



LE MYOME UTÉRIN

Dr Bensissaid
Pr Dammene Debbih
Eph Bologhine Ibn Ziri

tumeurs utérines bénignes formées de tissu musculaire lisse.

entraînent fréquemment des saignements utérins anormaux, des douleurs et une pesanteur pelviennes, des symptômes urinaires et intestinaux et des complications de la grossesse.

Le diagnostic repose sur l'examen pelvien, l'échographie ou d'autres imageries

Le traitement des patientes symptomatiques dépend du désir de fertilité de la patiente et de son désir de conserver son utérus.

Les fibromes utérins sont les tumeurs pelviennes les plus fréquentes, (près de 70% des femmes de 45 ans).

Cependant, de nombreux fibromes sont petits et asymptomatiques.

Environ 25% des femmes blanches et 50% des femmes noires développent finalement des fibromes symptomatiques.

Les fibromes sont plus fréquents en cas d'indice de masse corporelle élevé

Les facteurs potentiellement protecteurs comprennent le fait d'avoir des enfants et le tabagisme.

Les fibromes de l'utérus peuvent être :

- Sous-séreux (le plus commun)
- Intramural
- Sous-muqueux (le moins fréquent)
- Parfois, les fibromes se développent au niveau du ligament large (intraligamentaire), dans les trompes de Fallope ou le col de l'utérus

Certains fibromes sont pédiculés.

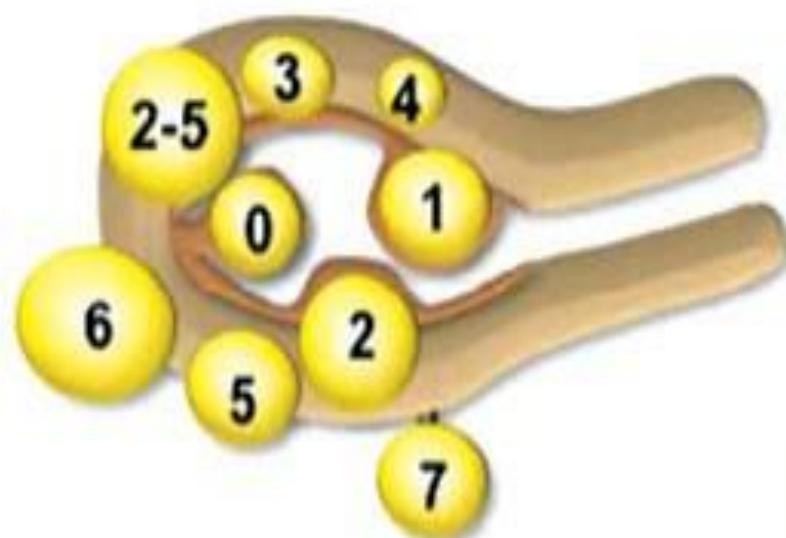
La plupart des fibromes sont multiples, et chacun se développe à partir d'une seule cellule musculaire lisse monoclonale, ce qui les rend d'origine monoclonale. Comme ils répondent aux œstrogènes, les fibromes ont tendance à augmenter de taille pendant la période fertile et à régresser après la ménopause.

Les fibromes peuvent grossir au point que leur approvisionnement en sang devient insuffisant et ainsi dégénérer.

La dégénérescence est décrite comme hyaline, myxoïde, calcifiée, kystique, grasse, rouge (habituellement seulement pendant la grossesse), ou nécrotique.

Bien que la patiente soit souvent préoccupée par la crainte de la présence d'un cancer dans le fibrome, la transformation sarcomateuse est observée dans < 1% des cas.

Système de sous-classification des léiomyomes



S – Sous-muqueux	0	Pédiculé, endocavitaire
	1	< 50 % intramural
	2	≥ 50 % intramural
A – Autres	3	Est en contact avec l'endomètre; 100 % intramural
	4	Intramural
	5	Sous-séreux, ≥ 50 % intramural
	6	Sous-séreux, < 50 % intramural
	7	Sous-séreux, pédiculé
	8	Autre (à préciser, p. ex. cervical, parasitaire)

Léiomyomes hybrides
(affectent tant l'endomètre que la séreuse)

Deux des nombres sont liés par un trait d'union. Par convention, le premier de ces nombres désigne la relation avec l'endomètre, tandis que le deuxième désigne la relation avec la séreuse.
Un exemple apparaît ci-dessous.

