

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Université de Bamako

Un Peuple - Un But - Une Foi

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Myome utérin

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005 - 2006

N°.....

au centre de santé de référence de la
THESE
commune IV a propos de 108 cas

Présentée et soutenue publiquement le...../.../2006
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

M. Drissa OUATTARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président du jury : Pr. Sambou SOUMARE
Membre du jury : Dr. Zimogo Zié SANOGO
Co-directeur de thèse : Dr. Moustapha TOURE
Directeur de thèse : Pr. Djibril SANGARE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO -
STOMATOLOGIE

Myome utérin au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 108 cas

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 – 2006

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : **M^{me} COULIBALY FATOUMATA TALL** –

CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA

M. Bocar SALL

M. Souleymane SANGARE

M. Yaya FOFANA

M. Mamadou L. TRAORE

M. Balla COULIBALY

M. Mamadou DEMBELE

M. Mamadou KOUMARE

M. Mohamed TOURE

M. Ali Nouhoum DIALLO

M. Aly GUINDO

Ophthalmologie

Orthopédie–Traumatologie–
Secourisme

Pneumo–phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro–Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE RT SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE

M. Sambou SOUMARE

M. Abdou Alassane TOURE

M. Kalilou OUATTARA

M. Amadou DOLO

M. Alhousseini Ag MOHAMED

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie–Traumatologie, **Chef de D.E.R.**

Urologie

Gynéco–Obstétrique

O.R.L.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO

M. Djibril SANGARE

M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

M. Abdoulaye DIALLO

M. Gangaly DIALLO

Ophthalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Anesthésie – Réanimation

Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

M ^{me} SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
M. Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

M ^{me} DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
M. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
M. Sadio YENA	Chirurgie Générale et Thoracique
M. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
M. Issa DIARRA	Gynéco - Obstétrique
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	O.R.L
M ^{me} TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M ^{me} Diénéba DOUMBIA	Anesthésie -Réanimation
M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
M. Sékou SIDIBE	Orthopédie - Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	Orthopédie - Traumatologie
M ^{me} TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
M. Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
M. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	Orthopédie - Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Niani MOUNKORO	Gynécologie - Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Mohamed KEITA	O.R.L

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
M. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
M. Amadou DIALLO	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Amadou TOURE	Histoembryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Bakary M. CISSE	Biochimie
M. Abdourahamane.S MAIGA	Parasitologie
M. Adama DIARRA	Physiologie
M. Mamadou KONE	Physiologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	Entomologie Médicale
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
M. Amagana DOLO	Parasitologie
M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie – Virologie
M. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique

5. ASSISTANTS

M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	Parasitologie
M. Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Moctar DIALLO	Biologie – Parasitologie
M. Boubacar TRAORE	Immunologie
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.

M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Hépto-Gastro –Entérologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
M. Mamady KANE	Radiologie
M ^{me} Tatiana KEITA	Pédiatrie
M ^{me} TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	Radiologie
M ^{me} SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M ^{me} Habibatou DIAWARA	Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANAGO	Gastro-Entérologie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
M ^{me} DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANT

M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

M. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
--------------------	--------------------

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
M. Drissa DIALLO	Matières Médicales
M. Alou KEITA	Galénique
M. Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
M. Yaya KANE	Galénique

5. ASSISTANTS

M ^{me} Rokia SANOGO	Pharmacognosie Législation
M. Saïbou MAIGA	
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
---------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

M. Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

M. Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	Santé Publique
M. Adama DIAWARA	Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
M. Massambou SACKO	Santé Publique

M. Alassane A. DICKO

Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP

Anthropologie Médicale

M. Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

M. Oumar THIERO

Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA

Botanique

M. Bouba DIARRA

Bactériologie

M. Salikou SANOGO

Physique

M. Boubacar KANTE

Galénique

M. Souleymane GUINDO

Gestion

M^{me} DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

M. Modibo DIARRA

Nutrition

M^{me} MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du milieu

M. Mahamadou TRAORE

Génétique

M. Yaya COULIBALY

Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA

Bromatologie

Pr. Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr. Eric PICHARD

Pathologie Infectieuse

Pr. Mounirou CISSE

Hydrologie

Pr. Amadou Papa DIOP

Biochimie

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Je dédie cette thèse :

A Dieu le tout puissant :

" L'éternel est mon berger et je ne manquerai de rien ". Merci de m'avoir donné les moyens nécessaires pour réaliser ce modeste travail.

A mon père OUATTARA Soungalo :

Voilà enfin le jour que tu as attendu avec beaucoup de patience. Ce travail est l'aboutissement de tous les sacrifices que tu as endurés pour moi. Qu'Allah le miséricordieux te garantisse encore longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

A ma mère feu Fatoumata TRAORE :

Arrachée très tôt à notre plus grande affection, tu es pourtant restée dans nos cœurs comme si tu étais toujours à nos côtés. Tu incarnes pour nous l'affection pure, naturelle, de mère dévouée, courageuse et tolérante.

Nous ne saurions oublier cette chaleur maternelle et les mots nous manquent aujourd'hui pour exprimer tout ce que nous ressentons.

Saches en effet que l'honneur de ce travail te revient.

Repose en paix

A mes oncles et tantes :

Pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études. Sincères reconnaissances.

A mes frères et sœurs :

En gage de ma profonde affection que se resserre d'avantage nos liens fraternels car l'union fait la force.

A mes cousins et cousines :

Vous m'avez apporté un grand soutien durant ces longues années. Ce travail est le fruit de votre solidarité.

A mon père adoptif OUATTARA Samba :

Grâce à toi, je suis ce que je suis aujourd'hui. Ce modeste travail, fruit de tes multiples efforts, en guise de mon infini attachement est le votre.

Que Dieu vous garde encore longtemps auprès de nous Amen !

Je profite de cette occasion solennelle pour adresser mes remerciements :

A ma logeuse DIARRA Aïssata et son époux OUATTARA

Adama à l'Hippodrome :

Je vous remercie pour l'accueil chaleureux et l'attention particulière que vous manifestez à mon égard
Que Dieu vous unisse d'avantage dans un foyer prospère
Sincères reconnaissances.

A la famille BAMBA à Sénou :

Pour votre sympathie et votre accueil chaleureux dont je fais l'objet dans votre famille
Recevez ici mes plus respectueux hommages

A mon oncle feu Diakaridia OUATTARA :

Malgré l'effectif pléthorique dans la famille et le coût de la vie, tu as bien voulu m'héberger chez toi. J'en suis comblé.
Rassure toi de toute ma reconnaissance
Que Dieu vous réserve un accueil chaleureux dans son paradis,
Amen !

A mon cousin DIARRA Tiécoura :

Vous avez été mon « Paratonnerre, ma locomotive » dans les débuts de mes études ici à Bamako.
Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma gratitude.
Que Dieu vous bénisse.

A mon frère feu OUATTARA Bamory :

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi durant mes études depuis Sikasso jusqu'à Bamako.

Que Dieu vous réserve un accueil chaleureux dans son paradis,
Amen !

A tout le personnel du service de la réanimation et des urgences de l'Hôpital du Point G :

Pour votre franche collaboration.

Au major Koumba TRAORE du service d'hémato-oncologie de l'Hôpital du Point G.

Au Docteur DIAWARA Fantamady chirurgien au CSRéf CIV :

Votre apport a été considérable dans notre formation. Merci pour tous vos encouragements.

A tout le personnel du CSRéf. CIV :

Merci pour votre franche collaboration.

A mes aînés :

Dr IB, Dr SIDIBE Younoussa, Dr KONATE, Dr COULIBALY Sidiki, Dr Doufain, Dr DEMBELE Yacouba, Dr COULIBALY Brehima.

Au Dr DAO Soungalo chef de service infectiologie de l'Hôpital du Point G.

A tous les étudiants externes en stages au CSRéf. CIV

A tous mes camarades du lycée de Sikasso et de la FMPOS

A tous mes amis :

Trouvez ici l'expression de mon profond respect amical

A tous mes promotionnaires au CSRéf. CIV :

Je vous remercie pour votre franche collaboration.

A tous ce qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et que j'ai pu omettre involontairement.

HOMMAGES

AUX

MEMBRES DU JURY

A notre maître et président de jury

Professeur Sambou SOUMARE :

Agrégé de chirurgie générale ;

Chef de service de la chirurgie " A" de l'Hôpital du Point G ;

Président de la société malienne de chirurgie endoscopique et laparoscopique ;

Doyen honoraire de l'ENMP du Mali ;

Président honoraire de la société malienne de chirurgie ;

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de Présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Honorable Professeur, nous avons été fascinés par la qualité de vos enseignements, votre abord facile, votre franc parler, votre démarche scientifique et votre grande expérience en chirurgie ont forcé notre admiration.

Cher Maître, trouvez ici l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Docteur Zimogo Zié SANOGO :

Chef de clinique Assistant en chirurgie générale ;

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale à la

FMPOS de Bamako ;

Praticien hospitalier à l'Hôpital du Point G.

Cher Maître, ce travail est le fruit de vos efforts, vous l'avez dirigé du début à la fin ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre dévouement, votre courage, votre disponibilité et votre abord surtout facile nous ont profondément impressionné.

Cher Maître, veuillez accepter l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond attachement.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE :

Maître de conférence agrégé en chirurgie générale ;

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale à la

FMPOS de Bamako.

Cher Maître, ce travail est le votre. Vous l'avez dirigé du début à la fin sans ménager aucun effort.

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord surtout facile, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré de tous.

Soyez assuré, cher Maître, de notre profond attachement et de notre profond respect.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Docteur Moustapha TOURE :

Diplômé de gynécologie – obstétrique ;

***Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de
Brest ;***

***Titulaire de certificat de fécondation in vitro à
Hambourg en Allemagne ;***

***Titulaire du certificat de cours Européen
d'épidémiologie tropicale de Bale (SUISSE) ;***

Chevalier de l'ordre National du Mali ;

Médecin chef du CSRéf. CIV de Bamako.

Nous avons été touchés par votre courtoisie, votre patriotisme.

Tous nos remerciements pour avoir suivi ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Nous nous excusons si d'aventure, durant notre séjour, notre comportement aurait été incommode.

Nous avons bénéficié de votre savoir en gynécologie obstétrique surtout lors des staffs quotidiens ; nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Cher Maître, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et notre plus grand respect.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	
INTRODUCTION.....	
GENERALITES	
METHODOLOGIE	
RESULTATS.....	
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	
REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	
<u>A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY.....</u>	<u>15</u>
<u>PROFESSEUR SAMBOU SOUMARE :.....</u>	<u>15</u>
<u>Q2 NUMÉRO DU DOSSIER _____ / ____ /.....</u>	<u>157</u>
<u>Q9 STATUT MATRIMONIAL _____ / ____ /.....</u>	<u>157</u>

LISTE DES ABREVIATIONS :

(°) : Degré

(Cm) : Centimètre

(g) : Gramme

(mm) : Millimètre

CSRéf CIV: Centre de Santé de référence de la Commune IV
d'Odontostomatologie

DAT : Dispensaire Anti tuberculeux

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

FMPOS : Faculté de Médecine, Pharmacie et

GEU : Grossesse Extra Utérine

Hb : Hémoglobine

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

HPG : Hôpital du Point G

HSG : Hystérosalpingographie

LH-RH : Luteïning Hormone – Relising Hormone

MI : Myome interstitiel

MIC : Myome Intra Cavitaire

MSM : Myome Sous Muqueux

MSS : Myome Sous Séreux

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto Rhino Laryngologie

VS : Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION

INTRODUCTION : [1, 2, 3, 4]

A partir de 40 ans environ, l'utérus perd de sa souplesse et les conséquences seront entre autres l'apparition de fibromes utérins. Le fibrome est une tumeur bénigne développée à partir du muscle utérin. Le terme de fibrome est souvent improprement employé pour désigner les tumeurs de l'utérus constituées par un tissu semblable à celui du muscle utérin. Il s'agit en fait d'un myome, mais les appellations fibromyomes, leiomyofibrome de certains auteurs évoquent l'aspect macroscopique et la nature histologique de cette formation.

De consistance ferme et de couleur blanc nacré, il se distingue macroscopiquement de la couleur rosée du myomètre de voisinage dont il est séparé par une mince capsule. C'est une affection connue depuis plusieurs années et a été l'objet de plusieurs études. Selon les statistiques on la retrouve chez 20% des femmes de plus de 35 ans parmi lesquelles la race noire est majoritairement représentée : soit 1/3 des cas chez la femme noire et 1/5 chez la femme blanche. [4]

Cependant la physiopathologie de cette affection n'est toujours pas connue bien que des hypothèses multiples soient actuellement émises : la théorie de l'hyperœstrogénie prévalant toujours (expériences de ROSS KLEBANOFF, LACASSAGNE, FUJSS, GRAJEN).

Compte tenu de la fréquence de cette affection dans nos pays, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude d'ensemble sur les aspects cliniques, thérapeutiques et les moyens diagnostiques

au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

OBJECTIFS

Objectif général :

Étudier la maladie fibromateuse au C.S.réf. C.IV du district de Bamako.

1) **Objectifs spécifiques :**

1. Analyser la fréquence du fibrome utérin par tranche d'âge;
2. Décrire les signes cliniques et paracliniques du fibrome utérin;
3. Étudier les complications du fibrome utérin;
4. Étudier les différentes modalités de prise en charge;
5. Évaluer le coût de prise en charge.

GENERALITES

GENERALITES :

I. Historique : [1, 4]

Hippocrate parlait déjà de « pierre » de la matrice. VIRCHOW inaugura le premier les discussions pathologiques, qui lieraient les fibromes aux infections génitales. La théorie des vestiges embryonnaires qui seraient les cellules souches du fibrome par CONHEIN en 1890.

La théorie vasculaire par ROESLER et KNAUER fait du fibrome une formation localisée et circonscrite développée aux dépens de la paroi des vaisseaux.

La théorie hormonale plus séduisante entrevue dès 1910 par ISCOVESCO dans ses travaux sur l'utérus devait connaître un grand succès en témoignent les nombreux travaux qui lui furent consacrés :

- L'administration du liquide folliculaire de vache chez la lapine castrée entraînait une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'utérus (travaux de COURRIER et POITIIVIN 1926)
- 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 qui seraient histologiquement des myomes.
- MORICARD et CAUCHOIX de 1938 à 1939 ont repris la même expérience et ont eu pour résultat :
 - Des tumeurs utérines qui sont histologiquement des myomes.
 - Des tumeurs extra-utérines de nature fibreuse

- ✪ Ces résultats furent confirmés de 1934 à 1941 par DUCUING et BIMES chez le cobaye castré.

Comparativement aux discussions pathogéniques les conceptions thérapeutiques s'affrontaient avec encore plus de passion. Après une longue période d'abstention qui semble avoir duré jusqu'en 1840, en 1842 le français AMUSSAT effectue la 1^{ère} myomectomie vaginale.

La voie abdominale a été instaurée secondairement par :

- ✦ ATLEE en 1846
- ✦ SPENCER WELLS en 1863 en Angleterre.
- ✦ CHELMS à Heidelberg en 1868
- ✦ MARTIN de Berlin en 1878

Cependant en France, malgré le brillant rapport de CHEVRIER en 1821, la myomectomie n'obtient pas grand succès auprès des chirurgiens qui préfèrent adopter la doctrine de BATTEY et HEGAR promoteurs des ligatures atrophiantes, pour réduire le fibrome par la « famine » cette phrase célèbre est du second qui défendait ce principe en se basant sur le rôle des sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromes.

Devant l'insuccès de cette méthode, une ère de chirurgie plus rapide s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie totale non conservatrice bien imaginée par GORDON PORTLAND en 1899 « Il faut conserver à la malade la santé et ses organes inutiles »

Malgré l'opposition en 1901 de DARTRIGUES la place reste longtemps à la castration large.

Cette chirurgie sans nuance et mutilante compromet l'avenir obstétrical et conduit à la ménopause précoce, ce qui pousse à reposer le problème. C'est alors le règne des prescriptions médicales multiples mais la pharmacopée si riche et colorée soit elle, est bien souvent mise en échec redonnant tous ses droits à une chirurgie qui, sage de son expérience, devient plus douce et progressive.

TRELET et VERNEUIL en 1893 souhaitaient en tout cas « une thérapeutique plus inoffensive ». Ainsi en 1902 la radiothérapie enregistre son premier succès chez une femme inopérable.

Depuis on enregistre de nombreux succès avec FOVEAU COURMELLES et A. BECLERE. En Allemagne avec DEUTSCH. A Londres 64 succès pour 65 cas traités en 1913.

De 1919 à 1921 successivement devant le 1^{er} congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue Française, l'Académie de Médecine 400 et 300 observations sont exposées.

Selon la déclaration de WINTZ, 5 à 6% seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, les autres doivent être irradiés.

Cependant ce sont les risques de dégénérescence après irradiation qui vont discréditer les agents physiques.

LACAILLE en 1914 cite un cas de dégénérescence sarcomateuse après irradiation pelvienne chez une femme ayant refusé l'intervention.

DELBET en 1919 cite 3 cas semblables.

NORIS et BRENHEY en 1936 sur 1006 fibromes traités au radium, 2 ans plutôt ont enregistré 11 carcinomes.

GRASSIN en 1952 dans sa thèse présente le cas d'une généralisation sarcomateuse apparue 2 ans après irradiation pénétrante pour un fibrome chez une femme de 50 ans.

II. Embryologie : [5]

L'utérus se forme au cours du développement de l'œuf humain dans les premiers stades de la vie. La fécondation est réalisée par la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donnent un œuf diploïde. Elle est suivie immédiatement par les phénomènes de la segmentation se poursuivant pendant la migration de l'œuf dans la trompe vers l'utérus (2,4, puis 8 blastomères).

A partir de ce stade, la division cellulaire devient inégale, on observe de petites cellules claires (les micromères) et les grosses cellules sombres (les macromères).

Les micromères se multiplient plus rapidement que les macromères et les enveloppent d'une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'œuf.

Les macromères constituent l'embryon proprement dit.

A la fin de la première semaine l'œuf commence son implantation dans la muqueuse utérine et est au stade de blastocyte et mesure environ 150 microns.

A la périphérie du blastocyte la couche superficielle se différencie en trophoblaste, futur placenta.

A l'intérieur un amas cellulaire forme le bouton embryonnaire qui va se repartir en 3 feuillets : l'ectoblaste, l'entoblaste, le mésoblaste.

Au cours de la 2^e semaine tandis que s'achève la nidation, les cellules du bouton embryonnaire se différencient en 2 couches distinctes : disque didermique :

- une couche profonde, l'entoblaste
- une couche superficielle située au contact du trophoblaste, l'ectoblaste.

L'espace compris entre le trophoblaste et le bouton embryonnaire est occupé par un tissu mésenchymateux appelé mésenchyme extra embryonnaire.

Au sein de ce mésenchyme se creuse une cavité, le cœlome externe ou extra embryonnaire qui entoure le bouton embryonnaire à l'endroit où il se rattache au trophoblaste appelé pédicule embryonnaire.

Le canal de Wolff, dans l'espèce humaine, se forme très tôt et sert initialement de voies excrétrices aux pronéphros et mésonéphros avant d'être mis à la disposition des gonades. Entre les 7^e et 11^e semaine environ, de chaque côté des organes axiaux, chez l'embryon de 3 mm, se forment les néphrotomes pronéphrotiques, sorte de vésicules rudimentaires aplaties et qui donnent, à partir de leur bord externe, de chaque côté, un petit cordon cellulaire plein qui s'allonge. Tous les cordons des néphrotomes se soudent successivement les uns aux autres, d'avant en arrière, pour constituer un cordon unique situé entre l'ectoderme dorsal et les néphrotomes.

Ce cordon, d'abord plein, se transforme en un canal collecteur sur toute la hauteur des segments intéressés.

Le canal collecteur, une fois constitué s'accroît par un bout libre d'avant en arrière en se glissant, toujours entre l'ectoderme et les néphrons, jusqu'à ce qu'il ait atteint le cloaque (embryon de 4 mm), auquel il s'accrole et dans lequel il s'ouvre ensuite. Ce canal formé par les néphrotomes pronéphrotiques, sert ensuite de canal excréteur aux néphrons mésonéphrotiques qui viennent s'y aboucher. Le dispositif est symétrique. Il se forme ainsi deux (2) canaux de WOLFF qui servent, chacun, au début, de canal collecteur au pronéphros et au mésonéphros homologue.

Lorsque les mésonéphros vont former des organes bien différenciés, les canaux de WOLFF longeront l'arête antérieure de ces organes.

L'ébauche du canal de Müller apparaît peu de temps après la formation du canal de Wolff (5^{ème} semaine) sous l'aspect d'une invagination de l'épithélium coelomique de la paroi antérolatérale de la crête urogénitale. Puis enroulé en cornet, il se sépare de l'épithélium original. Le canal de Müller est formé lorsque les lèvres de cette gouttière se soudent.

La progression des phénomènes décrits se fait dans le sens cranio-caudal. L'extrémité crâniale s'ouvre donc dans la cavité coelomique (futur orifice abdominal de la trompe).

Les extrémités caudales des 2 canaux de Müller s'ouvrent sur les parois latérales du sinus urogénital (stade de 28 mm). Peu de temps après (fin de la 6^e semaine) les canaux de Wolff commencent à dégénérer.

Tout le long du corps de Wolff, le canal de Müller est en dehors du canal de Wolff.

Arrivé à l'extrémité inférieure du corps de Wolff, le canal de Müller se place en dedans du canal de Wolff et longe son côté médian jusqu'à sa terminaison.

On sait que le méso du corps de Wolff se prolonge vers le haut par le ligament diaphragmatique, et vers le bas (future région inguinale) par le ligament inguinal.

Le ligament inguinal ou gubernaculum de Hunter est croisé superficiellement par les canaux génitaux. Au point de croisement le gubernaculum adhère au canal de Müller et se divise en deux segments : l'un proximal donnera le ligament utero ovarien, l'autre distal, le ligament rond.

Par ailleurs à l'extrémité distale du ligament inguinal, le péritoine émet à travers la paroi abdominale un diverticule appelé canal vaginal de Nüeck qui s'oblitère normalement vers le quatrième mois de la vie intra-utérine dont la persistance après la naissance donne lieu à des kystes.

1. Formation du canal tubo-utero-vaginal :

Le canal de Müller présente 2 segments séparés par l'insertion du ligament inguinal sur ce dernier ; l'un supérieur ou crânial, l'autre inférieur ou caudal.

a. Segment supérieur ou crânial : donne uniquement les trompes. Son extrémité supérieure (portion pronéphrotique) située au dessus du corps de Wolff donne le pavillon tubaire.

La différenciation du conduit tubaire en ses tuniques constituantes se fait progressivement de haut en bas. La musculuse dérive du mésoblaste ambiant de la région caudale ;

La muqueuse provient du canal de Müller, c'est à dire de l'épithélium coelomique ;

La muqueuse tubaire commence à se plisser vers le quatrième mois de la vie fœtale.

Quant aux franges, les premières n'apparaissent guère que vers le 4^e mois et ne prennent leurs caractères qu'après la naissance.

b. Segment inférieur ou caudal :

Les canaux de Müller s'adosent sur la ligne médiane et se fusionnent en un canal unique ; le canal utero vaginal de Leuckart. La soudure des deux canaux se fait dans le sens caudo-cranial, de l'extrémité inférieure du vagin au fond de l'utérus, à partir du troisième mois.

Mais la fusion se ferait dans la région moyenne et s'étendrait vers le haut et le bas, si bien qu'il persiste temporairement deux septa, supérieur et inférieur. Le canal utero vaginal soulève la paroi dorsale du sinus urogénital et donne ainsi naissance au tubercule de Müller.

En regard du tubercule de Müller une prolifération intense de direction caudale, les bulbes sino vaginaux éloignent temporairement la cavité utero vaginale du sinus urogénital. Dans les absences du vagin, la persistance de cette zone entraîne une nouvelle poussée épithéliale.

Le canal urogénital s'allonge et s'aplatit ensuite dans le sens dorso-ventral et se dilate latéralement.

Dans le segment inférieur de ce canal, les parois antérieures et postérieures venues au contact l'une de l'autre se soudent vers le 4^e mois et forment la lame épithéliale du vagin.

Cette lame forme à la limite de l'utérus et du vagin une cupule épithéliale à cavité supérieure qui s'enfonce dans l'épaisseur du mésenchyme entourant le canal utero vaginal, en y découpant un mamelon hémisphérique correspondant au col utérin intra vaginal.

