

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I. RAPPELS SUR LES FIBROMES UTERINS.....	2
I 1. Définition.....	2
I 2. Etiopathogenie.....	2
I 3. Anatomo-pathologie.....	3
I 4. Etude clinique.....	7
I 5. Prise en charge thérapeutique.....	9
II. LA RECIDIVE.....	10
II 1. Définition.....	10
II 2. Epidémiologie.....	10
II 3. Physio-étiopathogenie.....	10
II 4. Etude clinique.....	12
II 5. Evolution.....	16
II 6. Formes cliniques.....	19
II 7. Prise en charge thérapeutique.....	20
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	27
I. METHODOLOGIE.....	35
	55
II. RESULTATS.....	65
III. DISCUSSIONS.....	66
SUGGESTIONS.....	
CONCLUSION.....	
REFERENCES	

LISTE DES ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
cm	: Centimètre
mm	: Millimètre
GS	: Groupe sanguin
SA	: Semaine d'Aménorrhée
OE	: Orifice Externe
OI	: Orifice Interne
TA	: Tension Artérielle
TV	: Toucher Vaginal
Mn	: Minute
T°	: Température
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
OC	: Opération Césarienne
IEC	: Information Education Communication
KHz	: Kilo Hertz
GnRH	: Gonadotrope Releasing Hormone
PVA	: Polyvinyl Alcohol
NFS	: Numération Formule Fanguine
LMSO	: Laparotomie Médiane Sous Ombilicale
MRgFUS	: Magnetic Resonance guided Focused Ultrasound

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition selon le nombre des noyaux fibromateux

Tableau 2 : Répartition selon la taille des noyaux fibromateux

Tableau 3 : Répartition selon la manifestation clinique

Tableau 4 : Répartition selon les examens paracliniques disponibles

Tableau 5 : Répartition selon le choix du type d'intervention liée au désir de la
maternité

Tableau 6 : Répartition selon les associations, fibrome et autres pathologies pelviennes

Tableau 7 : Répartition selon les gestes chirurgicaux

Tableau 8 : Répartition selon la durée d'hospitalisation

LISTES DES FIGURES

- Figure 1: Aspect macroscopique des fibromes
- Figure 2 : Fibrome sous muqueux sessile
- Figure 3 : Fibrome sous muqueux pédiculé
- Figure 4 : Fibromes sous-muqueux accouchés par le col
- Figure 5: Fibrome interstitiel
- Figure 6: Fibrome sous séreux sessile
- Figure 7 : Fibromes sous séreux pédiculés
- Figure 8 : Localisation des fibromes utérins
- Figure 9: Image échographique de fibrome évoluant dans la paroi postérieure du col et de l'isthme utérins
- Figure 10: Image d'IRM de fibrome utérin sous muqueux endocavitaire avec nécrobiose aseptique à l'origine de multiples foyers kystiques au sein de fibrome
- Figure 11: Aspect hystéroskopique d'un fibromyome intra cavitaire
- Figure 12: Hystérosalpingographie de fibrome sous muqueux
- Figure 13 : Myomectomie par laparotomie
- Figure 14 : Myomectomie par cœlioscopie
- Figure 15 : Hystérectomie totale
- Figure 16 : Embolisation des artères utérines
- Figure 17 : Traitement avec ExAblate. Le médecin planifie et réalise traitement par MRgFUS, tandis que la patiente est allongée sur la table d'IRM et communique en permanence avec le médecin
- Figure 18 : Patiente pendant le traitement avec ExAblate. La patiente est allongée sur le ventre, sur une table d'examen. Les ultrasons sont concentrés à l'intérieur du corps, comme une loupe concentre les rayons du soleil
- Figure 19: Myolyse du fibrome
- Figure 20 : Répartition des fibromes récidivants
- Figure 21 : Répartition selon les tranches d'âge
- Figure 22 : Répartition selon la profession
- Figure 23: Répartition selon la parité

Figure 24 : Répartition selon le nombre d'avortement antérieur

Figure 25 : Répartition selon le groupe sanguin ABO

Figure 26 : Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux

Figure 27 : Répartition selon les intervalles d'apparition

Figure 28: Répartition selon le traitement préopératoire

Figure 29: Répartition selon le choix de la technique d'anesthésie

Figure 30 : Répartition selon la voie d'accès au fibrome utérin

Figure 31 : Répartition selon la suite opératoire

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les fibromes utérins sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes de la femme en âge de procréer [1], [2], [3], [4]. Ils croissent sous l'influence de plusieurs facteurs et en particulier, les œstrogènes et l'hormone de croissance [1]. Ils ont tendance à régresser après la ménopause.

Ils représentent un problème majeur de santé publique : c'est l'indication la plus fréquente d'une hystérectomie [3].

En réalité, plus de 75 % des femmes en âge de reproduction seraient porteuses de fibromes utérins [2]. Mais seuls 25 % des fibromes sont symptomatiques, étant à l'origine de ménorragies, de symptômes de compression pelvienne ou d'infertilité qui nécessiteront un traitement [5].

Au fil du temps, le traitement des fibromes a évolué avec le développement de nombreuses thérapies. Il y a encore quelques années, il était exclusivement chirurgical et le plus souvent radical. Actuellement, il existe de nombreux traitements conservateurs, médicaux, chirurgicaux et radio interventionnels, qui répondent plus volontiers au souhait des patientes [2]. Cependant, après cette technique de conservation, le risque de récidive des fibromes utérins n'est pas négligeable.

Ainsi notre travail intitulé : La « récidive» du fibrome utérin vue au CHU de Mahajanga, a pour objectif de déterminer la fréquence et les symptômes de la récidive du fibrome, de rechercher leurs facteurs de risque et leurs étiologies, et de formuler le protocole de prise en charge pour une gestion adéquate de ces fibromes récidivants.

Notre étude comprend : dans la première partie la revue de la littérature concernant les rappels sur les fibromes utérins et dans la seconde partie l'étude proprement dite comprenant les méthodes, les résultats suivis de discussions.

Quelques suggestions termineront notre travail.

PREMIERE PARTIE:
REVUE DE LA LITTERATURE

I. RAPPELS SUR LES FIBROMES UTERINS

I.1- Définition [1], [6], [7]

Les fibromes utérins sont des tumeurs mésenchymateuses, hormono-sensibles, généralement bénignes, souvent multiples qui se développent dans les tissus musculaires et conjonctifs de l'utérus. Ils se développent pendant la période d'activité génitale.

I.2- Etiopathogenie

Bien que les initiateurs de fibromes ne soient pas connus, plusieurs facteurs de prédisposition ont été identifiés [8]:

➤ Age

Aucun fibrome n'a été décrit avant la puberté. Il survient chez les femmes en période d'activité génitale. Il se manifeste généralement chez les femmes âgées de 30 à 50 ans [6].

➤ Ethnie

Les fibromes sont trois fois plus fréquents chez les femmes noires que chez les femmes blanches [9].

➤ Parité

La survenue d'une ou plusieurs grossesses réduit le risque d'apparition des fibromes. Ils sont très fréquents chez les nullipares [2], [8], [10], [11].

➤ Facteurs hormonaux

Les œstrogènes et les progestérones sont les promoteurs de la croissance tumorale. Ils favorisent probablement la croissance des fibromes [2], [8], [12].

➤ Transmission génétique et familiale

Il existe un terrain familial favorisant le développement des fibromes. Ainsi, l'hérédité semble jouer un rôle important [2], [12], [13], [14].

➤ Obésité

Le surplus de poids augmente légèrement le risque de fibrome [2], [8], [10], [11]

➤ **Pré-ménopause [11]**

En début de péri-ménopause, le taux d'œstrogènes est généralement plus élevé, ce qui occasionne souvent une croissance légère des fibromes quelques années avant la ménopause.

➤ **Les facteurs de croissance avec activité mitogénique.**

Ils sont élevés dans les fibromes [8], [12].

➤ **Anomalies chromosomiques**

Des anomalies telles : délétion, translocation ou duplication peuvent être retrouvées. Elles portent sur les chromosomes 6, 7, 12, 14 [11].

➤ **Alimentation**

Les femmes dont l'alimentation est riche en viande rouge semblent légèrement plus exposées que celles qui consomment des légumes verts [2].

- **La menarche précoce avant 12 ans**, le niveau d'éducation élevé augmentent aussi le risque de fibrome [2], [15], [16].
- **L'alcool**, notamment la bière consommée à 2 verres par jour, semble être incriminé [2].

I.3- Anatomo-pathologie

A. Caractère du fibrome

- **Macroscopiquement**, c'est une tumeur :

- ✓ Solide, très ferme criant au couteau à l'état normal mais peut devenir molle ou dure selon son évolution ;
- ✓ Arrondie, régulière mais sans vraie capsule et enucléable ;
- ✓ De structure fasciculée, de coloration beige rosée à la coupe ;
- ✓ De taille et de nombre variables [1], [15], [17].



(1)



(2)

Figures 1: (1) ; (2) : Aspect macroscopique des fibromes [1]

- **Microscopiquement**, ils sont constitués :

- ✓ d'une infiltration massive de lymphocyte et des histiocytes,
- ✓ des cellules dispersées de plasma,
- ✓ de nombreux follicules lymphoïdes,
- ✓ de tissus musculaires lisses,
- ✓ de tissus fibreux type adulte [13].

B. Disposition du fibrome par rapport à l'utérus [1], [2], [18], [19]

On peut distinguer de l'intérieur à l'extérieur :

- fibrome sous muqueux ou endocavitaire ;
- fibrome interstitiel ou intra mural ;
- fibrome sous séreux.

➤ Fibrome sous muqueux ou endocavitaire [1], [20]

Il se développe dans la cavité utérine et représente 10 % des fibromes utérins.

Cependant, il peut être sessile ou pédiculé.

- **Sessile** : avec base d'implantation large

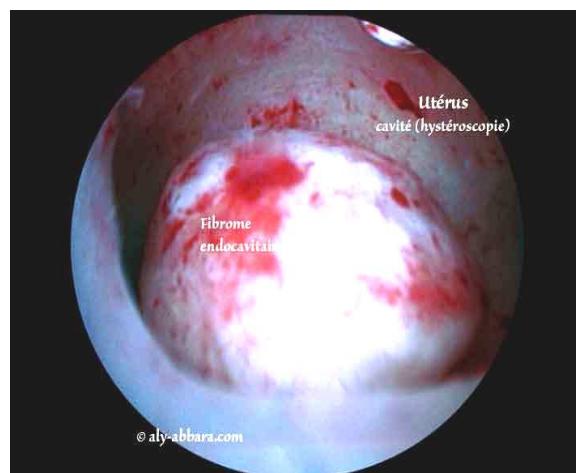


Figure 2: Fibrome sous muqueux sessile [1]

- **Pédiculé** : Il est relié à la paroi utérine par un pédicule.



Figure 3: Fibrome sous muqueux pédiculé [1]

Dans certain cas, ce pédicule est assez long et apparaît au niveau de l'orifice externe du col utérin ou dans le vagin, c'est le fibrome accouché par le col.

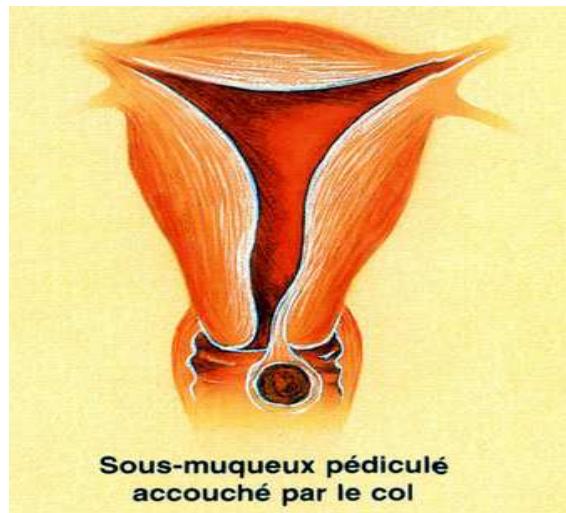


Figure 4 : Fibrome sous-muqueux accouché par le col [1]

➤ **Fibrome interstitiel ou intra mural**

Il est localisé dans la paroi musculaire de l'utérus et représente près de 70 % de l'ensemble des fibromes.

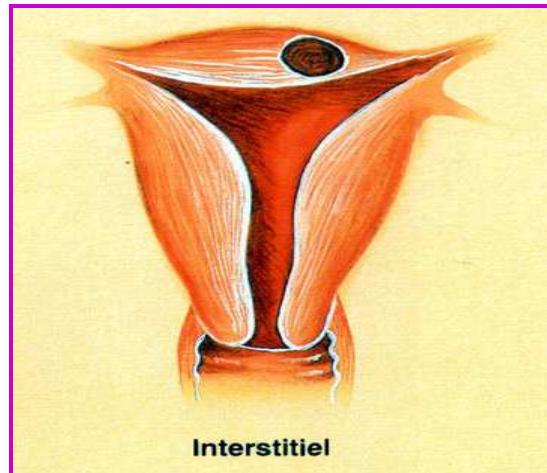


Figure 5 : Fibrome interstitiel [1]

➤ **Fibrome sous séreux**

Il se développe sur la surface externe de l'utérus et représente 20 % de cas.

Ainsi, il peut être sessile ou pédiculé :

- ✓ **Sessile** : il tient à l'utérus par une base d'implantation large

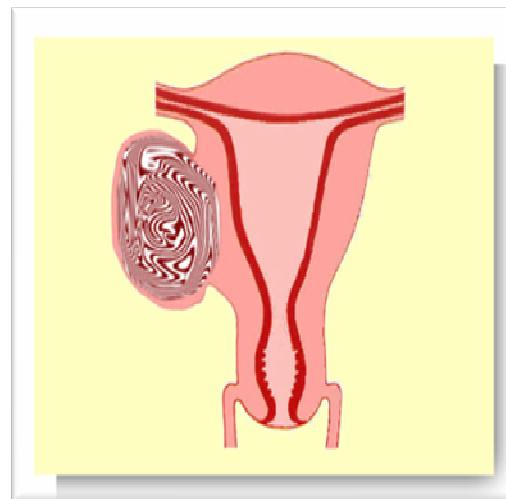
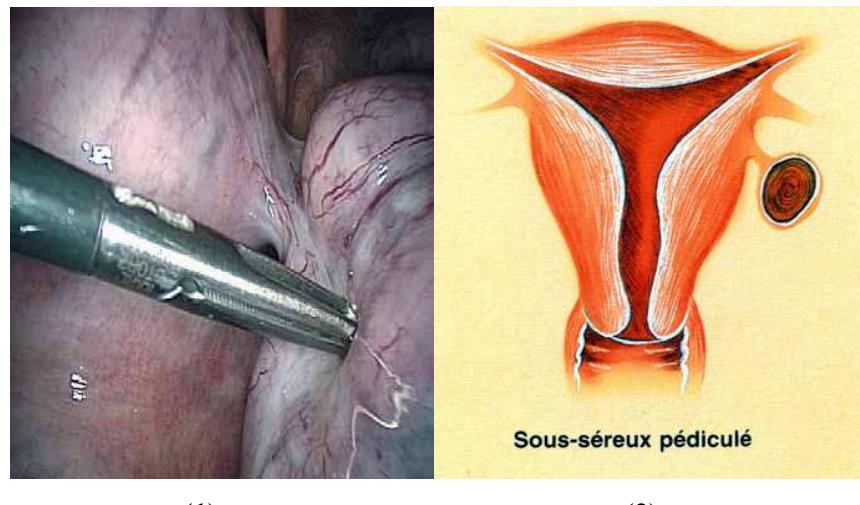


Figure 6: Fibrome sous séreux sessile [1], [12]

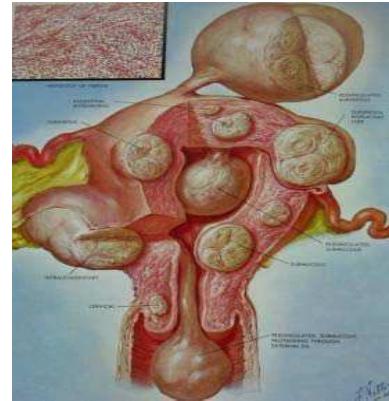
- ✓ **Pédiculé** : Il tient a l'utérus par un pédicule plus ou moins long.

