

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEURE ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto stomatologie

Année universitaire 2008-2009

N°/.... /

TITRE

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET
THERAPEUTIQUE DU FIBROME UTERIN
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT-G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23... /12.../2008 à 17h 00 devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Monsieur **Djibril MAGASSOUBA**



Président du Jury: Professeur Amadou DIALLO
Membres: Docteur Adama KOÏTA
Codirecteur de thèse: Docteur Samba TOURE
Directeur de thèse: Docteur Bouraïma MAÏGA

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

ADMINISTRATION :

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES :

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gyneco- Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gyneco- Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R.
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco- Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco- Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie

Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie-Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie,Parasitologie,EntomologieMédicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

Mr Hamadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé- Publique- Chef de D.E.R
--------------------	---------------------------------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
------------------	----------------

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

☞ A Mon Seigneur le Dieu tout Puissant

Louange à Allah, Dieu de bonté, Dieu de l'univers et de tous les hommes.

Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures notre maître Mohamed, suprême prophète ; ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons.

Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier.

Dieu, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé ; merci également pour toutes ces personnes que tu as mis sur mon chemin.

Milles merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

Gloire à toi aujourd'hui et pour l'éternité.

☞ A mes très chers parents :

Mr. MAGASSOUBA Siriman et Mme MAGASSOUBA Namarama KEITA.

Je vous suis redevable de la chose la plus importante qui soit : « La vie », car c'est à vous que L'Eternel a confié cette lourde tâche qui était de me mettre au monde. Vous avez pris soin de moi ; vous m'avez choyé, rassuré et réconforté. Vous m'avez offert cet épanouissement que procure la vie dans une famille équilibrée. De plus, vous m'avez fait don de la seconde chose la plus importante qui soit : « L'éducation ». Tout cela vous l'avez fait avec amour et joie, n'épargnant aucun sacrifice et ne lésinant pas sur les moyens. Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à vous que je le dois, mes succès et mes réussites passés et à venir sont d'abord les vôtres. On a coutume de dire "derrière un grand homme, se cache une grande femme", moi je dirai : « *Derrière un grand enfant, se cachent de merveilleux parents !* » Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens, aucun présent ne pourrait vous remercier pour tout ça. Je n'ai rien à vous offrir en retour, si ce n'est l'amour et le respect d'un fils reconnaissant envers ses parents. Je vous remets entre les mains du Seigneur car lui seul est à mesure de rembourser cette dette inestimable.

THANKS DAD! THANKS MOM! I LOVE YOU!

☞ A mon grand tonton : Feu Karim KEITA

Tu as été pour moi comme un père et l'affection dont tu as fait preuve à mon égard m'a touché profondément. Durant ces années, ton soutien fut inconditionnel. Ce travail a été réalisé grâce à toi aussi, je t'en remercie. Que ton âme repose en paix.

☞ **A ma tante : Mme KEITA Fatoumata KEITA**

Il m'est difficile de trouver les mots pour te manifester ma reconnaissance. Rarement je n'ai vu une personne aussi fidèle et gentille que toi. Tu m'as appris le sens du partage. Ce travail est aussi le tien. Je n'ai peut être pas eu l'occasion de te dire merci, alors celle-ci je la saisis : « merci mille fois ». Que l'Eternel te bénisse et t'offre longue vie!

☞ **A mes frères et sœurs bien-aimés :**

Balla, Aïssata, Djélikan, Kanimba, Aminata.

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurais pu mieux faire. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous la houlette du Seigneur.

☞ **A mes oncles et tantes :**

Soloba, Lamine, Fili, Samba, Koumou, bourama DOUMBIA

Chacun de vous a, un jour ou l'autre, œuvré pour mon éducation à travers vos conseils, vos recommandations. Je serai toujours reconnaissant du soutien que vous me témoignez. Je ne peux que vous dire « MERCI », mais le Seigneur, lui saura comment vous combler.

☞ **A ma belle sœur : Sira DIABATE**

Chères belle sœur, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous dédie ce travail et vous témoigne ma reconnaissance. Je prie notre Père céleste de vous conduire chaque jour de vos vies.

☞ **A tous les membres de la famille MAGASSOUBA**

Nous sommes tous descendants d'une personne qui était, comme tous s'accordent à le dire, généreuse et soucieuse des siens. Cette personne-là qui a toujours œuvré pour l'amour et l'impartialité dans sa famille. Mon souhait est que, parmi nous, ses valeurs soient pérennisées : « L'union fait la force ! »

☞ **A mes neveux et nièces:**

Badiala, Soumba, Siaka, Mafitini, La vieille, Awa, Tènin, Ousmane, Batenin

Je dédie ce travail à Vous tous, et j'espère que vous deviendrez de braves hommes et femmes un jour. Que le tout puissant vous donne la force de surmonter les obstacles de la vie.

REMERCIEMENTS

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

A mes beaux-frères :

Sounouba TRAORE, Salif DIAKITE, Abdoulaye SACKO, Barou DIAKITE : Merci pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que DIEU vous bénisse et vous donnent la force de bien prendre soins de mes sœurs ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

A mes cousins et cousines :

Koumbalaye, Ibrahim Kalilou, Tiémoko, Mamadi, Brema, Karamoko, Bebe Mambi, Sira, Mani, maman, Sanaba, Hamala

Merci pour l'amitié et la sympathie dont vous avez a mon égard.

A mes amis :

Adolph, Adama .T, Yacou, Smoll, Tamba, Diallo, Biri, Drissa, Ibrahim, Karim, Yacouba, Siaka, Oumar, Vieux, Moussa, Aboudiaze, Moïse, Seydou.

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueilli, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

A mes amies :

Mariam, M'ba, Maman, Maï, Tou. Que DIEU vous bénissent et concrétisent nos relations.

A tout le personnel du CSRef de Ouélessebouyou : *Dr KONE, Dr Tiéfolo DIARRA, Dr COULIBALY, Mr BANE, Mr BERTHE, Mr MAIGA.*

Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

A tout le personnel du centre de soins et d'obstétrique :

Dr KODIO , DOUMBIA , Mme OUOLOGUEME Merci pour l'amitié et la sympathie dont vous avez a mon égard.

A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique : Merci à vous tous. Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

A mes maîtres CES, *Dr SIMA, Dr KANTE, Dr TRAORE, Dr Sakoba* ainsi qu'aux autres médecins, *Dr ONGOÏBA, Dr Harouna, Dr Etienne, Dr Moussa Balla, Dr Sidy, Dr DIABATE, Dr DRAME*. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

A tous mes collègues internes et cadets du service de gynéco-obstétrique : *I.M.D, Youssouf Yalkoué, Sédou TOURE, Mamadou .T. KEÏTA, Mohamed. S, Mohamed.F, Korotoumou BAGAYOGO, Mariam KEITA, Fatoumata .H. MAÏGA, Diakaridia FOMBA, Daouda COULIBALY, Sory COULIBALY, Awa BERTHE, Issa, Nénéfing, Amadou.*

Merci pour la confiance, les échanges de connaissance et toutes mes excuses de n'avoir pas toujours été correcte.

A mes amis (es) de la faculté :

Zakaria, Daouda, Badra Ali, Lassine, Moussa Diarra, Sirama, Boureïma, Saran, Adama Diallo, Lassana, Soungalo Diop.

Merci pour la continuation de nos bonnes relations.

Aux familles voisines du quartier, particulièrement : à la famille **KONATE**, aux familles **CAMARA**, à la famille **TRAORE** et à la famille **KEITA** : pour la confiance et le soutien.

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury, Professeur Amadou DIALLO,

Professeur en Biologie animale,

Vice recteur de l'université de Bamako,

Honorable maître :

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples préoccupations.

