyenne d'âge de 36 ans.

Pour Koutouan J.C dans sa thèse en Côte d'Ivoire le pic de la fréquence d'apparition du fibrome se situait entre 33-44 ans avec une croissance jusqu'aux tranches d'âge de 35-39 ans.

Touré O.D avait trouvé 23 ans pour la plus jeune patiente et 55 ans pour la plus âgée avec une moyenne d'âge de 36 ans

Il n'existe pas de différence entre les données de notre étude et ceux de Koutouan et Thiero, tandis qu'Evans P et Brunsell S avaient trouvé 30% pour les tranches d'âge de 40-60 ans.

Nous constatons l'apparition du fibrome chez les sujets de plus en plus jeunes. Cette situation du fibrome surtout marquée dans la race noire serait liée à la précocité de la puberté.

2.2. L'ethnie

Les bambaras sont majoritaires dans notre étude avec 27% des cas suivis des peulh soit 21%, senoufo et dogon représentent 7%.

Dans la répartition démographique du Mali les bambaras occupent la première place ensuite viennent les peulh, en troisième position les malinké. Ce résultat se traduit par une représentation numérique plus élevée des bambaras.

2.3. La profession et l'état matrimonial

Près de la moitié de nos patientes (49 cas) étaient des ménagères soit 49%, nous avons dénombré 20% de fonctionnaires contre 13% de commerçantes.

La grande majorité de nos patientes étaient des femmes mariées contre seulement 7% de célibataires. Les femmes divorcées et les veuves constituaient respectivement 2 et 3% de notre série.

3. Les antécédents

Notre étude a trouvé un antécédent de :

GEU chez 3% (3cas) de nos patientes, qui peut s'expliquer par des compressions extrinsèques des trompes utérines par fibromes géants et par localisation angulaire.

Myomectomie chez 27,78%(5cas) de nos patientes, ceci explique le risque de récidive des myomes.

Césarienne chez 4% (4cas) de nos patientes et par le fait que le fibrome peut constituer un obstacle préavia.

Touré O D avait trouvé un antécédent de myomectomie chez 13% des patientes et 4% de GEU.

3 .1 La parité

Nous avons dénombré 29% de nullipare contre 30,6% pour Mahbouli S et 11% pour Touré O.D.

24 primipares soit 24% contre 43% à Koutouan, 21% à Touré O.D.

Les multipares constituaient 20% soit 20 cas dans notre série contre 43% pour Koutouan.

Cependant nos taux sont simulaires à ceux des auteurs cités ci-dessus.

La parité moyenne dans notre étude est 2 avec une parité maximale de dix (10), le nombre moyen d'enfant vivant est trois (3), avec un maximum de 7 enfants vivants.

3.2. Les avortements

Aucune patiente dans notre série n'a affirmé le caractère provoqué de son avortement à l'issue de l'interrogatoire. Cependant 40% (40 cas) des patients avaient fait au moins un avortement contre 65% et 29,8% respectivement pour Touré OD et Thiero D

Nous avons recruté 60 patientes qui n'ont jamais fait un avortement.

3.3. L'utilisation d'un contraceptif (oestroprogestatifs)

Seulement 8% des patientes de notre série avaient déjà utilisé un moyen contraceptif, contre 92% qui n'avaient jamais fait de contraception.

Thiero.D avait trouvé 7%. Cependant ces taux ne permettent pas de lier l'étiologie du fibrome aux seuls contraceptifs.

4. Aspects cliniques

4.1. Les motifs de consultations

4. 1. 1. Hémorragies génitales

Dans 39% des cas les patientes consultaient pour une hémorragie génitale dont 58,97% (23cas) de ménorragie et 28,20% de métrorragie.

Mahbouli S avait trouvé 56,6% d'hémorragie génitale, tandis que Thiero D. avait trouvé 32,3% contre 18% retrouvé par Koutouan J.C.

Concernant l'étude du cycle, 50 patientes avaient un cycle régulier soit 54,35% et 42 patientes avaient un cycle irrégulier soit 45,65% et 8% de nos patientes étaient ménopausées.

Touré O.D avait trouvé 74% de patientes avec un cycle régulier, 21% avec un cycle irrégulier et 5% de patientes ménopausées.

Nos résultats ne diffèrent pas de ceux des auteurs suscités, la seule différence est que notre étude a porté sur toutes les femmes porteuses d'au moins un noyau fibromateux quelque soit la période de la vie génitale féminine.

Ces hémorragies peuvent être expliquées par :

- soit une hyperplasie de l'endomètre induit par une hyperoestrogénie ;
- soit une compression du plexus veineux de l'endomètre par le noyau sous muqueux entraînant l'ischémie.