Il se complique surtout de torsion et son diagnostic est souvent confondu avec le kyste ovarien.



(1)

(2)

Figures 7 (1) ; (2) : Fibromes sous séreux pédiculés [1], [5]**Figure 8 : Localisation des fibromes utérins [1]**

I.4- Etude clinique

A. Diagnostic positif [3], [12]

La plupart des fibromes sont asymptomatiques dans 70 % de cas et sont découverts lors d'une consultation gynécologique systématique. Lorsqu'ils deviennent volumineux ou lorsqu'ils sont mal placés, les fibromes peuvent être à l'origine de nombreuses pathologies gynécologiques.

1. Signes cliniques [1], [2], [3], [10], [17]

Ils peuvent se présenter sous diverses formes :

- D'une mètrorragie, d'une ménorragie, d'une ménomètrorragies,
- D'hydrorrhée, de leucorrhée, de dysménorrhée, de dyspareunie.

De Syndrome douloureux, d'une masse abdomino-pelvienne, et d'une anémie

B. Examens complémentaires

Ce sont :

- L'échographie pelvienne
- L'Imagerie par résonance magnétique (IRM) [1], [18]
- L'Hystéroskopie diagnostique [12], [21], [22]
- L'Hystérosalpingographie [1], [18], [21], [23]
- La Cœlioscopie à visée diagnostique [1], [11], [18]
- L'Abdomen sans préparation [1]

C. Diagnostic différentiel [24]

a. Devant des saignements anormaux

On peut évoquer :

- un polype endométrial,
- une grossesse,
- une insuffisance lutéale,
- une pathologie maligne endométriale.

b. Devant une masse pelvienne

On peut distinguer :

- certaines tumeurs ovariennes,
- une grossesse extra-utérine,
- une adénomyose,
- un sarcome utérin.

c. Devant une douleur pelvienne

On peut éliminer

- une infection utéro-annexielle,
- une infection urinaire.

I.5- Prise en charge thérapeutique

A. Abstention thérapeutique [1], [2], [3]

L’abstention thérapeutique est de rigueur si la patiente est asymptomatique, en dehors des cas particuliers d’infertilité. Mais il nécessite une surveillance régulière par examen clinique et éventuellement par l’échographie.

B. Traitements médicaux [1], [3], [19], [25]

Quand les fibromes sont symptomatiques, le traitement médical est souvent premier proposé.

Les molécules les plus souvent utilisées sont :

- Les oestroprogesteratifs [17]
- Les progestatifs [21]
- Les agonistes de la GnRH [2]
- Les antagonistes de la GnRH [20]

C. Traitements chirurgicaux [19], [25]

Ce sont les traitements de deuxième ligne des fibromes et surtout utilisés en cas de complication. Selon l’âge, le siège et le désir ou non de grossesse de la patiente, on peut distinguer 2 types de traitements chirurgicaux :

1-Traitement conservateur : myomectomie [1], [2], [5], [10]

On peut utiliser soit:

- La myomectomie par laparotomie [1], [2]
- La myomectomie par coelioscopie ou laparoscopie [1].
- La myomectomie par hystéroskopie [2], [5], [10]

2-Traitement radical : hystérectomie [2], [6], [21]

C’est un traitement chirurgical le plus ancien des fibromes.

D. Embolisation [5], [6], [7], [15]

C’est une alternative à la chirurgie dans un traitement des fibromes qui permet de conserver l’utérus

E. Les perspectives thérapeutiques [29]

1) Les ultrasons focalisés (MRgFUS ou Magnetic Resonance guided focused Ultrasound)

C'est une technique de pointe révolutionnaire et performante, non invasive qui permet de localiser le fibrome et de réaliser une ablation sans incision grâce à l'énergie des ondes ultrasonores concentrée

2) La myolyse par radiofréquence [1]

3) La cryomyolyse [19]

4) La thermo-coagulation par Laser [26]

II- LA RECIDIVE

II.1- Définition

La récidive se définit par la découverte d'un fibrome à l'échographie ou l'identification d'un léiomyome pendant une intervention chirurgicale ou apparition des signes cliniques de fibrome après une première intervention chirurgicale d'une myomectomie [30].

II.2- Epidémiologie

Actuellement, il n'existe pas assez de données dans la littérature pour prédire avec certitude la fréquence de la récidive du fibrome utérin. Ainsi, après le traitement conservateur, ce risque est de 10 % à 10 ans quelque soit les techniques utilisées. Ces fibromes touchent surtout les femmes en âge de procréer [4].

II.3- Physio-étio-pathogénie

Les causes de la récidive du fibrome utérin sont mal connues. Mais des facteurs de risque ont été identifiés.

Le risque de récidive augmente avec :

- **L'âge de survenue**

Plus la femme est jeune, plus le risque est grand [18].

- **La période de suivi**

Ce risque est de 11,7 % après un an, 36,1 % après 3 ans, 52,9 % à 5 ans et 84,4 % à 8 ans [30].

- **L'utilisation de la GnRH en préopératoire**

Il semble que le taux de récidive soit plus grand après l'emploi d'agonistes de la GnRH dans les semaines précédant l'intervention, ce qui rend plus difficile le clivage du fibrome [5], [16], [27].

- **Le nombre, la taille et la localisation préopératoire de fibrome**

Le risque de récidive semble augmenter avec le nombre et le volume des fibromes retirés. Après la myomectomie par laparotomie, le risque de récidive à 5 ans est de 11 % en cas de fibrome unique contre 72 % en cas de fibromes multiples. De même, ce risque est de 82 % pour une taille initiale de l'utérus équivalente à 10 SA ou plus contre 26 % pour une taille inférieure [5], [31]

Le facteur de risque le plus décrit est la localisation fundique du myome [25].

- **La parité postopératoire**

La nulliparité après la première intervention d'une myomectomie augmente aussi le risque de récidive [30], [31].

- **Le choix thérapeutique**

- ✓ Après myomectomie hystéroscopique, le risque de récidive est de l'ordre de 20 à 30 % à 3 ans. Ce risque est lié à la présence de myomes interstitiels ou sous séreux laissés en place [35].
- ✓ Quant à la myomectomie laparoscopique, ce risque est de 33 % après 27 mois. Cette fréquence est expliquée par le fait qu'il est impossible de palper correctement le myomètre par laparoscopie, ceci aboutit à laisser en place de petits noyaux myomateux susceptible d'être à l'origine d'une récidive [16], [32]. Pour d'autre auteur, Laveaucoupet, ce risque est supérieur à 10 % à 5 ans car les exérèses des petits fibromes ne sont pas réalisées [33].
- ✓ Pour myomectomie par laparotomie, le risque de récidive est de 10 % à 5 ans. Ce risque est lié aux nombres et à la taille des fibromes retirés [5], [34].
- ✓ En ce qui concerne l'embolisation, le risque de récidive est de 10 % dans 2 ans. Ce risque est lié à l'embolisation unilatérale d'une artère utérine qui peut entraîner une dévascularisation incomplète du fibrome en question ou une vascularisation secondaire peut se développer et revasculariser le fibrome embolisé [5].

- **L'expérience du chirurgien [5]**

Le retard de la décision thérapeutique, l'incompétence du chirurgien peuvent jouer un rôle important dans la récidive du fibrome utérin.

- **L'association de fibrome avec une autre pathologie pelvienne [5]**

L'adénomyose, associée aux fibromes, peut être une cause de récidive clinique à moyen terme. Plus de 50 % des femmes récidive au delà de 2 à 3 ans

II.4- Etudes cliniques

A. Diagnostic positif [3]

La plupart des fibromes sont asymptomatiques et sont découverts lors de suivi médical systématique [30], [31]. Lorsqu'ils sont mal placés ou deviennent volumineux, les fibromes peuvent être à l'origine de nombreuses pathologies gynécologiques.

1. Signes cliniques

a. Signes génitaux [1], [2], [3], [10]

Ils peuvent se présenter sous diverses formes :

De mètrorragies, de ménorragies, de ménomètrorragies,
D'hydrorrhées, de leucorrhées, de dysménorrhée, de dyspareunie.

b. Signes pelviens [1], [3], [6], [26]

- **Syndromes douloureux**

C'est une douleur chronique en générale à type de pesanteur parfois augmentée en période prémenstruelle. Cette douleur est en rapport avec les complications.

- **Masse abdomino-pelvienne**

La modification du volume abdominal peut être le seul symptôme motivant la patiente à consulter.

c. Signes physiques [3], [11]

- **Etat général**

Généralement, il est conservé. Parfois on peut observer :

- une fièvre modérée
- une anémie
- un amaigrissement

- **Inspection abdominale**

Elle peut être normale ou anormale avec voussure déformant l'abdomen.

- **Palpation abdomino-pelvienne**

Elle doit être douce et révèle parfois une masse, de taille variable, à contour arrondi, lisse, ferme en dehors de complication. Elle se trouve au sein de l'utérus sans sillon séparateur et solidaire aux mouvements imprimés au col dans le cas de fibrome habituel.

- **Examen au spéculum [17]**

Il permet :

- ✓ de voir l'état du col utérin qui est habituellement normal et sa déviation ;
- ✓ de visualiser l'origine des saignements anormaux ;
- ✓ de découvrir un fibrome pédiculé accouché par le col.

- **Le toucher vaginal [3], [11], [17]**

Réalisé sur une vessie vide, il permet d'apprecier l'état du col utérin et de détecter le fibrome à localisation cervicale.

Il permet aussi de reconnaître l'augmentation du volume de l'utérus, sa consistance ferme caractéristique et sa surface déformée par des bosselures de fibromyome plus ou moins exubérant.

Combiné au palper abdominal, il montre la mobilité de la masse et son appartenance utérine dans le cas de fibrome habituel.

B. Examens complémentaires

De nombreux fibromes sont diagnostiqués lors de suivi médical gynécologique systématique mais, pour exclure l'éventualité d'autres maladies qui peuvent être confondues avec un fibrome, on peut effectuer plusieurs examens à visée diagnostique [23].

Ces examens permettent de préciser une cartographie détaillée des fibromes pour faciliter le choix thérapeutique et le geste chirurgical [23].

1. Echographie pelvienne [1], [3], [17], [18]

C'est l'examen de première intention que l'on réalise dans un bilan de fibrome. Elle doit être réalisée par voie transabdominale et endovaginale.

Echographie couplée au Doppler couleur [16], [22].

Elle permet :

- ✓ de réaliser la cartographie des vaisseaux utérins ;
- ✓ de prédire la rapidité d'évolution ; le risque d'augmentation est rapide en cas d'hyper vascularisation.



Figure 9: Image échographique de fibrome évoluant dans la paroi postérieure du col et de l'isthme utérins [1]

2. Imagerie par résonance magnétique (IRM) [1], [18]

C'est l'examen de seconde intention réalisé après l'échographie.

Il est le plus efficace pour une cartographie exacte des fibromes multiples et le plus fiable pour le diagnostic des petits fibromes.

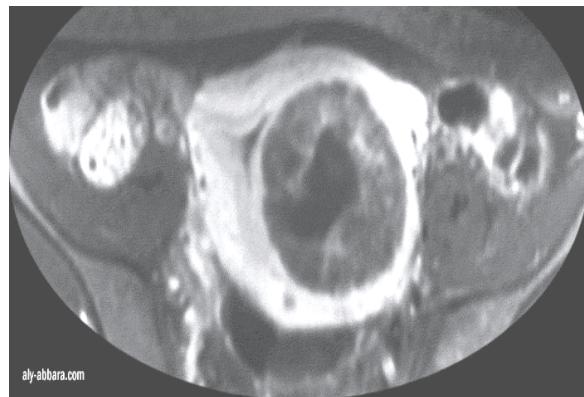


Figure 10 : Image d'IRM de fibrome utérin sous muqueux avec nécrobiose aseptique à l'origine de multiples foyers kystiques au sein de fibrome [1]

3. Hystéroscopie diagnostique [12], [16], [21]

Elle sera faite devant un signe d'appel échographique.

Elle permet :

- ✓ de visualiser la cavité utérine et de déterminer ces anomalies ;
- ✓ de poser le diagnostic d'un fibrome sous muqueux ;
- ✓ d'apprécier le type d'insertion du fibrome, sessile ou pédiculé et le retentissement intra cavitaire des fibromes.

Elle est indispensable avant d'envisager une résection chirurgicale d'un fibrome sous-muqueux.



Figure 11 : Aspect hystéroscopique d'un fibromyome intra cavitaire [41]

4. Hystérosalpingographie [1], [18], [21], [23]

Elle est de moins en moins prescrite dans le bilan de la pathologie myomateuse depuis le progrès du couple échographie-IRM.

Elle permet :

- ✓ d'apprécier le retentissement des myomes sur la cavité utérine ;
- ✓ de rechercher les fibromes à localisation intra cavitaire et l'association à des polypes muqueux.

Elle est utilisée pour les bilans d'infertilités et permet de visualiser les anomalies utérines, de vérifier la perméabilité tubaire.



Figure 12: Hystérosalpingographie de fibrome sous muqueux [1]

5. Cœlioscopie à visée diagnostique [1], [11], [18]

Elle peut être utile pour différencier un fibrome pédiculé d'une tumeur annexielle et détecter certain fibrome sous séreux.

Elle est indiquée si une hystérectomie par voie coelioscopique est envisagée.

6. Echographie rénale et urographie intra veineuse [17]

Elles sont réalisées en cas de gros fibrome latéral ou inclus dans le ligament large qui a une répercussion sur les voies urinaires.

7. Abdomen sans préparation [1]

Il est nécessaire pour visualiser les fibromes utérins calcifiés.

8. Examens biologiques [10]

La numération de la formule sanguine peut montrer :

- ✓ une anémie microcytaire due à une hémorragie ;
- ✓ une hyperleucocytose en cas d'infection.

C. Diagnostic différentiel [24]

Il est comparable au diagnostic différentiel d'un fibrome utérin en général (pages précédentes).

II.5- Evolution [5], [35]

A. Evolution clinique [1], [2], [11]

• Quiescence

Les fibromes peuvent rester stables en volume et asymptomatiques mais la tendance à l'augmentation de volume est l'événement le plus habituel.

- **Croissance**

Son mécanisme est encore mal connu. Un taux élevé d'œstrogène dans l'organisme peut accélérer la croissance des fibromes.

- **Régression**

Après la ménopause, sans traitement substitutif, sans transformation maligne, les fibromes régressent progressivement en raison du déclin de la production d'œstrogène et, s'ils ne sont pas trop gros, ils disparaissent.

- **Récidive**

Elle survient après les traitements conservateurs. L'échec du traitement peut être dû au spasme vasculaire, à l'échec de cathétérisme. Seule l'hystérectomie le prévient [2].

