

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	01
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I- RAPPEL SUR L'UTERUS NORMAL.....	02
1-Rappel anatomique.....	02
2-Rappel histo-physiologique.....	07
II- GENERALITES SUR LE FIBROME UTERIN.....	10
1- Définition.....	10
2- Fréquence.....	10
3- Etiologie.....	10
4- Anatomie pathologique.....	11
5- Signes cliniques.....	13
6- Examens complémentaires.....	15
7- Diagnostic différentiel.....	18
8- Evolution et complication.....	20
9- Traitement.....	23
 DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE.....	 32
I- CADRE D'ETUDE.....	32
II- METHODOLOGIE.....	34
1- Type d'étude.....	34
2- Critères d'inclusion et d'exclusion.....	35
III- LES OBSERVATIONS.....	35
IV- NOS RESULTATS.....	36
1- Le profil épidémiologique.....	36
1-1 La fréquence.....	36
1-2- L'âge.....	36
1-3 La profession.....	37

1-4- La provenance.....	38
1-5- La gestité.....	38
1-6-La parité.....	39
1-7-Les antécédents gynéco-obstétriques et chirurgicaux.....	39
2- La clinique.....	41
2-1- Les symptômes.....	41
2-2- Les signes physiques.....	41
3- Paraclinique : Echographie.....	42
Répartition selon la localisation.....	42
4- Classification des fibromes.....	43
5- Prise en charge thérapeutique.....	44
5-1- Abstention.....	44
5-2- Traitement médical.....	44
5-3- Traitement chirurgical.....	44

TROISIEME PARTIE

LES COMMENTAIRES ET LES DISCUSSIONS.....	45
1- Epidémiologie.....	45
1-1- Fréquence.....	45
1-2- Age.....	46
1-3- Gestité.....	47
1-4- Parité.....	48
1-5- Profession.....	49
1-6- Provenance.....	49
1-7- Les antécédents gynéco-obstétricaux, chirurgicaux.....	50
1-7-1- Sur le plan gynéco-obstétrical.....	50
1-7-2- Sur le plan chirurgical.....	51
1-7-3- Moyen de contraception.....	52
1-7-4-Sur le plan médical.....	52
2- La clinique.....	52
2-1- Les circonstances de découvertes.....	53
2-2- Les signes cliniques.....	54

2-3- L'échographie.....	54
2-4- Disposition du fibrome.....	55
3- La classification des fibromes.....	56
4- La prise en charge thérapeutique.....	57
4-1- Abstention.....	57
4-2- Traitement médical.....	58
4-3- Traitement chirurgical.....	59
SUGGESTIONS.....	61
1 – Sur le plan social.....	61
2- Sur le plan médical.....	61
3- Sur le plan national.....	61
CONCLUSION.....	63

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES SCHEMAS

Pages

Schéma n°01 : Situation et rapport de l'utérus aux organes de voisinage.....	09
Schéma n°02 : Forme anatomo-clinique des fibromes utérins.....	18
Schéma n°03 : Images radiologiques au cours des fibromyomes utérins.....	19
Schéma n°04 : Complications fréquentes des fibromyomes selon sa situation.....	22
Schéma n°05 : Complications obstétricales des fibromyomes utérins.....	24

Rapport-Gratuit.com

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Répartition des patientes selon la provenance.....	38
Figure n°2 : Répartition des patientes selon la gestité.....	38
Figure n°3 : Répartition des patientes selon la parité.....	39
Figure n°4 : Répartition selon la classification des fibromes.....	43

LISTE DES TABLEAUX

Pages

Tableau n°01 : Répartition des patientes selon l'âge.....	36
Tableau n°02 : Répartition selon la profession.....	37
Tableau n°03 : Répartition selon les antécédents gynéco-obstétriques.....	39
Tableau n°04 : Répartition selon les moyens de contraception.....	40
Tableau n°05 : Répartition selon les antécédents chirurgicaux.....	40
Tableau n°06 : Répartition selon les antécédents médicaux.....	40
Tableau n°07 : Répartition selon les symptômes de découvertes.....	41
Tableau n°08 : Répartition selon les signes physiques.....	41
Tableau n°09 : Répartition selon les résultats de l'échographie.....	42
Tableau n°10 : Répartition selon la localisation	42
Tableau n°11 : Répartition selon la prise en charge thérapeutique.....	43

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
CHUA- GO	:	Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Gynécologie Obstétricale
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
DAAT	:	Direction Adjoint Activités techniques
DAAA	:	Direction Adjoint Affaires Administratives
SGDRH	:	Service Gestion Développement ressource humaine
SML	:	Service Maintenance Logistique
SRED	:	Service Relation Extérieur Documentation
USFR	:	Unité Soins Formation Recherche
EGO	:	Electronique Gynécologie Obstétrique
Cm	:	Centimètre
Cc	:	Centimètre Cube
%	:	Pour cent
<	:	Inférieur
≥	:	Supérieur ou égal
>	:	Supérieur
mm	:	Millimètre
g	:	Gramme
n°	:	Numéro
SA	:	Semaine d'Aménorrhée
AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra- Utérine
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
Gn-RH	:	Gonadotrophin Releasing Hormon
LH-RH	:	Luteinizing Hormone Releasing Hormone
IEC	:	Information Education Communication
UIV	:	Urographie Intra- Veineuse
MPC	:	Myomectomie Per- Coelioscopique
SOP	:	Salle des Opérées
RCIU	:	Retard de Croissance Intra- Utérine

IST	:	Infection Sexuelle Transmissible
GPA	:	Grossesse Parité Avortement
GEU	:	Grossesse Extra- utérine
FIG	:	Fosse Iliaque Gauche
FID	:	Fosse Iliaque Droite
EZF	:	Employée en Zone Franche
HTA	:	Hypertension Artérielle
OC	:	Opération Césarienne
DIU	:	Dispositif Intra- Utérin
CNPMI	:	Centre National de Protection Maternelle et Infantile
LMSO	:	Laparotomie Médiane Sous- Ombilicale

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les fibromes utérins, ou léiomyomes, sont des tumeurs hormono-dépendantes qui apparaissent généralement sur la paroi de l'utérus, de façon isolée ou en groupe. Les fibromes sont des tumeurs bénignes du muscle de l'utérus. (1)

La taille des fibromes peut varier de la grosseur d'un pois à celle d'un pamplemousse, voire davantage. Lorsqu'ils causent des symptômes, ces fibromes peuvent être très handicapants ; (1)

Les fibromes utérins ne doivent être traités que lorsqu'ils sont symptomatiques (douleurs, saignement...) ou lorsqu'ils risquent de se compliquer (compression, torsion...). (2)

Le fibrome utérin pose encore un problème gynécologique à cause du retard de diagnostic.

La prise en charge chirurgicale s'avère nécessaire dans les cas répondant mal au traitement médical avec les complications inhérentes au développement de la tumeur.

Le traitement qu'il soit médical ou chirurgical, est réservé aux myomes symptomatologiques ou compliqués. Il doit tenir compte de la symptomatologie, du nombre, de la localisation et de la taille des myomes, mais aussi de l'âge, du désir éventuel de grossesse, d'éventuel traitement ultérieur de la ménopause ainsi que des lésions utérines et annexielles associées (3)

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de cette pathologie sur la santé des patientes ainsi que sa prise en charge.

Notre étude se divise en trois parties :

- La première partie : les considérations générales ;
- La deuxième partie : notre étude proprement dite ;
- Enfin la troisième partie : les commentaires et discussions et quelques suggestions.

Une conclusion générale terminera notre étude

PREMIERE PARTIE : RAPPELS THÉORIQUES

I – RAPPEL SUR L’UTERUS NORMAL (4) (5)

L’utérus est l’organe destiné à contenir l’œuf fécondé pendant son évolution et à l’expulser quand il est arrivé à son complet développement

Toute pathologie utérine, notamment le fibrome peut perturber son principal rôle, entraînant ainsi des désordres loco-régionaux et généraux.

1-RAPPEL ANATOMIQUE : (6) (7) (8) (9)

L’utérus est un muscle lisse, organe impair et médian qui se trouve normalement dans la cavité pelvienne.

1-1-Situation :

L’utérus est situé normalement 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.

En dehors de toute pathologie, lorsque le rectum et la vessie sont vides, l’utérus est antéfléchi et antéversé.

1-2-Forme :

Sa forme est celle 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 de l’utérus qui divise cet organe en deux parties :

- l’une supérieure, le corps qui est assez fortement aplati d’avant en arrière, est triangulaire. Sa base est en haut et le sommet, fortement tronqué, répond à l’isthme.
- l’autre, inférieure, le col 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.

1-3-Poids et dimensions

Chez la nullipare :

L'utérus mesure en moyenne 7,5 cm de long (dont 3,5 cm pour le corps, 2,5 cm pour le col, 1,5 cm pour l'isthme). Sa largeur atteint 4 cm au niveau du corps et 2,5 cm au niveau du col. Son épaisseur mesure 2 cm en moyenne.

Son poids varie de 45 à 50 g.

Chez les multipares :

La longueur de l'utérus varie entre 7 et 8 cm (5,5 cm pour le corps, et 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.

Son poids est de 50 à 70 g.

1-4- Configuration externe et rapports : (6)

1-4-1- corps :

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

a)Faces :

La face antéro-inférieure est légèrement concave, lisse et recouverte par le péritoine. Celui-ci descend jusqu'à l'isthme, où il se réfléchit sur la vessie en formant le cul-de-sac vésico-utérin. C'est par l'intermédiaire de ce cul- de- sac que le corps de l'utérus repose sur la face postéro-supérieure de la vessie.

La face postéro-supérieure de l'utérus est fortement convexe. Une crête mousse, médiane, la divise en deux moitiés latérales. Elle est entièrement recouverte. Mais ici le péritoine s'étend au-dessous de l'isthme utérin et descend jusque sur la face postérieure du vagin qu'il revêt sur une hauteur d'environ 2 cm. La séreuse se réfléchit ensuite sur le rectum en constituant l'excavation recto-utérine. La face postéro-supérieure répond aux anses intestinales et au colon ilio-pelvien qui repose sur elle.

b) Les bords latéraux : Ils sont larges et arrondis d'avant en arrière. Ils sont en rapport avec le ligament large qui, de chaque côté, s'étend de l'utérus à la paroi latérale de l'excavation pelvienne. Le long de ces bords cheminent les vaisseaux utérins. On peut y trouver un vestige du canal mésonéphrotique, le conduit longitudinal de l'époophoron.

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

d) Angles :

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

On peut rencontrer à proximité de ces angles un vestige de la partie urinaire du mésonéphros, le paroophoron.

L'angle inférieur se confond avec l'isthme.

1-4-2-L'isthme utérin : (4)

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

En avant il répond au bord postérieur de la vessie et au fond de l'excavation vésico-utérine. Ses rapports en arrière et sur les côtés sont analogues à ceux de la face postérieure et des bords latéraux du corps utérin.

1-4-3-Le col utérin : (4) (6)

Les faces antérieure et postérieure du col sont convexes. Ses bords latéraux sont épais et arrondis.

Il est divisé par l'attache du vagin en trois parties : sus-vaginale, vaginale et sous-vaginale ou intra-vaginale. La cavité du col est fusiforme, mais aplatie d'avant en arrière :

a) Partie sus-vaginale

Sa face antérieure est unie à la face postérieure de la vessie par un tissu cellulaire peu dense qui permet de cliver facilement les deux organes.

Sa face postérieure, recouverte par le péritoine, répond à l'excavation recto-génitale et au rectum.

Ses bords latéraux sont en rapport à leur extrémité supérieure, avec les ligaments larges ; plus bas, avec le tissu conjonctif et musculaire lisse de l'espace pelvi-rectal supérieur.

b) Partie vaginale

Elle est représentée par la ligne d'insertion du vagin sur le col. Cette ligne, large d'un demi centimètre, est oblique en bas et en avant. Le vagin, en effet, s'attache en arrière à égale distance des deux extrémités du col ou à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs, tandis qu'en avant il s'insère à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du col.

c) Partie intra-vaginale

Elle est souvent appelée portion vaginale. La portion vaginale fait saillie dans la cavité vaginale. Elle est conique. Le sommet arrondi est percé d'une ouverture, l'ostium de l'utérus, qui donne accès dans la cavité de l'utérus.

1-5- Moyen de fixité : (8)

Le vagin épais et résistant, solidement entouré par les releveurs est ainsi le principal moyen de fixité de l'utérus. Lorsqu'il perd sa tonicité, on observe le prolapsus communément dénommé « descente de matrice » : l'utérus ayant perdu son principal soutien s'invagine dans le canal vaginal et le col utérin apparaît à la vulve.

L'utérus est aussi amarré par trois ligaments :

- les ligaments utéro-sacrés en arrière allant du sacrum au col utérin
- les ligaments ronds en avant, allant des cornes utérines à la paroi abdominale antérieure
- les ligaments larges, latéralement

D'autre part l'utérus repose et s'appuie sur la vessie. Il est à la fois basculé en avant et plié au niveau de l'isthme.

1-6-Vascularisation : (4) (6)

1-6-1-Artères :

L'utérus reçoit ses vaisseaux des artères utérines, branches viscérales moyennes des artères iliaques internes. Après avoir croisé l'uretère, l'artère utérine aborde le col de l'utérus, un peu au-dessus du cul- de- sac latéral du vagin et monte, très sinueuse, sur le côté de l'utérus, d'abord à quelque distance du col dont elle se rapproche de bas en haut, si bien qu'elle s'accrole au bord latéral du corps utérin. Un peu avant d'atteindre le col, l'artère utérine fournit : 1° des rameaux vésico-vaginaux à la vessie et au vagin ; 2° une artère cervico-vaginale destinée à la partie inférieure du col et à la paroi antéro-latérale du vagin. Elle mesure environ 13 à 15 cm de longueur.

1-6-2-Veines :

Les veines utérines se jettent dans les riches plexus utérins placés sur les côtés de l'utérus et anastomosés en haut avec les veines ovariennes, se déversent dans les troncs hypogastriques par les veines utérines.

1-6-3-Lymphatiques :

Les lymphatiques du corps et les lymphatiques du col se communiquent par les réseaux d'origine, par de nombreuses anastomoses tronculaires, enfin par un gros tronc anastomotique latéral- utérin qui court de chaque côté de l'utérus, le long et en dehors de l'artère utérine.

1-6-4-Innervation :

L'utérus est innervé par le plexus utérin. Ce plexus se détache du bord antérieur du plexus hypogastrique, chemine dans la partie antéro-supérieure du ligament utéro-sacré et aborde l'utérus au niveau de l'isthme (LATARJET)

2-RAPPEL HISTO-PHYSIOLOGIQUE :

2-1-Histologie : (10) (11)

La paroi utérine se divise, de dehors en dedans, en trois tuniques par :
La tunique séreuse, la tunique musculaire et la tunique muqueuse.

2-1-1-Tunique séreuse ou péritonéale :

C'est la couche la plus externe de l'utérus. Elle est constituée d'une seule assise de cellules mésothéliales soutenues par une fine couche de tissu conjonctif.

Le péritoine qui tapisse la face supérieure de la vessie se réfléchit sur la face antérieure de l'utérus au niveau de l'isthme. La séreuse recouvre ensuite la face antérieure du corps de l'utérus, le fond et la face postérieure de cet organe. Le péritoine est très adhérent à l'utérus sur le fond de cet organe et sur la partie voisine des faces antérieure et postérieure du corps.

2-1-2- Tunique musculaire :

La tunique musculaire ou myomètre a une disposition un peu différente sur le corps et sur le col.

a) Sur le corps, les fibres lisses sont disposées en trois couches : externe, moyenne et interne.

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

La couche moyenne, très épaisse appelée couche pléxiforme, est constituée par des faisceaux entrecroisés dans tous les sens et entourant de nombreux vaisseaux qui leur adhèrent.

La couche interne est surtout formée de fibres circulaires. Il existe, aussi dans la partie la plus profonde de cette couche, quelques fibres longitudinales.

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

2-1-3- La muqueuse ou l'endomètre :

Elle est mince et friable et adhérente au myomètre. Elle subit des modifications cycliques pendant toute la période d'activité génitale sauf temporairement, lors de la grossesse.

2-2-Rappel physiologique : (12)

A la naissance, l'endomètre utérin d'une fille ressemble à un endomètre de la ménopause ou à ce que l'on observe après une castration.

Il reste similaire pendant toute la période pré pubertaire.

Pendant la période d'activité génitale, l'endomètre subit des modifications morphologiques et physiologiques caractérisées par une croissance, une différenciation sécrétoire, et en l'absence de fécondation, une menstruation puis une régénération de la muqueuse. Ces modifications se produisent sous l'influence de l'œstrogène et de la progestérone sécrétée par l'ovaire de manière cyclique.

Au moment de la ménopause, l'absence de l'œstrogène conduit à une involution progressive de l'endomètre pour aboutir à un endomètre atrophique.

Il est à souligner cependant qu'une grande modification peut être observée lors d'une pathologie utérine quelconque, tout particulièrement en cas de fibrome utérin.

