

# Fibrome utérin

PRÉSENTÉ PAR DR: H.MERZOUGUI

21/11/2023



## *I. DEFINITIONS*

Fibrome utérin ou myome utérin ou encore le léiomyome est une tumeur mésoenchymateuse développée au dépend du muscle lisse, souvent séparée du myomètre par une pseudo-capsule liée à la condensation du tissu conjonctif. C'est une tumeur bénigne hormono-dépendante, elle augmente de taille au cours de la GRS et sous TRT oestrogénique et régresse à la ménopause

## II. ETIOPATHOGENIE

Pathologie fréquente. 30% des femmes de > 35 ans

Son apparition est chronologiquement liée à la période de sécrétion oestrogénique, rare avant 20 ans et régresse à la ménopause.

Risque de dégénérescence est très faible moins de 0,5 %.

### *III. PHYSIOPATHOLOGIE*

La physiopathologie propre à leur apparition est encore mal connue, mais le rôle promoteur des hormones est bien établie.

La théorie de l'hyper-œstrogène est fortement admise qu'elle soit :

Relative (insuffisance lutéale)

Ou vraie (iatrogène).

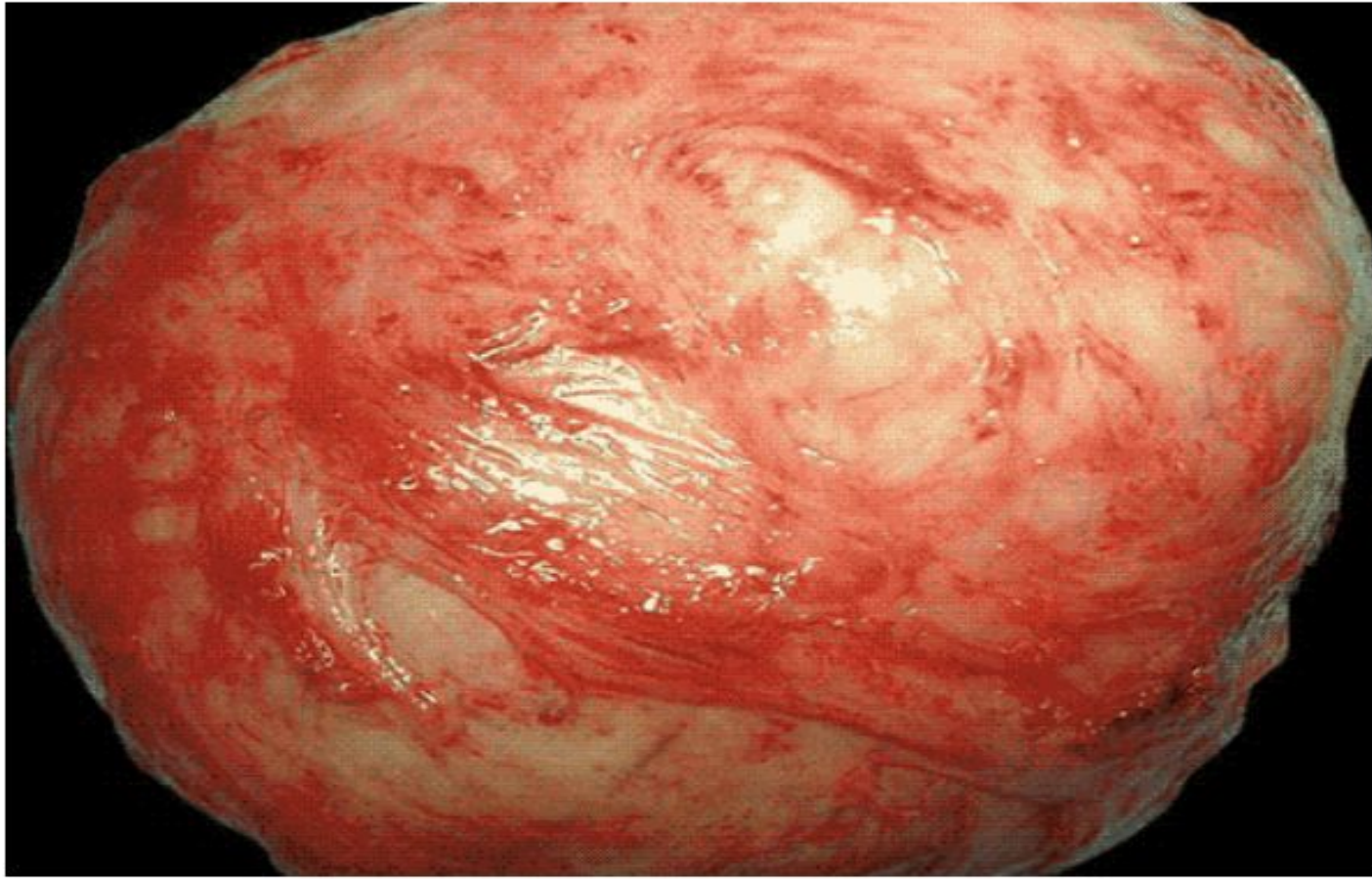




#### *IV. ANATOMO-PATHOLOGIE*

1. Etude macroscopique : les fibromes sont constitués de cellules musculaires lisses fusiformes homogènes.

2. Etude microscopique : on retrouve un enchevêtrement des fibres musculaires lisses avec un taux de mitose faible soutenues par des travées de collagène.