2-5

Simultanément sous-muqueux et sous-séreux, moins de la moitié du diamètre se trouvant à la fois dans la cavité endométriale et dans la cavité péritonéale

Symptomatologie des fibromes utérins

- Les fibromes peuvent entraîner des saignements utérins anormaux (p. ex., ménorragies, ménométrorragies). Les saignements des fibromes sous-muqueux peuvent être suffisamment graves pour provoquer une anémie.
- Si les fibromes grossissent et dégénèrent ou si des fibromes pédiculés se tordent, une douleur intense, aiguë ou chronique ou une simple pesanteur peuvent en découler. Les symptômes urinaires (p. ex., pollakiurie ou impériosité) peuvent résulter de la compression de la vessie et les symptômes intestinaux (p. ex., constipation) peuvent résulter de la compression intestinale.
- Les fibromes peuvent augmenter le risque d'infertilité. Pendant la grossesse, ils peuvent entraîner des fausses couches spontanées récidivantes, des contractions précoces ou une présentation fœtale anormale ou rendre une césarienne nécessaire. Les fibromes peuvent également causer des hémorragies du post-partum.

Diagnostic des fibromes utérins

Imagerie (échographie, échographie avec injection de solution physiologique: hystero sonographie ou IRM)

Le diagnostic des fibromes utérins est probable si l'examen pelvien bimanuel détecte un utérus hypertrophié mobile et irrégulier. La confirmation exige une imagerie, qui est habituellement indiquée si :

- Les fibromes sont une nouvelle découverte.
- Ils ont augmenté en taille.
- Ils sont à l'origine des symptômes.
- Ils doivent être différenciés des autres anomalies (p. ex., [masses ovariennes](#)).
- Lorsqu'une imagerie est indiquée, une échographie (généralement transvaginale) ou une hystérosonographie (perfusion de solution physiologique) sont habituellement effectuées.
- Si l'échographie n'est pas concluante, l'IRM, la plus précise des techniques d'imagerie, est utilisée. L'hystéroscopie peut être utilisée pour visualiser directement les fibromes utérins sous-muqueux ou les réséquer .

Traitement des fibromes utérins

- Les **fibromes utérins asymptomatiques** ne nécessitent pas de traitement. Les patientes doivent être réévaluées périodiquement (p. ex., tous les 6 à 12 mois).
- En cas de **fibromes symptomatiques** : options médicales pour supprimer la sécrétion des hormones ovariennes et arrêter les hémorragies
- Il convient d'envisager d'abord un traitement médical avant la chirurgie. Les agonistes de la GnRH peuvent être administrés avant l'intervention pour diminuer la taille des fibromes; ces médicaments stoppent souvent les règles et permettent à la numération d'augmenter. Chez la femme en périménopause, la surveillance simple peut généralement être essayée parce que les symptômes peuvent disparaître dans la mesure où les fibromes regressent après la ménopause.

Médicaments des fibromes

- Agonistes de la GnRH
- Progestatifs exogènes
- Antiprogestatifs
- Les modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes (SERM, Selective Estrogen Receptor Modulator)
- Danazol
- Médicaments anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS)
- Acide tranexamique

Les **agonistes de la GnRH** sont souvent les médicaments de choix. Ils peuvent réduire la taille des fibromes et les saignements. Ils peuvent être administrés comme suit:

- IM ou sous-cutanée (p. ex., leuprolide 3,75 mg IM chaque mois, goséréline 3,6 mg par voie sous-cutanée tous les 28 jours)
- Sous forme de pastille hypodermique
- Comme spray nasal (p. ex., nafaréline)

- Les agonistes de la GnRH peuvent diminuer la production des œstrogènes. Ils sont le plus utile lorsqu'ils sont administrés en pré-opératoire afin de réduire les fibromes et le volume utérin, facilitant la chirurgie techniquement et réduisant les pertes de sang pendant la chirurgie. En règle générale
- Ces médicaments ne doivent pas être utilisés sur le long terme parce qu'un effet rebond avec récupération des dimensions du fibrome avant traitement est fréquent dans les 6 mois qui suivent l'arrêt et peut s'accompagner d'une perte de la masse osseuse. Pour prévenir la déminéralisation osseuse lorsque ces médicaments sont utilisés à long terme, il faut donner administrer des œstrogènes supplémentaires (thérapie add-back), tels qu'une association œstrogène-progestatif à faible dose.
- Les **progestatifs exogènes** peuvent inhiber, en partie, la stimulation œstrogénique de la croissance du fibrome utérin. Les progestatifs peuvent diminuer les saignements utérins, mais ne peuvent réduire le volume des fibromes autant que les agonistes de la GnRH.
- Les **SERMS (modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes)** (p. ex., le raloxifène) peuvent réduire la croissance des fibromes, mais on ne sait pas s'ils peuvent soulager les symptômes autant que d'autres médicaments.
- Le **danazol**, un agoniste androgénique, peut inhiber la croissance du fibrome, mais induit de nombreux effets indésirables (p. ex., prise de poids, acné, hirsutisme, œdème, perte de cheveux, raucité de la voix, bouffées de chaleur, sudation, sécheresse vaginale) et il est, ainsi, souvent moins bien supporté par la patiente.
- Les **AINS** peuvent être utilisés pour traiter la douleur mais ne diminuent pas les saignements.
- L'**acide tranexamique** (un médicament antifibrinolytique) peut réduire les saignements utérins jusqu'à 40%

