

Fibrome utérin géant en dégénérescence kystique : problème du diagnostic et prise en charge à propos d'un cas et revu de la littérature

B. LEMHABA, E. LEMRABOTT, M. Mohamed lemine K.Saoud N.Mamouni, S.ERRARHAY, C.BOUCHEKHI, A.BANANI

Service de gynécologie obstétrique I ; CHU HASSAN II FES

Résumé

Les fibromyomes, plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs bénignes développés au dépens des cellules musculaires de l'utérus, oestrogénodépendantes. L'incidence des fibromes augmente avec l'âge. Leurs manifestations cliniques sont multiples, le plus souvent, ils sont asymptomatiques. Elles représentent la principale indication d'hystérectomie en phase pré ménopausique. Le risque de dégénérescence est très faible, mais s'ils sont dégénératives ; elle pose en problème de diagnostic différentiel avec d'autres tumeurs utérine, l'échographie est un examen essentiel pour le diagnostic, mais en cas de fibrome de grand taille qui demeure très rare ou en dégénérescence ou en cas d'utérus polomyomateux déformé, ou en cas de présence d'une pathologie utérine associée, elle n'est pas spécifique. L'imagerie par résonance magnétique est plus intéressante. Le diagnostic de certitude est histologique après le traitement chirurgical. Nous rapportons ici le cas d'une femme gène célibataire nulligeste admise pour la prise en charge d'un fibrome géant en dégénérescence kystique, dont les explorations radiologiques restent douteuses concernant le diagnostic, ayant bénéficié d'une myomectomie. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic du myome uterin

Mots clés : *myome, dégénérescence, myomectomie*

Summary

Fibromyomas, more commonly referred to as fibroids, are benign tumors developed at the expense of estrogen-dependent muscle cells in the uterus. The incidence of fibroids increases with age. Their clinical manifestations are multiple, most often they are asymptomatic. They represent the main indication for hysterectomy in the premenopausal phase. The risk of degeneration is very low, but if they are degenerative; it poses a problem of differential diagnosis with other uterine tumors, ultrasound is an essential examination for the diagnosis, but in the event of a large fibroid which remains very rare or in degeneration or in the event of a deformed polomyomatous uterus, or in the presence of an associated uterine pathology, it is not specific. Magnetic resonance imaging is more interesting. The definitive diagnosis is histological after surgical treatment. We report here the case of a single, nulligestous woman admitted for the management of a giant fibroid in cystic degeneration, whose radiological explorations remain doubtful concerning the diagnosis, having undergone a myomectomy. Histological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of uterine myoma

Keywords: *myoma, degeneration, myomecto*

Date of Submission: 22-03-2021

Date of Acceptance: 06-04-2021

I. Introduction :

Les fibromes utérins (aussi appelés les myomes ou de léiomyomes utérins) sont des tumeurs des cellules musculaires lisses, ils représentent en gynécologie la pathologie féminine la plus fréquente. il s'agit des tumeurs gynécologiques bénignes les plus courantes chez les femmes en âge de procréer (1), ils sont rarement découverte avant la puberté et ils régressent habituellement après la ménopause,(2) , les myomes sont plus souvent asymptomatiques, les ciconstence de decouverte les plus fraquents sont les troubles de la fertilité, les menométrorragies et les algies pelviennes (3), seuls les myomes syntomatiques representent une indication therapeutique, medicale puis operatoire apres l'echec de la lere , ils restent la première cause d'hystérectomie chez les femme en prés ménopause(4) , ils peuvent poser un probleme diagnostique s'ils sont volumineuse ou en dégénérescences

II. Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 29 ans, célibataire, nulligeste, avec des cycles réguliers, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour une augmentation du volume abdomino-pelvien, associée à des douleurs pelviennes de type pesanteur évoluant depuis 01 an, dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec à l'examen abdominal : la présence d'une masse abdomino-pelvienne à mi-chemin entre l'ombilic et le xiphoïde, sans sillons de séparation avec l'utérus, avec au touché rectal un utérus augmenté de taille mobile à la mobilisation de la masse par le palpé abdominale. L'échographie pelvienne a objectivé une masse centro-pelvienne hétérogène renfermant des zones kystiques arrivant jusqu'au xiphoïde prenant tout l'écran, non dépolarisée, l'endomètre est fin faisant 4 mm, les 2 ovaires sont visualisés sans particularités, le test de grossesse est négatif. Une IRM pelvienne a été réalisée objectivant une volumineuse masse intra murale utérine de 19cm largement liquéfiée à limites nettes faisant évoquer en 1er lieu un sarcome ou un fibrome en dégénérescence. Une laparotomie exploratrice était réalisée objectivant un utérus augmenté de taille faisant 20 SA, siège d'un myome antero-fundique faisant 18 cm de grand axe interstitielle, pas d'épanchement intra-péritonéal, les 2 annexes étaient sans particularité. Une myomectomie a été réalisée sans ouverture de la cavité utérine, puis un capitonnage de la cavité résiduelle avec l'obtention d'une bonne hémostase et fermeture plan par plan, les suites opératoires ont été simples avec retour à domicile après 3 jours d'hospitalisation. L'étude histologique de la pièce opératoire a été en faveur d'un léiomyome utérin remanié