Secondairement la lame épithéliale du vagin se désagrège dans sa partie moyenne et ainsi se rétablissent les parois ventrale et dorsale. Le même processus s'étendant à la cupule épithéliale qui limite le col utérin, entraîne la formation des culs de sacs vaginaux.

En s'étendant vers les bulbes sino vaginaux, le phénomène atteint la lame sino vaginale, hymen primitif qui devient alors perméable. Cette description du développement vaginal est loin de faire l'unanimité.

En effet si de nombreux auteurs pensent que l'épithélium vaginal est exclusivement d'origine müllerienne, c'est à dire mésodermique, d'autres en particulier Koff, pensent que seuls les 4/5 supérieurs du vagin sont d'origine müllerienne, et que 1/5 inférieur dériverait de "bulbes sino vaginaux " d'origine sinusaire, c'est à dire endodermique.

2. Développement histologique :

Les canaux de Müller sont primitivement de simples tubes épithéliaux entourés d'éléments mésenchymateux.

Secondairement, l'épithélium polyédrique stratifié utéro-vaginal se transforme dans la moitié supérieure en épithélium prismatique (utérus) et dans la moitié inférieure en épithélium polyédrique stratifié (vagin).

L'épaisse couche musculo-conjonctive de la paroi utérine se différencie à partir du mésenchyme environnant. La première couche musculaire différenciée du mésenchyme périmüllerin constituera ce que nous désignons sous le terme d'archéomyomètre.

Puis, aux environs du terme, apparaît et se développe, pour des raisons fonctionnelles de statique viscérale, le néo myomètre, couche périphérique de l'utérus.

Au niveau du col, l'archéomyomètre régresse à partir du 4^e mois de la vie intra-utérine.

Il disparaît dans les portions isthmiques et ampullaire de la trompe. La séreuse utérine provient de l'épithélium cœlomique.

Quant aux plis de la muqueuse vaginale et du col utérin, ils apparaissent vers la vingtième semaine de la période fœtale. Mais ce n'est qu'à partir de la sixième année que la muqueuse cervicale se plisse franchement, réalisant des plis nommés "arbre de vie".

3. Développement macroscopique de l'utérus :

À partir de la vingt huitième semaine, la croissance utérine est subitement accélérée, pour atteindre 35 mm de longueur totale chez le fœtus à terme.

Dès le 4^e mois la zone isthmique est reconnaissable, le développement de l'utérus est harmonieux et conserve un rapport sensiblement constant entre les trois portions de l'utérus.

Le col représente 56% de la longueur totale utérine, l'isthme 13 % et le corps 31% **[1]**

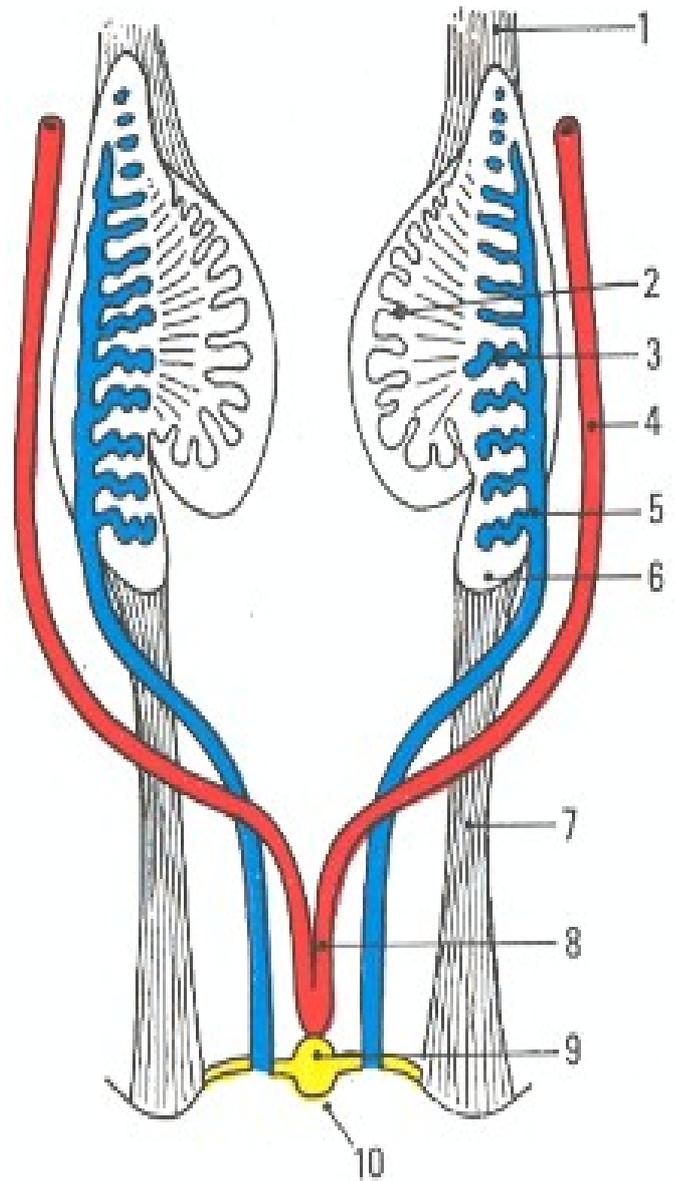
Puis il se produirait, dans les deux semaines qui suivent la naissance, une involution utérine qui ramènerait sa longueur à 23-24 mm, soit une diminution de près d'un tiers.

Chez la fillette, la croissance utérine est très lente jusqu'à la puberté ; celle-ci entraîne une poussée de croissance qui atteindra son maximum vers la dix huitième année (en dehors de tout état de gestation).

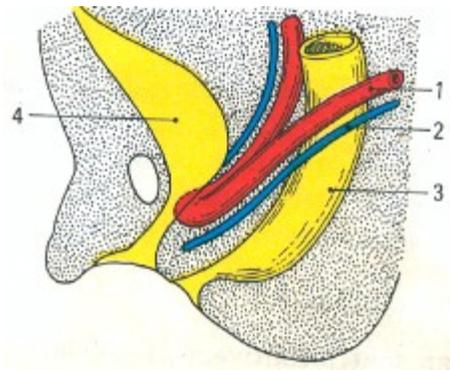
- 1 : Ligament diaphragmatique
- 2 : Ovaire primitif
- 3 : canalicule Wolffien
- 4 : Canal de Müller
- 5 : Canal de Wolff
- 6 : Corps de Wolff
- 7 : Ligament inguinal
- 8 : Canal de LEUCKART
- 9 : Tubercule müllerien
- 10 : Sinus uro-génital

Cranial

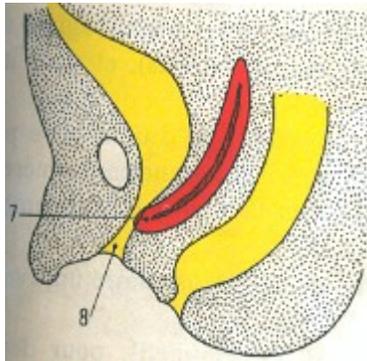
Gauche

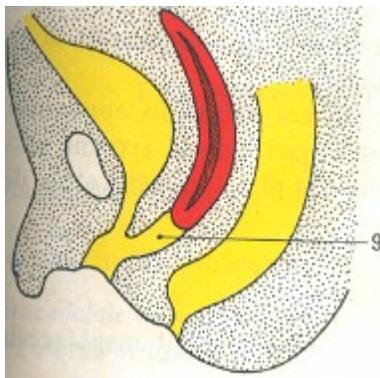
**Fig.1 : Disposition schématique des canaux uro-génitaux
chez l'embryon d'après P. KAMINA [5]**



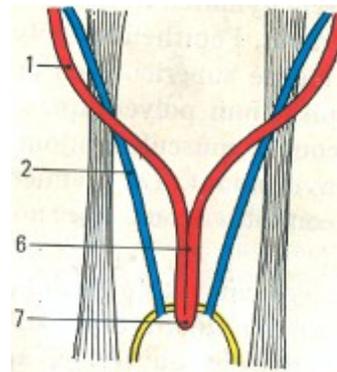
A
Coupe sagittale



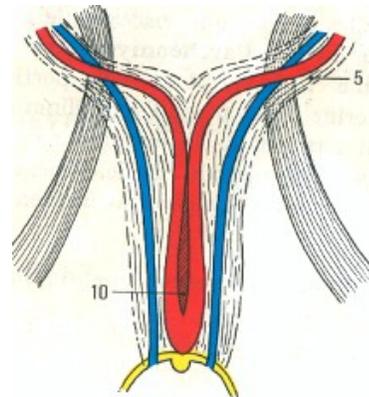
B
Coupe sagittale



C
Coupe sagittale



B'
Coupe frontale



C'
Coupe frontale

- 1 : Canal de Müller Gauche 2: Canal de WOLFF Gauche 3: Rectum primitif 4: Allantoïde**
5 : Mésenchyme 6: Septum médian du canal de LEUCKART 7: Tubercule de Müller 8: Sinus uro-génital 9: Lambe vaginale d'origine vestibulaire 10 : Canal uro-génital

Fig.2 : Formation de l'utérus et du vagin d'après P. KAMINA [5]

II. Anatomie : [5, 6, 7, 8]

L'utérus vulgairement appelé matrice est un organe creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il est arrivé à maturité.

Situé dans la cavité pelvienne, sur la ligne médiane entre la vessie et le rectum, au dessus du vagin, au dessous des anses intestinales et du colon ilio-pelvien ; l'utérus a la forme d'un cône tronqué aplati d'avant en arrière et dont le sommet est en bas. Il présente, un peu au dessous de sa partie moyenne, un étranglement appelé isthme qui le divise en deux parties : l'une supérieure, le corps ; l'autre, inférieure, le col.

Le corps, assez fortement aplati d'avant en arrière, est triangulaire. Sa base est en haut et le sommet, fortement tronqué, répond à l'isthme.

Le col est plus étroit et moins volumineux que le corps. Il se rétrécit légèrement à ses deux extrémités, à la manière d'un barillet, auquel il a été comparé.

Chez la nullipare, l'utérus mesure en moyenne 6 centimètres et demi de long (3 centimètres et demi pour le corps, 2 centimètres et demi pour le col, 1 centimètre et demi pour l'isthme). Sa largeur atteint 4 cm au niveau du corps et 2,5 cm au niveau du col. L'épaisseur mesure 2 cm en moyenne.

Chez les multipares, la longueur de l'utérus varie entre 7 et 8 cm (5 à 5,5 cm pour le corps et 2 à 2,5 cm pour le col).

Sa largeur à la base du corps atteint 5 cm, tandis qu'elle ne dépasse pas 3 cm à la partie moyenne du col. Son épaisseur mesure à peu près 3 cm.

De consistance ferme ; son poids chez la nullipare est de 40 à 50 g environ et de 50 à 70 g chez la multipare.

Ordinairement, chez la femme dont le bassin est normal, la vessie et le rectum étant à peu près vides ou peu distendus, l'utérus est à la fois antéfléchi et antéversé.

Dans l'antéflexion, le corps s'incline en avant sur le col et forme avec lui un angle dont l'ouverture normale varie entre 100 et 120°.

Dans l'antéversion, le corps s'incline en avant de l'axe de l'excavation pelvienne et le col se porte en arrière de cet axe.

Telle est la position de l'utérus dite normale. Cependant, rien n'est plus variable que cette position.

L'utérus est, en effet un organe très mobile ; aussi sa situation et son orientation se modifient chez le même sujet d'un moment à l'autre, sous la pression des organes qui l'environnent. C'est ainsi que, chez la femme dont le bassin est normal, l'antéversion diminue graduellement sous l'influence de la distension vésicale.

La réplétion de l'ampoule rectale diminue également l'antéversion, car, sous la pression du rectum, le col est repoussé en avant ou bien l'utérus tout entier est refoulé en avant.

La position de l'utérus se modifie encore suivant des modalités très diverses, sous l'influence de l'attitude du sujet, de la pression abdominale.

A – Configuration extérieure et Rapports :

Le corps :

On distingue au corps en raison de sa forme triangulaire, deux faces, trois bords et trois angles.

Les Faces :

La face antéro-inférieure est légèrement convexe, lisse et recouverte par le péritoine. Celui-ci descend jusqu'à l'isthme, où il se réfléchit sur la vessie en formant le cul de sac vésico-utérin.

La face postéro supérieure est fortement convexe. Une crête mousse, médiane, la divise en deux moitiés latérales.

Elle est, comme la précédente, entièrement recouverte par le péritoine ; mais ici le péritoine s'étend au dessous de l'isthme utérin et descend jusque sur la face postérieure du vagin qu'il revêt sur une hauteur d'environ 2 cm. Le péritoine se réfléchit ensuite sur le rectum en constituant le cul de sac vagino-rectal ou cul de sac de Douglas. Cette face postero-supérieure répond aux anses intestinales et au colon ilio-pelvien qui reposent sur elle.

Les Bords :

Les bords latéraux du corps de l'utérus sont larges et arrondis d'avant en arrière. Ils sont en rapport avec les ligaments larges qui, de chaque côté, s'étendent de l'utérus à la paroi latérale de

l'excavation pelvienne. Le long de ces bords cheminent les vaisseaux utérins.

Le bord supérieur, le plus souvent appelé base ou fond de l'utérus, est épais et arrondi d'avant en arrière. Il est légèrement concave chez l'enfant rectiligne ou faiblement convexe chez la nullipare, nettement convexe chez la multipare. Tapissé par le péritoine, il entre en contact avec les anses intestinales ou le colon pelvien qui descendent dans le bassin.

Les Angles :

Les angles latéraux se continuent avec l'isthme de la trompe. De chacun d'eux partent encore le ligament rond et le ligament utéro-ovarien d'un même côté.

L'angle inférieur se confond avec l'isthme.

L'isthme :

Il est à l'union du corps et du col. L'étranglement qui le marque est surtout accusé en avant et sur les côtés.

Il répond en avant au bord supérieur de la vessie et au fond du cul de sac vésico-utérin. Ses rapports en arrière et sur les côtés sont analogues à ceux de la face postérieure et des bords latéraux du corps utérin.

Le col :

Il est divisé par l'attache du vagin en trois parties : sus vaginale, vaginale et sous vaginale ou intra vaginale.

- **Partie sus vaginale :**

Sa face antérieure est unie à la face postéro-inférieure de la vessie par un tissu cellulaire peu dense qui permet de séparer facilement les deux organes. La face postérieure, recouverte par le péritoine, répond au cul de sac de Douglas et au rectum.

Les bords latéraux sont en rapport à leur extrémité supérieure, avec les ligaments larges ; plus bas, avec le tissu conjonctif et musculaire lisse de l'espace pelvi-rectal supérieur dans lequel passent et se croisent l'artère utérine et l'uretère.

L'utérine croise l'uretère en passant en avant de lui. Ce croisement se fait à 1,5 cm environ en dehors du col utérin et un peu au dessous de l'isthme.

- **Partie vaginale :**

Elle est représentée par la ligne d'insertion du vagin sur le col. Cette ligne, large d'un demi centimètre, est oblique en bas et en avant. Le vagin, en effet, s'attache en arrière à égale distance des deux extrémités du col ou à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs, tandis qu'en avant il s'insère à l'union du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur du col. Il s'ensuit que la partie intra vaginale est plus haute en arrière qu'en avant.

- **Partie intra vaginale :**

Elle est souvent appelée museau de tanche. Le museau de tanche fait saillie dans la cavité vaginale, il est conique. Le sommet arrondi

est percé d'une ouverture, l'orifice externe du col, qui donne accès dans la cavité utérine.

Les caractères du museau de tanche diffèrent chez la vierge, la primipare et la multipare.

Chez la vierge, le col est lisse, uni, de consistance ferme. L'orifice externe du col est circulaire ou en forme de fente transversale de 5 à 6 mm de longueur ; ses bords sont réguliers, lisses et unis, et leur consistance est très ferme.

Chez la primipare, le sommet du museau de tanche s'aplatit. Sa consistance est moindre que chez la vierge.

L'orifice externe du col s'allonge transversalement ; ses lèvres présentent une ou deux incisives peu profondes et leur consistance diminue.

Chez les multipares, enfin, la partie intra vaginale du col se raccourcit, mais devient plus large. Sa consistance est moins ferme encore que chez la primipare. L'orifice externe du col mesure environ 1,5 cm de largeur, est bordé par deux lèvres irrégulières qu'entament de nombreuses déchirures.

B- Configuration intérieure :

L'utérus est creusé d'une étroite cavité, aplatie d'avant en arrière. Un étranglement correspondant à l'isthme de l'utérus divise cette cavité en deux parties : la cavité du corps et la cavité du col.

La cavité du corps :

Elle est lisse, sa forme est triangulaire, ses deux parois antérieure et postérieure sont accolées. La base de la cavité convexe chez la nullipare, rectiligne ou concave chez la multipare, répond au fond de l'utérus. Ces bords latéraux sont convexes. Aux angles supérieurs ou latéraux se trouvent les ouvertures des trompes ; l'angle inférieur communique avec la cavité du col par le rétrécissement isthmique.

La cavité du col :

Elle est fusiforme, mais aplatie d'avant en arrière. On remarque sur chacune de ses faces antérieure et postérieure une saillie longitudinale, à peu près médiane sur laquelle sont branchés des replis, obliques en haut et en dehors, appelés plis palmés. L'ensemble de ces reliefs constitue l'arbre de vie. Les saillies longitudinales de l'arbre de vie ne sont pas exactement médianes, celle de la paroi antérieure est légèrement déviée à droite ; celle de la paroi postérieure à gauche. De plus, les reliefs obliques sont disposés sur l'une et l'autre face, de manière que ceux de l'une s'engrènent dans les dépressions qui séparent les plis de l'autre.

L'extrémité supérieure de la cavité du col se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col.

Dimensions de la cavité utérine :

Les dimensions de la cavité utérine sont plus grandes chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares. Il importe encore de noter que l'augmentation de la cavité qui se produit chez les multipares se fait uniquement sentir sur la cavité du corps, car celle du col reste la même ou diminuée légèrement de longueur. La longueur de la cavité de l'utérus nullipare mesure en moyenne 55 cm, dont 25 pour le corps, 25 pour le col et 5 pour l'isthme ; chez la femme multipare, la longueur de l'utérus atteint de 60 à 65 mm, dont 35 pour le corps, 25 pour le col et 5 pour l'isthme.

C- Structure de l'utérus :

La paroi utérine, épaisse d'environ 1 cm, se compose de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : une tunique séreuse, une tunique musculaire et une tunique muqueuse.

La tunique séreuse ou péritonéale :

Tapisse l'utérus avec deux couches (viscérale et péritonéale) de telle sorte que le corps utérin soit intra péritonéal et le col utérin extra et retro-péritonéal.

Le corps utérin est recouvert par la couche viscérale. Sur la face antérieure, le péritoine viscéral se réfléchit sur le péritoine pariétal entre l'isthme et le col, pour former le cul de sac vésico-utérin. Sur la face postérieure, le péritoine viscéral recouvre le col et une partie du vagin avant de se réfléchir sur le péritoine pariétal en formant le cul de sac recto utérin (cul de sac de Douglas).

La tunique musculaire :

Elle a une disposition un peu différente sur le corps et sur le col.

- **Sur le corps**, les fibres musculaires lisses sont disposées sur trois couches : externe, moyenne et interne.

La couche externe, très mince, comprend un plan superficiel de fibres longitudinales qui recouvre seulement les faces et le fond du corps de l'utérus et un deuxième plan de fibres circulaires.

La couche moyenne, très épaisse appelée couche plexiforme, est constituée par les faisceaux entrecroisés dans tous les sens et entourant de nombreux vaisseaux qui leur adhèrent. Ces vaisseaux sont si nombreux qu'ils ont fait donner à cette couche le nom de « stratum vasculosum »

La couche interne, est surtout formée de fibres circulaires. Mais dans la partie la plus profonde de cette couche on retrouve quelques fibres longitudinales.

- **Sur le col**, le muscle utérin est moins épais que sur le corps. On distingue une couche moyenne de fibres circulaires comprises entre quelques rares faisceaux longitudinaux, les uns, superficiels, les autres, profonds.

La tunique muqueuse :

Variable selon que l'on se trouve au niveau du corps, de l'isthme ou du col. Elle est tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Sous l'épithélium se trouvent des vaisseaux, des nerfs et de nombreuses glandes.

La muqueuse utérine est lisse et forme dans le canal cervical des plis palmés

Au niveau du corps utérin la muqueuse forme deux couches faiblement délimitées :

- **La couche superficielle** tournée vers la cavité utérine et soumise à des modifications rythmiques en rapport avec le cycle menstruel : couche fonctionnelle.

- **La couche basale** adhère à la musculature.

D - Les moyens de fixité de l'utérus :

L'utérus est rattaché aux parois du bassin par trois paires de ligaments qui sont : les ligaments latéraux ou ligaments larges ; les ligaments antérieurs ou ligaments ronds ; les ligaments postérieurs ou ligaments sacrés.

1. Les ligaments larges :

a. Dispositions générales :

Le péritoine des faces et du fond de l'utérus s'étendent de chaque côté, au delà de ses bords latéraux, jusqu'à la paroi latérale de la cavité pelvienne. Il forme ainsi de part et d'autre de l'utérus un repli transversal, le ligament large, qui, de chaque côté, relie l'utérus à la paroi pelvienne. Chaque ligament large comprend donc un feuillet péritonéal antérieur qui prolonge en dehors celui de la face antérieure du corps utérin, et un feuillet postérieur en continuité avec le péritoine de la face postérieure de l'utérus. Ces deux feuillets se réunissent en haut en formant un repli qui prolonge en dehors le

péritoine du fond de l'utérus. En arrivant à la paroi pelvienne latérale, le péritoine des ligaments larges se continue en avant, en arrière et en haut, avec le péritoine pariétal et l'excavation.

b. Rapports :

Le bord interne s'unit au bord latéral de l'utérus. Il contient l'artère utérine, le plexus veineux utérin, les vaisseaux lymphatiques, les nerfs, le canal de Gartner et le paraoophore.

Le bord externe est fixé à la paroi latérale de la cavité pelvienne, où les deux feuillets péritonéaux du ligament large se continuent avec le péritoine pariétal.

Le bord inférieur est séparé du plancher pelvien par le tissu de l'espace pelvi-rectal supérieur que traversent l'uretère et de nombreux vaisseaux. Les deux feuillets du péritoine s'écartent l'un de l'autre le long de ce bord, et se continuent en avant et en arrière avec le péritoine pelvien. Le bord supérieur, libre, situé à l'union des deux feuillets du ligament large, contient la trompe utérine. Il est relié au reste du ligament large par un repli péritonéal appelé mesosalpinx.

2. Les ligaments ronds :

Sont des cordons arrondis, tendus des angles latéraux de l'utérus aux régions inguinale et pubienne. Leur longueur atteint environ 15 cm ; leur épaisseur diminue légèrement de leur origine à leur terminaison et varie de 3 à 5 mm. Ils se détachent de la partie

antérieure de l'angle latéral de l'utérus, un peu au dessous et en avant de la trompe. De là ces ligaments se portent en avant et en dehors, sous le feuillet péritonéal du ligament large. Ils soulèvent ce feuillet qui forme un repli, l'aileron antérieur. Les ligaments ronds croisent d'abord les vaisseaux et les nerfs obturateurs appliqués sur l'aponévrose pelvienne, ensuite les vaisseaux iliaques ; ils passent au dessus de l'anse, concave en haut, que décrit l'artère épigastrique à son origine, et s'engagent dans le canal inguinal qu'ils parcourent dans toute sa longueur.

3. **Les ligaments utero sacrés :**

Ils sont constitués par des faisceaux conjonctifs et musculaires lisses qui naissent de la face postérieure du col de l'utérus, près de ses bords latéraux et au voisinage de l'isthme, se dirigent en haut, et en arrière, contournent les faces latérales du rectum et se terminent sur la face antérieure du sacrum.

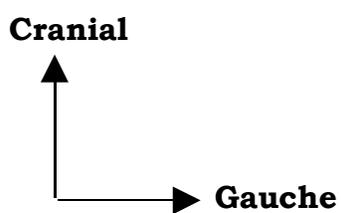
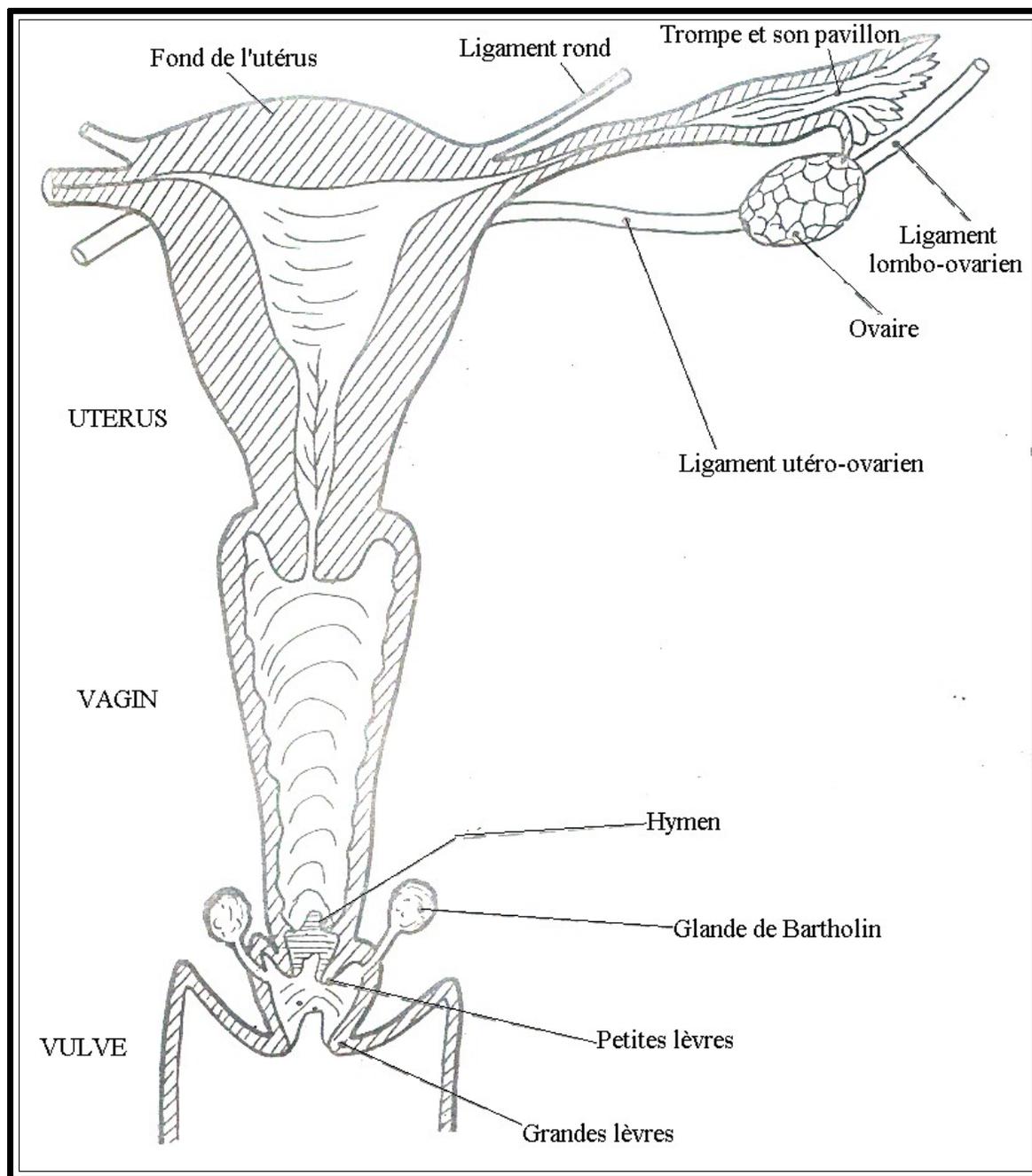
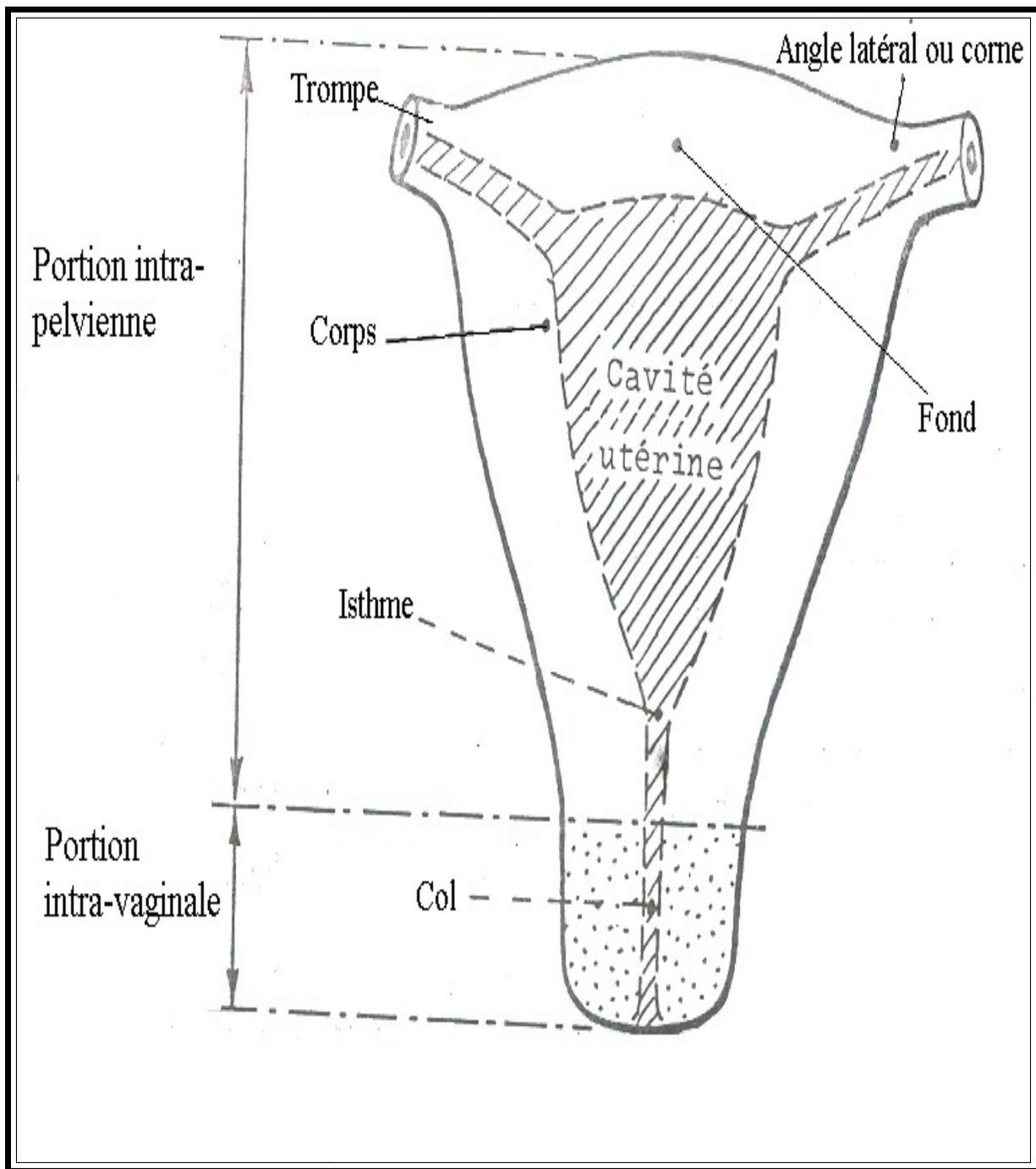


Fig. 3 : Appareil génital de la femme (schéma général) d'après G. Bastide [7]



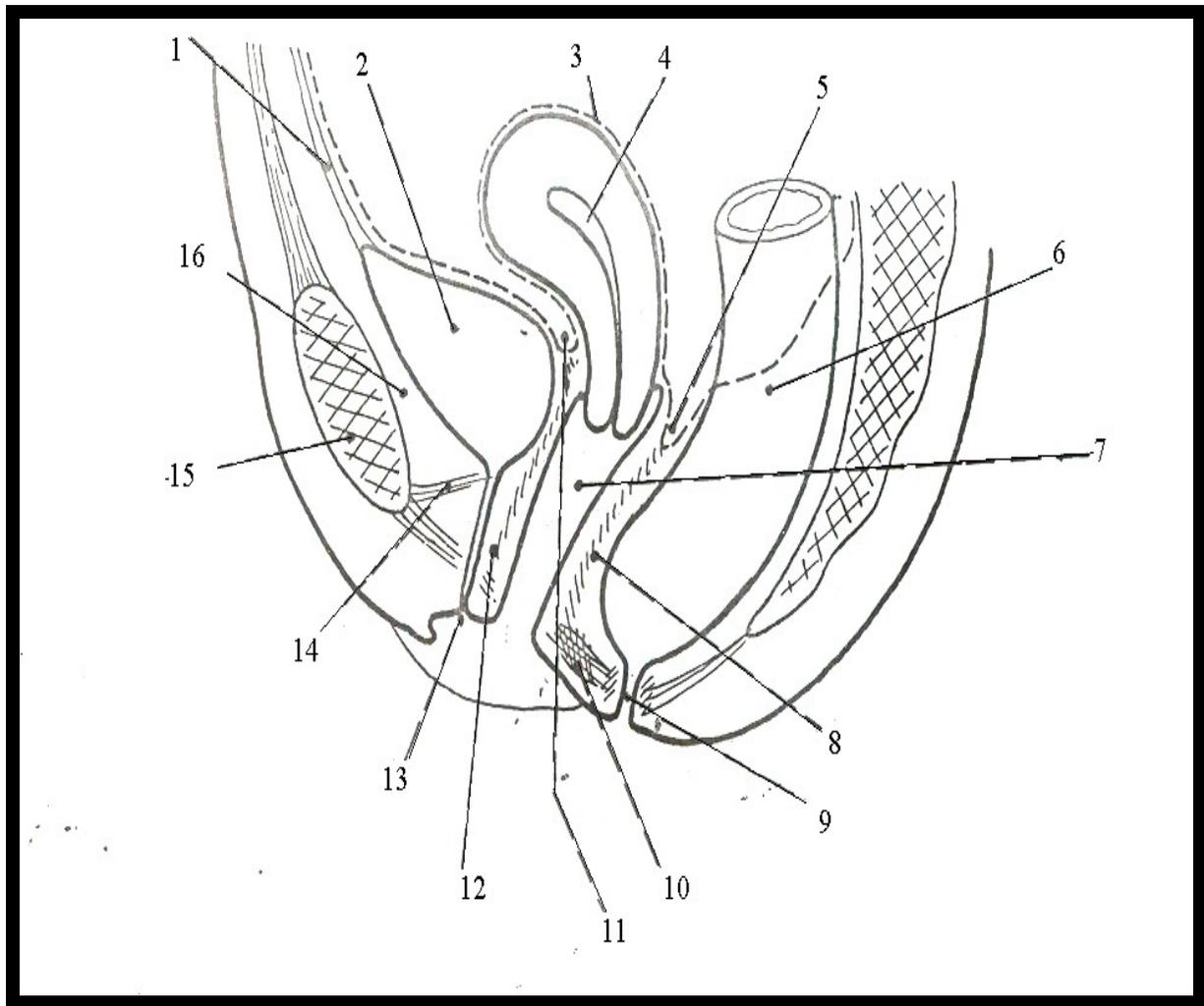
Crânial



Gauche



Fig. 4: UTÉRUS : Configuration extérieure et division d'après G. Bastide [7]



Crânial



Gauche



1= ouraque

2= vessie

3= péritoine

4= utérus

5= cul de sac de Douglas

6= rectum

7= vagin

8= cloison recto-vaginale

9= canal anal

10= noyau fibreux central du périnée

11= cul de sac vésico-utérin

12= cloison vésico et uréthro-vaginale

13= urètre et méat urinaire

14= ligaments pubo-vésicaux

15= symphyse pubienne

16= loge prévesicale

Fig. 5 : Rapports de l'utérus avec les organes voisins d'après G. Bastide [7]

E - Vascularisation et innervation :

1. Vascularisation :

a. Les artères :

L'utérus est vascularisé essentiellement par les artères utérines droites et gauches ; et accessoirement par les artères ovariennes et des ligaments ronds. L'artère utérine est une branche de l'artère hypogastrique, elle mesure 15 cm de longueur, 3 mm de diamètre. Ses dimensions augmentent considérablement au cours de la grossesse.

L'artère utérine croise l'uretère, passe en dedans sur la face supérieure du ligament cervical latéral. Elle vascularise le col utérin au dessus du cul de sac latéral du vagin et monte de manière sinueuse sur le coté de l'utérus. Dans cette ascension elle se rapproche du col s'accolant ainsi au bord latéral du corps utérin. Les rameaux de division pénètrent dans l'épaisseur du corps, parcourent les anneaux musculaires de la couche flexiforme en devenant rectiligne. Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales ; celles-ci se bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure. L'artère ovarique, naît de l'aorte abdominale ; et se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire. L'artère du ligament rond naît de l'artère épigastrique

b. Les veines :

La circulation de retour empreinte le trajet du plexus veineux qui suit l'artère utérine. Ces plexus utérins après une anastomose en

haut avec les veines ovariennes se déversent dans les troncs hypogastriques par les veines utérines.

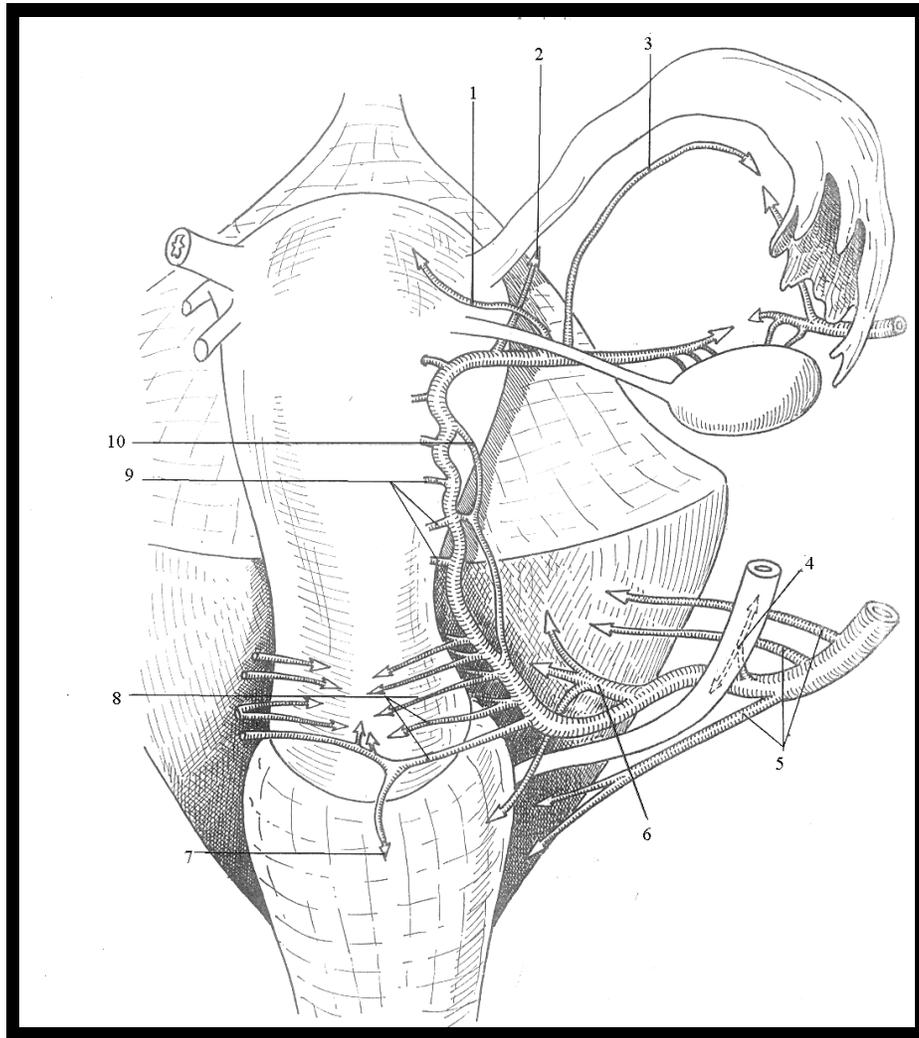
2 - Le drainage lymphatique :

Les vaisseaux lymphatiques issus du fundus et de la partie supérieure du corps de l'utérus se drainent dans les nœuds lymphatiques lombaires (ou aortiques), ceux de la partie inférieure du corps dans les nœuds iliaques externes, internes et sacrés.

Quelques vaisseaux lymphatiques provenant de la région de l'utérus avoisinant l'abouchement de la trompe utérine empreintent le trajet du ligament rond et se jettent dans les nœuds inguinaux superficiels.

3 - Innervation :

Les nerfs de l'utérus viennent du bord antérieur du plexus hypogastrique. Ils suivent le ligament utéro-sacré en cheminant dans sa partie antero-supérieure. Ils abordent l'isthme et la partie sus vaginale du col.



1= Artère rétrograde du fond

2= Artère du ligament rond

3= Artère tubaire interne

4= Artère urétérale

5= Artère vésico-vaginale

6= Artère cervico-vaginale

7= Artère azygos du vagin

8= Artère du col

9= Artère du corps

10= Artère anastomotique

Crânial



Gauche



Fig.6 : Artère utérine - Branches collatérales d'après Waligora. J et Perlemuter. L [8]

III - Fréquence du fibrome utérin : [9]

30 à 50 % des femmes sont cliniquement porteuses de fibromes utérins, à l'examen gynécologique ou à l'échographie. En utilisant des examens plus précis comme l'hystérocopie, la laparoscopie, le scanner ou la résonance magnétique, ce chiffre peut atteindre jusqu'à 80%. Il s'agit donc des tumeurs solides les plus fréquentes chez la femme responsables de plus de 50% des hystérectomies.

IV- Étiologie des fibromes utérins : [10, 11]

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

Le fibrome serait l'expression myométriale d'une hyperœstrogénie locale. En faveur de cette hypothèse, on retiendra les faits suivants :

- Il n'y a pas de myome avant la puberté ;
- Les myomes se stabilisent ou peuvent régresser après la ménopause ou après castration ;
- Les myomes augmentent de volume pendant la grossesse pour régresser ensuite ;
- Les myomes augmentent de taille sous traitement œstrogénique après la ménopause.

L'endomètre des femmes porteuses de fibrome témoigne d'une hyperœstrogénie : il existe habituellement une hyperplasie de l'endomètre source de saignement.

Une origine génétique des fibromes est aussi suspectée, les fibromes utérins proviendraient de la mutation et de la croissance exagérée d'une ou de plusieurs des cellules constituant la fibre utérine que

l'on nomme myocytes. A peu près 50% des fibromes proviendraient ainsi de mutations génétiques. Parmi ces mutations les plus fréquentes surviennent lors de la translocation entre les bras longs des chromosomes 12 et 14. Les autres dérivent de la perte d'une partie du bras long du chromosome 7.

V - Anatomie pathologie : [1, 4, 12, 13, 14, 15]

A - Étude macroscopique :

1. L'aspect :

Unique ou multiple, de taille variable, le myome a un aspect caractéristique : c'est une tumeur arrondie ou lobulée, de coloration blanche ou rosée, de consistance ferme, élastique ou plus molle si elle est à prédominance musculaire. Une pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

2. La morphologie :

Le myome se prête à toutes les descriptions maraîchères : citron, mandarine, orange, pamplemousse etc.

3. Le poids :

Il va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

4. Le siège :

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

▪ Les fibromes du col :

Ils sont soit intra vaginaux, à l'origine des polypes intra vaginaux différents des banaux polypes muqueux, soit sus vaginaux sur la portion sus vaginale, limités dans leur extension vers le bas.

Ils vont se développer dans la base du ligament large, épaulant l'uretère avec le double danger de compression urétrale et de blessure chirurgicale.

▪ Les fibromes de l'isthme :

Rares dans leur variété pure. Peuvent s'inclure dans le ligament large entraînant la compression urétrale et la blessure chirurgicale.

▪ Les fibromes du corps :

Ils sont de loin les plus fréquents. La vessie supporte bien en règle générale ceux de la face antérieure en s'étalant à leur surface. Ceux de la face postérieure peuvent entraîner l'utérus en rétroversion fixée et douloureuse, faisant basculer en avant le col utérin qui comprime la vessie et le col vésical sous la symphyse, entraînant un cortège de signes vésicaux ou rectaux. Ceux du fond utérin sont en général mieux tolérés, le plus souvent silencieux, émergeant progressivement de l'excavation pelvienne dans l'abdomen. En fin,

les fibromes angulaires au niveau des cornes, parfois cause de stérilité tubaire par compression, sont d'exérèse délicate.

b. Siège par rapport aux différentes tuniques de l'utérus :

▪ **Les fibromes sous-séreux ou sous péritonéaux :**

Faisant saillie à la surface de l'utérus : sessiles, lorsqu'ils ont une base d'implantation large et pédiculés quand la base est étroite. Ils peuvent avoir un pédicule long et posent un problème diagnostique avec les tumeurs latéro-utérines.

▪ **Les fibromes interstitiels ou intra pariétaux :**

Ils se développent dans le myomètre, ils retentissent sur la forme et la taille de l'utérus, s'associant généralement à une hypertrophie de la paroi musculaire. Ils contribuent à déformer la cavité utérine en l'étirant et en l'agrandissant.

▪ **Les fibromes sous muqueux :**

Peuvent être sessiles ou pédiculés.

Sessiles :

Ils sont généralement de volume réduit, font saillie sous la muqueuse qu'ils déforment, responsables parfois d'avortement à répétition par trouble de la nidation. Ils sont prédisposés à l'infection et à la nécrobiose.

Pédiculés :

Ce sont des polypes fibreux intra cavitaires. Le point d'implantation du pédicule est variable, sur le fond utérin ou près de l'isthme.

Ils sont à différencier des polypes muqueux de l'endomètre. Ils sont libres, « en battant de cloche » dans la cavité utérine, ou formant clapet au niveau de l'orifice interne du col. Sous l'effet de contractions expulsives, ils dilatent progressivement le col et sont parfois accouchés dans le vagin.

B - Aspect microscopique du myome :

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

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

Le myome peut aussi être le siège d'une imprégnation calcaire et parfois même d'une métaplasie osseuse [4]

VI- Étude clinique : [1, 4, 10, 14, 15]

La symptomatologie clinique est variable, cependant, environ 5 à 10% des fibromes restent sans expression clinique.

A - Symptomatologie fonctionnelle :

a. **La ménorragie :**

Est le signe le plus caractéristique. Son apparition lentement progressive est assez caractéristique. Il s'agit de règles plus abondantes et plus prolongées pouvant atteindre 10 à 15 jours.

b. **Les métrorragies :**

Se rencontrent dans 1/3 des cas. Il s'agit de perte de sang d'origine utérine survenant entre les règles normales.

c. **Les ménométrorragies :**

C'est l'intrication des 2 signes précédents.

Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines suivi d'une période prolongée d'hémorragie.

d. **Les douleurs pelviennes :**

Sont difficiles à interpréter car, trop banales en gynécologie. On peut admettre que les douleurs ne font pas partie du tableau habituel des fibromes. Quand elles sont présentes, elles peuvent être expliquées :

- ✪ Soit par une lésion associée : dystrophie ovarienne, endométriose.
- ✪ Soit par une cause non gynécologique : lombalgie d'origine urologique ou rachidienne.

Plus rarement elles peuvent être dues au fibrome et traduisent une complication : compression, infection, modification trophique.

e. **Les leucorrhées :**

Il s'agit de pertes blanchâtres, glaireuses et filantes, généralement plus abondantes avant les périodes menstruelles. Ces pertes peuvent devenir très abondantes et revêtir l'aspect d'une hydorrhée intermittente par sténose de l'isthme ou par polype formant clapet. L'hydorrhée se voit également dans les fibromes en dégénérescence kystique.

f. **Les troubles urinaires :**

☉ **La pollakiurie** : C'est le trouble le plus fréquent environ 40% des cas. Elle est diurne, il s'agit de miction un peu plus fréquente ou de miction véritablement impérieuse. On peut évoquer soit une compression vésicale, soit une irritation du trigone (fibrome de l'isthme et des fibromes postérieurs).