Chirurgie des fibromes

doit généralement être envisagée en présence d'un des signes suivants:

- Masse pelvienne augmentant rapidement de volume
- Saignements utérins récurrents réfractaires au traitement médicamenteux
- Douleur ou pression sévères ou persistantes (p. ex., qui nécessitent des opiacés pour être contrôlées ou qui est intolérable)
- Gros utérus qui provoque un effet de masse dans l'abdomen, causant des symptômes urinaires ou intestinaux ou la compression d'autres organes et un dysfonctionnement (p. ex., hydronéphrose, pollakiurie, dyspareunie)
- Infertilité (si une grossesse est désirée et si le fibrome est incriminé)
- Fausses couches spontanées récidivantes (si une grossesse est désirée)

D'autres facteurs en faveur de la chirurgie sont la fin de la période de procréation et le choix d'un traitement radical.

- La **myomectomie** est généralement effectuée sous laparotomie, laparoscopie et hystéroscopie avec ou sans techniques robotiques.
- L'**hystérectomie** peut également être pratiquée par laparoscopie, par voie vaginale ou par laparotomie.
- La plupart des indications de la myomectomie et de l'hystérectomie sont similaires. Le choix de la patiente est important, mais elle doit être totalement informée au regard des difficultés et des séquelles attendues suite à une myomectomie par rapport à celles de l'hystérectomie qui comprennent des saignements, des douleurs, des adhérences et une rupture utérine lors des grossesses ultérieures.

Si les femmes désirent une grossesse ou désirent conserver leur utérus, la myomectomie sera préférée.

L'hystérectomie :C'est le traitement plus radical. Après la myomectomie, de nouveaux fibromes peuvent débuter une autre phase de croissance, et environ 25% des femmes qui ont subi une myomectomie subiront une hystérectomie environ 4 à 8 ans plus tard.

- Les myomectomies multiples peuvent être beaucoup plus difficiles à effectuer qu'une hystérectomie.
 - D'autres traitements moins invasifs se sont révélés inefficaces.
 - Les patientes ont d'autres anomalies qui rendent la chirurgie plus complexe (p. ex., adhérences, endométriose).
 - L'hystérectomie diminuerait le risque d'un autre trouble (p. ex., de néoplasies intraépithéliales cervicales, d'hyperplasie de l'endomètre, d'endométriose, de cancer de l'ovaire chez les femmes qui ont une mutation de *BRCA*).
-
- **De nouvelles procédures** comprennent
 - Ultrasons focalisés de haute intensité HIFU
 - Cryothérapie
 - Ablation par radiofréquence
 - Chirurgie par ultrasons focalisés guidée par IRM
 - Embolisation des artères utérine vise à provoquer un infarctus des fibromes dans tout l'utérus tout en préservant le tissu utérin normal.

Choix du traitement

Certains facteurs peuvent faciliter la décision:

- Fibromes utérins asymptomatiques: pas de traitement
- Femmes ménopausées: un essai de surveillance simple (parce que les symptômes ont tendance à s'amender lorsque la taille des fibromes diminuent après la ménopause)
- Fibromes symptomatiques, en particulier en cas de grossesse désirée: embolisation des artères utérines, autre technique nouvelle (p. ex., échographie focalisée à haute intensité), ou myomectomie
- Symptômes graves lorsque d'autres traitements se sont révélés inefficaces, en particulier si aucune grossesse n'est désirée: hystérectomie, éventuellement précédée par un traitement médicamenteux (p. ex., par les agonistes de la GnRH)

- Les fibromes se produisent chez environ 70% des femmes de 45 ans, mais ne provoquent pas toujours des symptômes.
- Si nécessaire, confirmer le diagnostic par l'imagerie, l'échographie ou une IRM.
- Pour le soulagement temporaire des symptômes mineurs, envisager des médicaments (p. ex., des agonistes de la GnRH, des progestatifs, SERMS (modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes), la mifépristone, l'acide tranexamique, le danazol)
- Pour un soulagement plus durable, envisager la chirurgie (p. ex., de nouvelles procédures ou une myomectomie, en particulier si la fécondité est souhaitée; hystérectomie comme traitement radical).