B. Modifications dégénératives

1. Transformation bénigne [1], [2], [33]

Au cours de fibrome, des perturbations vasculaires sont fréquentes. L'insuffisance vasculaire aigue ou chronique explique certaines transformations structurelles :

- **l'œdème** apparaît après une obstruction veineuse partielle ;
- **la calcification** se caractérise par la présence de cristaux dans les myomes ;
- **la dégénérescence hyaline** survient par ischémie des myomes ;
- **la dégénérescence myxoïde** apparaît après une obstruction artérielle plus complète ;
- **la dégénérescence graisseuse** : c'est le fibrome qui prend l'aspect d'un lipome ;
- **la nécrobiose aseptique** est un infarctus du fibrome. Elle se voit fréquemment pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat après l'accouchement. Au cours de cette période, le fibrome est augmenté de volume et douloureux à la palpation ;
- **la dégénérescence pseudo-kystique ou cavitation** est suivi à une nécrobiose où une partie de fibrome qui se liquidifie et qui aboutit à des formations cavitaires irrégulières à contenu trouble, dépourvu de revêtement et creusé en plein tissu myomateux.

2. Transformation maligne [11]

La dégénérescence sarcomateuse est exceptionnelle.

C. Complications

En absence de traitement, peuvent apparaître des complications.

1- Complications hémorragiques [2], [11]

Un fibrome sous muqueux peut être responsable d'une hémorragie plus importante pouvant entraîner une anémie microcytaire hyposidéremique.

2- Complications douloureuses [1], [3], [11]

Ce sont :

La nécrobiose aseptique d'un fibrome,

La torsion d'un fibrome sous séreux pédiculé à développement péritonéal ou de l'accouchement par le col d'un fibrome pédiculé.

3- Complications mécaniques [11]

Ce sont les compressions des organes de voisinage. Elles sont rares et représentées par :

- **vessie** avec rétention d'urines, pollakiurie et dysurie ;
- **uretères** marquées par l'hydronéphrose, voire colique néphrétique ou pyélonéphrite ;
- **rectum et sigmoïde** avec constipation ou faux besoin ;
- **veines pelviennes** signalées par de thrombose, d'œdème des membres inférieurs, des varices, d'hémorroïdes et plus rarement de phlébite ;
- **nerfs** responsables de sciatique à la face postérieure de la cuisse ou compression obturatrice à la face interne de la cuisse.

4- Complications obstétricales [2], [3], [14]

- La stérilité ;
- Les fausses couches spontanées à répétition ;
- La présentation dystocique en cas de fibrome volumineux ;
- L'hémorragie de la délivrance et de post-partum ;
- L'accouchement prématuré ; le retard de croissance intra-utérine ; et l'hématome retro-placentaire ;
- Les troubles de déroulement de travail ;
- L'hystérectomie d'hémostase.

Cas particulier : fibrome et adhérence post myomectomie [35].

Les adhérences postopératoires sont fréquentes. Le taux d'adhérence globale est de 35,6 % pour Dubuisson contre 51 % pour Fazel après la myomectomie par laparoscopie et 90 % après la laparotomie [5], [35].

Les facteurs qui influencent la survenue de ces adhérences sont la localisation postérieure du myome, le nombre de point de suture opératoire, la présence d'adhérence préopératoire et l'association d'un acte chirurgical.

Ces adhérences ont un effet délétère important sur la fertilité et peuvent provoquer de douleur, augmenter le risque de la grossesse extra-utérine et entraîner des occlusions intestinales.

Pour prévenir ces adhérences, un lavage abdomino-pelvien avec une solution saline normale tiède doit être utilisé et aucun autre traitement péri ou post opératoire n'est nécessaire ou bien très récemment, l'injection d'acide hyaluronique peropératoire est appliquée sur la suture comme produit anti-adhésion [27], [35].

I.6 -Formes cliniques

Formes associées

- Fibrome et grossesse [14]

La grossesse avec un fibrome est une grossesse à haut risque qui peut conduire à des complications avec une gravité inégale. Cette association augmente le taux de la césarienne en raison du travail dysfonctionnel et de présentation anormale. Elle augmente également l'incidence de l'hémorragie post-partum avec complication d'anémie.



Figure 13 : Image échographique d'un géant fibrome cervical praevia chez une femme enceinte de 36SA [1]

- Fibrome et infertilité [16], [38]

Les fibromes ont été rapportés chez 25 à 30 % des femmes infertiles et seraient responsables à eux seuls de 2 à 3 % des cas de stérilité quand aucune autre cause n'est retrouvée. La myomectomie améliore la fertilité.

II.7- Prise en charge thérapeutique

Les données de la littérature sont peu abondantes sur ce sujet. Il n'y a pas de traitement spécifique pour la récidive du fibrome utérin.

La décision thérapeutique doit être prise au cas par cas, en réunion multidisciplinaire comprenant des chirurgiens gynécologues et des radiologues interventionnels [5].

1. Abstention thérapeutique

Elle est de rigueur en cas des fibromes asymptomatiques et ne croissent pas rapidement. Mais il nécessite une surveillance régulière par examen clinique et éventuellement par l'échographie [27].

2. Traitements médicaux [24]

Ils sont les premiers proposés en cas de fibrome symptomatique. Il n'existe pas de traitement médical curatif des fibromes. Mais ils peuvent freiner leur croissance et minimiser leur symptôme.

- **Les oestropogestatifs [24]**

Une contraception oestropogestative est responsable d'une atrophie temporaire de l'endomètre et permet ainsi de diminuer les ménorrhagies. Toutefois, elle ne diminue pas la taille des fibromes.

- **Les progestatifs [5], [23]**

On peut proposer un traitement par des progestatifs naturels ou de synthèse, comme Nomégestrol (LUTENYL), l'acétate de chlormadinone (LUTERAN) ou la promégestone (SURGESTONE). Ils permettent de diminuer les saignements en cas d'endomètre épais par atrophie endométriale durable.

- **Les agonistes de la GnRH [2]**

Il s'agit du traitement médicamenteux le plus efficace dans la prise en charge des fibromes. Ils sont responsables d'un état d'hypoestrogénie relative ou absolue et diminuent la taille des fibromes et de l'utérus de 35 à 65 % selon les études. Ils améliorent les symptômes, et augmentent le taux d'hématocrite. Cependant, ils ne

réduisent ni la durée opératoire ni les pertes sanguines per-opératoires. Leur prescription, pour 3 mois en préopératoire, est recommandée uniquement en cas de fibrome volumineux ou d'anémie.

- **Les antagonistes de la GnRH [20]**

Ils font diminuer le volume des fibromes, plus rapidement que ne le font les agonistes.

3. Traitements chirurgicaux

La prise en charge symptomatique des fibromes est principalement chirurgicale [25]. Ce sont les traitements de deuxième ligne des fibromes et surtout utilisés en cas de complication. Selon l'âge, le siège et le désir ou non de grossesse de la patiente, on peut distinguer 2 types de traitements chirurgicaux :

a-Traitement conservateur : myomectomie [1], [2], [5], [10], [27]

Elle est appliquée chez la femme jeune et la femme désirant une maternité. Le risque de récidive semble augmenter avec le nombre et le volume des fibromes retirés. La voie d'abord varie selon le siège du fibrome.

- **Myomectomie par laparotomie [1], [2]**

C'est la méthode la plus ancienne, pratiquée depuis 19^{ème} siècle et réputée pour son caractère hémorragique, qui augmente avec le nombre et la taille des fibromes retirés. Elle est indiquée en cas fibrome supérieur à 9 cm de diamètre.

➤ La récidive [10]

Le taux de réapparition des fibromes est de 15 %, et 10 % des patients qui s'y soumettent doivent éventuellement subir une hystérectomie dans les 5 à 10 ans qui suivent. Il faut aviser les femmes de la possibilité qu'elles doivent subir une hystérectomie.

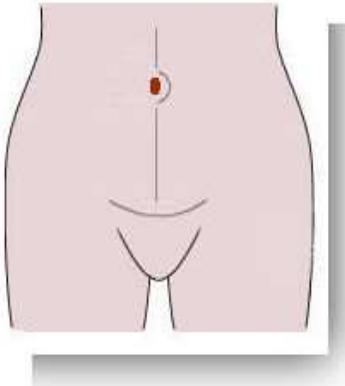


Figure 13: myomectomie par laparotomie [1]

- **Myomectomie par cœlioscopie ou laparoscopie [1], [24].**

Cette méthode est indiquée exclusivement dans l'ablation des fibromes pédiculés. Cette voie est possible pour le traitement de fibromes interstitiels et sous-séreux, à condition que leur diamètre soit inférieur à 8 ou 9 cm, le fibrome est antérieur ou pédiculé. Il faut aussi qu'ils soient moins de 3 ou 4 fibromes et que la patiente ne présente pas d'antécédent de myomectomie par laparotomie.

- **La récidive**

Le risque de récidive après myomectomie par voie coelioscopique est plus de 10 % à 5 ans car les exérèses de petits fibromes ne sont pas réalisées [33].

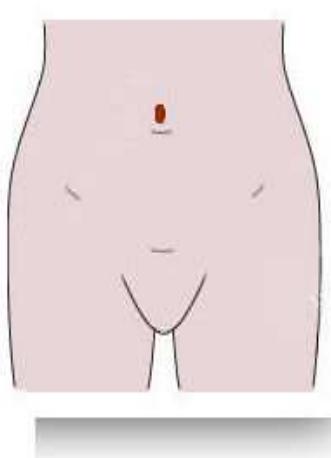


Figure 14 : myomectomie par cœlioscopie [1]

- **Myomectomie par hystéroskopie [2], [5], [10]**

Elle est indiquée en cas des fibromes sous-muqueux ou interstitiels à dôme sous-muqueux, de diamètre inférieur à 5 cm, en nombre limité inférieur à 3 et avec un mur de sécurité myométral supérieur à 3mm. Les fibromes volumineux supérieurs à 4cm sont traités en deux temps : soit deux hystéroscopies répétées, soit l'utilisation préopératoire d'agoniste de la GnRH.

- b-Traitement radical : hystérectomie [2], [6], [21]**

Elles concernent les patientes sans désir de grossesse, âgées de plus de 40 ans et porteuses de fibromes symptomatiques. La voie haute est préférée chez les patientes obèses, nullipares, avec antécédent de chirurgie adhésiogène. C'est le seul moyen qui permet de prévenir la survenue de récidive du fibrome utérin.



Figure 15 : Hystérectomie totale [1]

4. Embolisation [5], [6], [7]

- **Le principe**

C'est une alternative à la chirurgie dans un traitement des fibromes qui permet de conserver l'utérus. Actuellement, on cathétérise une des artères fémorales, puis les artères utérines et on y injecte des particules de polyvinyl alcohol (PVA) ou des microsphères de gélatine, afin d'entrainer une ischémie, puis une nécrose des fibromes. La procédure dure environ une heure dans la salle de radiologie interventionnelle, après anesthésie locorégionale ou générale, et sous contrôle angiographique. Une

hospitalisation de deux ou quatre jours peut être nécessaire pour prendre en charge la douleur.

Elle est indiquée chez les patientes pour qui la chirurgie est risquée, de part leurs antécédents médicaux ou par leurs antécédents chirurgicaux multiples, en cas de refus du patient pour le traitement chirurgical radical. On la propose également en cas de récidive des fibromes ou en cas de fibromes multiples supérieurs à 5 où la chirurgie apparaît plus délétère pour l'utérus.

La récidive est rare car l'embolisation permet de bloquer la vascularisation de tous les fibromes aussi nombreux et aussi petits soient-ils. Ce risque varie de 5 à 10 % au bout de 2 ans, car une vascularisation secondaire peut se développer et revasculariser le fibrome embolisé.

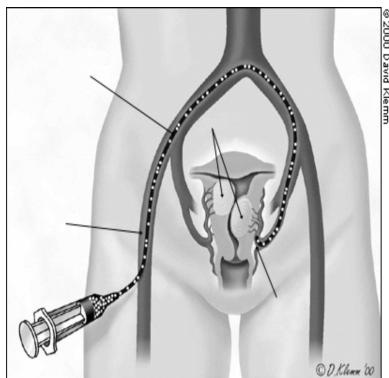


Figure 16 : Embolisation des artères utérines [40]

5. Embolisation associée à une myomectomie par laparoscopie [66]

Cette technique permet de diminuer le taux de récidive, sans affecter le taux de fertilité.

6. Les perspectives thérapeutiques [29]

a. Les ultrasons focalisés (MRgFUS ou Magnetic Resonance guided focused Ultrasound)

C'est une technique de pointe révolutionnaire et performante, non invasrice qui permet de localiser le fibrome et de réaliser une ablation sans incision grâce à l'énergie des ondes ultrasonores concentrées.

Cette technique de thermothérapie (ExAblate 2000) consiste à projeter des ultrasons que l'on focalise sur une cible pour augmenter sa température afin de détruire

par combustion. Il traverse les tissus sans les léser tout en focalisant sur cette cible. Elle s'effectue en ambulatoire sans anesthésie, avec une sédation consciente (fentanyl et Midazolam HYPNOVEL). La patiente est installée en décubitus ventral dans l'IRM où est intégré le transducteur qui focalise les ultrasons. L'IRM permet d'une part le repérage des fibromes et des organes voisins, d'autre part le contrôle de l'effet du traitement par imagerie de température.



Figure 17 : traitement avec ExAblate. Le médecin planifie et réalise traitement par MRgFUS, tandis que la patiente est allongée sur la table d'IRM et communique en permanence avec le médecin [34]

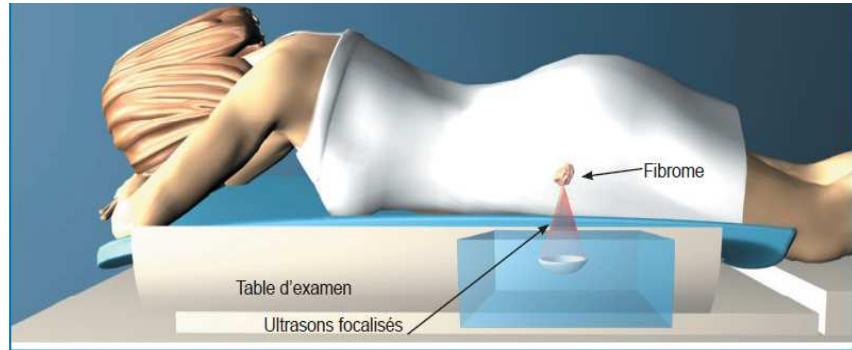


Figure 18 : patiente pendant le traitement avec ExAblate. La patiente est allongée sur le ventre, sur une table d'examen. Les ultrasons sont concentrés à l'intérieur du corps, comme une loupe concentre les rayons du soleil [34]

b. La myolyse par radiofréquence [1]

On utilise la chaleur créée quand des ions suivent les oscillations d'un courant électrique sinusoïdal de haute fréquence (400 à 500 kHz). La chaleur entraîne une nécrose localisée du tissu et donc sa destruction. L'électrode qui délivre un courant de

radiofréquence d'échauffe par rétrodiffusion de la chaleur produite dans les tissus à son contact. L'aiguille est guidée sous l'échographie ou le scanner au centre de la lésion. Chaque application dure 8 à 15 mn durant lesquelles l'apparition d'un nuage hyperéchogène en échographie permet de suivre le traitement.