Figure 1 : l'échographie abdomino-pelvienne par voie trans-abdominale, objectivant une masse échogène hétérogène solido-kystique prenant tout l'écran

Figure 1: Abdomino-pelvic ultrasound by trans-abdominal route, showing a heterogeneous solido-cystic echogenic mass taking up the entire screen

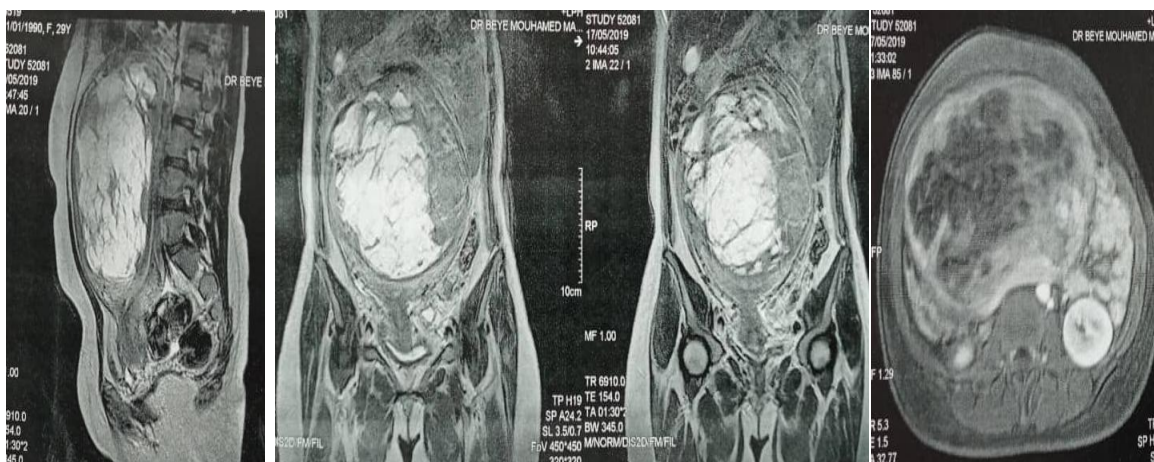


Figure 2 : IRM abdomino-pelvienne objectivant une volumineuse masse intra murale utérine de 19 cm largement liquéfiée à limites nettes

Figure 2: Abdomino-pelvic MRI showing a large uterine intramural mass of 19 cm, largely liquefied with clear boundaries

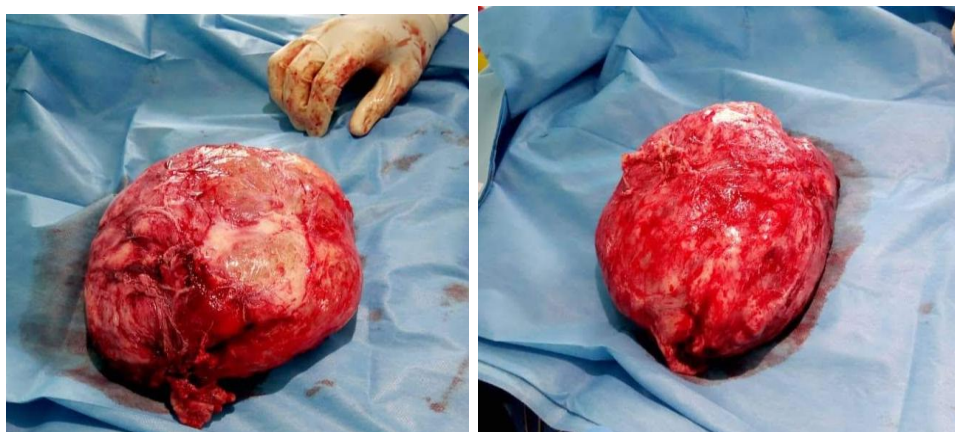


Figure 3 : aspect de la pièce opératoire « myome liquéfié de 20 cm avec des remaniements œdémateux et kystiques

