



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/12866
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12866>



RESEARCH ARTICLE

POLYMYOMECTOMIE RAPPORTANT 20 FIBROMES : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITERATURE

M. Rhemimet, A.Kallali, S.Boujida, N. Zerai, A. Lakhdar, A. Baidada and A. Kharbach
Service De Gynécologie- Obstétrique De La Maternité Souissi CHU Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 March 2021
Final Accepted: 24 April 2021
Published: May 2021

Abstract

Les fibromes utérins sont des tumeurs des cellules musculaires lisses; il s'agit des tumeurs gynécologiques bénignes les plus courantes chez les femmes en âge de procréer. Leur présence est souvent constatée dans le cadre de l'exploration qui est menée chez un couple aux prises avec l'infertilité; par ailleurs, ces fibromes sont d'origine monoclonale. Il est rare de constater des fibromes avant l'apparition des premières règles; de plus, les fibromes connaissent habituellement une régression après la ménopause. Ils réagissent aux hormones et les oestrogènes semblent en promouvoir la croissance. Il a été démontré que les concentrations locales en oestrogènes sont plus élevées dans les myomes que dans le myomètre environnant, ce qui s'explique peut-être par une concentration accrue en aromatasase. La réactivité hormonale semble être accrue dans le cas des myomes sous-muqueux, par comparaison avec celle que présentent les myomes sous-séreux. L'échographie constitue un moyen adéquat, rapide, sûr et rentable de déterminer la taille, le nombre et l'emplacement des fibromes. La prise en charge de ces myomes peut être une abstention ou un traitement médical ou un traitement chirurgical conservateur polomyomectomie ou radicale une hystérectomie.

Copy Right, IJAR, 2021., All rights reserved.

Introduction:-

Les fibromyomes plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs bénignes développés aux dépens des cellules musculaires de l'utérus, oestrogénodépendantes. L'incidence des fibromes augmente avec l'âge : 20 à 30 % des femmes caucasiennes et près de 50 % des femmes de race noire de plus de 30 ans ont des fibromyomes utérins. Leurs manifestations cliniques sont multiples, toutefois la majorité d'entre eux est asymptomatique. Elles correspondent à la principale indication d'hystérectomie en phase préménopausique. Le risque de dégénérescence est très faible et hypothétique. Le lien entre fibrome et hémorragie n'est pas systématique. L'apport de l'échographie est essentiel dans la prise en charge diagnostique. Du point de vue prise en charge des fibromes ; la symptomatologie pourrait constituer un facteur décisif en ce qui concerne le retrait ou non d'un fibrome. La myomectomie demeure l'étalon de référence en matière de traitement.

Nous rapportons le cas d'une polomyomectomie chez une patiente infertile.

Corresponding Author:- A. Kallali

Address:- Service de gynécologie- obstétrique de la Maternité Souissi CHU Rabat.

Observation:-

Patiente âgée de 33ans ,menarche à 14ans ,mariée depuis 2ans sans antecedents medicochirurgicaux notables admise en consultation pour infertilité primaire avec sensation d augmentation du volume abdominal, sans signes urinaires ni digestifs associés .A l examen clinique : TA 12/8 ; pouls 80bpm ;T37C .L examen gynecologique combine au palper abdominal : uterus augmenté de taile arrivant à mi chemin de l ombilic.L echographie pelvienne objective un utérus augmenté de volume siegeant de multiples myomes dont le plus volumineux est fundique intramuqueux d environ 55X50mm, ovaires non vus ,reins d aspect normal.Une polymyomectomie a été réalisée permetttant d extraire 20 fibromes (fig 1et 2) au total sans ouverture de la cavité utérine .Les suite opératoires sont simples.

