

QUELLE ISSUE POUR LA GROSSESSE JEUNE DANS UN UTERUS MYOMATEUX ?



S. ADISSO*, H. HOUNSOSSOU**, I.R.ALLE*, E.L. ADISSO***, I. TAKPARA*, E. ALIHONOU*

*Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire – Hubert Koutoukou Maga (CUGO, CNHU-HKM) : 01 BP 1822, Cotonou

** Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC), UAC, Bénin

*** Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale du CNHU-HKM

Auteur Principal : Sosthène ADISSO, Gynécologue-Obstétricien, FSS, Cotonou 03 BP 2855 Cotonou, Tél. (229) 95154877, **Email** : noudeli2014@gmail.com

RESUME

Les myomes utérins, tumeurs bénignes développées aux dépens des cellules musculaires utérines, associés à une grossesse, peuvent en influencer l'évolution. En vue d'apprécier l'issue d'une grossesse jeune dans un utérus fibromateux, nous avons mené, sur des grossesses dont le terme est inférieur ou égal à 6 mois, une étude prospective transversale du 1^{er} Mars au 31 Mai 2004, dans quatre centres de santé de Cotonou et de ses environs : la CUGO, le CS Mèntonin, la clinique de Houéyiho et le CS Al Fayçal. Elle a porté sur 417 gestantes dont 52 ont été porteuses de myomes, soit 12,5%. La tranche d'âge moyenne a été de 25 à 34 ans. Les nullipares et les primipares ont été les plus affectées, et 8 patientes sur 10 avaient un utérus monomyomateux. Les fibromes, corporeaux pour la plupart, ont été de localisation interstitielle dans 4 cas sur 10, et sous-muqueuse dans 3 cas sur 10. L'insertion placentaire a été en regard du myome dans 53,8% des cas. Les complications observées sont les douleurs pelviennes et les métrorragies, à proportions égales. Un avortement spontané est survenu chez 1 gestante porteuse de myome sur 10 contre 1 femme sur 100 dans le groupe des gestantes non porteuses de myome. Comme facteurs favorisant ces avortements spontanés, nous avons identifié : l'utérus polymyomateux, la localisation sous-muqueuse du myome, ainsi que l'insertion placentaire en regard du myome utérin.

Les complications de l'association myome et grossesse sont fréquentes, d'où son appartenance au lot des grossesses à risque élevé. Il faudrait donc promouvoir le dépistage du myome avant toute grossesse, ainsi que son diagnostic topographique et sa prise en charge par des techniques peu agressives. Ceci pourrait être bénéfique pour les patientes.

Mots clés : myome utérin, grossesse, insertion placentaire, avortement spontané

SUMMARY

Uterine fibroids, benign tumors developed at the expense of uterine muscle cells, is a condition that associated with pregnancy, can influence evolution. To investigate the outcome of a young pregnancy in a fibroid uterus, we conducted on pregnancies whose term is less than or equal to 6 months, a prospective study from March 1 to May 31, 2004, in four centers of Cotonou and its surroundings: CUGO, CS Mèntonin, clinic Houéyiho and CS Al Fayçal. It involved 417 pregnant which 52 were carriers of leiomyomas, or 12.5%. The average age range was 25-34 years. Nulliparous and primiparous women were the most affected, and 8 out of 10 patients had a single leiomyoma. Most fibroids are insert on uterine body, and had interstitial localization in 4 cases out of 10, and submucosal in 3 cases out of 10. The placenta's insertion was next myoma in 53.8% of cases. The complications observed are pelvic pain and metrorrhagia, in equal proportions. Spontaneous abortion occurred to 1 out of 10 pregnant women with leiomyoma, against 1 out of 100 women in the group of pregnant women without leiomyoma. As factors promoting these spontaneous abortions, we have identified: several leiomyomas, submucosal myoma location and the placenta's insertion next leiomyoma.