Figure 19 : myolyse du fibrome [1]

c. La cryomyolyse [24]

Les limites de cette technique est d'entrainer la mort des cellules par le changement brutal de température qu'elle provoque. Une baisse de 20°C à 50°C de la température d'un tissu aboutit à son ischémie et sa destruction complète. Cette méthode repose sur l'effet Joule-Thomson et utilise un système dans lequel on diffuse du gaz à une température très faible, ce qui donne naissance à une bille de glace.

d. La thermo-coagulation par Laser [19]

Une fibre laser est introduite dans le tissu, l'énergie émise par le laser est transformée en chaleur 55° qui provoque une nécrose tissulaire irréversible.

Cette technique est efficace, peu invasive, non hémorragique et réduit le volume utérin de 30 à 70 %.

DEUXIÈME PARTIE: NOTRE TRAVAIL

METHODOLOGIE

I. METHODOLOGIE

▪ Objectifs

Notre étude a pour objectifs de déterminer la fréquence et les symptômes des récidives du fibrome utérin, de rechercher leurs facteurs de risque et leurs étiologies et de formuler le protocole de prise en charge pour une gestion adéquate ces récidives.

▪ Cadre d'étude

Nous avons effectué notre travail au sein de service de gynécologie obstétrique du CHU de Mahajanga. C'est un centre de référence en pathologie gynécologique et obstétricale de la province.

Il est actuellement équipé de 3 unités :

- Mère : gynécologie, obstétrique, consultation pré et post natale, planning familial.
- Néonatalogie
- De formation.

▪ Matériels et méthodes

C'est une étude rétrospective des fibromes utérins qui récidivent chez les femmes admises et traitées au service gynécologique du CHU Androva de Mahajanga du mois d'Avril 2007 au Décembre 2010.

Nous avons alors analysé les registres et les dossiers médicaux qui comprennent :

- Etat civil des patientes : nom, âge, profession
- Motif d'hospitalisation
- Histoire de la maladie
- Antécédents
- Examens cliniques
- Examens complémentaires effectués
- Traitements préopératoires
- Protocole et suite opératoire

Ils sont présentés en formes de fiches d'observations numérotées de 1 à 6 selon la chronologie d'admission des patientes dans les pages suivantes.

Cependant, nous avons été confrontés à certains problèmes tels que :

- Manque de dossier
- Insuffisance des renseignements

▪ **Critères d'inclusion**

Nous avons pris en considération tous les dossiers et les protocoles opératoires de la première et de la deuxième intervention des femmes admises ayant présenté une récidive des fibromes utérins symptomatiques, jugés compliqués et/ou associés. Durant la période du mois d'Avril 2007 au Décembre 2010, nous avons colligé 6 cas.

▪ **Critères d'exclusions**

Lors de notre étude, nous n'avons pas considéré toutes les patientes présentant la récidive du fibrome utérin non traitée ou asymptomatique ou admises pour une autre cause. Les dossiers inexploitables, absence ou perte de certains éléments du dossier.

OBSERVATION N°1

Nom : ZA...

Âge : 35 ans

Profession : ménagère

Date et motif d'hospitalisation : du 02-09-08 pour métrorragie avec une aménorrhée de 8 semaines.

Histoire de la maladie : début Juin 2008 pour une douleur pelvienne sourde à type de pesanteur sans irradiation, accompagnée d'une aménorrhée, puis au Septembre 2008 la patiente présentait une metrorragie.

Antécédents :

- Gestité : 1 parité : 0 avortement : 1
- Myomectomie en 2006 au CHU Androva : laparotomie médiane sous ombilicale.
4 noyaux de fibrome : un 7 cm de diamètre sur le fond utérin, un 6 cm sur la région isthmique antérieure et deux 1cm de diamètre chacun.

Examen clinique :

- Etat général : T°= 36,7° TA : 11>6 conjonctives bien colorées
- Palpation abdominale douloureuse et masse pelvienne
- TV : col court, mou, dévié latéralement, OE et OI ouverts, doigtier ramenant des caillots

Bilan préopératoire :

- NFS : normale GS=B⁺ test de grossesse positif
- Echographie : hématometrie avec myomes corporéal antérieur et latéral gauche

Traitement préopératoire :

- Antihémorragique

Protocole opératoire : myomectomie +curetage de propreté sous anesthésie générale

- Laparotomie médiane
- Adhérences très organisées
- Trois gros myomes à développement sous vésical et latéro-utérin

Conclusion :

- Utérus polomyomateux + hématometrie

Suite opératoire : -Antibiothérapie - antalgique -anticoagulant

Durée d'hospitalisation : 5 jours

OBSERVATION N°2

Nom : RAK...

Âge : 38 ans

Profession : ménagère

Date et motif d'hospitalisation : du 26-10-08 pour ménorragie.

Histoire de la maladie : début Février 2008 pour une pesanteur pelvienne accompagnée d'une augmentation progressive du volume abdominal suivie de ménorragie vers mi-octobre 2008.

Antécédents :

- Gestité : 2 parité : 1 avortement : 1
- Myomectomie en 2004 : laparotomie médiane sous ombilicale. Myome antérieur sous muqueux 6 cm de diamètre et un noyau 1cm de diamètre

Examen clinique :

- Etat général : T°= 36,8° TA : 12>7 conjonctives bien colorées
- Palpation abdominale non douloureuse avec masse pelvienne
- TV : col court, ferme, fermé, OE entre ouvert, utérus augmenté de volume avec masse solidaire à l'utérus à la mobilisation, doigtier souillé de sang.

Bilan préopératoire :

- NFS : anémie microcytaire hypochrome GS=O⁺
- Echographie : myomes utérins

Traitements préopératoires :

- Antihémorragique

Protocole opératoire : hysterectomie totale sous anesthésie générale

- Laparotomie médiane sous ombilicale
- Un myome interstitiel et un sous séreux à la face postérieure de l'utérus.

Conclusion :

- Utérus polyomyomateux

Suite opératoire :

- Antibiothérapie
- Antalgique, anticoagulant

Durée d'hospitalisation :

- 10 jours

OBSERVATION N°3**Nom :** FA...**Âge :** 42 ans**Profession :** ménagère**Date et motif d'hospitalisation :** du 10-08-09 pour douleur pelvienne.**Histoire de la maladie :** début Juin 2009 pour une douleur pelvienne sourde accentuée à la palpation chez une femme nullipare.**Antécédents :** Gestité : 0

- Myomectomie sous anesthésie générale : la première en 2001 et la deuxième en 2004 au CHU Androva : laparotomie médiane sous ombilicale. Fibrome sur le côté droit du fond utérin 12 cm et 9cm de diamètre et 2 fibromes interstitiels 4 et 3 cm.
- Plastie tubaire en 2004 et salpingéctomie gauche

Examen clinique :

- Etat général : T°= 36,9° TA : 12>8 conjonctives bien colorées
- Palpation abdominale douloureuse

TV : col long, dur, centré avec nodule dure, utérus augmenté de volume

Bilan préopératoire : NFS : normale GS=O⁺

Echographie : utérus polymyomateux avec obstruction tubaire

Traitement préopératoire :

- Antalgique

Protocole opératoire : polymyomectomie + plastie tubaire +appendicetomie sous anesthésie générale

- L MSO à cheval sur l'ancienne cicatrice
- Des adhérences très organisées
- 13 myomes
- Appendice inflammé
- Obstruction tubaire en doigts de gant

Conclusion : Utérus polymyomateux +obstruction tubaire +appendicite**Suite opératoire :** -Antibiothérapie - antalgique -anticoagulant

-transfusion

Durée d'hospitalisation : 12 jours

OBSERVATION N°4

Nom : FAR... **Âge :** 30 ans

Profession : cultivatrice

Date et motif d'hospitalisation : du 15-08-10 pour douleur pelvienne et infertilité.

Histoire de la maladie : début Aout 2010 pour une masse pelvienne accompagnée d'une douleur pelvienne à type de pesanteur puis elle devient douloureuse chez une femme nullipare.

Antécédents :

- Gestité : 0
- Myomectomie en Mars 2009 sous anesthésie locale au CHU Androva: incision de PFANNENSTIEL. Utérus polomyomateux (7) de 1à 5cm de diamètre et un volumineux myome pédiculé de 10 cm de diamètre.

Examen clinique :

- Etat général : T°= 37,2° TA : 13>9 conjonctives bien colorées
- Palpation abdominale douloureuse avec masse pelvienne
- TV : col long, mou, OE fermé, utérus augmenté de volume avec masse utérine ferme mobile par rapport au plan profond

Bilan préopératoire :

- NFS : hyperleucytose à polynucléaire neutrophile GS=O⁺
- Echographie : utérus polomyomateux dont un antérieur, 2 postérieurs, un au fond, un cornal gauche et un cornal droit

Traitement préopératoire : Antalgique

Protocole opératoire : Polymyomectomie

- Incision de PFANNENSTIEL itérative sur l'ancienne cicatrice opératoire
- Des adhérences très organisées
- Kyste de l'ovaire gauche
- Utérus polomyomateux

Conclusion : Utérus polomyomateux + kyste de l'ovaire gauche

Suite opératoire : -Antibiothérapie, -transfusion, -anticoagulant
-Antalgique

Durée d'hospitalisation : 12 jours

OBSERVATION N°5

Nom : RAV...

Âge : 46 ans

Profession : enseignante

Date et motif d'hospitalisation : du 15-10-10 pour pesanteur pelvienne et aménorrhée.

Histoire de la maladie : début Septembre 2010 pour une aménorrhée accompagnée d'une pesanteur pelvienne chez une femme nullipare

Antécédents : Gestité : 1 parité : 0 avortement : 1

- Myomectomie en 2005 au CHU Androva : laparotomie médiane sous ombilicale.
Myome postérieur de 5 cm de diamètre et un noyau interstitiel de 2 cm de diamètre

Examen clinique :

- Etat général : T°= 37,8° TA : 10>7 conjonctives bien colorées
- Abdomen légèrement augmenté de volume
- Palpation non douloureuse avec perception d'une masse pelvienne
- TV : col court, ferme, fermé, utérus augmenté de volume

Bilan préopératoire :

- NFS : anémie microcytaire hypochrome GS=O⁺
- Echographie : myomes utérins

Traitement préopératoire : Transfusion

Protocole opératoire : hystérectomie totale + annexectomie bilatérale sous anesthésie générale

- Laparotomie médiane sous ombilicale à cheval sur l'ancienne cicatrice
- Adhérences très organisées
- Myome utérin

Conclusion :

- Utérus fibromateux

Suite opératoire :

- Antibiothérapie
- antalgique -anticoagulant

Durée d'hospitalisation :

- 7 jours

OBSERVATION N°6

Nom : RAV...

Âge : 44 ans

Profession : Coiffeuse

Date et motif d'hospitalisation : du 24-12-10 pour métrorragie et masse pelvienne gênante.

Histoire de la maladie : début Octobre 2010 pour une pesanteur et masse pelvienne gênante suivie d'une métrorragie abondante

Antécédents :

- Gestité : 3 parité : 2 avortement : 1
- Myomectomie en 2007 au CHU Androva : laparotomie médiane sous ombilicale.
Utérus polomyomateux dont la taille des 5 noyaux varie de 1 à 8 cm.

Examen clinique :

- Etat général : T°= 37,4° TA : 11>6 conjonctives bien colorées
- pollakiurie
- Palpation non douloureuse avec perception d'une masse pelvienne
- TV : col court, ferme, latéralisé à gauche, OE entre ouvert, douglas comblé avec masse latéro-utérine solidaire à l'utérus et doigtier ramenant du sang coagulé

Bilan préopératoire :

- NFS : anémie microcytaire normochrome GS=AB⁺
- Echographie : volumineux fibrome utérin

Traitemen t préopératoire :

- Antihémorragique

Protocole opératoire : hysterectomie totale sous anesthésie générale

- Laparotomie médiane sous ombilicale à chevale sur l'ancienne cicatrice
- Adhérences très organisées
- Myome utérin

Conclusion : Volumineux fibrome utérin

Suite opératoire :

- Antibiothérapie - transfusion -anticoagulant
- Antalgique

Durée d'hospitalisation : 5 jours

II. RESULSTATS

RESULTS

Sur un total de 1820 dossiers sur notre période d'étude, nous avons retrouvé 141 dossiers concernant le fibrome utérin sans récidive et 11 dossiers concernant la récidive du fibrome. Nous avons retenu 6 dossiers répondant à nos critères d'étude.