4.1.2. Masse hypogastrique

Dans 15% des cas les patientes ont consulté pour une sensation de masse hypogastrique, ce taux est nettement inférieur à celui retrouvé par Thiero D. qui était de 26,2%. Cette différence s'explique d'une part par la vulgarisation de l'échographie dans les structures de santé et d'autre part par l'accroissement du taux de consultation précoce des patientes à la moindre anomalie.

4.1. 3. Algies pelviennes

Elles représentent le second motif de consultation dans notre série soit 37%. Elles varient de 10,9% pour Thiero à 32% pour Mahbouli S.

Elles peuvent être le reflet de :

- complications mécaniques 5% de nos patientes

- calcifications dans 2% ou de complications liées à la grossesse et à l'accouchement 3%.

- une inflammation : de nombreuses adhérences furent constatées à l'intervention chirurgicale.

Ce sont des signes d'appel extrêmement fréquent, rarement liés au fibrome lui même.

L'hyperoestrogénie conduit à des lésions inflammatoires de l'endomètre comme un syndrome de dysovulation ou d'hyperplasie ou dystrophie pour donner des douleurs intermittentes.

4.1.4. La stérilité

Seulement 3% de nos patientes avaient consulté pour stérilité contre 47% et 15,5% respectivement pour Thiero D et Koutoun JC.

4.2. Examen clinique

Bien effectué, il permet de poser le diagnostic du fibrome utérin à travers les signes fonctionnels et physiques :

4.2.1 L'augmentation de la taille de l'utérus : 34% 34(cas) de nos patientes avaient une taille utérine comprise entre 12-20cm.

L'irrégularité du contour utérin : 57% de nos patientes avaient contour utérin irrégulier.

4.2.2. Au spéculum : Nous avons diagnostiqué au spéculum un cas de polype fibreux ou fibrome accouché par le col soit 1% et 23% d'ulcération cervicale. Thiero .D dans sa thèse avait diagnostiqué cliniquement 59% de cas fibrome dont 5,6% accouchés par le col.

4.2.3. A l'examen général : Seulement 2% des patientes de notre étude avaient un état général altéré et avec une pâleur conjonctivale marquée ,73% de nos patientes avaient des conjonctives bien colorées et 25% légèrement pâles.

4.3. Fibromes et antres associations

4.3.1. La grossesse

4.3.1. a. Fibrome et grossesse extra utérine

Dans notre étude nous avons enregistré deux cas de grossesses extra utérines soit 2% sur un total de douze patientes enceintes. Ce taux est presque identique à celui de Touré O.D qui avait aussi trouvé deux cas de grossesse extra utérine sur un effectif de 100 patientes soit 2% et Youssef A avait trouvé 23 cas de grossesse extra utérine sur 7ans.

Les myomes sous muqueux situés au niveau de la corne utérine peuvent être un obstacle à la migration normale de l'œuf vers la cavité utérine provoquant aussi des grossesses extra utérines sources d'hemoperitoine.

4.3.1. b. Fibrome et grossesse intra utérine

Nous avons colligé 10 cas de grossesses intra-utérines au moment de notre étude, dont un cas d'accouchement prématuré ; 9cas ont évolué normalement jusqu'à terme sans traitement parmi lesquelles trois ont fait des dystocies dynamiques et ont subi la césarienne et un cas d'hémorragie de la délivrance, les

autres ont accouché normalement. Aucun cas de nécrobiose aseptique n'a été collecté dans notre étude.

4.3.2. Kyste ovarien

Koutouan J.C dans sa thèse avait trouvé 12,12% de kyste de l'ovaire contre 6% pour notre étude.

4.3.3. Stérilité

La stérilité avec 41% des cas était la situation morbide la plus associée au fibrome dans notre série. Cette stérilité était soit primaire ou secondaire.

Thiero D. avait trouvé 50% de stérilité contre 10% pour Mahbouli S.

Il n'existe pas de différence significative entre nos taux et ceux des auteurs cités ci-dessus.

Les fibromes sous muqueux seraient pour la majorité des auteurs la cause de stérilité par obstacle mécanique, ou par lésions concomitantes de l'endomètre.

Notre étude trouve 11,86% de myomes sous muqueux contre 6% pour Touré O.D et 37,3% pour Thiero.

Cependant la responsabilité des trompes et des ovaires occupent une place importante, en effet au cours des myomectomies nous avons souvent associés les gestes suivants :

- plasties tubaires
- annexectomie unilatérale.

5. Les examens complémentaires

5.1. Echographie

Moyen de confirmation du fibrome suspecté à l'examen clinique. Cet examen a été réalisé chez toutes nos patientes soit 100% des cas contre 90,9% pour Thiero. D. Elle nous a permis de savoir le siège des myomes.

La répartition des myomes par rapport aux parois de l'utérus avait montré :

. 63% de fibromes interstitiels ou intra muraux

. 25% de fibromes sous séreux

.12% de myomes sous muqueux

La répartition par rapport au siège de l'utérus, nous avons retrouvé 86,45% soit 86cas de myomes corporaux, 11,86% soit 13cas étaient isthmiques soit 13cas et seulement 1,69% soit 1cas étaient situés sur le col utérin.