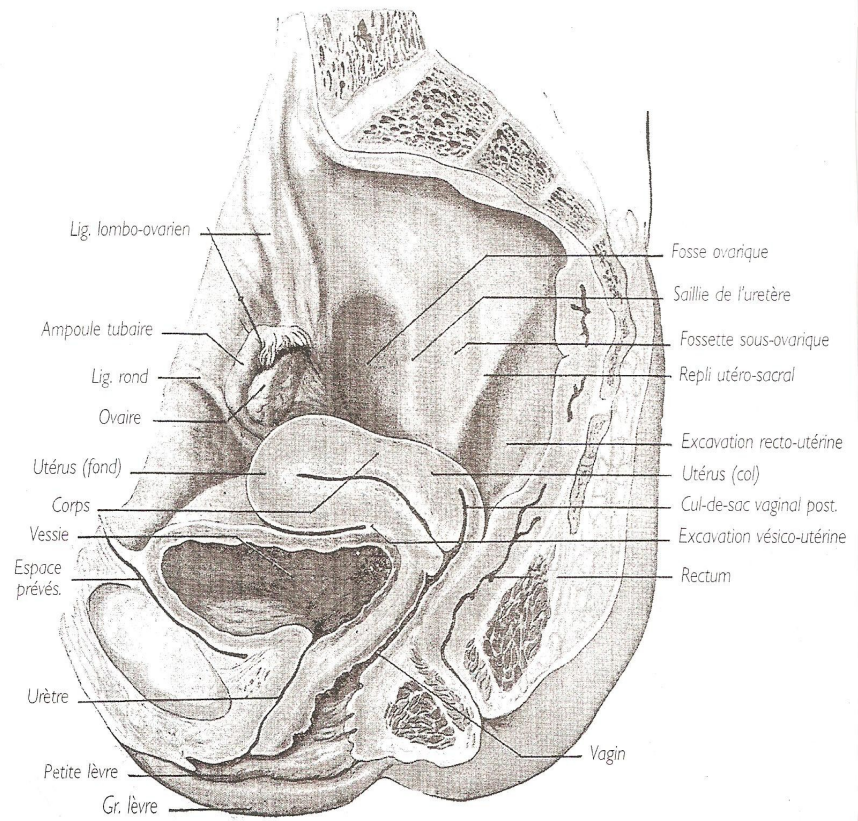


Schéma n° 01 : Situation et rapport de l'utérus aux organes de voisinage (6)

II-GÉNÉRALITÉS SUR LE FIBROME UTÉRIN

1-DÉFINITION : (13) (14) (15)

C'est une tumeur bénigne formée aux dépens du muscle utérin ou d'un tissu analogue à celui-ci. On peut l'appeler aussi fibromyome ou myome ou léiomyome.

2-FRÉQUENCE : (14) (16) (17)

Les fibromes ou fibromyomes sont des tumeurs pelviennes bénignes les plus fréquentes, qui se rencontrent chez 20% des femmes de plus de 35 ans ; et près de 40% de celles de plus de 40 ans ; et sont plus fréquents dans la race noire.(18)

3-ETIOLOGIE :(16) (19) (20)

On ne connaît pas bien la cause des fibromes. Dans la moitié des cas, ils seraient reliés à une mutation génétique qui entraîne une croissance exagérée d'une ou de plusieurs des cellules musculaires qui constituent la paroi utérine. L'hérédité semble jouer un rôle important. Si la mère a eu un fibrome, il arrive souvent que la fille en ait elle aussi.

L'apparition des fibromes est probablement le résultat d'un ensemble de facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux.

Par cette hypothèse, on retiendra les faits suivants :

- Pas de myome avant l'âge de la puberté
- Stabilisation ou régression après ménopause ou après un traitement analogue du Gn-RH ;

- Augmentation du volume sous traitement œstrogénique après ménopause
- Croissance avec la grossesse
- En cas de fibrome, l'endomètre est hyperplasié, source de l'hémorragie

La formation des fibromes dépend de plusieurs facteurs

- transmission génétique et familiale : il existe un terrain familial (lien du 1^{er} degré) et ethnique (femmes noires) favorisant le développement des fibromes.

- facteurs hormonaux : les oestrogènes et la progestérone favorisant probablement la croissance des fibromes

- l'obésité augmente légèrement le risque

- la parité : la survenue d'une ou plusieurs grossesses, réduit le risque d'apparition de fibromes.

4-ANATOMIE PATHOLOGIQUE (11) (15) (21) (22)

4-1-Caractère du fibromyome :

Macroscopiquement, le fibrome est une tumeur bénigne du muscle utérin, lisse, arrondi, très ferme d'une dureté élastique, de coloration blanchâtre ou rosâtre, de volume variable, allant jusqu'à la taille d'une tête d'enfant ou même plus, chez nous il n'est pas rare de rencontrer des fibromes de plusieurs dizaines de kilogrammes.

Il peut être unique et volumineux, mais le plus souvent multiple de taille, de nombre et de siège différents.

Histologiquement, la tumeur est constituée par des fibres musculaires lisses arrangées en faisceaux entrecroisées liées par des fibres collagènes, des fibres élastiques, et des fibres conjonctives de couche mince. Au terme du fibrome, consacré par l'usage, on devrait donc préférer les désignations plus rigoureuses de « fibromyomes, myomes, léiomyomes ou léiomyofibromes ».

En effet, la vascularisation de cette tumeur est assurée par une couronne vasculaire dans le myomètre périphérique, couronne plus ou moins développée selon la vitesse de croissance du fibrome et l'état hormonal local.

4-2- Siège du myome utérin

4-2-1- Disposition du fibrome par rapport à l'utérus : (2) (21) (22)

Le fibrome peut évoluer de différentes façons qui constituent autant de variétés anatomo-cliniques.

4-2-1-1- Utérus fibromateux de POZZI :

C'est fréquent au voisinage de la ménopause, il s'agit d'une transformation fibromateuse plus ou moins proportionnelle de presque tout le muscle utérin qui est augmenté de volume d'une façon plus ou moins régulière.

4-2-1-2- Les fibromes localisés (1)

Trois formes anatomiques :

Le fibrome sous séreux : situé sur la face externe de l'utérus et se développe dans la cavité péritonéale. Les fibromes sous séreux peuvent être pédiculés (présentant un pied d'insertion) ou sessiles (présentant une large base d'implantation). Ils peuvent également siéger dans les ligaments de soutien de l'utérus (ligaments larges, ligaments ronds) ou dans les ovaires.

Le fibrome interstitiel (ou fibrome intra mural) : situé dans la paroi du muscle utérin ; il est rarement isolé.

Le fibrome sous muqueux (ou fibrome intra cavitaire): le fibrome est situé dans la cavité utérine, recouvert par l'endomètre (muqueuse utérine). Les fibromes sous muqueux peuvent être pédiculés (présentant un pied d'insertion) ou sessiles (présentant une large base d'implantation). La composante sous muqueuse des fibromes sessiles peut être plus ou moins importante.

4-2-2-Disposition par rapport aux différentes parties de l'utérus (2)

4-2-2-1- Fibrome du corps :

C'est le siège le plus fréquent (96% des cas), il occupe l'une des deux parties mais le plus souvent il se développe dans la paroi postérieure.

4-2-2-2 Fibrome de l'isthme :

C'est une localisation très rare, il n'est que 1% des cas, mais la plus dangereuse car il provoque presque toujours des compressions des voies urinaires en avant, du rectum en arrière et des ligaments larges latéralement.

4-2-2-3- Fibrome du col :

Il se voit rarement : inférieur à 3%, en général, il siège en position sus-vaginale, la position intra- vaginale est exceptionnelle.

5-SIGNES CLINIQUES

5-1-Signes fonctionnels : (2) (21) (23) (24)

On rappellera que, dans la majorité des cas, les fibromes sont muets et découverts à l'occasion d'un examen systématique.

5-1-1- les troubles menstruels : symptôme essentiel

Ils sont fréquents et variés :

a) La ménorragie : Augmentation de la durée des règles (polyménorrhée) et d'abondance des règles (hyperménorrhée) dans 62% des cas. C'est le maître symptôme et à l'origine d'une anémie par carence en fer. Elles se rencontrent le plus souvent dans les fibromes sous muqueux.

b) Les métrorragies isolées sont rares : Survenue d'un saignement en dehors de la période des règles et respectant un intervalle libre par rapport à celles-ci ; elles sont définies aussi comme tout saignement anormal d'origine utérine.

c) Les méno-métrorragies : plus rarement, observées chez les patientes porteuses de fibrome (10% des cas). Leur apparition est plus tardive.

5-1-2-Les leucorrhées glaireuses :

Elles sont banales surtout abondantes avant les règles. Rarement il s'agit d'une hydorrhée évocatrice d'une lésion intra cavitaire ou parfois une pyorrhée quand on doit soupçonner une complication septique ou une autre affection associée.

5-1-3-Les douleurs pelviennes :

Elles sont variables dans leur siège et dans leur intensité.

- Elles peuvent être à type de pesanteur ou de tiraillements lombo-sacrés.
- Elles peuvent être majorées par une symptomatologie péritonéale aiguë par torsion du pédicule de nodules sous séreux, plus rarement par nécrose de noyaux intramuraux, parfois par rupture hémorragique de veines capsulaires.
- Dysménorrhée en cas de noyaux sous muqueux.
- Dyspareunie : Douleur pelvienne lors des rapports sexuels.

5-1-4-Signes de compression :

Compression des organes de voisinage

Compression vésicale à l'origine d'une pollakiurie, capacité vésicale réduite, voire incontinence urinaire, ou d'un globe vésical par rétention d'urines.

Plus rarement rectale à l'origine d'une constipation ou de fausses envies d'aller à la selle.

Encore plus rarement des uretères à l'origine d'une dilatation des uretères et des cavités rénales, blocages veineux ou lymphatiques, voire thromboses.

5-1-5-Augmentation du volume abdominal ou apparition d'une masse pelvienne

Elle peut être l'unique symptôme

5-1-6-Infertilité :

Elle représente parfois le motif de consultation du couple. Par obstruction des trompes utérines (compression de la portion utérine des trompes) ou par obstacle à l'implantation de l'embryon (fibrome sous muqueux)

5-2-Signes physiques : (2) (5) (21) (25)**L'examen général**

Il pourra retrouver une pâleur conjonctivale témoin d'une anémie importante.

Examen gynécologique

Il doit être pratiqué dans de bonnes conditions techniques, sur une table gynécologique, après évacuation vésicale

a) L'inspection :

On apprécie souvent une voussure sus-pubienne ou quelque fois une augmentation de volume de l'abdomen pour les fibromes ayant évolué depuis longtemps.

b) La palpation abdominale :

On peut découvrir une masse abdomino-périnéale ou une masse pelvienne faisant corps avec l'utérus ou encore une simple augmentation de volume de l'utérus.

c) L'examen au spéculum :

On vérifiera s'il existe un écoulement. On notera l'état de la glaire cervicale. Puis le col asséché, on pratique un test de Schiller suivi, au besoin, d'une biopsie (3)

Le col peut être dévié par la masse ; on peut aussi percevoir, dans le vagin, un polype relié à la cavité utérine par un pédicule qui franchit le col utérin (polype fibreux accouché par le col).

d) Toucher vaginal combiné au palper abdominal : C'est un temps essentiel de l'examen gynécologique.

On peut percevoir, en général, la masse qui est ronde, régulière ou bosselée, ferme voire dure, indolore et mobile dans un cul-de-sac ou dans le fond utérin. Elle est classiquement solidaire de l'utérus à la mobilisation utérine, ceci pour le différencier d'une masse annexielle.

e) L'examen du périnée (26)

Il est aussi très important car on doit rechercher la présence de prolapsus vaginal. On n'omettra pas de rechercher une « incontinence d'effort ».

L'examen clinique peut être normal surtout en cas de myome sous muqueux et en cas d'obésité et ceci sera diagnostiqué à l'aide des examens paracliniques.

6-EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

C'est pour affirmer le diagnostic ou préciser l'importance des lésions et l'association éventuelle avec d'autres lésions afin de guider l'attitude thérapeutique.

6-1-L'échographie pelvienne : (17) (18) (27)

C'est l'examen fondamental. Elle permet souvent de bien voir le(s) myome(s), d'apprécier l'état des annexes ainsi que le climat oestrogénique (par exemple en mesurant l'épaisseur de l'endomètre. Les myomes ont une échogénicité proche de celle du myomètre adjacent. Ils sont entourés par un liseré plus échogène correspondant à la pseudo-capsule avec une présence de cône d'ombre postérieure.

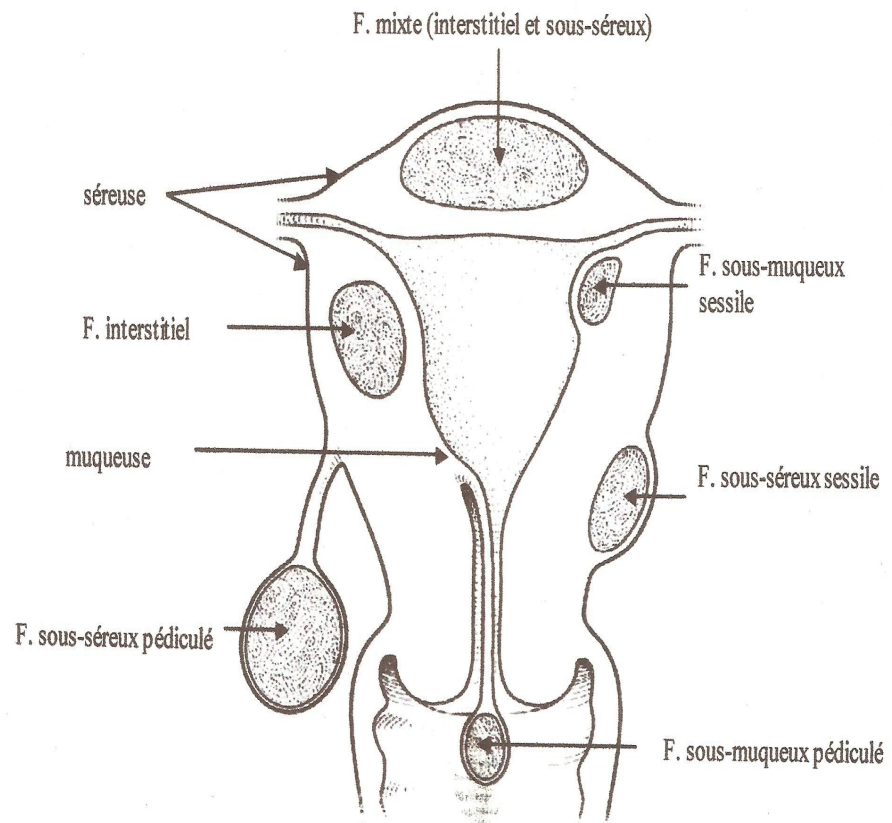


Schéma n° 09 : Forme anatomo-clinique des fibromes utérins

6-2-L'hystéroscopie : (13) (21)

Elle permet de mieux visualiser les fibromes sous- muqueux et d'en pratiquer l'exérèse, d'apprécier l'état de la muqueuse (hyperplasie de l'endomètre) et de pratiquer une biopsie au moindre doute et d'avoir une visualisation panoramique de la cavité utérine.

6-3-L'hystérographie : (2)

Elle se fait en dehors de toute infection en cours ou de toute période hémorragique et surtout d'une grossesse en cours lorsqu' on suspecte un noyau solitaire sous muqueux.

Plusieurs clichés dans l'ordre :

- sans préparation, calcification très rare, remplissage de la cavité utérine, lacune si fibrome sous-muqueux ou interstitiel volumineux, déformation par un fibrome sous-séreux, puis remplissage complet, passage tubaire, aspect de déformation (sous-séreux).

- de profil : autres myomes, bases d'implantation.

6-4-Le curetage diagnostique : (26)

Elle est indiquée en cas de métrorragies (différenciation d'avec un cancer), parfois aussi lorsqu' on suspecte un noyau sous muqueux.

-

6-5-L'urographie intraveineuse (UIV) :(2)

C'est pour visualiser le bon fonctionnement urétéral et vésical en cas de volumineux myome enclavé dans le pelvis ou lorsque la cystoscopie est peu probante, ainsi qu'en cas de rein pelvien ectopique.

6-6-Les frottis cervico-vaginaux et éventuellement endométriaux : (21)

Ils permettent d'ajuster la thérapeutique en fonction des résultats. Il serait criminel de traiter par progestatif un fibrome chez une femme en préménopause avec une dysplasie cervicale grave : la chirurgie est d'emblée plus adaptée.

Il se fait avec le test de Schiller (test au Lugol) et au moindre doute, la biopsie du col est un élément indispensable.

6-7- Le bilan biologique : (13)

L'hémogramme

Elle évalue le retentissement des hémorragies : révèle une anémie qui est classique, hypochrome microcytaire et ferriprive avec diminution de la ferritinémie et une augmentation de la capacité de saturation de la sidérophilline.

6-8- Radiographie du bassin sans préparation : (13)

Elle peut aider au diagnostic différentiel des tumeurs après la ménopause, l'existence de calcification intra-tumorale étant en faveur d'un myome.

7-DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (3) (28)

Devant les fibromes utérins, il faut le différencier des autres pathologies telles que :

7-1-Les tumeurs solides et kystiques de l'ovaire

Dans la plupart des cas, le diagnostic des tumeurs de l'ovaire est évoqué par la palpation d'une tumeur indépendante de l'utérus, bien séparé du corps utérin par un sillon ; et leur mobilisation ne faisant pas bouger le col et inversement.