Votre disponibilité, votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant, votre amour du travail bien fait font de vous un maître sûr et compétent.

Veillez accepter cher maître, l'expression de votre grande admiration et votre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge, Dr. Adama KOÏTA,

✓ **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS),**

✓ **Chirurgien digestif au C.H.U du Point-G,**

✓ **Praticien infatigable.**

Cher maître :

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

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionnés par votre simplicité et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le TOUT PUISSANT vous accorde longue vie (Amen).

A notre Maître le Co-directeur de thèse, Docteur Samba TOURE,

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.**

Cher maître :

Ce travail est le votre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A notre Maître et Directeur de thèse, Docteur Bouraïma MAÏGA,

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- **Chevalier de l'ordre national,**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (INFSS),**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.**

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en vous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos disciples.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

**SIGLES
ET
ABREVIATIONS**

SIGLES ET ABREVIATIONS :

(°) : Degré

(Cm) : Centimètre

(g) : Gramme

(mm) : Millimètre

CHU G.T : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

CHU Pt.G : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

CSRef CIV: Centre de Santé de référence de la Commune IV

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

GEU : Grossesse Extra Utérine

Hb : Hémoglobine

HSG: Hystérosalpingographie

HTA : Hypertension Artérielle

LH-RH: Luteïning Hormone – Releasing Hormone

MI : Myome Interstitiel

MIC : Myome Intra Cavitaire

MSM : Myome Sous Muqueux

MSS : Myome Sous Séreux

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto Rhino Laryngologie

UGD : Ulcère Gastro duodéal

VIH : Virus d'immunodéficience humaine.

VS : Vitesse de Sédimentation



SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....22

II. OBJECTIFS.....24

III. GENERALITES26

IV. METHODOLOGIE56

V. RESULTATS.....60

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....71

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....79

VIII. CAS CLINIQUES.....81

IX. REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES.....86

X. ANNEXES.....91

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

Un fibrome est une tumeur bénigne, formée par une prolifération de tissu conjonctif et de tissu musculaire lisse, auxquelles s'adjoignent des fibres collagènes, qui sont des protéines complexes. De toutes les localisations possibles, c'est au niveau de l'utérus que le fibrome est le plus fréquent. Bien qu'asymptomatique, dans près de 50% de cas, les fibromes représentent la 1^{ère} cause d'hystérectomie pour lésion bénignes chez la femme en âge de procréer et les femmes en pré - ménopause.

Les fibromyomes utérins sont présents chez 25 – 30 % des femmes de plus de 35 ans, chez 40% des femmes de plus de 40 ans et chez 50% des femmes de plus de 50 ans. Leur fréquence est plus élevée chez les femmes de race noire.

Compte tenu de la fréquence élevée de cette affection en Afrique noire et les complications qu'elle peut engendrer, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude Épidémiologique - clinique et thérapeutique sur les cas observés dans la période de Janvier 2006 à Décembre 2007 dans le service de gynéco - obstétrique de l'Hôpital du Point G.

Dans ce travail qui est une étude rétro et prospective, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

OBJECTIFS

I – Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fibromes utérins dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point G. du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2007.

II – Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence du fibrome utérin;
- Déterminer les circonstances de découverte ;
- Décrire les caractéristiques cliniques et épidémiologiques du fibrome utérin ;
- Décrire les modalités de prises en charge ;
- Exposer quelques observations cliniques ;
- Proposer des recommandations.

III. GENERALITES

GENERALITES

1. HISTORIQUE : [2 ; 5]

Hippocrate parlait déjà de « pierre » de la matrice. VIRCHOW inaugura le premier les discussions pathologiques, qui liaient les fibromes aux infections génitales. Selon la théorie de CONHEIN en 1890, les vestiges embryonnaires seraient les cellules souches du fibrome. La théorie vasculaire par ROESLER et KNAUER fait du fibrome une formation localisée et circonscrite développée aux dépens de la paroi des vaisseaux.

De nombreux travaux sur l'utérus ont connus de grand succès :

- 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 POITHIVIN 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 enlever 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, à 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.

2. RAPPELS :

2.1. EMBRYOLOGIE : [6]

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.

2.1.1. 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 cranial, l'autre inférieur ou caudal.

a. Segment supérieur ou cranial :

IL 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

muscleuse dérive du mésoblaste ambiant de la région caudale ;

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

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 utéro 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 Müllérienne, c'est à dire mésodermique, d'autres en particulier Koff, pensent que seuls les 4/5 supérieurs du vagin sont d'origine Müllérienne, et que 1/5 inférieur dériverait de "bulbes sino vaginaux " d'origine sinusaire, c'est à dire endodermique.

2.1.2. DEVELOPPEMENT 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).

2.1.3. DEVELOPPEMENT MACROSCOPIQUE DE L'UTERUS :

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% [2]

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).

2.2. ANATOMIE : [6, 7, 8, 9]

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'entourent. 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.

2.2.1. CONFIGURATION EXTERIEURE ET RAPPORTS :

a. Le corps :

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

b. 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 cotés.

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 cotés sont analogues à ceux de la face postérieure et des bords latéraux du corps utérin.

c. Le col :

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

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.

2.2.2. CONFIGURATION INTERIEURE :

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.

a. 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 mm, dont 25 pour le corps, 25 pour le col et 5 pour l'isthme ; chez la femme multipare, la longueur de la cavité de l'utérus atteint de 60 à 65 mm, dont 35 pour le corps, 25 pour le col et 5 pour l'isthme.

2.2.3. STRUCTURE DE L'UTERUS :

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.

2.2.4. LES MOYENS DE FIXITE DE L'UTERUS :

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.

