

LES MYOMES UTERINS

Le plan de la question :

- I. Introduction :
- II. Classification des myomes
- III. Sur le plan anatomopathologique
 - A. Macroscopiquement
 - B. Microscopiquement
- IV. L'étiopathogénie
 - A. La génétique
 - B. Les hormones stéroïdiennes
 1. Les estrogènes
 2. La progestérone
 - C. Les facteurs de croissance
 - D. L'apoptose
- V. Le diagnostic
 - A. Les circonstances diagnostiques :
 1. Les formes compliquées :
 - Les hémorragies
 - Les complications mécaniques
 - Les modifications structurales
 - Les complications infectieuses
 - Les transformations malignes
 - L'infertilité
 2. Les formes associées :
 - A une néoplasie
 - Fibrome et grossesse
 - B. L'examen clinique :
 - C. Les examens complémentaires :
 1. L'échographie
 2. L'hystérosonographie
 3. L'hystérogographie
 4. L'IRM
 5. Hystéroscopie
- VI. La prise en charge des myomes :
 - A. Les moyens thérapeutiques
 1. Abstention et surveillance
 2. Le traitement médical
 - Indications
 - les molécules disponibles
 3. l'embolisation artérielle
 4. le traitement chirurgical :
 - les indications
 - les techniques opératoires

Conclusion

I. introduction :

- Le myome ou léiomyome appelé communément fibrome, est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer.
- Pathologie fréquente, 20% des femmes à 30 ans et 50% à 50 ans.
- Seulement 20-50% des myomes sont symptomatiques ou nécessitant un traitement.

II. La classification :

- Ils sont classés selon la position du plus grand diamètre du myome par rapport au myomètre en trois familles :

A/ les sous séreux :

Localisés à la surface du myomètre du côté péritonéal, certains sont appendus à la paroi utérine, dits : pédiculés, d'autres à base d'implantation large.

B/ les intra-muraux : dits interstitiels

Localisés dans l'épaisseur du myomètre.

C/ les sous muqueux :

Se projettent dans la cavité utérine, à base d'implantation large. Si pédiculés ils sont dits intra cavitaires.

D/ autres :

Cervicaux, isthmiques.

III. Sur le plan anatomopathologique :

A. Macroscopiquement :

Tumeur bénigne du muscle lisse, arrondie, dure, élastique, limitée par une pseudo capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le myome.

B. Microscopiquement :

Formés de cellules musculaires lisses organisées, fusiformes avec un taux de mitose faible le plus souvent.

A différencier des léiomyosarcomes.

IV. L'étiopathogénie : encore mal connue

Il existe quatre théories :

A. Génétique :

Les gènes altérés lors des anomalies génétiques restent inconnus.

Les anomalies cytogénétiques ne sont cependant pas obligatoires dans la formation des myomes.

B. Les hormones stéroïdes : il existe un facteur hormonal avec un rôle favorisant des œstrogènes.

1. Les estrogènes :
Principal agent induisant la croissance des fibromes.
 2. La progestérone :
Elle a un rôle mitogène sur les fibromes, elle augmente l'index mitotique en phase lutéale.
- C. Les facteurs de croissance :
EGF et les IGF 1 et 2 surtout IGF2 sont de puissants inducteurs de mitoses.
- D. L'apoptose :
La protéine BCL2 connue pour inhiber la mort cellulaire programmée présente une augmentation de son expression dans les fibromes.
- V. Le diagnostic :
- A. Les circonstances diagnostiques : souvent asymptomatiques de découverte fortuite.
1. Les formes compliquées :
 - **Les hémorragies :**
 - Les ménorragies sont le signe objectif le plus fréquent, souvent ignorés par les patientes et responsables d'anémie.
 - Les métrorragies peuvent être associées.
 - Si rupture de veine superficielle : hémorragie intra péritonéale.
 - **Les complications mécaniques :**
 - Les compressions : Un volumineux myome à développement abdominal : masse déformant l'abdomen, régulière, bien limitée comprimant souvent : les uretères ; la vessie ; le rectum ; et les vaisseaux pelviens.
 - La torsion : d'un myome sous séreux pédiculé, tableau aigu, marqué par une douleur abdominale brutale, défense abdominale +/- des vomissements.
 - **Les modifications structurales :**
 - La calcification
 - dégénérescence œdémateuse : augmentation du volume tumoral, de consistance ramollie, non douloureuse.
 - **La nécrobiose aseptique** : sphacèle brutale de la tumeur par ischémie secondaire à l'oblitération de l'artère nourricière du fibrome (infarctus aigu du myome).
Cliniquement : + une fébricule à 38°C avec un faciès sub ictérique
+ Les douleurs pelviennes intenses, paroxystiques accompagnées de pertes noirâtres.
+ le fibrome devient mou à la palpation et très douloureux.
A l'écho : image en cocarde, zone centrale de nécrose entourée par une couronne hypo échogène d'œdème
Le traitement : médical, avec hospitalisation, antibiotiques et anti inflammatoires
 - **les complications infectieuses :**

- Le sphacèle d'un myome accouché par le col : est la seule complication infectieuse, se traduit par des douleurs expulsives violentes, des métrorragies, et des leucorrhées fétides
 - **Les transformations malignes :**
- La dégénérescence sarcomateuse : caractérisée par des métrorragies post ménopausiques, augmentation rapide du volume du myome et altération de l'état général. Exceptionnelle.
 - **L'infertilité :**
- C'est un diagnostic d'élimination, ça concerne les myomes intra cavitaires ou sous muqueux déformant la cavité utérine.