Mais, dans certains cas il est difficile de différencier le fibrome du kyste de l'ovaire : tel le fibrome sous-séreux pédiculé, un kyste de l'ovaire adhérent au corps utérin.

7-2- La grossesse

Elle doit être envisagée chaque fois que l'utérus est augmenté de volume.

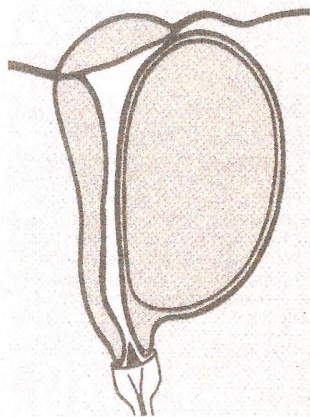
Mais théoriquement, tout oppose fibrome et grossesse car :

- le fibrome est l'apanage des femmes âgées alors que la grossesse est celle des femmes jeunes.
- le fibrome saigne et l'aménorrhée par contre est le signe spécifique de la grossesse.
- le fibrome fait bosseler l'utérus et l'endurcit alors que la grossesse le ramollit.

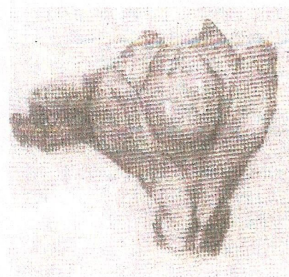
En cas de doute, le moyen le plus efficace et plus simple est de demander une échographie ou un test de grossesse.



Fibrome calcifié



Myome interstitiel déformant la cavité utérine



Myome sous muqueux

Schéma n° 10 : Images radiologiques au cours des fibromyomes utérins

7-3- Eliminer les autres causes d'hémorragies utérines :

- Les lésions malignes : cancer du col, cancer utérin ;
- Les lésions bénignes : polype muqueux, métrorragies fonctionnelles.

7-4- Eliminer l'hypertrophie utérine idiopathique :

Elle se voit généralement chez la multipare.

8-EVOLUTION ET COMPLICATION :

8-1-Evolution : (13) (21) (29)

Le fibrome vit au rythme des oestrogènes car c'est une tumeur oestrogénosensible. Il augmente donc habituellement de volume jusqu' à la ménopause pour régresser ensuite.

En période péri ménopausique, du fait des cycles anovulatoires, il peut se produire des augmentations rapides de volume avec poussées douloureuses oedématocongestives.

Au cours de la grossesse, il s'hypertrophie, se ramollit et s'étale.

8-2-Complications :

Elles dépendent de la taille et du type de fibrome.

8-2-1-Complications hémorragiques : (2) (21) (30)

La persistance et la répétition des hémorragies,(qui n'alarment pas toujours les malades) ou leur abondance, peuvent être responsables d' anémie microcytaire hyposidérémique qui contraste avec les rares polyglobulies observées dans certain cas.

8-2-2-Complications douloureuses sont : (24) (31)

- Par torsion d'un fibrome pédiculé responsable d'un syndrome abdominal aigu ou subaigu. Le fibrome devient douloureux au toucher vaginal.
- Par accouchement cervical d'un fibrome pédiculé, souvent surinfecté, dans un contexte de coliques utérines.
- Par nécrobiose aseptique d'un fibrome en dehors mais surtout au cours de la grossesse : douleurs abdominales plus ou moins diffuses, hyperthermie à 38°ou 39°c.

8-2-3-Complications mécaniques : (31)

Par compression des organes de voisinage :

- De la vessie, entraînant une pollakiurie ou une rétention d'urine en cas de compression cervico-urétérale.
- Du rectum, aux faux besoins
- Des veines pelviennes, responsables alors de thrombose ou d'œdème des membres inférieurs et de phlébite.
- Des nerfs sciatiques et obturateurs, plus rarement des névralgies, sciatiques à la face postérieure de la cuisse, et obturatrice à sa face intérieure ;
- Des uretères évoluant à bas bruit : peuvent être responsable d'uretéro-hydronéphrose.

8-2-4-Les transformations sont les suivantes : (26)

- La dégénérescence sarcomateuse est incertaine. Il s'agit probablement de sarcomes pris à tort pour des fibromes
- La dégénérescence oedémateuse est beaucoup plus fréquente
- La calcification par dépôts de sels de calcium sur une zone en général nécrobiosée.

8-2-5-Complications obstétricales :(28)

Au cours de la grossesse, il peut être responsable d' avortement tardif, d' accouchement prématuré, d' insertion basse du placenta et de présentation anormale.

Au moment de l'accouchement, les fibromes bas situés peuvent par fois constituer un obstacle praeviae au moment de la délivrance, occasionner des hémorragies et rétention placentaire.

Il peut être responsable de stérilité quand il comprime la portion interstitielle des trompes, quand il est sous muqueux, ou du fait de l'environnement oestrogénique qui l'accompagne.

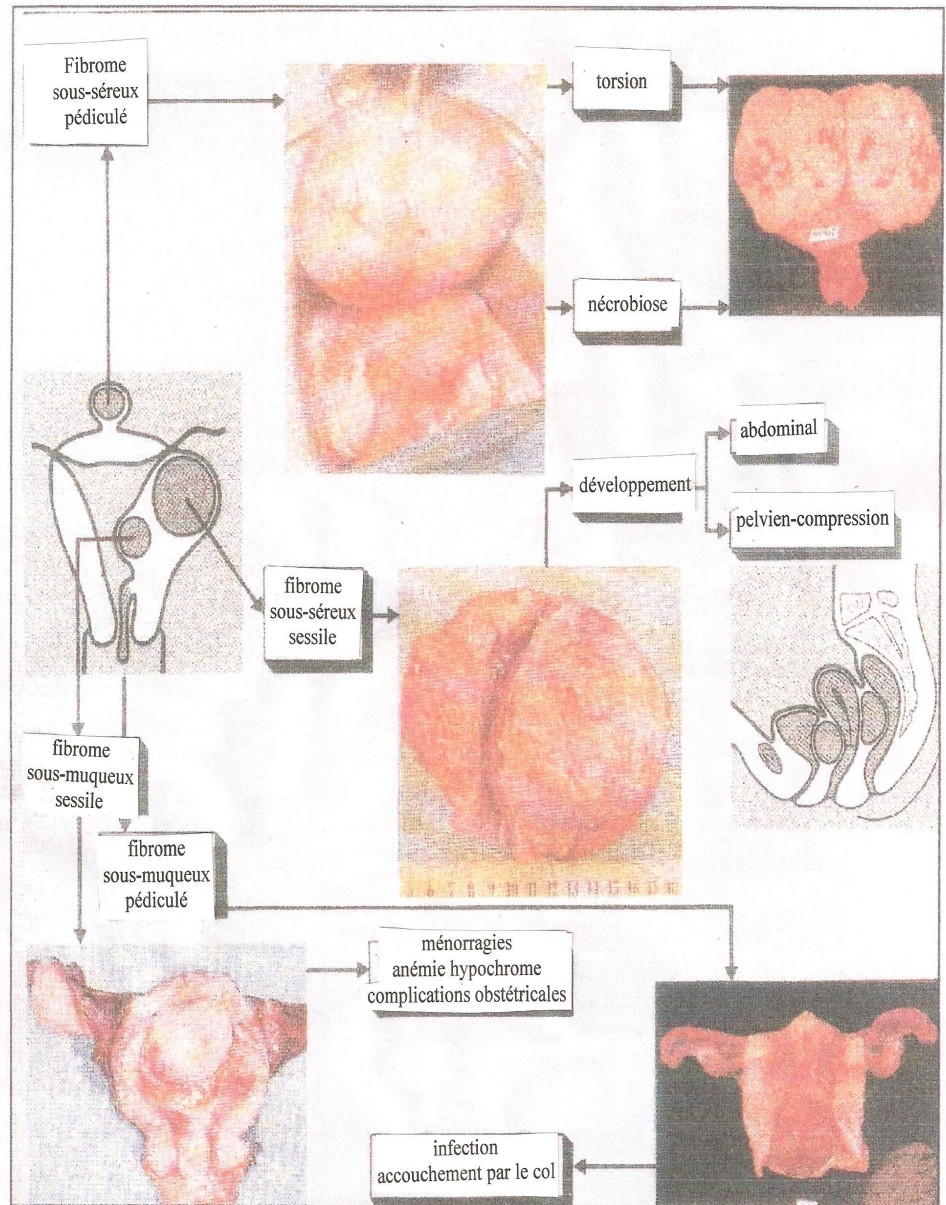


Schéma n° 11 : Complications fréquentes des fibromyomes selon sa situation

8-2-6-Complications opératoires (2)

-Immédiates : plaie urétérale

-Secondaires : thrombo-embolique, rare actuellement avec les mesures préventives, et hématomes, en particulier en cas de ligament large et de traitement anticoagulant

-Tardives : adhérences péritonéales source de stérilité possible, risque de synéchie, en cas de résection endoscopique, risque de rupture en cas de grossesse après myomectomie.

9-TRAITEMENTS DES FIBROMES (1)

Comme la plupart des fibromes sont asymptomatiques, les médecins proposeront souvent une « observation vigilante » de l'évolution du fibrome.

Règle générale : un fibrome qui ne provoque pas de symptômes ne requiert pas de traitement.

Lorsqu'un traitement s'avère nécessaire, la décision de choisir une option plutôt qu'une autre dépendra de plusieurs facteurs : la gravité des symptômes, le désir d'avoir des enfants ou pas, l'âge, etc. Seule l'hystérectomie, c'est-à-dire l'ablation totale de l'utérus, offre une solution définitive. Les médicaments, quant à eux, procurent une solution temporaire.

Si les fibromes sont petits, le médecin suggère souvent de traiter les symptômes, mais pas les fibromes.

9-1-Buts :(9)

-Réduire, voire supprimer, les signes fonctionnels.

-Eviter les complications.

-Limiter l'augmentation du volume du fibrome, voire obtenir une régression nette, mais ils ne font pas disparaître la masse tumorale.

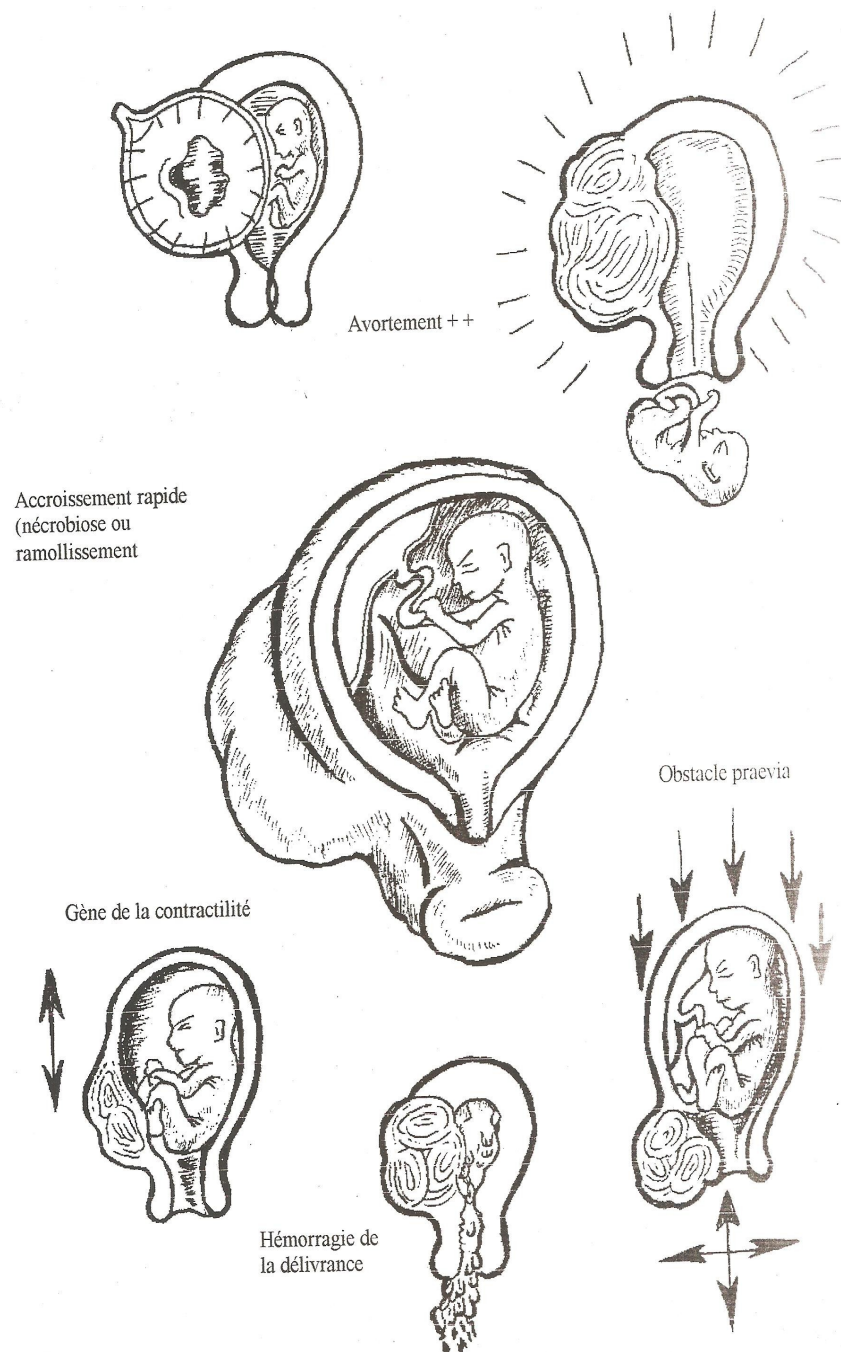


Schéma n°12 : Complications obstétricales des fibromyomes utérins

9-2- Méthodes

9-2-1-Traitements médicaux : (1) (9) (13) (21)

Le traitement médical des fibromes est indiqué essentiellement chez les femmes désirant avoir un enfant ou présentant des symptômes de faible à moyenne gravité.

a) Médicaments progestatifs sans effet contraceptif :

Danazol (Cyclomen®).

Ce médicament inhibe la production d'oestrogènes par les ovaires, ce qui a normalement pour conséquence d'interrompre les cycles menstruels. Il peut aider à réduire les saignements, sans traiter les fibromes. Ce médicament peut entraîner des effets indésirables, comme de l'acné, un surplus de pilosité et, dans de rares cas, une voix rauque ou basse.

Analogues de Gn-RH (gonadoréline ou gonadolibérine).

La Gn-RH (Lupron®, Zoladex®, Synarel®) est une hormone qui permet de réduire le taux d'oestrogènes et, par conséquent, peut diminuer la taille des fibromes de 30 % à 90 %.(1)

Ce médicament provoque une ménopause temporaire (et les symptômes qui l'accompagnent). Ses effets indésirables sont donc nombreux, ce qui limite son usage à long terme.

La Gn-Rh est souvent prescrite à court terme dans l'attente d'une chirurgie.

b) Médicaments avec effet contraceptif :(24)

Trois options intéressantes se présentent aux femmes qui ont des fibromes. Elles contribueraient à soulager leurs symptômes (douleurs et saignements abondants), mais sans traiter les fibromes.

- Les contraceptifs oraux cycliques ou en continu

- L'injection intramusculaire d'acétate de Médroxyprogestérone (Depo-Provera®). Mentionnons que son utilisation à long terme peut réduire la densité minérale des os.

- Le stérilet Mirena®. Il peut être utilisé lorsque les fibromes n'ont pas une trop grosse taille. Il est recouvert d'un progestatif qui agit directement sur l'endomètre pour empêcher la nidation d'un ovule fécondé.

c) Les autres médicaments :

Des médicament hémostatiques (2) (21)

- Utéro-tonique : Méthérgin

- Vasoconstricteur : Adrénoxyl®

- Anti-fibrinolytique : Exacyl®, Hémocaprol®

Par un traitement substitutif : apport de fer, voire des transfusions sanguines. (2)

9-2-2-Chirurgie :

L'intervention chirurgicale est principalement indiquée en cas de symptômes majeurs : saignements incontrôlables, infertilité, fortes douleurs abdominales ou lombaires.

a) Le curetage (2) (13)

Il consiste à abraser la muqueuse utérine hyperplasique et hémorragique permettant d'abord de faire un examen anatomopathologique en vue de confirmer le caractère bénin d'une image suspecte de l'endomètre après hystérographie.

Il permet aussi de faciliter l'action du traitement hormonal prescrit ultérieurement.

b) La myomectomie (1)

Elle consiste en l'ablation du fibrome. Elle permet à la femme qui le désire d'avoir d'autres enfants.

Dans 15 % des cas, d'autres fibromes apparaissent et dans 10 % des cas, on interviendra de nouveau par chirurgie. (1)

L'extraction d'un ou des myomes peut être réalisée selon trois procédés :

- Myomectomie par coelioscopie : c'est une technique récente et difficile car elle exige des coeliochirurgiens expérimentés maîtrisant parfaitement les sutures endoscopiques et des instruments nécessaires à l'extraction des myomes (minilaparotomie, colpotomie postérieure, morcellement électrique). (32) (33)

- Myomectomie par hystéroscopie : soit à la résection endo-utérine, soit au laser Nd-yag. Elle comprend quatre temps : dilatation cervicale aux bougies, introduction du résecteur, inspection de la cavité et l'ablation des myomes. Cette technique peut se faire sous anesthésie générale, locorégionale ou locale (bloc paracervical). (34) (35)

- Myomectomie par laparotomie : cette technique consiste à ouvrir et à effectuer une hystérotomie à l'aide d'un bistouri. Alors, après l'ablation du myome, il faut suturer soigneusement leurs loges suivi d'un lavage abondant afin d'éliminer les caillots potentiellement responsables d'adhérences postopératoires. (29) (30)

c) La myolyse coelioscopique (2)

Elle est basée sur la combinaison d'un traitement médical préalable par un analogue Gn-RH suivi d'une dévascularisation de fibrome effectuée par des tirs au laser Yag sur sa couronne vasculaire (repérée par échographie-Doppler au cours de l'intervention).

d) L'hystérectomie : (25)

C'est l'ablation de l'utérus. Elle est réservée aux cas les plus compliqués. Elle peut être partielle ou complète. Normalement, seul l'utérus est enlevé, mais dans le cas où les ovaires sont en mauvais état ou porteurs de kystes, le chirurgien pourra suggérer de les retirer également. L'ablation de l'ovaire est systématique après 42 ans.

Autrement, il est préférable de laisser les ovaires en place afin d'éviter d'être plongée en ménopause avec tous les changements hormonaux qu'elle entraîne.

Elle présente trois types de méthodes

- Hystérectomie par voie abdominale : nécessitant tout de même la mise en place préalable d'une sonde urinaire.

L'incision peut se faire soit horizontalement (PFANNENSTIEL de préférence) soit verticalement (LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS OMBILICALE). (25) (36)

- Hystérectomie par coelioscopie : dont l'ouverture du vagin est réalisée par voie coelioscopique avec l'électrode monopolaire, et l'extraction de l'utérus se fait par voie vaginale après morcellement. (37)

- Hystérectomie par voie vaginale : consiste après une colpotomie à enlever l'utérus myomateux après morcellement. (38)

e) L'embolisation : (39) (40)

C'est un nouveau procédé médical qui permet de « tuer » les fibromes, mais sans les enlever. Elle correspond à l'interruption de la vascularisation des fibromes par le largage de micro particules dans les artères utérines. L'embolisation est pratiquée par un radiologue, dans un service de radiologie interventionnelle. A l'aide d'un cathéter introduit dans les artères fémorales, le radiologue interrompt la circulation dans l'artère qui alimente le fibrome en y larguant des petites particules calibrées sous contrôle antalgique. Le fibrome, qui ne reçoit plus d'oxygène ni de nutriments, perd environ 50 % de son volume. (39)

L'embolisation peut être effectuée :

- A visée pré opératoire : en diminuant la vascularisation des fibromes, le geste chirurgical est facilité par la diminution de l'abondance du saignement.

- A visée définitive : cette technique est réservée aux fibromes interstitiels, fibromes utérins hémorragiques avec contre-indication opératoire. (39) Elle permet la réduction de la taille des fibromes et la diminution de l'abondance des saignements. Elle risque en revanche de provoquer une ménopause précoce ou des complications infectieuses sévères au niveau de l'utérus.

- En plus de permettre de conserver l'utérus, cette intervention est moins pénible que la myomectomie. Une convalescence de sept à dix jours est suffisante. (39)

À titre comparatif, une hystérectomie requiert au moins six semaines. (39)

9-3- Indications

9-3-1- Traitement médical :

Les progestatifs :

Ils sont indiqués pour la prise en charge des pathologies utérines fonctionnelles endométriales associées au fibrome.

- ✓ Myomes entraînant des ménorragies
- ✓ Myomes dont le diagnostic est certain
- ✓ Myomes de petit ou de moyen volume (< 8cm de diamètre)
- ✓ Myomes ne donnant pas d'autres complications que les hémorragies.

Ils sont administrés du 14^{ème} au 25^{ème} jour du cycle menstruel pour équilibrer la sécrétion des oestrogènes.

Les traitements adjuvants :

Les médicaments hémostatiques sont administrés en cas d'hémorragie abondante.

Les médicaments substitutifs (apport en fer, voire une transfusion sanguine en cas d'anémie sévère.

9-3-2- Traitements chirurgicaux :

L'indication chirurgicale doit être discutée cas par cas en fonction de la taille, de la localisation, d'un éventuel retentissement sur la cavité utérine et sur les organes de voisinage, de l'existence de facteurs de stérilité associés et du désir de grossesse.

a) Le curetage :

Il est indiqué devant :

- Une hémorragie importante par hyperplasie endométriale.

- Une image suspecte de l'endomètre à l'hystérographie afin d'obtenir une certitude histologique.

b) La myomectomie :

En règle générale, elle se pratique si la patiente souhaite des enfants ou si elle refuse l'hystérectomie et accepte le risque de récurrence.

- La myomectomie par hystéroscopie

Elle est particulièrement indiquée pour les myomes de localisation intra cavitaire dont la taille ne dépassant pas 5cm, et la portion profonde interstitielle du myome doit être inférieure à 50% de son volume

- La myomectomie per-coelioscopique : MPC

Elle est indiquée en cas des fibromes interstitiels et sous-séreux dont le nombre est inférieur ou égal à deux, et le diamètre des myomes est inférieur ou égal à 8cm.

- La myomectomie par laparotomie

Ses indications concernent les myomes dont le nombre est supérieur ou et égal à trois et le diamètre dépasse 8 à 10 cm.

c) La myolyse :

Elle est indiquée devant la présence de myomes symptomatiques nécessitant un traitement chirurgical en raison de saignements utérins anormaux et de douleurs pelviennes, ainsi que de compression des organes adjacents. On peut envisager de pratiquer une myolyse si la patiente a moins de 4 myomes inférieurs ou égaux à 5 cm ou si le plus gros des myomes à traiter mesure moins de 10 cm de diamètre.

d) L'hystérectomie :

Elle s'impose quand la chirurgie conservatrice s'avère inefficace, inutile ou même dangereuse.

Elle peut être indiquée en présence de myomes sous muqueux : utérus polymyomateux en pré ménopause, pathologies utérines associées justifiant l'hystérectomie (dysplasie cervicale, adénomyose, éléments de prolapsus).

- La voie abdominale comme étant une voie classique est envisagée en cas d'utérus volumineux dont les abords par la voie vaginale et par coelioscopie sont contre indiqués.

- La coeliochirurgie peut être proposée dans les cas où l'hystérectomie par voie vaginale ne présente pas les conditions satisfaisantes ou contre-indiquées (mauvaise accessibilité vaginale, atrésie vaginale). Elle sera d'autant plus indiquée que l'utérus sera peu mobile à la traction sous anesthésie générale.

- La voie vaginale est principalement indiquée devant un prolapsus vaginal associé ou chez les patientes âgées ou à haut risque.

Ainsi donc, le traitement chirurgical est souhaitable dans les cas suivants :

- Myomes pédiculés tordus ou en nécrobiose, responsable de douleurs pelviennes ;

- Myomes comprimant les organes du voisinage, avec retentissement sur la vessie, l'uretère et le rectum ;

- Myomes volumineux responsables de pesanteur pelvienne ;

- Myomes responsables de ménométrorragies résistantes au traitement médical ;

- Myomes associés à d'autres lésions génitales patentes : prolapsus, kyste de l'ovaire, séquelle de salpingite, dysplasie du col, endométriose, cancer du col.

e) L'embolisation : (41)

Cette technique est réservée aux patientes porteuses de fibromes symptomatiques soit sous forme de ménométrorragies, soit sous forme de syndrome de compression pelvienne n'ayant pas répondu à un traitement hormonal bien conduit.

La taille des fibromes et leur localisation ne semblent pas un critère déterminant pour la décision thérapeutique. L'âge de la patiente et son désir de grossesse doivent par contre être pris en compte car il existe un risque d'ischémie ovarienne et de stérilité secondaire.

Il semble délicat de proposer une embolisation à une femme de moins de 40 ans sans l'informer clairement des risques et conséquences de ce geste.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

ETUDE PROPEMENT DITE

I-CADRE D'ETUDE

Ce travail a pour cadre le Centre Hospitalier Universitaire d' Antananarivo Maternité de Befelatanana. Il s'agit d'un centre de référence pour les hôpitaux gynéco-obstétriques à Madagascar car elle reçoit tous les cas obstétricaux et gynécologiques de la capitale ainsi que des évacuations sanitaires venant de la périphérie et des provinces. Ce centre a été créé en 1957 par le Fivondronana Antananarivo Ville. La maternité de Befelatanana, l'une des plus grandes d'Afrique, est considérée comme un centre de référence de troisième niveau.

1- PRESENTATION DE LA MATERNITE DE BEFELATANANA

C'est un bâtiment à quatre étages avec un rez-de-chaussée.

- **Au rez-de-chaussée** se trouvent divers locaux pour les activités techniques et les services administratifs :
 - la direction et l'administration,
 - le service de consultation pré et post natale,
 - le service de gynécologie externe,
 - le service de santé de reproduction,
 - le service d'accueil, triage, urgence et la pharmacie,
 - le service des statistiques,
 - le secrétariat, le service technique,
 - le service du personnel,
 - la buanderie et la lingerie,
 - la cafétéria.
- **Au premier étage** se situent :
 - le service d'obstétrique I,
 - une salle d'accouchement,
 - le bloc opératoire.
- **Au deuxième étage** se localisent :
 - le service d'obstétrique II,

- le service de réanimation pédiatrique.
- **Au troisième étage** se localisent :
 - le service de pathologie obstétricale (obstétrique pathologique),
 - le service de réanimation adulte.
- **Au quatrième étage** se trouvent :
 - le service de gynécologie interne,
 - une autre salle de bloc opératoire,
 - une salle propre pour l'aspiration manuelle intra-utérine « AMIU ».

1-1- Organisation du service

Pour une meilleure efficacité et une meilleure responsabilité, 7 unités de service ont été créées au CHUA Maternité de Befelatanana à savoir :

a) L'unité technique

Elle comprend :

- 2 salles d'accouchements
- 2 blocs opératoires
- une salle d'exploration fonctionnelle

b) L'unité de « physiologie obstétricale » (selon la terminologie consacrée) mais en réalité il s'agit d'obstétrique physiologique. Elle possède 2 salles d'hospitalisation au 1^{er} et 2^{ème} étage.

c) L'unité de pathologie obstétricale (ou obstétrique pathologique)

Elle se trouve au 3^{ème} et 4^{ème} étage

d) L'unité de gynécologie et de réanimation

Elle réunit la salle d'hospitalisation au rez-de-chaussée et la salle de réanimation au 3^{ème} étage : SOP (salle des opérées)

e) L'unité de soins externes

Elle regroupe les consultations externes (gynécologique, prénatales et postnatales), la salle d'accueil, triage, urgence, la pharmacie et le service de la statistique.

f) L'unité de néonatalogie

C'est une nouvelle section intégrée au sein du service de Maternité, dans l'optique de la santé familiale : « Santé de l'enfant, avenir du monde », OMS et « Santé pour tous en l'an 2000

g) Le centre de santé de reproduction

C'est un service nouvellement créé en septembre 1997.

1-2- La mission de l'établissement

En tant que CHU il doit être un centre de :

- Référence de troisième niveau pour les problèmes gynécologiques, obstétricaux et néonatalogies.
- Encadrement et formation.
- Recherche en sciences humaines.

II- METHODOLOGIE

1- TYPE D'ETUDE

Notre travail a été réalisé au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Maternité de Befelatanana. En effet, il s'agit d'une étude rétro et prospective allant du 1^{er} Janvier 2007 au 30 Juin 2008.

1-1- Les paramètres à analyser

Pour mettre en œuvre notre étude, nous avons analysé certains paramètres :

- l'âge des patientes ;
- la parité ;
- leur profession ;
- les antécédents gynéco-obstétriques, chirurgicaux et médicaux ;
- les circonstances de découverte ;
- les signes à l'examen ;

- les résultats échographiques ;
- la décision thérapeutique.

1-2- Les matériels d'étude

Le dépouillement pour nos collectes a été fait à partir des registres d'admission à la consultation de gynécologie externe dans lesquels sont marqués l'état civil comprenant l'âge, la profession et l'adresse ; dans lesquels sont marqués aussi le motif de consultation, les antécédents personnels et familiaux, les signes cliniques, les examens complémentaires, les traitements reçus.

2- CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Toutes les malades porteuses du fibrome utérin vues en consultation gynécologie externe à la Maternité de Befelatanana ont été recensées. Les patientes aux renseignements incomplets ont été exclues de notre étude.

III- LES OBSERVATIONS

La récapitulation de toutes nos observations a été sous forme de tableau ² dans l'annexe. Il comporte 10 colonnes, comprenant :

- L'âge, la profession ;
- Les antécédents ;
- Le motif de consultation ;
- L'adresse
- Les signes cliniques;
- Les résultats de l'examen échographique ;
- Le traitement.

IV- NOS RESULTATS

Nos résultats sont présentés sous forme de tableaux et figures. Nous allons étudier successivement :

- le profil épidémiologique de la patiente
- le tableau clinique
- la paraclinique
- la décision thérapeutique (abstention, traitement médical, traitement chirurgical)

1- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

1-1- Fréquence

Fréquence par rapport aux femmes qui ont eu une consultation au service de gynécologie externe

Durant une période de 18 mois allant du premier janvier 2007 au 30 Juin 2008, nous avons observé sur 1750 patientes admises au service de gynécologie externe, 70 femmes porteuses de fibromes utérins, soit 04% des cas.

1-2- Age

Tableau n°01 : Répartition selon l'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux en %</i>
<30 ans	08	13
30 à 39 ans	28	40
40 à 49 ans	25	37
≥50 ans	07	10
Total	70	100

Dans notre étude, la fréquence a été élevée dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans avec 40% des cas, et 37% des cas dans la tranche d'âge de 40 à 49 ans.

Les femmes de moins de 30 ans présentent moins de fibrome avec un taux à 13% des cas, ainsi que les femmes d'âge supérieur ou égal à 50 ans à un taux de 10% des cas.

1-3- Profession

Tableau n°02 : Répartition selon la profession

Profession	Nombre	Pourcentage (%)
Ménagères	30	43
Employée en zone franche	10	14
Bureaucrates	07	10
Cultivatrices	06	08
Commerçantes	06	08
Couturières	05	07
Institutrice	04	06
Vendeuse et coiffeuse	02	04
Total	70	100

La majorité des patientes sont des femmes au foyer

1-4- Provenance

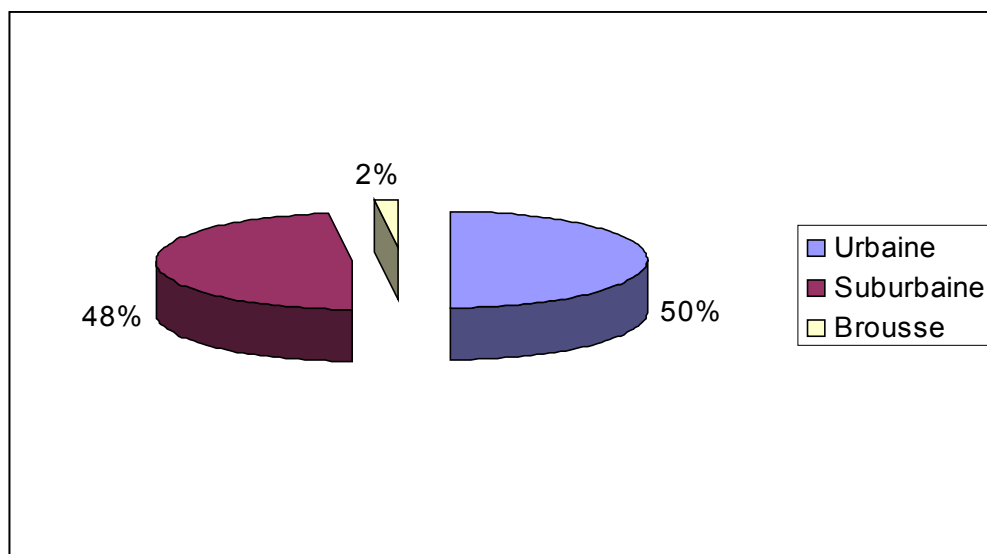


Figure n°01 : Répartition selon la provenance

La moitié des patientes résident en ville

1 -5-Gestité

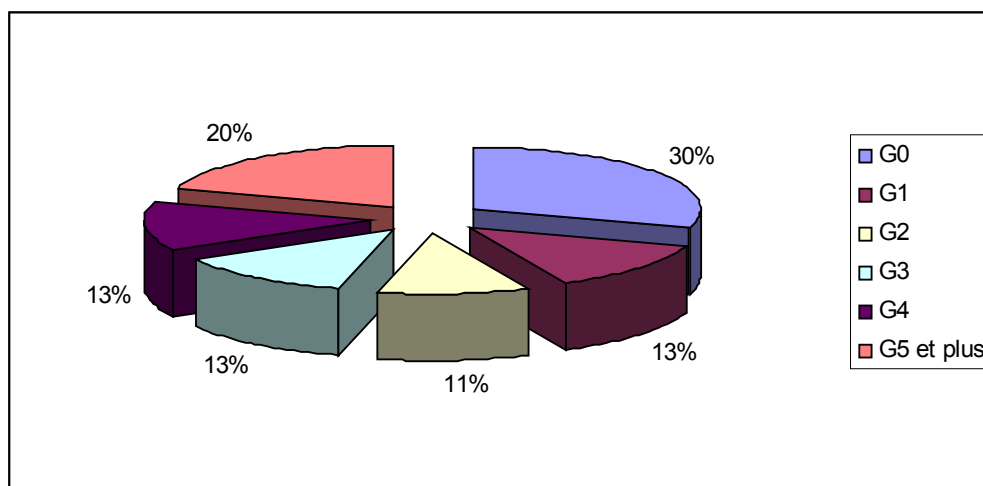


Figure n°02 : Répartition selon la gestité

Trente pourcent des patientes sont des nulligestes

1-6- Parité

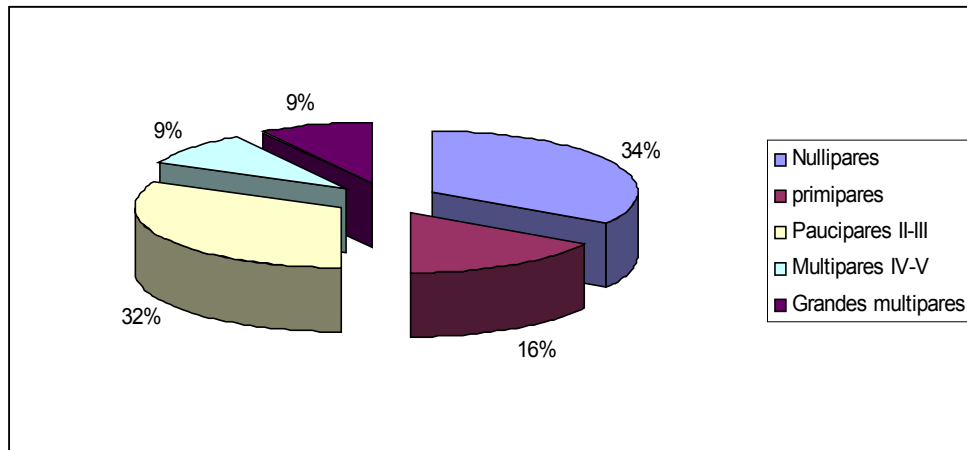


Figure n°03 : Répartition selon la parité

Nous remarquons que le tiers des cas sont tous des nullipares, ainsi que les paucipares (II-III)

1-7-Les antécédents médicaux, chirurgicaux, et gynéco-obstétriques

1-7-1- Les antécédents gynéco-obstétriques

Tableau n°03 : Répartition selon les antécédents gynéco-obstétriques

Antécédents gynéco-obstétriques	Nombre des patientes
Myomectomie	01
Mort du fœtus intra-utérine et opération césarienne	01
Mort-né	01
Avortement non précisé	23
Grossesse extra-utérine	01
Infection génitale	10
Accouchement prématuré	01

Plus de la moitié des patientes ont un antécédent gynécologique

On a remarqué que le tiers des cas ont déjà eu un avortement.

Dix patientes présentent un antécédent d'une infection génitale.

1-7-2- Mode de contraception

Tableau n°04 : Répartition selon les moyens de contraception

Types de contraceptions	Nombre des patientes
Dispositif intra-utérin (DIU)	01
Dépo provera	0
Contraceptif oral	0

On a vu une patiente qui a été enregistrée comme ayant utilisé un moyen contraceptif.

1-7-3- Les antécédents chirurgicaux

Tableau n°05 : Répartition selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Nombres des patientes
Appendicectomies	02
Kystectomies	02

1-7-4- Les antécédents médicaux

Tableau n°06 : Répartition selon les antécédents médicaux

<i>Antécédents médicaux</i>	<i>Nombre des patientes</i>
HTA	3

2- LA CLINIQUE

2-1- Les symptômes

Tableau n°7 : Répartition selon les symptômes de découverte

Signes de découvertes	Nombre des cas
Hémorragie génitale	27
Douleurs pelviennes	17
Leucorrhée	09
Hémorragie et douleur pelvienne	10
Désir de grossesse	02
Stérilité	01
Masse pelvienne	02

La majorité des cas présente une hémorragie génitale.

Les douleurs pelviennes sont souvent accompagnées de l'hémorragie génitale.

2-2- Signes physiques

Tableau n°8 : Répartition selon les signes physiques

Signes physiques	Nombre des patientes
Hémorragie utérine	34
Augmentation du volume de l'abdomen	02
Masse abdominale	11
Polype accouché par le col	02
Leucorrhée	09
Douleur provoquée à la palpation et au toucher vaginal	22

La douleur provoquée à la palpation et au toucher vaginal est plus fréquemment observée au cours de l'examen clinique.

3-PARACLINIQUE: Echographie

Tableau n°9 : Répartition selon les résultats de l'échographie

<i>Résultats de l'échographie</i>	<i>Nombre des patientes</i>
Fibromes confirmés	70
Fibromes utérins+ Pathologies annexielles : - kystes de l'ovaire	13

Dans notre étude, ces chiffres montrent l'importance de l'examen échographique pour diagnostiquer un myome utérin.

Tableau n°10 : Répartition selon la localisation par rapport aux différentes parties de l'utérus

<i>Localisation</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Corps	69	98,57
Isthme	01	1,43
Col	0	0
Total	70	100

Les fibromes du corps constituent 98,57 % des cas.

4- CLASSIFICATION DES FIBROMES UTERINS :

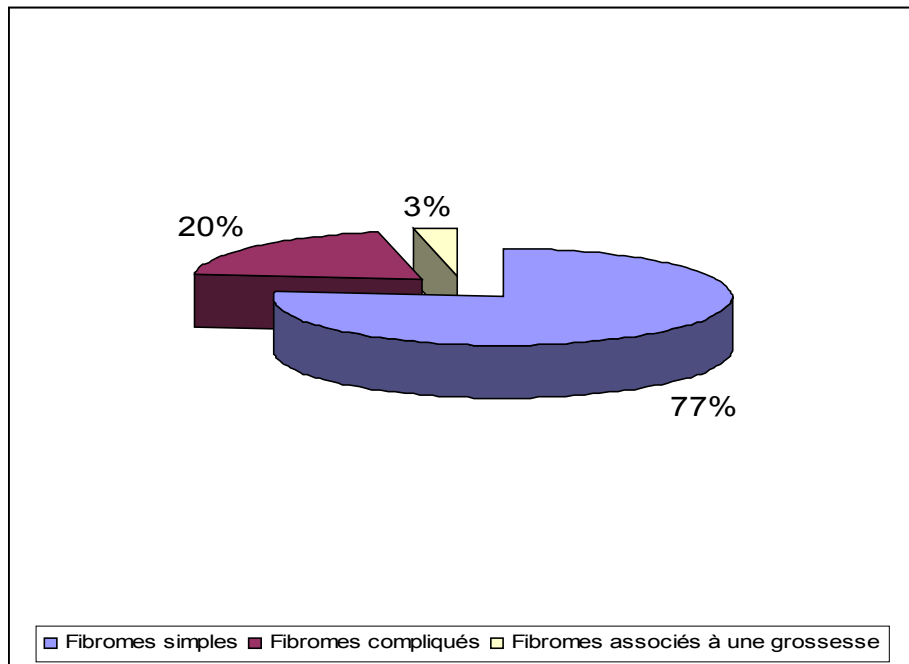


Figure n°04 : Répartition selon la classification des fibromes

Soixante dix sept pourcent des cas ont des fibromes simples se manifestant sous différentes formes d'hémorragies génitales comme ménorragie, métrorragie et ménométrorragie.

Vingt pourcent des femmes porteuses du fibrome présentaient des signes de complication.

Trois pourcent des cas ont une association avec la grossesse.

5- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

Tableau n°11 : Répartition selon la prise en charge thérapeutique

Traitement	Nombre des cas	Pourcentage (%)
Abstention	02	03
Traitement médical	60	86
Traitement chirurgical	08	11
Total	70	100

5-1- Abstention

Une abstention thérapeutique est adoptée chez 2 patientes, soit 3% des patientes vues en consultation externe pour myome utérin. Elles ont bénéficié d'une

simple surveillance.

5-2-Traitement médical

60 patientes soit 86% des cas représentent le taux des patientes traitées par des moyens médicaux (traitements hormonaux).

Notons que 6 patientes soit 10 % des cas parmi les femmes traitées médicalement nécessitent une hospitalisation.

5-3-Traitement chirurgical

Nous avons observé 10 patientes ayant subi une intervention chirurgicale. Ce moyen thérapeutique est indiqué chez 11% des femmes porteuses de fibrome utérin vue en consultation à la gynécologie externe.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

LES COMMENTAIRES ET LES DISCUSSIONS

1-EPIDEMIOLOGIE

1-1- Fréquence :

Les léiomyomes utérins sont des tumeurs gynécologiques fréquentes, ils sont présents, chez 30 % des femmes en âge de procréer (1) (21). 20 à 40 % des femmes de race blanche et 50 % des femmes de race noire chez qui la croissance en est plus rapide.

En effet, 50 % des fibromes seraient asymptomatiques, donc découvertes « fortuitement ».

Selon l'étude de Lansac (12) en 1994, qui était une étude française sur la fréquence des fibromes utérins pendant une période de un an : le myome utérin se rencontre chez plus de 25 % des femmes françaises, mais moins de 25 % de ces fibromes s'accompagnent d'une symptomatologie clinique. Les fibromyomes utérins représentent 10 % des consultations gynécologiques.

Randrianasolo (42), a observé par rapport aux entrantes au service de gynécologies du CHUA de Befelatanana en 2002, sur 1457 patientes un taux de 4,12 % des femmes porteuses de fibromes utérins en consultation gynécologie.

Mohamed (43), a trouvé un taux de 4% des femmes porteuses de fibrome utérin en consultation gynécologique du CHU de Soavinandriana en 2000. Les résultats de toutes ces études se rapprochent de ceux de notre étude.

D'après notre analyse, sur 1750 patientes admises en consultation gynécologique externe, nous avons observés 70 femmes porteuses de fibrome utérin soit 4 % des cas.

Toutes ces analyses nous permettent de dire que le rythme de fréquentation du milieu hospitalier des femmes Malgaches ne change pas en 2000, 2002 et en 2007-2008 malgré la sensibilisation sur la fréquentation du milieu hospitalier en cas de maladie.

Dans les pays développés, les femmes n'hésitent pas à fréquenter le milieu hospitalier ; malheureusement ce n'est pas notre cas. A notre époque, beaucoup de gens n'ont pas l'habitude de consulter des médecins en cas de maladies à cause d'une croyance, d'une crainte, mais aussi d'un problème financier ou seulement de

l'éducation reçue de leurs parents. Elles préfèrent aller aux matrones et aux tradipraticiennes.

1-2- Age :

En ce qui concerne l'âge, la majorité de nos patientes se situent dans la tranche d'âge de 30-39 ans avec une moyenne de 40 %. Plus le tiers des patientes qui présentent des fibromyomes utérins appartiennent à cette classe d'âge. C'est l'âge où les myomes utérins deviennent symptomatiques (2) et où la production d'œstrogène et de progestérone est généralement plus élevée. (19)

Les fibromes utérins sont des tumeurs hormono- dépendantes. (1) Un taux élevé d'œstrogène dans l'organisme peut accélérer la croissance des fibromes.

Les oestrogènes ont une activité stimulatrice pour la croissance de la cellule myomateuse, par ailleurs davantage apte à répondre à cette stimulation. Ainsi au cours de la phase lutéale, l'activité mitotique des myomes est accrue. (17)

Expérimentalement, en culture cellulaire, l'oestrogène a un effet stimulateur sur le léiomyome. (18)

Nous avons observé que 37 % de nos patientes ont de 40-49 ans. Ce qui confirme le rôle du milieu hormonal et apportent des arguments pour l'oestrogéno-dépendance des myomes utérins. (19) C'est l'âge où le fibrome utérin devient compliqué.

Les femmes de plus de 50 ans sont plus rares, soit 10 % de l'effectif du fait de l'involution progressive des fibromes après la ménopause en raison du déclin de la production d'œstrogène. (30)

Les femmes d'âge inférieur à 30 ans sont seulement de l'ordre de 13 % sans doute du fait de la légère production d'œstrogène en début de puberté. (19)

Selon Newbold (17), les myomes utérins se découvrent à partir de 20 ans, pas de myome avant l'âge de puberté, et la prévalence augmente avec l'âge.

Le taux est inférieur à 5 % avant 30 ans, atteint 20 % des femmes de plus de 35 ans, et près de 40 % de celles de plus de 40 ans.

Randrianasolo (42) a observé dans son étude, un taux de 50 % chez les femmes porteuses de fibromes utérins de 40- 49 ans, 35 % chez les 30-39 ans, un taux de 5 % avant 30 ans et de 10 % chez les femmes supérieures à 50 ans.

L'étude faite dans le service de Centre National de Protection Maternelle et Infantile au Cambodge (44), a trouvé un taux élevé à 81 % des femmes de 35- 50 ans, 7 % de celles de 25- 34 ans et 12 % chez les femmes supérieures à 50 ans.

Toutes ces constatations se rapprochent de nos résultats. Nous pouvons dire donc que ces notions épidémiologiques reflètent le rôle du milieu hormonal et apportent des arguments sur l'oestrogéno- dépendance des myomes utérins. (18)

1-3- La gestité :

Selon Malinas (23), la stérilité ou l'infertilité représente parfois le motif de consultation du couple. On retrouve des fibromes environ 05 % des femmes infertiles, mais le fibrome peut être considérée comme la cause de l'hypofertilité dans environ 03 % des cas seulement. (45)

Ce qui n'est pas notre cas.

D'après notre analyse, 30 % des patientes sont des nulligestes. En effet, la prédominance des nulligestes dans notre série peut s'expliquer par le fait qu'un fibrome de taille importante peut diminuer la fertilité en bloquant les trompes de Fallope ou en empêchant la nidation de l'embryon (fibrome sous muqueux). (30)

L'idée selon laquelle les fibromes causent la stérilité est probablement issue d'un certain nombre de séries de cas où l'extraction des fibromes a donné lieu à de meilleurs taux de conception. (46)

Dans les études prospectives (47), une analyse approfondie des publications sur les issues liées à la fécondité à la suite d'une myomectomie abdominale a révélé un taux combiné de grossesse de 57%.

Le taux de conception global était de 61 % lorsque aucun autre facteur de stérilité n'était pas en cause. (48)

Malgré tout ça, à part le problème financier, les Malgaches ont peur de subir une intervention chirurgicale d'où hausse de la nulligestité.

On a proposé diverses théories pour expliquer l'effet possible des fibromes sur la réduction de la fécondité (29) : une contractilité utérine anormale, un dérèglement focal vasculaire de l'endomètre, une inflammation endométriale, la sécrétion de substances vasoactives ou la création d'un milieu endométrial plus riche en androgène.

Les rapports publiés suggèrent que les fibromes sous muqueux risque davantage d'entraîner une fécondité réduite. (16) On croit aussi que la présence de fibrome de plus de 5 cm ou près du col de l'utérus ou des orifices tubaires pose davantage de problème. (46)

1-4- La parité :

D'après Buttram (14), la survenue d'une ou plusieurs grossesses réduit le risque d'apparition de fibromes. Les femmes qui n'ont pas eu d'enfant ont un risque accru de fibrome.

D'après l'étude faite dans le service de gynécologie du Centre National de Protection Maternelle et Infantile (CNPMI) au Cambodge, portant sur l'analyse de 160 dossiers : 24% des femmes porteuses de myome utérin sont des nullipares. Ce qui est majoritaire.

D'après Randrianasolo dans son étude (42), les nullipares représentent 35 % des cas.

Le résultat de ces études coïncident aux nôtres : 34 % de nos patientes sont des nullipares lesquelles sont les plus nombreuses dans notre série. Ces résultats nous permettent de confirmer que les fibromes ont une influence négative indéniable sur la parité des patientes. (14)

Inversement les multipares ne constituent que 9 % des cas.

Les paucipares (II-III) représentent 32 % des cas, ce qui n'est pas négligeable et peut s'expliquer par la fréquence des fibromes autour de la périménopause. (31)

Lumbiganon et al (46) décrivent que plus de 5 accouchements diminue le risque de développer un fibrome. L'âge tardif de la dernière grossesse (supérieur ou égal à 30 ans) diminue le risque de fibrome. (48)

Parizzini (48) montre également que le risque relatif diminue avec le nombre d'avortements induits.

En somme, tout se passe comme s'il y a une incompatibilité entre fibrome et grossesse : plus il y a de fibrome, moins il y a de grossesse et inversement.

1-5- La profession :

Les « ménagères » ou « femmes sans profession » ou « femmes au foyer » représentent 43 % des cas. Beaucoup de femmes malgaches ne travaillent pas encore actuellement malgré la difficulté économique et sociale. Elles ont un niveau d'instruction assez bas (la majorité arrête leurs études au niveau primaire) et ne trouvent pas d'emploi. Elles sont souvent considérées comme « des machines à faire des enfants ». Mais depuis quelques années, l'avènement des « zones franches », l'effectif des femmes qui travaillent s'accroît avec un taux de 14 % dans cette étude. Elles ont un travail dur, fatigant, ce qui entraîne la nervosité et le stress et qui pourraient expliquer la fréquence de fibrome chez les femmes actives.

Selon Rubin (16), la nervosité peut induire une hyperœstrogénie en période d'activité génitale.

On ne peut pas négliger les bureaucrates qui représentent 10 %, les cultivatrices et commerçantes 08 % chacune, les couturières 07 %, les institutrices 06 %, une vendeuse soit 02 % et une coiffeuse soit 02 % aussi.

Les femmes qui travaillent représentent donc 57 % des cas.

Kamioski et al (49) ont publié en langue polonaise que sur 72 femmes présentant de myomes comparées à 45 femmes sans fibromes, le surpoids, l'inactivité physique et le travail intellectuel avec le stress qu'il produit, étaient des facteurs de risque de développer des fibromes.

Lumbiganon et al (46) sur leur population ont retrouvé une association positive entre vie professionnelle et fibrome, éducation et fibrome. On peut émettre l'hypothèse qu'une femme qui a fait de longues études et qui travaille aura des grossesses plus tardives voire pas de grossesse.

1-6- La provenance :

Nous avons observé que la moitié soit 50 % de nos patientes résident en ville, les femmes rurales ou en province sont minoritaires.

Ceci ne veut pas dire qu'il y a une liaison entre la provenance des malades et le fibrome utérin, mais confirmait plutôt la difficulté des patientes rurales à fréquenter l'hôpital en cas de maladie en raison de la peur de subir une intervention chirurgicale,

de la difficulté financière et de la croyance (la prière seulement peut guérir la maladie). Certaines femmes préfèrent aller aux matrones.

La fréquence des femmes qui résident en ville peut s'expliquer par la situation géographique de la Maternité de Befelatanana en plein centre ville dans la capitale de Madagascar, donc elles sont plus proches du milieu hospitalier. Ainsi comme le CHUA gynécologie obstétrique Maternité de Befelatanana est l'établissement sanitaire le plus renommé et équipé (centre de référence de 3^{ème} niveau), elle est la plus fréquentée. Malgré l'ouverture des autres formations sanitaires, les populations d' Antananarivo ville et même des régions périphériques (suburbaines) préfèrent venir s'y faire soigner.

Vu le coût et la longue durée du traitement de cette pathologie, les patientes qui viennent des zones éloignées sont moins nombreuses soit 2 % des cas seulement.

A la campagne, les centres de santé sont plus rares, d'où une insuffisance en matière d'information, d'éducation et communication. Il est à souligner que la plupart de la population rurale est analphabète et vit au-dessous du seuil de la pauvreté. Ce problème économique est l'un des facteurs limitant la consultation médicale expliquant le faible nombre des femmes rurales découvertes porteuses de fibrome utérin.

1-7- Les antécédents gynéco- obstétricaux, chirurgicaux et médicaux :

1-7-1- Sur le plan gynéco- obstétrical :

D'après notre recherche, 27 femmes porteuses de myome soit 38,57 % des cas ont eu un ou plusieurs avortements.

Selon Favier M. (22), la présence de myome chez la femme enceinte peut induire un trouble de contractilité utérine favorisant l'expulsion ovulaire et aussi responsable d'avortement tardif.

Selon Foulot H. (26), parfois le fibrome peut compliquer la grossesse sous forme de fausse couche à répétition, c'est le cas essentiellement des fibromes sous muqueux faisant un effet « corps étranger » et qui provoque l'expulsion d'une grossesse débutante et ou une fausse couche tardive : expulsion du fœtus avant qu'il soit viable.

Un cas d'accouchement prématuré a été observé.

Selon Hédon B. (2), le fibrome peut être responsable d'accouchement prématuré : accouchement survenant avant le terme de la grossesse, liée à la survenue

de contractions utérines prématurées, à la compression du fœtus par les fibromes ou à une rupture prématurée des poches des eaux.

Une patiente a subi une opération césarienne avec mort du fœtus intra- utérine et mort- né dans notre série d'étude.

Ceci peut s'expliquer selon Buttram (14) par le fait que le fibrome peut être responsable d'une présentation dystocique : anomalie de présentation de l'enfant à naître en fin de grossesse, avec une présentation du siège ou une présentation transverse du fœtus.

Chiaffarino (29) confirme aussi que les fibromes situés dans la partie basse de l'utérus pourraient accroître le risque de présentation anormale du fœtus, d'opération césarienne et d'hémorragie post- partum.

Des infections génitales ont été constatées chez 10 patientes.

En effet, une infection génitale peut être liée soit à un fibrome en nécrobiose, soit à une lésion endométriale coexistante. (28)

Selon Buttram (14), la nécrobiose aseptique est une nécrose localisée du tissu fibromateux, due à une mauvaise irrigation. Elle se traduit par une douleur subaiguë ou aiguë, une fièvre et une altération de l'état général.

Une patiente a subi antérieurement une myomectomie, ce cas peut expliquer le risque de récurrence après myomectomie. (42)

Dans 15 % des cas, d'autres fibromes apparaissent (9) et dans 10 % des cas une hystérectomie est nécessaire dans les 5 à 10 ans à venir. (9)

Au moment d'envisager une myomectomie, il faut prévenir les femmes de l'éventualité d'une hystérectomie. (46)

Une patiente a présenté une grossesse extra- utérine. Ce-ci peut être due ou peut être avoir une liaison avec l'infection génitale. (2)

1-7-2- Sur le plan chirurgical :

Dans notre étude nous avons trouvé deux cas de kystéctomie et deux cas d'appendicectomie.

En effet, il n'y a pas de liaison entre le fibrome et la kystéctomie, ou le fibrome et l'appendicectomie.

Mais les antécédents d'intervention chirurgicale chez certaines patientes pourraient être à l'origine des multiples adhérences rencontrées au cours de l'intervention.

1-7-3- Moyen de contraception :

Nous avons trouvé une patiente qui utilise comme moyen de contraception un dispositif intra- utérin.

L'utilisation de DIU cuivre est l'un des facteurs de risque prédisposant admis des myomes utérins. (14) Contrairement au DIU Lévonorgestrel qui protège contre le risque des fibromes utérins. (29)

La pose d'un stérilet est contre indiquée en cas de fibrome sous muqueux ou lorsque la cavité utérine est agrandie ou étirée par les fibromes. (18)

L'existence de fibrome ne contre indique pas la mise en route ou la poursuite d'une contraception oestroprogestative ou progestative. (1)

La progestérone est utilisée comme traitement inhibiteur du fibrome utérin. (50)

Les oestroprogestatifs ne semblent pas augmenter l'apparition des fibromes et on observe plutôt une diminution du risque. (48)

Le rôle protecteur éventuel de l'utilisation de la pilule est controversé et les effets du DIU libérant du Lévonorgestrel ne sont que probables face à l'apparition ou à la prévention du fibrome. (51)

Les femmes ont évité sans doute les grossesses par une abstention ou par coït interrompu.

1-7-4- Sur le plan médical

Selon notre étude, 3 femmes porteuses de myomes soit 4% des cas ont un antécédent d'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle est l'une des facteurs de risque prédisposant admis des myomes utérins. (52)

2- LA CLINIQUE

2-1- Les circonstances de découvertes :

Pour les 70 cas sélectionnés, nous avons remarqué que l'hémorragie génitale est le motif de consultation; elle est présente chez 39 patientes porteuses du myome, soit 55,71% des cas. L'hémorragie génitale se présente sous différentes formes telle que métrorragie, ménorragie ou ménométrorragie.

Malinas et ses collègues ont mentionné (23) que l'hémorragie est le signe le plus habituel du fibrome utérin, ce qui est retrouvé dans notre étude.

Selon Luton D. (21), la ménorragie : la polyménorrhée et l'hyperménorrhée se voient dans 62 % des cas. C'est le maître symptôme et à l'origine d'une anémie par carence en fer.

Les métrorragies isolées sont rares (2) : survenue d'un saignement en dehors de la période des règles et respectant un intervalle libre par rapport à celles-ci, elles sont définies aussi comme tout saignement anormal d'origine utérine.

Les ménométrorragies (15) : plus rarement observées chez les patientes porteuses de fibrome (10 % des cas) sont des apparitions plus tardive.

En plus de ce problème hémorragique, nos malades présentent un certain nombre de signe fonctionnel du genre : douleur pelvienne, leucorrhées, masse pelvienne, stérilité.

Ces signes sont cités selon les proportions suivantes :

- douleurs pelviennes : 18 cas soit 25,71 %
- leucorrhées : 9 cas soit 12,85 %
- masse pelvienne : 2 cas soit 2,85 %
- stérilité : 1 cas soit 1,42%

L'hémorragie utérine peut être isolée ou associée à d'autres signes de complications comme des douleurs pelviennes, pollakiurie ou rétention d'urine. (21)

Selon Chiafforino (29), l'hémorragie utérine domine le tableau des complications. Elle est souvent constatée dans les myomes sous muqueux et interstitiels (2).

Les complications mécaniques telles les signes de compression, les troubles urinaires étaient observés dans les myomes volumineux interstitiels et les myomes enclavés dans le cul- sac- de- Douglas. (30)

Selon Luton D (21), une douleur pelvienne se rencontre dans 40 % des cas (fibrome sous séreux et interstitiels), des pesanteurs, troubles urinaires (10 % des cas) fibromes sous séreux et interstitiels.

Dans notre étude nous n'avons trouvé que 25,71 % des cas pour les douleurs pelviennes et aucune patiente pour les troubles urinaires ;

Sans doute les fibromes de nos patientes ne sont probablement pas de grande taille.

Selon Buttram (14), les fibromes utérins sont probablement un facteur responsable de seulement 2 à 3 % des cas de stérilité.

Notre série d'étude confirme cette hypothèse avec 1,42 % des cas de stérilité seulement.

2-2- Les signes cliniques :

Lors de l'examen de chaque patiente, des signes orientant vers le diagnostic de fibrome utérin ont été notés.

Une augmentation de volume de l'abdomen est constatée chez les femmes porteuses du volumineux myome. Elles sont au nombre de deux.

Chez 34 patientes, on a trouvé une hémorragie d'origine endo-utérine qui est l'apanage des complications du myome utérin.

Dans 22 cas, on a constaté une douleur provoquée à la palpation et au toucher vaginale.

9 patientes ont présenté une leucorrhée. Celle-ci était effectivement liée à un fibrome septique.

La perception de masse abdominale est constatée dans 11 cas.

Deux cas de polype accouché par le col sont relevés.

2-3- Echographie :

L'échographie pelvienne (par voie pelvienne ou par voie endovaginale) est l'examen diagnostique de référence. (21) Elle est basée sur l'émission d'ultrasons. C'est l'examen efficace pour confirmer le diagnostic d'un myome utérin, elle permet de

préciser la position des fibromes dans le pelvis et dans le myomètre, leur taille, leur nombre et leurs modifications (recherche d'une nécrobiose aseptique de fibrome).

Elle permet également de distinguer les fibromes sous séreux, sous muqueux et interstitiel. (13)

Elle permet aussi de vérifier l'état des annexes et des autres organes de voisinage. (13)

En analysant notre étude, les fibromes diagnostiqués cliniquement chez toutes nos patientes sont confirmés par l'échographie.

Donc on peut déduire que l'échographie est vraiment un examen efficace pour confirmer un diagnostic de fibrome utérin. (2)

Les autres examens sont rarement utilisés car peu nécessaires. (26)

Les pathologies annexielles comme kystes de l'ovaire sont présentes chez 13 patientes porteuses du myome.

Selon, Luton D. (21), les kystes de l'ovaire sont fréquemment associés au fibromyome.

2-4- Disposition du fibrome par rapport aux différentes parties de l'utérus :

D'après la littérature (2), le fibrome du corps est le siège le plus fréquent dans 96 % des cas, il occupe l'une des deux parties, mais le plus souvent il se développe dans la paroi postérieure.

Le fibrome de l'isthme est de localisation très rare, il n'est que de 1 % des cas, mais la plus dangereuse car il provoque presque toujours des compressions des voies urinaires en avant, du rectum en arrière et des ligaments larges latéralement.

Le fibrome du col se voit rarement, inférieur à 3 %, en général, il siège en position sus- vaginale, la position intra- vaginale est exceptionnelle.

Selon une étude faite dans le service de CNPMI au Cambodge (44), ils ont trouvé sur 148 cas soit 92,50 % des fibromes du corps, 11 cas soit 6,80 % des fibromes de l'isthme et un cas soit 0,20 % de fibrome du col.

Selon Randrianasolo (42), n'a trouvé aucun fibrome de l'isthme ni de fibrome du col, mais uniquement des fibromes du corps.

Selon notre étude, 69 femmes porteuses de fibrome utérin présentent un fibrome du corps soit 98,57 % des cas et une femme présente un fibrome de l'isthme soit 1,43 % des cas et aucun cas de fibrome du col.

Tous ces résultats confirment que le fibrome du corps est le siège le plus fréquent par rapport au fibrome de l'isthme et du col.

3- CLASSIFICATION DES FIBROMES :

Nous avons observé que 77 % des cas sont des fibromes simples se manifestant sous différentes formes d'hémorragie génitale comme ménorragie, métrorragie et ménométrorragie. L'hémorragie n'entraîne pas une anémie sévère.

Vingt pourcent des cas sont des fibromes compliqués. Ce taux est expliqué par le retard de diagnostic.

Il s'agit probablement d'une complication hémorragique par la persistance et la répétition des hémorragies et qui peuvent être responsable d'anémie microcytaire hyposidérémique, (21) complications douloureuses par torsion d'un fibrome pédiculé responsable d'un syndrome abdominal aigu ou subaigu (28), par nécrobiose aseptique d'un fibrome en dehors mais surtout au cours de la grossesse. (30)

Trois pourcent des cas sont associés à une grossesse, ces femmes ont été l'objet d'une simple surveillance. Au cours de la grossesse, le fibrome utérin peut être responsable d'avortement tardif, d'accouchement prématuré, d'insertion basse du placenta et de présentation anormale. (22)

Au moment de l'accouchement, les fibromes bas situés peuvent parfois constituer un obstacle praeviae au moment de l'expulsion, occasionner des hémorragies et rétention placentaire. (50)

La possibilité de complications dues à des fibromes durant la grossesse ne constitue pas une indication systématique de myomectomie, sauf si la patiente a déjà eu des complications imputables à ces fibromes lors d'une grossesse antérieure. (48)

Lorsque les fibromes sont décelés pendant la grossesse, il est nécessaire d'exercer une surveillance plus étroite du fœtus surtout si le placenta est implanté sur des fibromes ou à proximité de l'un d'eux. (52)

4- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

4-1- Abstention thérapeutique :

Les fibromes utérins ne doivent être traités que lorsqu'ils sont symptomatiques (douleur, saignement,...) ou lorsqu'ils risquent de se compliquer (torsion, compression,...). (21)

Rappelons que la majorité des fibromes est de petite taille et reste asymptomatique. (2) Dans ce cas, ils seront simplement surveillés régulièrement par échographie. (1)

Selon Benz J. (4), la plupart des léiomyomes utérins sont asymptomatiques et n'exigent aucun traitement. Il n'y a aucune indication d'une thérapeutique médicamenteuse en cas de fibrome asymptomatique : (1) un fibrome asymptomatique (n'entraînant ni saignement, ni douleur, ni compression) et mesurant moins de 10 cm, situation la plus fréquente, ne justifie aucune prise en charge médicale en dehors du cas de la femme infertile (grossesse précieuse) et ce quelle que soit sa taille (à condition que celle-ci soit < 10 cm). Ce type de fibrome ne nécessite pas de surveillance supplémentaire, ni clinique, ni imagerie. (48)

En cas de fibrome volumineux (>10 cm) asymptomatique, une surveillance et un avis gynécologique sont nécessaires. (48)

D'après notre analyse, nous avons constaté une indication d'une simple surveillance chez deux patientes qui sont enceintes.

En effet, elle était proposée dans les fibromes utérins sans manifestation cliniques ou de découverte fortuite lors d'un examen échographique du premier trimestre de la grossesse. (21)

Une surveillance périodique est nécessaire pour suivre l'évolution du myome afin d'entreprendre une nouvelle stratégie thérapeutique. (2)

4-2- Traitement médical :

La plupart des fibromes sans symptôme n'ont pas besoin d'être traités. Par contre quand ils présentent des symptômes, le traitement médical est souvent le premier traitement proposé. (53)

Souvent les symptômes sont contrôlés par un traitement médical et aucun autre traitement n'est nécessaire.

Dans certain cas, le traitement médical n'est pas satisfaisant ou mal toléré car les fibromes se remettent à grossir après l'arrêt du traitement. (2)

D'après notre recherche, 60 femmes porteuses de fibrome utérin soit 85,71 % ont bénéficié d'un traitement médical (traitement hormonal), et 8,57 % d'entre elles ont besoin d'hospitalisation.

Le moyen médical le plus fréquemment utilisé est les progestatifs de synthèse associés ou non à des antihémorragiques, des suppléments en fer, des antalgiques et des antibiotiques selon l'état de la patiente.

Selon Desaulniers Gilles (1), les progestatifs ne réduisent pas le volume des fibromes et n'empêchent pas leur croissance. Ils n'agissent que sur la composante oedémateuse péri- fibromateuse. La seule indication thérapeutique des progestatifs dans les fibromes utérins est la prise en charge des pathologies utérines fonctionnelles endométriales associées aux fibromes telle l'hyperplasie endométriale responsable du saignement : les progestatifs seront alors prescrits sur une durée de 3 à 6 mois. (1)

En cas de récurrence ou d'hémorragie fonctionnelle non résolue, il convient de réévaluer le type de prise en charge au long cours. (1)

Nous avons remarqué que les agonistes de LH-RH ne sont pas prescrits, en raison de leur coût élevé. (2)

Selon Loffredo V. (41), en supprimant toute sécrétion hormonale d'œstrogène (ménopause artificielle), les analogues de la LH-RH permettent :

- la diminution voire l'arrêt des saignements après un mois de traitement.
- la réduction d'environ 50 % de la taille des fibromes après 3 mois de traitement.

Par leur action, ces traitements provoquent une ménopause transitoire avec tous les symptômes qui l'accompagnent : bouffées de chaleur, baisse de la libido, sécheresse

vaginale etc. les analogues de la LH-RH ne sont utilisés qu'en préopératoire afin de faciliter le geste chirurgical. (50)

La plupart de nos patientes dans notre série d'étude veulent toutes avoir des enfants, d'où la prescription du moyen médicamenteux. La durée du traitement progestatif est de trois à six mois, mais on n'arrive pas à suivre l'efficacité ou l'échec de cette méthode thérapeutique.

4-3-Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical des fibromes utérins est indiqué essentiellement chez les femmes ne désirant plus avoir d'enfant, présentant des symptômes de moyenne à forte gravité (saignement abondant, compression, volume important des fibromes, augmentation rapide de la taille des fibromes etc...) ou après échec du traitement médical.

Selon Fellman (51), le traitement chirurgical n'est institué qu'en cas d'échec du traitement médical. Il est surtout réservé au myome compliqué.

D'après notre étude, la chirurgie est indiquée chez 8 patientes porteuses d'utérus myomateux soit 11 % des cas.

En effet, le retard de diagnostic est en partie responsable des complications que présentent les patientes à l'admission. Ceci n'est pris en compte qu'à un stade tardif où la pathologie devient invalidante.

On peut proposer l'hystérectomie comme solution radicale aux fibromes utérins symptomatiques d'une part à condition que la femme ait déjà été informée des solutions de rechange et des risques et si elle ne souhaite plus d'autre grossesse . (38)

La myomectomie est un choix possible pour les femmes désireuses de conserver leur utérus, mais ces patientes doivent être informées qu'elles ne sont pas à l'abri d'autres interventions ultérieures.

Dans notre série d'étude nous n'avons pu suivre des femmes qui ont choisi le traitement chirurgical.

A la Maternité de CHUA de Befelatanana, la myomectomie ou l'hystérectomie sont réalisées par laparotomie médiane sous ombilicale (LMSO).

Ailleurs, si le traitement chirurgical conservateur de première intention face aux fibromes endocavitaires symptomatiques est la myomectomie hystéroscopique (38),

cette technique n'est pas à la portée des patientes en raison de son coût. Les patientes n'ont pas le moyen.

Pour certaines femmes présentant des fibromes intra- muraux ou sous séreux symptomatique et désireuses de conserver leur utérus, sans pour autant maintenir leur fécondité, la myolyse par laparoscopie peut offrir une solution de rechange à la myomectomie ou à l'hystérectomie. (37) Seulement cette technique ce n'est pas encore disponible chez nous et n'est pas à la portée des femmes malgaches. Il en est de même de l'occlusion des artères utérines : une autre solution de rechange aux femmes présentant des fibromes utérins symptomatiques et désireuses de conserver leur utérus. (53) Malheureusement cette technique n'est pas encore disponible chez nous non plus.

SUGGESTIONS

Le fibrome utérin une tumeur bénigne, est souvent asymptomatique, aussi la présence d'un signe qui incite la femme à consulter un Médecin montre-t-elle déjà que le fibrome présente une complication. Le choix thérapeutique mérite d'être toujours discuté.

Les différents résultats rapportés dans cette thèse montrent le recours aux traitements médicaux, puisque beaucoup de patientes veulent avoir des grossesses et des enfants.

Le retard à la consultation, le retard de dépistage et du diagnostic précoce, l'inefficacité ou l'insuffisance du système de référence justifient la survenue des complications, d'où hausse de nulligestités et de nulliparités.

Pour éviter ces situations, nous imposons quelques suggestions :

1- SUR LE PLAN SOCIAL :

La communication pour le changement de comportement (CCC) s'avère indispensable pour une meilleure santé familiale.

Celle-ci nécessite la participation de tout le personnel de santé et de la communauté.

Elle a pour but de conscientiser et d'éduquer les femmes sur les pathologies gynécologiques et obstétricales pour qu'elles sachent les symptômes s'appeler, qui les obligent à consulter un Médecin avant que la maladie ne se complique.

Un programme d'information et d'éducation est déjà élaboré mais doit être ajusté à chaque pathologie.

Il faut encourager les femmes à suivre régulièrement les consultations prénatales, afin de dépister les facteurs de risque de la grossesse, ceci est dans l'objectif du Ministère de la Santé « Maternité sans risque ».

Une prise en charge précoce éviterait les traitements chirurgicaux mutilants, mais elle est difficile à envisager actuellement car les patientes ne consultent souvent qu'au stade de complication. Ainsi donc, il faut encourager les femmes à suivre une consultation gynécologique systématique.

Ainsi, il faut encourager les femmes ayant subi une myomectomie et qui veulent des enfants à accoucher 1 an après l'intervention pour éloigner le risque de récurrence.

2- SUR LE PLAN MEDICAL :

Il s'agit d'une affection polymorphe allant d'un myome muet à un myome compliqué. Donc, elle exige une prise en charge spécialisée et méthodique.

Une formation permanente des Médecins s'avère nécessaire du fait des progrès de la médecine surtout en matière de prise en charge thérapeutique et des moyens du diagnostic. Il s'agit d'une mise à niveau des Médecins spécialistes ou généralistes.

3- SUR LE PLAN NATIONAL :

Une participation de l'Etat dans l'amélioration de la qualité de vie de la population est primordiale pour atteindre l'objectif « la santé pour tous et tous pour la santé ».

En cas de maladie, l'absentéisme au travail du fait des consultations fréquentes et du séjour à l'hôpital et de convalescence longue entraîne une baisse de la productivité.

Pour avoir une communauté saine et rentable, certaines exigences sont nécessaires :

- Lutte contre l'analphabétisme ;
- Elévation du niveau socio-économique et culturel ;
- Multiplication des centres de santé avec des équipements utiles et accessibles à tout le monde ;
- Recrutement des Médecins bien formés pour travailler dans ces centres de santé ;
- Multiplication des formations spécialisées pour les nouveaux Médecins ;
- Formations des praticiens gynécologues et obstétriciens ;
- Publication des résultats des nouvelles recherches au fur et à mesure ;
- Installation de moyens de dépistage et de traitement à moindre coût.

En attendant le recrutement des médecins formés, assurer une formation continue post-universitaire.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les fibromes ou fibromyomes sont des tumeurs pelviennes bénignes les plus fréquentes, qui se rencontrent chez 20% des femmes de plus de 35 ans ; et près de 40% chez celles de plus de 40 ans ; et sont plus fréquents dans la race noire

Au terme des différents résultats, nous pouvons conclure que :

- Le fibrome utérin constitue 4% des consultations en gynécologie.
- Quarante pourcent des patientes sont comprises dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans. C'est l'âge où les myomes utérins deviennent symptomatiques.
- Trente pourcent des patientes sont des nulligestes.
- Trente quatre pourcent des patientes sont des nullipares.

Parmi les 70 patientes sélectionnées, 60 soit 86% ont eu comme prise en charge un traitement médical. Toutes ces patientes ont bénéficié d'un traitement hormonal à type de progestatif de synthèse (traitement préventif des complications).

Les agonistes de LH-RH ne sont pas prescrits.

Onze pourcent des patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

La méconnaissance, la négligence des manifestations cliniques et le retard à la consultation expliquent la fréquence des fibromes pourvoyeurs de nulligestité et de nulliparité, ainsi que de l'intervention chirurgicale.

Ainsi, trois éléments essentiels liés entre eux doivent être mis en route pour éviter la survenue des complications :

- Conscientisation et éducation des femmes en âge de procréer afin qu'elles sachent les signes d'appel des pathologies gynécologiques ;
- Un bon dépistage et un bon diagnostic nécessitant un équipement et attitude de performance.
- Accessibilité au moindre coût aux prestations des soins.

ANNEXES

N°	Age (ans)	Adresse	Profession	GPA	Motif de consultation	Antécédents personnels	Signe d'examen	Echographie	Méthode thérapeutique
1	40	Tanjombato	Ménagère	G0P0A0	douleur pelvienne		masse pelvienne	Utérus polymyomateux	Traitement chirurgical
2	23	Ivandry	Ménagère	G2P1A0	Grossesse de 17SA		abdomen souple utérus gravide	Grossesse monofoetale évolutive en présentation mobile de 17SA et fibrome Utérin	Abstention
3	44	Ampitatafika	Bibliothécaire	G3P3A0	Douleur pelvienne		examen gynécologique sans particularité	Petit myome	Traitement médical
4	34	Fenoarivo Be	Cultivatrice	G1P0A1	Stérilité	GEU en 1993 1 avortement	Douleur sus pubienne à la palpation profonde col en position antérieur présence de perte sale présence de cervicite cul sac de Douglas gauche libre sensible	Utérus myomateux kystes ovariens avec hydrosalpinx	Antibiotique Traitement symptomatique
5	32	Mahazoarivo	Ménagère	G1P1A0	douleur pelvienne		examen gynécologique sans particularité	Dystrophie ovarienne droite sur utérus myomateux	Antibiotique Traitement progestatif
6	42	Andramasina	Dispensatrice	G0P0A0	Douleur pelvienne Ménorragie		Douleur de la FIG à la palpation col en position intermédiaire légèrement inflammé doigtier ramenant des pertes séreuses	utérus polymyomateux	Traitement symptomatique Traitement progestatif
7	30	Andrefanambohi-janahary	couturière	G0P0A0	douleur pelvienne		douleur pelvienne à la palpation	kyste fonctionnel de l'ovaire gauche , utérus myomateux	Traitement symptomatique Traitement progestatif

8	34	Ambodivona	Institutrice	G4P3A1	métrorragie	1 avortement	masse pelvienne gros col en position intermédiaire perte sanguine d'origine Endo-utérine col un peu ramolli utérus augmenté de volume Cul-de-sac de Douglas droit comblé doigtier ramenant de perte sanguine	gros noyau de myome interstitiel postéro-fundique et latéral droit	Traitement chirurgical
9	26	Androhibe	Employée en zone franche	G0P0A0	douleur pelvienne ménorragie		saignement endo-utérin	utérus myomateux	traitement symptomatique traitement progestatif
10	35	Namontana	ménagère	G5P4A1	douleur pelvienne	1 avortement	examen gynécologique sans particularité	utérus fibromateux	traitement symptomatique traitement progestatif
11	35	Ampitatafika	ménagère	G0P0A0	masse pelvienne latéro-utérine droite		col en position intermédiaire devié à droite sécrétion au niveau du vagin Cul-de- sac de Douglas droit comblé par une masse	masse annexielle droite et utérus polymyomateux	traitement chirurgical
12	41	Arivonimamo	commerçante	G3P2A1	ménométrorragie récidivante	1 avortement	pâleur cutanéomuqueuse douleur pelvienne saignement d'origine endo- utérine	utérus fibromateux	Antibiotique traitement symptomatique traitement progestatif
13	45	Iavoloha	cultivatrice	G1P1A0	ménométrorragie		saignement d'origine endo- utérine	utérus polymyomateux	traitement symptomatique traitement progestatif
14	35	Antsahadinta	cultivatrice	G3P2A1	douleur pelvienne	1 avortement		utérus polymyomateux	hospitalisée traitement médical

15	28	Morarano	commerçante	G7P5A2	métrorragie	2 avortements un accouchement prématuré	gros col tuméfié pertes séro-sanguinolantes d'origine endo- utérine	utérus fibromateux	traitement symptomatique traitement progestatif
16	49	Anjanahary	ménagère	G0P0A0	ménorragie		pâleur cutanéomuqueuse douleur à la palpation profonde de la région sus-pubienne saignement d'origine endo- utérine	utérus fibromateux	traitement symptomatique traitement progestatif
17	27	67 Ha-Nord	ménagère	G2P2A0	ménorragie		douleur à la palpation profonde de la région sus- pubienne saignement d'origine endo-utérine	utérus fibromateux	traitement progestatif
18	38	Anosimasina	ménagère	G0P0A0	douleur pelvienne		masse pelvienne à la palpation	kyste ovarien droit 68mmx 60mm et utérus fibromateux	traitement chirurgical
19	37	Ampefy	cultivatrice	G9P8A1	ménorragie	1 avortement	conjonctive pâle saignement d'origine endo- utérine, anémie	utérus myomateux hémorragique	hospitalisation traitement médical
20	37	Alasora	ménagère	G3P3A0	ménorragie		anémie saignement d'origine endo- utérine	utérus fibromateux	hospitalisation
21	23	Analamahitsy	couturière	G1P1A0	ménorragie		col centré inflammé, leucorrhée	utérus fibromateux	traitement progestatif antibiotique
22	31	Antohomadinika	ménagère	G5P5A0	leucorrhée		col intermédiaire, leucorrhée dans le vagin	utérus fibromateux	traitement progestatif
23	43	Ambondrona	employée en zone franche	G4P3A1	ménorragie	1 avortement	conjonctive pâle, saignement d' origine endo-utérine anémie et infection génitale	Myome utérin	traitement symptomatique

24	51	Miarinarivo	cultivatrice	G13P12A1	ménorragie	1 avortement	cervicite hémorragique ulcération au niveau de l'orifice externe du col, pertes sanguines minimes	utérus fibromateux	traitement symptomatique traitement progestatif antibiotique
25	31	Soavina	employée en zone franche	G0P0A0	ménorragie		pâleur cutanéomuqueuse anémie, saignement d'origine endo-utérine	utérus polymyomateux	Hospitalisation traitement médical
26	55	Arivonimamo	ménagère	G5P5A0	douleur pelvienne		endocervicite	petits myomes utérins	antibiotique
27	29	Antetazana Afo- voany	employée en zone franche	G1P1A0	métrorragie douleur pelvienne	appendicectomie en 2002	infection génitale	myome utérin	traitement progestatif antibiotique traitement médical
28	30	Tanjombato	employée en zone franche	G4P2A2	douleur pelvienne	2 avortements	douleur sus-pubienne à la palpation profonde pertes blanches d'origine endo- utérine	utérus myomateux	traitement symptomatique
29	37	Ankadilalampo- tsy	ménagère	G5P4A1	douleur pelvienne	1 avortement	douleur sus-pubienne à la palpation profonde	myome isthmique	traitement progestatif antibiotique
30	42	Anosisoa	couturière	G4P3A1	douleur pelvienne métrorragie	1 avortement	douleur à la palpation profonde saignement d'origine endo-utéri- ne	utérus fibromateux	traitement progestatif traitement symptomatique
31	34	Tsarahonenana	commerçante	G3P3A0	métrorragie		douleur à la palpation pro fonde de la région suspubienne doigtier ramenant des pertes sanguines minimes	utérus fibromateux	traitement progestatif traitement symptomatique
32	36	Andavamamba	ménagère	G7P7A0	métrorragie		saignement d'origine endo-utéri- ne	utérus fibromateux	traitement progestatif

33	47	Ambohitrimanjaka	commerçante	G4P3A1	métrorragie douleur pelvienne	1 avortement	saignement d'origine endo-utérine, douleur pelvienne à la palpation	utérus muomateux	traitement progestatif traitement symptomatique
34	53	Ambohipo	ménagère	G6P5A1	leucorrhée	1 avortement	cervicite péri-orificielle, perte glaireuse minime	utérus polymyomateux	antibiotique traitement progestatif
35	34	Itaosy	EZF	G0P0A0	douleur de la FID		endométrite, douleur de la FID à la palpation profonde, pertes blanchâtres crémeux épais	petit myome	antibiotique traitement progestatif
36	50	Ambanidiha	secrétaire	G0P0A0	douleur pelvienne		douleur pelvienne à la palpation	utérus polymyomateux	traitement progestatif
37	28	Ambohibao	coiffeuse	G3P1A2	métrorragie	appendicectomie 2 avortements	saignement d'origine endo-utérine	fibromyome	traitement progestatif
38	31	Alasora	couturière	G2P2A0		aucun enfant vivant OC en 1995 et 2003 mort-né, mort in-utéro	douleur de la FIG à la palpation profonde	kyste de l'ovaire droit fibrome utérin	traitement progestatif
39	42	Vontovorona	cultivatrice	G1P1A0	écoulement vaginal	appendicectomie kystéctomie de l'ovaire droit	palpation d'une masse pelvienne écoulement crémeux d'origine Endo- utérine	utérus polyfibromateux	traaitement chirurgical
40	41	Ambohibao	agent de poste	G4P2A2	métrorragie	2 avortements	saignement d'origine endo-utérine	fibrome utérin	traitement progestatif antibiotique
41	42	Andavamamba	commerçante	G3P0A3	troubles des règles	3 avortements	saignement d'origine endo-utérine	utérus fibromateux	traitement progestatif
42	44	Ambatolampy-Antehiroka	EZF	G7P3A4	douleur pelvienne	HTA 4 avortements	infection génitale	utérus myomateux	antibiotique anti-inflammation traitement progestatif