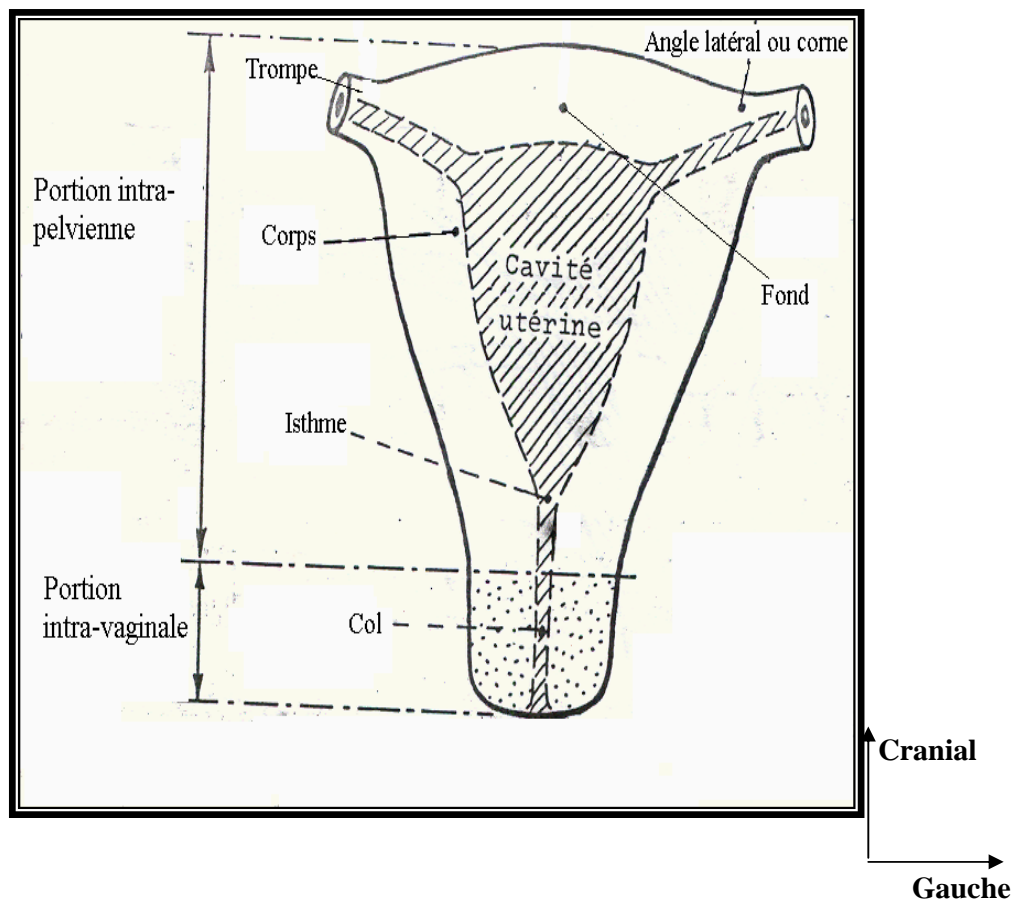
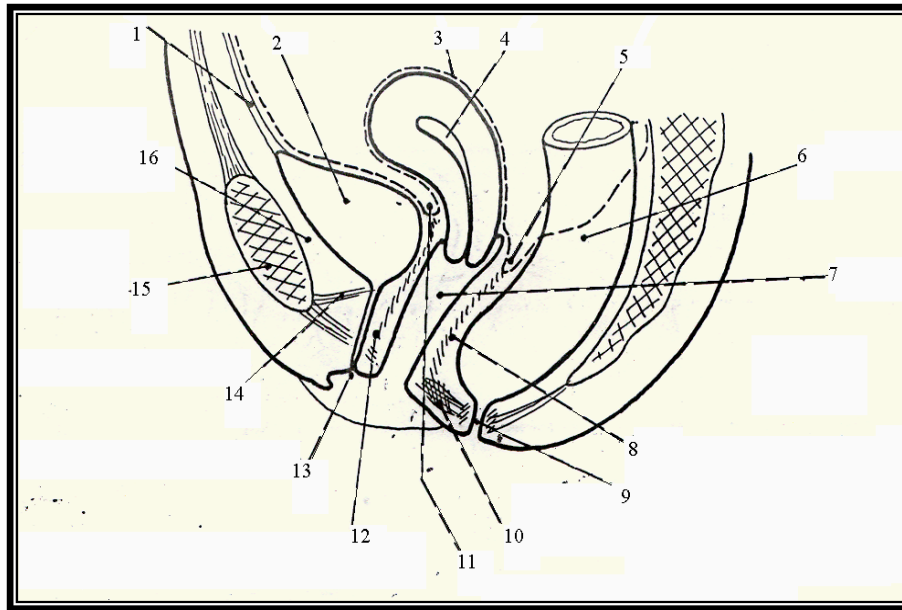


Fig. 2 : Configuration extérieure et division d'après **G. Bastide [8]**



- | | |
|---------------------------|--|
| 1= ouraque | 10= noyau fibreux central du périnée |
| 2= vessie | 11= cul de sac vésico-utérin |
| 3= péritoine | 12= cloison vésico et uréthro-vaginale |
| 4= utérus | 13= urètre et méat urinaire |
| 5= cul de sac de Douglas | 14= ligaments pubo-vésicaux |
| 6= rectum | 15= symphyse pubienne |
| 7= vagin | 16= loge pré vésicale |
| 8= cloison recto-vaginale | |
| 9=canal anal | |

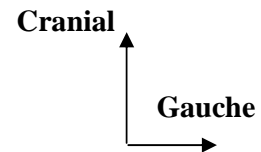


Fig. 3 : Rapports de l'utérus avec les organes voisins d'après **G. Bastide [8]**.

2.2.5. VASCULARISATION ET INNERVATION :

a. Vascularisation :

▶ 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 ovarienne, 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

▶ 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.

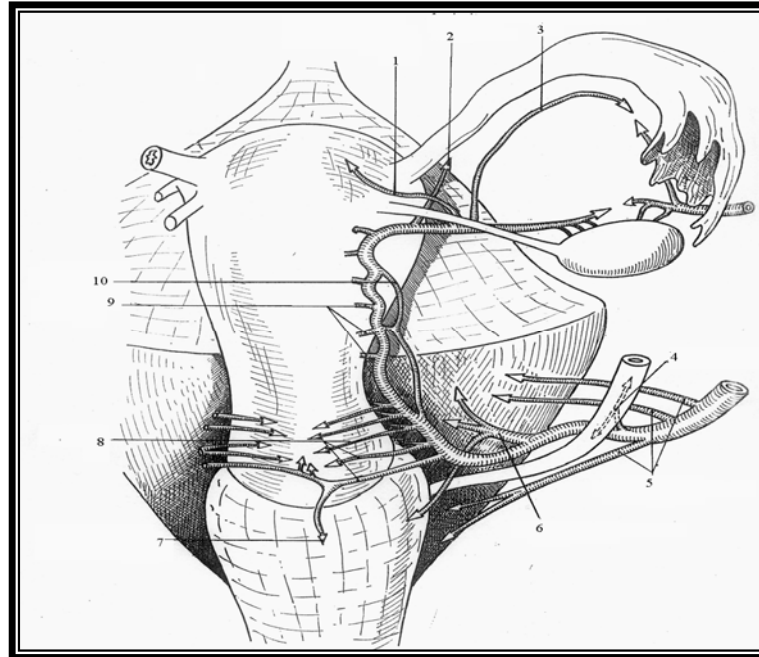
▶ Le drainage lymphatique :

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 empreint le trajet du ligament rond et se jettent dans les nœuds inguinaux superficiels.

▶ Innervation :

Les nerfs de l'utérus viennent du bord antérieur du plexus hypogastrique. Ils suivent le ligament utéro-sacré en cheminant dans sa partie antéro-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

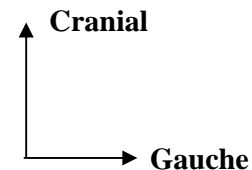


Fig.64: Artère utérine – Branches collatérales d'après **Waligora. J** et **Perlemuter. L** [9]

3. FREQUENCE DU FIBROME UTERIN: [10]

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.

4. ETIOLOGIE DU FIBROME UTERIN : [11 ; 12]

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.

5. ANATOMIE PATHOLOGIQUE : [2, 5, 13, 14, 15, 16]

5.1. ÉTUDE MACROSCOPIQUE :

5.1.1. 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. Un pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

5.1.2. La morphologie :

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

5.1.3. Le poids :

Il va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

5.1.4. Le siège :

▶ 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 urétérale 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. Ceci entraîne 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.

▶ 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 pédiculée 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 retiennent 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.

5.2. ASPECT MICROSCOPIQUE DU MYOME UTERIN :

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 [5].

6. ÉTUDE CLINIQUE : [2, 5, 11, 15, 16]

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

6.1. SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE :

6.1.1. 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.

6.1.2. Les métrorragies :

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

6.1.3. 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.

6.1.4. 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.

6.1.5. 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.

6.1.6. 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).

6.2. EXAMEN CLINIQUE :

6.2.1. Condition :

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

6.2.2. 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.

6.2.3. 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 exo cervicite, une érosion.

6.2.4. 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 indolore en l'absence de complications.

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.

6.2.5. Toucher rectal :

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

6.2.6. Examen du périnée : Recherche un prolapsus génital.

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

6.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

6.3.1. Grossesse :

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

6.3.2. 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.

6.3.3. Cancer utérin :

Cette association doit être recherchée devant toute métrorragie post-ménopausique. [5]

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. [5].

7. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : [2, 10, 12, 17, 18]

7.1. ECHOGRAPHIE 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 cavité 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.

7.2. HSG (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.

7.3. LA COELIOSCOPIE :

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 multi cicatriciel

- ✪ Mauvais état général, obésité excessive, troubles respiratoires, hernie diaphragmatique qui sont des contre indications pour l'anesthésie.

7.4. HYSTEROSCOPIE :

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

L'hystéroscopie 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.

8. LES COMPLICATIONS DES FIBROMES : [11, 12, 15, 19, 20]

8.1. 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.

8.2. Les complications infectieuses :

Les complications infectieuses se rencontrent dans les cas suivants :

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

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

L'endomérite : 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

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

8.3. 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.

8.4. 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 subictère et une hyperthermie à 38°.

8.5. 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.

▶ 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.

▶ Au cours du travail les complications varient avec la topographie du fibrome :

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

▶ 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.

8.6. Les dégénérescences :

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

9. ASPECTS THERAPEUTIQUES DU FIBROME :

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.

9.1. L'ABSTENTION THERAPEUTIQUE :

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.

9.2. LE TRAITEMENT MEDICAL: [3, 11, 15, 21]

9.2.1. 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 utéro toniques et des hémostatiques.
- ▲ Les androgènes sont rarement utilisés.
- ▲ Les associations d'estroprogestatifs 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
- Lynestréol : ORGAMETRIL ® comprimé à 5 mg
- Norethisterone : NORLUTEN ® comprimé à 5 mg
- Di acétate d'éthynodiol : LUTOMETRODIOL ® comprimé à 2 mg
- Demegestone : LUTINEX ® comprimé à 0,5 mg

9.2.2. 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 œstrogènes en tout début de traitement, puis de poursuivre avec les progestatifs, des utéro 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.

9.2.3. 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.

9.3. TRAITEMENT CHIRURGICAL DU FIBROME UTERIN :

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.

9.3.1. La chirurgie conservatrice : [2, 12, 22, 23, 24, 25, 26]

➤ 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 cœlioscopique

▶ **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'hystérocopie 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. 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.

► **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 voie vaginale après décollement vésical et colpotomie antérieure. Ils sont alors enuclés et la poche capitonnée.

► **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 [24] 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. [2]

⊛ **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%. [2]

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). [25]

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

Les récidives :

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 [26]

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

► **La myomectomie par voie coelioscopique : [27 ; 28]**

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 cœlioscopiques. Cette voie cœlioscopique est réservée aux myomes sous muqueux et/ou interstitiels de taille inférieure à 4 cm et de nombre inférieur à 3.

⊛ **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 cœlioscopiques. Dans ce cas, il n'existe pas d'effraction de la paroi utérine et aucune suture n'est nécessaire, la réperitonisation se fera spontanément.

○ Les myomes sous-séreux et les myomes intra muraux :

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 sero-musculaire.

Différentes techniques peuvent être utilisées: surjet sero-musculaire qui est la technique la plus simple et la plus rapide, points séparés noués en intra-péritonéal ou points séparés noués en extracorporel puis descendus à l'aide d'un pousse-nœud.

⊛ **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.

9.3.2. La chirurgie radicale : [23 ; 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.

L'hystérectomie peut être totale ou subtotale (supra vaginale) par voie abdominale, la conservation des annexes dépend de leur état anatomique.

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 sont le cancer du col ; les exocervicites et les métrorragies.

10. AUTRES TRAITEMENTS :

- La myolyse ou électrocoagulation des fibromes utérins par laparoscopie,
- L'embolisation artérielle du fibrome utérin [29].

IV. METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point G. L'hôpital du Point-G, actuel centre hospitalier et universitaire (C.H.U du Point-G) a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point-G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92.

En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de parturientes référées.

Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une pour le service de Gynécologie Obstétrique.

Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

Le service de Gynécologie Obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français, puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;

- 2001-2003 : Docteur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2003 à nos jours : Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Actuellement le service est en reconstruction. Le transfert fait dans le bâtiment du service d'Anatomie pathologie est provisoire.

La direction de l'hôpital a mis à la disposition du service de la Gynécologie Obstétrique des salles d'hospitalisation dans les services d'Hématologie, de Chirurgie A et B, et d'Urologie.

Sur le plan organisationnel, du lundi au vendredi la journée commence par une réunion de tout le personnel du service pour faire le compte rendu de la garde et discuter des problèmes du service : c'est le staff journalier.

Du lundi au jeudi, une consultation externe est organisée en même temps que les interventions programmées.

Le suivi des gestantes ainsi que la visite aux malades hospitalisées sont effectués en harmonie de façon quotidienne.

Le vendredi est consacré pour la visite générale dirigée par le chef de service.

La gestion des activités journalières et nocturnes est en grande partie assurée respectivement par une équipe de permanence et une autre de garde constituées d'un médecin, deux étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, une infirmière et deux garçons de salle.

Unité mixte, le service de Gynécologie Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre assez dynamique.

Ainsi nous recevons beaucoup de femmes venues pour une prise en charge gynéco-obstétricale à froid ou en urgence.

2. Période d'étude :

Notre étude s'étend du 1^{er} janvier 2006 au 31 Décembre 2007, soit une période de 2 ans.

3. Type d'étude : Il s'agit d'une étude rétro et prospective.

4. Population d'étude :

Elle est constituée par les patientes venant pour une consultation Gynécologique dans le service (externe et en urgence).

5. Critères d'inclusion :

Font partie de notre étude toutes les femmes admises dans le service chez qui le diagnostic de fibrome a été posé.

6. Critères de non inclusion :

Sont exclues de notre étude toutes les femmes admises dans le service chez qui le diagnostic de fibrome n'a pas été posé.

7. Recueil des données : il a été fait à partir des dossiers des patientes.

8. La saisie des données : elle a été faite sur le logiciel Microsoft Office Word 2007 pour la saisie et de SPSS.12 pour l'analyse, des données.

V. RESULTATS

RÉSULTATS

Tableau I : Fréquence du fibrome utérin en fonction du nombre de consultations par année.

Année	Effectifs des Consultations	Nombre de cas de Fibrome	%
2006	2090	92	4,40
2007	2303	108	4,70
Total	4393	200	4,55

Nous constatons que la fréquence du fibrome utérin reste stable.

Tableau II : Fréquence des interventions chirurgicales pour fibrome utérin par rapport au nombre total d'interventions chirurgicales gynécologiques.

Année	Effectifs des interventions chirurgicales	Nombre de Fibromes utérins opérés	%
2006	206	64	31,07
2007	247	81	32,80
Total	453	145	32,01

La fréquence des interventions pour fibrome utérin reste toujours élevée dans notre service avec un taux supérieur à 32 %.

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge en année

Age des patientes	Fréquence	%
18 -19 ans	1	0,5
20-34 ans	12	6
35-44 ans	106	53
45-54 ans	72	36
55 – 66 ans	9	4,5
Total	200	100

53% des patientes avaient l'âge compris entre **35 et 44** ans.