Thiero D. Trouvait 72,4% de fibromes interstitiels, 37,3% de myomes sous muqueux et 47,4% de fibromes sous séreux.

Pour Touré O.D 26% des fibromes étaient sous séreux, 28% sous muqueux, et 46% de myomes interstitiels.

De toutes ces études il ressort que les myomes intra muraux sont de loin les plus fréquents. Cet état de fait pourrait s'expliquer par l'importance de l'épaisseur de cette tunique de l'utérus par rapport à celui des autres tuniques.

Réalisée l'échographie nous a permis de nous renseignent sur l'état des autres organes. Ainsi nous avons constaté 6cas de kyste d'ovaire ,4cas d'hydrosalpinx, 5cas de dystrophie.

5.2. Hystérosalpingographie

Nous l'avons surtout demandé en complément à l'échographie pour apprécier non seulement l'état des trompes mais aussi celui de la cavité utérine. Cet examen a été réalisé chez 30% de nos patientes. Elle avait été effectuée chez 37,3% des patientes dans l'étude de Thiero D.

L'hystérosalpingographie est indiquée pour apprécier le retentissement des fibromes sous muqueux sur le myomètre c'est à dire dans un contexte de ménometrorragie. Elle recherche une adenomyose associée et /ou des polypes intra cavitaires. Elle a trouvé une cavité utérine élargie chez 18,52% de nos patientes (5cas) et une obstruction tubaire chez 18,52% de nos patientes (5cas).

Dans notre étude toutes les hystérosalpingographies ont été demandées dans un contexte d'infécondité.

5.3. La cœlioscopie

La cœlioscopie a été réalisé chez 1% de nos patientes (1cas) et le diagnostic de fibrome sous séreux sessile a été posé. Thiero.D dans sa thèse avait réalisé 100cas de cœlioscopie soit 20,2%.Touré OD avait réalisé la cœlioscopie chez

8% de ses patientes. Réalisée elles nous enseignent sur l'état des trompes, des ovaires, et les organes du pelvis.

5.4. L'IVA/ IVL et le FCV

Ces examens ont été demandés à la recherche de col suspect de cancer du col de l'utérus avant de décider toute hystérectomie, car une fois diagnostiqué il peut influencer sur le traitement (choix du traitement). Ainsi 51% des cas de dépistage ont été réalisé au cours de notre étude, mais aucun cas de cancer du col utérin n'a été dépisté.

5.5. Les autres examens complémentaires

La numération formule sanguine, la créatinémie, la glycémie, Temps de saignement, Temps coagulation et l'UIV ont été demandés pour évaluer l'état hémodynamique des patientes et dans le cadre du bilan préopératoire pour les patientes qui ont subit l'intervention chirurgicale.

6. Anatomopathologie

6.1. Le nombre de myome

Dans notre série d'étude le nombre de noyau variait de 1 à 15 ainsi nous avons enlevé au total 71 noyaux chez 24 patientes qui ont subit la myomectomie soit une moyenne de 3 noyaux par patientes. Les myomes étaient solitaires dans 10,37% des cas, 89,63% étaient multiples.

Thiero D. avait trouvé 8,5% de noyaux solitaires et 95,5% d'utérus polyfibromateux.

6.2. Le siège du myome sur l'utérus

6.2. a. Les myomes corporels

Ils sont de loin les plus fréquents soit 86,45% dans notre série. Thiero D. avait trouvé 84,5%, Koutouan J.C 82% et Touré O.D était à 94%. Nos résultats sont simulaires à ceux deS auteurs sus cités.

Par compression extrinsèque des trompes, ces myomes peuvent être responsables de stérilité.

Ils peuvent aussi être causes d'urgence gynéco obstétricale d'une part par la torsion si le myome est pédiculé et d'autre part en constituant un obstacle à la migration normale de l'œuf vers la cavité utérine entraînant ainsi une grossesse extra-utérine (myome sous muqueux siégeant au niveau de la corne utérine).

6.2. a. Les myomes isthmiques

Nous avons retrouvé des myomes isthmiques dans 11,86% des cas, Touré O.D colligé 10 cas de myomes isthmiques et 7 myomes intra ligamentaires avec risque de compression de l'uretère.

6.2. c. Myomes cervicaux

Nous avons recensé un seul cas dans notre série soit 1%, c'était un myome solitaire pédiculé accouché par le col. Thiero .D avait trouvé 5,6% de fibrome accouché par le col.

6.3. Siège du myome par rapport aux parois de l'utérus

- Nous avons relevé 12% de myomes sous muqueux dont un seul accouché par le col
- 25,12% des myomes étaient sous séreux contre 47,35% dans l'étude de Thiero D.
- la majorité des myomes était de siège intra mural, 62,72% des noyaux étaient de siège interstitiel dans notre étude.