Figure 3: appearance of the operative part "20 cm liquefied myoma with edematous and cystic changes

III. Discussion

Le fibrome utérin est une tumeur bénigne des cellules musculaires lisses de l'utérus [1,2], il s'agit de la tumeur la plus fréquente chez la femme en âge de procréer [3]. La plupart des fibromes utérins sont asymptomatiques et non diagnostiqués [4,5], s'ils sont symptomatiques, les symptômes varient en fonction de la localisation, le volume et les modifications dégénératives du fibrome, il s'agit le plus souvent des ménorragies et/ou des douleurs pelviennes, ou troubles de la fertilité [6,7]. L'échographie représente l'examen de choix pour le diagnostic, mais en cas de fibrome de grand taille, ou atypique ou en cas d'uterus polymyomateux ou en cas de pathologie utérine associée comme l'adénomyose, elle n'est pas spécifique ou en cas de non faisabilité par voie endovaginale comme chez les patientes toujours vierge [3]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est plus intéressante et permet une cartographie précise pré thérapeutique. Seuls les fibromes symptomatiques justifient une approche thérapeutique et ils demeurent la première cause d'hystérectomie en pré ménopause [4].

La prévalence des fibromes varie selon les études de 4,6 % à 51 % [7,8]. Cette grande variabilité de prévalence est due à l'hétérogénéité des populations étudiées, surtout en fonction des tranches d'âge des populations étudiées et la prise en considération de la présence ou non des symptômes. L'étude européenne de Downes et al. (Réalisée dans 5 pays d'Europe) a objectivé un taux de prévalence du fibrome utérin diagnostiqué et symptomatique en France de 11,7 % [8] chez les femmes de 18 ans et plus. Dans une autre étude réalisée chez des femmes de 35 à 49 ans, Baird et al ont objectivés des taux de prévalence du fibrome utérin symptomatique de 10 à 15 % [9]. Marino et al, ont réalisée une étude sur une population de femmes de 30 à 60 ans, sans précision concernant la nature symptomatique ou non des fibromes montraient une prévalence du fibrome utérin de 21,4 % [10].

H. Fernandez et al en 2014 ont mené en France une enquête auprès de 2500 femmes de 30—55 ans, ils ont objectivé une prévalence de 8,8 % avec une prévalence maximum de 13,9 % chez les femmes âgées de 45 à 49 ans (11). Enfin l'étude internationale de Zimmermann et al(12), réalisée en ligne dans huit pays différents sur 21786 femmes de 15 à 49 ans, a montré des taux de prévalence du fibrome utérin différents selon le pays et la tranche d'âge, elle varie de 4,5% (Royaume-Uni) à 9,8% (Italie), atteignant 17,8% en Italie dans la tranche d'âge des 40-49 ans.

Les tableaux cliniques sont variables, plus des moitié des myomes sont asymptomatiques, découverte lors d'un examen systématique (4, 5) ou lors d'un examen d'imagerie pelvienne (une échographie ou d'une TDM, IRM, UIV). Les symptômes peuvent se présenter sous forme des ménorragies ou ménométorragies, ou pesanteur pelvienne avec des signes de compression des organes de voisinage ou une masse abdominale perçue par la patiente. Les myomes peuvent être révélés par des complications de type **hémorragiques** surtout pour les fibromes sous-muqueux pouvant entraîner une anémie microcytaire hyposidérémique, ou **douloureuses comme dans le cas** de la nécrobiose aseptique d'un fibrome, elle est secondaire à l'ischémie du

fibrome et associée des douleurs pelviennes variables avec une fièvre entre 38° et 39°, parfois des métrorragies de sang noirâtre. L'échographie met en évidence une image en cocarde avec une hyperéchogénéicité centrale. Le traitement est médical et associant le repos au lit et la vessie de glace, des AINS (contre-indiqués en cas de grossesse) et des antalgiques. Plus rarement, la torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé peut donner aussi un tableau douloureux lié au fibrome. d'autres complications rare peuvent révéler la présence des myomes **Complications mécaniques** avec compression des organes de voisinage. **Transformation**