- Ages extrêmes : **18** ans et **66** ans.
- Age moyen = **33,67** ans.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence

Lieu de résidence	Effectifs	%
Bamako	164	82
Hors de Bamako	36	18
Total	200	100

82 % des patientes résidaient à Bamako

Tableau V : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	effectifs	%
Bambara	65	32,5
malinké	39	19,5
Peulh	30	15
Sarakolé	24	12
Sonrhäï	15	7,5
Dogon	9	4,5
Sénoufo	8	4
Touareg	6	3
Bobo	4	2
Total	200	100

Les Bambara ont été majoritaires avec **32,5%**

Tableau VI : Répartition des patientes selon la profession

Profession des patientes	Fréquence	%
Ménagère	108	54
Commerçantes	44	22
Fonctionnaires	36	18
Étudiantes	11	5,5
Elèves	1	0,5
Total	200	100

54% de nos patientes étaient ménagères.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	%
HIV	2	1
RAA	3	1,5
Diabète	4	2
Drépanocytose	4	2
HTA	20	10
U G D	33	16,5
Aucun	134	67
Total	200	100

16,5% des patientes avaient un antécédent d'ulcère suivi de 10% de cas d'HTA.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	%
Kystectomie	3	1,5
Césarienne	6	3
Plastie tubaire	16	8
Myomectomie	24	12
Aucun	151	75,5
Total	200	100

12% des patientes avaient subi la myomectomie

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents familiaux

Antécédents familiaux	Effectifs	%
Diabète	3	1,5
Fibrome	6	3
HTA	8	4
aucun	183	91,5
total	200	100

3% des patientes avaient un antécédent familial de fibrome utérin.

Tableau X : Répartition des patientes selon la gestité.

Nombre de grossesse	Effectifs	%
Nulligeste (0)	58	29
Primigeste (1)	27	13,5
pauci geste (2-3)	27	13,5
Multigeste (4-6)	88	44
Total	200	100

29% des patientes étaient des nulligestes.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité.

Nombre d'accouchement	Effectifs	%
Nullipare (0)	58	29
Primipare (1)	42	21
pauci pare (2-3)	64	32
Multipare (4-6)	22	11
Grande multipare (>6)	14	7
Total	200	100

32% et 29% de nos patientes étaient respectivement pauci pares et nullipares.

Tableau XII : Répartition des patientes selon le nombre d'avortement

Nombre d'avortements	Effectifs	%
A1	43	21,5
A2	21	10,5
A3 et plus	6	3
A0	130	65
Total	200	100

3% des patientes avaient fait au moins trois (3) avortements.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les antécédents de contraception

ATCD de contraception	Effectif	%
Non	162	81
Oui	38	19
Total	200	100

38 patientes soit 19% avaient utilisé une méthode de contraception.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectifs	%
Douleurs pelviennes	55	27,5
Ménorragies	34	17
Méno métrorragies	29	14,5
Métrorragies	15	7,5
Fibromes à l'échographie	20	10
Infécondité Primaire	19	9,5
Infécondité Secondaire	28	14
Total	200	100

Les hémorragies ont été le motif de consultation le plus fréquent avec 39%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon les signes du syndrome prémenstruel.

Syndrome prémenstruel	Effectifs	%
Œdème cyclique	1	0,5
Ballonnement	29	14,5
Mastodynie	39	19,5
Mastodynie + Ballonnement	40	20
Aucun	91	45,5
Total	200	100

45,5% des patientes ne présentaient aucun signe du syndrome prémenstruel.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la Ménarche

Ménarche	effectifs	%
< 15 ans	60	46,88
15 -- 20 ans	68	53,12
Total	128	100

46,88% des patientes ont été réglées avant 15 ans.

Tableaux XVII: Répartition des patientes selon le caractère du cycle menstruel

Etude du cycle	Effectifs	%
Régulier	146	73
Irrégulier	54	27
Total	200	100

146 de nos patientes soit 73% avaient un cycle régulier.

Tableaux XVIII : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectifs	%
Bon	166	83
Passable	18	9
Altéré	2	1
obésité	14	7
Total	200	100

83% des femmes avaient un bon état général.

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

Taille de L'utérus	Effectifs	%
Augmentée	183	91,5
Normale	17	8,5
Total	200	100

91,5% des patientes avaient un utérus augmenté de taille à l'examen clinique.

Tableau XX: répartition selon le type d'examen complémentaire effectué

Examens paracliniques	Effectifs	%
Echographie	200	100
HSG	47	23,5
Coelio-diagnostic	1	0,5
NFS	199	99,5

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une Echographie.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la localisation échographique du fibrome.

Localisation Echographique	Effectifs	%
interstitiel	88	44
sous muqueux+interstitiel	33	16,5
sous muqueux	29	14,5
sous séreux	17	8,5
sous muqueux+sous séreux	17	8,5
interstitiel sous séreux	6	3
intra cavitaire	5	2,5
accouché par le col	3	1,5
sous muqueux+intra cavitaire	2	1
Total	200	100,0

La localisation interstitielle a été la plus fréquente avec **44%**.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la forme de la cavité utérine à l'hystérosalpingographie (H.S.G).

Résultats	Effectif	%
Cavité utérine irrégulière	31	65,96
Allongement de la cavité utérine	9	19,15
Cavité utérine régulière	6	12,76
Image lacunaire	1	2,13
Total	47	100

La cavité utérine était irrégulière à l'H.S.G chez **65,96%** des patientes.

Tableau XXIII : Répartition selon les pathologies associées

Pathologies associées	Effectifs	%
fibrome et colopathie	4	2
fibrome et diabète	4	2
Fibrome et dystrophie ovarienne	5	2,5
fibrome et HTA	8	4
Fibrome et obstruction tubaire	10	5
fibrome et kyste ovarien	11	5,5
Fibrome et Adénomyose	25	12,5
Aucun	133	66,5
Total	200	100

12,5% des fibromes étaient associés à de l'adénomyose.

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

Type de complications	Effectif	%
Torsion de fibrome pédiculé	2	1
Calcification	2	1
Anémie	7	3,5
Nécrobiose aseptique	8	4
Infécondité primaire	19	9,5
Infécondité secondaire	28	14
Hémorragie	49	24,5
Aucune	85	42,5
Total	200	100

L'hémorragie a été la complication la plus fréquente avec **24,5%** suivie de **23,5%** d'infécondité.

Tableaux XXV : Répartition des patientes selon le nombre de noyaux

Le nombre de myomes	Effectifs	%
unique	15	7,5
multiple	185	92,5
Total	200	100

92,5% des patientes avaient un utérus polymyomateux.

Tableau XXVI : Répartition selon le siège du myome.

Siège du myome	Effectif	%
Corps utérin	112	56
Corps utérin + isthme	71	35,5
Isthme	14	7
Fibrome accouché par le col	3	1,5
Total	200	100

Les myomes corporeaux ont été retrouvés dans **56%** des cas.

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

Traitement	Effectifs	%
médical	39	19,5
traitement chirurgical	145	72,5
Aucun	16	8
Total	200	100

72,5% ont subi une intervention chirurgicale.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le type d'intervention chirurgicale

Traitement chirurgical	Effectifs	%
Myomectomie	80	55,17
Hystérectomie totale	62	42,76
Bistournage	3	2,07
Total	145	100

La myomectomie a été pratiquée chez 55,17% des patientes suivie de l'hystérectomie totale avec 42,76%

**VI. COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS**

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A. FREQUENCES :

1. LA FREQUENCE DU FIBROME PAR RAPPORT AU NOMBRE DE CONSULTATION :

- En 2006, sur un nombre total de 2090 consultations, nous avons enregistré 92 cas de fibrome utérin, soit une fréquence de 4,40%.
- En 2007, sur un nombre total de 2303 consultations, 108 cas de fibrome utérin ont été enregistrés, soit 4,70% de fréquence.

2. LA FREQUENCE DU FIBROME PAR RAPPORT AU NOMBRE D'INTERVENTION CHIRURGICALE GYNECOLOGIQUE :

- En 2006, 64 patientes ont subi une intervention chirurgicale sur un total de 206 femmes opérées, soit une fréquence de 31,07%.
- En 2007, 81 malades ont été opérées sur 247 cas d'intervention chirurgicale gynécologique, soit une fréquence de 32,80%.