☉ **Les troubles d'évacuation vésicale** : Il s'agit de rétention aiguë d'urine (3% des cas en moyenne).

B. Examen clinique :

a. Condition :

S'effectue sur une table gynécologique avec rectum et vessie préalablement vidés.

b. Signes physiques :

⊗ Inspection :

Elle est généralement négative. Cependant dans les gros fibromes et chez les sujets maigres on perçoit une voussure sus-pubienne.

⊗ Palpation :

Se fait avec douceur à partir des zones indolores en finissant par les zones douloureuses. Elle permet de déceler la tumeur. On sent le fond utérin soit lisse et régulier, soit déformé par des bosselures arrondies. La tumeur est perçue élastique légèrement mobilisable latéralement, elle s'enfonce dans le petit bassin si on la palpe en position de Trendelenburg.

⊗ Percussion :

Peut montrer une matité du pelvis et les limites de la masse pelvienne.

c. Examen au spéculum :

Il se fait à l'aide de l'index et du pouce d'une main, on écarte la vulve, puis avec l'autre main on introduit avec douceur le spéculum fermé parallèlement à la fente vulvaire suivi d'une rotation de 90°. Il permet d'observer une vaginite, une exocervicite, une érosion.

d. Toucher vaginal :

On se met à droite de la patiente, entre les cuisses, l'index et le médium dans un doigtier stérile. On demande à la patiente de se relâcher, la bouche ouverte.

Le toucher se fait en 2 temps :

1^{er} temps : Les 2 doigts vaginaux doivent percevoir le vagin, le col et les culs de sacs vaginaux latéraux et le Douglas.

2^e temps : Les doigts vaginaux, doivent s'aider de la main gauche pour déprimer la paroi abdominale : c'est le toucher vaginal combiné au palper.

Il permet de percevoir l'utérus et de reconnaître les caractères de la tumeur qui peut être plus ou moins régulière, arrondie ou oblongue, tantôt lisse, tantôt bosselée de nodosités, de volume variable. La masse tumorale se trouve dans un cul de sac ou les deux avec les mêmes caractères : consistance ferme, non élastique, parfois dure, voire pierreuse. Elle est en l'absence de complications, indolore.

Le fait fondamental et classique est la mobilité de la tumeur avec le col de l'utérus. Les mouvements que l'on imprime à la masse sont retransmis au col et inversement. Le col peut être confondu avec un fibrome.

e. Toucher rectal :

Est indispensable quand l'hymen est intact. Il permet de faire la différence entre une tumeur rectale et le fibrome utérin.

f. Examen du périnée : Recherche un prolapsus génital.

g. Examen des seins : Recherche une galactorrhée, une mastose.

C. Diagnostic différentiel :

1. **Grossesse :**

Il faut faire un test de grossesse en présence de toute tumeur pelvienne chez une femme en période d'activité génitale.

2. **Tumeur de l'ovaire :**

La confusion est souvent fréquente. La tumeur ovarienne est indépendante de l'utérus, séparée du corps utérin par un sillon. Sa mobilisation ne faisant pas mobiliser l'utérus, mais en cas d'adhérence, il faut beaucoup se méfier et pratiquer la coelioscopie.

3. **Cancer utérin :**

Cette association doit être recherchée devant toute métrorragie post-ménopausique. [4]

En 1979, LEFFERT et ROCHET notent 15% de fibrome et 16% de polypes parmi les 334 cas de métrorragie post-ménopausique.

L'association fibrome cancer du corps est rare. Elle est de l'ordre de 0,2% d'après S. BAYO au Sénégal. [4]

VII- Les examens complémentaires : [1, 9, 11, 16, 17]

A. L'échographie pelvienne :

L'échographie est l'examen de référence pour le diagnostic des fibromes utérins.

La femme est en décubitus dorsal la vessie pleine.

Résultat :

Dans la forme classique non compliquée, le fibrome est une tumeur solide échogène dont l'échogénicité est voisine de celle du myomètre. Les ondes échographiques sont réparties régulièrement au sein de la tumeur, mais leur intensité est décroissante de la superficie vers la profondeur.

Le fibrome interstitiel n'est pas facile à mettre en évidence car son échogénicité est voisine de celle du myomètre.

Le fibrome intracavitaire est une formation arrondie siégeant au niveau de la vacuité utérine.

Le fibrome sous séreux pédiculé est difficile à objectiver.

L'échographie fait évoquer la calcification du fibrome, des modifications histologiques (œdème, nécrobiose ischémique).

Elle permet enfin de vérifier l'absence de retentissement sur les organes voisins ; par contre elle peut être hésitante devant une tumeur ovarienne solide adhérente au corps utérin, utérus malformatif, tumeur digestive.

B. L'hystérosalpingographie :

L'indication de l'hystérosalpingographie dans le diagnostic et le bilan d'une pathologie myomateuse s'est rétrécie avec les années. Cependant elle garde un intérêt surtout pour l'appréciation du retentissement des myomes sur la cavité utérine. En cas d'infertilité, l'hystérosalpingographie permet de pratiquer le bilan de la perméabilité tubaire dont le diagnostic peut influencer sur la prise en charge thérapeutique ultérieure.

Sur le plan radiologique, les fibromes sous muqueux et interstitiels sont surtout visibles sur les clichés en début de remplissage ou en début d'évacuation. Ils présentent une lacune à contours nets, arrondis ou ovalaires. Les clichés en oblique et de profil visualisent la base d'implantation des myomes sous muqueux, ils peuvent entraîner un agrandissement ou une déformation de la cavité utérine.

Contre indication :

- ✧ **Grossesse** : devant toute tumeur pelvienne douteuse, il faut demander une échographie et faire les tests immunologiques de la grossesse.
- ✧ **Infections génitales** : il faut au préalable traiter les infections.
- ✧ **Hémorragies** : elles gênent l'interprétation si elles sont abondantes avec présence de caillots.

C. La coelioscopie :

La coelioscopie transpariétale a été décrite dès 1902 par Kelling (de Dresde) sur le chien, mais n'a été utilisée sur une large échelle sur l'homme que vers 1912 par JACOBUS (de Stockholm). Son application à la gynécologie est plus récente (Ruddock et Hope, 1939), elle n'est devenue complète que par l'utilisation d'une canule permettant de mobiliser les ovaires (Sjovall, 1959).

La coelioscopie transvaginale a été mise au point par Decker (de New York, 1944) grâce à la position genu pectoral qui ouvre l'espace recto utérin et refoule l'air dans la cavité péritonéale.

La Coelioscopie est l'endoscopie de la cavité péritonéale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel (gaz carbonique ou oxygène) réalisée en salle d'opération avec toutes les précautions d'asepsie, les examens et préparatifs doivent être ceux d'une laparotomie qui peut d'ailleurs s'avérer nécessaire.

La Coelioscopie permet de poser un diagnostic précis pour le fibrome sous séreux et interstitiel et d'apprécier exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

Accidents possibles :

- ✓ **Emphysème** : par injection de gaz dans le tissu sous péritonéal de résorption rapide.
- ✓ **Blessure vasculaire** : il faut vérifier avant l'insufflation s'il n'y a pas de sang dans l'aiguille.
- ✓ **Compression nerveuse** : par parésie du plexus brachial
- ✓ **Douleur scapulaire** tardive.

- ✓ **Accident infectieux** : dans les cas d'hydrotubation dans un hydrosalpinx.

Contre indications :

- ✪ Péritonite généralisée avec état de choc septique
- ✪ Hémopéritoine avec choc hémodynamique
- ✪ Abdomen multicatriciel
- ✪ Mauvais état général, obésité excessive, troubles respiratoires, hernie diaphragmatique qui sont des contre indications pour l'anesthésie.

D. Hystérométrie :

Elle se fait à l'aide d'un appareil appelé hystéromètre métallique ou en plastique.

L'hystéromètre présente une graduation en centimètre sur 15 derniers centimètres et un index coulissant, celui de MEGS présente un curseur qui permet la lecture directe sur la partie antérieure du degré de pénétration.

Technique :

Une asepsie rigoureuse est exigée dans ce cas, on évite tout contact de l'instrument avec la paroi vaginale ; on vérifie la propreté du col et de sa glaire.

On saisit ensuite le col avec une pince de POZZI ou une pince à col fin, sur laquelle on tire doucement pour diminuer la flexion (on aura vérifié la flexion de l'utérus par le toucher vaginal).

On introduit doucement l'hystéromètre dans la cavité cervicale et par de petits mouvements de reptation on le fait progresser par persuasion vers l'isthme, puis vers le fond utérin en notant toute résistance rencontrée et toute réaction de la femme.

On peut noter :

- ✿ Un agrandissement de la cavité utérine, signe le fibrome
- ✿ Une déviation de la cavité utérine qui peut indiquer que la tumeur est régulièrement développée dans l'axe utérin
- ✿ Une irrégularité de la cavité utérine qui peut renseigner sur la présence d'un fibrome sous muqueux et même un polype intra-utérin.

E. Hystérocopie :

Elle permet de visualiser la cavité utérine préalablement distendue par un liquide ou un gaz approprié.

Elle est réalisée à l'aide soit d'un hystéroscope rigide de 2 à 4,5 mm, soit d'un hystéroscope souple.

La tolérance à l'examen est au mieux obtenue en hystérocopie souple ou en hystérocopie rigide à diamètre réduit.

L'hystérocopie diagnostique permet le diagnostic :

- ✿ des fibromes intra cavitaires dont la totalité du diamètre est dans la cavité utérine, à base d'implantation plus ou moins large,
- ✿ des fibromes sous muqueux, en faisant la part entre le plus grand diamètre en intracavitaire ou en interstitiel.

Dans l'analyse globale de la prise en charge, l'hystérocopie est considérée comme un complément de l'analyse échographique en cas de suspicion de myome intracavitaire.

En effet, elle est l'examen qui présente la meilleure sensibilité pour faire la part entre polype et fibrome.

VIII - Les complications des fibromes : [10, 11, 14, 18, 19]

A. Les complications locales :

1. Les complications hémorragiques :

Se voient essentiellement dans les fibromes sous muqueux. L'hémorragie est un symptôme mais devient une complication par sa répétition, plus souvent par son abondance. Elle finit par entraîner un état d'anémie chronique de type hypochrome et provoquer des troubles de la crasse sanguine qui favorisent l'apparition des thromboses des veines du petit bassin.

Cette hémorragie serait favorisée par :

- ✪ Des troubles hormonaux dont le mécanisme est mal connu.
- ✪ Une hyperplasie de l'endomètre, associée à un fibrome.

2. Les complications infectieuses :

Les complications infectieuses se rencontrent dans les cas suivants :

a. **Dans les cas de fibromes sous muqueux ou Polypes fibreux accouchés par le col en contact du milieu vaginal :**

Dans ce cas l'infection se manifeste par les signes suivants :

- la fièvre ;
- une altération de l'état général ;
- une hyperleucocytose ;
- une leucorrhée malodorante ;
- une douleur expulsive

Au spéculum, on perçoit une masse brunâtre ramollie et friable pouvant faire évoquer un cancer.

La nécrobiose septique d'un fibrome intra mural ou sous-sereux :

Elle survient après une nécrobiose aseptique. Due à une pullulation de germes microbiens.

b. **La gangrène utérine :**

Survient à la suite de prolifération de germes anaérobies. on retrouve les signes suivants :

- ✪ crépitation à la palpation
- ✪ altération rapide de l'état général

c. **L'endométrite :**

Elle est due aux staphylocoques, aux streptocoques, aux colibacilles, aux chlamydiae d'origine exogène et endogène. Elle se manifeste par :

- la fièvre ;

- une vitesse de sédimentation accélérée
- une leucorrhée abondante
- une douleur pelvienne

d. **La salpingite** :

On rencontre les formes hémorragiques qui sont caractérisées par les signes suivants :

- ✪ les métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes bilatérales, spontanées ou provoquées.
- ✪ épisodes fébriles
- ✪ une VS accélérée
- ✪ une hyperleucocytose

3 - Les complications mécaniques :

Elles sont dominées par la compression des organes de voisinage. Il s'agit entre autre de :

- ✓ Compression urétérale qui est le fait des fibromes inclus dans le ligament large. En réalité il s'agit plus d'un étirement de ce conduit que d'une compression vraie.
- ✓ Compression vésicale due généralement au fibrome à localisation isthmique. Le retentissement de cette complication peut se traduire par la pollakiurie, avec ou sans dysurie voire une rétention aiguë d'urine.
- ✓ Compression rectale, peu fréquente, responsable d'une constipation chronique.

4 - Les complications vasculaires :

L'œdème :

On le soupçonne devant une augmentation de volume du fibrome qui devient mou et sensible. Le diagnostic est porté au moment où l'on coupe la pièce devant son aspect ramolli et jaunâtre.

La nécrobiose aseptique :

Favorisée par la pauvreté de la vascularisation du fibrome, survient surtout au cours de la grossesse. Elle peut être parcellaire, évoluant vers la calcification, ou massive. Cliniquement il s'agit de crises douloureuses à l'occasion desquelles surviennent des métrorragies plus ou moins abondantes. Une atteinte de l'état général peut s'observer, se traduisant par de discrets signes de sub-ictère et une hyperthermie à 38°.

B. Les complications obstétricales :

Elles sont relativement rares, car l'association de fibrome et grossesse est peu fréquente et le fibrome peut être cause de stérilité, Soit par sa présence qui rétrécit la cavité utérine, Soit par les modifications de l'endomètre qui risquent de s'opposer à la nidation de l'œuf fécondé.

1. Au cours de la grossesse le retentissement est double :

Sur le fibrome qui risque :

- ✓ l'hypertrophie,

- ✓ la nécrobiose aseptique,
- ✓ la torsion.
- ✓ Sur la grossesse qui est menacée par :
- ✓ Une insertion vicieuse du placenta,
- ✓ une présentation anormale,
- ✓ l'avortement qui est généralement grave et hémorragique.

2. **Au cours du travail les complications varient avec la topographie du fibrome :**

Le fibrome corporeal entraîne une inertie utérine. Le fibrome du segment inférieur risque de devenir un obstacle prævia obligeant à pratiquer une césarienne.

3. **Dans le post-partum :**

Les complications sont surtout dominées par :

- ✓ L'inertie utérine,
- ✓ Les hémorragies de la délivrance,
- ✓ La torsion ou la suppuration du fibrome et surtout les phlébites,
- ✓ La nécrobiose aseptique.

C. Les dégénérescences :

Elles peuvent être bénignes, c'est la dégénérescence fibrokystique ; ou malignes, c'est la transformation en sarcome qui est exceptionnelle.

IX - Aspects thérapeutiques du fibrome utérin :

Une fois le diagnostic établi avec certitude, le choix des moyens thérapeutiques s'impose. Ce choix est fonction de l'âge de la patiente, des lésions et du désir de la femme de garder ses activités génitales que sont les menstruations et la fécondité.

Moyens thérapeutiques : sont de 3 ordres

- ✓ L'abstention thérapeutique ;
- ✓ Le traitement médical ;
- ✓ Le traitement chirurgical.

1. L'abstention thérapeutique :

Elle doit être adaptée en cas de fibrome petit, muet, découvert à l'occasion d'un examen systématique.

Chez la femme en ménopause, on pense que le fibrome peut involuer s'il n'est pas volumineux, d'où la nécessité d'une abstention et d'une surveillance clinique et échographique.

2. Le traitement médical : [2, 10, 14, 20]

a. Indications :

L'étiologie du fibrome étant mal connue, il n'y a pas de traitement étiologique, cependant l'hypothèse d'une origine oestrogénique des fibromes étant posée, les drogues ayant un effet anti-œstrogène seront utilisées, et les œstrogènes seront contre-indiqués. Ce qui sous entend que le traitement médical est essentiellement un traitement symptomatique des ménorragies,

- ▲ Il sera réservé aux myomes : entraînant des ménorragies, dont le diagnostic est certain, de petit ou de moyen volume, ne donnant pas d'autres complications que les hémorragies.
- ▲ Il associe des progestatifs, des utero toniques et des hémostatiques.
- ▲ Les androgènes sont rarement utilisés.
- ▲ Les associations d'oestroprogestatifs sont à proscrire, car elles augmentent le volume du fibrome et favorisent la nécrobiose aseptique.
- ▲ Les progestatifs, sont donc le traitement de choix. Il n'y a pas de preuve de leur action sur le myome lui même, par contre ils agissent sur l'endomètre qui est le siège d'une hyperplasie.

Les produits les plus couramment utilisés sont :

- Acétate de Norethisterone : PRIMOLUT-NOR ® comprimés à 10 mg
- Lynestrérol : ORGAMETRIL ® comprimé à 5 mg
- Norethisterone : NORLUTEN ® comprimé à 5 mg
- Diacétate d'éthynodiol : LUTOMETRODIOL ® comprimé à 2 mg
- Demegestone : LUTINEX ® comprimé à 0,5 mg

b. Modalités du traitement médical :

✓ Dans les ménorragies de moyenne abondance :

Si la femme n'a pas de problème contraceptif, un traitement de 2 comprimés de progestatif du 15^e au 25^e jour du cycle peut être suffisant,

Si la femme saigne au milieu du cycle ou si les règles reviennent avant le 20^e jour, il faut accroître la prise, du 10^e au 25^e jour du cycle.

Si la femme souhaite une contraception on précisera le traitement du 5^e au 25^e jour du cycle.

Il faut arrêter le traitement :

- Si la femme est en période pré ménopausique et voit ses règles disparaître sous traitement, celui-ci sera arrêté 4 à 6 mois après la disparition des règles.
- Si la femme est réglée, le traitement pourra être poursuivi 2 ou 3 ans jusqu'à la ménopause s'il est bien supporté. Souvent une reprise des hémorragies malgré le traitement et l'augmentation des doses obligera à l'intervention.

✓ **Dans les ménorragies importantes :**

Le traitement progestatif seul peut être insuffisant, il est alors utile d'injecter des oestrogènes en tout début de traitement, puis de poursuivre avec les progestatifs, des utero toniques dérivés de l'ergot de seigle, des agrégats plaquettaires et bien sûr des transfusions.

Les analogues de la LH-RH (Decapeptyl) pourront être utilisées

c. Surveillance du traitement médical :

Elle sera faite par des examens cliniques tous les 3 mois pour juger l'effet thérapeutique sur le volume des règles (nombre de garnitures)

et sur la NFS ; le toucher vaginal appréciera l'éventuelle augmentation de volume des myomes.

3. Traitement chirurgical du Fibrome utérin :

Deux grands types d'intervention sont possibles : il s'agit de la chirurgie conservatrice (myomectomie) et de la chirurgie radicale (hystérectomie) qui peut être totale ou subtotale.

3 -1. La chirurgie conservatrice : [1, 11, 21, 22, 23, 24, 25]

Indications :

Le traitement chirurgical conservateur est réservé aux fibromes symptomatiques chez les patientes désireuses de conserver une fertilité ultérieure.

Les principales indications sont :

- ▲ Les myomes sous séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose responsables de douleurs pelviennes
- ▲ Les myomes comprimant les organes de voisinage.
- ▲ Les utérus myomateux, volumineux responsables de pesanteur pelvienne
- ▲ Les utérus myomateux, responsables de ménométrorragies rebelles au traitement progestatif.

Technique de la myomectomie :

Il y a 3 voies d'abord :

- ▲ La voie abdominale
- ▲ La voie vaginale.
- ▲ La voie coelioscopique

a) La myomectomie par voie abdominale :

Choix de l'incision :

La patiente étant en décubitus dorsal une sonde à ballonnet est placée dans la vessie.

Un examen sous anesthésie générale en début d'intervention permet de choisir le type d'incision.

Dans la grande majorité des cas on choisira l'incision de Pfannenstiel. L'incision médiane ne se justifie que si la patiente en a déjà eu une ou si l'on prévoit une intervention difficile du fait d'adhérences anciennes ou de l'obésité

Technique :

La technique diffère selon que le fibrome est sous séreux interstitiel ou sous muqueux.

⊗ Fibrome sous séreux :

Le fibrome sous séreux pédiculé est le plus facile à enlever. Les incisions du péritoine et du pédicule sont faites un à deux centimètres au dessus de façon à favoriser la péritonisation après hémostase du pédicule.

Le fibrome sous séreux sessile. C'est aussi un cas facile. On incise le péritoine sur le dôme saillant du fibrome et si possible sur la ligne médiane peu vascularisée de l'utérus. Avec la pointe des ciseaux on clive le péritoine sur le myome.

Un fil (acide polyglycolique serti 3,5) peut être passé dans le myome pour servir de tracteur ; on tire de la main gauche sur le fil, puis on

clive le fibrome du myomètre en ouvrant la pointe des ciseaux. On découvre alors les vaisseaux nourriciers du myome qui sont pincés avec une ou plusieurs pinces de Leriche

Après section, l'hémostase est faite avec du fil (acide polyglycolique serti D3) si besoin. Puis le péritoine et la partie superficielle du myomètre sont suturés avec du fil fin (Ethicon monocrin 5.0)

⊛ **Fibrome interstitiel** :

L'incision du myomètre est faite dans la zone avasculaire sagittale de l'utérus avec un bistouri froid et ceci jusqu'au fibrome que l'on reconnaît à ses fibres plus blanches et enchevêtrées que le myomètre normal. On trouve alors, facilement le plan de clivage qui existe toujours entre le myomètre et le myome. Ce plan est suivi par les ciseaux que l'on ouvre. Si l'on ne parvient pas au contact du myome on risque de créer un faux plan dans le myomètre et de fragiliser ainsi l'utérus plus qu'il n'est nécessaire.

Le myome étant mis à nu et le plan de clivage trouvé, on passe du fil acide polyglycolique serti D 3,5 dans le myome pour servir de fil tracteur. On tire alors sur le fil de la main gauche et avec la pointe des ciseaux de Metzelbaum, on clive le myome qui s'énuclée assez facilement du myomètre

Les vaisseaux nourriciers du fibrome se tendent et sont pincés avec des pinces de Leriche avant d'être sectionnés et liés.

La cavité dans laquelle se trouvait le myome est refermée avec des points en X fait du fil acide polyglycolique serti D 3,5 de façon à reconstituer une paroi musculaire la plus solide et épaisse possible.

Plusieurs points en plusieurs plans sont souvent nécessaires si le fibrome est volumineux en évitant de laisser un espace mort pouvant être source d'hématome et d'infection.

⊛ **Fibrome sous muqueux :**

La voie abdominale ne se justifie que si le fibrome est inaccessible par hystérocopie c'est à dire de diamètre supérieur à 3 cm ou sessile ou encore associé à d'autres myomes qui ne peuvent être enlevés que par voie abdominale. C'est l'hystérogaphie affichée en salle d'opération qui guide l'incision. On examine soigneusement le profil pour voir où se trouve l'insertion du myome. L'incision est en général faite sur la ligne médiane peu vascularisée, antérieure si le fibrome est inséré sur la face antérieure et postérieure dans le cas inverse.

Comme précédemment, on incise jusqu'au myome dans lequel on fixe un fil tracteur pour faciliter l'énucléation. Dès que l'on arrive au voisinage de l'endomètre, la dissection devient prudente pour refouler l'endomètre avec soin. Toute fois, l'ouverture de la cavité est parfois inéluctable si le myome bombe largement dans la cavité.

⊛ **Fibrome dans le ligament large :**

L'énucléation est rendue plus complexe par la présence d'éléments nobles : uretère, vessie, pédicule utérin.

On ouvre le ligament large en sectionnant si besoin le ligament rond entre deux ligatures. On repère alors les vaisseaux utérins qui sont refoulés en avant ou en arrière du myome ; l'uretère est recherché et

il est parfois nécessaire d'inciser le péritoine le long du lombo-ovarien pour le trouver contre le péritoine enjambant les vaisseaux iliaques primitifs ; il est alors mis sur un lac et disséqué sur tout son trajet. On rencontre en descendant vers la vessie les vaisseaux utérins qui le croisent et que l'on peut lier si besoin à distance de l'uretère. Parfois, l'artère utérine est sous le fibrome et une traction manuelle ou avec une pince est nécessaire pour la dégager et la lier contre l'utérus.

Le plan de clivage le long du fibrome est en général trouvé assez facilement à condition de rester bien contre le myome et de lier au fur et à mesure les vaisseaux qui vont au myome en gardant toujours un « œil » sur l'uretère.

b) La myomectomie vaginale :

Elle est réservée à des formes anatomiques particulières.

Polype fibreux de petit volume accouché par le col : découvert dès la mise en place d'un spéculum, le polype est saisi par une pince à laquelle on imprime des mouvements de torsion successifs assurant la rupture du pédicule à sa base et son hémostase : c'est le « bistournage ».

Certains fibromes sous muqueux solitaires et bas situés peuvent être abordés par hystérectomie vaginale après décollement vésical et colpotomie antérieure. Ils sont alors enuclés et la poche capitonnée.

c) Les suites opératoires :

Les multiples études faites dans ce domaine montrent bien que la myomectomie ne comporte pas plus de risque que l'hystérectomie.

⊗ Mortalité de la myomectomie :

En 1945, Cotte et Pollosson donnent le pourcentage de 0,79% avec 2 décès pour 251 myomectomies dont l'une par péritonite, l'autre par occlusion.

En 1962 Mathieu et Mousselon [23] ne déplorent sur 94 myomectomies qu'un décès par choc non hémorragique chez une endocrinienne et regrettent plus le geste opératoire que le choix entre myomectomie et hystérectomie.

En 1964, Laurent perd deux malades sur 300 cas, soit 0,66% dont l'une par septicémie. [1]

⊗ Morbidité :

L'hémorragie constitue la principale complication de cette chirurgie. L'hémorragie intra péritonéale après capitonnage soigneux de la loge est aussi exceptionnelle que le lâchage d'une artère utérine après hystérectomie. Le risque thromboembolique a longtemps été redouté car, malgré l'existence d'un plan de clivage avasculaire autour du myome, la blessure de gros sinus circulant à la surface du myome est possible : la circulation veineuse est ouverte, avec son risque de thrombose extensive aux veines pelviennes expliquant la constitution de phlébites et embolies.

Le lever précoce, les anticoagulants prescrits la veille l'antibiothérapie et la restauration de la masse sanguine sont autant de précautions permettant le libre parcours du flux veineux.

Bien que rares, les occlusions intestinales par brides existent, constituées au contact de la cicatrice suintante et déclive de la myomectomie sont bien un des dangers propres de ce type d'intervention.

Roman sur 146, cas rapporte 1,37%, mais le soin apporté à une péritonisation correcte évite le plus souvent cet incident.

Laurent en 1964, n'a retenu qu'un cas d'occlusion sur 300 myomectomies soit 0,33%. **[1]**

Par contre la formation d'hématomes intra-utérins au niveau du foyer malgré une hémostase soigneuse est reconnue par tous. Elle explique les suites un peu fébriles liées à la résorption sanguine obligeant à prolonger l'hospitalisation par rapport à l'hystérectomie.

Les synéchies utérines sont rares, liées à l'ouverture de la cavité utérine et à l'ablation d'une partie de l'endomètre qui part avec le myome.

Le traitement hystéroscopique précoce, éventuellement associé à une coelioscopie pour éviter les perforations par fausse route sera pratiqué le plus tôt possible après le diagnostic.

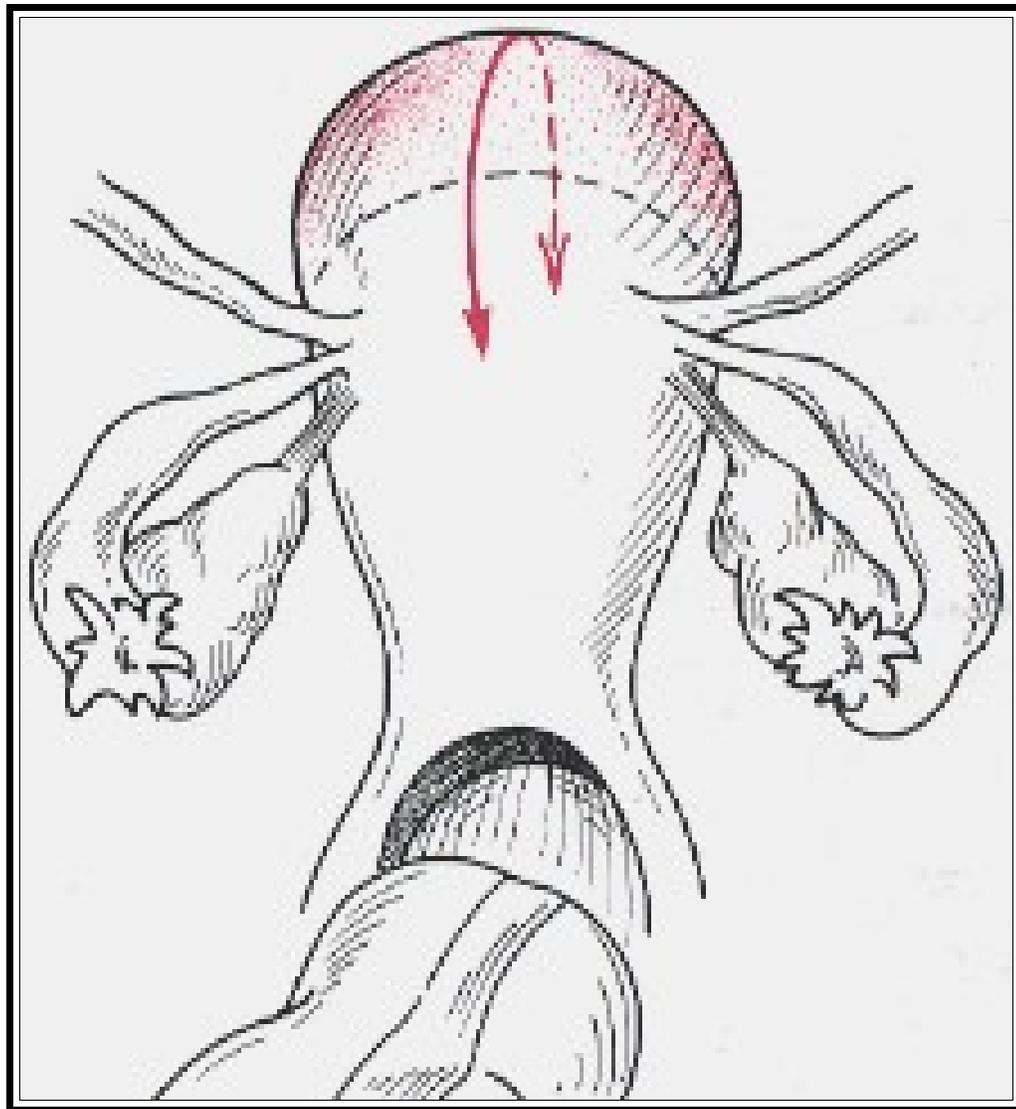
Les adhérences sont très fréquentes surtout si l'incision à été faite à la face postérieure de l'utérus (95 % des cas contre 55% si l'incision porte sur le fond ou la face antérieure). **[24]**

Elles peuvent être cause d'occlusion (0,3%) ou surtout de stérilité par adhérences peritubo-ovariennes nécessitant, en absence de grossesse, une coelioscopie avec éventuelle adhésiolyse.

Les récurrences :

A moyen terme, la principale complication reste la récurrence. Le pourcentage varie de 4 à 59% surtout s'il y a eu des myomectomies multiples et si la femme est jeune **[25]**

A 5 ans une femme sur deux aura récidivé (Fedélé 1995).



A

Crânial



Gauche

Fig.7.A : Myomectomie d'un myome interstitiel d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22]:

Tracé de l'incision sur le myome dans l'axe sagittal de l'utérus.

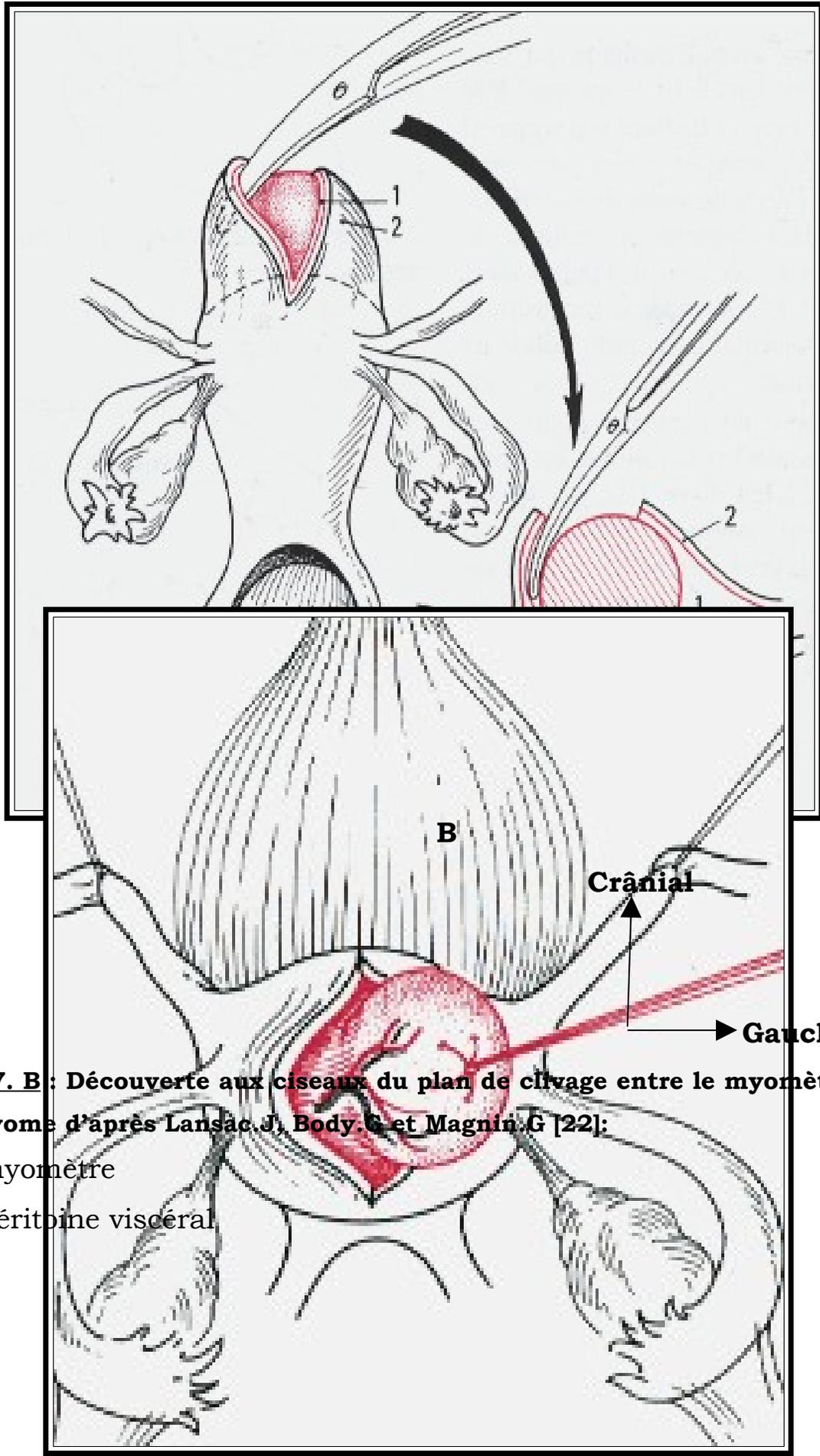


Fig. 7. B: Découverte aux ciseaux du plan de clivage entre le myomètre et le myome d'après Lansac, J., Body, G. et Magnin, G [22]:

- 1 : myomètre
- 2 : Péritoine viscéral

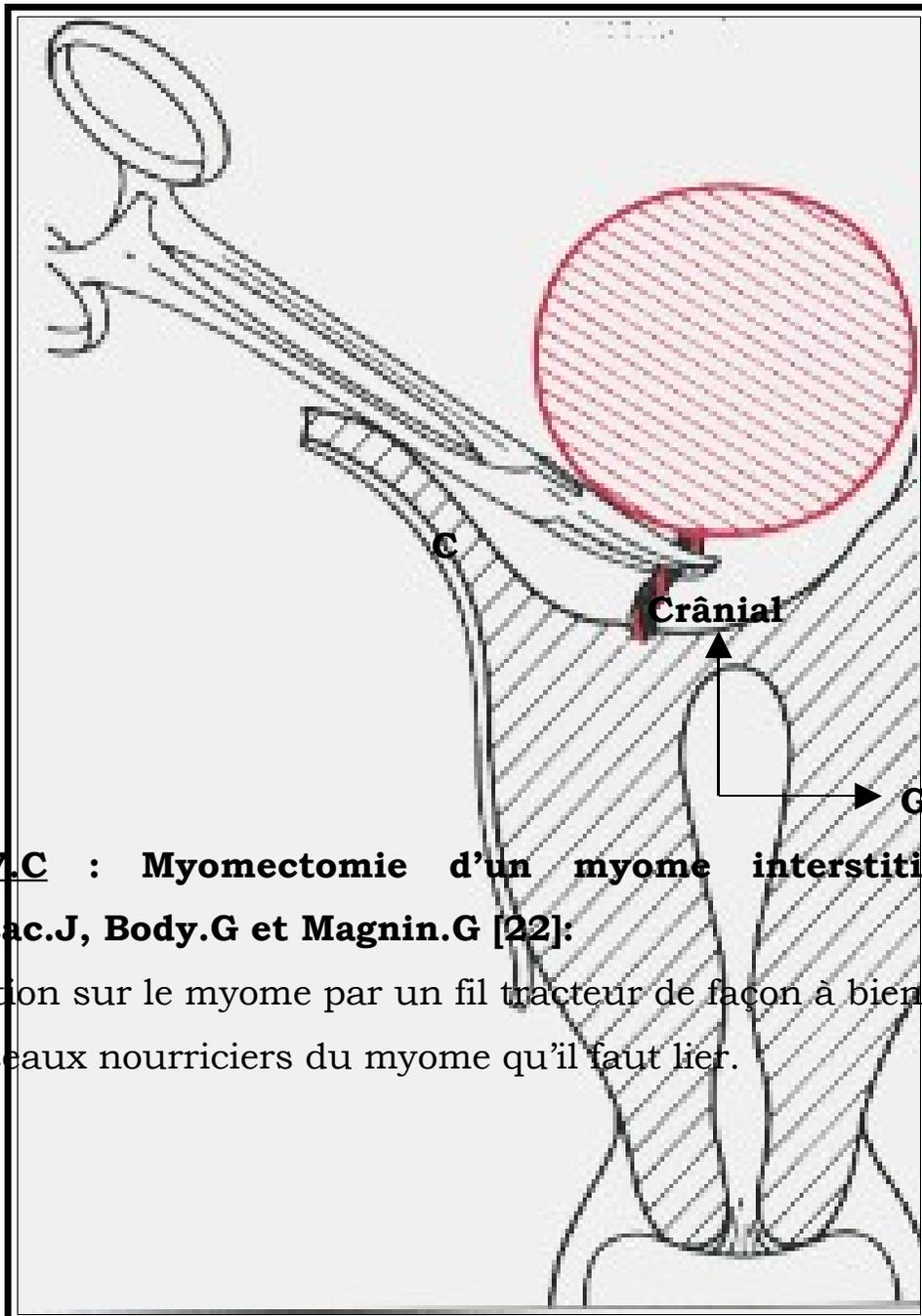


Fig.7.C : Myomectomie d'un myome interstitiel d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22]:

Traction sur le myome par un fil tracteur de façon à bien dégager les vaisseaux nourriciers du myome qu'il faut lier.

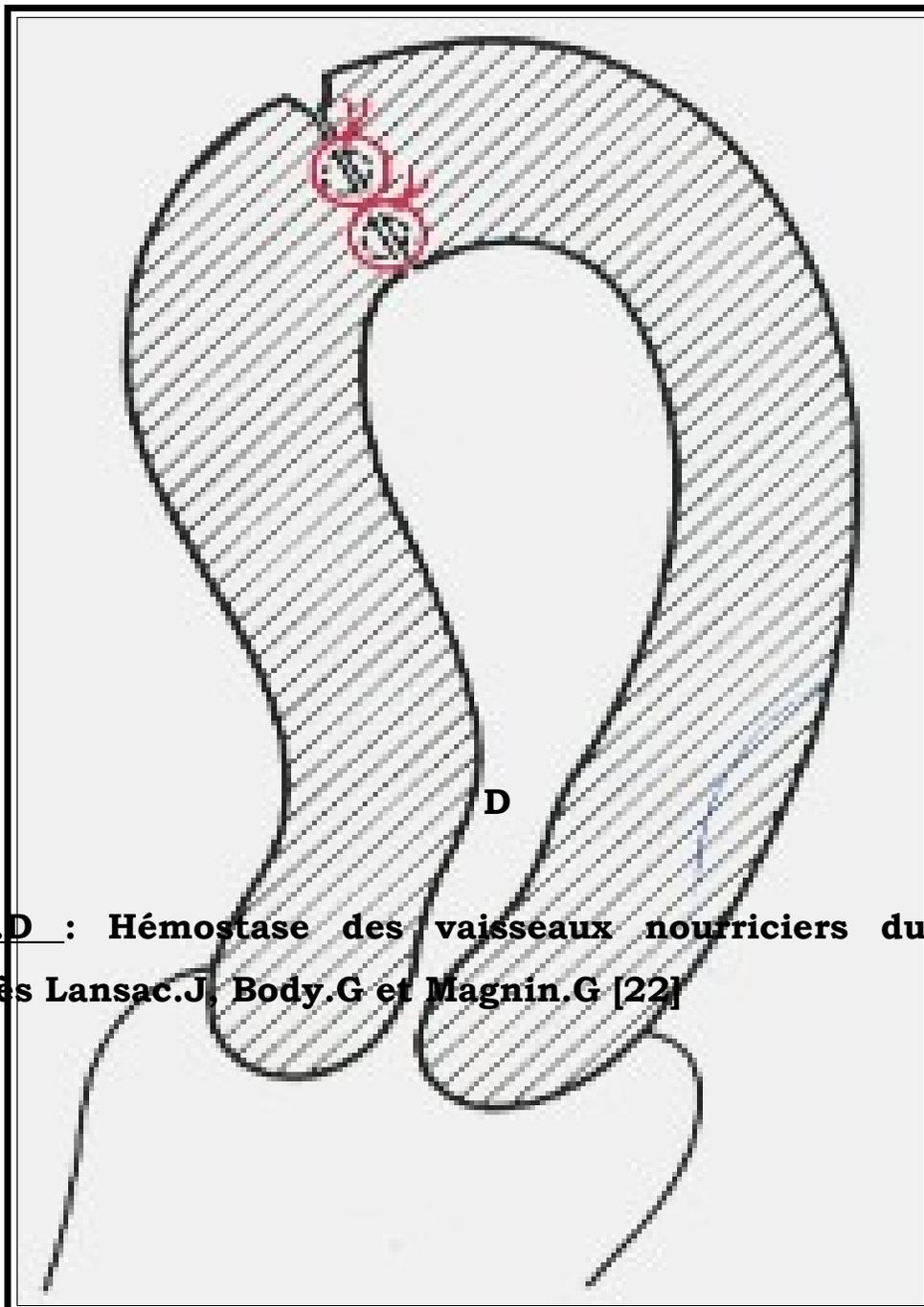
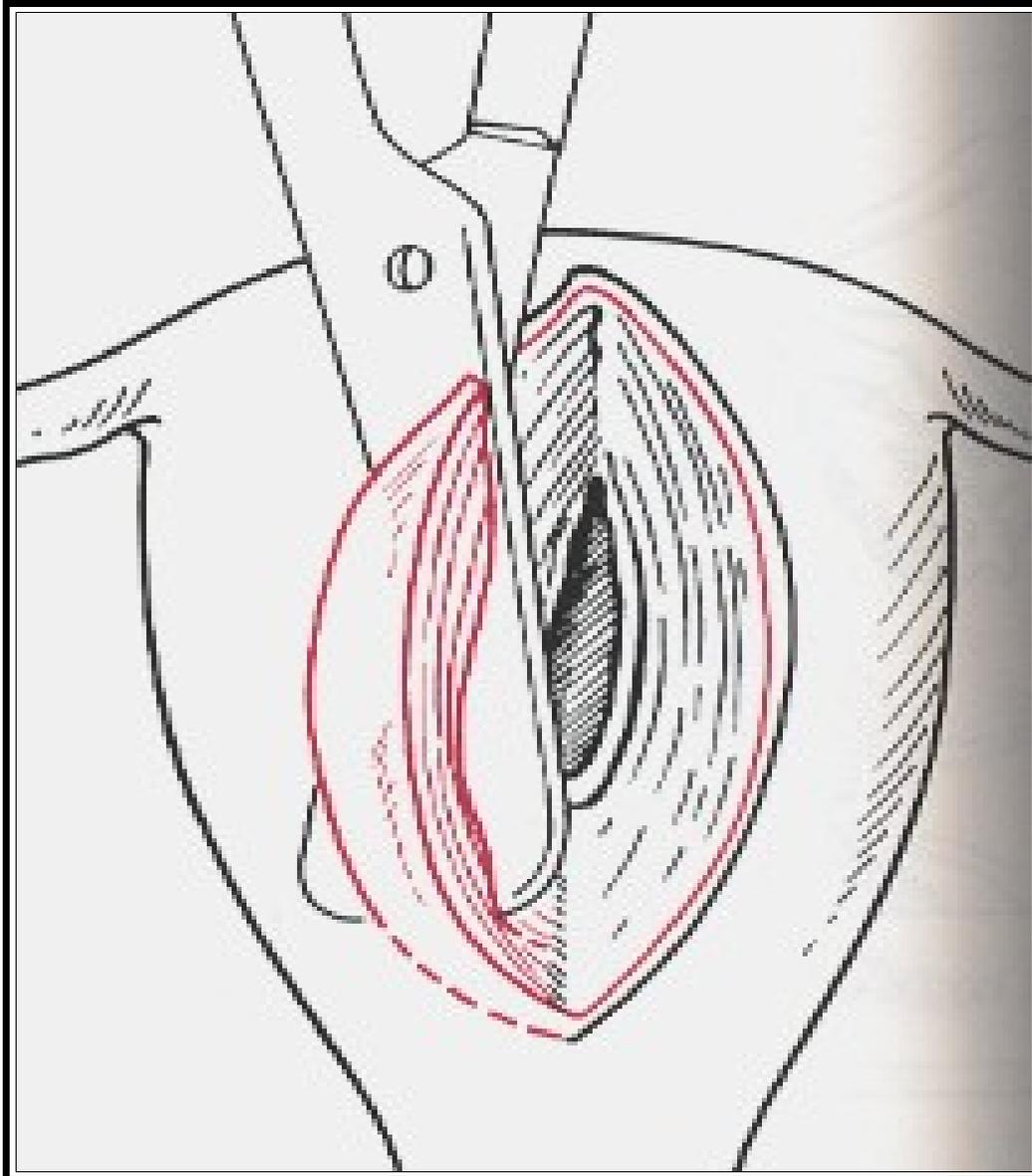


Fig.7.D : Hémostase des vaisseaux nourriciers du myome d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22]