Thiero D avait trouvé 72,4% de myomes interstitiels contre 77% pour Touré O.D.

7. Le traitement du fibrome

Pathologie fréquente, mais bénigne le fibrome gène plus qu'il n'inquiète. L'abstention est l'idéal thérapeutique. Cependant devant des troubles associés, des solutions allant du traitement hormonal à l'intervention chirurgicale peuvent s'imposer.

7.1. L'abstention thérapeutique

Dans notre étude nous avons observé **contre 63 cccccccc** l'abstention thérapeutique chez 36% des patientes. Il s'agit de fibromes asymptomatiques

dont la découverte était fortuite à l'échographie supplémentée par l'hystérosalpingographie pour apprécier l'aspect de la cavité utérine et l'état des trompes.

Les auteurs sont unanimes que :

- en cas d'abstention il faut être sûr du diagnostic
- être sûr qu'il n'y a pas de myomes intra cavitaires
- revoir la patiente une fois par an pour surveillance.

Touré O.D et Thiero ont effectué des études rétrospectives par exploitation des anciens supports.

Ces études concernaient surtout les cas de myomes qui ont fait l'objet de prise en charge médical et/ou chirurgicale

7.2. Le traitement médical

Au total 10% de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical exclusif à base de :

- **Progestatifs** ont été instauré 7% de nos patients.

Ils ne sont pas exactement indiqués dans le traitement du fibrome, mais des troubles qu'il engendre ou qui l'accompagne ; surtout en cas de myome hémorragique ou en péri ménopause.

Analogues de LH-RH

En préopératoire les fibromes volumineux peuvent bénéficier d'un traitement par les analogues de LH-RH qui stabilisent la taille du fibrome.

Les antibiotiques, les antalgiques et anti-inflammatoires étaient prescrits dans certains cas.

A noter que dans cette étude il nous a été difficile d'établir le résultat de ce traitement médical car la plupart de nos patientes ne revenaient que lorsqu'il y a des complications, aussi la courte durée de cette enquête ne permettait pas une bonne évaluation et le coût du médicament constituait un frein à la prescription de certains produits.

7.3. Le traitement chirurgical

La majorité de nos patientes ont subit un traitement chirurgical soit 54% de l'effectif total.

Dans les indications de traitement chirurgical nous avons pris en compte :

- l'âge de la patiente
- son désir ou non de grossesse
- la taille, la localisation et le nombre de myomes
- l'importance et la maîtrise de l'hémorragie génitale.

7.3.1. Le bistournage : Le bistournage d'un polype accouché par le col a été effectué chez 1,85% de nos patientes. Cependant aucun cas de curetage hémostatique n'a été pratiqué dans notre étude.

7.3.2. La chirurgie conservatrice : la myomectomie ou la poly myomectomie

Traitement chirurgical pour préserver la fertilité, elle a été effectuée chez 42,60% de nos malades.

Thiero D. avait effectué 40% de myomectomie ou polymyomectomie, Mahbouli S. avait trouvé .les mêmes pourcentages en Tunis sur 4ans.

Dans notre étude, elle a concerné surtout les patientes jeunes dans les cas de fibrome et stérilité 60,83% (14cas), fibrome géant 30,43% (7 cas) échec traitement médical 8,7% (2cas).

7.3.3. La chirurgie radicale : L'hystérectomie totale ou subtotale

Sur un effectif total de 54 patientes ayant subit un traitement chirurgical, l'hystérectomie constituait 55,55%.

. L'hystérectomie totale avec 63,34% (19 cas) était le type d'hystérectomie le plus pratiqué ; elle a surtout concerné les patientes opérées dans notre série dont l'âge est supérieur à 40ans.

Elle épargne la patiente des pathologies qui pourront se greffer sur le moignon cervical restant.

L'annexectomie unilatérale ou bilatérale était associée à l'hystérectomie totale dans 16,66% des patientes (5cas) devant toute pathologie quelconque l'ovaire ou de la trompe (kyste, dystrophie ovarienne, hydrosalpinx).

Elle était interannexielle dans 46,68% des patientes (14 cas) cela permet une conservation de la fonction ovarienne. Cela a surtout concerné les grandes multi gestes et les paucipares.

. L'hystérectomie subtotale interannexielle a été effectuée chez 36,66% des patientes (11cas) de notre série. Cette population était surtout constituée des patientes en activité génitale avec col sain après examen IVA/IVL ou le FCV.

Bambara M. à Bobo-Dioulasso avait trouvé 40,8% d'hystérectomie avec annexectomie, 25,2% d'hystérectomie subtotale. Dans l'étude de Mahbouli à l'hôpital militaire de Tunis sur 219 patientes opérées pour fibromes utérins, 125 ont subi l'hystérectomie soit 70,4% ; Mitsingou au Congo avait effectué 86% cas d'hystérectomie pour fibrome utérin.