En résumé, la fréquence du fibrome utérin durant la période d'étude est de :

- ▶ 4,55% par rapport au nombre de consultation gynécologique,
- ▶ 32,01% par rapport au nombre d'intervention chirurgicale gynécologique.

Ces résultats nous permettent de constater que la fréquence du fibrome utérin reste stable.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

1. AGE :

Dans notre série la plus jeune patiente avait 18 ans, la plus âgée 66 ans, l'âge moyen était de 33,67 ans.

Dans 53% des cas l'âge était compris entre 35 et 44 ans.

Concernant la répartition selon l'âge nos résultats sont comparables à ceux de OUATTARA D [1] ; THIERO D. [20] ; S. BAYO [5] qui trouvent respectivement une moyenne d'âge de 33ans, 36ans et 35ans.

Quant à KOUTOUAN J. C. [14] la fréquence d'apparition du fibrome se situe entre 35 - 44 ans avec un pic dans la tranche d'âge 35 – 39 ans.

2. PARITE :

Dans notre étude nous avons enregistré :

- 29% de nullipares,
- 22% de primipares,

- 32% de paucipares,
- 11% de multipares,
- 7% de grandes multipares.

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 OUATTARA D. [1] qui trouve :

- 31,48% de nullipares,
- 35,18% de paucipares,
- 15,74% de multipares,
- 8,33% de grandes multipares.

3. NOTION DE CONTRACEPTION :

Chez 19% de nos patientes on note la notion de contraception hormonale (oestroprogestatifs) dans les antécédents.

Ce résultat est inférieur à celui de OUATTARA D. [1] qui trouve 25% d'ATCD de contraception.

C. MOTIFS DE CONSULTATION :

1. Hémorragies génitales :

Elles constituent le motif de consultation le plus fréquent avec 39,1% répartis comme suit :

- ▶ Ménorragie, 17% ;
- ▶ Ménométrorragie, 14,5% ;
- ▶ Métrorragie, 7,5%.

Chez OUATTARA D. [1] ; HUGUIER [32] et THIERO D. [20] cette fréquence est respectivement de 62,96% ; 50% et 32,3%.

Dans notre série, 73% des patientes avaient un cycle menstruel régulier contre 27% de cycle irrégulier. Ces taux sont respectivement de 83,33% contre 16,66% chez OUATTARA D et 72,8% contre 27,2% chez THIERO D. [20].

Résultats comparables aux nôtres.

2. Algies pelviennes :

Elles représentent dans notre série 27,5% contre 15% pour OUATTARA D. [1], et 10,9% pour THIERO D. [3]

Ces pelviaalgies sont en rapport avec une compression extrinsèque consécutive à l'augmentation de taille de l'utérus, signe clinique retrouvé chez tous les auteurs.

Des troubles urinaires à type de pollakiurie ont été retrouvés chez **1,5%** des patientes contre **2,7%** chez OUATTARA D. [1] et **4%** chez S. BAYO [5].

Nous avons enregistré **12,5%** d'adénomyose associée au fibrome tandis que OUATTARA D. [1] trouve **44,1%**, ABOLO L. [31] **1,25%** et KOUTOUAN J. C. [14] **1,81%**.

Nos résultats sont largement supérieurs à ceux de ces auteurs de la sous région.

3. Infécondité :

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

Notre étude objective **14,5%** de fibromes sous muqueux et **2,5%** de fibromes intra cavitaires contre **12,03%** et **20,36%** pour OUATTARA D. [1].

Par rapport à l'infécondité le facteur tubaire et ovarien ne sont pas à négliger, en effet, nous avons enregistré :

- ▶ **5%** d'obstruction tubaire,
- ▶ **5,5%** de kyste ovarien;
- ▶ **2,5%** de dystrophie ovarienne.

OUATTARA D. [1] rapporte dans sa thèse :

- **8,82%** d'obstruction tubaire unilatérale,
- **8,82%** d'obstruction tubaire bilatérale,
- **17,6%** d'hydrosalpinx,
- **7,35%** de dystrophie ovarienne unilatérale,
- **5,88%** de dystrophies ovarienne bilatérale.

Nous avons enregistré **9,5%** d'infécondité primaire et **14%** d'infécondité secondaire.

Le tableau ci-dessous rapporte le résultat des différents auteurs par rapport à l'infécondité.

AUTEURS	Infécondité primaire (%)	Infécondité Secondaire (%)
S. BAYO [5]	35	18
THIERO D. [20]	21,6	25,4
KOUTOUAN J.C. [14]	15,5	
OUATTARA D. [1]	1,81	3,7
NOTRE SERIE	9,50	14

Tableau XIX : Taux d'infécondité selon les auteurs.

4. Avortements à répétition :

Dans notre série, nous avons enregistré **35%** d'avortements spontanés à répétition contre **44,4%** pour OUATTARA D. [1] et **4,8%** pour THIERO D. [20].

Ces avortements à répétition pourraient s'expliquer en partie par le déséquilibre hormonal fréquent au cours de la maladie myomateuse d'une part, d'autre part par la déformation de la cavité utérine due à la présence de myome sous muqueux.

C. EXAMEN CLINIQUE :

Dans **91,5%** des cas, on note à la palpation un utérus augmenté de taille ; tandis que OUATTARA D. [1] note une augmentation de la taille de l'utérus dans **96,29%** des cas.

E. MOYENS DE DIAGNOSTIQUE :

1. Hystérosalpingographie (HSG):

Dans notre série on note à l'HSG :

- Cavité utérine régulière, **12,76%** ;
- Cavité irrégulière, **65,96%** ;
- Allongement de la cavité utérine, **19,15%** ;
- Image lacunaire, **2,13%**.

OUATTARA D. [1] trouve :

- Cavité utérine régulière, **12,24%** ;
- Cavité irrégulière, **44,89%** ;
- Allongement de la cavité utérine, **18,36%**.
- Image lacunaire, **2,04%**.

Ces résultats sont comparables.

2. Echographie :

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 a montré :

- ✦ **8,5%** de myomes sous séreux,
- ✦ **44%** de myomes interstitiels,
- ✦ **14,5%** de myomes sous muqueux,
- ✦ **2,5%** de myomes intra-cavitaires.

OUATTARA D. [1] trouve :

- ✓ **7,4%** de myomes sous séreux,
- ✓ **43,5%** de myomes intra cavitaire,
- ✓ **12,03%** de myomes sous muqueux,
- ✓ **14,8%** de myome interstitiel.

Concernant la situation topographique des myomes par rapport aux différents segments de l'utérus, on a retrouvé :

- **56%** de myomes corporéaux,
- **35,5%** de myomes corporéo-isthmiques,
- **7%** de myomes isthmiques,
- **1,5%** de myomes cervicaux.

OUATTARA D. [1] trouve :

- **41,66%** de myomes corporéaux,
- **18,51%** de myomes corporéo-isthmiques,
- **39,81%** de myomes isthmiques.

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

3. Cœlioscopie :

Dans notre série, un seul cas de cœlioscopie a été effectué pour infécondité.

Selon TOURE O. D. [2] la cœlioscopie a permis d'observer:

- ✓ **4** cas de myomes sur 8 cœlioscopies pratiquées;
- ✓ **1** cas de liquide péritonéal abondant avec un pelvis multiadhérentiel;
- ✓ **1** cas d'obstruction tubaire bilatérale.

4. ANATOMOPATHOLOGIE :

a. Nombre de myome :

Dans notre étude nous avons enregistré : **92,5%** de myomes multiples et **7,5%** de myomes uniques. Ces résultats sont comparables à ceux des auteurs ci-dessous.

OUATTARA D. [1] dans sa série rapporte **9,25%** de noyaux solitaires et **90,74%** d'utérus polomyomateux.