43	28	Ankorondrano	ménagère	G0P0A0	masse pelvienne		masse abdominale dure, ferme, régulière sus-pubienne	utérus myomateux	traitement progestatif traitement symptomatique
44	56	Arivonimamo	institutrice	G3P3A0	douleur de la FID		douleur de la FID infection génitale	fibrome utérin	traitement symptomatique
45	47	Ambohimanarina	ménagère	G1P1A0	ménorragie	HTA	pâleur cutanéomuqueuse masse pelvienne, anémie infection génitale, saignement endo-utérine	fibrome utérin	hospitalisation Traitement médical
46	48	Tsiadana	ménagère	G0P0A0	ménorragie		masse abdominale	myome utérin	traitement progestatif traitement symptomatique
47	45	Ambohipo	assistante sociale	G9P3A6	douleur pelvienne	HTA 6 avortements un accouchement prématuré	douleur pelvienne au niveau de la FID Tuméfaction au niveau de la face latérale droite utérus légèrement augmenté de volume	fibrome utérin	traitement symptomatique Traitement progestatif
48	41	Ambohipotsy	ménagère	G0P0A0	douleur pelvienne ménorragie		saignement d'origine endo-utéri ne	utérus fibromateux	traitement progestatif traitement symptomatique
49	30	Soavinandriana	ménagère	G3P2A1	douleur pelvienne	1 avortement	douleur à la palpation utérus gravide	grossesse de 9 SA utérus fibromateux	abstention
50	46	Andoharanofotsy	commerçante	G2P1A1	algie pelvienne	1 avortement	masse pelvienne douleur abdominale à la palpation	kyste de l'ovaire gauche utérus myomateux	traitement chirurgical pour kystectomie
51	47	Ampitatafika	EZF	G2P2A0	ménorragie		saignement d'origine endo-utéri ne	utérus myomateux	traitement progestatif traitement symptomatique
52	39	Talatamaty	EZF	G1P1A0	ménorragie douleur de la FID		saignement d'origine endo-utéri ne	dystrophie ovarienne polykystique et myome utérin	traitement progestatif traitement symptomatique

53	33		médecin	GOP0A0			Examen gynécologique sans particularité	myome fundique interstitiel 38mmx31mm, myome au niveau de la face postérieure 41mmx19mm	traitement progestatif
54	41	Mananara	institutrice	G2P2A0	ménorragie		infection génitale saignement d'origine endo-utérine	utérus fibromateux	antibiotique traitement progestatif
55	44	Soanierana	ménagère	G4P3A1	troubles des règles	1 avortement	saignement d'origine endo-utérine	dystrophie ovarienne droite et utérus fibromateux	traitement progestatif
56	47	Ankaraobato	institutrice	G11P10A1	métrorragie douleur pelvienne	1 avortement	saignement d'origine endo-utérine, douleur à la palpation	utérus fibromateux	traitement progestatif traitement symptomatique
57	36	Andranomana-lina	ménagère	G3P3A0	ménorragie		pâleur conjonctivale gros col inflammatoire infection génitale saignement d'origine endo-utérine	utérus myomateux	traitement progestatif traitement symptomatique
58	50	Ankatso	ménagère	G8P8A0	ménorragie		polype au niveau du col	utérus fibromateux	traitement symptomatique traitement progestatif
59	43	Ambohimanan-drany	ménagère	G2P1A1	ménorragie douleur pelvienne	1 avortement	pâleur conjonctivale polype au niveau du col saignement d'origine endo-utérine	utérus polymyomateux	traitement symptomatique traitement progestatif
60	45	Andavamamba	institutrice	G0P0A0	ménorragie		saignement d'origine endo-utérine	utérus polymyomateux	traitement progestatif
61	47	Ankaditoho	assistante technique	G1P0A1	désir de grossesse	1 avortement myomectomie en 2001 et en 2004	masse pelvienne	utérus polymyomateux	traitement chirurgical
62	27	Andohanimandri-seza	ménagère	G0P0A0	écoulement vaginal		infection génitale	utérus myomateux	antibiotique traitement progestatif

63	36	Ambatomitsan-gana	vendeuse	G4P3A1	ménorragie	1 avortement	altération de l'état général conjonctive pâle, saignement d'origine endo-utérine	utérus fibromateux hémorragique	Hospitalisation Traitement médical
64	36	Isotry	ménagère	G0P0A0	écoulement vaginal		infection génitale masse pelvienne	Utérus polymyomateux	antibiotique traitement progestatif
65	51	Bezezika	ménagère	G8P8A0	ménorragie		conjonctive pâle pâleur cutané-plantaire utérus augmenté de volume masse à la palpation perte sanguine	utérus myomateux	traitement progestatif
66	33	Abdranolava	ménagère	G0P0A0	métrorragie		pâleur cutané-muqueuse saignement d'origine endo- utérine	myome sous muqueux antérieur 38mmx25mm; sous séreux antérieur 24mm x16mm	antibiotique traitement progestatif traitement symptomatique
67	39	Miandrivazo	ménagère	G0P0A0	métrorragie algie pelvienne		perte sanguine d'origine endo- utérine, douleur pelvienne	utérus hétérogène d'allure fibromateux	traitement progestatif
68	35	Andohani- mandroseza	ménagère	G0P0A0	algie pelvienne		douleur à la palpation profonde de la région pelvienne	petit myome corporel postérieur de 16 mm	traitement symptomatique traitement progestatif
69	30	Ivato	EZF	G0P0A0	ménorragie		pâleur cutané-muqueuse masse pelvienne	kyste de l'ovaire droit, fibrome utérin	traitement chirurgical
70	40	Ankatso	couturière	G4P3A1	leucorrhée chronique	un avortement	examen clinique sans particula- rité	fibrome utérin	traitement progestatif

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Desaulniers G. Les fibromes utérins. www. Crhsc. Umontreal. Ca. 2007.
2. Hédon B, Dargent D, Madelénat P, Frydman S. Le fibrome utérin. Ellipses Aupelf Uref, 1998 : 111-117.
3. Robert Hg, Palmer R, Boury HC, Cohen J. Fibrome et cancer utérin. Précis de gynécologie, 1974:667.
4. Chevrel JP, Dumas JL, Géraud JP. Anatomie générale. Paris : Masson, 1995 :109,156.
5. Foulot H, Lecure F. Fibrome utérin. Abrégé de Gynécologie. Paris : Masson, 1984 : 339.
6. Rouvière H, Delmas A. Anatomie de l'appareil génital de la femme. Anatomie Humaine, 15^{ème} édition, 2002 ; 2 : 638-653.
7. Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, 1984.
8. Kahle W, Léonhardt H, Platzer W. Anatomie des viscères. Flammarion, 1991 ; 2 : 288.
9. Randriambolarainy HE. Indications de l'hystérectomie au cours des fibromes utérins au CHD II Antsirabe. Antananarivo : Thèse médecine, 2001; n°6029.
10. Marc M, Michel M, Claude D. Histophysiologie de l'appareil génital féminin. Gauthier Villars Université, 1980.
11. Roujeau J, Chelloul M. Abrégé d'Anatomie pathologie de l'appareil génital féminin. Sandoz éditions, 1973.

12. Lansac J, Le Comte P. Fibromyomes utérins. Livre gynécologique pour le praticien, 1994: 66-80
13. Benz J, Glatthaar E. Gynécologie. Checklists de Médecine, Vigot, 1994: 144
14. Buttram VC, Reiter JC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management. Fertster, 1981; 36: 433-445
15. Duwing J, Guilhem P, Bimes C. Considération sur le rôle de l'hyperfolliculinisme dans la pathogénie du fibrome utérin. Gynéc Obst 1946; 45: 137-143
16. Rubin LC. Uterine fibromyomas and sterility. Clin Obstét Gynécol 1958; 1: 501-508
17. Newbold RR et coll. Advances in uterine leiomyoma research: conference overview, summary and future research: recommendations. Environ Health Perspect, 2000; 108: 769-773
18. Schwartz SM, Marshall LM, Baird DD. Epidemiologic contributions to understanding the etiology of uterine leiomyomata. Environ health perfect, 2000; 108: 821- 827
19. Sumati H, Shozu M, Segawa T et al. In situ estrogen synthesized by aromatase P 450 in uterine leiomyoma cells promotes cell growth probably with an autocrine paracrine mechanism. Endocrinology, 2000; 141: 3852-3861
20. Lacombe M. Précis d'anatomie et de physiologie pour les infirmiers. Lamane-Poinat, 1968
21. Luton D, Sibony O. Fibromes utérins. Collection INTERNAT préparation au concours. Gynécol Obstét 1998: 14-18.

22. Favier M. Fibrome et grossesse. *Gyn Obst Prat* 1980; 8: 22, 31.
23. Malinas Y. *Pratique médicale 3 de gynécologie obstétrique*. Masson, 1985.
24. Raherimanana RE. Aspects épidémiologiques des fibromes utérins non hémorragiques chez les femmes Malgaches. Antananarivo : Thèse Médecine, 1999; n° 5223.
25. Iverson RE, Chelmoq D, Strohbehn K, Waldeman L, Evantash E G. Relative morbidity of abdominal hysterectomy and myomectomy for management of uterine leiomyoma. *Obstét Gynécol* 1996; 88: 415-419.
26. Verkauf BS. Changing trends in treatment of leiomyomata uteri. *Crr, Opin Obstét Gynécol* 1993; 5; 3: 301-310.
27. Gelle P, Grépin G, Delahousse G, Décoq J, Biserte M C. Les lésions associées au fibromyome utérin à propos de 207 observations. *Rev Franc Gynécol Obstét* 1974; 69: 5-31.
28. Colette C. *Algie pelvienne*. Paris : *Rev Gynécol Obstét* 1994; 44; 21: 13.
29. Chiafforino F, Parazzini F et al. Use of oral contraceptives and uterine fibroids: results from a case control study. *Br J Obstét Gynécol* 1999; 106; 8: 857-860.
30. Ang Wc, Farrell E, Vollenhoven B. Effect of hormone replacement therapies and selective estrogen receptor modulators in post menopausal women with uterine leiomyomas. A literature review. *Climacteric*, 2001; 4; 4: 284-292.
31. Townsend DE, Sparks RS, Baluba MC. Unicellular histogenesis of uterine leiomyomas as determined by electrophoresis of glucose-6-phosphatase dehydrogenase. *Amer J Obstét Gynécol* 1970; 107: 1168-1173.

32. Magos AL, Bournas N, Sinha R, Richardson R E, O' Connor H. Vaginal myomectomy. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101; 12: 1092-1094.
33. Wyrzykiewicz T. Myomectomy through the vagina- routine treatment or still a rarity. Ginekolog Pol 1992; 63; 3:142-146.
34. Barau G, Larue L, Rizk K, Bertault D. Les myomectomies par coelioscopie, à propos de 32 cas. Contracept Fertil Sex 1993; 21: 145-148.
35. Darai E, Deval B, Darles C, Benifla JL, Gueglielmina P. Myomectomie: coelioscopie ou laparotomie. Contracept Fertil Sex 1996; 24; 10: 751-756.
36. Nezhat C, Nezhat F, Bess O, Nezhat CH, Masshiach R. Laparoscopically assisted myomectomy: a report of a new technique in 57 cases. Int J Menopausal stud 1994; 39; 1: 39- 44.
37. Mais V et coll. Laparoscopic versus abdominal myomectomy: a prospective randomized trial to evaluate benefits in early outcomes. Am J Obstet Gynaecol 1995; 174: 654-657.
38. Nezhat C, Nezhat F, Silfen SL, Schaffer N, Evans D. Laparoscopy myomectomy. F Fertil 1991; 36: 275-280.
39. Pelage JP, Le Dref O, Soyer P et al. Fibroid-related menorrhagia: Treatment with superselective embolization of the uterine arteries and midterm follow-up. Radiology, 2000; 215: 428-31.
40. Ravina JH. Arterial embolisation to treat uterine myomata. Lancet, 1995; 346: 671-672.
41. Loffredo V. Le point sur le diagnostic et le traitement des fibromes utérins en dehors de la grossesse. Cont Fert Sex 1986; 84; 4: 365-370

42. Randrianasolo A H. Place de la chirurgie dans le traitement du fibrome utérin au CHUA Maternité de Befelatanana. Antananarivo : Thèse Médecine, 2002; n°6853.
43. Mohamed S. Prise en charge des fibromes utérins au centre hospitalier de Soavinandriana. Antananarivo : Thèse Médecine, 2000; N° 5388.
44. Vuoch T, Cheng H. Etude des Fibromes utérins dans le service de gynécologie du Centre National de Protection Maternelle et Infantile. Cambodge : Université, 2000.
45. Strobelt N, Ghidini A et al. Natural history of uterine liomyomas in pregnancy. J ultrasound Med 1994; 13; 5: 399-401.
46. Lumbiganon P et al. Protective effect of depot- medroxyprogesterone acetate on surgically treated uterine leiomyomas: a multicentre case- control study. Br J Obstet Gynaecol 1995; 103: 909-914.
47. Sato F, Nshi M. Body fat distribution and uterine leiomyomas. J Epidemiol 1998; 8: 176-180.
48. Parizzini F. La Vecchia. Epidemiologic characteristics of women with uterine fibroids. Obstet Gynaecol 1988; 72: 853-857.
49. Kamioski et al. Evaluation of the influence of certain epidemiologic factors on developpement of uterine myomas. Wiad Lek 1993; 46: 592-596.
50. Akinyemi BO, Adewoye BR, Fakoya TA. [Uterine Fibroid](#). Nigerian: J Med 2004; 13; 4: 318 - 29.

51. Fellman M, Battegay R. Comparative socioeconomic, anamnestic and psychological studies of patients with uterine myoma and uterine prolapse. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 1983; 132: 105-115.
52. Cramer et al. The nonrandom regional distribution of uterine leiomyomas: a clue to histogenesis. *Hum Pathol* 1992; 23: 635-638.
53. Gelbert D. Traitement médical des fibromes. *Rev Prat* 1963; 13; 26 : 3165.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RABAROELINA Lala**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

VELIRANO

« Eto antrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga ; Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka iero mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

Name and first name: RANDRIANARIVONY Fara Marie Annie

Title of thesis : “The uterine fibroid at Motherwood of Befelatanana during 2007-2008: Reflection and chosen treatment”

Rubric : Gynaecology

Page number : 63

Chart number : 11

Picture number : 05

Figures number : 04

Bibliographical references number: 53

SUMMARY

It is a retro and prospective survey on the uterine fibroid at Befelatanana Maternity dating from the first January 2007 to the 30th June 2008. Seventy uterine fibromyoma cases have been counted.

Within the 70 counted cases, a predominance of women from the age of 35 to 50 is noted, and the nulligestes represent the 34 percent of the cases, 77 % of the cases have simple fibroids occurring under different genitals haemorrhagy forms, 86 % of the patients have received as in charge a medical treatment, 11 % of the patients were given surgical treatment. The most frequently medical means used at the CHUA Gynaeco-Obstetric Maternity of Befelatanana is the synthesis of progestational and the surgical means is the myomectomy or the hysterectomy with laparotomy median under umbilical.

The suggestions proposed include the conscientisation and the education of women who are at the age of giving birth so that they should know the symptoms of gynaecology pathology, and the right diagnostic needing equipment and an attitude of performance, the possible access to any cost to the prestations of the cures.

Key words : Uterus- Fibroid- Progestational- Myomectomy-
Hysterectomy

Director of thesis : Professor RABARIOELINA Lala

Reporter of thesis : Doctor JOELISON RIVO Arisoa

Address of the author : Lot 14 Talatamaty- Ambohidratrimo 105

Nom et prénoms : RANDRIANARIVONY Fara Marie Annie
Titre de thèse : « Le fibrome utérin à la Maternité de Befelatanana en 2007-2008 : Réflexion et traitement choisi »
Rubrique : Gynécologie
Nombre de page : 63 **Nombre de tableaux** : 11
Nombre de schémas : 05 **Nombre de figures** : 04
Nombre de références bibliographiques : 53

RESUME

Il s'agit d'une étude rétro et prospective sur le fibrome utérin à la Maternité de Befelatanana allant du 1^{er} Janvier 2007 au 30 Juin 2008. Soixante dix cas de fibromyome utérin ont été recensés.

Sur les 70 cas recensés, on note une prédominance des femmes dans la tranche d'âge de 30 à 49 ans, les nullipares représentent 34 % des cas, des fibromes simples se présentant sous différentes formes d'hémorragies génitales avec 77 % des cas, quatre vingt six pourcent des patientes ont eu comme prise en charge un traitement médical, onze pourcent des patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Le moyen médical le plus fréquemment utilisé au CHUA Gynéco-Obstétrique Maternité de Befelatanana est les progestatifs de synthèse et le moyen chirurgical est la myomectomie ou l'hystérectomie par laparotomie médiane sous ombilicale.

Les suggestions avancées comprennent la conscientisation et l'éducation des femmes en âge de procréer afin qu'elles sachent les signes d'appel des pathologies gynécologiques, le bon dépistage et le bon diagnostic nécessitant un équipement et une attitude de performance, l'accessibilité au moindre coût aux prestations des soins.

Mots clés : Utérus- fibrome- progestatif- myomectomie- hystérectomie
Directeur de thèse : Professeur RABARIOELINA Lala
Rapporteur de thèse : Docteur JOELISON RIVO Arisoa
Adresse de l'auteur : Lot 14 Talatamaty- Ambohidratrimo 105