



FACTEURS LIMITANT LA PRISE EN CHARGE DU LEIOMYOME REMANIE AU CHU MEL DE COTONOU : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE.

Hounkpatin B¹, Dangbemey DP¹, Aboubacar M¹, Azonbakin S¹, Adjadohoun S⁴, Tognifode V¹, Ogoudjobi M², Lokossou S³, Ahomadegbe C⁵, Dessou P¹ Perrin RX¹.

1 Service de gynécologie obstétrique - CHU MEL de Cotonou

2 Service de gynécologie obstétrique - CHUD OP de Porto Novo

3 Clinique universitaire de gynécologie obstétrique - CNHU HKM de Cotonou

4 Centre de radiologie, d'échographie de scanner et IRM de Cotonou

5 Clinique de Cancérologie de Cotonou

Auteur correspondant : Dr Djima Patrice DANGBEMEY, Gynécologue obstétricien. Assistant Chef de Clinique. Service de gynécologie obstétrique - CHU MEL de Cotonou. E-mail : ddpatous78@yahoo.fr. +229 66 25 75 24 /+229 65 47 58 58

RESUME

Les léiomyomes sont des pathologies courantes. Cependant ils peuvent présenter parfois des aspects inhabituels ce qui engendre des difficultés de prise en charge. La reconstitution du parcours thérapeutique d'une patiente de 36 ans, infertile porteuse d'un utérus polymyomateux et son suivi postopératoire ont permis d'identifier de nombreux facteurs limitant la précocité de la prise en charge. Malgré une prise en charge chirurgicale effective le pronostic fonctionnel reste réservé.

Mots clés : léiomyome remanié- prise en charge-facteurs limitants

SUMMARY

Leiomyomas are common pathologies. However, they can sometimes present unusual aspects causing difficulties in management. The reconstitution of the therapeutic journey of a 36-year-old infertile woman with polymyomatous uterus, and her postoperative follow-up made it possible to identify numerous factors limiting an early treatment. Although a surgical management has been effective the functional prognosis remains uncertain.

Keywords: reshaped leiomyoma-surgical management-limiting factors

INTRODUCTION

Les myomes utérins constituent des pathologies courantes avec une incidence estimée entre 20 à 40% chez les femmes en âge de procréer. [1] Ces myomes sont le plus souvent sources de plusieurs états morbides tels que les douleurs pelviennes, les ménométrorragies et de l'infertilité par réduction du potentiel d'implantation de l'œuf au sein de la muqueuse utérine.

L'évolution peut se caractériser par des remaniements fibromateux multiples, la plupart étant souvent considérée comme des modes de vieillissement. Ces remaniements sur le plan histologique se présentent sous plusieurs types : remaniements hyalin (60%), œdémateux (50%), mucoïde, graisseux, kystique, hémorragique (10%) calcique (4%). [2] Certains de ces myomes remaniés peuvent présenter des aspects cliniques particuliers engendrant des difficultés diagnostiques, notamment le diagnostic différentiel avec le léiomyosarcome, entraînant un retard de prise en charge. [3; 4] Plusieurs facteurs limitant la précocité diagnostique et thérapeutique peuvent se retrouver chez une même patiente en Afrique Subsaharienne et surtout au Bénin. Nous rapportons un cas de léiomyome utérin remanié prise en charge chez une nulligeste de 36 ans après 13 ans de désir de maternité.

OBSERVATION

Patiente A O nulligeste de 36 ans a consulté le 21 juillet 2018 pour une infertilité primaire de 13 ans. Elle a présenté 7 ans plus tôt, un utérus polymyomateux symptomatique ayant nécessité plusieurs consultations gynécologiques puis de tradipraticiens avec une phytothérapie sans succès. L'échographie abdominopelvienne avait conclu à un volumineux utérus polymyomateux avec quatre (4) gros noyaux myomateux dont un endocavitaire. Une hystérectomie aurait été proposée mais refusée par la patiente. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée deux (02) ans plus tard montrait un volumineux utérus polymyomateux mesurant 24 cm x 21cm x 12cm avec trois noyaux interstitiels non vascularisés. On notait une masse intra cavitaire hétérogène mesurant 19,5x 16cm x 10cm, modérément vascularisée et latéralisée à droite faisant discuter un fibrome intra cavitaire (Figure 1 et 2).



Figure 1 : Coupe sagittale montrant le fibrome hétérogène



Figure 2 : Coupe transversale montrant le noyau intra cavitaire

La décision opératoire a été prise. A la coeliotomie, il a été découvert, un volumineux utérus polymyomateux comme 8 mois de grossesse, un myome antérofundique de 24 cm avec de gros vaisseaux sanguins collatéraux, deux noyaux dont un isthmique de 4cm antérieur et l'autre postérieur (figure 3).