S. BAYO [5] a trouvé **89%** d'utérus polomyomateux et **11%** de myome unique.

b. Dégénérescence :

❖ Dégénérescence calcaire_:

Nous avons constaté **1%** de dégénérescence calcaire, résultat comparable à celui de OUATTARA D. [1] avec **0,92%** et S. BAYO [5] avec **1,90%**.

❖ Nécrobiose aseptique :

Elle a été la complication la plus retrouvée dans notre série avec **4%** contre respectivement **4,2%** et **2%** pour THIERO D. [20] et S. BAYO [5].

❖ **Dégénérescence sarcomateuse :**

Dans notre série aucun cas n'a été enregistré.

TOURE O. D. [2] a trouvé **1%** d'hémangiome péricytaire de l'endomètre à la limite de la malignité à l'examen anatomopathologique. Ceci a nécessité une hystérectomie.

F. CONDUITE THERAPEUTIQUE :

1. Traitement médical :

19% de nos patientes ont subi un traitement progestatif et/ou de dérivé de la GnRH en l'occurrence le DECAPEPTYL.

Chez OUATTARA D. [1] **60,32%** ont subi un traitement progestatif (associé aux utéro toniques).

39,68% ont bénéficié un traitement à base d'anti inflammatoire non stéroïdien pour algies pelviennes associées.

2. Traitement chirurgical :

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

2.1. La myomectomie :

Le traitement chirurgical pour préserver la fertilité; a été effectué dans le cadre de notre étude, chez **57,24%** des patientes.

Une intervention conservatrice de l'utérus pour préserver la fertilité a été privilégiée chez toutes les patientes jeunes porteuses de myomes avec désir d'enfant.

Cependant nous avons souvent associé des gestes aux myomectomies tels que :

- ✚ Les plasties tubaires ;
- ✚ Les omentectomies partielles évitant les adhérences
- ✚ Les adhésiolyse.

OUATTARA D. [1] a réalisé **74,07%** de myomectomie.

KOUTOUAN J. C. [14] rapporte **17,5%** de myomectomie.

THIERO D. [20] trouve **37,9%** de myomectomies dans son étude.

2.2. L'hystérectomie :

Dans notre série, ont été effectuées **42,76%** d'hystérectomies totales. Ces hystérectomies ont été pratiquées chez des patientes ayant **40** ans ou plus avec un volume utérin important ne désirant plus avoir d'enfants.

OUATTARA D. [1] a rapporté **9,25%** d'hystérectomies subtotaux et **16,66%** d'hystérectomies totales.

KOUTOUAN J. C. [14] rapporte **28%** d'hystérectomies avec annexectomies, **42,5%** d'hystérectomies avec conservation des annexes et **12%** d'hystérectomies subtotaux.

Dans notre série l'hystérectomie subtotale n'a pas été réalisée en raison du risque possible de cancer sur col restant.

G. EVOLUTION :

Nous nous sommes intéressés aux suites opératoires comprises entre le jour de l'intervention et la sortie de la malade de l'hôpital et celles survenant un mois après son exéat.

Dans tous les cas, les suites ont été simples.

OUTTARA D. [1] a noté **12,96%** de métrorragies dans les suites opératoires immédiates et

TOURE O. D. [2] :

- ✓ **1%** de métrorragies,
- ✓ **1%** d'anémies,
- ✓ **1%** de décès (par choc hypo volémique).

**VII. CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION :

Nous avons réalisé une étude rétro et prospective sur une période de deux ans, allant du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2007 où **200** cas de myome utérin ont été colligés.

Au terme de cette étude nous avons constatés les faits suivants :

- L'apparition du fibrome utérin à un âge jeune (**18 ans**).
- La prédominance de la maladie dans la tranche d'âge **35-44 ans (53%)** et **45-54 ans (36%)**.
- L'hémorragie génitale est le symptôme prédominant avec **39,1%** des cas.
 - les pelvialgies arrivent au second rang des signes cliniques avec **27,5%** mais restent rarement liées au fibrome.
 - Les récurrences restent fréquentes après myomectomie. Faute de recul suffisant cet aspect n'a été abordé dans notre étude.

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Au Décanat de la FMPOS :

- Assurer la formation continue de spécialistes en gynécologie.

Au ministère de la santé :

- Sensibiliser à travers les médias pour optimiser l'utilisation des services de santé de la reproduction par les femmes.

Aux prestataires de services de santé :

- Rechercher systématique du fibrome utérin chez toute femme venant consulter aux fins d'une prise en charge adéquate ;
- Mettre en place un système de suivi régulier des patientes ;
- Respecter les fibromes muets.

Aux femmes :

- Faire une consultation gynécologique dès l'apparition des premiers symptômes ;
- Accepter et respecter les conseils des prestataires.

VIII. CAS CLINIQUES

CAS 1

Patiente de **41** ans, nulligeste et célibataire, aide comptable de formation résidant à Djélibougou ; avec antécédent d'amygdalectomie en 1991. Elle présente une paralysie avec amyotrophie du membre inférieur gauche par suite d'injection intra musculaire à l'âge de 02 ans. Elle a consulté le 24 Mai 2006 pour fibrome utérin découvert à l'Echographie abdomino-pelvienne demandée par un Médecin devant un tableau de masse pelvienne.

A l'interrogatoire retrouve un syndrome prémenstruel fait de mastodynie, de ballonnement et constipation ; un cycle menstruel régulier avec une durée des règles à 05 jours ; la ménarche à 12 ans.

L'examen physique note : une masse abdominale atteignant l'épigastre, mobile, de consistance dure, à contour irrégulier. Le col de l'utérus était sain à l'examen au spéculum. Le toucher vaginal note un utérus polomyomateux de taille d'environ 28 semaines d'aménorrhée non douloureux à la mobilisation.

Diagnostic : Fibrome utérin.

Conduite à tenir : Polymyomectomie.

- ➡ **Siège des myomes** : Corporéaux sous séreux.
- ➡ **Nombre de noyau** : 06 noyaux dont 02 pédiculés avec les diamètres variant entre 6,5 et 10 cm dont le plus volumineux a pesé 5600 grammes (**Figure 1**).



Figure 1 : Fibrome de 5 kilo 600 grammes (ordinateur du service).

CAS 2

Patiente de **40 ans**, ménagère, marée, G₆ P₅ V₄ D₁ A₁ ; hypertendue connue sous traitement, référée de Kidal pour « **masse pelvienne, tumeur utérine ? Choriocarcinome ?** ».

L'interrogatoire note des métrorragies, les dysménorrhées, et une durée des règles à 02 jours.

A l'examen clinique, on retrouve une obésité modérée (**I.M.C=32**) ; une TA= 150/90 mmHg ; un utérus de taille d'environ 16 semaines d'aménorrhée, mobile. Le col de l'utérus était sain à l'examen au spéculum. Au toucher vaginal, un utérus latéro-dévié à droite, de contour plus ou moins régulier, de consistance ferme et plus ou moins sensible.

Hypothèse diagnostic : Tumeur utérine.

Examens complémentaires :

- Echographie pelvienne : qui a conclu à un utérus poly fibromateux de type interstitiel et sous muqueux. Annexes d'aspect normal.
- Radiographie thorax de face : normale
- Béta HCG : 2,1 mUI/ml

Diagnostic retenu : Fibrome utérin.

Conduite à tenir : Hystérectomie totale inter annexielle (Figure 2).

L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic de fibrome utérin.



Figure 2 : Hystérectomie totale pour fibrome utérin (ordinateur du service).

CAS 3

Patiente de **33** ans, contrôleur stagiaire de douane, résident à Missira, célibataire, nulligeste ; sans antécédents médicaux chirurgicaux qui consulte pour douleur pelvienne plus sensation de masse pelvienne.