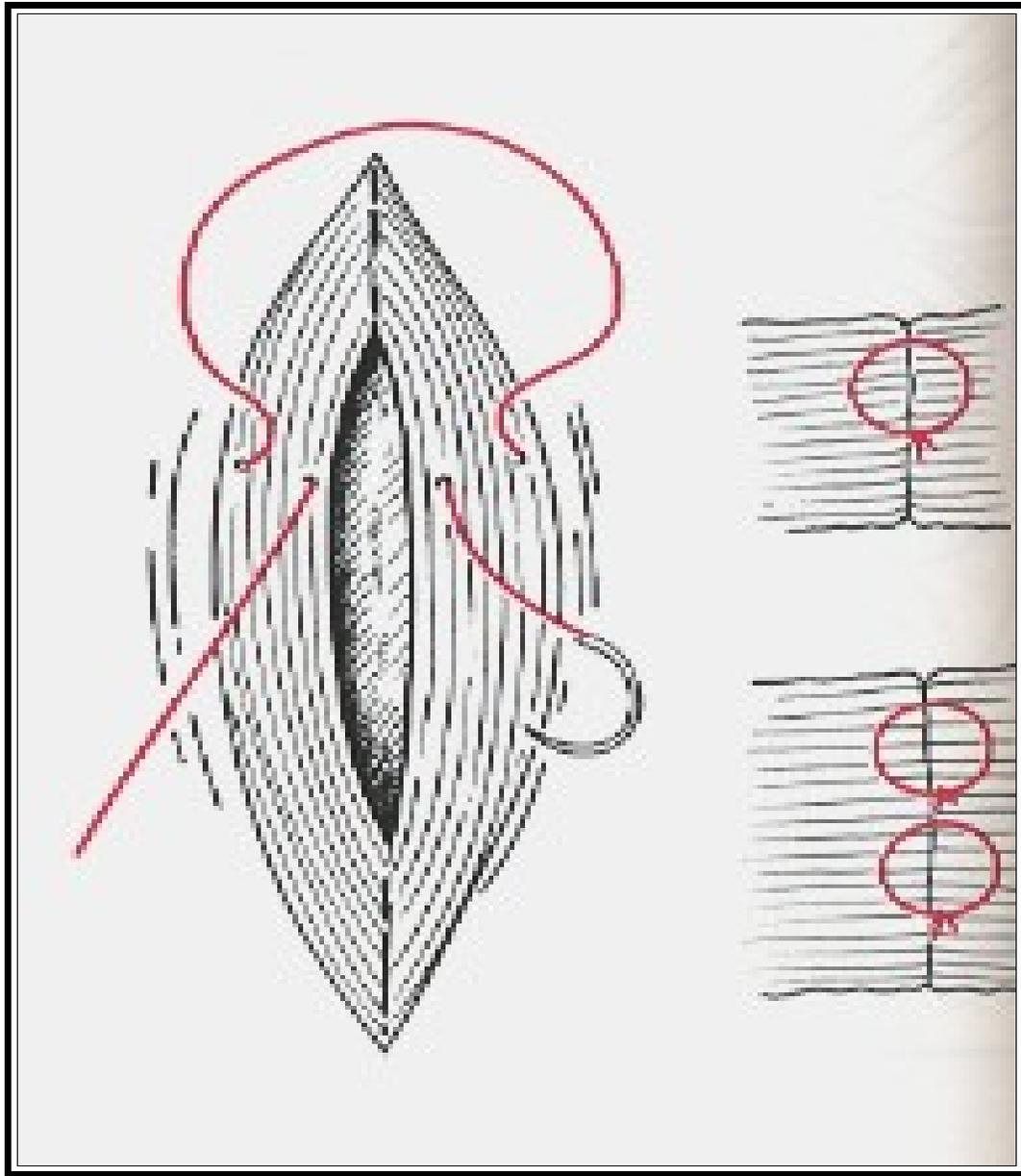
E

**Fig.7.E : Capitonnage après ablation des myomes d'après
Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22]**



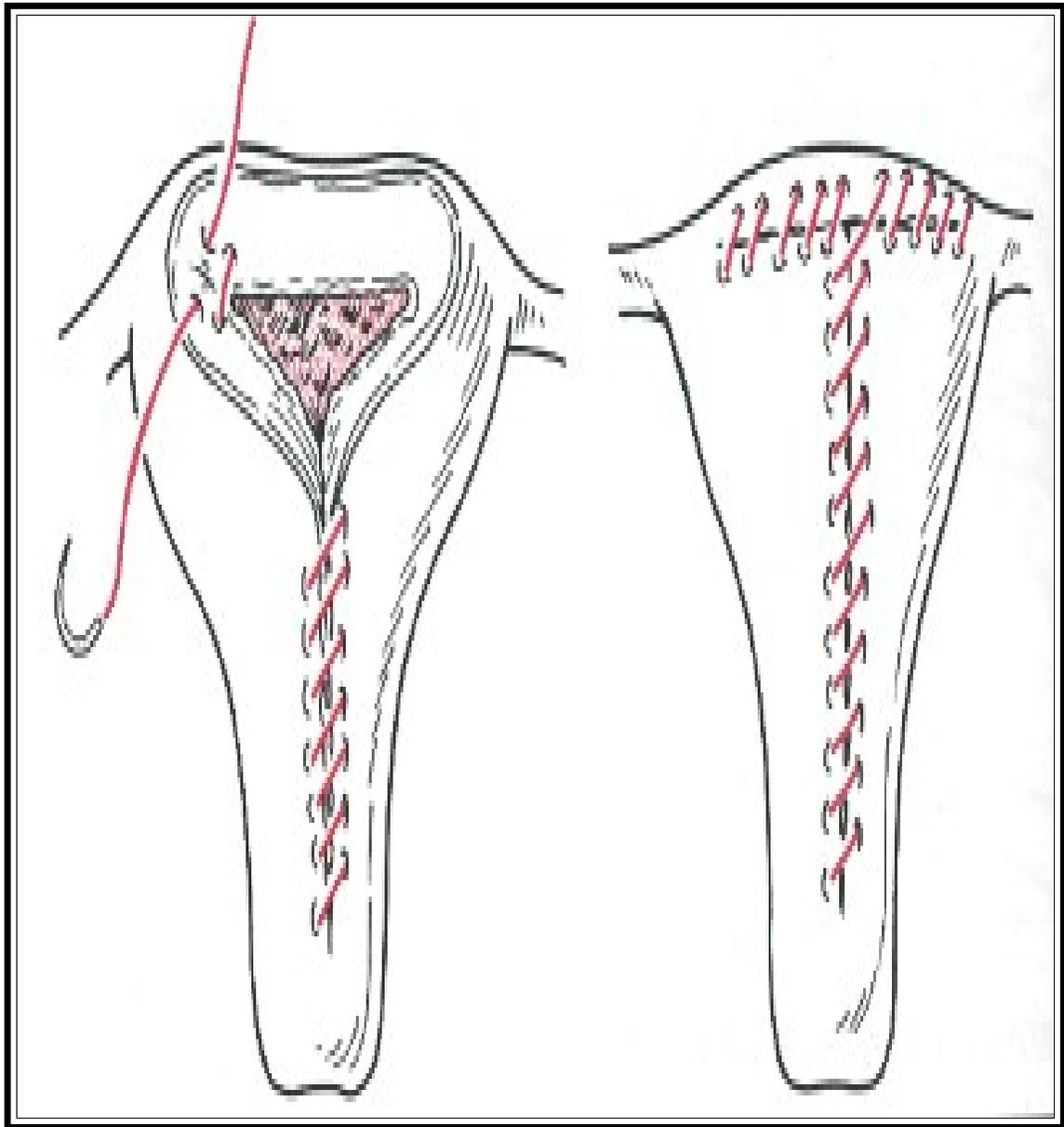
F

Fig.7.F: Résection du myomètre en excès d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22].



G

Fig.7.G: Capitonnage de la cavité par des points inversants d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22].



H

Crânial



Gauche



Fig.7.H : Fermeture en T de la face postérieure de l'utérus d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [22].

c) La myomectomie par voie coelioscopique : [26, 27]

Indication :

Les progrès récents réalisés en matière de coeliochirurgie permettent d'affirmer que sous réserve d'une formation spécifique en endoscopie opératoire, les myomectomies sont réalisables par voie coelioscopique. Il s'agit cependant d'interventions difficiles qui exigent la maîtrise des sutures per coelioscopiques. Cette voie coelioscopique est réservée aux myomes sous muqueux et/ou interstitiels de taille inférieure à 4 cm et de nombre inférieur à 3.

Technique opératoire :

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale, avec intubation endotrachéale en utilisant le matériel classique de coeliochirurgie (un insufflateur à régulation automatique une optique à vision axiale panoramique, un système de lavage, un moniteur, une camera vidéo et la boîte standard d'instruments de coeliochirurgie).

Plus spécifiquement pour cette intervention sont utiles le matériel de section coagulation (monopolaire, bipolaire, haute fréquence), le matériel de suture endoscopique, ainsi que l'instrumentation nécessaire pour effectuer une colpotomie postérieure.

Une préparation digestive est systématiquement effectuée, ce qui permet de refouler plus aisément les anses digestives au dessus du promontoire pour avoir accès facilement au cul-de-sac de DOUGLAS et opérer dans de meilleures conditions, une sonde urinaire est laissée à demeure pendant tout le temps de l'intervention. La

canulation de l'utérus, systématique, contribue à l'exposition des myomes.

Trois voies suspubiennes sont nécessaires, la position des trocarts suspubiens est déterminée après un premier temps d'inspection coelioscopique en fonction de la taille et de la localisation des myomes.

L'intervention se déroule en trois temps principaux :

⊛ **La myomectomie :**

La technique est différente selon la localisation du myome.

○ **Myomes pédiculés :**

Le pédicule du myome est coagulé avec la bipolaire puis sectionné avec les ciseaux coelioscopiques. Dans ce cas, il n'existe pas d'effraction de la paroi utérine et aucune suture n'est nécessaire, la repéritonisation se fera spontanément.

○ **Les myomes sous-séreux et les myomes intramuraux :**

L'incision, effectuée avec le crochet ou l'électrode monopolaire, est réalisée verticalement au niveau de la convexité de l'utérus déformé par le myome sous-jacent. L'incision se poursuit jusqu'au plan de la pseudo capsule, facilement reconnaissable par sa couleur blanc nacré.

Une fois ce plan repéré, commence l'énucléation du myome .On fait la dissection en restant dans le plan de la pseudo capsule et en faisant de proche en proche l'hémostase de tous les vaisseaux

avec la bipolaire. L'exposition du plan de clivage est assurée par traction divergente de deux grip pinces placées l'une sur le myome et l'autre sur la berge utérine. La traction sur le myome est assurée par une pince de gros calibre (pince de Semm) introduite par le trocart sus-pubien médian de 10 mm. Au fur et à mesure de la dissection, la position de ces pinces doit être modifiée. Une fois la dissection terminée, la loge utérine est lavée abondamment avec du sérum chaud à 45° et si nécessaire, des hémostases complémentaires à la bipolaire sont réalisées. Le point essentiel de ce temps opératoire est de toujours effectuer très scrupuleusement de proche en proche les hémostases afin de ne jamais se laisser déborder par le saignement.

Pour les myomes sous-séreux et les myomes intra-muraux de plus de 2 cm, on suture l'utérus, le plus souvent en un plan séro-musculaire. Différentes techniques peuvent être utilisées: surjet séro-musculaire qui est la technique la plus simple et la plus rapide, points séparés noués en intra-péritonéal ou points séparés noués en extra-corporel puis descendus à l'aide d'un pousse-noeud.

✪ **L'extraction du myome** :

En cas de myomes de petit volume (maximum 3 cm), l'extraction peut se faire, avec ou sans morcellement, par voie sus-pubienne, en élargissant légèrement l'orifice du trocart médian. Cependant en cas de myome plus volumineux (4 cm ou plus), on fait recours

systématiquement à la colpotomie postérieure ou au morcellement.

3 – 2. La chirurgie radicale : [22, 28]

Indications des hystérectomies :

- ✓ Fibromes volumineux déformant l'abdomen nécessitant une hystérectomie totale inter-annexielle avec conservation des ovaires s'ils sont bons.
- ✓ Gros fibromes chez les femmes pré ménopausiques ou en ménopause avec lésion annexielle, l'hystérectomie s'impose surtout quand le col porte une lésion suspecte.
- ✓ Fibromes sous muqueux saignant accompagnés d'anémie sévère chez une femme âgée.
- ✓ Fibromes intra ligamentaires ou enclavés dans le Douglas ou dans les lésions de myomatoses multiples.

a) Hystérectomie totale par voie abdominale :

Consiste à enlever tout l'utérus, la conservation des annexes dépend de leur état anatomique.

Technique :

La patiente mise en position horizontale, tête en bas pour dégager la cavité pelvienne des anses intestinales.

A l'ouverture du ventre, aidé des écarteurs, on procède à une exploration soigneuse de tous les organes pelviens pour les individualiser.

L'utérus est saisi par un hysterolabe ou une pince de POZZI. On procède de la façon suivante :

Annexes sacrifiées :

✧ **La ligature du pédicule lombo-ovarien ou infundibulo-ovarien :** elle peut nécessiter le clivage de la racine du mésocolon pelvien et même un petit décollement colo-pariétal. Il faut identifier les uretères sous le péritoine.

✧ **La section du pédicule :** elle se fait entre la ligature et une pince de Kocher servant de repère.

✧ **La section du feuillet antérieur du ligament large :** se fait aux ciseaux jusqu'au ligament rond.

✧ **La section du ligament rond :** effectuée entre la ligature et une forte pince qui prend toute l'annexe au ras de la corne utérine.

Annexes conservées :

✧ **La ligature en masse de l'annexe :** à l'aide d'une aiguille perforant le ligament large en dehors des vaisseaux d'avant en arrière on ramène un fil solide (acide polyglycolique serti 1) qui étreint le ligament rond, la trompe et le ligament utéro-ovarien.

✧ **Section de l'annexe :** ce gros moignon doit être taillé curviligne au dépens de la corne utérine.

✧ **Section du péritoine vésico-utérin** : les ciseaux sont introduits fermés sous le péritoine qui prolonge en avant de l'utérus le feuillet antérieur du ligament large. L'ouverture des ciseaux élève l'espace vésico-utérin. Il faut se méfier, le péritoine adhère à l'utérus et ne doit être élevé que dans la zone décollable. Pour l'identifier, on met en tension la vessie et on sectionne à quelques millimètres au dessus de la zone adhérente à l'utérus. La section est abandonnée sur la ligne médiane. Répétition des mêmes manœuvres de l'autre côté : à ce moment le péritoine est ouvert en avant d'un ligament rond à l'autre, en arrière d'un moignon annexiel ou utero ovarien.

✧ **Incision du fascia péri vaginal** : de la main gauche disposée derrière le col, on fait saillir celui-ci en le soulevant vers le haut. Au bistouri, on incise sur la ligne médiane un peu sur le vagin davantage sur le col le tissu cellulaire condensé sur une épaisseur de 2 mm.

✧ **Clivage du fascia** : aux ciseaux courbes, on amorce latéralement le clivage vertical entre le fascia et le dôme vaginal. Il n'est pas utile de dépasser une profondeur de 15 mm. Après cette amorce de clivage, on crée dans le fascia une brèche effilée aux 2 extrémités.

✧ **Ligature de l'artère utérine** : le dissecteur coudé est engagé dans le plan de clivage et contourne le col toujours soulevé par la main gauche. L'extrémité du dissecteur coudé poussé

fermement ressort près de la face postérieure du col et ramène le fil qui peut être un lien solide ou de l'acide polyglycolique serti 1. On ligature solidement l'artère utérine.

On pratique une section franche de toute l'épaisseur du tissu au dessus de la ligature jusqu'au bord latéral du col. Le fascia ouvert a maintenant la forme d'une ogive à sommet vaginal et dont chacun se termine au pédicule utérin lié.

⊗ **La ligature des vaisseaux cervicaux et cervico-vaginaux :** terminée, on passera les ligatures du dissecteur coudé sans force pressive préalable. Le dissecteur s'engage sous le fascia, isole un petit pédicule 6 à 8 mm d'épaisseur de tissus en contournant le col, ressort en arrière, ramène le fil qui est très serré solidement. La section du pédicule doit se faire au bistouri. La même manœuvre est faite de l'autre côté au même niveau. Il faut que l'utérus monte bien symétriquement à mesure que sont sectionnés les vaisseaux.

⊗ **La ligature et la section de l'utero sacré :** au bistouri on le sectionne en ménageant la ligature. On répète la même manœuvre de l'autre côté.

La section du péritoine recto-vaginal : on la complète si nécessaire, après la section des utero-sacrés. On clive les adhérences du rectum et on ouvre l'espace celluleux recto-vaginal.

⊗ **La suite de la ligature des vaisseaux latéraux :** après la section des utero-sacrés le col monte facilement. On le palpe d'avant

en arrière pour lier les vaisseaux latéraux jusqu'à l'insertion vaginale. On arrive au cul de sac latéral du vagin qui est souvent ouvert lors de la section du pédicule inférieur.

✪ **La section antérieure du vagin** : au bistouri, le col est saisi dans une pince de ciseaux et attiré en haut et en arrière. On désinfecte le col et le vagin avec un produit iodé.

✪ **La section postérieure du vagin** : sous contrôle de la vue au dessus des moignons de ligature, on sectionne le vagin. A ce moment on peut poser un drain en cas de saignement.

✪ **Péritonisation** : réalisée selon certains auteurs au fil résorbable de droite à gauche de l'aide vers l'opérateur. Elle comporte le rapprochement des berges de section antérieure et postérieure du péritoine enfouissant soigneusement le ligament lombo-ovarien droit puis le ligament rond droit sur la partie médiane. On peut éventuellement solidariser cette péritonisation avec la tranche vaginale dans le but d'éviter les espaces morts. Enfin on enfouit le ligament rond gauche ainsi que le ligament lombo-ovarien gauche.

b) Hystérectomie subtotale ou supra vaginale par voie abdominale :

Les premiers temps sont les mêmes que l'hystérectomie totale à savoir :

- la ligature du pédicule lombo-ovarien et la section du pédicule en cas d'annexes sacrifiées,
- la section du feuillet antérieur du ligament large,
- la ligature du ligament rond,
- la ligature en masse de l'annexe et sa section dans le cas des annexes conservées,
- l'ouverture du ligament large et l'ouverture du péritoine.

Le deuxième temps est constitué par :

⊗ **Séparation vesico-utérine :**

L'aide soulevant les 2 ligaments ronds, on saisit le péritoine vésical devant l'utérus dans une pince de Duval ; celle-ci attire la vessie en haut.

De l'extrémité des ciseaux courbes, on repousse avec respect la vessie en la clivant un peu de la face antérieure du col jusqu'au dessous de la section du col.

⊗ **Repérage au niveau de la section du col :**

Il faut palper le col entre le pouce en avant de lui et les autres doigts en arrière.

⊗ **Ligature du pédicule utérin :**

Au niveau de la future zone de section du col une aiguille courbe menée d'avant en arrière pique le bord latéral du col utérin, ressort

dans la fosse pelvienne, ramène le fil (catgut chromé numéro 2) qui est serré, lié, coupé à 5 mm du dernier nœud.

⊛ **Ligature du second pédicule utérin :**

On sectionne le col au bistouri, en commençant par une artère utérine puis le col et après l'autre artère utérine. Cette section devrait si on pouvait le faire tailler un léger dièdre au dépens du col. L'utérus est enlevé, une pince POZZI saisit le col en pleine face antérieure, au dessus de la tranche de section. Il faut éviter l'évidement du col. On vérifie la sécurité de l'hémostase.

⊛ **Fermeture du col :**

Nécessite de mettre 3 points : un médian, 2 latéraux au catgut chromé très sensible.

⊛ **Péritonisation :**

Elle se fait de la même façon que dans l'hystérectomie totale.

Avantages de l'hystérectomie totale :

Intervention mutilante entraînant une ménopause artificielle.

Évite la survenue du néo du col ou de l'utérus.

Évite l'existence d'endo-exo-cervicites, des lésions dysmorphiques ou infectieuses incurables au traitement local.

Inconvénients :

Dyspareunie

Cicatrices douloureuses au fond du vagin

Atrésie vaginale et un prolapsus

Lésion des viscères surtout la section de l'uretère ou la vessie.

Avantages de l'hystérectomie subtotale :

La facilité d'exécution et la rapidité militent en sa faveur.

Inconvénients de l'hystérectomie subtotale :

Le cancer du col ;

Les exocervicites et

Les métrorragies.

X- Autres traitements :

a - La myolyse ou électrocoagulation des fibromes utérins par laparoscopie : c'est une nouvelle procédure développée, il y a quelques années par les gynécologues de New York. Elle consiste à amener le courant électrique à travers de longues électrodes bipolaires séparées l'une de l'autre par une distance de 5 mm. L'instrument est introduit à l'intérieur de l'abdomen par des petits tubes.

Ces électrodes piquent les fibromes et le courant active la destruction sélective du tissu au voisinage des électrodes. Cette procédure est répétée à une trentaine de reprises selon différents angles. Il se produit une dégradation des fibres musculaires du fibrome, une dénaturation des protéines et une destruction de la

vascularisation. Il s'ensuit une diminution substantielle du volume des fibres utérines.

Selon les auteurs, le séjour hospitalier faisant suite à cette procédure est de moins de 24 heures et la convalescence de moins de 5 jours et il n'y a pas eu de complications rapportées.

Cette myolyse est très efficace surtout pour le traitement des fibromes sous-séreux et intra-muraux de moins de 10 cm, qui se trouvent d'abord réduit de 50 % par une préparation aux analogues de Gn-Rh, puis de nouveau de 50% par électrocoagulation par laparoscopie.

Elle est réservée aux patientes ayant renoncé à toute grossesse, et a l'avantage de l'utérus en place et de ne pas perturber la fonction sexuelle ou hormonale.

b - L'embolisation artérielle du fibrome utérin : [29]

Initialement développée pour des cancers inopérables ou de graves hémorragies de l'accouchement, l'embolisation utérine présente de nombreux avantages. Elle permet d'éviter l'ablation de l'utérus, de conserver les cycles hormonaux et la convalescence est plus courte.

Technique mise au point au début des années 1990 par les équipes de gynécologie et de radiologie de l'hôpital Lariboisière de Paris ; il s'agit, sous anesthésie locale, d'introduire un cathéter très fin dans l'artère fémorale et ceci jusqu'aux artères de l'utérus. A partir de là, une injection de billes microscopiques est effectuée, ce qui entraîne l'obturation des vaisseaux de l'utérus, provoquant du même coup l'asphyxie de la tumeur en question c'est à dire du myofibrome.

Le processus s'explique très clairement, en fait on crée une sorte d'infarctus, autrement dit une destruction de certains tissus de l'utérus en privant ceux-ci de sang et consécutivement d'oxygène. L'hémorragie du même coup est stoppée et l'on voit avec surprise diminuer le volume de la tumeur qui laisse derrière elle une simple cicatrice.

METHODOLOGIE

Cadre d'étude :

Centre de santé de référence de la commune IV (C.S.réf. C.IV)

1-1- Aperçu historique :

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78 – 34 / CMLN du 18 août 1978 et placée sous la tutelle du gouverneur du district de Bamako.

Elle est constituée par huit (8) quartiers dont le plus ancien est Lassa créé vers 1800 en même temps que Bamako et bien avant l'arrivée des Français et le tout nouveau Sibiribougou créé en 1980. Ces quartiers sont dirigés par des chefs de quartier regroupés en un collectif avec à sa tête un président.

1-2- Superficie et population :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 3 768 hectares soit 2,65 % de la superficie de Bamako pour une population de 207 834 habitants (source DNSI, recensement avril 1998 avec un taux d'accroissement de 2,8 %).

Située sur la rive gauche du fleuve Niger, elle est limitée :

- A l'Est et au Nord par la commune III ;
- A l'Ouest par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger.

1-3- Situation socio-sanitaire :

La commune IV comprend :

- Un (1) centre de santé de référence ;
- Deux (2) centres de santé de quartiers (Hamdallaye et Djikoroni-Para)
- Un (1) hôpital mère-enfants « Le Luxembourg » ;
- Sept (7) CSCOM ;
- Un (1) service social ;
- Une (1) brigade d'hygiène.
- **Les cabinés privés :**
- Sept (7) cabinets privés de consultations ;
- Deux (2) cabinets privés d'ophtalmologie ;
- Six (6) cabinets privés de soins infirmiers ;
- Quatre (4) polycliniques privées ;

1-3-1- Le Centre de Santé de Référence :

Le centre est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou. Ce centre, d'abord PMI (Protection Maternelle Et Infantile) est érigé en centre de santé de référence en 2002 pour répondre aux besoins de la population de la commune IV en matière de santé.

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie – obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, situé à l'Ouest de la ville, à Lafiabougou, structure de référence de 1^{er} niveau.

Le C.S.réf. C.IV comporte plusieurs services et bâtiments :

- LA MÉDECINE GENERALE
- LA CHIRURGIE

- L'OPHTALMOLOGIE
- LA GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
- LA STOMATOLOGIE
- L'ORL
- UN LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
- UNE PHARMACIE
- UN DAT
- UNE MORGUE
- UNE CANTINE
- UNE MOSQUEE

ORGANISATION DU SERVICE

Le service de gynécologie obstétrique est situé au centre de santé de référence de la commune IV.