Figure 3 : Volumineux utérus polymyomateux, hydrosalpinx gauche et ovaire gauche

Il a été réalisé une polymyomectomie complétée par une excision exérèse du myomètre remanié jusqu'au muscle utérin sains sous-jacent. Les pertes sanguines étaient évaluées à 1600 ml (figure 4, 5).



Figure 4 : ablation du noyau myomateux dégénéré hémorragique



Figure 5 : l'ensemble des pièces opératoire avec les pièces de l'excision du myomètre

L'analyse histologique des pièces opératoires avait conclu à des léiomyomes utérins remaniés sans signes de malignité (figure 6).

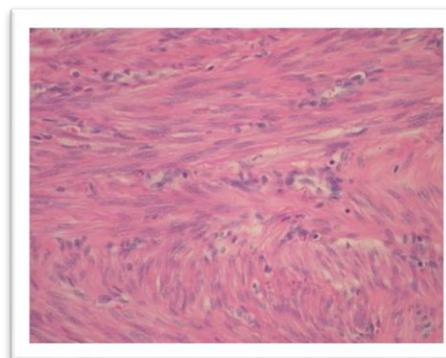


Figure 6 : Aspect histologique de léiomyome utérin remanié avec des noyaux réguliers : x 20 (HE)

Les suites opératoires immédiates ont été marquées par une anémie aiguë à 5,4g/dl décompensée sur choc hémorragique ayant nécessité une transfusion de 700ml de culot globulaire iso groupe iso rhésus. Un retard de la cicatrisation et une synéchie isthmique levée par dilution à la bougie de Hégar ont caractérisé les suites opératoires tardives.

DISCUSSION

Les léiomyomes utérins sont des pathologies gynécologiques bien connues mais les complications à type de remaniement sont très peu décrites dans la littérature.

Les relations entre les myomes et l'infertilité sont connus de vieille date. Alors que le myome influence fortement l'infertilité, cette dernière l'aggrave dans les pays en voie de développement comme le Bénin. [5] Chez notre patiente, il avait un retard important dans la prise en charge lié au refus de la patiente pour la prise

en charge chirurgicale initiale proposée. L'hystérectomie d'emblée n'est pas une indication de fibromes utérins chez une femme jeune infertile désireuse de maternité [6].

L'exploration initiale était incomplète chez cette patiente et pouvait être une source d'incertitude et de mauvaise communication. En effet, la prise en charge des fibromes utérins dépend en grande partie de la précision du diagnostic initial. En grossissant et en développant sa propre vascularisation, le fibrome subit différentes transformations : hyaline ou myxoïde, kystique, rouge ou nécrotique, calcique ou transformation graisseuse. L'échographie pelvienne, bien que recommandée pour le diagnostic d'une masse utérine, est parfois insuffisante du fait de gros utérus, de la nature de la transformation ou du volume qui dépasse la couverture spatiale de la sonde.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est recommandée pour résoudre ces difficultés diagnostiques. L'IRM peut aider à préciser l'origine utérine d'une masse, différencier un adénomyome d'un fibrome, établir une cartographie plus précise de fibromes utérins multiples et identifier le type et les complications possibles du fibrome utérin [7]. Goto A. montrait que l'utilisation de séquence dynamique permettrait une différenciation plus facile avec une sensibilité de 100% pour une spécificité de 88%. [8] Notre patiente a pu bénéficier tardivement de cette exploration en raison de la disponibilité de l'IRM et surtout de son accessibilité financière au Bénin.

Chez notre patiente, il avait une hantise de léiomyosarcome à cause des caractéristiques cliniques de la masse. Notre cas clinique selon la classification de Kempson RL [9] appartient aux groupes de tumeurs bénignes sur le plan clinique avec une apparence grossière particulière ou une distribution anatomique inhabituelle. Heureusement cette hantise a été levée avec l'examen anatomo-pathologique. Au Bénin, comme dans bon nombres de pays africains, le recours à la médecine traditionnelle en cas de myome est fréquent. C'était le cas chez cette patiente qui a bénéficié d'une phytothérapie pendant 07 ans sans succès.

Au CHU MEL de Cotonou, certaines patientes suivies pour myomes utérins et perdues de vue, sont parfois revues des mois plus tard en consultation en quête de confirmation, par les techniques modernes, de leur guérison après une phytothérapie au long court. La plupart de ces patientes avaient développé des complications à type de remaniements sur un mode kystique

ou de la calcification du myome. Le rôle anti-inflammatoire des extraits de plantes a été prouvé in vitro et leur efficacité sur la prise en charge de douleur chronique par l'inhibition des mastocytes, des thromboxanes et 6 kéto PGF. [10] Mais leur contribution sur le plan physiopathologique au processus de remaniement reste à établir. La durée de vie (des myomes) supérieure à deux (2) ans et le recours à la médecine traditionnelle étaient des données constamment retrouvées chez ces patientes.