A. Aspects épidémiologiques

- Fréquence des récidives

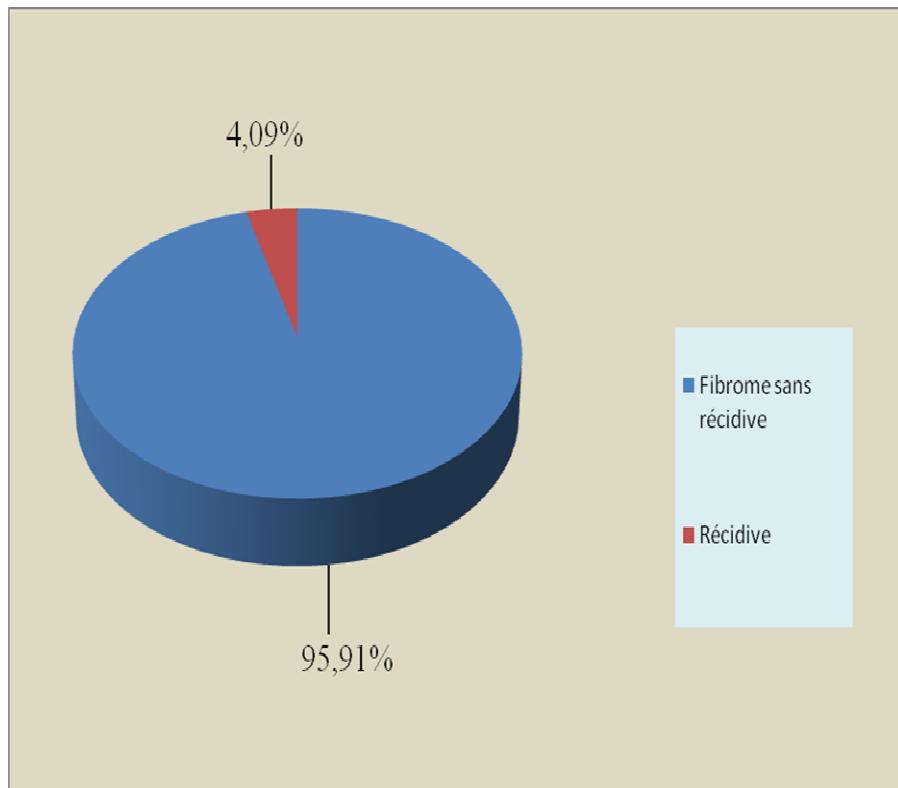


Figure 20: Répartition des fibromes récidivant

- Les tranches d'âge

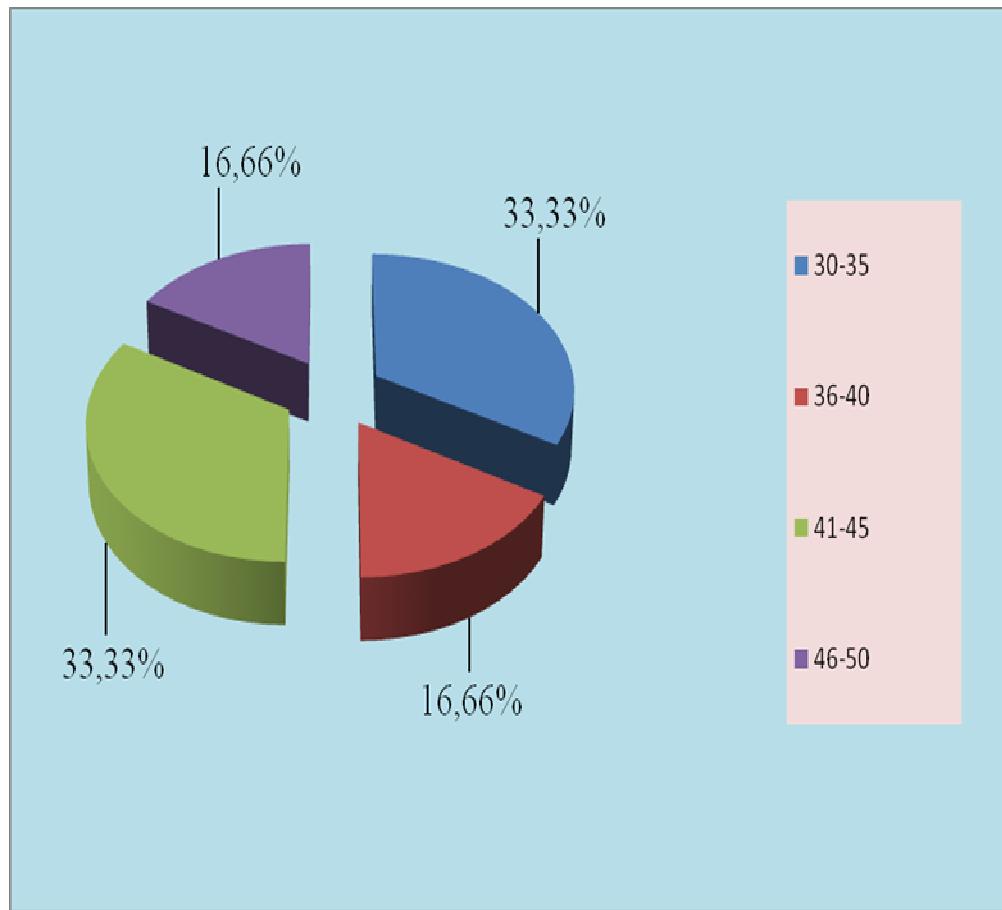


Figure 21 : Répartition selon les tranches d'âge

- **La classe professionnelle**

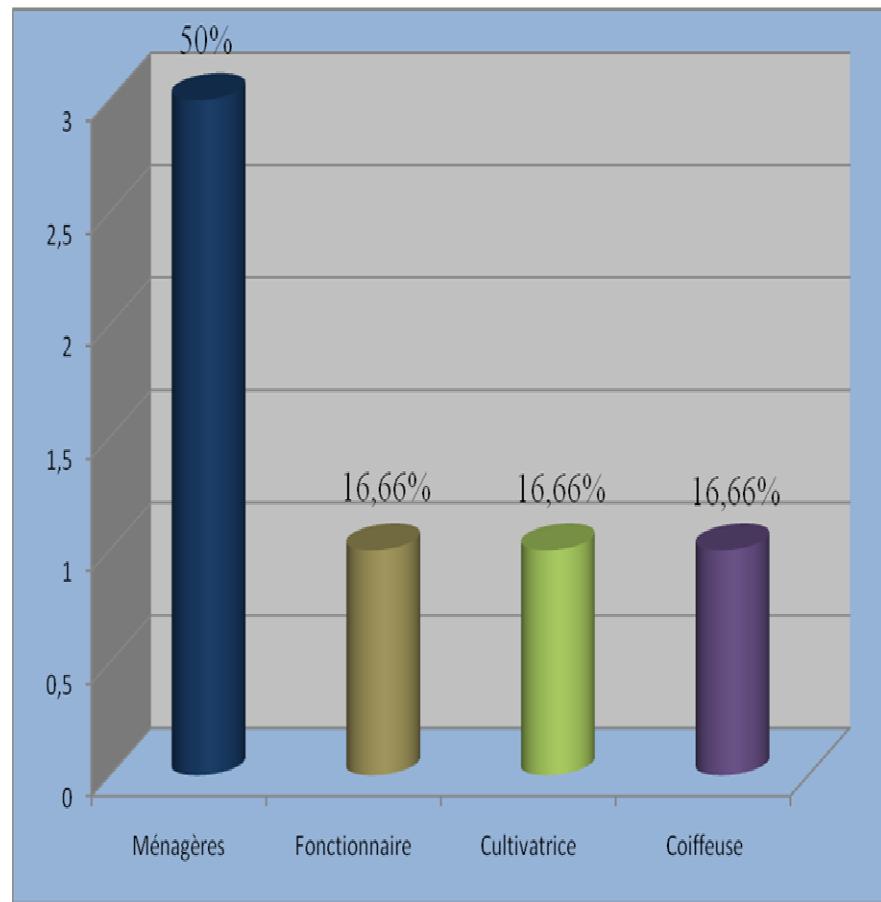


Figure 22 : Répartition selon la profession

B. Antécédents

- **Le nombre de la parité**

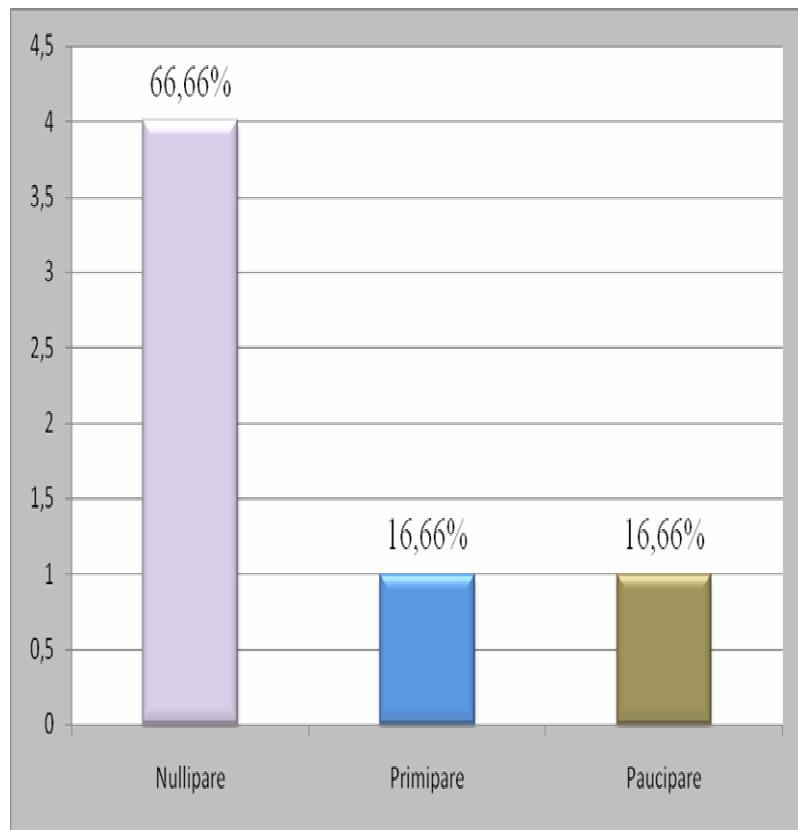


Figure 23 : Répartition selon la parité

- **L'antécédent d'avortement**

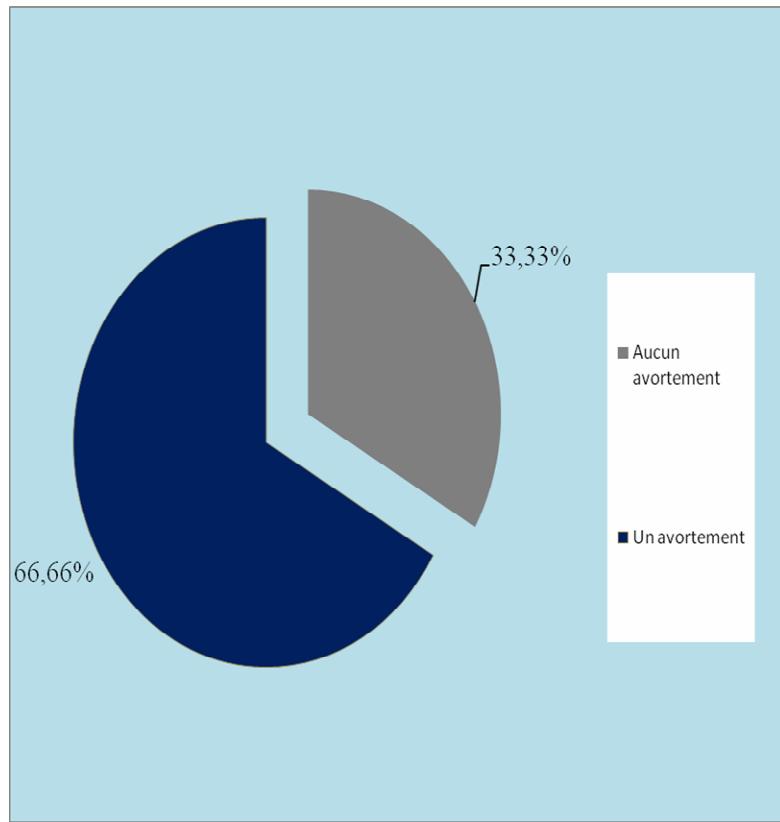


Figure 24: Répartition selon le nombre d'avortement antérieur

- **Le groupe sanguin ABO**

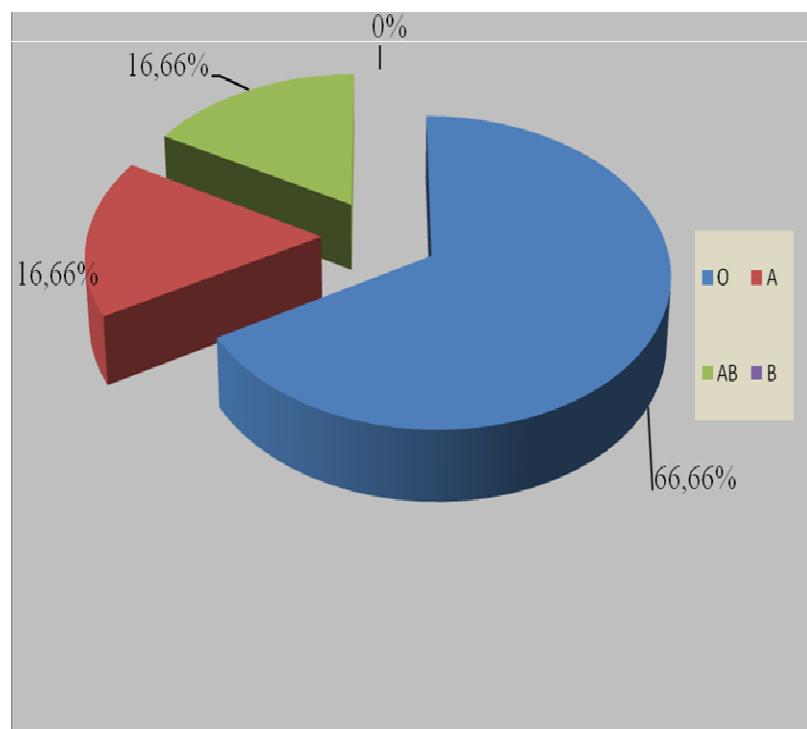


Figure 25: Répartition selon le groupe sanguin ABO

- Les antécédents médico-chirurgicaux

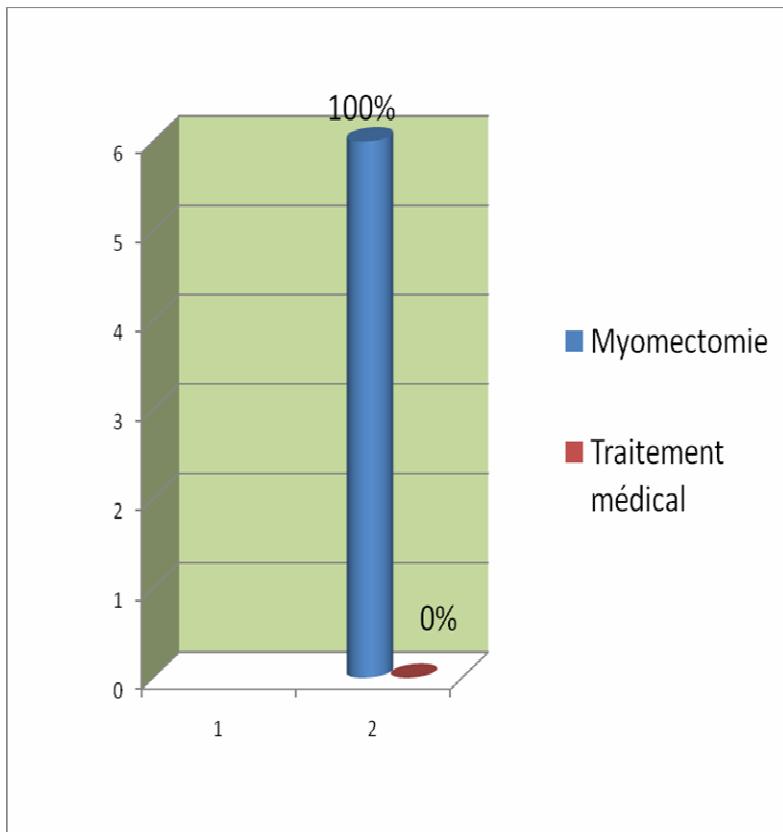


Figure 26 : Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux

- **Tableau 1 : Répartition selon le nombre des noyaux fibromateux**

Nombre de noyaux	Effectifs	Pourcentages (%)
2-4	4	66,66
5-7	1	16,66
Plus de 7	1	16,66

- Tableau 2 : Répartition selon la taille des noyaux fibromateux (cm)

Taille des noyaux (cm)	Effectifs	Pourcentages (%)
1-8	3	50
Plus de 8	3	50

- **Les intervalles d'apparition**

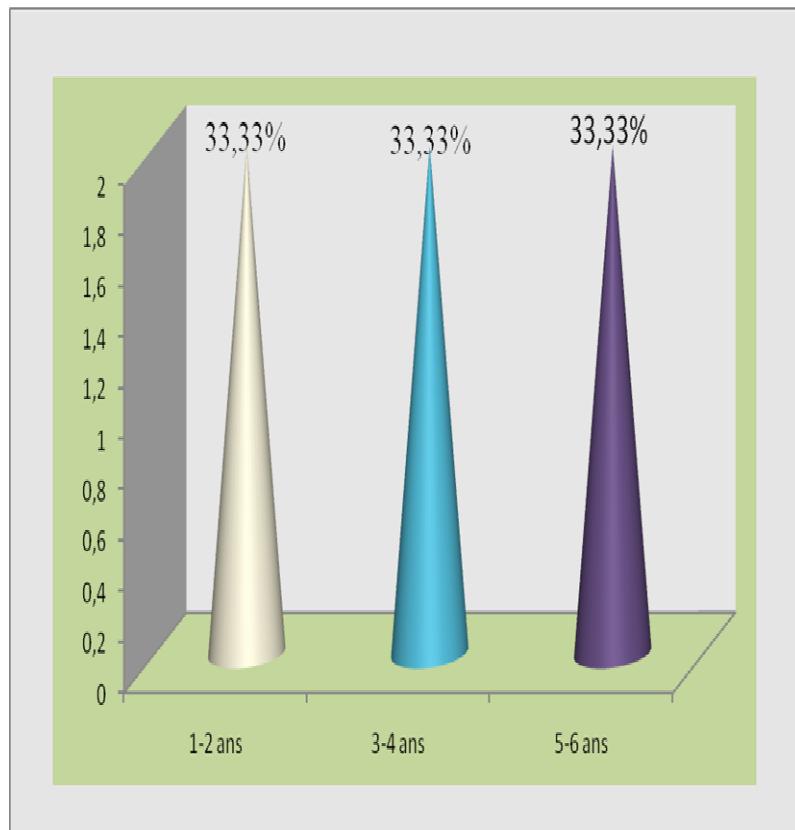


Figure 27 : Répartition selon les intervalles d'apparition

C. Signes cliniques

Tableau 3: Répartition selon la manifestation clinique

Signes cliniques	Nombre de cas
Fièvre	1
Etat général	
Sans fièvre	5
Douleur pelvienne	4
Ménorragie	1
Signes fonctionnels	
Ménométrorragie	0
Métrorragie	2
Augmentation de volume	3
Abdominal	
Signes physiques	
Sans augmentation de volume abdominal	3