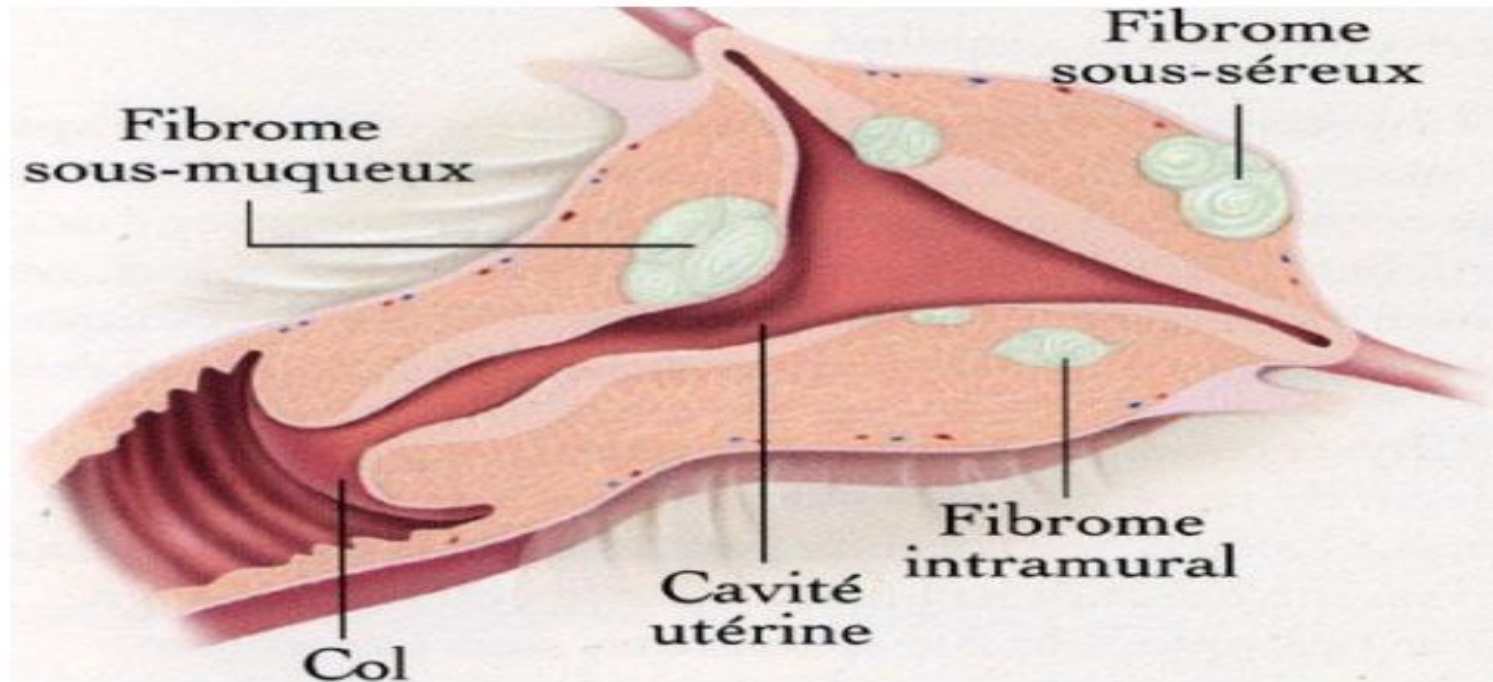


Aspect macroscopique

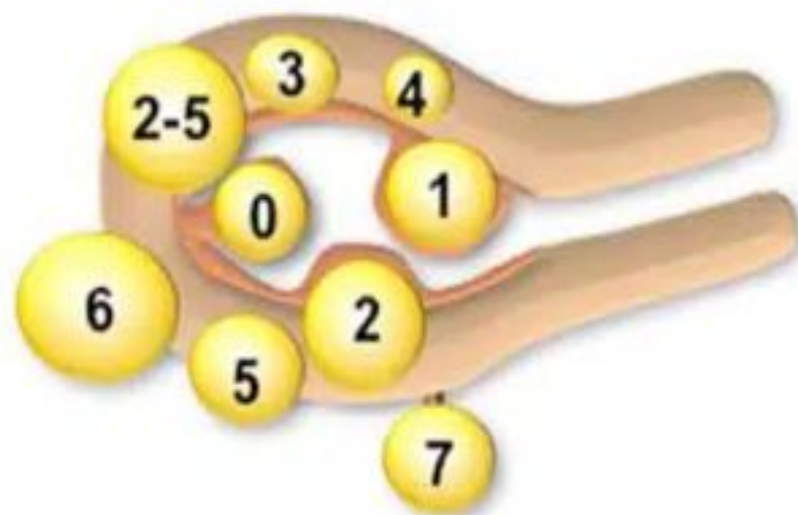
Selon la situation dans la paroi utérine on distingue plusieurs formes :



- F. interstitiel : siège dans l'épaisseur du muscle utérin qu'il hypertrophie et déforme.
- F. sous muqueux : fait saillie dans la cavité utérine dont il est séparé par l'endomètre.
- F. intra-cavitaire : est pédiculé et siège dans la cavité utérine et évolue en direction du col.
- F. sous séreux : se développe à l'extérieur de l'utérus. Sa base d'implantation peut être large (sessile) ou pédiculé



## Système de sous-classification des léiomyomes



S – Sous-muqueux	0	Pédiculé, endocavitaire
	1	< 50 % intramural
	2	≥ 50 % intramural
	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
A – Autres	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



## **V. EVOLUTION**

La croissance progressive est l'évolution naturelle du fibrome, accélérée dans certains cas : GRS, prise d'œstrogènes, préménopause.

Des modifications de structure peuvent s'observer :  
calcification, nécrobiose, dégénérescence sarcomateuse.

Les complications sont fréquentes :

- Hémorragiques : ménorragies responsables d'anémie.
- Cpc infectieuses: surtout F. intra cavitaire accouché par le col par contact avec la flore vaginale.
- Cpc mécaniques : torsion des F. pédiculés, compression des organes de voisinage (vessie, uretère, rectum et des veines iliaques).

## **VI. ETUDE CLINIQUE**

### **A. Circonstances de découverte**

#### **Formes asymptomatiques :**

Le fibrome est souvent asymptomatique, il est alors découvert à l'occasion d'un examen systématique, d'une demande de contraception ou de frottis de dépistage. Il doit bénéficier d'une simple surveillance clinique.

#### **F. symptomatiques :**

Troubles menstruels : ménorragies, métrorragies.

Troubles urinaires : pollakiurie par compression vésicale.

Douleurs : à type de pesanteur pelvienne ou lancinante signant une complication

Augmentation du volume abdominal.

Hypofertilité.



## **B. EXAMEN CLINIQUE**

### **Examen local :**

- ✓ Speculum : étude de la glaire cervicale, rechercher une exocervicite et pratiquer un FCV voire une biopsie.
- ✓ TV : combiné au palper abdominal apprécie la situation du col et le volume du corps utérin. Le fibrome est perçu comme une masse régulière de consistance ferme indolore, solidaire à l'utérus.

