

Fibrome

(item 342)

Objectifs :

- Devant une tuméfaction pelvienne chez une femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Argumenter l'attitude thérapeutique.
- Planifier le suivi thérapeutique.

Introduction :

Les fibro-myomes, plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs bénignes développés au dépens des cellules musculaires de l'utérus, oestrogéno-dépendantes. 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 fibro-myomes utérins. Leurs manifestations cliniques sont multiples, toutefois la majorité d'entre eux est asymptomatique.

Elles correspondent à la principale indication d'hystérectomie en phase pré-ménopausique.

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.

I. Quelles sont les circonstances dans lesquelles le diagnostic de fibrome est évoqué ?

Les circonstances sont multiples :

1. Il est important de souligner qu'environ 50% des fibromes sont asymptomatiques et sont découverts au cours d'un examen gynécologique systématique, d'une échographie ou d'une technique d'imagerie pelvienne (TDM, IRM, UIV).

2. Ménorragies

C'est le principal signe révélateur. Les règles sont augmentées en durée et en abondance. Il faut faire préciser à la patiente le nombre de changes par jour et la présence ou non de caillots ; ces hémorragies ne sont pas directement en rapport avec le fibrome lui-même, mais résultent des modifications de la cavité utérine altérant la contractilité du myomètre et de l'hyperplasie endométriale généralement associée dans le contexte d'insuffisance lutéale.

3. Métrorragies

Elles sont rarement isolées. Le plus souvent il s'agit de ménométrorragies.

4. Pesanteur pelvienne

Une pesanteur pelvienne ou des signes de compression des organes de voisinage responsables de pollakiurie par irritabilité vésicale ou de constipation par compression digestive peuvent être un mode révélateur.

5. Perception par la femme d'une masse abdominale

6. Disménorrhée, liée à un fibrome du col ou de l'isthme gênant l'évacuation du flux menstruel

7. Des complications :

a. Complications hémorragiques :

Un fibrome sous-muqueux peut être responsable d'une hémorragie plus importante pouvant entraîner une anémie microcytaire hyposidérémique. Les autres formes topographiques des fibromes (sous-séreux et intersticiel) sont rarement à l'origine de saignements.

b. Complications douloureuses :

La nécrobiose aseptique d'un fibrome est la principale cause des douleurs en cas de fibrome. Elle est secondaire à l'ischémie du fibrome et associe des douleurs pelviennes variables avec une fièvre entre 38° et 39°, parfois des métrorragies de sang noirâtre. Au toucher vaginal, le fibrome est augmenté de volume, douloureux à la palpation. L'échographie met en évidence une image en cocarde avec une hyperéchogénéité centrale. Le traitement est médical et associe :

- repos au lit et glace sur le ventre
- des AINS (contre-indiqués en cas de grossesse) et des antalgiques
- une antibiothérapie peut se discuter.

Plus rarement, il peut s'agir de la torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé, ou de l'accouchement par le col d'un fibrome pédiculé avec des coliques expulsives.

c. Complications mécaniques :

avec compression de la vessie (=> rétention d'urines), du rectum (=> « faux besoins »), des veines pelviennes (=> thromboses ou d'œdèmes des membres inférieurs, plus rarement de phlébites) ou compression nerveuse responsable de sciatique à la face postérieure de la cuisse ou compression obturatrice à la face interne de la cuisse et enfin, compression des uretères (=> urétéro-hydronephrose, voire de coliques néphrétiques ou de pyélonéphrites).

d. Transformation maligne :

Le lien fibromyome-sarcome est incertain et aucune filiation à ce jour n'a été démontrée.

e. Complications gravidiques :

- Stérilité et fausses couches spontanées à répétition, notamment en cas de fibrome sous-muqueux
- Nécrobiose, localisation praevia gênant un accouchement par voie basse, présentation dystocique en cas de fibrome volumineux ou hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise rétraction utérine

II. Quelle est la démarche diagnostique en cas de fibrome utérin ?

1. A l'interrogatoire, on recherchera :

- Une symptomatologie en rapport
- Des antécédents familiaux (notion de fibrome), personnels médicaux, chirurgicaux, gynécologiques (infertilité, THS, Contraception hormonale) et obstétricaux (FCS à répétition).

2. A l'examen clinique, on appréciera :

- L'état général (<=> anémie),
- L'examen de seins (+/- mammographie),
- L'examen de l'abdomen (masse abdomino-pelvienne) et des fosses lombaires.
- L'examen gynécologique :
 - Sous spéculum => état du col +/- FCV, prolapsus ou IUE masqué,
 - Toucher vaginal => volume de l'utérus, déformation par des fibromes multiples, masse latéro-utérine mobile avec l'utérus et non séparée par un sillon.

- L'examen complémentaire :

- A la suite de cet examen clinique, l'échographie est l'examen diagnostique de référence. L'échographie doit être réalisée par voie transabdominale et transvaginale.

Elle confirme le diagnostic.

Elle permet de préciser : la position des fibromes dans le pelvis et dans le myomètre, leur taille, leur nombre et leurs modifications (recherche d'une nécrobiose aseptique de fibrome). Elle permet également de distinguer les fibromes sous-séreux, sous-muqueux et intersticiel.

Elle élimine une grossesse intra-utérine, un kyste de l'ovaire et une hyperplasie simple.

La réalisation d'une cartographie Doppler n'améliore pas la pertinence diagnostique de l'examen échographique.

Pour préciser le développement endocavitaire, on pourra pratiquer une hystérosonographie ; elle consiste à remplir la cavité utérine de sérum physiologique à l'aide d'un cathéter dans le but de décoller les 2 faces de l'endomètre et de mouler les structures intra cavitaires.

- Les autres examens sont rarement utilisés car peu nécessaires :

L'hystéroskopie diagnostique : c'est l'examen-clé pour apprécier le retentissement intra-cavitaire des fibro-myomes comme l'hystérosonographie.

La miniaturisation des endoscopes rigides ou souples (< 4 mm) apporte une meilleure tolérance et permet de réaliser cet examen de façon ambulatoire.

L'Hystérogaphie :

L'indication de l'hystérogaphie dans le diagnostic et le bilan d'une pathologie myomateuse se sont rétrécis avec les années. Elle garde uniquement un intérêt pour apprécier le retentissement des myomes sur la cavité utérine et en cas d'infertilité associée, elle permet de pratiquer le bilan de la perméabilité tubaire dont le diagnostic peut modifier la prise en charge de l'infertilité.

Le TDM abdomino-pelvien :

Moins performant que l'échographie, le scanner n'est généralement pas indiqué, sauf en cas de localisation particulière, notamment si l'on suspecte une compression urétérale ("uroscanner").

L'IRM :

Elle permet de caractériser le siège, le nombre, la taille et la transformation du fibrome, et représente l'examen le plus efficace pour la cartographie exacte des fibromes. Elle peut également permettre le diagnostic différentiel avec l'adénomyose et les masses annexielles.

III. Quels sont les principes du traitement ?

L'évolution spontanée est imprévisible ; toutefois, les fibromes régressent habituellement après la ménopause.

1. Abstention thérapeutique

C'est la règle pour les fibromes asymptomatiques de volume modéré et de découverte fortuite.

2. Traitement médical

Les progestatifs sont habituellement utilisés. Ils visent à minimiser les saignements liés à l'hyperestrogénie relative en compensant l'insuffisance lutéale, mais ne peuvent réduire le volume des fibromes.

Les progestatifs sont prescrits du 15^{ème} au 25^{ème} jour du cycle, et du 5^{ème} au 25^{ème} jour si un effet contraceptif est souhaité.

Les dérivés de la 19-norprogestérone (norpregnanes) sont actuellement les plus utilisés : Lutényl®,

Surgestone®.

En cas de volume jugé trop important et/ou d'anémie sévère, la prescription d'agonistes de la LH-RH peut être indiquée dans un but exclusivement pré- ou péri-opératoire et pour des durées inférieures à 6 mois.

3. Traitement chirurgical

- Traitement chirurgical conservateur : la myomectomie

L'indication du traitement conservateur des fibromes est guidée par le désir de la patiente de préserver sa fertilité.

Myomectomie par voie abdominale par laparotomie ou par coelioscopie selon la taille du fibrome. Cette myomectomie fragilise le myomètre, surtout en cas d'ouverture de la cavité utérine.

Résection de fibrome endocavitaire sous hystérocopie pour les fibromes intra-cavitaires. La résection hystérocopique des fibromes est la technique de référence en cas de myomes sous-muqueux symptomatiques respectant les critères suivants : taille < 4 cm et développement majoritairement intra-cavitaire.

- Traitement chirurgical radical : hystérectomie

En cas d'hystérectomie dans un contexte d'utérus myomateux, la voie vaginale tend à devenir la technique de référence, lorsque le volume et/ou le défaut d'accessibilité vaginale ne la contre-indiquent pas. La coelio-chirurgie peut (seule ou le plus souvent en association avec la voie vaginale) être indiquée notamment en cas de masse annexielle associée ou d'adhérences. Dans les autres cas, ou en cas de difficultés per-opératoires, on doit recourir à la laparotomie.

Indications

Les indications chirurgicales restent basées sur des données "empiriques", mais relativement consensuelles :

- utérus myomateux associé à des ménométrorragies fonctionnelles résistantes au traitement médical, surtout en cas de retentissement général (anémie, transfusions);
- myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement notamment sur l'appareil urinaire;
- myomes sous-séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose, responsables de douleurs pelviennes.

4. L'embolisation :

Elle a pour objectif la nécrose du fibrome utérin. Elle consiste en l'obstruction de la vascularisation du fibrome par injection de particules sous contrôle radiologique. Ses deux principales indications sont :

- à visée thérapeutique comme traitement isolé
- à visée préopératoire afin de diminuer le saignement per-opératoire.

Points essentiels

- Les fibromes sont très fréquents.
- Ils ne sont pas toujours symptomatiques.
- Le principal examen d'orientation diagnostique est l'échographie.
- La principale variété de fibrome à l'origine de saignements est le fibrome sous-muqueux.
- En l'absence de symptomatologie, aucun traitement n'est nécessaire quelque soit la taille du fibrome.
- Le traitement médical par progestatifs n'est efficace que sur les anomalies de l'endomètre souvent associées.
- Le traitement est essentiellement chirurgical.
- Les complications (en dehors des hémorragies) sont rares.