D. Examens paracliniques

Tableau 4 : Répartition selon les examens paracliniques disponibles

Moyens paracliniques	Nombre de cas
NFS	6
Echographie	6
Test de grossesse	1

E. Traitement pré opératoire

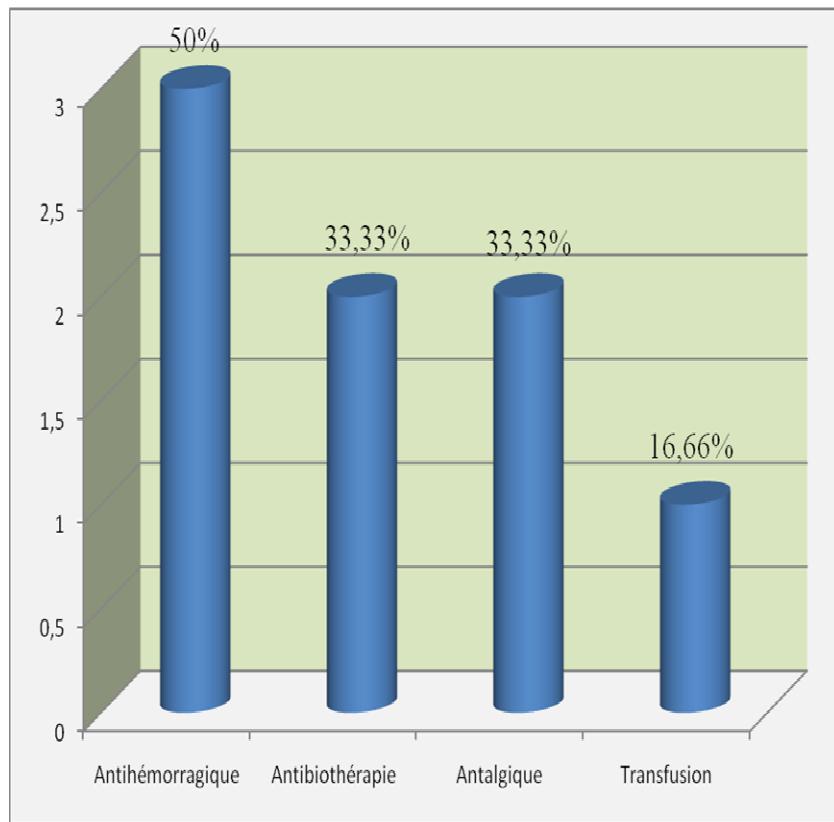


Figure 28 : Répartition selon le traitement préopératoire

F. Traitement

- **Le choix de la technique d'anesthésie**

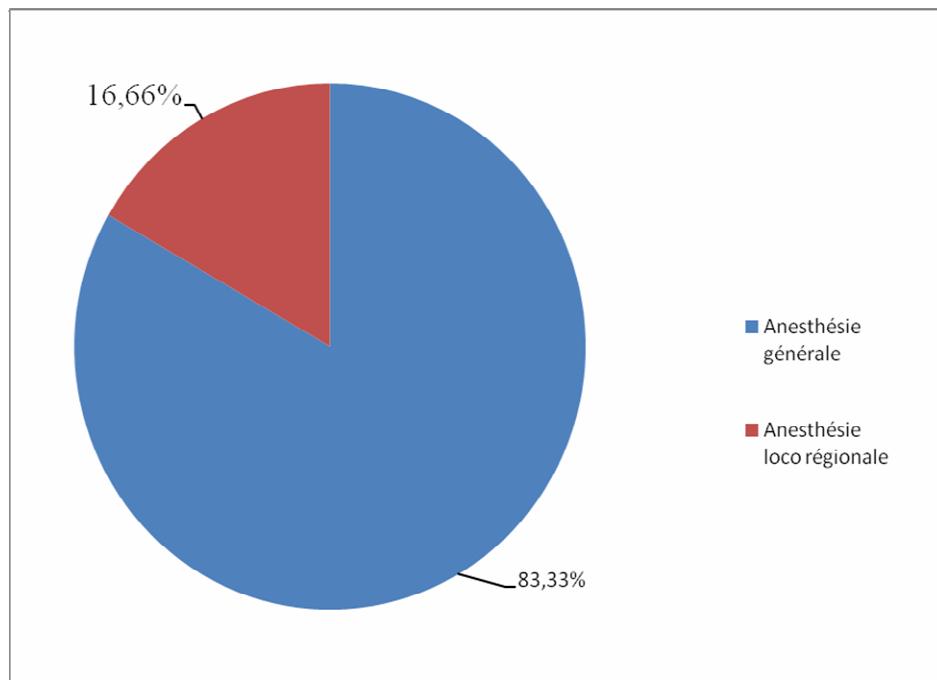


Figure 29: Répartition selon le choix de la technique d'anesthésie

Tableau 5 : Répartition selon le choix du type d'intervention liée au désir de la maternité

	Myomectomie	Hystérectomie	Total
Désir de la maternité	3	2	5
Sans désir de la maternité	-	1	1
Total	3	3	6

- **La voie d'abord de myomectomie**

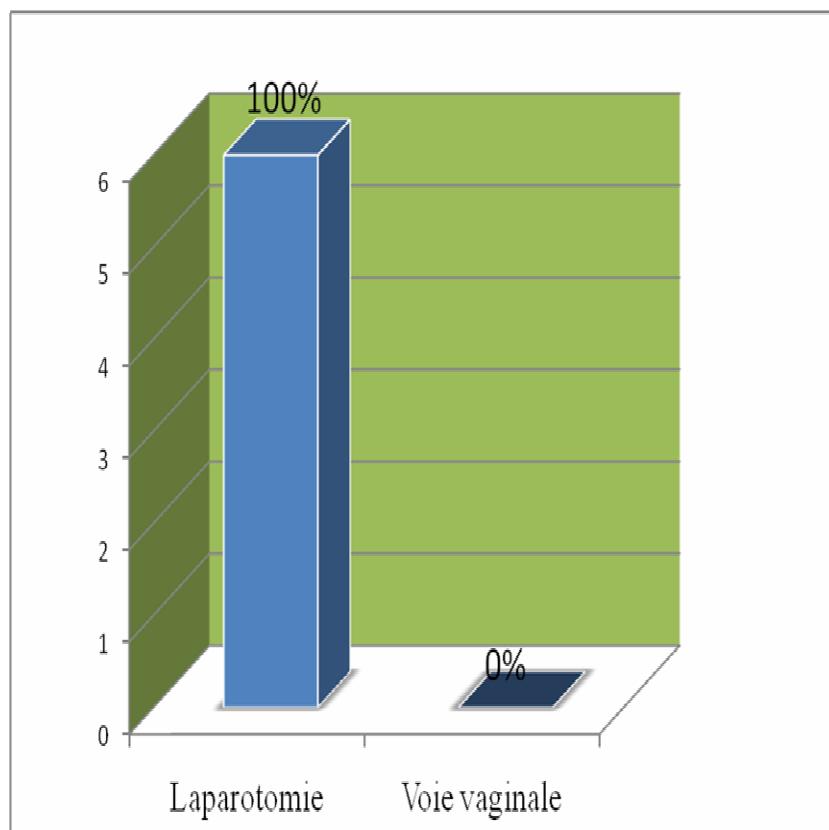


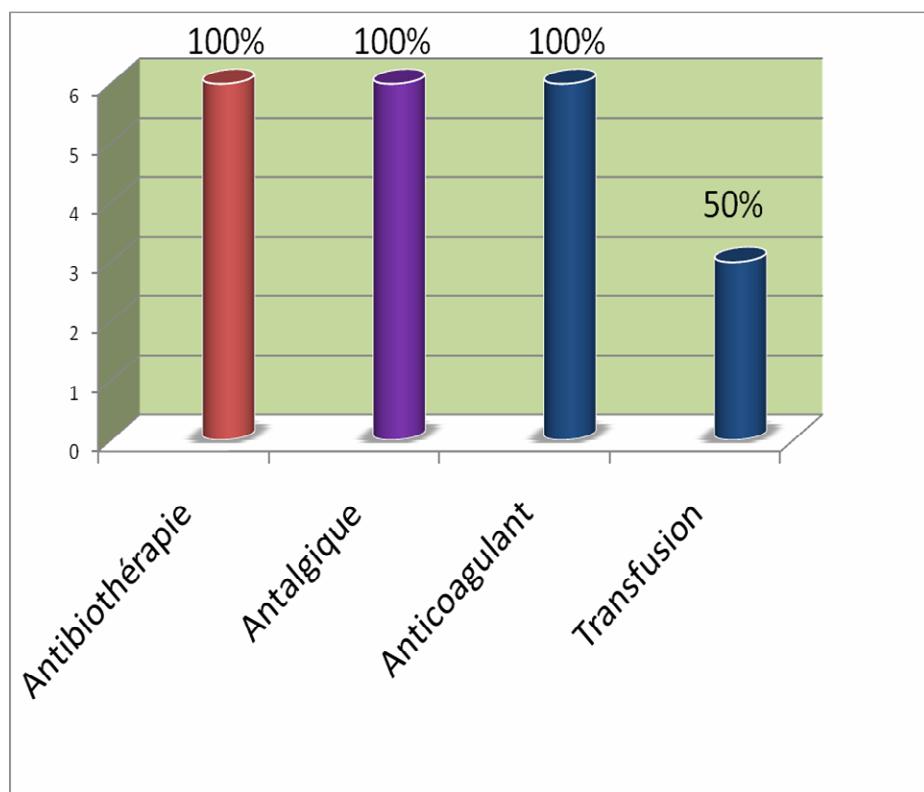
Figure 30 : Répartition selon la voie d'accès au fibrome utérin

- **Tableau 6 : Répartition selon les associations, fibrome et autres pathologies pelviennes.**

Associations	Nombre de cas
Myome isolé	4
Kyste de l'ovaire	1
Appendicite	1
Rétention placentaire	1
Obstruction tubaire	1
Adhérences	6

Tableau 7 : Répartition selon les gestes chirurgicaux

Gestes chirurgicaux	Nombre de cas
Libération des adhérences	6
Curetage de propreté	1
Annexectomie	1
Plastie tubaire	1
Kystectomie	1
Appendicectomie	1
Salpingolyse	1

G. Suite opératoire**Figure 31 : Répartition selon la suite opératoire**

H. La durée d'hospitalisation**Tableau 8 : Répartition selon la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation	Nombre de cas
4-8 jours	3
9-13 jours	3

DISCUSSIONS

DISCUSSIONS

A. Fréquence

Durant la période d'étude d'Avril 2007 au Décembre 2010, parmi les 147 patientes admises et traitées pour fibrome utérin, nous avons regroupé 6 patientes ayant présenté une récidive.

La fréquence de fibrome utérin en cas de récidive est variable d'un pays à l'autre et d'un moment à l'autre.

D'après Keita, étude menée au Bamako, le taux de récidive du fibrome utérin dans les grandes statistiques est de 16,1 % [53], alors que Rivain a trouvé une fréquence supérieure soit 36,8 % [52].

Cette fréquence est relativement faible dans le service gynécologie obstétrique de CHU de Mahajanga. Elle occupe 4,09 % des admissions pour les fibromes utérins symptomatiques et 0,33 % de toutes les femmes admises durant la période d'étude annoncée ci-dessus.

Les données de la littérature sont peut abondantes sur ce type de sujet.

Elle peut s'expliquer, soit par le non suivi médical des patientes après leur sortie, soit par un faible taux de fréquentation au centre de référence.

B. Etiopathogénie

1. L'âge des patientes

L'âge de survenue de la récidive du fibrome utérin est mal défini.

Toutefois, l'âge de nos patientes se situe entre 30 et 48 ans avec une moyenne de 39 ans.

Selon Bach, cette pathologie intéresse les femmes en activités génitales. Elle touche les femmes à partir de 30 ans [6].

D'après Hervé, le fibrome utérin se manifeste généralement chez les femmes âgées de 30 à 50 ans [37].

Cette situation peut s'expliquer par l'augmentation du taux hormonal dans l'organisme durant cette période.

Ainsi, les femmes ménopausées sont épargnées. Par ailleurs, selon Moussa, plus la femme est jeune, plus le risque de récidive est grand [53].

2. La profession

La majorité de nos patientes travaillent dans un foyer.

De même Mahamadou dans leur série d'études a trouvé que la profession ménagère prédominait avec un taux de 39,47 % [53].

Dans la littérature, la profession n'est pas incriminée comme facteur de risque concernant la récidive du fibrome utérin.

C. Antécédents

1. Selon la parité

Nous avons trouvé 4 nullipares, une primipare et une paucipare. Nous avons remarqué une prédominance de la nulliparité. Cette situation a montré un désir important de maternité dans un couple. Les fibromes peuvent être des facteurs d'infécondité en empêchant la conception et la nidation en raison de l'augmentation de la longueur du trajet des spermatozoïdes, la distorsion de la cavité endométriale et la diminution de la vascularisation de l'endomètre [38].

Les fibromes entraînent une stérilité généralement secondaire à cause de leur volume, leur localisation et leur siège [38]. Et inversement, c'est la nulliparité qui est un des facteurs de risque de fibrome [2], [10].

D'après Benchimol, le fibrome utérin est fréquent chez les nullipares [64].

Selon Hanafi, la parité après le traitement conservateur diminue le risque de récidive [31]. Il en est de même pour Eun-Hee [30].

2. Selon les avortements

Toutes nos patientes, à l'exception des nulligestes, ont eu un antécédent d'avortement. Kobelinsky a trouvé que la grossesse avec un fibrome est une grossesse à haut risque qui peut conduire à des avortements spontanés [40]. Cela peut être en relation avec la présence des fibromes. Ainsi, devant cette situation, il faut toujours rechercher la présence de fibrome utérin.

Selon Aubert, la fausse couche spontanée est l'une des complications obstétricales majeures des fibromes utérins [3].

3. Selon le groupe sanguin ABO

Le groupe sanguin O prédomine avec un taux de 66,66%. Il représente plus de la moitié des autres groupes.

Bernard a confirmé qu'il avait trouvé une prédominance de groupe sanguin O dans leur série d'études avec un taux de 36,85%. Ce résultat est similaire à ceux observés auprès de la population de donneur de sang au Bamako qui donne 45,7% [41].

