

# ***FIBROME UTERIN***

DR C. CHELHA  
Maitre Assistante en  
Gynécologie Obstétrique  
Maternité CHU ORAN

## 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-œstroqène est fortement admise qu'elle soit :

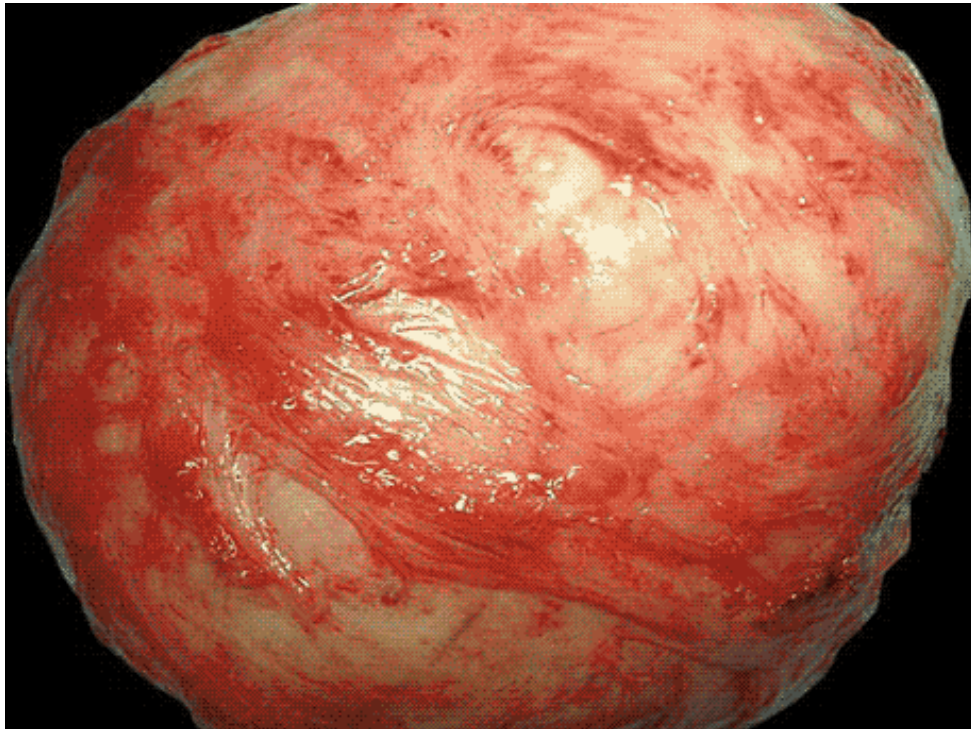
Relative (insuffisance lutéale)

Ou vraie (iatrogène).

#### **IV. ANATOMO-PATHOLOGIE**

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

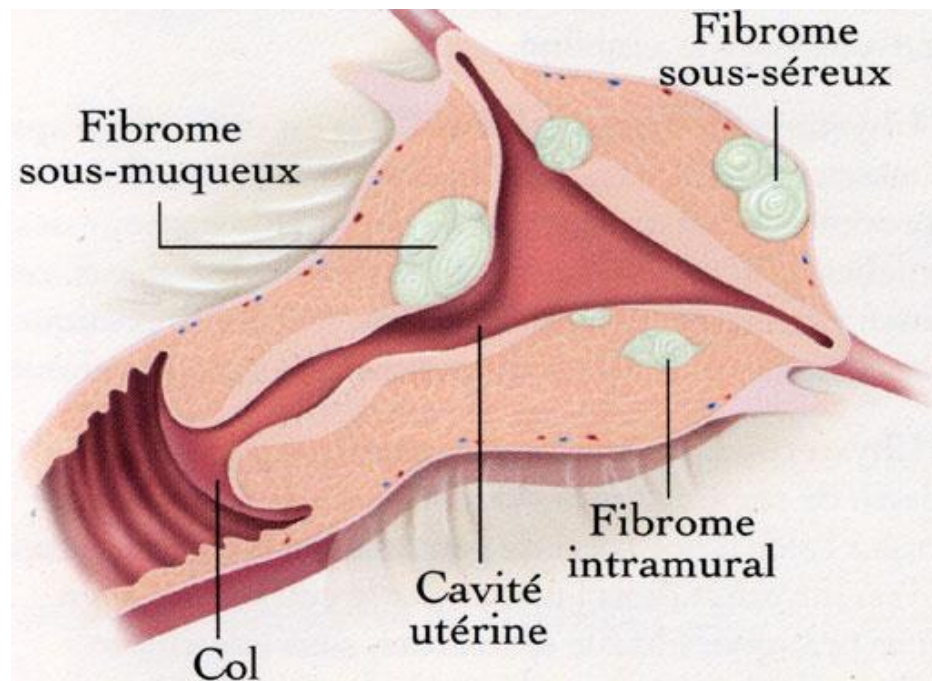
2. Etude microscopique : on retrouve un enchevêtrement des fibres musculaires lisses avec un taux de mitose faible soutenues par des travées de collagène.



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



## **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**

1. Echographie pelvienne : elle permet de diagnostiquer le fibrome, de préciser le siège, la biométrie et la structure donc intéressante pour la surveillance de l'évolution.
2. Hystérosalpingographie : permet d'affirmer une localisation intra cavitaire ou sous muqueuse et de dépister des lésions associées.

3. Hystérocopie : permet de visualiser la cavité utérine et d'affirmer la présence ou non de lésions associées. Elle permet aussi le traitement endoscopique des F. intra cavitaire.

## **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 (coelioscopie ou hystérocopie).

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.