Dans notre série les patientes, qui ont subi l'hystérectomie avaient environ 40ans soit 85,70% avec un volume utérin important et les cas de fibromes hémorragiques rebelles au traitement médical.

Les différences constatées entre ces taux pourraient s'expliquer par les différentes indications de ces interventions chirurgicales.

-Le poids moyen des myomes était de 450grammes avec des extrêmes de200 et 10300grmmes.

7.3.4. La voie d'abord : Dans notre série 9,26% (5cas) de nos interventions ont été réalisé par voie vaginale (voie basse) avec un cas de bistournage, 90, 74% (49 cas) par voie abdominale (voie haute) dont 26cas d'hystérectomie.

8. Les suites opératoires

Nous nous sommes intéressés aux suites comprises entre l'intervalle de temps allant de la sortie du malade à 45 jours après l'hospitalisation ou la patiente bénéficiera de sa première consultation post opératoire. Ainsi nous avons décelé :

- un cas d'allergie cutanée au sparadrap : des lésions vésiculeuses autours de la plaie opératoire sur toute la surface occupée par le sparadrap chez une patiente dé pigmentée par l'usage des corticoïdes sur la peau.

- un cas perdu de vue, qui n'est plus revenu après exeat.

Cependant 98% de nos patientes avaient une suite opératoire simple

9. Examens anatomopathologiques

Toutes les pièces opératoires ont été prélevées pour un examen anatomopathologique. Le coût de cet examen et le délai de récupération des résultats ont fait que nous ne disposons pas des données suffisantes dans cette étude.

CONCLUSION

Nous avons mené une étude transversale portant sur le fibrome utérin du 1er janvier au 31Décembre 2006 au CSRéf CVI. Au terme de notre étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Le fibrome utérin est une pathologie fréquente dans nos contrées. Le pic de fréquence se situe entre 36-40 ans dans notre série, avec des extrêmes de 23-57 ans. La nulliparité avec 29% des cas demeure un facteur de risque.

Les principaux motifs de consultations restent dominés par l'hémorragie génitale, les douleurs pelviennes et la sensation de masse abdomino-pelvienne. Cette dernière atteste d'une part le retard à la consultation, et d'autre part le nombre élevé d'interventions chirurgicales dans notre série.

Cependant 41% des patientes porteuses de fibrome présentaient une stérilité.
En effet ces différents facteurs génèrent des difficultés opératoires et contraignent souvent à l'hystérectomie chez des malades relativement jeunes et qui désirent des enfants.
Ainsi, le fibrome utérin étant une maladie fréquente dans notre sous région, l'accent doit être mis sur son diagnostic précoce.

Recommandations

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit des autorités

- Mise en place des structures sanitaires dotées des moyens adéquats avec un personnel qualifie bien réparti sur l'ensemble du territoire afin de permettre le diagnostic et le traitement à temps des fibromes diagnostiqués.
- Initier des projets de recherche fondamentale sur le fibrome utérin afin de mieux préciser sa pathogénie et pouvoir faire efficacement sa prévention.

Aux personnels socio sanitaires

- Recherche systématiquement cette tumeur bénigne de l'utérus chez toute femme venant consulter.
- Faire également le dépistage systématique du cancer du col de l'utérin par la technique IVA/IVL.
- Inciter les populations aux consultations gynécologiques systématiques par une éducation sanitaire appropriée

A la population

- Fréquenter les centres de santé.
-Toute hémorragie génitale en dehors des règles doit faire l'objet de consultation gynécologique.

ANNEXE

LES REFERENCES

1. Aranha.Ag

Treatment of utérine fibroma

Med cir farm-vol.293, 1989, page1596-68.

2. Bambara.M, Yaro.S, Ouattara.S, Ouattara.H etColl

Les hystérectomies dans une maternité de référence en milieux africain. A propos de 385 cas au CHNSS de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso Méd.Afr.Noire2007-54(7) :402-404

3. Blanc.B, Cravallo.L, Dercole.C, Roger.V, Porcug, Sureau.C : Place de la résection endo-uterine par voie hystéroscopique dans le traitement des fibromes sous muqueux hémorragiques en période perimenopausique.Discusion : hystéroscopique treatment of utérine fibroma.Bull.Acad.Natl.méd-ISSN0001-4079codenBANMAC1997 ; vol.181, n°4, pp.651-(17ref.)

4. Bruek.J: Management options for uterine fibroid tumors.Am fam. physician 2007 May; 15 75(10):1503-8.

5. Daou Amalle Kéita ;Gynécologue à l'hopital gabriel Touré : Fibrome utérin ce mal se répand en silence.

www Essor gov fr. Essor n°15854 du 19/12/2006.