A- INFRASTRUCTURE

Le service est divisé en cinq unités :

- une unité pour les consultations externes dirigée par un gynécologue obstétricien (chef du centre) aidé dans sa tâche par les thésards.
- une unité accouchement (maternité) dirigée par une sage femme maîtresse. Elle s'occupe de l'accouchement et de la réanimation des parturientes. L'unité se compose d'une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement une salle des accouchées avec cinq lits et une salle de garde pour les sages femmes.

- une unité césarienne s'occupant de l'hospitalisation, du traitement et de l'entretien des césarisées. Cette unité comporte : un bloc d'hospitalisation de 30 lits : elle est dirigée par une infirmière d'état.
- Un bloc opératoire : c'est là où toutes les interventions du service se passent, aussi bien les urgences que les malades programmés.

Il est dirigé par un infirmier d'état assisté de trois infirmières de santé. Il comporte :

- deux salles d'opération
- une salle de préparation pour les chirurgiens
- une salle de réveil
- une salle pour les stérilisations du matériel et des champs opératoires.
- une unité de pathologie gynécologique s'occupant de l'hospitalisation, du traitement et du suivi des patientes opérées ou souffrant d'une pathologie gynécologique.

Elle comprend :

- Deux salles d'hospitalisation de huit (8) lits situées dans le bloc des césarisées,
- une salle de pansements et de soins,
- une salle de consultation et de garde pour les thésards,
- une unité planification familiale,
- un bureau pour le médecin chef,
- deux salles de consultation prénatale,

- une salle de consultation post-natale,
- une salle de vaccination,
- une salle d'injections,
- une salle pour les manœuvres,
- un bureau pour la maîtresse sage-femme,
- une salle pour les déclarations de naissance.

B- LE PERSONNEL

Il se compose de :

- ✓ 7 médecins :
- ✓ 1 spécialiste en gynécologie obstétrique
- ✓ 1 spécialiste en chirurgie générale
- ✓ 1 spécialiste en ophtalmologie
- ✓ 1 spécialiste en ORL
- ✓ 2 médecins anesthésistes réanimateurs et 2 infirmiers anesthésiste
- ✓ 14 sages femmes
- ✓ 6 infirmiers d'Etat
- ✓ 2 techniciens de laboratoire
- ✓ 11 infirmiers du premier cycle
- ✓ 7 infirmières obstétriciennes
- ✓ 2 techniciens spécialistes en soins dentaires
- ✓ 2 techniciens spécialistes en ophtalmologie
- ✓ 3 techniciens spécialistes en santé publique
- ✓ 1 technicien spécialisé en oto-rhino-laryngologie
- ✓ 3 laborantins

- ✓ 3 techniciens sanitaires
- ✓ 2 comptables
- ✓ 3 gardiens
- ✓ 3 chauffeurs
- ✓ 17 aides soignantes.
- ✓ 5 manœuvres.

C- LES ACTIVITES

Les consultations externes gynéco obstétricales sont assurées par le médecin spécialiste en gynécologie obstétrique (chef de service) assisté par les thésards.

Les gardes et permanences se font de façon alternative et sont assurées par les médecins et les thésards suivant une liste mensuellement dressée par le médecin chef.

Les activités en salle d'accouchement sont assurées par deux équipes de sages femmes qui se font aider par les thésards et les médecins en cas de nécessité . Une équipe de jour travaillant de 8 heures à 20 heures et qui se compose d'une sage femme et d'une infirmière et une équipe de nuit partant de 20 heures jusqu'au lendemain à 8 heures de même composition que la première équipe.

La garde est assurée au bloc opératoire par un médecin et les thésards.

Les activités chirurgicales programmées sont pratiquées les mardis et les jeudis.

La garde est assurée au service de gynécologie par les thésards supervisés par les médecins.

Les visites quotidiennes des malades hospitalisés dans les différentes unités sont assurées par les médecins.

La visite générale est effectuée une fois par semaine à partir de 10 heures en présence du médecin chef.

Chaque vendredi il y a un exposé sur un thème bien précis par les médecins ou les thésards en présence du médecin chef et de tout le personnel.

Les soins des malades hospitalisés sont effectués par le personnel soignant.

Le transport des malades et le nettoyage du service sont assurés par les manœuvres.

Un staff quotidien est effectué tous les jours à 8 heures avec la participation de tout le service pour faire le compte rendu de la garde.

1. **Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive qui s'est étendue sur une période de seize mois (16 mois) du 1^{er} juin 2003 au 30 septembre 2004 inclus.

2. **Population d'étude :**

Notre étude a porté sur toutes les patientes ayant consulté au C.S.réf. C.IV dans le service de gynécologie obstétrique.

3. **Critères d'inclusion** :

Faisaient partie de notre étude toutes les patientes reçues en consultation dans le service de gynécologie obstétrique chez qui le diagnostic de fibrome a été posé cliniquement, confirmé par une échographie abdominale et en per opératoire.

4. **Critères de non inclusion** :

Etaient exclues de notre étude toutes les patientes ayant consulté au C.S.réf. C.IV chez qui le diagnostic de fibrome a été posé et dont les prises en charge ont été faites en dehors du C.S.réf. C.IV.

5. **Recueil des données** :

Pour réaliser ce travail, nous avons consulté les dossiers de consultations externes, d'hospitalisation et les cahiers de compte rendu opératoire du service de gynécologie obstétrique.

Au total nous avons retenu 108 cas.

L'analyse et la saisie des données ont été faites sur les logiciels :

1. EPI INFO : version 6.0
2. Microsoft WORD.
3. Test statistique : Le test de χ^2 de Pearson était le test statistique utilisé avec un seuil de signification $P \leq 0,05$

RESULTATS

Tableau I: Les interventions gynécologiques du centre

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage (%)
Myomectomie	108	48,64
Plastie tubaire	29	13,06
Salpingectomie pour G.E .U	26	11,71
Kystectomie (ovaire)	22	9,90
Prolapsus génitaux	15	6,75
Réparation de séquelles d'excisions	15	6,75
Cerclage du col	15	6,75
Hystérectomie pour lésion maligne	3	1,35
Hystérectomie pour endométriose	2	0,90
Hystérectomie d'hémostase	2	0,90
Total	222	100

La myomectomie occupe la 1^{ère} place des interventions gynécologiques soit 48,64%.

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

Tranche d'âge	Fréquence absolue	Pourcentage (%)
---------------	-------------------	-----------------

24 – 30	25	23,14
31 – 37	33	30,55
38 – 44	23	21,29
45 – 51	22	20,37
52 et plus	5	4,62
Total	108	100

La fréquence la plus élevée était celle de la tranche d'âge 31 - 37 ans. La plus jeune patiente était dans la tranche d'âge 24 - 30

Les extrêmes ont été de 25ans et de 62ans.

L'âge moyen était de $33 \pm 8,29$

Tableau III: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Mariée	80	74,10
Célibataire	11	10,20
Veuve	13	12
Divorcée	4	3,7
Total	108	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 74,10%.

Tableau IV: Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
District de Bamako	91	84,26
Hors Bamako	17	15,74
Total	108	100

Les patientes résidant à Bamako étaient les plus représentées avec 84,26%.

Tableau V: Répartition des patientes selon la gesticité

Gesticité	Fréquence absolue	Pourcentage (%)
Paucigeste	45	41,66
Multigeste	20	18,51
Grande multigeste	19	17,59
Nulligeste	17	15,74
Primigeste	6	5,55
Total	108	100

Les paucigestes ont représenté 41,66% dans notre série

Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence absolue	Pourcentage (%)
Paucipare	38	35,18
Nullipare	34	31,48
Multipare	17	15,74
Grande multipare	9	8,33
Primipare	5	4,62

Total	108	100
--------------	------------	------------

Les paucipares ont représenté 35,18% dans notre série.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux gynécologiques.

Antécédents chirurgicaux	Fréquence absolue	Pourcentage (%)
Kystectomie	5	45,45
Salpingectomie	3	27,27
Myomectomie	2	18,18
Plastie tubaire	1	9,09
Total	11	100

Deux patientes soit 18,18% avaient des antécédents de myomectomie.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les antécédents d'avortements spontanés

Nombre d'avortement	Effectif	Pourcentage (%)
0	60	55,60
≥ 1	48	44,40
Total	108	100

Quarante huit patientes, soit 44.40% avaient des antécédents d'avortement spontané.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents d'œstrogénothérapie à but contraceptif

ATCD d'œstrogénothérapie	Effectif	Pourcentage (%)
Non	86	79,62
Oui	22	20,37
Total	108	100,00

Vingt deux patientes soit 20,37% avaient subi une contraception aux œstroprogestatifs.

Tableau X : Répartition des patientes selon la qualité du cycle menstruel.

Cycle	Effectif	Pourcentage (%)
Régulier	90	83,33
Irrégulier	18	16,66
Total	108	100

Le cycle menstruel était régulier dans 83.33% des cas.

Tableau XI: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Ménorragie	45	41,66
Ménorragie + sensation de masse pelvienne	20	18,51
Algie pelvienne	12	11,11
Sensation de masse pelvienne	9	8,33
Algie pelvienne + sensation de masse pelvienne	7	6,48
Pollakiurie	3	7,77
Stérilité secondaire	4	3,7
Ménorragie + algie pelvienne + sensation de masse pelvienne	3	2,77
Sensation de masse pelvienne + stérilité secondaire	3	2,77
Stérilité primaire	2	1,85
Total	108	100

L'association ménorragie, sensation de masse pelvienne et d'algie pelvienne a été retrouvée dans 32,7%.

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

Taille de l'utérus	Effectif	Pourcentage (%)
Augmentée	104	96,29

Normale	4	3,7
Total	108	100

Chez 96,29% de patientes, on notait un utérus augmenté de taille.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués.

Examens	Effectif	Pourcentage (%)
Échographie	59	54,60
Echographie+		
Hystérosalpingographie (HSG)	49	45,40
Total	108	100

Le fibrome a été confirmé à l'échographie dans 100% des cas dans notre série.

Dans 45,4% l'HSG a été associée à l'échographie

Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction du résultat de l'HSG (Aspect de la cavité utérine)

Résultats	Effectif	Pourcentage (%)
Cavité utérine irrégulière	22	44,89
Déformation de la cavité utérine	11	22,44
Allongement de la cavité utérine	9	18,36

Cavité utérine régulière	6	12,24
Image lacunaire	1	2,04
Total	49	100

Tableau XV: Répartition des patientes selon le traitement médical reçu.

Médicaments	Effectif	Pourcentage (%)
Progestatifs + Utérotoniques	38	60,32
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	25	39,68
Total	63	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les modalités thérapeutiques.

Modalités thérapeutiques	Effectif	Pourcentage (%)
Myomectomie	80	74,07
Hystérectomie totale	18	16,66
Hystérectomie subtotale	10	9,25

Total	108	100
--------------	------------	------------

La myomectomie a été pratiquée dans 74,07%.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le type d'incision

Type d'incision	Effectif	Pourcentage (%)
Pfannenstiel	39	36,11
Médiane sous ombilicale	36	33,33
Mouchel	33	30,55
Total	108	100

L'incision selon Pfannenstiel a été la plus pratiquée avec 36,11%.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le poids des noyaux après myomectomie.

Poids des noyaux en (g)	Effectif	Pourcentage (%)
640 – 800	34	31,48
840 – 1000	24	22,22
204 – 400	19	17,595
440 – 600	17	15,74

1040 – 1200	8	7,40
40 – 200	3	2,77
1240 – 1400	2	1,85
1404 – 1800	1	0,98
Total	108	100

La tranche de poids 640-800 était la plus représentée soit 31.48% le poids moyen était de 689 g ± 282,3.

Tableau XIX : Répartition selon le siège du myome.

Siège du myome	Effectif	Pourcentage (%)
Corps utérin	45	41,66
Corps utérin + isthme	43	39,81
Isthme	20	18,51
Col	0	0
Total	108	100

Le myome était localisé au niveau corporel dans 41,66% des cas.

Dans 39,81% cette localisation corporelle était associée à la localisation isthmique

Tableau XX: Répartition des patientes selon le nombre de noyaux après myomectomie

Nombre de noyaux	Effectif	Pourcentage (%)
1 – 5	13	12,03
6 – 10	35	32,40
11 – 15	40	37,03
16 – 20	9	8,33
21 – 25	11	10,18
Total	108	100

Le nombre moyen de noyaux est de 12 ± 5,52

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les pathologies associées au fibrome utérin.

Pathologies associées au fibrome utérin	Effectif	Pourcentage (%)
Endométriose interne	30	44,11
Hydrosalpinx	12	17,60
Obstruction tubaire unilatérale	6	8,82
Obstruction tubaire bilatérale	6	8,82
Kyste de l'ovaire	5	7,35
Dystrophie ovarienne unilatérale	5	7,35
Dystrophie ovarienne bilatérale	4	5,88
Total	68	100

L'endométriose était associée au fibrome dans 44.11% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon les complications du fibrome utérin.

Type de complications	Effectif	Pourcentage (%)
Nécrobiose aseptique	14	77,80
Torsion de fibrome pédiculé	2	11,10
Calcification	2	11,10
Total	18	100

La nécrobiose aseptique a été la complication la plus retrouvée avec 77,80%.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates.

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	94	87.04
Complicées de métrorragies	14	12.96
Total	108	100

TABLEAU XXIV : Répartition des myomes selon les différentes tuniques de l'utérus et les suites opératoires immédiates

	Métrorragies		Simples		Totaux	
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
Myome sous séreux + Myome interstitiel	10	9,25	2	1,85	12	11,11
Myome interstitiel	6	5,55	0	0	6	5,55
Myome sous muqueux	20	18,51	9	8,33	29	26,85
Myome Intracavitaire	19	17,59	6	5,55	25	23,14
Myome intracavitaire + Myome interstitiel	13	12,03	4	3,70	17	15,74
Myome sous séreux	1	0,92	18	16,66	19	17,59
Total	69	63,88	39	36,11	108	100

Khi² = 8,9987 ; p = 0,05829 ; ddl = 4 ; Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre les suites opératoires immédiates et la localisation selon les tuniques de l'utérus.

Tableau XXV: Répartition du nombre d'avortements spontanés et la localisation du myome selon la structure histologique de l'utérus.

Nombre d'avortement	≥ 1		0		TOTAL	
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
Localisation du myome						
MSS + MI	1	0,92	23	21,29	24	22,21
MI	3	2,77	13	12,03	16	14,8
MSM	12	11,11	1	0,92	13	12,03
MIC	18	16,66	4	3,70	22	20,36
MIC + MI	13	12,03	12	11,11	25	23,14
MSS	1	0,92	7	6,48	8	7,4
Total	48	44,44	60	55,55	108	100

Khi² = 12,5017; p = 0,02506; ddl = 4

Il existe une liaison statistiquement significative entre le nombre d'avortements spontanés et la localisation du myome.

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine et de la localisation du myome.

	Hémoglobine ≤ 10g/dl		Hémoglobine ≥ 10g/dl		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage

		(%)		(%)		(%)
MSS +	5	4,62	19	17,59	24	22,21
MI						
MI	10	9,25	6	5,55	16	14,8
MSM	7	6,48	6	5,55	13	12,03
MIC	20	18,51	2	1,85	22	20,36
MIC +	16	14,81	9	8,33	25	23,14
MI						
MSS	0	0	8	7,4	8	7,4
Total	58	53,7	50	46,29	108	100

$$\text{Khi}^2 = 9,5213 ; p = 0,0194 ; \text{ddl} = 5$$

Il existe une différence statistiquement significative entre le taux d'hémoglobine et la localisation du myome

1. Dans notre série quarante huit patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieure ou égale à 10g/dl et ont bénéficié toutes d'une transfusion sanguine au cours de l'intervention
2. Les résultats de l'examen anatomopathologique ont révélé soixante cas de leiomyofibrome soit 57.41% contre quarante six cas de fibromyome soit 42.59%.
3. Cinquante huit patientes soit 53.71% ont été opérées sous anesthésie générale contre cinquante soit 46.29% opérées sous rachianesthésie.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation en jours	Effectif	Pourcentage (%)
4	5	4,62
5	42	38,88
6	48	44,44

7	13	12,03
Total	108	100

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 6 jours \pm 1,11.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le coût de la prise en charge

Coût en franc CFA	Effectif	Pourcentage (%)
80000 – 90000	14	12,96
91000 – 101000	12	11,11
102000 – 112000	9	8,33
113000 – 123000	63	58,33
124000 – 134000	10	9,25
Total	108	100

Le coût moyen de la prise en charge était de 106046 F CFA \pm 13130,14F CFA.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A. **Fréquences :**

Auteurs	Fréquence	Période d'observation
Cohen (J)	107	4 ans
Cochini et Lofredo		
Mussey Randal et Doyle	250	15 ans
Alexander	806	29 ans
Sangaret (A.M.) et Coll.	199	3 ans
Siné BAYO	316	5 ans
Ousmane TOURE	196	1 an + 6 mois

Nos résultats sont superposables à ceux des auteurs africains SANGARET et Coll. [30]. S. BAYO [4] selon lesquels il existe une augmentation considérable de la fréquence du fibrome utérin dans la race noire, soit 1/3 des cas chez la femme noire.

B. **Age :**

La plus jeune patiente de notre série avait 25 ans, la plus âgée avait 56 ans, l'âge moyen était de 33 ans; 33 patientes avaient un âge compris entre 31 et 37 ans, soit 30,55%. S. BAYO [4] dans sa thèse au Sénégal avait trouvé 18 ans pour la plus jeune et 77 ans pour la plus âgée avec une moyenne de 35 ans.

THIÉRO D. [19] dans sa thèse avait trouvé 21 ans pour la plus jeune et 52 ans pour la plus âgée avec une moyenne d'âge de 36 ans.

Quant à KOUTOUAN J. C. [13] dans sa thèse en Cote d'Ivoire le pic de fréquence d'apparition du fibrome se situe entre 35 – 44 ans avec une augmentation croissante jusqu'à la tranche d'âge 35 – 39 ans.

Dans notre étude le pic de fréquence s'observe dans la tranche d'âge 31-37 ans.

Le $\text{Khi}^2 = 21,95$ $P = 0,000003$

Cette différence est statistiquement significative.

ABOLO. L. [31] au Cameroun et SANGARET M. A. [30] à Abidjan ont trouvé respectivement que 64%, 75% des patientes ayant un fibrome utérin avaient un âge au dessous de 40 ans.

C. **Parité** :

Dans notre étude nous avons enregistré 34 nullipares soit 31,48%; 38 paucipares (35,18%); 17 multipares (15,74%) et 9 grandes multipares (8,33%). Nous constatons que l'augmentation de la parité est ici inversement proportionnelle à la fréquence d'apparition du fibrome utérin.

Le même constat a été fait par KOUTOUAN J. C. [13] qui trouvait 36,31% de nullipare (187 cas);

24,66% de primipares (127 cas).

18,83% de paucipares (97 cas);

11,65% de multipares (60 cas) et enfin 8,54% de grandes multipares soit 44 cas.

$\text{Khi}^2 = 14,06$ $P = 0,000177$

Cette observation est statistiquement significative.

D. **Utilisation des œstroprogestatifs** :

25% de nos patientes avaient subi une contraception orale dans leurs antécédents. Ce résultat est supérieur à celui de M. TRAORE [3] qui dans sa thèse avait obtenu 7% sur 779 consultantes pour planning; ce qui pourrait s'expliquer par une amélioration du niveau de sensibilisation familiale.

E. **Motifs de consultation** :

1. Hémorragies génitales :

Elles ont été le motif de consultation le plus prédominant avec 62,96% soit 68 cas.

HUGUIER [32] avait trouvé 50% d'hémorragie génitale alors que TOURE O. D. [1] trouvait 20%.

THIERO D. [19] avait trouvé 32,3% tandis que KOUTOUAN J. C. [13] trouvait 18%.

Dans l'étude du cycle menstruel, 90 patientes soit 83,33% avaient un cycle menstruel régulier contre 18 patientes soit 16,66% de cycle irrégulier.

Quant à TOURE O. D. [1] 74% de patientes avaient un cycle régulier contre 21% irrégulier et 5% de patientes étaient en ménopauses.

THIERO D. [19] trouvait 361 cas de cycle régulier soit 72,8%, contre 135 cas de cycle irrégulier soit 27,2%.

Nos taux sont superposables à ceux des auteurs cités.

2. Algies pelviennes :

Elles représentent dans notre série 15% soit 12 cas. TOURE O. D. [1] avait trouvé 14% dans sa thèse à Bamako, KOUTOUAN J. C. [13] 33%; RANNEY [45] 19%; HUGUIER [32] 21%; THIERO D. [19] 10,9%

Ces pelvialgies peuvent être le reflet :

- D'une compression extrinsèque : 96,29% de nos patientes avaient un utérus augmenté de taille à l'examen clinique.

S. BAYO [4] avait trouvé 171 myomes de taille variant d'une tête d'enfant à celle de l'adulte soit 54%.

TOURE O. D. [1] avait trouvé 9 patientes soit 17% qui avaient un volume utérin d'une grossesse de 4 à 7 mois à l'examen clinique.

THIERO D. [19] trouvait dans sa thèse 35,3% de patiente qui avaient un utérus dont la taille était similaire à celle d'une grossesse de 12 à 15 semaines. 60 patientes soit 12,1% avaient un utérus dont la taille avait celle d'une grossesse de 16 à 20 semaines et 12 patientes soit 2,4% avaient une hauteur utérine supérieure à celle d'une grossesse de 20 semaines.

Ainsi 2,77% de nos patientes avaient des troubles urinaires à type de pollakiurie, S. BAYO [4] trouvait 4% et DUCUING [34] 27%. Nous avons enregistré 30 d'endométriase interne soit 44,1%; ABOLO L. [31] au Cameroun a observé 1,25%; KOUTOUAN J. C. [13] 1,81%.

Nos résultats sont largement supérieurs à ceux de ces auteurs.

3. Masse pelvienne :

Dans 8,33% des cas (9) les patientes ont consulté pour sensation de masse pelvienne. THIERO D. [19] dans sa thèse avait observé 26,2% de masse pelvienne.

4. Stérilité :

S. BAYO [4] avait observé 35% de stérilité primaire et 18% de stérilité secondaire; KOUTOUAN J. C. [13] avait trouvé 15,5% de stérilité primaire.

TOURE O. D. [1] trouvait 41% de stérilité primaire et 59% de stérilité secondaire. THIERO D. [19] avait enregistré 107 cas de stérilité primaire soit 21,6% et 126 cas de stérilité secondaire soit 25,4%.

Nous avons enregistré 2 cas de stérilité primaire soit 1,85% et 4 cas de stérilité secondaire soient 3,7%.

Il existe une différence significative entre nos résultats et ceux des auteurs cités ci-dessus.

Les fibromes sous muqueux seraient pour la majorité des auteurs la cause de cette stérilité par obstacle mécanique ou par lésions concomitantes de l'endomètre. THIERO D. [19] avait trouvé 37,3% de fibrome sous muqueux (185 cas) et 7,4% de fibrome intra cavitaire (38 cas).

Notre étude objective 12,03% de fibromes sous muqueux (13 cas) 20,36% de fibromes intra cavitaire (22 cas).

Cependant la responsabilité des trompes et des ovaires n'est pas à négliger, en effet, nous avons enregistré 8,82% d'obstruction tubaire unilatérale (6 cas) et 8,82% soit 6 cas également d'obstruction tubaire bilatérale.

17,6% d'hydrosalpinx (12 cas); 7,35% de dystrophie ovarienne unilatérale (5 cas) et 5,88% soit 4 cas de dystrophies ovarienne bilatérale.

TOURE O. D. [1] avait objectivé 21% soit 6 cas d'obstruction tubaire unilatérale et 10% soit 3 cas d'obstruction tubaire bilatérale.

5. Grossesse extra utérine et myome utérin :

Au cours de notre étude, nous n'avons pas enregistré de cas de grossesse extra-utérine, mais dans les antécédents chirurgicaux de nos patientes on notait 3 cas de salpingectomie soit 9,10%.

THIERO D. [19] dans sa thèse n'a fait cas d'aucune grossesse extra utérine mais trouvait 11 cas soit 2,2% de salpingectomie dans les antécédents de ses patientes.

TOURE O. D. [1] avait noté 2 cas de grossesse extra utérine sur 100 cas.

Ces grossesses extra utérines contemporaines de la maladie fibromateuse pourraient s'expliquer par la localisation des myomes sous muqueux situés au niveau de la corne utérine, pouvant constituer un obstacle à la migration normale de l'œuf vers la cavité utérine.