### **Examen général :**

Un bilan complet est indispensable pour une éventuelle intervention chirurgicale.



## C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### Fibrome utérin échographie : gynécologique ou pelvienne

Cet examen radiologique est fondamental. Il est le pilier du diagnostic des fibromes utérins. **Il doit être réalisé par voie abdominale et par voie vaginale.** Il doit être réalisé par un radiologue spécialisé et formé à l'imagerie gynécologique.

Ensuite, cet examen devrait pouvoir apporter des réponses précises aux spécialistes qui adapteront le traitement. Enfin, il devrait pouvoir rapporter très précisément le nombre, la taille et la position des fibromes au sein de l'utérus sans confondre les diagnostic différentiels tels que l'adenomyose ou les polypes utérins.

## IRM Pelvienne Fibrome



Dans les cas plus complexes, une IRM doit être réalisée. C'est l'examen radiologique le plus précis pour évaluer les rapports des fibromes utérins entre eux et avec les différentes structures anatomiques de l'utérus et du pelvis. Cet examen permet, après concertation entre radiologues interventionnels et chirurgiens gynécologues, de choisir le traitement le plus adapté à la situation particulière de la patiente.



# Hystéroscopie fibrome



L'hystéroscopie diagnostique consiste à introduire dans l'utérus une tige optique très fine et souple reliée à une caméra. **Cet examen permet d'observer sur un écran de télévision l'intérieur de l'utérus.** En complément de l'échographie pelvienne et de l'IRM, l'hystéroscopie apporte des informations fondamentales.

Cet examen permet dans un premier temps d'apprécier le retentissement des fibromes utérins sur la cavité utérine. Ensuite de préciser ou de différencier les diagnostics évoqués par l'imagerie (fibromes, adénomyose, polype...). Et enfin, de déterminer si le traitement du ou des fibromes utérins sera réalisable par les voies naturelles.

Cet examen est réalisable en consultation et ne nécessite qu'un médicament faiblement dosé contre la douleur. Il dure le plus souvent quelques minutes seulement. Les contraintes de cette exploration et de cette intervention sont réellement modérées. Les bénéfices sont importants pour le choix des traitements des fibromes utérins.



- **Le bilan sanguin** : Les saignements chroniques, les règles abondantes comptent parmi les symptômes les plus fréquents chez les patientes porteuses de fibromes. Ces symptômes très invalidants sont susceptibles d'entraîner une **anémie chronique** (carence en globules rouge) lorsqu'ils évoluent depuis un certain temps.

**Il est très important de dépister et d'évaluer la sévérité de cette anémie puis de la traiter par une supplémentation en fer.** Toute prise en charge chirurgicale ne sera envisagée qu'après un minimum de correction de cette anémie. Afin de diminuer les risques transfusionnels de la chirurgie des fibromes. Le bilan sanguin doit donc comporter une numération formule sanguine (NFS), un dosage du fer et des réserves de fer (ferritinémie).

Il sera complété en cas d'intervention chirurgicale par un bilan pré-opératoire (carte de groupe sanguin, bilan de coagulation...)



## **VII. LE TRAITEMENT**

### **METHODES THERAPEUTIQUES**

#### **1. Abstention thérapeutique**

Elle est de règle dans les formes asymptomatiques au alentour de la ménopause et dans le cas des fibromes diagnostiqués lors d'un examen systématique.

Ici la conduite à tenir repose sur une surveillance clinique et paraclinique de la patiente à intervalle + ou – espacé.

#### **2. Traitement médical**

Repose sur le principe d'hormono-dépendante.

Progestatifs : du fait de leurs actions anti-œstrogènes. Le TRT doit être poursuivi pendant plusieurs cycles et adapté à chaque cas.

Analogues LH-RH : c'est la castration médicale réversible responsable d'un hypogonadisme

### 3. Traitement chirurgical

Le traitement conservateur : La myomectomie est l'ablation de l'ensemble des noyaux fibromateux rendue possible par le plan de clivage naturel. Elle peut s'effectuer par

laparotomie ou par endoscopie (coeliochirurgie ou hystéroscopie).

L'hystérectomie : c'est l'ablation de l'utérus.

Elle est proposée aux alentours de la ménopause en cas de fibromes multiples et de lésions associées.