6. Dubuisson J.B., Charpon.C: Uterine fibroma; Diagnosis; development treatment.

Rev prat-vol.46, Issue1, Jan 1996, pages107-12.

7. Evans, Brunsell.S: Uterine fibroid tumors: diagnosis ant treatment Am fam physician; May15, 75(10):142-3.

8. Fiscellak, Eisinger.S .H, Meldruns, Frenq.C, and all

Effet of mifepristone for symptomatic leiomyomota quality of life and uterine size: a randomized controlled trial.

9. Hassiakos.D,Christopoulos.P,Vitoratos.N,Xarchou, Lakoue and all:

Myomectomy du ring caesarean section safe procedure?

A nnNY acad sci.2006 Dec; 1092:408-13.

10. Jacobson.G, Shaber.R, Armstrong.M, Hungy.Y

Changes and rates of hysterectomy and uterine conserving .Procedures for treatment of uterine leiomyoma A m I obstet Gyn-2007 Jun196 (6):601:1-6 Discusion60%è 5-7

11. Jashnani.K, Agrawal.V, Naik.LP

Metastasis of breast lobular carcinoma cervical leiomyoma

Indian J path microbiobial 2007 Apr; 50(02):378-9.

12. Konin.Ckx, Philiper

Hysterectomy: prevalence and indication

www.Gyn gurgery.org.

Date accès: 23 Sep 2007

13. Koutouan .J.C

Contribution à l'étude du fibrome utérin à propos de 515 cas observes au CHU de Cocody (Abidjan) du 1er janvier au 1er mars 1985 .These med: Abidjan: 1985, 130p: N°662.

14. Lansac.J, Lecompte.P : Gynécologie pour le praticien

2ème edit.Nov 1988 488p.

15. Lazaro.VN, Lazaro.VL

Giant uterus myoma patient of 84 years old. Case report in discussion.

A krush Ginekol (Sofia).2007; 46(01):48-9Bulgarian.

16. Learnan.LA, Kuppermann.M, Gates.E, Gregorich.SE and all Predictors of hysterectomy in women with common Pelvis problems: a uterine survival analysis.

I am call surq.2007, Apr; 204(04): 633-41. Epub 2007 Feb 23.

17. Mahbouli.S, Messaoudi.Y, Chandoul.Y, Zayen.E and Coll:

Prise en charge des fibromes utérins à propos de 219cas Tunis .Med 2001 ; vol.79, n°10, p 5156-20 (22 ref.)

18. Manchanat , Sirisabya.N,Triratanachats,Nirutisards and all

Pyomyoma in perimenopausol woman with intra uterine device.

Gynécol. Obstet invest.2007; 63 (03): 170-2.epub 2006 Nov23.

19. Marcotte.B, Novellas.S, Buratti.MS, Caramellat and all torsion of a uterine leiomyoma:MRI features.

Clin imaging.2007 sep-Oct; 31 (5): 360 -2.

20. Merger.R, Levis.J, Melchior.R:

Précis d'obstétrique 6ème edition.Masson 1995; 597p.

21. Ortilga, Poyatog.JM, Sanchez.SE, Moyano, Calvo.JL and all Bladder leiomyoma: Diagnosis by imaging

Bref ESP 2002 Jan –Feb; (1) 79 81.

22. Parker.WH: Etioly, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas.

Fertil steril.2007 Apr; 87(4): 725-36.review

23. Pierre Kamina : Anatomie Gynécologie et obstétricale.3eme édit.

24. Polite.I, Onwuhafu.A

Fibroma of the vulva: report of case

Tropical journal of obstetrics and gynecology: 2001; 18 (02): 93-94.

25. Rongieres.JC: Epidemiology of uterine fibroma: risk factors and frequency, impact on public heath.

J. gynecol obstet biol reprod Paris –vol .28; ISSUE 7 Nov .1999 pages 701-6.

26. Schmid, Behama, Kratochvil.P

Hematopoesis in a degenerating uterine leiomyoma

Arch gynecol obst-1990; 248 (02): 81 -6.

27. Sciannameo.F, Madamig, Madamic, Delsol.A and all

Torsion of uterine fibroma associated with incarcerated inguinal herma in pregnancy

- Case report.

Mineria gynecol –vol. 48; ISSUE 11; Nov1996; pages 501-

28. Thiero.D: A propos de 496 cas de fibromes utérins au C S Réf de la commune V (Bamako) Thèse Med .Bamako : 2004, 96 p, n°32.

29. Touré.O.D : A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital national du point G (Bamako).Thèse Med. 1992, 109p n°12.

30. Varelas.FK, Papanicoulaou.AN, Vavat, Si-christaki, Makedos.GA and all

The effet of anastrazole on symptomatic uterine leiomyomata.

Obstet Gynécol. 2007 Sep; 110(03):643 -9.