D'après notre recherche, le groupe sanguin O pourrait être un des facteurs de risque de la récidive des fibromes utérins.

4. Selon les antécédents médico-chirurgicaux

Toutes nos patientes ont eu un antécédent de myomectomie lors de leur première cure. C'est notre seul moyen pour traiter les fibromes. Mais Rivain a confirmé qu'il existe de nombreux traitements conservateurs, médicaux, chirurgicaux et radio interventionnels, qui répondent plus volontiers au souhait des patientes. Ces traitements peuvent être une embolisation des artères utérines, des ultrasons focalisés, une myolyse par radiofréquence, une cryomyolyse, une thermo-coagulation par Laser et myomectomie par laparotomie ou par laparoscopie ou par hystéroskopie,

5. Selon le nombre des noyaux fibromateux

L'utérus peut être le siège d'un fibrome, mais en réalité, dans 2/3 des cas, les fibromes sont multiples, de quelques noyaux fibromateux à plusieurs dizaines chez la même femme [1].

Nous avons observé 2 à 8 noyaux de myomes. Toutes nos patientes présentaient un utérus polymyomateux.

Plus les noyaux sont nombreux, plus le risque de récidive est élevé. Cela signifie que le nombre joue un rôle important dans la récidive

Fazel a prouvé que le risque de récidive semble augmenté avec le nombre des fibromes retirés [5].

Magdi a observé aussi que la récidive était significativement plus faible chez les patientes ayant un seul myome [31].

6. Selon la taille des noyaux fibromateux

Lors de notre série d'études, la taille des myomes varie d'1 à 12 cm.

Rossetia a confirmé que le myome volumineux augmente le risque de récidive [65].

Selon Fernandez, le facteur de risque le plus décrit est le volume important du myome à extraire [25].

7. Selon les intervalles d'apparition

L'intervalle de temps entre 2 épisodes de fibrome utérin varie de 1 à 6 ans. D'après notre étude, le suivi médical après la sortie de l'hôpital est nécessaire. Le risque de récidive peut être en relation avec le nombre et le volume des fibromes retirés. En effet, presque toutes nos patientes ont eu un utérus polomyomateux.

Lors de l'intervention, quelques petits noyaux ne sont pas extirpés, ce qui peut être à l'origine d'une récidive.

D'après Paul, l'intervalle entre 2 épisodes varie de 1 à 8 ans. Il a aussi observé que le risque de récidive augmente avec le temps. Ce risque est de 11,7 % après un an, 36,1 % après 3 ans, 52,9 % à 5 ans, 84,4 % à 8 ans [30]. Dubuisson a partagé le même avis [35].

D. Signes cliniques

Les signes sont variables d'un sujet à l'autre.

1. Etat général

La majorité de nos patientes ne présente aucune fièvre. Salama et Lee ont confirmé que le fibrome ne se manifeste pas par une fièvre sauf en cas de complication, notamment en cas de nécrobiose aseptique [61], [62].

2. Signes fonctionnels

➤ Pelvialgies

Elles représentent dans notre série d'études 4 cas, soit 66,66 %, 76 % pour Juhan, à Bamako et 42,6 % pour Anne, à Paris [18], [52].

Ce sont les signes d'appel extrêmement fréquents rarement liés au fibrome lui-même.

Ces douleurs peuvent être le reflet de :

La compression extrinsèque

L'endométriose

La nécrobiose aseptique

La torsion d'un fibrome pédiculé et des lésions associées notamment l'exocervicite [3], [53].

➤ Hémorragie génitale

Nous avons enregistré 3 cas repartis en 33,33% de mètrorragie, 16,66% de ménorragie.

Charles a trouvé 28,95% de ménorragie, 23,68% de métrorragie et de ménométrorrhagie dans leur série d'études [47].

Laure, dans l'étude menée à Paris, a trouvé plus de la moitié des patientes qui ont présenté le saignement d'origine utérine avec un taux de 73,5 % de cas [52].

La douleur et l'hémorragie sont souvent associées et motivent la patiente de se rendre auprès d'un médecin pour une consultation.

Guylaine a confirmé que le symptôme le plus fréquent retrouvé est le saignement génital à type de ménorragie et il se voit chez 30 % des femmes symptomatiques [32].

3. Signes physiques

Trois cas ont présenté une augmentation de volume abdominal qui déforme l'abdomen contre trois cas présentant le symptôme contraire.

Cette modification de volume abdominal peut s'expliquer par une évolution à long terme de la tumeur méconnue ou même négligée par la patiente.

Les Malgaches ont tendance à consulter en première intention les praticiens traditionnels, ce qui retarde leur prise en charge en milieu hospitalier.

Sophie et Petrequin ont trouvé une déformation abdominale [2], [3]. Par contre d'autres auteurs, Abbara et Rassuti ont trouvé de signe contraire [1], [19].

E. Examens complémentaires

1. Hémogramme

Cet examen n'est pas spécifique pour diagnostiquer le fibrome. Mais il est indispensable pour apprécier le degré d'anémie avant une intervention chirurgicale. Il devrait être fait devant les signes cliniques d'anémie.

Toutes nos patientes ont bénéficié un hémogramme. Nous avons trouvé quatre patientes présentant une anémie et une patiente avec une hyperleucocytose.

Le saignement utérin était à l'origine de l'anémie. De même, Murgo a trouvé une anémie microcytaire hyposidéremique après une hémorragie importante par contre Phyllis a trouvé une anémie hypochromie sévère [36], [42].

D'après Henri, l'hyperleucocytose est fréquente en cas de complication, notamment en cas de nécrobiose aseptique du fibrome.

2. Echographie

C'est l'examen de référence souvent suffisant pour le diagnostic de fibrome et disponible dans notre service. Alors toutes les patientes ont bénéficié une échographie pelvienne ayant comme résultat la présence de plusieurs myomes utérins. D'après Aly, elle permet de préciser le nombre, la taille, le type, la localisation des fibromes et l'existence d'une déformation de la cavité utérine [1], [3].

Rouanet a mentionné que l'échographie est l'examen de première intention devant une suspicion de fibrome [18]. Anne et Golzanian ont partagé le même avis [36], [52]. Par contre cathérine a remarqué que l'IRM est l'examen le plus efficace pour une cartographie exacte des fibromes [37].

3. Test de grossesse

Ce test n'est pas spécifique pour diagnostiquer le fibrome. Il permet uniquement de préciser l'existence d'une grossesse. Mais le fibrome peut entraîner des complications obstétricales majeures.

Une de nos patientes a bénéficié de ce test à la recherche d'une association de fibrome et de la grossesse.

D'après Noor et Besse, la grossesse avec un fibrome est une grossesse à haut risque qui peut conduire à des avortements spontanés à répétition [6], [14]. En effet, notre patiente a présenté une fausse couche.

4. Les autres examens biologiques

Ils sont nécessaires pour apprécier le retentissement du fibrome utérin sur les organes du voisinage en particulier l'appareil urinaire et aussi de déterminer le terrain de la patiente.

F. Traitement préopératoire

Une patiente a été transfusée.

Cette transfusion a été faite chez les patientes présentant une anémie sévère. Il en est de même pour Gaëlle [39]. D'après Jacob, pour faire face au risque hémorragique, on pouvait prescrire 3 mois en préopératoire, un antagoniste de la GnRH [5]. Mais pour Desinde, les aliments riches en fer devraient être conseillés [2].

Deux patientes ont reçues un antalgique

Il a été utilisé pour soulager la douleur. Sophie a confirmé que les antalgiques devraient être utilisés en cas de douleur.

Deux patientes ont bénéficié une antibiothérapie

Elle a été instaurée chez les patientes qui ont eu des manifestations ou qui ont présenté des signes infectieux. Patrick a observé que les antibiotiques ne sont utilisés pour traiter les fibromes mais elles sont nécessaires en cas de pathologie associée, notamment en cas de complication infectieuse [24].

Trois patientes ont eu un antihémorragique.

Isabelle est de notre coté, elle a observé que les antihémorragiques sont administrés pour freiner les saignements et pour corriger le trouble d'hémostase avant l'intervention chirurgicale [54].

G. Période péri-opératoire

1. Le choix de la technique d'anesthésie

Sur 5 cas, nous avons pratiqué une anesthésie générale obligatoire du fait de la longue durée de l'intervention .En outre, l'utilisation d'une anesthésie locorégionale n'est pas courante dans notre service pour le traitement chirurgical d'un fibrome.

Cependant, Moussa a montré une prédominance de rachianesthésie avec un taux de 76,68 % contre 26,32 % de l'anesthésie générale [53].

2. La voie d'abord de myomectomie

Bouteldja a constaté que la voie d'abord varie selon l'âge, le nombre et le siège du fibrome, le désir ou non de la grossesse de la patiente [26].

Toutes nos patientes nécessitant une intervention chirurgicale ont subi une laparotomie. Néanmoins, la voie vaginale présente plusieurs avantages par rapport à la laparotomie. Puisque dans notre situation, toutes les patientes ont eu au moins un antécédent de la myomectomie avec des adhérences, cette voie n'est pas possible. Dans ce cas, la voie d'intervention par laparotomie a été choisie. Sarkis était aussi de notre avis [21]. Pour Hanafi, la voie laparoscopique a été choisie, et pour Fazel, l'embolisation des artères utérines pour éviter la récidive

3. Nature de la lésion et conduite à tenir

A propos des lésions associées

Une patiente avait des fibromes associés à un kyste de l'ovaire gauche. Cette pathologie est de diagnostic difficile lorsqu'il est associé à un fibrome utérin. Pour préserver la fonction ovarienne, une kystectomie a été réalisée.

Une patiente présentait une inflammation appendiculaire d'où le recours à l'appendicectomie.

Une patiente avait un fibrome associé à une grossesse. Cette grossesse est mal tolérée et provoque un avortement avec une rétention placentaire d'où un curetage de propreté.

Une patiente présentait une lésion de la trompe à type d'obstruction tubaire. Elle a bénéficié une plastie tubaire. Ce geste chirurgical est justifié par le désir de maternité de la patiente.

Six patientes présentaient des adhérences. Elles ont déjà subi au moins une myomectomie par laparotomie qui pourrait être la source des adhérences.

Les comptes rendus opératoires de ces patientes sont presque le même :

- Laparotomie médiane sous ombilicale ou incision de PFANNENSTIEL
- Exploration de l'utérus
- Ablation des myomes
- Fermeture plan par plan

Pelage a observé que les pathologies associées au cours de fibrome devraient être traitées en même temps que les fibromes si elles sont justifiées avant l'intervention [5]. Par contre, Dube a confirmé que ces pathologies associées ne devraient pas toucher sauf en cas de plainte de la patiente [16].

4. Le choix du type d'intervention

Le type d'intervention varie selon l'âge, le nombre et le siège du fibrome, le désir ou non de la grossesse de la patiente.

Cinq patientes ont leur désir de maternité. Face à cette situation, nous devons être plus conservateurs.

Trois d'entre elles ont bénéficié d'une myomectomie et deux une hystérectomie en tenant compte de l'état de la tumeur et le désir de maternité de la patiente.

Une patiente n'a pas de désir de grossesse et elle a bénéficié d'une hystérectomie totale. Le chirurgien tient compte toujours de l'état de la tumeur avant de prendre cette décision.

Toutes nos patientes ont subi une intervention par laparotomie à cause des adhérences. Une prévention des adhérences devrait être de règle pour toute intervention. Spies a confirmé que les adhérences devraient être prévenues après chaque intervention

en faisant un lavage abdominal avec une solution saline tiède [58]. Par contre Dequesne utilisait une injection d'acide hyaluronique en préopératoire sur la suture. Elles peuvent retentir sur la fertilité de la femme [27].

D'autre auteur, Nathalie, a trouvé que l'embolisation est un traitement de choix pour la récidive du fibrome utérin [15]. Par contre, Alborgi a confirmé que l'embolisation associée à une myomectomie par laparoscopie permet de diminuer le taux de la récidive [66].

Par contre, Fassler a utilisé le traitement moderne par les ultrasons focalisés [34]

H.Période postopératoire

1. Soutien moral

Lefebvre a confirmé que le soutien moral était nécessaire pour toutes les patientes et surtout pour les hystérectomiées [57].

Il est nécessaire chez une femme hystérectomisée. Il est important d'expliquer clairement la raison de la réalisation d'une telle intervention, puisqu'elle entraîne un traumatisme psychologique non négligeable chez ces patientes. D'ailleurs elles ont été préparées pour faire face à cette éventualité.

2. Traitements

Le traitement postopératoire dépend du type d'intervention.

➤ La transfusion

Trois patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine. Elle permet de compenser les pertes sanguines au cours de l'intervention.

Il en est de même pour Erika [25]. Aly a confirmé que le risque de transfusion après la laparotomie varie de 1 à 21 % [1].

➤ Les anticoagulants

Presque toutes nos patientes ont bénéficié ces traitements. Ils sont nécessaires pour prévenir la maladie thrombo-embolique.

➤ Les autres traitements

Les liquides de perfusion, les antibiothérapies et les antalgiques, sont systématiques en période postopératoire. Louis a partagé le même avis. Par contre, Eric a montré que les liquides de perfusion et les antibiotiques n'étaient pas nécessaires, seul l'antalgique était utilisé après le traitement par ultrason focalisé [34]. Les liquides de

perfusion permettent d'alimenter la patiente jusqu'à ce que l'alimentation par voie orale soit possible.

- Les antibiothérapies prophylactiques sont nécessaires pour éviter la survenue d'une complication infectieuse.
- Quant aux antalgiques, ils sont utilisés pour soulager la douleur causée par l'intervention.

3. Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation varie de 5 à 13 jours. Elle dépend de l'évolution postopératoire de chaque patiente. Ce résultat est proche de ceux mentionné par Henri avec une durée de 4 à 10 jours [38]. Par contre Besse et Laureys ont trouvé une durée d'hospitalisation 2 à 4 jours après une embolisation des artères utérines [6], [7].

La longue durée d'hospitalisation pourrait être due à la préparation de la patiente en période préopératoire.

Toutes nos patientes ont eu une bonne évolution sans complication.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Face aux problèmes personnels, voire conjugaux que peut entraîner cette pathologie, vu les difficultés de la prévention, nous suggérons :

Au niveau de la population,

- Informer, éduquer, et communiquer des femmes en matière de fibrome utérin et la possibilité de la récidive.
- Recommander les femmes à consulter un médecin dès l'apparition des signes gynécologiques minimes pour une prise en charge précoce, avant les complications ou avant le stade chirurgical.
- Sensibiliser les femmes, en âge de reproduction, à faire des consultations gynécologiques annuelles pour dépister précocement cette pathologie.

Au niveau de l'Etat,

Lutter contre l'analphabétisme pour faciliter l'IEC,

Améliorer des infrastructures sanitaires, des moyens diagnostiques et thérapeutiques, avec la mise en place de nouveaux matériels afin de pouvoir pratiquer des nouvelles méthodes diagnostique et thérapeutique, méthodes moins traumatisantes.

Au niveau de personnels de la santé

Soutenir l'éducation sanitaire de base, en insistant sur l'amélioration du système de référence, pour qu'il n'y ait pas de rétention prolongée des malades dans le centre périphérique.

Organiser une formation continue du personnel médical.

CONCLUSION

CONCLUSION

C'est une étude rétrospective de récidive de fibrome utérin symptomatique observé dans le service de gynécologie au CHU de Mahajanga, durant l'année 2007-2010.