Le volume total des myomes et la taille étaient les déterminants de morbidité pouvant caractériser la prise en charge chirurgicale. Cette chirurgie fonctionnelle présente un risque de transfusion sanguine dans 20% des cas selon Fanny M. et col. [11,12] En effet, les risques hémorragiques et transfusionnels sont corrélés avec la taille et la longueur de l'incision totale pratiquée sur l'utérus. Selon Vercellini et col, le volume de sang augmente de façon significative lorsque la taille de l'utérus est supérieure à celle de 12 SA de grossesse et lorsque la longueur totale des incisions sur l'utérus dépasse 12 centimètres [13]. La patiente, objet d'étude avait une hauteur utérine de 32 centimètres (36 SA) et le risque hémorragique était alors évident. Ce qui explique alors la quantité importante de sang spolié et le choc hémorragique avec la transfusion de 700 ml de culot globulaire.

Les complications à moyen et long terme de la myomectomie telles que les adhérences anormales de l'utérus, des trompes, ovaires et les synéchies utérines toutes issues de la fibrinolyse anormale du sang dans un environnement de désir de maternité et d'absence de plaque anti adhérences limitent la prise en charge [11]. Notre patiente a développé une synéchie isthmique prise en charge. La topographie isthmique et l'excision du muscle utérin remanié pouvaient être des facteurs contributifs des adhérences et synéchies du fait de la fibrinolyse et de la cicatrisation des loges de myomectomie. D'un point de vue fonctionnel, le pronostic obstétrical est réservé à cause de l'âge et de la myomectomie [12].

CONCLUSION

Les remaniements de myomes utérins sont très peu décrits dans la littérature. L'inaccessibilité à l'IRM, l'infertilité et les pratiques traditionnelles étaient des facteurs limitant le diagnostic précoce. La taille du myome et l'excision de la partie remaniée étaient source d'hémorragie importante. La topographie isthmique endocavitaire et l'excision du myomètre remanié était source de synéchie utérine.

REFERENCES

1. Lansac J, Marret H. Myomes utérins. In gynécologie pour le praticien ; Elsevier Masson SAS 2018. P 65
2. Rouanet JP, Juhan V, Maubon A. Prise en charge des fibromes utérins. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction 1999 ; 28: 715-718
3. Rammeh-Rommani S, Mokni M, Stita W, Trabelsi, A Hamissa S, Sriha B, Tahar-Yacoubi M, Korbi S. Les tumeurs musculaires lisses de l'utérus. Étude épidémiologique et anatomo-pathologique rétrospective de 2 760 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 : 568-571.
4. Fernandez H, Gervaise A, De Tayrac R. Fibromes utérins. Encycl Méd Chir, Gynécologie 2002 ; 570-A-10 : 1-11.
5. Poncelet C, Benifla JL, Batallan A, Daraï E, Madelenat P. Myome et infertilité : analyse de la littérature. Gynécol Obstét Fertil 2001 ; 29 : 413-421
6. Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R. Prise en charge des fibromes utérins en présence d'une infertilité autrement inexplicée. J Obstet Gynaecol Can 2016 ; 38(12S): S597-S608.
7. Karen K. Imagerie de la femme : apport de l'IRM dans la prise en charge des fibromes utérins. 15^e ed. Paris : Masson 2005 ; 146-157.
8. Goto A, Takeuchi S, Sugimura K, Maruo T. Usefulness of Gd-DTPA contrast-enhanced dynamic MRI and serum determination of LDH and its isozymes in the differential diagnosis of leiomyosarcoma from degenerated leiomyoma of the uterus. Int J Gynecol Cancer 2002; 12: 354-61.
9. Kempson RL, Hendrickson MR. Smooth Muscle, Endometrial Stromal, and Mixed Mullerian Tumors of the Uterus. In The United States and Canadian Academy of Pathology, Inc. 13^e ed. (3), USA 2000: 328-341.
10. Sibert L, Rigaud J, delavierre D, Labat JJ. Education et thérapies parallèles dans la prise en charge thérapeutiques des douleurs pelvi périnéales chroniques. Progrès en urologie 2010 ; 20 : 1089-1094.
11. Fanny M, Fomba E, Aka E, Adjoussou S, Olou L, Koffi A, Konan P, Koné M. Prévention de l'hémorragie permyomectomie en Afrique Subsaharienne : apport du Garrot sur l'isthme. Gynécologie obstétrique fertilité et Sénologie 2018; 46 : 681-685.
12. Rouxa I, Faivrea E, Trichot C, Donnadiou AC, Fernandez H, Deffieux X. Fertilité après myomectomie par laparotomie pour les femmes de plus de 38 ans. Journal de Gynecologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2011 ; 40 : 123—129
13. Vercellini P, Trespidi L, Crosignani PG. Gonadotrophin releasing hormone agonist treatment before abdominal myomectomy a controlled trial. Fertil steril 2003; 79: 1390-5