L'interrogatoire : note une dysménorrhée ; un syndrome prémenstruel fait de mastodynie, constipation ; un cycle régulier avec une durée des règles à **04** jours ; ménarche à **15** ans.

A l'examen physique : Patiente dépigmentée, obèse (**I.M.C=34**) présentant une macromastie, un abdomen volumineux avec voussure hypogastrique. Le col de l'utérus d'aspect sain à l'examen sous spéculum. Au toucher vaginal, l'utérus augmenté de taille d'environ **22** semaines d'aménorrhée, mobile, plus où moins sensible, de consistance dure, de contour irrégulier.

Diagnostic : **Fibrome géant** confirmé par l'Echographie abdomino-pelvienne.

Conduite à tenir : **Polymyomectomie.**

- **Siège des myomes :** corporeaux, sous séreux et interstitiels.
- **Nombre de noyaux :** 15 myomes.
- **Taille des myomes :** Varie de 80 à 30 mm de diamètre.
- **Poids des myomes :** 2100 grammes. (**Figures 3 et 4**).



Figure 3 : Utérus polymyomateux en per opératoire avant myomectomies (ordinateur du service).



Figure 4 : Noyaux de fibrome utérin (ordinateur du service).

**IX. REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. OUATTARA D. :

Myome utérin au Centre de Santé de Référence de la Commune IV à propos de 108 cas.

Thèse Méd. Bamako 2006, P165, N°

2. 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.

Thèse de Méd. Bamako ; 1992 ; 109p ; N°35.

3. J.R. GIRAUD ; D.ROTTEN ; A. BREMOND ; P. POULAIN :

Abrégé de gynécologie ; 4^{ème} édition P87-93

4. 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'Hamdalaye. Thèse de médecine Bamako 1986 116p, n°19

5. BAYO SINE :

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

6. PIERRE KAMINA :

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

7. ROUVIERE H :

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

8. BASTIDE GUY :

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

9. WALIGORA J, PERLEMUTER L :

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

10. Fibrome utérin :

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

11. J.LANSAC et P.LECOMTE :

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

12. Encyclopédie médico-chirurgicale :

Gynécologie Tome1. 43 :245-259.

13. BECLERE C. :

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

14. KOUTOUAN J.CLAUDE:

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

15. ROBERT HG, PALMER R, BOURY HEYR CL, COHEN J. : Précis de gynécologie, 2^{ème} édition Masson Paris, 1974; 856p ; 683-700

16. CAPLIER P. :

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

17. BLANC B, DIERCOLE C. :

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

18. BELHOCINE. A :

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

19. COHEN A. :

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

20. THIERO D. :

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

Thèse de Méd. Bamako, 2004. – 95p ; N°22.

21. ROZENBAUMH. :

Traitement médical des fibromes utérins par les progestatifs de synthèse norprognane. Gynécologie 1989 ; 40 :175-9.

22. AFRIQUE SANTE :

Fibrome utérin quand opérer ? 1985 ; 559 : 18-24.

23. LANSAC J, BODY G, MAGNIN G. :

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

24. MATHIEU J, MOUSSELMON J. :

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

25. TULANDI T, MURRAY C, GUAINICK M. :

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

26. MALONE L. J. :

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

27. CHARPON C, DUBUISSON JB, AUBRIOT FX, FOULOT H, MOULY M, BOUQUET DE JOLINIÈRE J.:

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

28. DUBUISSON JB, CHARPON C :

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

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 Côte 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 Paris1961- 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 édit183p.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.

X. ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAGASSOUBA

Prénom : Djibril

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et thérapeutique du fibrome utérin dans service de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U du Point-G.

Année Universitaire : 2007-2008

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 rétro et prospective qui s'est étendue sur une période de deux ans ; du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2007.

200 cas de myomes utérins ont été retenus.

La fréquence du fibrome utérin durant la période d'étude est de :

▶ **4,55%** par rapport au nombre de consultation gynécologique,

▶ **32,01%** par rapport au nombre d'intervention chirurgicale gynécologique.

Les complications hémorragiques ont été les motifs de consultations les plus retrouvés (**39%**), suivies des douleurs pelviennes.

La plus jeune patiente avait **18 ans**, les plus âgés **66 ans**, la moyenne d'âge était de **33,67 ans**.

Le diagnostic de myome utérin était confirmé à l'échographie dans **100%** des cas. La myomectomie a été l'intervention chirurgicale la plus effectuée avec **55,17%** et la durée moyenne d'hospitalisation était de **4** jours.

Mots clés : Myome utérin – C.H.U du Point-G – Bamako – Ménorragie – Ménométrorragie.

FICHE D'ENQUETE: FIBROME UTERIN

I – Identité :

Nom : - *Prénom :*

Age : - *Adresse :*

Ethnie :

Niveau socioprofessionnel:

Date de la consultation :

II – Motif de consultation :

1. Hémorragies :

Ménorragies /___/ Métorragies /___/ Ménométrorragies /___/

2. Douleur abdominale : oui /___/ non/___/

3. Leucorrhées : oui /___/ non/___/

4. Sensation de masse pelvienne : oui /___/ non/___/

5. Autres (à préciser).....

III – Antécédents :

1. Médicaux

2. Chirurgicaux

3. Familiaux

4. Obstétricaux : G P V A D

5. Gynécologique :

a) Etude du cycle :

-Régulier /___/ -Irrégulier /___/

-Syndrome prémenstruel :

Mastodynie ___ Ballonnement ___ Irritabilité ___ Œdème cyclique _

b) Etude des menstrues :

Abondant/___/ Présence de caillots/___/ Dysménorrhée/___/

c) Dysurie : oui /___/ non/___/

d) Ménarche :.....

IV – Les données de l'examen clinique :

1 / L'état général :

Bon /___/ Passable /___/ Altéré /___/

2 / Conjonctives colorées : oui /___/ non/___/

3 / Variété de fibrome : unique /___/ multiple/___/

4 / Variété par rapport au siège :

Pelvien/___/ Abdomino-pelvien/___/ Abdominal/___/

Niveau du col utérin/___/ l'isthme/___/ le corps utérin/___/

5 / Localisation Echographique :

Sous – séreux/___/ Sous – muqueux/___/ Intra cavitaire/___/

Interstitiel/___/ Accouché par le col/___/

6 / Troubles urinaires :

Pollakiurie /___/ Incontinence /___/ Rétention aiguë d'urine /___/

7 / Fibrome muet : Oui /___/ Non /___/

8 / Fibrome et grossesse :

Accommodation /___/ Nécrobiose /___/

9 / Troubles digestifs :

Constipation : Oui/___/ Non/___/

10 / Fibrome et infécondité :

Infécondité primaire /___/ Infécondité secondaire /___/

Infécondité due à :

- l'hypofertilité /___/

- la dysovulation /___/ (1- Tension mammaire; 2- Bi ovulation)

- Fibrome au niveau de la corne utérine /___/

11 / Fibrome utérin et d'autres associations :

Fibrome et Kyste ovarien/___/ Fibrome et cancer/___/ Fibrome et endométriose/___/

Fibrome et H T A/___/ Fibrome anémique et hémorragique/___/

Fibrome et leucorrhées/___/

V – Les Examens Para cliniques :

H S G : Echographie : Coéloscopie : NFS :

VI – Traitements : /___/

1- Traitement médical (hormonothérapie)

2- Abstention chirurgicale (Etat de la femme)

3- Traitement chirurgical :

a) Myomectomie

b) Hystérectomie subtotale

c) Hystérectomie Totale

d) Transfusion

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 leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !