



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

La prise en charge du fibrome utérin (Expérience du service gynécologie obstétrique II)

Etude rétrospective à propos de 171 cas

MEMOIRE PRESENTEE

PAR

Dr RAHMOUNE Mohammed

Née le 06 Septembre 1983 à Meknès

POUR L'OBTENTION DE DIPLOME DE SPECIALITE
MEDICALE

Mots clés :

Fibrome- Utérus- Hystérectomie- Myomectomie

RAPPORTEUR

M. MELHOUFMOULAY ABDELILAH

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Gynécologie Obstétrique

Session Juin 2022

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

A Tous Nos Maîtres

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir. Vous nous avez prodigués avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils.

Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure formation qui puisse être.

Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

Nous vous restons éternellement reconnaissants, sincèrement respectueux et toujours disciples dévoués.

PLAN

1. Introduction.....	6
2. Partie pratique.....	8
• Matériel et méthodes	09
• Fiche d'exploitation	10
• Résultats	14
○ Données démographiques	14
○ Antécédents personnels.....	15
○ Antécédents familiaux	19
○ Examen clinique.....	19
○ Examens paracliniques.....	23
○ Diagnostic différentiel : sarcome.....	27
○ Complications.....	27
○ Cas particulier : Fibrome et grossesse.....	27
○ Traitement.....	28
○ Evolution	29
3. Partie discussion	31
• Epidémiologie	32
• Clinique	34

○ Antécédents	34
○ Examen clinique.....	39
• Paraclinique.....	41
○ Biologie	41
○ Echographie pelvienne.....	41
○ IRM pelvienne	43
○ Hystéroscopie	44
○ TDM abdomino-pelvienne.....	45
○ Hystérosonographie	46
○ Hystérosalpingographie	47
• Prise en charge	48
○ Abstention thérapeutique	48
○ Traitement médical.....	48
▪ Progestatifs.....	48
▪ Agonistes de la gonadolibérine.....	51
▪ Modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone. 51	
▪ Autres	52
○ Traitement chirurgical.....	53
▪ Myomectomie.....	55
▪ Hystérectomie	56
○ Embolisation de l'artère utérine	58
• Evolution	59
Conclusion	60
Résumé.....	62
Bibliographies	69

Introduction

Le fibrome est une des tumeurs gynécologiques les plus fréquentes. Leur prévalence augmente avec l'âge et atteint son apogée dans la quarantaine. Il est plus fréquent si la patiente est de race noire, obèse et nullipare. Il pourrait également exister une composante génétique. Le fibrome représente par son incidence progressivement croissante un véritable problème de santé publique, et se retrouve actuellement la première cause d'hystérectomie dans le monde.

La majorité des fibromes utérins sont asymptomatiques et ne nécessitent aucun traitement. Toutefois, de 20 % à 50 % sont symptomatiques sur le plan clinique et sont à l'origine de méno-métrorragies, d'une anémie ferriprive, d'effets de masse, et pourraient donc nécessiter un traitement. La prise en charge doit être personnalisée en fonction de la symptomatologie, de la taille, de l'emplacement des fibromes, de l'âge de la patiente, de ses besoins et souhaits en matière de préservation de la fertilité, de la disponibilité du traitement et de l'expérience du thérapeute.

La prise en charge des fibromes utérins symptomatiques peuvent aller du traitement médical conservateur jusqu'à l'hystérectomie en passant par la myomectomie et l'embolisation de l'artère utérine.

PARTIE PRATIQUE

I. Matériel et méthodes

1. Cadre et type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 171 patientes porteuses de fibrome utérin dans le service de gynécologie obstétrique 2 au CHU de Fès, sur une période de 5 ans : du 1^{er} janvier 2016 au 1^{er} janvier 2022.

2. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude toute patiente ayant un fibrome utérin histologiquement prouvé.

3. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu de notre étude toutes les patientes n'ayant pas un fibrome utérin histologiquement prouvé ainsi que les dossiers inexploitable ou contenant des données incomplètes.

4. Méthodologie d'étude :

Les données de notre échantillonnage ont été recueillies à partir des dossiers médicaux archivés, à l'aide d'une fiche d'exploitation où sont rapportées les données de chaque patiente.

II. Fiche d'exploitation

1. Données démographiques

-Age

-Origine

-Niveau socio-économique

2. Antécédents personnels

a. Gynéco-obstétricaux

- Age moyen des premières ménarches

-Statut hormonal

-Gestité

-Parité

-Infertilité

-Contraception

-Chirurgie pelvienne

b. Médicaux: HTA, diabète, tuberculose

c. Chirurgicaux

3. Antécédents familiaux

4. Examen clinique

a. Examen général

-IMC

b. Signes fonctionnels :

-Saignement utérin anormal (ménorragies, métrorragies, méno-métrorragies)

-Douleur pelvienne

-Troubles urinaires (dysurie, incontinence, pollakiurie...)

-Troubles digestifs (constipation)

-Prise de poids

c. Examen gynécologique

-Inspection vulvaire

-Examen au spéculum

-Examen du col

-Toucher vaginal

-Toucher rectal

d. Examen abdominal

-Masse abdominale

5. Examens paracliniques

a. Bilan de retentissement : Hémoglobine

b. Bilan à visée diagnostique :

b.1 Echographie pelvienne :

-Taille de l'utérus

-Aspect du myomètre :

Nombre de myomes

Taille des myomes

Type des myomes

-Aspect de l'endomètre : épaissement

b.2 IRM pelvienne :

-Nombre de myomes

-Taille des myomes

-Type des myomes

b.3 Hystérosonographie

b.4 TDM abdomino-pelvienne

b.5 Hystéroscopie

6. Diagnostic différentiel : sarcome

7. Complications

- Anémie sévère
- Nécrobiose aseptique
- Torsion
- Infections urinaires à répétition

8. Cas particulier : association fibrome et grossesse

9. Traitement

- Abstention thérapeutique
- Transfusion
- Traitement chirurgical

Myomectomie par hystéroscopie ou laparotomie

Hystérectomie interannexielle ou annexectomie bilatérale par laparotomie ou coelioscopie ou voie basse.

10. Evolution

III. Résultats

1. Données démographiques

a. Age

-La moyenne d'âge de nos patientes a été de 43 ans, avec des extrêmes allant de 24 ans à 64 ans.

-Le maximum de fréquence se trouve dans la tranche d'âge entre 30 ans et 50 ans, avec un pourcentage de 83%.

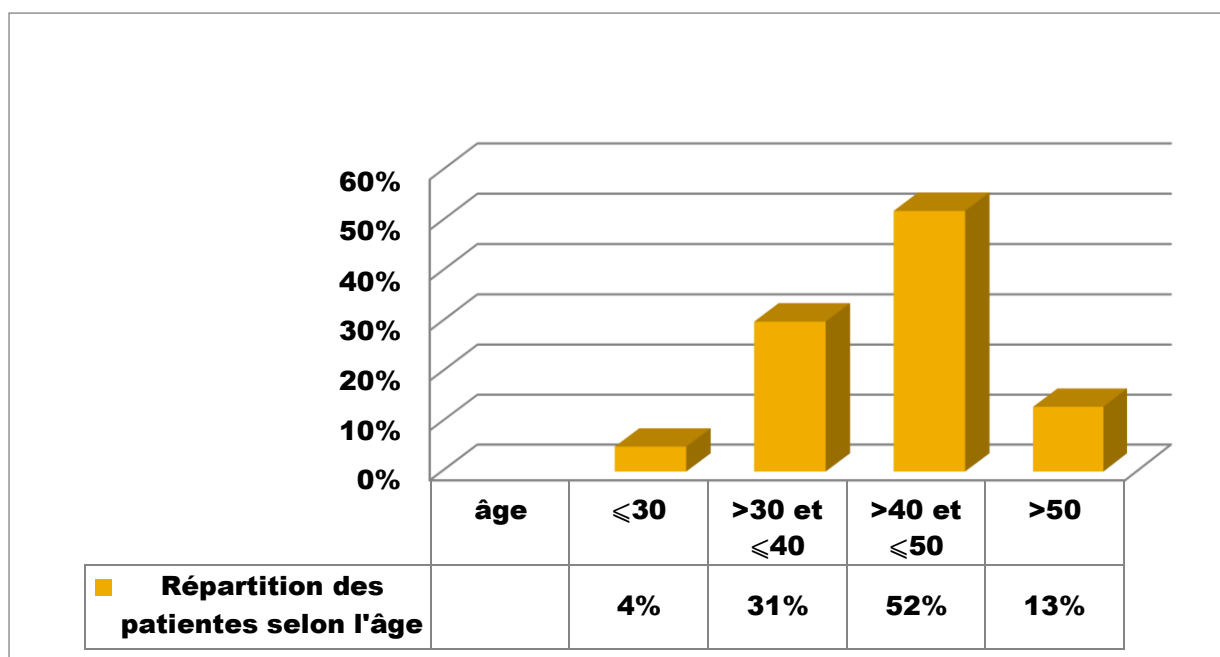


Tableau 1 : Répartition des patientes selon l'âge

b. Origine

-Les patientes originaires de Fès représentent la majorité des cas avec un pourcentage de 74%.

c. Niveau socio-économique

-Les patientes ayant un niveau socio-économique bas représentent la majorité des cas avec un pourcentage de 87%.

2. Antécédents personnels gynéco-obstétricaux

a. Age moyen des premières ménarches

-La moyenne d'âge des ménarches chez nos patientes a été de 12.5 ans, avec des extrêmes allant de 11 ans à 16 ans.

	Minimum	Maximum	Moyenne
Age (ans)	11	16	12.5

Tableau 2 : Age moyen des ménarches

b. Statut hormonal

-Dans notre étude : 130 patientes étaient en période d'activité génitale (76%), suivies de 12% en périménopause et 12% en ménopause.

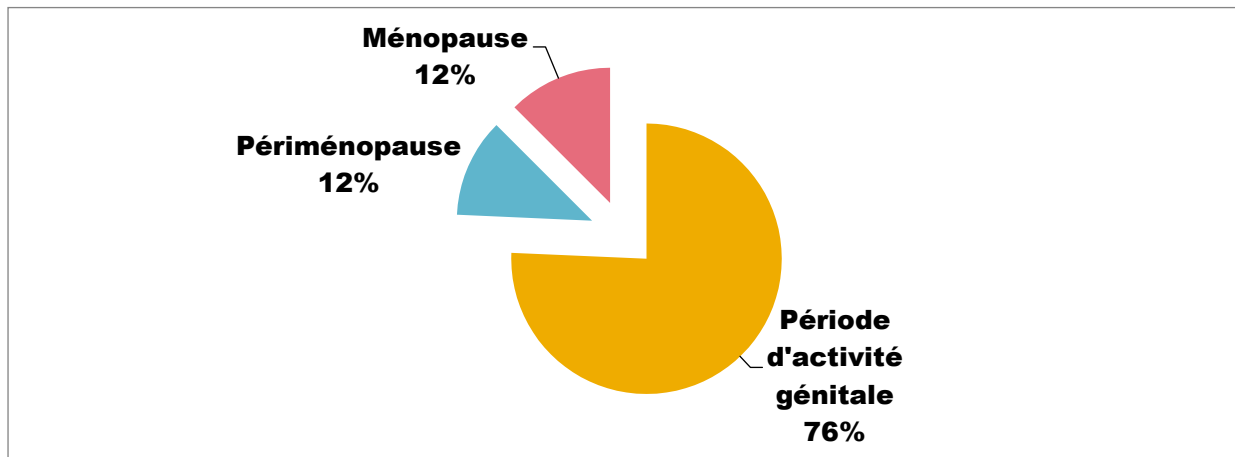


Figure 10 : Répartition des patientes selon le statut hormonal

c. Gestité

-Les nulligestes ont constitué la plupart des patientes avec un pourcentage de 52,1%, les multigestes étaient de 40,4% et les primigestes étaient de 7,5%.

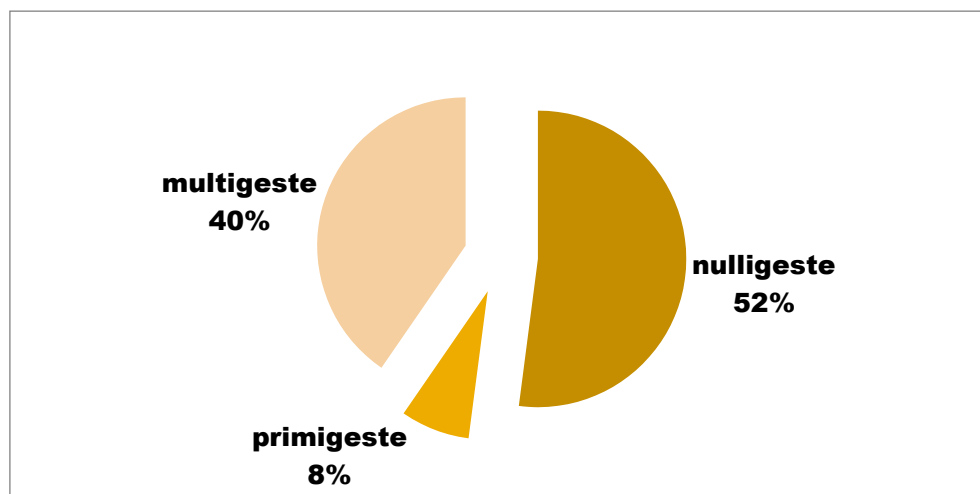


Figure 11 : Répartition des patientes selon la gestité

d. Parité

-Les nullipares ont constitué la majorité des cas avec un taux de 53,5 %.

-20% des cas étaient des paucipares, 18,5% étaient des multipares et 8% étaient des primipares.

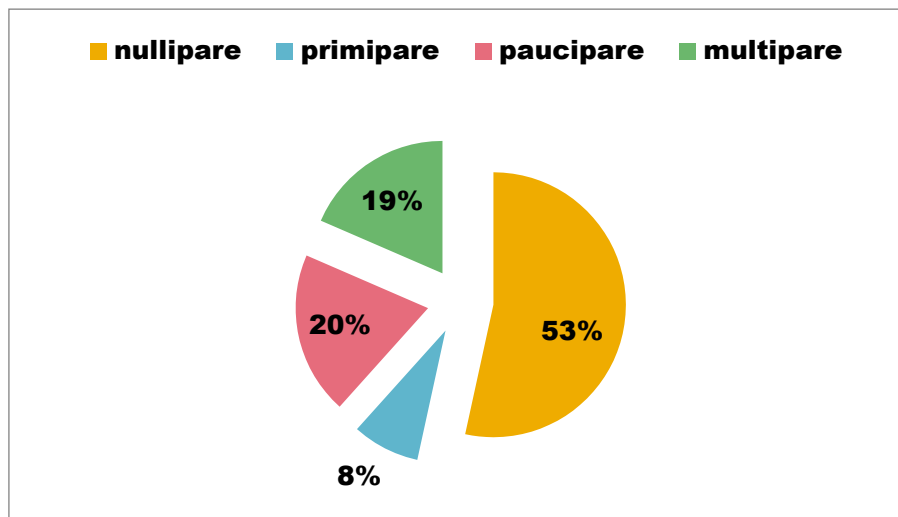


Figure 12 : Répartition des patientes selon la parité

e. Infertilité

-Parmi nos patientes nulligestes ,7 d'entre elles étaient suivies pour infertilité soit 4.6%.

f. Contraception

-La contraception orale a été mentionnée chez 15 patientes soit 8.7% et le dispositif intra utérin chez 4 patientes soit 2,3%.

g. Chirurgie pelvienne

-La plupart des patientes n'avaient aucun antécédent de chirurgie pelvienne (90.9%).

-Une myomectomie a été décrite dans les antécédents de 7 patientes (4%), un accouchement par voie haute chez 6 patientes (3.8%) et une ligature des trompes chez une seule patiente.

3. Antécédents personnels médicaux:

-Le diabète a été retrouvé chez 12 patientes soit 7%. L'hypertension artérielle chez 8 patientes soit 4,6%. Aucune patiente n'a été décrite portante de tuberculose.

4. Antécédents personnels chirurgicaux

-8 de nos patientes avaient comme antécédent une chirurgie du sein soit 4.6% ; 5 d'entre elles avaient bénéficié d'une tumorectomie du sein et les 3 autres une chirurgie de Patey.

-6 de nos patientes ont bénéficié d'une thyroïdectomie (3.7%), 3 une cholécystectomie (1.7%) et 8 d'autres chirurgies (4,6%).

5. Antécédents familiaux

-Une de nos patientes avait un cancer de l'endomètre dans la famille et une autre d'un cancer du sein.

6. Examen clinique

a. Examen général :

-IMC :

-Chez nos patientes : 47% étaient en surpoids, 34% étaient obèses et 19% étaient de corpulence normale.

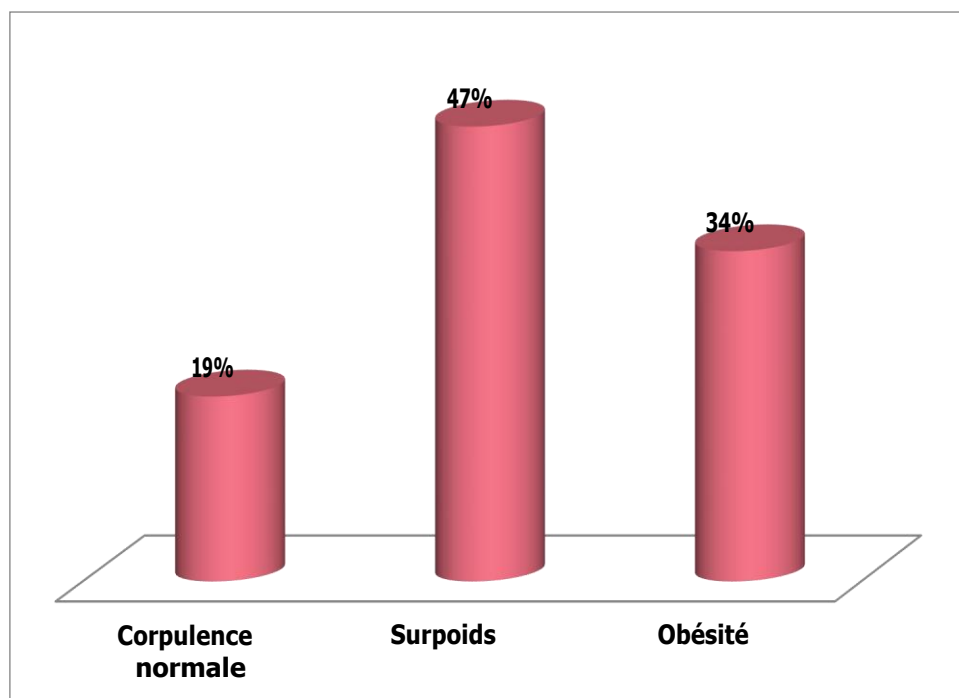


Figure 13 : Répartition des patientes selon l'IMC

b. Signes fonctionnels :

b1. Saignement utérin anormal

-Dans notre étude : 80 de nos patientes présentaient des ménométrorragies(46%), 25 présentaient des ménorragies (14%) et 17 présentaient des métrorragies (10%).

-51 des patientes ne souffraient pas de saignement utérin anormal (30%).

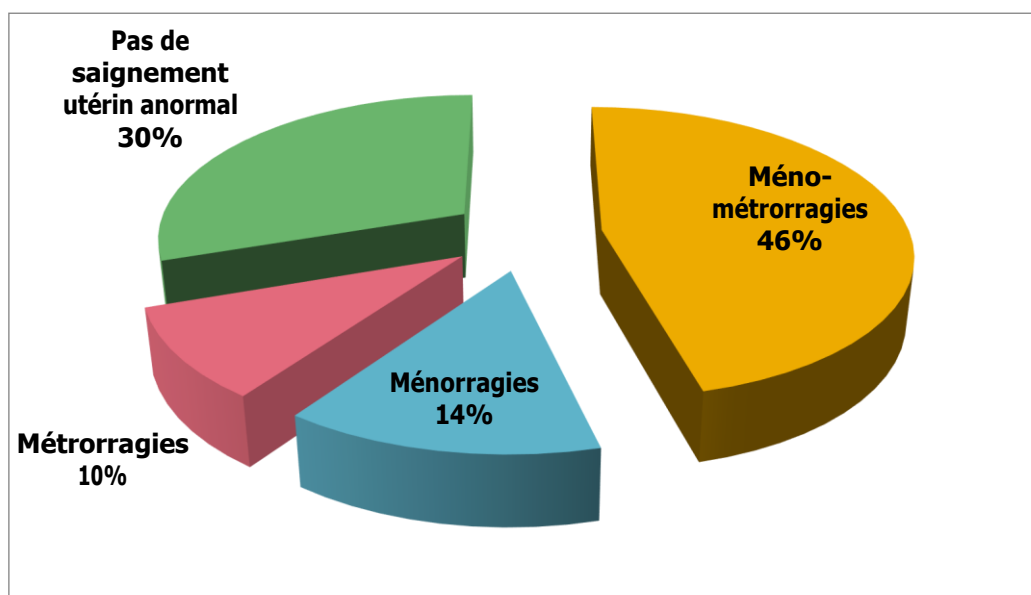


Figure 14 : Répartition des patientes selon le saignement utérin anormal

b.2 Douleur pelvienne

-105 de nos patientes souffraient de douleur pelvienne soit 61%.

Douleur pelvienne	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	105	61%
Non	66	39%

Tableau 3 : Douleur pelvienne

b.3 Troubles urinaires, digestifs et prise de poids

-7 de nos patientes présentaient des troubles urinaires à type de dysurie et pollakurie (4.6%), 2 présentaient des troubles digestifs à type de constipation (1.3%). La prise de poids a été décrite chez une seule patiente.

c. Données de l'examen gynécologique :

c.1 Inspection vulvaire et examen au spéculum et du col utérin

-L'inspection vulvaire était normal chez toutes les patientes.

-L'examen au spéculum a mentionné la présence d'une masse accouchée par le col de taille variable dans 4 cas et un prolapsus dans 1 cas. L'examen a été difficile dans 2 cas secondaire à une obésité morbide et non fait chez 47 patientes soit 27% des cas qui se disaient vierges.

c2. Toucher vaginal

-L'augmentation de la taille utérine lors du toucher vaginal couplé au palpé abdominal, a été retrouvée chez la plupart des patientes (37%). L'examen était normal dans 26% des cas.

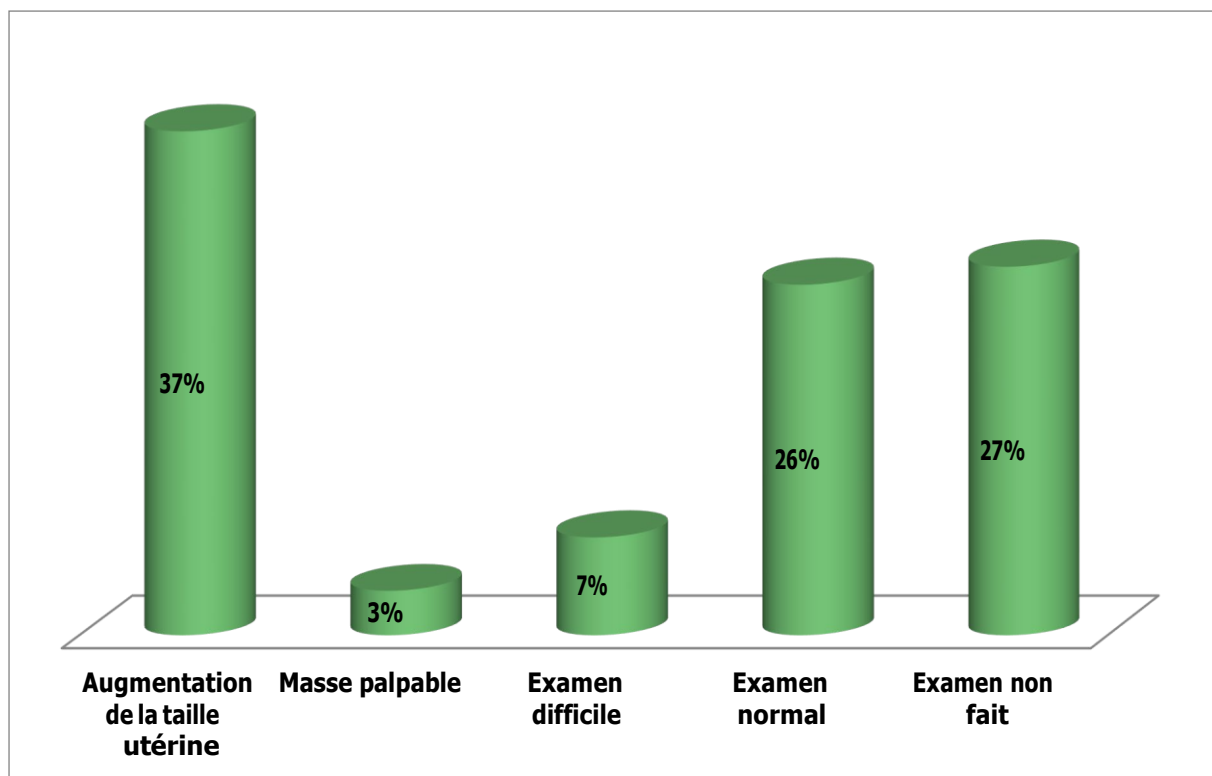


Figure 15 : Résultats du toucher vaginal

c3. Toucher rectal

-96,1 % des patientes ne présentaient pas d'anomalies lors du toucher rectal, 2.6% avaient un comblement du cul de sac de Douglas, et 1.3% présentaient une masse palpable.

d. Examen abdominal :

-Masse abdominale

-Une masse abdominale a été retrouvée chez 35.5% des patientes.

Masse abdominale	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	60	35.5%
Non	91	64.5%

Tableau 4 : Masse abdominale

7. Examens paracliniques

a. Bilan de retentissement : Hémoglobine

-La moyenne du taux d'hémoglobine chez nos patientes était de 10,5 g/dl avec des extrémités de 2 g/dl et 15.4 g/dl.

b. Bilans à visée diagnostique :

b.1 Echographie pelvienne

-L'échographie pelvienne a été réalisée chez toutes les patientes.

-L'augmentation de la taille utérine lors de l'échographie pelvienne a été constaté chez 95 de nos patientes, soit (57.9%).

-Les femmes porteuses d'un seul myome étaient de 45,2%, de 2 myomes 14% et d'un utérus polymyomateux dans 40,8% des femmes.

-Dans notre étude : les fibromes de taille entre 50 et 100mm étaient les plus fréquents (48%).

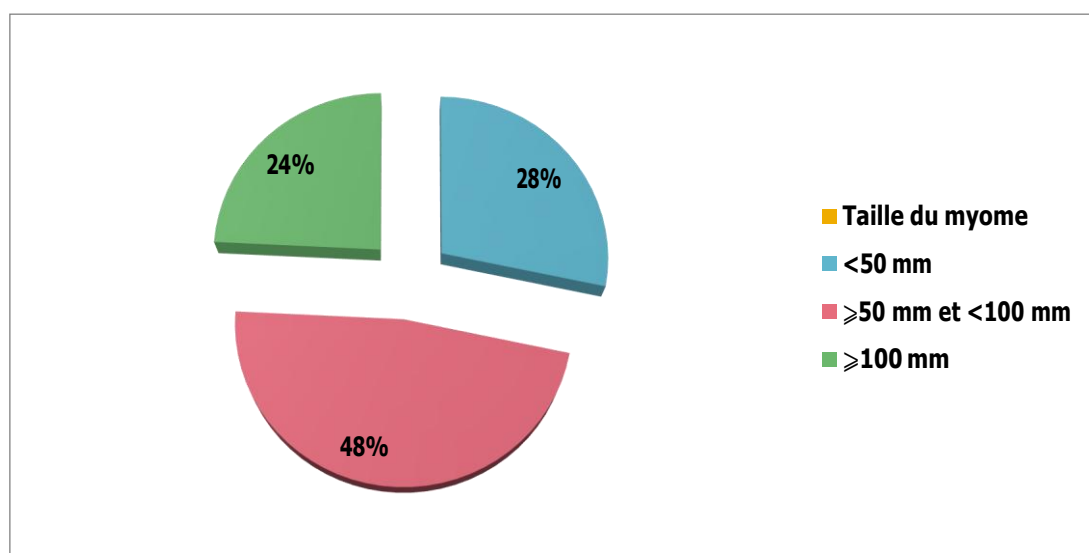


Figure 16 : Répartition des patientes selon la taille du myome

-Le type 2-5 (37 cas) et le type 0 (32 cas) étaient les plus fréquents.

	Nombre de cas	Pourcentage
Type 2-5	37	22%
Type 0	32	19%
Type 5	27	13%
Type 1	19	11%
Type 2	18	10%
Type 4	14	8%
Type 6	14	8%
Type 3	8	4%
Type 7	2	1%

Tableau 5 : Types des myomes les plus fréquents

-L'épaississement de l'endomètre a été mentionné chez 20 patientes soit 13%, ces patientes étaient en période périménopausique ou déjà ménopausée d'où la nécessité de réaliser une hystéroscopie afin d'innocenter l'endomètre et dont les résultats hystérosopiques et anatomopathologiques étaient normaux.

b2. IRM pelvienne

-L'IRM pelvienne a été réalisé chez 80 patientes soit 46%, demandée soit pour une cartographie détaillée soit en cas de suspicion de sarcome utérin (suite audoute sur des signes d'atypies à l'échographie)

-Le nombre de myomes constaté sur l'IRM était : 1 myome chez 21 patientes (27%), 2 myomes chez 5 patientes (6%) et un utérus polymyomateux chez 54 patientes (67%).

-La taille des myomes la plus fréquente sur IRM était entre 50 et 100 mm (37%), suivie de 32,6% pour les tumeurs de taille supérieure ou égale à 100 mm, suivie de 30,4 % pour les tumeurs inférieures à 50 mm.

-Le type le plus fréquent sur IRM était le type 2-5 avec un pourcentage de 19% suivie du type 3 avec un pourcentage de 16,5% et du type 4 avec un pourcentage de 14%.

b3. Autres examens paracliniques

-L'hystéroscopie a été réalisée chez 50 patientes (29%) : pour les patientes citées auparavant suite à la découverte d'un épaissement endométrial chez des patientes en périménopause ou ménopausée et chez certaines patientes où l'exploration endométriale n'était pas complète par l'échographie.

-La TDM abdomino-pelvienne a été réalisée chez 19 patientes (11%).

-L'hystérosonographie a été réalisée chez 4 patientes (1.9%) chez qui un myome de type 0 a été suspecté.

8. Diagnostic différentiel : sarcome

-Le sarcome a été suspecté chez 26 patientes, soit 15,4% lors des examens paracliniques, notamment l'échographie et l'IRM.

9. Complications

- L'anémie sévère a été constatée chez 42 patientes soit 25,6%.
- La nécrobiose aseptique chez 2 patientes soit 1.3%.
- Aucune patiente n'a souffert de torsion ou d'infections urinaires à répétition.

10. Cas particulier : association fibrome et grossesse

-L'association fibrome et grossesse a été mentionnée chez 2 patientes soit 1.3%.

-Le 1^{er} cas était celui d'une patiente âgée de 27 ans, primipare, admise dans notre formation pour prise en charge d'une grossesse associée à un diabète gestationnel avec découverte fortuite au cours du suivi d'un myome type 1 mesurant 3cm. La grossesse s'est déroulée sans incident, l'accouchement a eu lieu par voie basse. La prise en charge ultérieure était une abstention vu que la patiente était asymptomatique.

-Le 2^{ème} cas était celui d'une patiente âgée de 40ans, grande multipare (G7P6), admise pour douleurs pelviennes au 2eme trimestre avec découverte d'un myome type 5 suspect de malignité (taille de 9cm, avec vascularisation centrale). La décision était de suivre la grossesse et la réalisation d'une IRM suspectant un sarcome utérin. Après l'accouchement, la patiente a bénéficié d'une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale. L'anatomopathologie a confirmé qu'il s'agissait d'un fibrome utérin.

11. Traitement

-L'abstention thérapeutique a été mentionnée chez 4 patientes soit 1,9% qui étaient asymptomatiques avec des myomes dont la taille était inférieure à 5 cm.

-Les patientes transfusées sont en nombre de 38 soit 22%.

-La myomectomie a été réalisée chez 56 patientes soit 33% dont 41 par laparotomie et 15 par hystéroscopie (myome type 0).

-L'hystérectomie a été réalisée chez 115 patientes soit 65,1% dont 104 par laparotomie, 4 par voie basse, 5 par coelioscopie et 2 par association coelioscopie et voie basse.

-L'hystérectomie interannexielle a été réalisée chez 60 patientes et l'annexectomie bilatérale chez 55 patientes.

	Nombre de cas	Pourcentage
Myomectomie par laparotomie	41	24%
Myomectomie par hystéroscopie	15	8%
Hystérectomie interannexielle par laparotomie	60	35.7%
Hystérectomie interannexielle par voie basse	4	2.7%
Hystérectomie interannexielle par cœlioscopie	3	1.8%
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale par laparotomie	44	25%
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale par cœlioscopie	2	1.4%
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale association cœlioscopie et voie basse	2	1.4%

Tableau 6 : Traitement chirurgical

-Les résultats anatomopathologiques ont confirmé qu'il s'agissait d'un fibrome utérin et donc les suspicions de sarcome se sont avérées fausses.

12. Evolution

-L'évolution était bonne dans 97%, la récurrence a été mentionnée chez 2 patientes (1.3%) et une infection de la paroi chez 2 patientes jugulées par antibiothérapie et soins biquotidiens.

-Sur les résultats anatomopathologiques, en plus du fibrome utérin une cervicite chronique a été retrouvée dans 8,5% des cas, des stigmates d'HPV dans 8,5% des cas, un kyste ovarien dans 11% des cas, une endométriose dans 5% des cas et sans lésions associées dans 67% des cas.

PARTIE DISCUSSION

I. Epidémiologie

1. Fréquence

-Dans la littérature peu d'équipes se sont intéressées à l'épidémiologie des fibromes en particulier sa distribution dans la population, sa fréquence, son impact et son coût en santé publique.

-GRAVES (1) décrivait que 20% des patientes après 40 ans présentaient des fibromes (résultats retrouvés sur des autopsies). WALLACH (2) rapporte que 50% des femmes post mortem ont des fibromes.

-CRAMER et PATEL (3) décrivent sur une étude anatomopathologique sériée de cent hystérectomies consécutives pour pathologies habituelles, une incidence de fibrome utérin passant de 33% de diagnostic avant l'intervention à 77% après étude anatomopathologique (<1 cm). Ainsi la réelle incidence de cette pathologie est sous estimée ou plutôt elle ne prend en compte que les fibromes symptomatiques ou opérés.

2. Age

-Il a été constaté dans les différentes séries publiées que l'incidence du fibrome utérin est exceptionnelle avant l'âge de 20 ans, puis elle va s'accroître progressivement jusqu'à l'âge de la ménopause. Ce constat est général quelle que soit la méthodologie adoptée pour le diagnostic.

-Dans notre étude l'âge moyen au moment du diagnostic était de 43 ans.

-Il était proche de celui rapporté par l'étude d'OUARDIGHI (4) et l'étude de MBARKI (5). Il est en revanche supérieur de 10 ans à l'âge moyen de survenue dans l'étude de MAGASSOUBA (6).

Etude	Age moyen (ans)
Etude d'OUARDIGHI (2012)	41,53
Etude de MBARKI (2013)	40,56
Etude de FORD (2015)	39,2
Etude de MAGASSOUBA (2008)	33,67
Notre étude	43,00

Tableau 7 : Age moyen selon plusieurs études

-Selon l'étude d'OUALI (7), le pic de fréquence est situé entre 30 et 50 ans pour un pourcentage de 79,34%, proche de celui de notre étude 82%.

3. Variation ethnique :

-Les femmes de race noire développent plus de fibromes, à un âge plus jeune et d'une taille plus grande que les femmes de race blanche (8), aussi le taux de diagnostic de fibrome par échographie ou hystérectomie chez la femme noire est significativement augmenté avec risque relatif de 3,25 par rapport aux femmes blanches. (8)

II. Clinique

1. Antécédents

a. Statut hormonal

-Les fibromes utérins ne se voient pas avant la puberté et sont rarement retrouvés après la ménopause. La ménopause représente une phase de stabilisation voire même de régression des fibromes utérins. Le fibrome utérin est donc une pathologie de la femme en activité génitale.

-Dans l'étude de MBARKI (5) : 91,89% des femmes étaient en période d'activité génitale contre 8,10% des femmes en ménopause.

-Dans l'étude d'OUARDIGHI (4) : 95,2% des femmes étaient non ménopausées contre 4,8% des femmes en ménopause.

-Dans notre étude : 76% des femmes étaient en période d'activité génitale, suivies de 18% des femmes en périménopause et 18% en ménopause.

b. Gestité

	Gestité	Pourcentage
Etude OUARDIGHI	Nulligeste	53,4%
	Primigeste	10,6%
	Multigeste	23,5%
Etude MAGASSOUBA	Nulligeste	29%
	Primigeste	13,5%
	Multigeste	57,5%
Etude MBARKI	Nulligeste	39,5%
	Primigeste	12,79%
	Multigeste	47,6%
Etude OUALI	Nulligeste	37,5%
	Primigeste	15,2%
	Multigeste	47,27%
Notre étude	Nulligeste	52%
	Primigeste	8%
	Multigeste	40%

Tableau 8 : Géstité selon différentes études

-Les nulligestes ont constitué la majorité des femmes portant des fibromes dans notre étude ainsi que l'étude d'OUARDIGHI (4), par contre on remarque que les multigestes ont été les plus fréquentes dans d'étude de MAGASSOUBA(6), OUALI (7) et MBARKI (5).

c. Parité

-L'étude de la littérature révèle une fréquence élevée des fibromes chez les nullipares.

-Dans l'étude d'OUARDIGHI (4) : les nullipares ont constitué la majorité des cas avec un pourcentage de 55,3%, de même dans l'étude de QUINN (9) avec un pourcentage de 63,8% et l'étude d'OUALI 51,63%. (7)

-Dans notre étude les nullipares ont constituées 53% des cas, ce chiffre rejoint celui retrouvé par les auteurs.

d. Hypertension artérielle et diabète

-BOYNTON-JARRET (USA 2005) dans une étude prospective de 827348 femmes a étudié la relation entre la pression artérielle et risque de fibrome, il a même évoqué une relation dose – effet entre l'élévation de la diastolique et le risque de fibromes, il a trouvé que pour chaque augmentation de 10 mmhg de la pression diastolique, le risque de fibrome a augmenté de 8% a 10% chez les patientes hypertendues recevant ou non des thérapeutiques antihypertensives. (10,11)

-D'après FAERSTEIN et AL (USA 2001), il est probable que le diabète agit par le biais de l'obésité et l'hyper-insulinémie .Il a suggéré que l'hyper-insulinémie a une fonction gonadotrope en stimulant la sécrétion ovarienne via les récepteurs d'insuline ou des récepteurs insuline –likegrowth- factors entraînant une prolifération des cellules musculaires lisses. (12)

-Cette étude a trouvé également que l'hypertension artérielle multiplie le risque par 1,8 le risque de survenue de fibrome. (12)

-Dans notre étude, l'HTA a été retrouvée chez 5,2% comparable aux résultats d'OUARDIGHI (4) 7,7%, et de MAGASSOUBA (6) 10%.

-Le diabète a été retrouvé chez 7,2% dans notre étude, 4,3% dans l'étude d'OUARDIGHI (4), 2% dans l'étude de MAGASSOUBA (6) et 10,87% dans L'étude d'OUALI (7).

e. Contraception orale

-La prise de contraceptifs oraux œstroprogestatifs a été interprétée alternativement comme un facteur protecteur ou favorisant.

-ROSS dans une étude cas –témoins retrouve un risque relatif non significatif de 0,7 après 10 ans d'utilisation d'une contraception hormonale oestroprogestative. (13)

-MARSHALL dans une étude prospective démontre que la prise précoce de contraceptifs est associée au développement de fibrome avec un risque relatif de 1,9, mais il est vraisemblable que les contraceptifs hormonaux soient plutôt des marqueurs ou amplificateurs d'autres facteurs de risque des fibromes qu'une cause directe de ceux-ci. (14)

-Dans une étude thaïlandaise, LUMBIGANON retrouve un effet protecteur de la contraception progestative .le risque relatif calculé à 0,42. (15)

-Enfin plus récemment, dans une étude prospective, WISE trouve un risque relatif de 1. (16)

Auteurs	Année	Type de la contraception étudiée	Risque relatif /Fréquence (%)
ROSS	1986	oestroprogestatifs	RR=0,7 pour 10 ans d'utilisation
LUMBIGANON	1996	progestatifs	RR=0,42 Effet protecteur
MARSHALL	1998	oestroprogestatifs	RR=1,9
CHIAFFARINO	1999	oestroprogestatifs	RR = 1,1 effet durée : 4-6ans RR = 0,8 7 ans : RR = 0,5
WISE	2004	oestroprogestatifs+progestatifs	RR = 1 (oestroprogestatifs) RR = 0,6 (progestatifs)

Tableau 9 : Risque de fibromes utérins et contraception hormonale

-La contraception orale a été rapportée dans notre étude à 8,5 %.

f. Autres antécédents personnels

-L'infertilité a été rapportée dans l'étude de MBARKI (5) à 21,66% et dans l'étude d'OUALI (7) à 2,71%. Dans notre étude, nous avons retrouvé 4,6%.

-L'antécédent de myomectomie est retrouvé chez 6,73% dans l'étude de OUARDIGHI (4), 12% dans l'étude de MAGASSOUBA (6), 13,8% dans l'étude de QUINN (9) et 4,6% dans notre étude.

g. Antécédents familiaux :

-D'après Vinkhlyeva (17), il existe une prédisposition familiale aux fibromes qui est 2,2fois plus fréquente lorsqu'il s'agit de femmes porteuses de deux fibromes ou plus dans la famille au premier degré.

-Dans notre étude, aucune des patientes n'a été mentionnée avoir un antécédent familial de fibrome utérin.

2. Examen clinique

a. IMC

-L'excès pondéral expose à l'augmentation du taux des œstrogènes endogènes, et par conséquent conduit à la survenue de fibrome utérin.

-MARSHALL et AL publient un risque relatif modéré, ce risque est positivement associé au gain de poids depuis l'âge de 18 ans. (18)

-BAMBA (19) ont décrit une obésité chez 54,9%, et FORD (20) chez 46,25%, ce qui est proche de notre résultat 34%.

b. Saignement utérin anormal

- Les hémorragies génitales constituent le principal symptôme de fibrome utérin, ils existent dans la littérature avec un pourcentage de 66% à 77,82% des cas. (21, 22-24)

-Les ménometrorragies ont constitué la forme la plus fréquente de saignement utérin anormal dans l'étude d'OUARDIGHI (55,8%), proche de celui retrouvé dans notre étude (46%).

c. Douleur pelvienne

-Elles peuvent être dues à une torsion d'un fibrome pédiculé aigue ou subaigüe, à la nécrobiose aseptique et/ou une autre complication du fibrome, à une lésion associée telle que l'endométriose ou à la simple augmentation de la taille du fibrome entrainant une sensation de pesanteur pelvienne chez la patiente.

-Selon plusieurs auteurs, ces algies pelviennes viennent en deuxième lieu après l'hémorragie utérine, avec un taux de fréquence entre 20% et 70% (21, 22, 23, 25)

-Ainsi, c'est un motif de consultation fréquent. Il a été retrouvé chez 50,8% dans l'étude de BAMBA, et 57,2% dans l'étude d'OUARDIGHI, comparable à celui retrouvé dans notre étude (60%).

d. Augmentation du volume abdominal

-Progressive, généralement indolore, parfois impressionnante.

-Dans notre travail, ce signe est retrouvé chez 35,5% des cas, ce chiffre est plus proche que celui retrouvé par certains auteurs. (21, 22, 23)

III. Paraclinique

1. Biologie

-La numération formule sanguine peut montrer une anémie microcytaire secondaire à des hémorragies répétées.

-L'exploration du métabolisme du fer peut montrer un syndrome carenciel.

-Il n'y a pas de marqueur biologique des fibromes utérins présentant un intérêt diagnostique (26).

-Dans notre étude, la moyenne du taux d'hémoglobine chez nos patientes était de 10,5 g/dl avec des extrémités de 2 g/dl et 15.4 g/dl.

2. Echographie pelvienne

-C'est l'examen de premier intention, peut être effectuée soit par voie abdominale ; soit par voie endovaginale.

-La voie abdominale nécessitant une fenêtrée vésicale ; n'a d'intérêt que pour le diagnostic et la topographie exacte des gros fibromes multiples.

-La voie endovaginale, par contre ; offre une meilleure étude des myomes de petits diamètres proches de la muqueuse endométriale. (27)

-L'échographie abdominale est efficace pour évaluer la taille des fibromes utérins. Sa spécificité est de 84% avec une bonne corrélation écho-chirurgicale de la lésion ; de la taille et du nombre de fibromes.

-L'échographie trans-vaginale est utile dans le diagnostic des métrorragies. Celle-ci peut en effet mesurer l'épaisseur de l'endomètre ; l'hétérogénéité du myomètre et suggérer la présence probable de masse à ce niveau.

-Pour FERNANDEZ et GERVAISE (27), l'échographie vaginale a une sensibilité de 91,11% et une spécificité de 100%.

-Dans notre série, le nombre de myomes le plus fréquent constaté est de 1, comparable à celui d'autres études (4).

-Selon plusieurs études, le type interstitiel est le plus fréquent. (4, 6, 7, 19)

3. IRM pelvienne

-C'est l'examen le plus sensible pour le diagnostic et la localisation des fibromes. En raison de son coût et de son accessibilité inférieure à celle de l'échographie, il n'est pas demandé en première intention, il est néanmoins utile :

- Lorsque les conditions anatomiques limitent les performances de l'échographie.
- Lorsque, devant une masse latéro-utérine, l'échographie-doppler ne peut préciser s'il s'agit d'un kyste ovarien suspect ou d'un fibrome compliqué d'une transformation œdémateuse ou kystique, d'une nécrobiose ou d'une dégénérescence sarcomateuse. (24, 33)
- Dans notre étude : l'IRM pelvienne a été réalisé chez 46% des patientes.

4. Hystéroscopie

-L'hystéroscopie est un examen endoscopique permettant la visualisation directe de la cavité utérine et du défilé cervico-isthmique. Grâce à la miniaturisation des hystéroscopes et à l'amélioration de leurs performances optiques, l'hystéroscopie est actuellement un geste simple de diagnostic ambulatoire réalisé sans anesthésie ou avec une anesthésie locale. (29)

-L'hystéroscopie diagnostique permet le diagnostic du fibrome intra cavitaire ou sous-muqueux de type 0, fibrome sous-muqueux de type 1 et fibrome sous-muqueux de type 2. (30)

-L'hystéroscopie est considérée comme un complément de l'analyse échographique en cas de suspicion de myome intra-cavitaire. (31)

-Le fibrome apparait comme une formation arrondie ou ovalaire ; bien limitée, ferme, blanchâtre, peu congestive, vascularisée.

-D'après WIDRICH (32), l'hystéroscopie a une sensibilité de 100% et une spécificité de 96%.

-Dans notre étude, l'hystéroscopie a été réalisée chez 28,9 % des patientes.

5. TDM abdomino-pelvienne

-La TDM abdomino-pelvienne n'est généralement pas indiqué en première intention, sauf en cas de localisation particulière, notamment si l'on suspecte une compression urétérale.

-Dans notre étude, la TDM abdomino-pelvienne a été réalisée chez 17 patientes (11%).

6. Hystérosonographie

-L'hystérosonographie : technique récente qui consiste à pratiquer une échographie endovaginale, après avoir distendu la cavité utérine avec un liquide comme du sérum physiologique, tend à pallier les limites échographiques de l'échographie endovaginale.

-A l'hystérosonographie, le liquide de distension est isoéchogène par rapport au myomètre et le myome se présente comme une masse hétérogène par rapport au liquide. Les fibromes sessiles se présentent avec des bordures endométriales irrégulières et une base d'implantation large ; formant un angle obtus avec l'endomètre adjacent. Le fibrome pédiculé est hypoéchogène par rapport au polype et sa bordure est irrégulière. Enfin, les fibromes intramuraux se différencient des sous-muqueux par la régularité de la muqueuse endométriale non refoulée. Ainsi, une étude a démontré une meilleure corrélation entre l'hystérosonographie et la chirurgie par rapport à l'échographie endovaginale seule ; pour la différenciation entre myome sous-muqueux et myome intra-mural. (28)

7. Hysterosalpingographie

-Son indication dans le diagnostic de la pathologie myomateuse s'est rétrécie avec les années. Elle peut garder un intérêt pour l'appréciation du retentissement des myomes sur la cavité utérine.

-En cas d'infertilité, l'hysterosalpingographie permet de pratiquer le bilan de la perméabilité tubaire dont le diagnostic peut influencer sur la prise en charge thérapeutique ultérieure. (36)

IV. Prise en charge

1. Abstention thérapeutique

- Cette attitude reste la règle dans le cas de petit fibrome asymptomatique.
- Seule une surveillance clinique est justifiée tous les 6 mois, il n'est pas recommandé de faire un suivi échographique pour ces patientes asymptomatiques (34-35).
- Dans notre étude, l'abstention thérapeutique a été mentionnée chez 1,9% des patientes.

2. Traitement médical

- Aucun traitement médical actuellement valide n'est capable de faire disparaître les myomes. Les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome (35).

a. Progestatifs

- Les progestatifs ont été prouvés d'améliorer les manifestations hémorragiques et non le volume des fibromes. (36, 37)

-Les résultats sont différents selon les molécules et le schéma de prescription utilisés. Les résultats sont meilleurs avec les progestatifs dits androgéniques et pour les prescriptions d’au moins 21 jours par cycle ou continues.

-Selon les études, les effets sur le volume des myomes et de l’utérus sont contradictoires.

-Les fibromyomes de plus de 3-4 cm, non symptomatiques, les fibromyomes symptomatiques à cause de leur grosseur ou des saignements en periménopause ; les fibromyomes symptomatiques non développés dans la cavité utérine ; constituent les principales indications pour utiliser de hautes doses de progestatifs seuls, pendant une longue période (38).

Auteur (année)	Produit	Dose	Schéma jours/cycle	Durée (mois)	Amélioration saignements (%)	Diminution du Volume (% cas)	
						utérus	fibrome
ROZENBAUM (1989) (39)	Acétate de nomégestrol	5 mg/j	14-25	9	48	NON	7
AUDEBERT et DENIS (1989) (40)	Promégeston	250 mg/j	11-25	6	83	NON	44
SUREAU et al. (1990) (41)	Promégeston	250 mg/j	10-55	4	50	50	NON
AMADIO (1991) (42)	Acétate de nomégestrol	5 mg/j	14-25	9	53	29	NON
IRVINE et al. (1998) (43)	Noréthistéro	15 mg/j	5-26	3	87	--	--
VERSPYCK et al. (2000) (44)	Lynestrénol	5 mg/j	5-25	4	27	NON	7,3
VENKATACHALAM et al. (2004) (45)	Médorox- progéstérone	150 mg/m	--	6	85	NON	33

Tableau 10 : Résultats des études évaluant les progestatifs dans le traitement des fibromes

b. Agonistes de la gonadolibérine

-La première publication concernant l'utilisation d'un analogue de la Gn-RH chez une patiente présentant un fibrome utérin remonte à 1983 (46), démontrant que non seulement ce nouvel agent pouvait arrêter les saignements, mais aussi réduire le volume des myomes eux-mêmes.

-Cependant, il est apparu que la réponse individuelle de chaque myome était très variable allant de 0 à 100 %, après six mois de traitement. L'effet temporaire du traitement a aussi été constaté, avec une reprise de croissance du myome à l'arrêt du traitement (36, 47).

-La conséquence hormonale essentielle de la prescription d'un agoniste de la Gn-RH est l'induction d'une hypoestrogénie marquée. Il en résulte une aménorrhée, dès la quatrième semaine, une diminution du volume de l'utérus et des myomes, maximale aux troisièmes et quatrièmes mois et une atrophie de la muqueuse endométriale (36).

-En résumé, c'est un traitement efficace mais transitoire, et doit être réservé aux femmes en préménopause et à celle où un traitement chirurgical conservateur est envisagé (37, 48).

Auteur (année)	Nombre de cas	Produit	Dose	Durée	Diminution volume myome (%)
MAHEUX et al. (1984) (49)	3	Busérintine	500 mcg/j	6 mois	82
MAHEUX et al. (1985) (47)	10	Busérintine	600-500 mcg/j	6 mois	77
HEALY et al. (1986) (51)	5	Busérintine	200 mcg/j	20 semaines	60
CODDINGTON et al. (1986) (52)	6	Histérintine	4 mcg/kg par jour	6 mois	57
PUZIGACA et al. (1994) (53)	24	Busérintine	200 mcg/j	6 mois	55
MINAGUCHI et al. (1997) (54)	103	Busérintine	200 mcg/j	4mois	32
TAKEUCHI et al. (2000) (50)	34	Busérintine	500 mcg/j	3mois	30,5

Tableau 11 : Résultats des études évaluant les agonistes de la Gn-RH dans le traitement des fibromes

c. Modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone

-Il a été démontré que la croissance des fibromes se déroule principalement au cours de la phase sécrétoire du cycle menstruel (55,56) et que la progestérone exogène entraîne un accroissement de l'activité mitotique et de la cellularité des fibromes (57).

-Dans le cadre d'un essai randomisé, les auteurs ont signalé que, dans la plupart des cas, le recours à un traitement de compensation ne faisant appel qu'à un progestatif (et non le recours à celui qui faisait appel à un progestatif et

à des oestrogènes) neutralisait les effets de l'analogue de la GnRH en matière de diminution du volume des fibromes. (58)

-Nous en sommes donc venus à constater que la progestérone est essentielle pour la croissance des fibromes; ces constatations ont stimulé la recherche visant la conception d'antagonistes de la progestérone et/ou de MSRP. Ces derniers sont des ligands des récepteurs de la progestérone qui exercent des effets agonistes, antagonistes, partiels ou mixtes sur les tissus cibles de la progestérone. (59)

-Bien que des chercheurs se penchent encore sur la nature exacte des mécanismes de cette nouvelle classe de médicaments, plusieurs études ont évalué l'efficacité de ces derniers pour ce qui est de la diminution du volume des fibromes et de la maîtrise des symptômes liés aux saignements menstruels.

d. Autres

-Pilule contraceptive : pour aider à maîtriser les règles abondantes.

-Anti-fibrinolytiques : comme l'acide tranéxamique, sont efficaces sur les ménorragies fonctionnelles et peuvent être proposés en utilisation courte lors des poussées hémorragiques. (60)

-Fer pour corriger l'anémie par carence martiale.

-Anti-inflammatoire non stéroïdien de classe Ibuprofène pour lutter contre les dysménorrhées.

3. Traitement chirurgical

a. Indications chirurgicales :

-Seuls les myomes utérins symptomatiques nécessitent un traitement. Ce traitement est pour le moment un traitement plus chirurgical que médical.

-Les indications chirurgicales des fibromes symptomatiques sont nombreuses et reposent sur des bases cliniques et scientifiques objectives : (61)

_ Myomes sous-séreux pédicules tordus ou en nécrobiose responsable des douleurs pelviennes.

_ Myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement.

_ Utérus myomateux volumineux responsable de pesanteur pelvienne.

_ Utérus myomateux associés a des ménométrorragies fonctionnelles résistantes au traitement médical.

_ La localisation sous muqueuse ou intra-cavitaire.

_ Le volume du fibrome en dehors de toute complication n'est une indication opératoire que s'il dépasse la taille d'une grossesse de 12 SA ou s'il pèse plus de 320 grammes. (62)

_ L'association fibrome et infertilité.

b. Techniques chirurgicales

-Le traitement chirurgical du fibrome utérin, consiste à retirer le myome soit directement à l'aide d'un traitement conservateur (Myomectomie), soit par le biais d'un traitement radical (Hystérectomie).

-Dans le tableau suivant nous avons regroupé les proportions de chirurgie conservatrice et radicale selon certaines séries publiées :

Auteurs	Année	Myomectomie(%)	Hystérectomie(%)
BOURY-HEYLER (63)	1962	26	74
HAMRI(64)	1996	60	37
BELMAHI (65)	2000	87	13
NASSAF (22)	2003	77	23
AIT CHASSAL (23)	2005	59,71	40,28
BOUCHEMAMA (21)	2005	81,4	15,9
Notre série	2021	33	65,1

Tableau 12 : Fréquence de chirurgie conservatrice et radicale

c. Myomectomie

-La myomectomie consiste à énucléer le fibrome utérin, en laissant intact tout l'appareil génital féminin. La myomectomie peut être réalisée par laparotomie, par voie vaginale ou par hystéroscopie quand les fibromes sont sous muqueux ou par coelioscopie quand les fibromes sont interstitiels de taille modérée.

c 1 . Myomectomie par laparotomie

-Le type d'incision est dans la majorité des cas une incision de Pfannenstiel (66).

-24,5 % de nos patientes ont bénéficié de la myomectomie par laparotomie.

c2. Myomectomie par hystéroscopie

-La résection des fibromes peut être réalisée à l'aide du résectoscope ou à l'aide du laser Nd-YAG. Le col est dilaté progressivement jusqu'à la bougie de Hegar N°9 (9mm). Le résecteur est introduit dans la cavité utérine sous contrôle visuel.

-8,5% de nos patientes ont bénéficié de cette technique.

d. Hystérectomie

-L'hystérectomie représente souvent le traitement de choix lorsque la patiente ne désire plus d'enfants, ainsi lorsqu'il s'agit de fibromes volumineux et qu'il existe des symptômes ou des saignements abondants.

-La voie d'approche dépend essentiellement du volume de l'utérus, de sa mobilité dans le petit bassin et de la présence d'autres conditions associées.

d1. Hystérectomie par laparotomie

-L'abord se fera par incision médiane, de Mouchel ou de Pfannenstiel en fonction du volume utérin, des pathologies associées et des antécédents de la patiente. (67) Il faut choisir de préférence l'incision horizontale, plus esthétique et plus solide.

-Dans notre étude 59% des patientes ont bénéficié d'une hystérectomie par laparotomie.

d2. Hystérectomie par cœlioscopie

-La cœlioscopie consiste à accéder à la cavité abdominale sans ouvrir la paroi abdominale. Elle nécessite un endoscope introduit dans l'ombilic et des trocars introduits à travers la paroi soulevée.

-La position des trocars est conditionnée par le volume utérin et l'expérience de l'opérateur. (68)

-Dans notre étude 2,1% des patientes ont été opérées par cœlioscopie.

d3. Hystérectomie par voie vaginale

-Le principe de la voie vaginale consiste à assurer des hémostases préventives de bas en haut à l'inverse de la voie abdominale.

-L'hystérectomie vaginale coelio-assistée (H.V.C.A) a permis d'élargir l'utilisation de la voie vaginale simple notamment dans le cas de l'annexectomie vaginale difficile et elle a permis aussi de faire un diagnostic en préopératoire dans le cas de présence d'adhérences et d'effectuer leurs traitement. (69)

-L'H.V.C.A est actuellement admise comme étant efficace, une bonne alternative à la voie abdominale. (69)

-Dans notre étude 2,6% des patientes ont bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale.

4. Embolisation de l'artère utérine

-L'embolisation est un nouveau moyen de traiter les fibromes utérins, encore en cours d'évaluation, qui consiste à assécher le fibrome ce qui permet de réduire sa taille et par conséquence faire disparaître les symptômes.

-Les premières séries d'embolisation de fibrome ont été rapportées dès 1994 par RAVINA (70, 71). Il faut d'emblée différencier l'embolisation préopératoire et l'embolisation définitive.

-Les deux techniques consistent initialement en la réalisation d'une angiographie première après ponction unilatérale de l'artère fémorale droite. Celle-ci donne une véritable cartographie de la vascularisation utérine et myomateuse.

-L'embolisation préopératoire peut être proposée sur un gros fibrome pour diminuer le risque hémorragique lors de la myomectomie et l'embolisation définitive ne doit concerner que les fibromes interstitiels.

V. Evolution

1. Modifications de volume

-Les fibromes peuvent restés stables en volume mais la tendance à l'augmentation de volume est l'événement le plus habituel. L'augmentation de volume des fibromes se fait soit verticalement, soit horizontalement et à partir de certain volume il peut être à l'origine de phénomènes de compression au niveau des organes avoisinants.

2. Transformations

-Les fibromes sont des tumeurs successibles d'être le théâtre de perturbations de la vascularisation ; l'insuffisance vasculaire aiguë ou chronique explique certaines transformations structurelles comme l'œdème, la hyalinisation, la thrombose, la calcification, l'involution adipeuse, la nécrobiose aseptique, la cavitation (la transformation pseudokystique), la torsion des fibromes sous séreux pédiculés, et l'accouchement par le col utérin des fibromes sous muqueux à long pédicule.

Conclusion

-Le fibrome utérin est l'affection bénigne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. C'est une affection qui touche toutes les parités avec une prédominance chez les nullipares.

-Le diagnostic est fait grâce à la clinique mais surtout grâce au bilan paraclinique avec comme examen clé: L'échographie pelvienne.

-Seuls les fibromes ayant un retentissement clinique méritent un traitement, dont les principes reposent sur l'hormonosensibilité des myomes et la chirurgie.

-Les indications thérapeutiques dépendent des caractéristiques anatomo-cliniques des myomes, du terrain et d'un éventuel désir de grossesse. Le traitement médical reste le traitement de première intention, et le traitement chirurgical doit être réservé aux : fibromes de grande taille ; fibromes compliqués ; fibromes sous muqueux ; fibromes qui saignent résistant au traitement médical ; fibromes isthmiques ; et fibromes associés à une stérilité.

-La palette du chirurgien s'est élargie grâce aux progrès de l'endoscopie opératoire et de la chirurgie mini-invasive.

-Le bilan doit être complet pour prendre en compte tous ces paramètres.

-Des progrès sont attendus d'une meilleure compréhension de la physiopathologie des fibromes grâce à la biologie moléculaire et à la génétique.

Résumé

-Les fibromes ou léiomyomes sont des tumeurs bénignes fréquentes. Notre étude rétrospective a porté sur 171 patientes prises en charge entre le 1^{ier} Janvier 2016 et le 1^{ier} janvier 2022 au service de gynécologie et obstétrique 2 au CHU Hassan II à Fès.

-La moyenne d'âge était de 43 ans avec des extrêmes de 24 et 64 ans. Les patientes en période d'activité génitale ont représentés 76% des cas. La nulligestité était notée à 52,1% et la nulliparité à 53,5%.

-La symptomatologie était dominée par les ménométrorragies (46%) et les douleurs pelviennes (61%).

-L'augmentation de la taille utérine lors du toucher vaginal a été retrouvée chez 37% des patientes et une masse abdominale chez 35.5% des patientes.

-L'échographie était affirmative dans la majorité des cas. Un polymyome a été retrouvé dans la plupart des cas, entre 50 et 100mm. Le type 2-5 est le type le plus fréquent.

-Le traitement conservateur (myomectomie) était pratiqué dans 33% des cas et le traitement radical (hystérectomie) dans 65,1% des cas.

-Le traitement s'est beaucoup développé au cours de ces dernières années et offre plusieurs alternatives, qui permettent d'éviter la chirurgie d'ablation au profit d'une chirurgie conservatrice.

-Les techniques de résection endoscopique ont révolutionnées la prise en charge des fibromes utérins : L'hystéroscopie pour les fibromes sous-muqueux et la coéloscopie pour les fibromes interstitiels de taille modérée.

-L'hystérectomie reste indiquée pour les patientes n'étant plus désireuse de grossesse ou après échec des autres thérapeutiques.

Abstract

Fibromas are frequent benign tumors. Our retrospective study is based on 171 patients admitted between January 1st 2016 and January 1st 2022 in the department of gynecology and obstetrics 2 in CHU Hassan II of Fes.

The average age was 43 years old with extremes from 24 to 64. The patients in genitally active period represented 76%. The nulligravidity was at 52,1% and the nulliparity was at 53,5%.

The symptoms were dominated by menometrorrhagia and pelvic pain.

The augmentation of uterine size during vaginal touch was found in 37% and an abdominal mass in 35,5%.

The ultrasound was affirmative in most cases. Multiple Fibromas were found in most cases between 50 and 100mm. The type 2-5 was the most common.

The conservative treatment (myomectomy) was used in 33% of cases and the radical treatment (hysterectomy) in 65,1 %.

The treatment has developed during the recent years and offers multiple alternatives that avoid the ablative surgery for the benefit of a conservative surgery.

The techniques of endoscopic resection have revolutionized the treatment of uterine fibromas.

The hysterectomy is indicated for the patients who no longer want to have children or after the failure of other procedures.

ملخص

الأورام الليفية أو الورم العضلي الأملس هي أورام حميدة شائعة. تضمنت دراستنا الاستراتيجية 171 مريضا تم علاجهم بين 1 يناير 2016 و 1 يناير 2022 في قسم أمراض النساء والتوليد 2 في مستشفى الحسن الثاني في فاس.

متوسط العمر هو 43 سنة وبحد أقصى من 24 إلى 64 سنة. المرضى اللذين يتواجدن خلال فترة النشاط التناسلي يمثلن 76% من الحالات. تم ملاحظة عدم الحمل عند 52.1% وعدم الولادة عند 53.5%

الأعراض الأكثر إنتشارا تتمثل في غزارة النزف الرحمي 46% وآلام الحوض 61%

كانت الزيادة في حجم الرحم أثناء الفحص المهبلي لدى 37% من المرضى وكتلة في البطن لدى 35.5% من المرضى

كانت الموجات فوق الصوتية إيجابية في معظم الحالات. تم العثور على ورم متعدد في معظم الحالات ، بين 50 و 100 ملم. النوع 2 5 هو النوع الأكثر شيوعا

تم إجراء العلاج المحافظ (استئصال الورم العضلي) في 33% من الحالات وعلاج جذري استئصال الرحم في 65.1% من الحالات)

نما العلاج بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة ويقدم عدة بدائل تتجنب الجراحة الجدرية لصالح الجراحة المحافظة

أحدثت تقنيات الاستئصال بالمنظار ثورة في معالجة الأورام الليفية الرحمية

يبقى استئصال الرحم موصوفاً للمرضى الذين لم يعودوا يرغبون في الحمل أو بعد فشل العلاجات الأخرى

Bibliographies

1. GRAVES.WP:

Tumors of the uterus. In Curtis AH 1933, Obstet Gynecol Philadelphia: WB saunders.

2. Wallach E.

Myomectomy.

In Thompson JD & Rock JA (eds) Te Linde's Operative Gynecology, 7th edn. London: J.B

Lippincott 1992: 647-662

3. Cramer S, Patel A.

The frequency of uterine leiomyomas Am J Clin Pathol 1990; 94: 435-438.

4. Ouardighi I.

Les fibromes utérins

Thèse en médecine N 114/2012

5. Mbarki S.

Prise en charge des fibromes utérins à propos de 1407 cas

Thèse en médecine N 93/2013

6. Magassouba D.

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

2008

7. Ouali M.

Fibrome utérin

Thèse en médecine 2015

8. Rongieres C.

Epidémiologie du fibrome utérin : facteurs de risques et fréquence Impact en
santé publique.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28: 701-706.

9. Quinn S. D.

Uterine Fibroids- Response to novel modalities

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of

MD Res at Imperial College: 2013

10. Racinet C.

Epidémiologie, facteurs de risque et symptomatologie des myomes utérins.

Revue mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2009; 11:
118-22.

11. Boynton-Jarrett R, Rich-Edwards J, Malspeis S, Missmer SA, et al

A prospective study of hypertension and risk of uterine leiomyomata.

Am J Epidemiol 2005 ; 161 : 628-38.

12. Faerstein E.

Risk Factors for Uterine Leiomyoma: A Practice-based Case-Control Study. II.
Atherogenic

Risk Factors and Potential Sources of Uterine Irritation.

American Journal of Epidemiology 2009; 153: 11–19.

13. Ross R et al.

Risk factors for uterine fibroids : Reduced risk associated with oral
contraceptives

BMJ, 1986; 293: 359-362.

14. Marshall L et al.

A prospective study of reproductive factors and oral contraceptive use in
relation to the risk of uterine leiomyoma.

Fertil Steril 1998; 70: 432-439.

15. Lumbiganon P, Rugpo S, Phandhu-fung S et al

Protective effect of depot medroxyprogesterone acetate on surgically treated
uterine leiomyomas: a multicentre case-control study.

16. Wise L et al.

Reproductive factors, hormonal contraception, and risk of uterine leiomyomata in african-american women : a prospective study.

Am J Epidemiol, 2004; 159: 113-123.

17. Vikhlyaeva E, Khodzhaeva Z, Fantschenko N.

Familial predisposition to uterine leiomyomas.

Int J Gynaecol Obstet 1995; 51: 127-131.

18. Marshall L, Spiegelman D, Manson J et al.

Risk of uterine leiomyomata among premenopausal women in relation to body size and cigarette smoking.

Epidemiology 1998; 9: 511-517.

19. Bamba I.

LE FIBROME UTERIN : Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge au CHU de Cocody

Thèse en médecine 3515/23

20. Ford I.

Uterine Fibroid Symptom Severity and Impact on Health-Related Quality of Life Among African American Women

2015

21. Bouchemama L .

Fibromes utérins à propos de 221 cas

Thèse en Médecine N°113/ 2005

22. Nassaf M.

Traitement chirurgical des fibromes utérins a propos de 100 cas.

Thèse en Médecine N°53/ 2003.

23. Ait Ghassal I.

Fibrome utérin.

Thèse en Médecine N°324 /2005.

24. Marshal L.

Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race.

Obstet.Gynecol,1997; 90: 967-973.

25. Paolo Guiseppe Leone F, Chiara L. Ferrazzi E,

Use of strict sonohysterographic methods for preoperative assenment of submucoy myomas.

Fertility and sterility 2003; 79.

26. Lionel D, Darai E.

Fibromes utérins.

Rev. Prat 1999; 49: 2161-2167.

27. Fernandez H. Gervaise A. Tyrac R.

Fibrome utérin.

Ency Med Chiru 2002: 570-580.

28. Audebert A.

Fibromes utérins : de la physiopathogénie à la thérapeutique de demain.

Référence en Gynécologie Obstétrique 2001; 8: 551-558.

29. AitBenkaddour Y, Gervaise A, Fernandez H.

Exploration de la cavité utérine dans le bilan d'infertilité : quel examen choisir ?

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010

30. H Fernandez

Hystéroscopie opératoire : Techniques chirurgicales

Gynécologie 1998 ; 27: 541-559.

31. Benzakine Y, Driguez P.

Recommandations pour la pratique clinique prise en charge des fibromes utérins

Modalités diagnostiques : Indications et place de l'hystéroscopie diagnostique.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28: 724-728.

32. Widrich T, Bradley L, Collins R et al.

A prospective comparison of trans vaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy.

Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1327-34.

33. Lionel D, Darai E.

Fibromes utérins.

Rev. Prat 1999; 49: 2161-2167.

34. Fernandez H, Gogginet F, Chapron C et al.

Prise en charge du fibrome.

Gynecol. Obstet. Fertil 2000; 28: 473-475.

35. Puech F.

Actualisation de la prise en charge des myomes: recommandations pour la pratique clinique- Texte des recommandations

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2011; 40: 953-961.

36. Audebert A.

Le traitement médical actuel des fibromes utérins.

mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2009; 11: 140-57.

37. Koskas M, Chabbert-buffet N, Douvier S et al

Place des traitements médicaux : indication, durée, efficacité, chez la femme porteuse de fibromes utérins symptomatiques en période d'activité génitale.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2011; 40:858—874.

38. Boubli L.

Traitement médical des fibromes utérins.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod 1999; 28: 729-731.

39. Rozenbaum H.

Traitement médical des fibromes par un progestatif de synthèse du groupe norpregnane.

Contracept Fertil Sex 1989; 17: 153-6.

40. Audebert A, Denis C.

Utilisation de la promogestone dans le traitement des fibromyomes compliqués de ménometrorragies. Bilan d'une étude multicentrique.

Gynécologie 1989; 40: 23-6.

41. Sureau C, Cohen J, Elia D et al

Comparative study of decapeptyl 3.75 mg (sustained release formulation) vs promegestone.

laboratoires Ipsen 1990

42. Amadio E.

Traitement médical des fibromyomes utérins par le nomegestrol acetate.

Abst Gynecol 1991; 69: 1-4.

43. Irvine G, Campbell-Brown M, Lumsden M et al

Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and norethisterone for treatment of idiopathic menorrhagia.

Br J Obstet Gynaecol 1998; 105: 592-8.

44. Verspyck E, Marpeau L, Lucas C.

Leuprorelin depot 3.75 mg vs lynestrenol in the preoperative treatment of symptomatic uterine myomas: a multicentre randomised trial.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 89: 7-13.

45. Venkatachalam S, Bagratee J, Moodley J.

Medical management of uterine fibroids with medroxyprogesterone acetate (Depo ProveraR): a pilot study.

J Obstet Gynaecol 2004; 24: 798-800.

46. Filicori M, Hall D, Loughlin J et al

Conservative approach to the management of uterine leiomyomata. Pituitary desensitization by a luteinizing hormone releasing hormone analog.

Am J Obstet Gynecol 1983; 147: 726-7.

47. Maheux R, Guilloteau C, Lemay A et al

Luteinizing hormone-releasing hormone agonist and uterine leiomyoma: a pilot study.

Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 1034-8.

48. Bats S, Madelenat P.

Analogues de la GnRH et myomes: plutôt pour GnRH analogues and myomas: somewhat for.

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2005; 33: 1023–1027.

49. Maheux R, Guilloteau C, Lemay A et al

Regression of leiomyomata uteri following hypoestrogenism induced by repetitive luteinizing hormone-releasing hormone agonist treatment: preliminary report.

Fertil Steril 1984; 42: 644-6.

50. Takeuchi H, Kobori H, Kikuchi I et al.

A prospective randomized study comparing endocrinological and clinical effects of two types of Gn-RH agonists in cases of uterine leiomyomas or endometriosis.

J Obstet Gynaecol Res 2000; 26: 325-31.

51. Healy D, Lawson S, Abbott M et al

Removing uterine fibroids without surgery: subcutaneous infusion of a luteinizing hormone-releasing hormone agonist commencing in the luteal phase.

J Clin Endocrinol Metab 1986; 63: 619-25.

52. Coddington C, Collins R, Shawker T et al

Long-acting gonadotropin hormone-releasing hormone analog used to treat uteri.

Fertil Steril 1986; 45: 624-9.

53. Puzigaća Z, Prelević G, Sretenović Z.

Differential reduction in the volume of leiomyoma and uterus during buserelin treatment.

Gynecol Endocrinol 1994; 8: 39-43.

54. Minaguchi H, Uemura T, Shirasu K et al.

Effect of estriol on bone loss in postmenopausal Japanese women: a multicenter prospective open study.

J Obstet Gynaecol Res 1996; 22: 259-65.

-
55. Kawaguschi K, Fujii S, Konishi I, Nanbu Y, Nonogaki H, Mori T. Mitotic activity in uterine leiomyomas during the menstrual cycle. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:637e41.
56. Kawaguschi K, Fujii S, Konishi I, Iwai T, Nanbu Y, Nonogaki H, et al. Immunohistochemical analysis of oestrogen receptors, progesterone receptors and Ki-67 in leiomyoma and myometrium during the menstrual cycle and pregnancy. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1991;419:309e15.
57. Seagaloff A, Weed JC, Sternberg WH, Parson W. The progesterone therapy of human uterine leiomyomas. *J Clin Endocrinol Metab* 1949;9:1273e91.
58. Friedman AJ, Daly M, Juneau-Norcross M, Gleason R, Rein MS, LeBoff M. Long-term medical therapy for leiomyomata uteri: a prospective, randomized study of leuprolide acetate depot plus either oestrogen- progestin or progestin 'add-back' for 2 years. *Hum Reprod* 1994;9:1618e25.
59. Chwalisz K, Perez MC, Demanno D, Winkel C, Schubert G, Elger W. Selective progesterone receptor modulator development and use in the treatment of leiomyomata and endometriosis. *Endocr Rev* 2005;26:423e38.

60. CHRISTIAN-JAMIN PARIS :

Myomes utérin, traitement médicamenteux ; pour qui ? Comment?

61. Fernandez H.

Prise en charge des fibromes utérins.

Recommandations pour la pratique clinique 1999; 28: 732-737.

62. Debodinance P.

Hystérectomie pour lésions bénignes sur utérus non prolapsé : épidémiologie et suites opératoires dans le nord de la France.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod 2001; 30: 151-159.

63. Esteve J.

Les Indications chirurgicales du fibromyome utérin: étude statistique et indications thérapeutiques à l'occasion de 670 cas opérés, de 1949 à 1961 à la Clinique obstétricale du Centre médico-chirurgical Foch-Suresnes

Am J Gynecol Obstet 1998; 45 :124-161.

64. Hamri N.

Fibromes utérins : épidémiologie et indications chirurgicales.

Thèse en Médecine. Casablanca N°123/1996.

65. Belmahi J.

Etude épidémiologique et indications chirurgicales du fibrome utérin (A propos de 341cas).

Am J Gyneco Obstet 2000; 131.

66. Charles E, Miller M.

Myomectomy : comparaison of open and laparoscopic techniques .

Obstet. and Gynecol. Clinics 2000; 27.

67. Lansac J, Body G, Magin G.

La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique.

MASSON Paris 1998.

68. Chapron C, Dubuisson J,

Hystérectomie per-coelioscopique en gynécologie.

MASSON 1995; 3: 159-163.

69. David S, Goldstein A, Lecuru F et al.

Recovery from vaginal hysterectomy compared with laparoscopy assisted vaginal hysterectomy.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 200 ; 8 : 337-341.

70. RAVINA.JH, BOURET.JM, CIRARU-VIGNERON NETAL (1997):

Recourse to particular arterial embolization in the treatment of some uterine leiomyoma. Bull Acad Natl Med 181 (2): 233-43, discussion: 144-6.

71. RAVINA.JH, MERLAUB.JJ, HERBRETEAU D, CITA AL (1994):

Embolisation préopératoire des fibromes utérins, Résultats préliminaire (10 cas), la presse médicale 23-33: 1540.