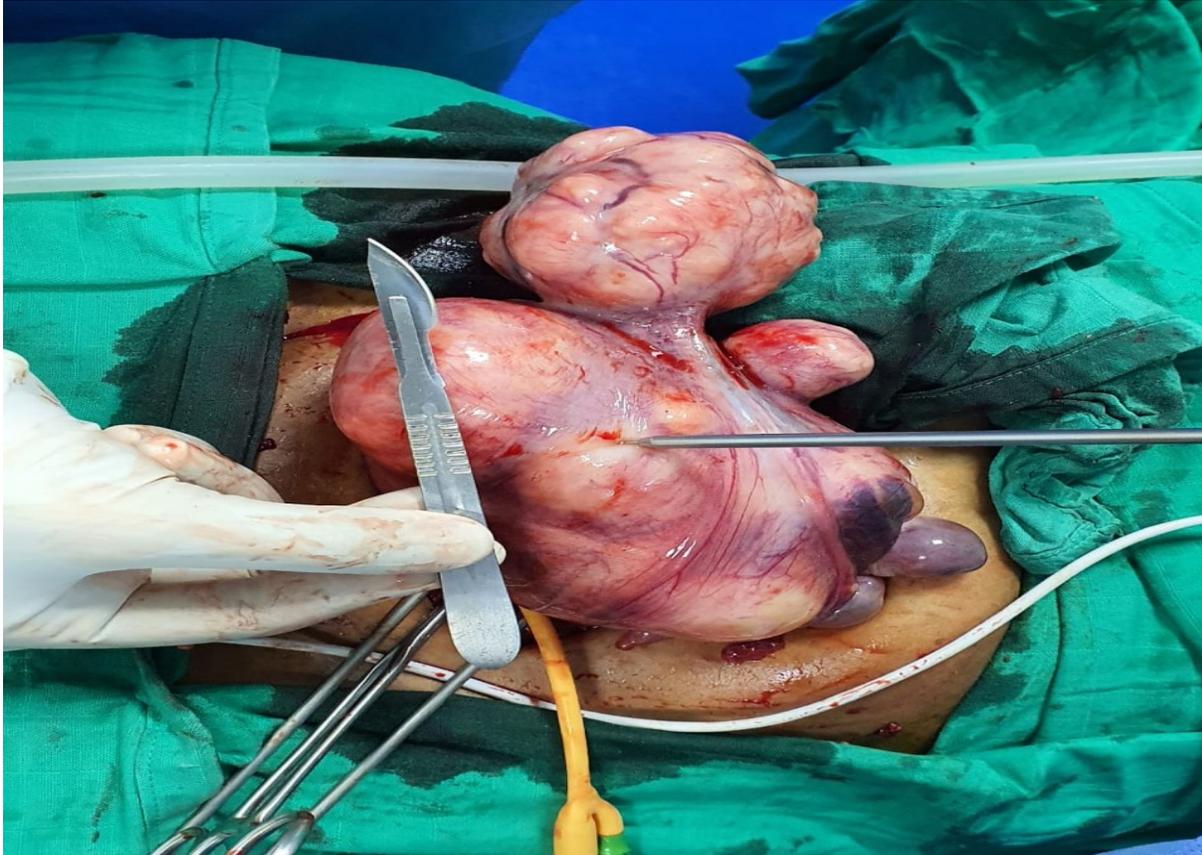


Figure 1:- laparotomie objectivant un utérus polomyomateux.



Figure 2:- polmyomectomie rapportant 20myomes.

Discussion:-

Les fibromes utérins, pathologies bénignes, constituent certainement un problème de santé publique. En effet, on considère que près d'un tiers des femmes, en période d'activité génitale, en sont atteintes, et que certaines d'entre elles devront être traitées en raison des complications qu'ils provoquent. Le bilan à faire devant un fibrome symptomatique ou perçu cliniquement est bien défini à ce jour. Une échographie-Doppler pelvienne de qualité est indispensable. Elle doit préciser : le nombre de fibromes, leur taille, leur localisation (antérieure, postérieure, fundique, isthmique, cervicale ou dans le ligament large), et leur situation (sous-séreuse, interstitielle, sous-muqueuse). En cas de fibromes multiples (plus de 3-4, de plus de 3-4 cm), la myomectomie laparoscopique est habituellement contre-indiquée, en sachant que chaque cas est à analyser en fonction d'autres paramètres associés (âge, indice corporel moyen (ICM)), taux d'hémoglobine, association à des fibromes sous-muqueux). Lorsque le nombre et la taille des fibromes sont inférieurs aux chiffres précédents, la coelioscopie peut être envisagée. Il reste alors à étudier le fibrome dominant et, plus précisément, sa situation au millimètre près : distance séreuse surface externe, distance endomètre surface interne du fibrome, ainsi que la déformation éventuelle de la cavité utérine. L'évaluation de la vascularisation du fibrome est aussi fondamentale. La place des traitements médicamenteux est limitée. Les agonistes du GnRH ont un effet de réduction de volume tumoral et peuvent être utilisés en pré opératoire dans des conditions bien définies. Ils sont utiles en cas de myome sous-muqueux de plus de 4 cm. La réduction de volume peut permettre d'envisager une hystéroscopie opératoire. Ils permettent de stopper les saignements et de corriger l'anémie avant une opération chirurgicale. Quant aux progestatifs, ils ne sont réellement utiles qu'en cas d'hyperplasie muqueuse associée. Les indications du traitement chirurgical doivent être précisées. Ce sont essentiellement les fibromes symptomatiques, comme classiquement : ménorragies, métrorragies, douleurs ou pesanteurs pelviennes, compression des organes de voisinage (vessie, rectum, uretère). Les traitements chirurgicaux sont les plus fréquents et sont de plusieurs types. Chez la jeune femme désireuse de grossesse, le traitement conservateur est toujours possible et doit toujours être tenté en premier lieu. La myomectomie par hystéroscopie est d'une grande efficacité lorsque l'indication est bien posée. C'est-à-dire les fibromes sous-muqueux, ou sous-muqueux et interstitiels, à condition qu'ils ne dépassent pas 35 ou 40 mm et que l'épaisseur de myomètre entre le myome et la séreuse soit d'au moins 4 mm afin de prévenir le risque de perforation utérine per-opératoire lors de la résection. Si l'on désire traiter un plus gros fibrome sous-muqueux par hystéroscopie, il faut envisager une cure d'agonistes du

GnRH pendant 6 à 8 semaines avant l'opération, ce qui provoque très souvent la diminution de taille des fibromes sous-muqueux. La myomectomie par coelioscopie a fait couler beaucoup d'encre au début de son développement [1]. La myomectomie coelioscopique a été aussi critiquée, il y a une dizaine d'années, en raison du nombre parfois important de laparoconversions, atteignant jusqu'à 20 % selon les séries [2]. Actuellement, les laparoconversions sont plus rares [3, 4]. Ceci est probablement lié à la meilleure sélection des patientes candidates à la myomectomie coelioscopique. On peut estimer que le taux de laparoconversion ne devrait pas dépasser 2-3 %. Ce faible taux n'est possible qu'en appliquant des critères stricts de sélection des candidates à la myomectomie coelioscopique. Les indications de la voie coelioscopique sont principalement le fibrome unique sous-séreux ou interstitiel de 8 cm ou moins. Elle est aussi envisagée en cas de plusieurs fibromes à condition que la somme de leur diamètre ne dépasse pas 12 cm. La technique de myomectomie coelioscopique est quasiment la même pour la plupart des auteurs [2, 4], associant les étapes suivantes : hystérotomie verticale le plus souvent, énucléation, suture utérine comprenant souvent deux plans de points de Vicryl (Ethicon) particulièrement chez la femme désireuse de grossesse. L'occlusion par clip de l'artère utérine vascularisant le fibrome (parfois ce sont les deux) est associée dans des conditions précises [5].

L'indication de la myomectomie coelioscopique chez la patiente infertile est à discuter cas par cas, en fonction d'un certain nombre de paramètres. Les principaux sont la taille, la situation et la vascularisation du fibrome. Classiquement, les fibromes sous-muqueux et les fibromes déformant la cavité utérine comme le cas de notre patiente peuvent altérer la fertilité. Il est donc licite de les enlever chez la femme infertile. Plus récemment, l'étude de la littérature [6] révèle que, même les fibromes interstitiels ne déformant pas la cavité, peuvent altérer les résultats de la fécondation *in vitro*. De même, la myomectomie de fibrome responsable de ménorragies améliore la fertilité [6].

La polymyomectomie par laparotomie est aujourd'hui réservée aux volumineux fibromes que l'on estime ne pas pouvoir opérer par coelioscopie. La technique est classique. L'extériorisation de l'utérus par la laparotomie, si celui-ci est mobilisable, facilite beaucoup l'opération. La ligature au fil des artères utérines au début est parfois possible et limite les pertes sanguines lors des hystérotomies successives. La laparotomie a l'avantage de permettre de réaliser une excellente fermeture des hystérotomies en plusieurs plans.

Les essais bien conçus traitant des interventions chirurgicales dans le contexte de la myomectomie et de l'infertilité sont rares [7]. Il a été constaté une amélioration des taux de conception spontanée à la suite du retrait chirurgical de fibromes sous muqueux ; toutefois, ces chercheurs ont également constaté que, à la suite du retrait de fibromes intramuraux ou sous séreux, les taux de grossesse n'étaient pas meilleurs qu'au sein d'un groupe de femmes faisant l'objet d'une prise en charge non interventionniste (fibromes intramuraux/sous séreux laissés *in situ*). Une méta-analyse récente a constaté des résultats semblables, soit une amélioration des taux de grossesse chez les femmes infertiles qui ont subi une chirurgie visant le retrait de leurs fibromes sous-muqueux, mais non pas chez celles qui ont subi une chirurgie visant le retrait de leurs fibromes intramuraux [8]. La prise en charge chirurgicale des fibromes peut être associée à de la morbidité. Puisqu'elle a été associée à des adhérences tant pelviennes qu'intra-utérines, tout avantage potentiel attribuable au retrait des fibromes pourrait être neutralisé par les effets nuisibles de la chirurgie sur l'intégrité utérine. De surcroît, les conséquences de la myomectomie sur les issues de grossesse ne sont pas négligeables. Il est donc impératif que la prise en charge chirurgicale des fibromes visant à rectifier l'infertilité ne soit mise en oeuvre que lorsque nous disposons de données qui indiquent que le recours à une telle intervention mènera à une amélioration des issues de grossesse et c'est ce que nous espérons pour notre patiente.

Il est toutefois possible que, dans le cas de certaines patientes infertiles, le retrait chirurgical des fibromes soit mis en oeuvre pour des raisons autres que l'infertilité, comme pour le soulagement des symptômes liés à la pression ou la prise en charge chirurgicale de troubles menstruels attribuables aux fibromes.

Conclusion:-

Les femmes qui présentent des fibromes et des antécédents d'infertilité représentent un défi. Chez ces femmes, ces fibromes pourraient occasionner ou non des symptômes. Elles pourraient présenter un ou plusieurs fibromes n'étant détectables que par échographie, tout comme elles pourraient présenter des fibromes étant facilement palpables par examen abdominal. En présence d'un trouble si hétérogène, il est difficile de mener des études et de formuler des conclusions adéquates. Les questions persistent quant à l'effet des fibromes sur la reproduction. Les fibromes sous-muqueux semblent exercer un effet, ce qui ne semble pas être le cas des fibromes sous-séreux.

Références:-

1. Dubuisson JB, Lecuru F, Foulot H, Cardone V. Myomectomy by laparoscopy : a preliminary report of 43 cases. *Fertil Steril* 1991;56:827-30.
2. Daraï E, Deval B, Darles C, Benifla JL, Guglielmina JN, Madelenat P. Myomectomy: laparoscopy or laparotomy. *Contracept Fertil Sex* 1996;24: 751-6.
3. Dubuisson JB, Fauconnier A, Fourchette V, Chapron C. Laparoscopic myomectomy: predicting the risk of conversion to an open procedure. *Hum Reprod* 2001;16:1726-31.
4. Malzoni M, Rotond M, Perone C, Labriola D, Ammaturo F, Izzo A *et al.* Fertility after laparoscopic myomectomy of large uterine myomas: operative technique and preliminary results. *Eur J Gynecol Oncol* 2003;24:79-82.
5. Dubuisson JB, Malartic C, Jacob J, Chapron C, Rambaud D. Preventive uterine artery occlusion combined with laparoscopic myomectomy: a valid procedure to prevent bleeding. *J Gynecol Surgery*. 2004;20:105-12.
6. Fauconnier A, Dubuisson JB, Ancel PY, Chapron C. Prognostic factors of reproductive outcome after myomectomy in infertile patients. *Hum Reprod* 2000; 15:1751-57.
7. Bozdog G, Esinler I, Boynukalin K, Aksu T, Gunalp S, Gurgan T. Single intramural leiomyoma with normal hysteroscopic findings does not affect ICSI-embryo transfer outcome. *Reproductive Biomedicine Online* 2009;19:276-80.
8. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril* 2009;91:1215-23.