maligne qu' est toujours incertain et aucune filiation à ce jour n'a été démontrée. **Des Complications gravidiques peuvent etres revelarices** fausse couche spontanée à répétition, notamment en cas de fibrome sous-muqueux. Concernant la prise en charges des myomes utérins, les recommandations ont été l'Object de plusieurs réactualisations par les différentes sociétés savantes (4-13). Le myome utérin est une situation clinique banal, mais qui peut devenir complexe en cas de notion d'infertilité ou dans certains cas ou la taille ou la localisation peuvent le rendre difficilement accessible à une chirurgie conservatrice (14). Le but des traitements médicaux est uniquement de diminuer les symptômes secondaires au fibrome et non de les faire disparaître. Aucun traitement médical n'est actuellement recommande en cas de myomes asymptomatiques, Les progestatifs et le dispositif intra-uterin au levonorgestrel peuvent etre proposes afin de diminuer les menometrorragies dans une optique de court a moyen terme, ils visent a diminuer l'hyperplasie endometriale associee aux myomes. En cas de complication hémorragique aigue, l'acide tranexamique, les anti-inflammatoires non steroïdiens ou une forte dose d'estrogenes peuvent etre prescrits. Les agonistes de la GnRH, prescrits sur une duree de 2 a 3 mois, peut permettre une reduction des saignements et une restauration du taux d'hémoglobine chez une patiente candidate au traitement chirurgical (4). L'association des fibromes et infertilité est frequente mais la responsabilité des myomes reste à démontrer (14). Les modifications anatomiques et physiologiques secondaire à la présence d'un myome sont susceptibles de retentir sur la fertilité a toutes les étapes aboutissant a une grossesse. Les fibromes sont associes a un taux accru de complications obstetricales : fausses couches spontanees, douleurs, troubles de la placentation, retards de croissance intra-uterine, accouchements prematurees, hematomes retroplacentaires, presentations dystociques, hemorragies du post-partum. Mais il est impossible de definir le seuil de nombre ou de taille a partir duquel ce risque est significatif (13-14). La myomectomie est le traitement curatif des myomes, Le risque adhérentiel est la principale complication de la myomectomie. Les voies d'abord endoscopiques (hysteroscopie ou coelioscopie) sont moins pourvoyeuses d'adhérences. Pour les myomes endocavitaires, l'utilisation de l'énergie bipolaire permet de diminuer le taux de synéchie postopératoire. L'hysteroscopie de controle precoce apres myomectomie permet de depister et de lever dans le meme temps les synechies postoperatoires. (4-13-14), ce risque d'adhérence peut être diminué par l'utilisation de barrières anti-adhérentielles apres myomectomie par voie haute.

les myomes uterins sont presents chez 5 a 10 % des patientes infertiles. Ils sont considérés comme l'unique facteur d'infertilité dans 1 a 3 % des cas. Chez une patiente infertile, en conception spontanee la presence d'un myome sousmuqueux a un effet deletere sur le taux de grossesses. Le traitement hysteroscopique des myomes sous-muqueux de type 0 et de type 1 augmente le taux de grossesse en dehors de toute prise en charge en assistance medicale a la procreation (AMP). Concernant le myome intra mural, le traitement chirurgical par coelioscopie ou laparotomie n'a globalement pas d'influence sur la fertilité des femmes en conception spontanee malgré l'effet délétère de sa presence sur le taux de grossesses chez une patiente infertile en conception spontané (15). Chez les patiente infertile prise en charge en AMP les myomes de toutes localisations ont un effet délétère sur l'ensemble des paramètres de fertilité avec une diminution des taux de grossesses, d'implantation, de naissances vivantes et une augmentation du taux de pertes fœtales (16)

chez les femmes en perimenopause souhaitant preserver leur fertilité et presentant un fibrome symptomatique, La myomectomie est possible pour les myomes sous-muqueux elle doit etre idealement realisee par voie hysteroscopique, ou par voie coelioscopique en cas de myome unique, interstitiel ou sous-sereux, de diametre inferieur a 8 cm.

pour les myomes sous-muqueux, des alternatives à la résection hystéoscopique sont posibles chez les patientes sans desir de de grossesse par les techniques de reduction endometriale qui sont efficaces seules ou en association a la resection de fibrome (17). La myomectomie par laparotomie est recommandée pour les myomes multiples (≥ 3) ou de plus de 9 cm. C'était le choix adaptée à notre patiente vu la taille du myome et l'age geune de notre patiente avec toujours la desir de preserver sa fertilité. l'hysterectomie demeure le traitement de choix si absence de desir de grossesse quels que soient le type (total ou subtotal) ou la voie d'abord(18). Il existe toujours des techniques alternatives à la chirurgie (hysterectomie ou myomectomie par laparotomie, L'embolisation des fibromes utérins est une nouvelle approche thérapeutique, par l'ischémie qu'elle induit entraîne la nécrose sélective des myomes, leur réduction de volume et la disparition des symptômes (19). Il n'existe pas de seuil de nombre ou de taille de myome pouvant bénéficier de l'embolisation, mais il est recommande de traiter par embolisation un myome unique sous-muqueux (type 0 et/ou type 1) ou un myome sous-sereux pédiculé. En préopératoire, l'embolisation des artères utérines réduit de manière significative les saignements pré et peropératoires (20)