6. **Avortement à répétition :**

Dans notre série, 44,4% de nos patientes soit 48 cas avaient été victimes au moins d'un avortement spontané.

TOURE O. D. [1] avait enregistré 2 cas d'avortements spontanés à répétition soit 3%.

THIERO D. [19] notait 24 cas d'avortements spontanés à répétition soit 4,8%.

Ces avortements à répétition seraient liés d'une part au déséquilibre hormonal, d'autre part à la déformation de la cavité utérine par les myomes sous muqueux comme le confirment nos tests statistiques.

F. **Examen clinique :**

Dans 96,29% (104 cas) on notait à la palpation un utérus augmenté de taille, 37% soit 4cas où on notait un utérus de taille normale.

TOURE O. D. [1] notait seulement 6 cas d'utérus de taille normale soit 11%, 8 cas (13%) d'utérus à contour irrégulier.

THIERO D. [19] trouvait 18,5% soit 92 d'utérus de taille normale, le contour utérin était régulier dans 22% et irrégulier dans 78%.

S. BAYO [4] avait comparé la taille de l'utérus à la tête de l'enfant, de l'adulte et à des pamplemousses.

G. **Moyens diagnostiques** :

1. Hystérosalpingographie :

49 HSG ont été réalisées; la cavité utérine était régulière dans 12,24% et irrégulière dans 44,89%.

9 cas d'allongement de la cavité utérine soit 18,36%, 11 cas de déformations de la cavité utérine (22,44%) et 1 cas d'image lacunaire.

Dans l'étude de THIERO D. [19] l'HSG était effectué chez 37,3% de patientes, la cavité utérine était régulière chez 42,2% contre 47,7% irrégulière, plus ou moins régulière chez 10,1% des patientes.

Dans l'étude réalisée à l'H.G.T. par TRAORE M. [3] à propos de 100 cas, 10 patientes avaient subi une HSG et les résultats étaient les suivants :

- ✓ 1 cas d'allongement de la cavité utérine,
- ✓ 1 cas de déformation de la cavité utérine,
- ✓ 1 cas d'image lacunaire avec allongement et augmentation de la cavité utérine.

➤ **Etat des trompes :**

Sur les clichés d'HSG, 17,64% des patientes (soit 12 cas) avaient des obstructions tubaires dont 8,82% bilatérale et 8,82% unilatérale; 17,60% d'hydrosalpinx (12 cas) alors que TRAORE M. [3] trouvait 6 cas d'obstruction tubaire bilatérale ou unilatérale et 1 cas d'hydrosalpinx bilatéral.

2. Echographie :

Moyen de confirmation du fibrome diagnostiqué à l'examen clinique, toutes nos patientes ont bénéficié de cet examen (100%). La répartition selon le siège du myome par rapport à la structure histologique de l'utérus avait montré :

- ✓ 7,4% de myomes sous séreux, soit 8 cas;
- ✓ 43,5% de myomes intra cavitaire, soit 47 cas;
- ✓ 12,03% de myomes sous muqueux, soit 13 cas;
- ✓ 14,8% de myome interstitiel, soit 16 cas.

Par rapport à la structure anatomique de l'utérus, on a retrouvé 45 myomes de siège corporeal, soit 41,66%; 20 myomes isthmiques soit 18,51% et 39,81% le myome était localisé à la fois au niveau corporeal et au niveau isthmique.

Aucun myome n'était localisé au niveau cervical.

TOURE O. D. [1] trouvait 5 cas de myomes sous séreux, soit 26%; 28% de myomes sous muqueux et 46% de myomes interstitiels tandis que THIERO D. [19] nous rapportait dans sa thèse 35 myomes de siège cervical, 155 myomes de siège isthmiques et 419 myomes fundico-corporels.

De ces résultats il ressort la prédominance de la localisation corporelle et isthmique des myomes, la localisation cervicale étant rare, ce qui concorde avec les données de la littérature

3. Coelioscopie :

Dans notre série, aucune coelioscopie n'a été effectuée, 61% ont subi une intervention chirurgicale (pour myomectomie, adhésiolyse plastie tubaire).

La coelioscopie avait permis d'observer selon TOURE O. D. [1] :

- ✓ 4 cas de myomes sur 8;
- ✓ 1 cas où le liquide péritonéal était abondant avec un pelvis multiadhérentiel;
- ✓ 1 cas d'obstruction tubaire bilatérale.

4. Frottis de dépistage :

Il n'est pratiqué que dans les cas suspects de néo du col ou de l'endomètre.

Dans notre étude aucun frottis de dépistage n'a été effectué.

H. Anatomopathologie :

1. Nombre de myome :

Varie dans notre série de 1 à 25. Ainsi nous avons noté 10 cas de noyaux solitaires soit 9,25% et 92 cas d'utérus polomyomateux soit 90,74%.

S. BAYO [4] avait trouvé 151 patientes à utérus polomyomateux soit 89% et 18 patientes portant un seul myome soit 11%.

TOURE O. D. [1] trouvait que 16 patientes avaient un utérus portant un seul noyau soit 32% et 34 patientes avaient un utérus polymyomateux soit 68%.

THIERO D. [19] enregistrait 42 cas de noyaux solitaire soit 8,5% et 91,5% d'utérus polymyomateux avec un nombre total de noyaux variant de 1 à 18.

2. **Dégénérescence :**

a. **Dégénérescence calcaire :**

Nous avons constaté 1 cas de dégénérescence calcaire comme les études de KOUTOUAN J. C. [13], TOURE O. D. [1].

S. BAYO [4] avait enregistré 6 cas de dégénérescence calcaire.

b. **Nécrobiose aseptique :**

Elle a été la complication la plus retrouvée dans notre série, sur un total de 18 cas de complications, elle est présente dans 77,80%; soit 14 cas.

THIERO D. [19] trouve 21 cas sur 496 soit 4,2%.

S. BAYO [4] avait relevé 9 cas sur 316 soit 2%;

TOURE O. D. [1] 6 cas sur 100, soit 6%.

c. **Dégénérescence sarcomateuse :**

Dans notre série aucun cas n'a été enregistré.

TOURE O. D. [1] avait trouvé 1 cas d'hémangiome péricytaire de l'endomètre à la limite de la malignité à l'anapath ayant nécessité une hystérectomie.

I. **Conduite thérapeutique** :

1. **Traitement médical** : Au total 63 cas répartis comme suite :

- ✓ 60,32% ont suivi un traitement progestatif (associé aux utérotoniques) soit 38 cas;
- ✓ 39,68% ont bénéficié d'un traitement à base d'anti inflammatoire non stéroïdien, soit 25 cas.

2. **Traitement chirurgical** :

Il s'agit du traitement chirurgical conservateur (myomectomie) et de la chirurgie radicale (hystérectomie).

a. **La myomectomie** :

Traitement chirurgical pour préserver la fertilité; ont été effectuées dans le cadre de notre étude, 80 myomectomies soit 74,07% KOUTOUAN J. C. [13] avait fait 17,5% de myomectomie, TOURE M. [3] avait trouvé à l'HGT 30% de myomectomie et THIERO D. [19] trouvait 188 myomectomies soit 37,9% dans son étude.

Dans notre étude la myomectomie a concerné les myomes uniques chez des patientes jeunes qui avaient un problème de stérilité; les utérus polomyomateux chez des patientes désirant garder leur fertilité.

b. **L'hystérectomie** :

Traitement chirurgical par excellence l'hystérectomie peut être totale ou subtotale.

Dans notre série, ont été effectuées 10 hystérectomies subtotaux soit 9,25% et 18 hystérectomies totales soit 16,66%.

THIERO D. [19] avait trouvé 13 hystérectomies subtotaux (2,6%), 23 cas d'hystérectomies avec annexectomies soit 4,6% KOUTOUAN J. C. [13] 28% d'hystérectomies avec annexectomies, 42,5% d'hystérectomies avec conservation des annexes et 12% d'hystérectomies subtotaux.

TRAORE M. [3] avait trouvé 22% d'hystérectomies totales et 24% d'hystérectomies subtotaux.

Les hystérectomies ont été pratiquées chez nous chez des patientes ayant 40 ans ou plus avec un volume utérin important ne désirant plus avoir d'enfants.

3. **Suite post opératoires :**

a. **Suites post opératoires immédiates :**

Nous nous sommes intéressés aux suites comprises entre l'intervalle de temps allant du J₀ de l'intervention à la sortie du malade et 1 mois après sa sortie où la patiente bénéficiera de sa première consultation post-opératoire. Les suites ont été marquées essentiellement par les métrorragies dans 12,96%.

TOURE O. D. [1] avait noté :

- ✓ 4% de pelvialgies
- ✓ 1% de métrorragies
- ✓ 1% de galactorrhées
- ✓ 1% de vaginites
- ✓ 1% d'anémies
- ✓ 1% de décès (par choc hypo volémique).

CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

CONCLUSION :

Au terme de notre étude nous pouvons faire les affirmations suivantes :

- L'apparition du fibrome utérin dans le jeune âge dans notre série : l'âge de la plus jeune patiente est de 25 ans, 33 patientes soit 30,55% de l'effectif ont un âge situé entre 31 – 37 ans, suivies par les patientes de 24 – 30 ans soit 23,14%.
- L'hémorragie génitale est le symptôme prédominant avec un effectif de 68 patientes soit 62,96% représentée exclusivement par les ménorragies.
- Suit la masse pelvienne avec 38,86%.
- La pelvialgie avec 11,11% rarement liée au fibrome.
- Récidives : la durée de notre étude malheureusement ne nous a pas permis de constater de récurrences, cependant dans les antécédents chirurgicaux ont été notés 2 antécédents de myomectomie. Le recours aux grandes statistiques permet d'affirmer que le taux de récurrence se situe globalement à 16,1%, plus la femme est jeune, plus le risque de récurrence est grand - selon KOUTOUAN J. C. [13]

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et administratives :

- La mise en place d'une cellule de recherche sur la pathogénie du fibrome utérin et les facteurs de risque afin de pouvoir faire efficacement la prévention;
- La formation de spécialistes en gynécologie obstétrique;
- L'information, l'éducation et la communication pour inciter les femmes aux consultations gynécologiques.

Aux prestataires de services :

- La recherche systématiquement de cette pathologie chez toute femme venant consulter afin de pouvoir faire sa prise en charge au moment opportun.

Aux femmes :

- Une consultation gynécologique dès l'apparition des premiers symptômes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- TOURE O.D : Contribution à l'étude des fibromes utérins à propos de 100 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du Point G.

2 - J.R. GIRAUD ; D.ROTTEN ; A. BREMOND ; P. POULAIN : Abrégé de gynécologie ; 4^{ème} édition P87-93

3 - TRAORÉ MAHAMANE :

A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital du Point G, à la PMI centrale et à la maternité d'Hamdallaye . Thèse de médecine Bamako 1986 116p, n°19

4 - BAYO SINE :

Contribution à l'étude des fibromyomes utérins à DAKAR à propos de 316 observations .Thèse de médecine DAKAR : 1973, n°11.

5 - PIERRE KAMINA :

Anatomie Gynécologie et obstétricale 4^e édition.1984, 259-272

6 - ROUIERE H :

Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle 11^e édition. 1978, 606-620

7 - BASTIDE GUY :

Bassin, parois et contenu .schémas de travaux pratiques, fascicule 14 n°611-95 BAS. Bibliothèque FMPOS.

8 - WALIGORA J, PERLEMUTER L :

Anatomie, Paris Masson 3^{ème} édition. 1975-21cm. 11-14

9 - Fibrome utérin :

Les recommandations du conseil national des gynécologues et obstétriciens français (novembre 2000).

10 - J.LANSAC et P.LECOMTE :

Gynécologie pour le praticien.4^{ème} édition, 1994 ; 66-80

11 - Encyclopédie médico-chirurgicale :

Gynécologie Tome1. 43 :245-259.

12 - BECLERE C. :

Précis de gynécologie médicale (Ed .Masson 1996.Tome I). 77-80

13 - KOUTOUAN J.CLAUDE:

Contribution à l'étude des fibrome utérins (à propos de 515 cas observés au CHU de Cocody.Abidjan) du 1^{er} Janvier 1981 au 05 Mars 1985.Thèse de Médecine.

14 - ROBERT HG, PALMER R, BOURY HEYR CL, COHEN J. :

Précis de gynécologie, 2^{ème} édition Masson Paris,1974; 856p ; 683-700

15 - CAPLIER P. :

Etude clinique et complications des fibromes utérins (en dehors de la grossesse) Revu. Prat., 1963, 13, n°26,3111-3126.

16 - BLANC B, DIERCOLE C. :

Les explorations paracliniques actuelles des fibrome utérins .hiérarchie des explorations ; gynécologie 1993.1 : 20-206.

17 - BELHOCINE. A :

Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes .Thèse de Médecine. Alger 1963, n° 3

18 - COHEN A. :

Complications des fibromes utérins. Gaz.Hop.1967 139, n°2,79-82.

19 - THIERO D. :

Fibrome utérin : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques dans le service de gynéco obstétrique au centre de référence de la commune V pour 496 cas.

20 - ROZENBAUMH. :

Traitement médical des fibromes utérins par les progestatifs de synthèse norprognane. Gynécologie 1989 ; 40 :175-179.

21 - AFRIQUE SANTE :

Fibrome utérin quand opérer ? 1985,55-9 18-24.

22 - LANSAC J, BODY G, MAGNIN G. :

Pratique chirurgicale en gynéco obstétrique, Masson, Paris 1998 ; 15-49

23 - MATHIEU J, MOUSSELON J. :

Le traitement chirurgical du fibrome utérin avant 40 ans Lyon med. 1963 n°9,289.

24 - TULANDI T, MURRAY C, GUAINICK M . :

Adhesion formation and reproductive outcome after myomectomy and second look laparoscopy. Obstet gynecol 1993; 82: 213-215.

25 - MALONE L. J. :

La myomectomie : la récurrence après ablation des myomes multiples et solitaires Obst and Gyn 1969, 34, n°9, 77-788.

26 - CHARPON C, DUBUISSON JB, AUBRIOT FX, FOULOT H, MOULY M, BOUQUET DE JOLINIERE J.:

Myomectomie percoelioscopique. Technique opératoire. Ed. Technique .Encycl. Med. Chir(Paris France) Techniques chirurgicales,urologiques, gynécologiques 2^e Fr.41-515 ;1993, 3p.

27 - DUBUISSON JB, CHARPON C :

Myomectomie percoelioscopique; Technique, Indications et résultats. Chirurgie endoscopique 1992; 4 :12-15.

28 - JEAN PATEL, LUCIEN LEGAL-MASSON. :

Nouveau traité de technique chirurgicale.

29 – RAVINA J.H., BOURET J.M., FREID D. :

Contraception, fertilité, la sexualité. 1995; 23: 45-49.

30 - SANGARET (M.A), BOHOUSSOU (K.M.), WELFENS (E.CH.) et KONE (N.) :

Les fibromes utérins en Cote d'Ivoire.

C.R.SOCS.FRANÇ-Gyneco.1972, 42, N° 8 ;594-601

31 - ABOLO (M.L.) :

A propos de 500 cas de fibromes utérins à l'hôpital central de Yaoundé. Thèse à Yaoundé : 1972, N°90.

32 - HUIGUIER J .CERBINNET G. :

Chirurgie de l'utérus, Masson et cie Paris 1961- 25cm 344p, 102-129

33 - COHEN (J.); COCHINI (J.B.) et LOFFREDO (V.) :

107 myomectomies : Relations avec la fertilité;
Gynécologie; 1981, 32, N°1, 43-54.

34 - DUCING (J.), GUILHMEUR (P.) et BINET (C.) :

Considération sur le rôle de l'hyper folliculinisme dans la pathologie du fibrome utérin. Gynéco-obstétrique : 1946, 45; N°3, 137-143.

35 - ROBERT H. :

Les indications et modalités du traitement chirurgical des fibromes presse med, 1964, 72, n°47, 2777- 2786.

36 - BOURY HEYR CL. :

Les indications chirurgicales du fibrome utérin; Thèse de médecine Paris 1962, n°931 .55 pages.

37 - INTERCEED (TC7):

Adhesion barrier study group prevention of post surgical adhesion by interceded (TC7), an anabsorbable adhesion barrier a prospective, randomized multicenter clinical study fertile, sterile 1989; 51; 933-938

38 - COLETTE C., MARTIN A., GILLET JY. :

Mortalité et morbidité postopératoire des hystérectomies abdominales. Gynécol. obstet Biol. Reprod 1978; 7 :525

39 - COLETTE C, MATHIEU J. :

Sur une nouvelle série de 163 interventions pour myomes utérins, la place de la myomectomie ; revue française de gynécologie et d'obstétrique T.38, 1943-pp265-274.

40 - COTTOM (GUYLAIRE MICHON MME) :

Fibrome et grossesse, étude du pronostic obstétrical à partir de 190 observations .Nantes imp. Contemporaine 1984 3222 141-10F.

41 - DICTIONNAIRE DE MÉDECINE :

Flammarion édit 183p.202.

42 - BOURY HEYR CL. :

Les indications thérapeutiques du fibrome utérin Gaz .Med France 1963, 70, n°14 .2425-2428.

43 - BECLERE C. :

Les hémorragies des fibromes utérins ne sont pas d'origine organique mais purement fonctionnelle et hormonale. sem. Hop. Paris, 1996, 42, 18-24 ;

Myomectomies : relations avec la fertilité; gynécologie; 1981, 32; N°1, 43-54.

44 - ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICAL :

Gynécologie obstétrique Technique chirurgicale. Editions techniques Paris.

45 - RANNEY B., FREDERICK I.:

The occasional need for myomectomy. Obstet gynecol 1979; 53: 437-441.

FICHE D'ENQUETE

Q₁ Numéro de la fiche d'enquête /___/

Q₂ Numéro du dossier /___/

Q₃ Nom et prénom de la patiente :

Q₄ Age :

Q₅ Poids

Q₆ Taille :

Q₇ Profession :

Q₈ Ethnie /___/

1 = Bamanan

6 = Sarakolé

2 = Malinké

7 = Sonrhaï

3 = Sénoufo

8 = Bobo

4 = Miniaka

9 = Dogon

5 = Peuhl

Q₉ Statut matrimonial /___/

1 = Mariée

3 = Divorcée

2 = Célibataire

4 = Veuve

Q₁₀ Provenance /___/

1 = Commune (1,2,3,4,5,6)

6 = Mopti

2 = Kayes

7 = Gao

3 = Koulikoro

8 = Tombouctou

4 = Sikasso

9 = Kidal

5 = Ségou

10 = Autre

Q₁₁ Nationalité /___/

1 = Malienne

2 = Autre

Q₁₂ Adressée par /___/

1 = Médecin

4 = Venue d'elle-même

2 = Sage femme

5 = Autres

3 = Infirmière

Q₁₃ Contact à Bamako :

Q₁₄ Parité /___/

1 = Nullipare

4 = Multipare

2 = Paucipare

5 = Grande multipare

Q₁₅ Gesticité /___/

1 = Nulligeste

3 = Multigeste

2 = Paucigeste

4 = Grande multigeste

Q₁₆ Antécédents chirurgicaux /___/

1 = Oui

2 = Non

- Si oui, nature de l'intervention /___/

1 = Myomectomie

2 = Kystectomie

3 = Plastie tubaire

4 = Césarienne

5 = Appendicectomie

5 = Cure de prolapsus génital

7 = Salpingectomie

8 = Autres

Q₁₇ Antécédents d'avortement spontané /___/

1 = Oui

2 = Non

Q₁₈ Antécédents médicaux /___/

1 = HTA

2 = Diabète

3 = Drépanocytose

4 = Tuberculose pulmonaire

5 = Autres

Q₁₉ Antécédents d'œstrogénothérapie /___/

1 = Oui

2 = Non

Q₂₀ Antécédents familiaux de fibrome / ___ /

1 = Oui

2 = Non

- Si oui préciser / ___ /

1 = Mère

2 = Grand-mère

Q₂₁ Trouble du cycle / ___ /

1 = Oui

2 = Non

- Si oui nature du trouble / ___ /

1 = Ménorragie

2 = Spanioménorrhée

3 = Aménorrhée

Q₂₂ Durée du cycle / _____ /

Q₂₃ Ménarche

Q₂₄ Motif de consultation / ___ /

1 = Ménorragie

2 = Ménorragie + sensation de masse pelvienne

3 = Algie pelvienne

4 = Sensation de masse pelvienne

5 = 3 + 4

6 = Pollakiurie

7 = Stérilité secondaire

8 = Stérilité primaire

9 = 1 + 3 + 4

10 = 4 + 7

Q₂₅ Durée des règles :

Q₂₆ Cycle / ___ /

1 = Régulier

2 = Irrégulier

Q₂₇ Taille de l'utérus à l'examen / ___ /

1 = Normale

2 = Augmenté de taille

Q₂₈ Contours de l'utérus à l'examen clinique / ___ /

1 = Réguliers

2 = Irréguliers

Q₂₉ Examens paracliniques effectués / ___ /

1 = Echographie

2 = HSG

3 = Hystérocopie

4 = 1 + 2

Q₃₀ Résultat de

l'échographie :

.....
.....
Q₃₁ Résultat de

l'HSG :

.....
.....
Q₃₂ Traitement pré-opératoire /___/

1 = Oui

2 = Non

- Si oui préciser les produits

.....
Q₃₃ Modalités thérapeutiques /___/

1 = Myomectomie

2 = Hystérectomie totale

3 = Hystérectomie subtotale

4 = Abstention thérapeutique

5 = Traitement médical

Q₃₄ Type d'incision /___/

1 = Pfauenstiel

2 = Médiane sous ombilicale

3 = Mouchel

Q₃₅ Type d'anesthésie /___/

1 = Anesthésie générale

2 = Rachianesthésie

Q₃₆ Taux d'hémoglobine /___/

1 = Hb <10g / dl

2 = Hb > ou = 10g / dl

Q₃₇ Transfusion /___/

1 = Oui

2 = Non

Q₃₈ Siège du myome par rapport à la structure anatomique de l'utérus /___/

1 = Corps utérin

2 = Isthme

2 = Col

4 = 1 + 2

Q₃₉ Siège du myome selon les différentes tuniques de l'utérus /___/

1 = Myome sous muqueux

2 = Myome intra cavitaire

3 = Myome intra mural

4 = Myome sous séreux

Q₄₀ Complication associées au fibrome utérin /___/

1 = Nécrobiose aseptique

2 = Torsion de fibrome pédiculé

3 = Calcification

Q₄₁ Pathologies associées au fibrome utérin /___/

1 = Endométriose interne

2 = Obstruction tubaire unilatérale

3 = Obstruction tubaire bilatérale

4 = Kyste de l'ovaire

5 = Dystrophie ovarienne unilatérale

6 = Dystrophie ovarienne bilatérale

- Q₄₂ Nombre de noyaux :
- Q₄₃ Poids des noyaux :
- Q₄₄ Suites opératoires immédiates :
-
- Q₄₅ Suites opératoire
lointaines :
-
- Q₄₆ Durée de l'hospitalisation :
- Q₄₇ Résultat de l'examen anatomopathologique :
-
- Q₄₈ Coût de la prise en charge :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : OUATTARA

Prénom : Drissa

Titre de la thèse : *Myome utérin au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako*

Année Universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui s'est étendue sur une période de 16 mois du 1^{er} Juin 2003 au 30 septembre 2004 inclus. 108 cas de myome utérin ont été retenus, les complications hémorragiques ont été les motifs de consultations les plus retrouvés (62,96%), suivies de la sensation de masse pelvienne.

La plus jeune patiente avait 25 ans, la plus âgée 56 ans, la moyenne d'âge était de 33 ans. Le diagnostic de myome utérin était confirmé à l'échographie dans 100% des cas ; la myomectomie a été la sanction chirurgicale la plus effectuée avec 74,07%, et le coût moyen de la prise en charge était de 106.046 F CFA + ou - 13.120,14 F CFA avec une durée moyenne d'hospitalisation de 6 jours + ou - 1,11.

Mots clés : **Myome utérin – C.S.Réf. C.IV – Bamako.**

Serment d'HIPPOCRATE

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 la 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 à favoriser le crime.

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

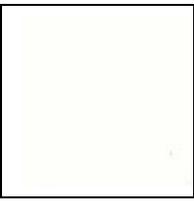
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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



Je le jure ! 🌟🇫🇷