2. Les formes associées :

- **A un néo du col :** FCV + colposcopie et biopsie
- **A un néo de l'endomètre :** surtout si des métrorragies associées.
- **A une grossesse :**
- il existe une augmentation du volume et un risque de nécrobiose aseptique.
- Les premiers mois : risque d'avortements avec rétention placentaire
- Les derniers mois : il gêne l'accommodation du fœtus, anomalies du travail, et risque important d'hémorragie de la délivrance.

B. L'examen clinique :

1. Les signes fonctionnels :

- Les ménorragies : le signe révélateur, à type de polyménorrhée ou hyperménorrhée
- Les métrorragies sont rares, le plus souvent ménométrorragies
- La douleur : variable, à type de pesanteur pelvienne, soit aiguës si torsion ou à type de coliques expulsives.
- Des troubles urinaires
- L'infertilité
- NB/ le plus souvent le fibrome est muet +++

2. L'examen gynécologique :

- A l'inspection : exceptionnellement une voussure sus pubienne.
- A la palpation : apprécie le fond et la forme de l'utérus.
- Au spéculum :
- Eventuel écoulement
- Une déviation du col
- Fibrome accouché par le col
 - Au TV couplé au palper : recherche l'appartenance de la masse, sensibilité des culs de sacs.

3. Les examens complémentaires :

- L'échographie : l'examen de référence, il apparaît sous forme arrondie bien limitée d'échogénécité variable. Elle permet de compter le nombre, évaluer la taille et préciser les rapports avec la cavité utérine
L'existence d'un halo périphérique hypoéchogène témoin du plan de clivage.
- L'hystérosographie : explore les myomes sous muqueux.
- L'hystérographie : explore le retentissement des myomes sur la cavité utérine et la perméabilité tubaire.
- L'IRM : donne la cartographie des myomes dans le cadre du bilan pré opératoire ou si suspicion de sarcome utérin.
- L'hystéroscopie : diagnostique et thérapeutique pour les myomes intra cavitaires.

VI. La prise en charge :

A. Les moyens thérapeutiques :

1. Abstention et surveillance :

- Pour les fibromes asymptomatiques dont le diamètre est inférieur à 10 cm.
- Il n'est même pas recommandé de faire un suivi échographique.

2. Le traitement médical :

- Aucun traitement médical actuellement validé n'est capable de faire disparaître les myomes. Il est donc symptomatique.
 - Les indications :
 - + Les myomes de volume petit ou moyen
 - + Seuls les myomes symptomatiques : douleur et hémorragie
 - + Courte durée du traitement inférieure à six mois.
 - Les molécules disponibles :
 - +Les progestatifs : ils diminuent ou suppriment les ménorragies par leur action atrophiante.
 - + Les analogues LHRH : castration médicamenteuse réversible, ils permettent une réduction de la taille des myomes de 50% en 6 à 8 semaines.
 - + Le DIU au lévonogestrel
 - + L'acide traxénamique
 - + Les AINS
 - + La mifépristone : diminue la taille et améliore les symptômes.
 - +Les SPRM : en cours d'évaluation pour le traitement des symptômes.

3. L'embolisation artérielle :

- Technique de radiologie interventionnelle destinée aux myomes type 2 et plus.
- Effectuée sous anesthésie au cours d'une hospitalisation de 2 à 3 jours.
- Consiste à une embolisation sélective par l'occlusion des vaisseaux myomateux par des particules de poly vinyl formaldéhyde ou de micro sphères calibrées ce qui réalise une nécrose ischémique du myome.

- Proposée pour les myomes interstitiels dont le diamètre est inférieur à 8 cm.
- Des complications graves ont été décrites : nécrose extensive, dissection artérielle.

4. Le traitement chirurgical :

■ Les indications :

+ Les myomes compliqués :

- ceux qui saignent avec retentissement sur l'HB,
- ceux qui entraînent des douleurs chroniques,
- compressifs,
- entraînent des troubles de la fonction reproductive dans le cadre d'une prise en charge en PMA.

+ Associés à une lésion génitale patente.

+ Fibromes de gros volume supérieur à 10 cm ou augmentent de volume rapidement.

■ Les techniques opératoires :

+ La myomectomie :

- Permet de conserver l'utérus et la fonction reproductive
- Elle comporte un risque hémorragique per opératoire ainsi que la possibilité de récurrence tardive.
- Elle se fait par voie abdominale, vaginale et coelioscopie et hystéroscopie.

+ L'hystérectomie :

- Traitement radical
- Totale ou sub totale
- Inter-annexielle si femme non ménopausée
- Voie abdominale ou vaginale

Conclusion :

Les myomes utérins sont une pathologie bénigne de la femme en âge de procréer ou en péri ménopause.

Le plus souvent asymptomatiques

La prise en charge dépend de l'âge, le désir de grossesse ; et le contexte clinique.

Restent la première indication d'hystérectomie chez les femmes en péri ménopause.