IV. Cconclusion

Les fibromes utérins (aussi appelés les myomes ou de léiomyomes utérins) représentent la pathologie féminine la plus fréquente en gynécologie, ils sont le plus souvent asymptomatiques, La prise en charge de myomes necessite un diagnostic certain de fibrome apres une cartographie precise par echographie pelvienne et endovaginale (si possible) ou hysterosonographie si necessaire ou par l'IRM en seconde intention. cette prise en

charge des myomes doit s'accompagner d'une prise en charge globale traitant les myomes, les symptômes et les conséquences (anémie, retentissement physique et psychologique), les méthodes thérapeutiques sont diverses.

References

- [1]. Salman T, Davis C. Uterine fibroids, management and effect on fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010;22:295e303.
- [2]. Englund K, Blanck A, Gustavsson I, Lundkvist U, Sjoblom P, Norgren A, Lindblom B. Sex steroid receptors in human myometrium and fibroids: Changes during the menstrual cycle and gonadotropin-releasing hormone treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:4092e6.
- [3]. -Wallach EE, Vlahos NF. Uterine myomas: an overview of development, clinical features and management. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(2): 393-406. **PubMed | Google Scholar**
- [4]. Guillaume Legendre*, Hervé Fernandez*. Actualisation de la prise en charge des myomes. *La Lettre du Gynecologue* n° 370 – mars 2012
- [5]. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22: 571—88
- [6]. Ryan GL, Syrop CH, Van Voorhis BJ. Role, epidemiology, and natural history of benign uterine mass lesions. *Clin Obstet Gynecol*
- [7]. Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, Eske-nazi B. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil Steril* 2003;80:1488—94.
- [8]. Downes E, Sikirica V, Gilbert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;152:96—102.
- [9]. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100—7.
- [10]. Marino JL, Eskenazi B, Warner M, Samuels S, Vercellini P, Gavoni N, et al. Uterine leiomyoma and menstrual cycle characteristics in a population-based cohort study. *Hum Reprod* 2004;19:2350—5.
- [11]. Fernandez H, et al. Prévalence du fibrome utérin en France et impact sur la qualité de vie à partir d'une enquête menée auprès de 2500 femmes de 30—55 ans. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.07.006>
- [12]. Anne Zimmermann¹*, David Bernuit², Christoph Gerlinger², Matthias Schaefer² and Katharina Geppert². Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Women's Health* 2012, 12:6
- [13]. Belina Carranza-Mamane et al, Prise en charge des fibromes utérins en présence d'une infertilité autrement inexplicée, *DIRECTIVE CLINIQUE DE LA SOGC, DECEMBER JOGC DÉCEMBRE 2016* 1 S597
- [14]. Henri Marret et al, les myomes et leur prise en charge, des nouvelles recommandations, la presse médicale tome 42 n° 7-8 juillet-août 2013
- [15]. Legendre G, Brun JL, Fernandez H. Place des myomectomies en situation de conception spontanée ou chez la femme désireuse de préserver sa fertilité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:875-84.
- [16]. Bendifallah S, Brun JL, Fernandez H. Place de la myomectomie chez une patiente en situation d'infertilité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:885-901.
- [17]. De Jesus I. Alternatives endocavitaires à la myomectomie dans le traitement des fibromes symptomatiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:937-43.
- [18]. Giraudet G, Lucot JP, Rubod C et al. Hors fertilité, place de la myomectomie en péri-ménopause et après la ménopause. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:902-17.
- [19]. H. Ravina et al. Embolisation des fibromes utérins : résultats sur 454 cas / *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 31 (2003) 597–605
- [20]. Kahn V, Fohlen A, Pelage JP. Place de l'embolisation dans le traitement des fibromes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:918-27.

B. LEMHABA, et. al. "Fibrome utérin géant en dégénérescence kystique : problème du diagnostic et prise en charge à propos d'un cas et revue de la littérature." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(04), 2021, pp. 07-11.