31. Www. Answers. Cm/topic/uterinefibroids-57 k

Uterines fibroids

Date d'accès: 23 Sep 2007

32. Www. docteur – benchimol. Com/fibrome-uterin.html.

Fibrome utérin

Date d'accès: 23 Sep 2007

33. Yoon.HJ, Kyunq.MS, Junq.US, CHOI.JS

Laparoscopic myomectomy for large myomas.

J Korean Med. SCI.2007 Aug; 22 (04):706-12.

34. Youssef.A, Benaissian, Gara.MF

Association fibrome utérin et grossesse : à propos de 23 cas : association fibromyoma and pregnancy

Tunis Med 2005, vol .83, n°4, P 194-197.

35. Zamurovic.M, Stanojevic.D, Srbinovic.P, Cerovic.M and all

Myomectomy by vaginal route

Acta chir yugos

.2006; 53 (01): 83-6 Serbian.

Fiche signalétique

Nom : SANOGO

Prénom : Souleymane

Titre : Fibrome utérin : aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques au centre de santé référence de la commune VI de Bamako du 1er Janvier au 31décembre 2006.

Aunée universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé

Objectif : Contribuer à l'étude du fibrome utérin dans ses aspects cliniques, épidémiologiques et modalités de prise en charge au C S Réf VI.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective des données portant sur le fibrome utérin dans ses aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques au CS Réf de la commune VI de Bamako ; concernant 100cas. Le recrutement a été fait pendant 12mois : du 1er janvier 31 Décembre 2006.

Il découle de cette étude que la fréquence du fibrome chez nos consultantes est de l'ordre de 2,64%.L'hémorragie génitale représente le premier motif de consultation soit 39% (39 cas) suivi de l'algie pelvienne 37%.(37 cas)

Nous notons que la moyenne d'âge se situe entre 36-40ans .La plus jeune patiente de notre série avait 23 ans .La moyenne d'âge est de 37ans.

Les nullipares avec 29% de cas étaient les plus représentées dans notre étude.

La stérilité représentée à 41% était la situation morbide la plus associée au fibrome.

L'association fibrome et grossesse génère des complications à savoir la dystocie dynamique 3% des cas soit (cas) dans notre série.

Le traitement du fibrome est motivé par des symptômes qu'il engendre. C'est ainsi que nous avons effectué 54% de traitement chirurgical dont 30%d'hystérectomie, 11% subtotale et 19% totale. Dans 24% des cas le traitement était conservateur par la myomectomie.

Mots clés : Fibrome, noyau, utérus, grossesse, stérilité.

Myome pédicule tordu accouché par le col. Poids : 250grammes
CS Réf CVI

Hystérectomie nulligeste (utérus polymyomateux) Poids : 1500grammes

CS Réf CVI

Myome sous séreux pédiculé Poids : 2257grammes

C S Réf CVI

Hystérectomie multipare (utérus polymyomateux) Poids : 1108 grammes

CS Réf CVI

FICHE D'ENQUETE

N°DU DOSSIER : _____

IDENTITITE DE LA PATIENTE

Nom : _____ Prénom : _____ Q_1 Age : _____

Adresse : _____ N° de Tél : _____

Q_2 Ethnie ☐ 1 Bambara 2 senoufo 3 Dogon 4 Peulh 5 Miniaka 6 Soninké 7 Bobo

8 Autres (à préciser) _____

Q_3 Profession ☐ 1 Ménagère 2 Fonctionnaire 3 Couturière 4 Commerçante

5 Elève ou étudiante 6 Teinturière 7 Couturière

8 Autres à préciser

Q_4 Statut matrimonial ☐

1 Mariée 2 Célibataire 3 Divorcée 4 Veuve

Q_5 Motif de consultation ☐

1 Hémorragie 2 Métrorragie 3 = 1+2 4 Leucorrhée 5 Pyorrhée 6 Masse pelvienne

7 Masse abdominale, 8 = 6 + 7, 9 = 2 + 6, 10 = 2 + 8

11 Autres (à préciser) _____

Q_6 Circonstance de découverte ☐

1 = Fortuite 2 = Par suite de plaintes

Q_7 Signes d'accompagnement ☐

1 Pollakiurie 2 Incontinence urinaire 3 = Troubles rectaux

4 Autres (à préciser) _____

ANTECEDENTS

Gynécologiques :

Q_8 Age de la menarche ☐

Q_9 DDR (Si grossesse préciser le terme en SA) _____

Q_{10} Caractéristiques du cycle ☐ 1 = Régulier 2 = Irrégulier

Q_{11} Durée de règle ☐ 1 = ≤ 2 jours 2 = 3 – 4 jours 3 = 5 – 6 jours 4 = ≥ 7 jours

Q_{12} Infection génitale ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui préciser _____