Pour cela, nous avons colligé 6 cas parmi toutes les patientes hospitalisées pour suspicion de la récidive de fibrome utérin confirmée par l'échographie.

Durant une période d'étude de 3 ans, la fréquence de la récidive du fibrome utérin symptomatique est relativement faible avec un taux de 4,09 %. Cette valeur ne reflète pas la réalité, car beaucoup de patientes ne reviennent pas au centre de référence ou restent asymptomatiques.

Ainsi, ce sont les femmes en âge de procréer qui sont principalement concernées. L'âge est compris entre 30 et 48 ans avec une moyenne de 39 ans.

Le signe le plus souvent rencontré est le saignement génital à type de ménorragie.

L'échographie est l'examen complémentaire de référence pour affirmer la présence du fibrome utérin.

Le procédé thérapeutique varie en fonction de la pathologie en question. On peut avoir recours à un traitement médical dans certains cas, mais la chirurgie demeure le traitement idéal. Le traitement conservateur permet de préserver la fertilité. L'hystérectomie est la meilleure pour pouvoir éviter les récidives.

Bien que ce soit une tumeur bénigne, le fibrome utérin pose un problème majeur chez les femmes, à cause de sa part de responsabilité dans l'infertilité et de la difficulté de la décision thérapeutique.

La décision demeure toujours difficile, devant l'état de l'utérus, d'une part et le désir de maternité d'autre part.

REFERENCES

REFERENCES

1. **ALY ABBARA.** Fibrome utérin. <http://www-abbara.com> 2009. Consulté le 17/12/2010.
2. **SOPHIE DESINDES.** Fibrome utérin. <http://www.passeportsante.net> 2007. Consulté le 17/12/2010.
3. **AUBERT JP, PETREQUIN C.** Qu'est ce qu'un fibrome utérin ? <http://www.paris-nord-sftg.com> 2003. Consulté le 17/12/2010.
4. **TAYLOR E.** Myomes. J Gynecol Surgery, 2008; 89:1-16.
5. **FAZEL A, PELAGE JP, LE DAREF O, JACOB D.** Place de la chirurgie et de l'embolisation des fibromes utérins. Hum Reprod, 2008 ; 132 :1-8
6. **BACH F, BARRAU V, BESSE F.** Vous allez avoir une embolisation de fibrome utérin. Département d'imagerie médicale et de radiologie interventionnelle. Br J Obstet Gynecol, 2008 :1-4.
7. **GOLZANIAN J, MURGO S, LAUREYS M.** Embolisation des fibromyomes utérins. JBR-BTR, 2002 ; 85 :7-13.
8. **FLAKE G, ANDERSEN J, DIXON D.** Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: a review. Environ Health Perspect, 2003; 111(8):1037-54.
9. **YOSHIDA Y.** Fibrome utérin : l'embolisation est aussi efficace et est associée à une récupération plus rapide que la myomectomie. Eur J Obstet Reprod Biol, 2006 ; 85(1) :14-35.
10. **GUYLAINE G.** La prise en charge des léiomyomes utérins. J Obstet Gynaecol Can, 2003 ; 25(5) :407-18.
11. **AUDEBERT A.** Léiomyome utérin. Génétique des fibromes et de l'endométriose : le point de vue du clinicien. <http://fr.wikipedia.org> 2010. Consulté le 17/12/2010.
12. **BENCHIMOL.** Fibrome utérin. <http://www.docteur.benchiol.com> 2007. Consulté le 26/10/2009.
13. **WON MI LEE, MOON HYANG PARK.** Uterine leiomyoma with massive lymphocytic infiltration. The korean Journal of pathology, 2003 ; 37 :71-3.
14. **NOOR S, FAWWAD A, SULTANA R.** Pregnancy with fibroids and its obstetric complication. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2009; 21(4): 37-40.
15. **NATHALIE M, LOUIS B.** Embolisation utérine pour fibromes. Gynecol Obstet Invest, 2008 :1-4.

16. **DUBUISSON J, DUBE J, STRUCKI D.** Traitement conservateur des fibromes : recommandation pour la pratique.
Revue Médicale Suisse 2005 ; 1 :2591-7 et 40 :30782.
17. **BASSOT K, GRAESSLIN O.** Traitement médical des fibromes et infertilité.
Curr Opin Obstet Gynecol, 2008 ; 132 :1-6.
18. **ROUANET JP, JUHAN V, MAUBON A.** Prise en charge des fibromes utérins. J Gynecol obstet Biol Reprod, 2003; 28:715-718.
19. **RASSUTI R.** Les traitements des fibromes utérins. Biosphère Médical.
<http://www.biospheremed.com> 2009. Consulté le17/12/2010.
20. **HERVE FERNANDEZ, ERIKA FAIVRE.** Myomectomie vaginale.
<http://www.has-sante.fr> 2008. Consulté le17/12/2010.
21. **SARKIS P.** Les fibromes utérins : renseignement à l'intention des patientes.
Guide the Ottawa hôpital. <http:// www.femmesensante.ca> 2007. Consulté le17/12/2010.
22. **PHILIPPE DE MOREL.** Fibrome utérin. Du nouveau dans la prise en charge ?
AFFSAPS, 2004.
23. **JOHNSON J.** Information générale sur les fibromes. Gynecare women's health solutions. <http://www.womenhealth.ch>. Consulté le17/12/2010.
24. **PATRICK FENICHEL.** Traitement médical des fibromes. Nouvelles attitudes thérapeutiques en pathologie pelvienne bénigne.
Clin Obstet Gynecol, 2008 :41-42.
25. **HERVE FERNANDEZ, ERIKA FAIVRE.** Myomectomie vaginale.
<http://www.has-sante.fr> 2008. Consulté le17/12/2010.
26. **BOUTELDJA L.** Fibromes utérins. Biosphère Médical. <http:// www.fibrome-uterin.fr> 2008. Consulté le17/12/2010.
27. **DEQUESNE J, NICOLLE M, FOIDART JM.** La myomectomie laparoscopique. Am J Obstet Gynecol, 2008 :1-8.
28. **GUYLAINE G.** Embolisation des fibromes utérins. J Obstet Gynaecol Can, 2004; 26(10):913-28.
29. **MOISAN P.** Fibromes utérin : Première intervention par ultrasons. Surg Gynecol Obstet, 2007 :104.

30. **EUN-HEE YOO, PAUL I, CHU-YEOP HUH.** Predictors of leiomyoma recurrence after laparoscopic myomectomy. East West Neo Medical Center, 2007; 14(6):690-697.
31. **HANAFI M, MAGDI M.** Predictor of leiomyoma recurrence after myomectomy. J Obstet Gynecol, 2005; 105(4): 877-81.
32. **GUYLAINE LEFEBVRE.** The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol can 2003; 25(5):396-405, 407-18.
33. **LAVEAUCOUPET J.** Fibrome utérin. Comment diagnostiquer ? Comment surveiller ? Cafe-Med le Forum, 2008 ; 1 :315.
34. **FASSLER Eric.** Guide du médecin pour Ex Ablate 2000 ultrasons focalisés guidés par résonance magnétique(MRgFUS). Acta Obstet Gynecol Scand, 2007 ; 1 :1-6.
35. **DUBUISSON JB.** Second look after laparoscopic myomectomy.Human Reproduction, 2003; 13(8): 2102-2106.
36. **MURGO S, GOLZARIAN J.** Embolisation des fibromes utérins : alternative au traitement chirurgical. Revue de la Médecine Générale, 2002 ; 191 :104-108.
37. **HERVE FERNANDEZ, CATHERINE AZOULAY, GUY ROSTOKER.** Les traitements médicamenteux du fibrome utérin.J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005 ; 34 :360-405.
38. **HENRI MARRET.** La chirurgie des fibromes. Cochrane Data Base, syst Rev, 2005; 25(1).
39. **GAELLE M, SOULEZ G.** Embolisation des fibromes utérins. Association canadienne des radiologistes(CAR). <http://www.radiologyinfo.org> 2004. Consulté le17/12/2010.
40. **KOBELINSKY M.** Elbolisation des artères utérines. Guide, The Ottawa Hopital. <http://www.fibroidcorner.com> 2006. Consulté le17/12/2010.
41. **BERNARD.** Les fibromyomes utérins. Corpus Médical, 2002 :1-7.
42. **PHYLLIS G.** Fibromes utérins. Info Santé, 2009 ; 811.
43. **KARILA P, PETIT T, KOTOBIA H.** Léiomyome utérin pédiculé. Journal de radiologie.EMC, 2004 ; 85 :741-745.
44. **JAIN T, SRIVASTAVA D, SAHU R.** Uterine artery embolization for symptomatic fibroids with imaging follows up. Australas Radiol, 2007; 51(3):246-52.

45. **CSATLOS E, RIGO J, SZABOL.** Uterine leiomyoma. *J Minim Invasive Gynecol*, 2010; 151(42):1734-41.
46. **CHIN CHUN YANG, KUE CHANG WEN.** Primary leiomyoma of the fallopian tube; preoperative ultrasound findings. *J Chin Med Assoc*, 2007; 70(2).
47. **GBADBO A, CHARLES A.** Myomectomy at caesarean section: descriptive study of clinical outcome in a tropical setting. *J Avud Med Coll Abbottabad* 2009; 21(4):7-9.
48. **KASUM M.** Hemoperitoneum caused by a bleeding myoma in pregnancy. *Acta Clin Croat*, 2010; 49(2):197-200.
49. **CLARE M, TEMPANY, ELISABETH A.** MR imaging guided focused ultrasound surgery of uterine leiomyoma : A feasibility study. *Radiology*, 2003 ; 226 :897-905.
50. **TSIMPANAKOS I, CONNOELY J, ALATZOQLOU K.** Two cases of myomectomy complicated by intravascular hemolysis and renal failure: disseminated intravascular coagulation or hemolytic uremic syndrome? *J Reprod Med*, 2010; 93(6):2075.e11-5.
51. **ANNE LETHABY, BEVERLEY VOLLENHOVEN.** Fibroids (uterine Myomatis leiomyomas). *Groupe BMJ Publishing. Clinical Evidence*, 2009; 5: 814.
52. **ANNE-LAURE RIVAIN.** Apport de l'imagerie par résonance magnétique dans la prise en charge thérapeutique des fibromes utérins. *Thèse-Méd Paris v* 2009.
53. **KEITA MAHAMADOU MOUSSA.** Fibrome utérin et groupes sanguins érythrocytaires. *Thèse-Med BAMAKO*, 2005.
54. **ISABELLE HAUSMAN.** Epreuve finale du diplôme d'études spéciales en anesthésiologie. *Thèse Med. Louvain* 2002.
55. **KEVIN D, HOUSTON, DEBORAH S.** Uterine leiomyomas: mechanisms of tumorigenesis. *Toxicologic pathology*, 2001; 29(1):100-104.
56. **PERKINS J, HINES R, PIOR D.** Uterine leiomyoma in a adolescent femal. *J Natl Med Assoc*, 2009; 10(6):611-3.
57. **LEFEBRE G.** Uterine fibroid embolization. *J Obstet Gynaecol can* 2004; 26(10):899-911.
58. **SPIES J, MYERS E, WORTHINGTON K.** The fibroid registry: symptom and quality of life status one year after therapy. *J Obstet Gynecol*, 2005; 106(6):1309-18.

59. **SPIES J, BRADLEY L, GUIDO R.** Outcomes from leiomyoma therapies: comparison with normal controls. *J Obstet gynecol*, 2010; 116(3):641-52.
60. **CRAVELLO L, AGOSTINI A, BEERLI M.** Résultats des myomectomies hystéroscopiques. *J Obstet Gynaecol Can*, 2004 ; 32(9) :825-828.
61. **LEE C, WANG C.** Laparoscopic myomectomy. *Taiwan J Obstet gynecol*, 2009; 48(4):335-41.
62. **AYMAN AL-HENDYL, SALAMA SALAMA.** Gene therapy and uterine leiomyoma : a review. *Human reproduction update*, 2006 ; 12(4) :335-41.
63. **CAROLYN J, CASSINO LYMN, RICHARD.** Uterine fibroids. *The Journal of American Medical Association (JAMA)*, 2009; 301(1):122.
64. **BENCHIMOL.** Myomectomie. <http://www.docteur.benchimol.com> 2006. Consulté le17/12/2010.
65. **ROSSETTIA.** Fertility outcome: long-term results after laparoscopic myomectomy. *Gynecol Endocrinol*, 2001; 15: 129-34.
66. **ALBORZI S.** A comparison of combined laparoscopic uterine artery ligation and myomectomy versus laparoscopic myomectomy in treatment of symptomatic myoma. *Arch Gynecol Obstet*, 2008.
67. **BOUBLI L, BLANC B, TARANGER-CHARPIN C.** Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin. *Santé de la mère et de l'enfant*, 2005 ; 15 : 9-19.

VELIRANO

Nom et prénom : RASOANIRAINY Voahirana Marie Corine

Eto anatrehan'ireo Mpampianatra ahy, eto amin'ny toerampampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara-nianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE ;

Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny anaran'Andriamanitra Andriananahary fa:

- Hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy fahamarinana eo am-panatontosàna ny raharaha-pitsaboana.

- Hotsaboiko maimaimpoana 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 ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

- Raha hiditra 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 dia tsy avelako ho fitaovana hanatontosàna zavatra mamoafady na anamoràna famitan-keloka.

- Tsy ataoko efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazànana, ara-pirehana sy ara-tsaranga.

- Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalàko ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

- Hanaja sy mankasitraka ireo 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 rakotra henatra sy ho rabirabian'ireo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

Serment d'HIPPOCRATE

Intitulé de la thèse : LA RECIDIVE DU FIBROME UTERIN VUE AU CHU DE MAHAJANGA

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE, MAHAJANGA 2011 N° :1167

Format : 21 X 29,7cm

Nombre de tableaux : 08

Nombre de pages : 66

Nombre de références : 67

Nombre de figures : 31

Rubrique de la thèse : GYNECO-OBSTETRIQUE

Mots-clés : Fibrome utérin, récidive, tumeur bénigne

Résumé de la thèse :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 6 cas de récidives des fibromes utérins observés dans le service de gynécologie au CHU de Mahajanga pendant une période de 3 ans consécutifs, allant du mois d'Avril 2007 au mois de Décembre 2010.

L'objectif de notre étude est de déterminer la fréquence et les symptômes de récidive, de rechercher les facteurs de risque et d'évaluer les signes cliniques, paracliniques et la thérapeutique adaptée.

La récidive du fibrome utérin est moins fréquente et touche 4,09 % des femmes en âge de procréer. Le risque de la récidive dépend de l'âge de la patiente, de nombre et de volume du fibrome retirés. L'échographie est l'examen complémentaire le plus utilisé.

Malgré sa bénignité, nous n'avons pas encore des moyens plus adaptés pour la prise en charge au sein du CHU de Mahajanga. Cette prise en charge repose souvent sur la chirurgie notamment la laparotomie qui est réputée sur son caractère hémorragique.

Ainsi, nous suggérons d'améliorer les infrastructures sanitaires pour l'application de nouvelles méthodes diagnostique et thérapeutique.

Membre de jury :

Président : Monsieur le Professeur ZAFISAONA Gabriel

Juges : Madame le professeur RAVOLAMANANA Ralisata Lisy

: Madame le professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina

Directeur : Monsieur le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

et Rapporteur de thèse

Adresse de l'auteur : Cité Tsaramandroso logement 265 Mahavoky Atsimo secteur 6, email :
kina@yahoo.fr