Complications of pregnancy and leiomyoma association are frequent, hence its membership lot of high-risk pregnancies. We should therefore promote screening myoma before pregnancy, its topographic diagnosis, and its management by little aggressive techniques. This could be beneficial to women.

Keywords: uterine myoma, pregnancy, placenta insertion, spontaneous abortion

INTRODUCTION

Les fibromyomes, plus couramment dénommés fibromes, sont des tumeurs bénignes développées aux dépens des cellules musculaires de l'utérus. Ils affectent 20 à 25% des

femmes [1 ; 2] et représentent 46,92% des tumeurs pelviennes [3]. Ils peuvent, d'une façon ou d'une autre, influencer l'évolution d'une grossesse.

Ces myomes ont des localisations diverses, parmi lesquelles les myomes fundiques qui sont susceptibles de gêner et même d'empêcher la nidation, les myomes isthmiques qui peuvent gêner l'accouchement.

Certaines études ont montré que les myomes représentent dans 30% des cas, des causes d'avortement spontané [4]. Sachant qu'une grossesse arrêtée représente une situation déplorable et préoccupante pour la femme, le couple et la famille, lorsqu'elle survient dans le contexte d'un utérus fibromateux, la question suscite beaucoup d'interrogations. Il importe alors d'en étudier la fréquence et le pronostic aux deux premiers trimestres gestationnels.

MATERIEL ET METHODES

La présente étude a été réalisée dans 4 centres de Cotonou et ses environs :

- la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou,
- le Centre de santé de Mènonin à Cotonou,
- la Clinique de Houéyiho à Cotonou,
- le Centre de santé AL FAYCAL à Porto-Novo.

Matériel

Nous avons réalisé des échographies à l'aide des appareils suivants :

- Deux d'entre eux sont de marque SIEMENS, et sont munis de trois sondes, dont deux sectorielles de 3,5 et 5MHz, et une troisième à barrette de 3,5MHz.
- Deux autres sont de marque COMBISON 320-5, munis d'une sonde sectorielle de 3,5 MHz.

Des reprographes sont disponibles pour reproduire les images sur papier thermique.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective transversale portant sur une population de femmes enceintes reçues en consultation dans les dits centres, dans la période du 1^{er} Mars au 31 Mai 2004.

Les critères d'inclusion retenus pour notre échantillon, sont :

- Etre africaine de race noire, et vivant en République du Bénin
- Etre porteuse d'une grossesse de terme inférieur ou égal à 6mois (28SA), et bénéficier d'une échographie obstétricale dans l'un des quatre centres précités.

Ont été exclues de l'étude, toutes les femmes qui ne sont pas africaines de race noire, toutes celles qui ne sont pas enceintes, et celles qui sont au 3^e trimestre de grossesse.

L'échantillonnage est exhaustif et tient compte de toutes les femmes venues en consultation dans ces centres dans la période, et respectant les critères d'inclusion.

Les variables étudiées sont : l'âge, la parité, la présence ou non de myome utérin, le type et le siège du myome, ainsi que l'évolution de la grossesse.

Les données ont été recueillies par entretien avec les gestantes, et remplissage de la fiche d'enquête préétablie. Les considérations éthiques nous ont amené à expliquer aux gestantes, l'importance de notre étude pour la santé de la reproduction, ainsi que le caractère anonyme des résultats. Ceci a permis d'obtenir leur consentement éclairé.

Le traitement des données a été réalisé avec le logiciel Epi-Info 6.5 version française.

RESULTATS

Les résultats portent sur : la fréquence de l'association myome et grossesse, le profil des gestantes, leur répartition selon la présence ou non de myomes utérins, la présence d'un ou de plusieurs noyaux myomateux, les types et localisations de ces myomes, l'insertion placentaire en regard du myome ou non, les complications des myomes, ainsi que l'issue de la grossesse.

Fréquence de l'association myome et grossesse

Sur les 417 gestantes de notre échantillon, 52 patientes ont présenté une grossesse dans un utérus myomateux. La fréquence de cette association est donc de 12,47%, soit 1 femme sur 8.

Profil des gestantes

Dans notre série, les gestantes ayant entre 25 et 34 ans, représentent 236 sur 417, soit 56,6%. La moins âgée a 15 ans et la plus âgée, 44 ans. Ce sont des nullipares ou des primipares dans 65 cas sur 100 (65,38%).

Utérus monomyomateux ou polyomyomateux

Dans cette étude, 43 gestantes sur 52 avaient un utérus porteur d'un seul noyau myomateux, soit 82,7%, tandis que 17,3% des utérus gravides étaient polyomyomateux.

Types et localisations des myomes utérins

Parmi les myomes, les types interstitiels, sous – muqueux, et sous – séreux ont été retrouvés respectivement dans 23 cas sur 57 (40,3%),

21 cas sur 57 (36,8%), et 13 cas sur 57 (22,8%). Ils ont été corporeaux dans 50 cas sur 57, soit 87,7%, et plus rarement sur l'isthme avec 12,3% de cas.

Relation myome - placenta

L'insertion placentaire s'est faite en regard du myome chez 28 patientes sur 52, soit 53,8% des cas.

Complications

Les complications des myomes observées au cours de ces 2 premiers trimestres, sont essentiellement les douleurs pelviennes et les métrorragies, survenues à proportions égales, soit 10 cas sur 20 chacune.

Tableau I : Répartition du nombre de noyaux myomateux selon les signes de complications

Signes de complication	Un noyau myomateux		Plusieurs noyaux myomateux	
	Effectif	Fréquence (pc)	Effectif	Fréquence (pc)
Douleurs	07	43,75	03	75,00
Métrorragies	09	56,25	01	25,00
Total	16	100,00	04	100,00

Tableau II : Répartition des types de myomes selon les signes de complications

Signes de complication	Sous - muqueux		Sous - séreux		Interstitiel	
	Effectif	Fréquence(pc)	Effectif	Fréquence (pc)	Effectif	Fréquence (pc)
Douleurs	03	50,00	03	60,00	04	44,44
Métrorragies	03	50,00	02	40,00	05	65,66
Total	06	100,00	05	100,00	09	100,00

Issue de la grossesse

Dans notre échantillon général, sur les 417 gestantes, 08 ont fait un avortement spontané, soit 1,9%.

Tableau III : Répartition des gestantes porteuses ou non de myomes selon l'issue de la grossesse

Issue de la grossesse	Gestantes porteuses de myomes		Gestantes non porteuses de myomes	
	Effectif	Fréquence (pc)	Effectif	Fréquence (pc)
Grossesse évolutive	49	94,23	360	98,63
Grossesse arrêtée	03	05,77	05	01,37
Total	52	100,00	365	100,00

Dans notre étude, nous avons eu 3 avortements spontanés dans la série des utérus myomateux. Ces 3 grossesses ont eu leur insertion placentaire en regard du myome utérin, soit 100%.

Tableau IV : Répartition de l'issue de la grossesse selon le nombre de noyaux myomateux

Issue de la grossesse	Utérus monomyomateux		Utérus polymyomateux	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Grossesse évolutive	41	95,35	08	88,89
Grossesse arrêtée	02	04,65	01	11,11
Total	43	100,00	09	100,00

Tableau V : Répartition de l'issue de la grossesse en fonction des types de myomes

Types de myomes	Grossesse arrêtée		Grossesse évolutive	
	Effectif	Fréquence (pc)	Effectif	Fréquence (pc)
Sous - muqueux	02	66,67	19	35,19
Sous - séreux	01	33,33	12	22,22
Interstitiel	00	00,00	23	42,59
Total	03	100,00	54	100,00

DISCUSSION

Dans notre série, la fréquence de l'association fibrome + grossesse, paraît un peu plus élevée que celle de LOPES S. et al [5], en 1999 qui ont retrouvé une fréquence de 3,87%. Cette différence s'expliquerait par le fait que les cas rapportés dans leur étude sont essentiellement ceux de fibromes symptomatiques, alors que dans la nôtre, il y a eu un dépistage échographique systématique de toutes les gestantes.

Profil des gestantes

L'âge moyen de l'échantillon général est de 28ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 - 34ans. Notre échantillon est donc relativement jeune, comme l'ont aussi conclu ZEGHAL en Tunisie [6], et TCHENTE au Cameroun [7] avec des âges moyens respectifs de 32 et 31 ans.

La majorité des gestantes est nullipare ou primipare dans notre série. Cela corrobore les travaux de BAYO à Dakar [8] qui a trouvé une proportion de 57% de nullipare et de primipare. Ces résultats se rapprochent également de ceux de ZEGHAL et al qui ont trouvé une majorité de primipare.

Types et localisations des myomes utérins

Notre étude a révélé un fort taux de myomes corporeaux, comme l'ont d'ailleurs montré N'GBESSO et al [9] dans leurs travaux en 2003. Ce sont, dans la majorité des cas, des myomes interstitiels. Cette remarque a été également faite par ZEGHAL et al [6] qui en retrouvent 68% dans leur étude.

Utérus mono ou polymyomateux

La majorité des gestantes de notre étude est porteuse d'un seul noyau myomateux. Ce résultat est sensiblement comparable à celui de ZEGHAL et al [6] qui retrouvent un nombre moyen de noyaux fibromateux de 1,7 par grossesse dans leur série.

Insertion placentaire en regard ou non du myome

L'insertion placentaire des grossesses dans un utérus myomateux peut se faire en regard du myome ou non. Notre étude a révélé une localisation préférentielle en regard du myome utérin.

Complications du myome

Les complications des myomes observées dans notre étude sont principalement les douleurs pelviennes et les métrorragies. Les douleurs ont compliqué 4 grossesses sur 10 dans un utérus monomyomateux, et 7 grossesses sur 10 dans un utérus polymyomateux, mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,26$).

Les métrorragies, quant à elles, ont été retrouvées dans 5 grossesses sur 10 dans un utérus monomyomateux et dans 2 grossesses sur 10 dans un utérus polymyomateux. La différence n'est pas significative non plus ($p=0,26$).

Le nombre de noyaux myomateux n'influencerait donc pas directement la survenue ou non de complications du fibrome au cours des premiers trimestres de la grossesse.

Les fibromes sous-muqueux de notre étude se sont le plus fréquemment compliqués de douleurs pelviennes, tandis que les fibromes interstitiels se sont compliqués de métrorragies.

Issue de la grossesse

Les grossesses associées au myome utérin, se sont arrêtées dans 5,77% des cas dans notre étude. Ainsi donc, 1 gestante sur 20 porteuses de myome utérin a eu un avortement spontané. Ce résultat est proche de celui de MONNIER et al [10] qui retrouvent un taux de 4% d'avortements spontanés, mais nettement inférieur à celui de GLAVIND et al [11] et de TCHENTE et al [7] qui en retrouvent respectivement 18% et 11,3%, soit environ 1 à 2 femmes sur 10. Ces chiffres montrent qu'il existe une influence de l'association myome et grossesse sur l'issue de celle – ci.

Le nombre de noyaux influence l'évolution de la grossesse dans un utérus myomateux, en ce sens que 1 sur 9 patientes aux utérus polymyomateux a spontanément avorté, contre 1 sur 21 de celles porteuses d'un seul noyau.

La localisation sous-muqueuse du fibrome sur grossesse augmente également le risque de fausse couche spontanée. 7 sur 10 grossesses arrêtées sont associées à des myomes sous muqueux tandis que 3 grossesses arrêtées sur 10 le sont aux myomes sous séreux. C'est certainement ce qui ex-

plique que « parmi les fibromes, les sous muqueux sont la cause unique d'infécondité » selon les travaux de GARCIA et al en Amérique [12].

Les grossesses associées aux myomes utérins se sont arrêtées dans 5,8% des cas de notre étude, alors que 1,4% des gestantes aux utérus non myomateux ont fait une fausse couche spontanée. L'association myome et grossesse apparaît donc être un facteur qui favorise l'arrêt spontané avant la fin du 2^e trimestre.

La totalité des grossesses arrêtées ont une localisation placentaire en regard du myome utérin. L'insertion placentaire en regard du myome utérin semblerait donc être de mauvais pronostic pour l'issue d'une grossesse. Une grossesse dont le placenta se retrouverait en regard d'un myome utérin devrait donc être doublement surveillée, que ce soit sur le plan clinique qu'échographique.

CONCLUSION

L'association fibrome et grossesse n'est pas rare dans notre milieu africain, et particulièrement au Bénin. Elle constitue une grossesse à risque élevé pour la mère et le fœtus, d'autant plus que ses complications sont fréquentes. Elles doivent faire l'objet d'un suivi clinique et échographique particulier aux 2 premiers trimestres afin de détecter et de prendre en charge précocement toute complication éventuelle. La meilleure prévention serait de promouvoir le dépistage et le diagnostic topographique précis des myomes utérins avant toute grossesse, et leur prise en charge par des techniques peu agressives. Ceci pourrait être bénéfique pour les patientes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Stewart E. A.** *Uterine fibroids*, Lancet 2001, 357 :293-98
- 2- **Laghzaoui Boukaidi M, Bouhya S, Hemas S, Bennani O, Aderdour M**, *Epidémiologie des fibromes utérins*, 2001, Maroc Médical, 23 : 266-70
- 3- **Vuochchhen G, Santini H**, *Etude des fibromes utérins dans le service de gynécologie du Centre National de Protection Maternelle et Infantile*, Cambodge, 1997-2000 : 1-4
- 4- **de Tourris H, Rhenrion M**, *Gynécologie et Obstétrique*, 5^e Ed, Paris : Delecour, 1985 :30-36
- 5- **Lopes P, Thibaud S, Simonnet R, Boudineau M**, *Fibrome et grossesse, quels sont les risques?*, J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 1999, 28 : 772-777
- 6- **Zeghal D, Ayachi A, Mahjoub S**, *Fibrome et grossesse : les complications*, La Tunisie Médicale, 2012, 90 (4) : 286-90
- 7- **TchenteNguefack C, Fogaing A. D, Tejiokem M. C**, *Evolution de la grossesse sur un utérus fibromyomateux chez un groupe de femmes camerounaises*, J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 2009, 38 (6) : 493-99
- 8- **Bayo S, Zinsou R, N'Diaye P, Quenum C**, *le fibrome utérin à Dakar : à propos de 316 cas*, Afr. Med, 1976 : 385-90
- 9- **N'Gbesso R. D, N'Goan N, Coulibali A, Mushi M**, *Apport de l'échographie, « masses utérines, vaginales et pelviennes chez la femme noire »*, Cahier de Santé, 1996:145-150
- 10- **Monnier J. C, Bernadi C, Lanciaux B**, *L'association fibrome et grossesse : à propos de 51 observations relevées d'Avril 1976 à Décembre 1984*, Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1986 (81) : 99-104
- 11- **Glavind K, Palvio D, Lauritzen J. G**, *Uterine myomas in pregnancy*, Acta. Obstet. Gynecol. Scand, 1990, 69 : 617-19
- 12- **Garcia C. R, Tureck R.W**, *Submucosal leiomyomas and infertility*, Fertil. Steril, 1984, 42 :16-9
- 13- **Kellal I, Haddouchi El, Body G**, *Grossesse et fibrome, quelles complications ?*, Gyn. Obstet et Fertil, 2010, 38 (10) :569-75
- 14- **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**, *Actualisation de la prise en charge des myomes* in Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, 2011 : 709-30