Q_{13} Ménopausée ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui depuis combien d'année _____

Q_{14} Contraception ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui type et durée _____

Obstétricaux :

Q_{15} Gestité = ☐

Q_{16} Parité = ☐

Q_{17} Nombre d'EV = ☐ Q_{18} Nombre d'avortement = ☐

Q_{19} Chirurgicaux ☐ 1 = Myomectomie 2 = Césarienne 3 Salpingectomie 4 = Kystectomie 5 = Appendicectomie 6 Autres (à préciser) _____

Q_{20} Médicaux ☐ 1 = HTA 2 = Diabète 3 = Ulcère gastrique 4 = Asthme 5 = Autres (à préciser) _____

Q_{21} Familiaux ☐ 1 = Cancer du sein 2 = Cancer du col 3 = HTA 4 = Diabète 5 = Autres (à préciser) _____

EXAMEN CLINIQUE

Q_{22} Etat général ☐ 1 = Bon 2 = Passable 3 = Altéré

Q_{23} TA en mm Hg _____ Q_{24} T°C _____ Q_{25} Poids en kg _____

Q_{26} Conjonctives ☐ 1 = Bien colorées 2 = Ictérique 3 = Pâle 4 = Moyennement colorées 5 = 2 + 3

Q_{27} Seins ☐ 1 = Normaux 2 = Ecoulements pathologiques 3 Nodulaire 4 = Autres (à préciser) _____

Q_{28} Présence de masse ☐ 1 = Pelvienne 2 = Abdominale 3 = 1 + 2 4 = Autres (à préciser) _____

Q_{29} Examen spéculum ☐ 1 = Normal 2 = Leucorrhée 3 = Saignement endo utérine 4 = Polype accouché par le col 5 = Cervicite 6 = Autres (à préciser) _____

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q_{30} Echographie pelvienne et/ou abdominale ☐ 1 = Oui 2 = Non

Q_{31} Si oui nombre total de noyaux _____

Q_{32} Nombre et topographie par rapport aux tuniques (interstitiel.... sous muqueuse....sous séreux .....) _____

Q_{33} Autres lésions que le myome ☐ 1 = Oui 2 = Non

Q_{34} Si oui préciser _____

Q_{35} Hémogramme ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui taux d'Hb = Tx Gb = Tx HT = Tx Plq =

Q_{36} HSG ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui résultat _____

Q_{37} Autres examens paracliniques ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui résultat _____

Q_{38} Fibrome et autres associations ☐

1 = Grossesse 2 = K.O 3 = Stérilité 4 = Endométrite 5 Aucune

6 = Autres (à préciser) _____

COMPLICATIONS

Q_{39} Mécaniques ☐ 1 Torsion 2 = Occlusion intestinale 3 = Inondation péritonéale

4 = Autres (à préciser) _____

Q_{40} Défervescence ☐ 1 = Calcification (bénigne) 2 = Sarcome (maligne)

Q_{41} Grossesse et SDC ☐ 1 = Nécrobiose aseptique 2 = Torsion 3 = Hypertrophie

4 =Avortement, 5= PP, 6= Présentation vicieuse, 7= Anémie, 8= Hémorragie de la délivrance

9 = Infection, 10 = Thrombo embolique, 11 Autres (à préciser) _____

TRAITEMENT

Q_{42} Abstention thérapeutique ☐ 1 = Oui 2 = Non

Q_{43} Médical ☐ 1 = Oui 2 = Non

Si oui préciser _____ (produit, dose, durée)

Q_{44} Myomectomie ☐ 1 = Oui 2 = Non

Q_{45} Si oui nombre de noyaux ☐

1 = ≤ 2 noyaux 2 = 3 – 5 noyaux 3 = 6 – 8 noyaux 4 = > 8 noyaux

Q_{46} Effraction de la cavité ☐ 1 = Oui 2 = Non

Q_{47} Poids des noyaux en gramme _____

Q_{48} Nombre noyaux interstitiels _____

Q_{49} Nombre de noyaux sous séreux _____

Q_{50} Nombre de noyaux sous muqueux _____

Q_{51} Noyaux corporaux _____

Q_{52} Noyaux isthmique _____

Q_{53} Noyaux cervicaux _____

Q_{54} Hystérectomie ☐ 1 = Subtotale avec annexectomie 2 =Subtotale interannexielle

3 = Totale avec annexectomie 4 Totale interannexielle

Q_{55} Poids de la pièce opératoire _____

Q_{56} Bistournage de polype ☐ 1 = Oui 2 = Non

Q_{57} Durée hospitalisation .....

Q_{58} Suites opératoires ☐ 1 = Simple 2 = Compliqué 3 = Décès de la patiente

Q_{59} Examen anapath ☐ 1 = Oui 2 = Non Q_{60} Si oui résultat _____

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur, et de probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni de favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.