



HAL
open science

L'association Fibrome et grossesse : à propos de 79 cas relevés à la Maternité Régionale de Nancy, entre Janvier 2002 à Décembre 2008

Marie-Noémie Delabarre

► To cite this version:

Marie-Noémie Delabarre. L'association Fibrome et grossesse : à propos de 79 cas relevés à la Maternité Régionale de Nancy, entre Janvier 2002 à Décembre 2008. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01886046

HAL Id: hal-01886046

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886046>

Submitted on 2 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

L'ASSOCIATION
FIBROME ET GROSSESSE

A propos de 79 cas relevés
à la Maternité Régionale de Nancy
Entre Janvier 2002 à Décembre 2008

Mémoire présenté et soutenu par

Marie-Noémie DELABARRE

Promotion 2006-2010

REMERCIEMENTS

Pour leur soutien intellectuel et leurs conseils durant tout le long de ce travail, je tiens à remercier :

Monsieur T. Bouin

Sage-femme enseignant à l'école de Sages-Femmes de Nancy

Monsieur le Docteur T. Routiot

Directeur de mémoire

Praticien Hospitalier à la Maternité Régionale de Nancy

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE.....	3
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION.....	8
GENERALITES SUR LES FIBROMES uterins.....	9
GENERALITES.....	10
1. Fibrome uterin : Définition (aNNEXE 1)	10
2. Physiopathologie (Annexe 2).....	11
3. Epidémiologie	12
3.1. Généralités	12
3.2. L'association fibrome et grossesse.....	13
4. Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes.....	14
4.1. La taille des fibromes	14
4.2. Compressions mécaniques	14
4.3. Evolution vers la nécrobiose aseptique (Annexe3).....	15
4.4. Torsion d'un myome sous-séreux pédiculé	16
4.5. Accouchement d'un fibrome par le col.....	16
5. Influence des fibromes sur l'évolution de la grossesse (Annexe 4).....	16
5.1. Fausses couches spontanées précoces.....	17
5.2. MAP et accouchements prématurés	17
5.3. Retard de croissance intra-utérin.....	17
5.4. Anomalie de la présentation.....	17
5.5. Dystocie mécanique	18
5.6. Dystocie dynamique.....	18
5.7. Hémorragies de la délivrance.....	18
5.8. Risques infectieux du post-partum.....	19
5.9. Risques thromboemboliques du post-partum.....	19
6. Fibrome et infertilité.....	19
7. Prise en charge de l'association fibrome et grossesse	20
7.1. Avant la grossesse	20

7.2.	Au cours de la grossesse	21
7.3.	Au cours de l'accouchement	22
7.4.	En cours de césarienne	22
7.5.	Après l'accouchement	22
ETUDE RETROSPECTIVE.....		23
ETUDE RETROSPECTIVE.....		24
1.	Matériel et méthode	24
1.1.	Objectif.....	24
1.2.	Matériel d'étude	24
1.2.1.	Population	24
1.2.2.	Type d'étude	26
1.2.3.	Matériel	26
1.3.	Recueil de données (ANNEXE 5)	27
2.	Résultats	28
2.1.	Incidence	28
2.2.	Age	28
2.3.	Origine ethnique.....	29
2.4.	Poids.....	29
2.5.	Tabagisme	30
2.6.	Histoire familiale.....	30
2.7.	Antécédents	30
2.7.1.	Obstétricaux	31
2.7.2.	Gynécologiques.....	32
2.7.3.	Induction de la grossesse.....	33
2.8.	Etude des fibromes	33
2.8.1.	Nombre.....	33
2.8.2.	Situation	34
2.8.3.	Taille	34
2.8.4.	Evolution.....	35
2.9.	Circonstances du diagnostic.....	36
2.9.1.	Avant la grossesse	36
2.9.2.	Pendant la grossesse.....	37
2.10.	Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes.....	38
2.10.1.	Compression.....	38
2.10.2.	Torsion	38
2.10.3.	Nécrobiose aseptique	38
2.11.	Influence des fibromes sur la grossesse	39
2.11.1.	Complications de la grossesse.....	39
2.11.2.	Présentations dystociques	41

2.12.	Accouchement.....	41
2.12.1.	Terme	41
2.12.2.	Accouchement prématuré.....	42
2.12.3.	Par voie basse.....	42
2.12.4.	Par césarienne	43
2.13.	Délivrance	44
2.14.	Complications hémorragiques.....	44
2.15.	Retentissement néonatal.....	45
2.15.1.	Poids.....	45
2.15.2.	pH.....	46
2.15.3.	Score d’Apgar	46
2.15.4.	Examen clinique à la naissance.....	46
2.16.	Post-partum	47
2.16.1.	Allaitement.....	47
2.16.2.	Complications	47
	PRISE en charge de l’association fibrome et grossesse	49
	DISCUSSION	50
1.	Epidémiologie	50
1.1.	Incidence	50
1.2.	Age	51
1.3.	Origine ethnique.....	51
1.4.	Parité	52
1.5.	Antécédents familiaux.....	52
1.6.	Poids.....	53
1.7.	Tabagisme	53
2.	Fibrome et désir de grossesse.....	54
2.1.	Contraception	54
2.2.	Fertilité	54
3.	Circonstances du diagnostic.....	55
4.	Influence de la grossesse sur l’évolution des fibromes.....	56
4.1.	Evolution des fibromes	56
4.2.	Evolution vers la nécrobiose aseptique.....	57
4.3.	Torsion d’un fibrome sous-séreux pédiculé.....	57
4.4.	Troubles de compression	58
5.	Influence des fibromes sur la grossesse.....	58
5.1.	Fausses couches spontanés.....	58
5.2.	RCIU	59

5.3.	Anomalies placentaires	60
5.4.	MAP et accouchements prématurés	60
5.5.	Présentations dystociques	61
6.	L'accouchement	62
6.1.	Voie basse ou voie haute.....	62
6.2.	Myomectomie en cours de césarienne	63
6.3.	Dystocies dynamique et mécanique au cours du travail	63
7.	La délivrance	64
8.	Retentissement néonatal	65
9.	Le post-partum	66
	ROLE DE LA SAGE-FEMME.....	68
1.	la sage-femme en consultation	68
1.1.	L'interrogatoire	69
	Les antécédents de la patiente :.....	69
	Une symptomatologie en rapport :.....	69
1.2.	L'examen clinique.....	70
2.	La sage-femme échographiste	70
3.	La sage-femme au cours de la grossesse.....	71
4.	La sage-femme au cours de l'accouchement.....	72
5.	La sage-femme en suites de couches	72
6.	Le rôle d'information.....	73
	CONCLUSION.....	74
	BiblioGRaphie	76
	TABLE DES MATIERES	80
	AnNEXE 1	II
	ANNEXE 2.....	III
	ANNEXE 3.....	IV
	ANNEXE 4.....	V
	Annexe 5.....	6

GLOSSAIRE

- **AINS** Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
- **AMP** Assistance Médicale à la Procréation
- **CNGOF** Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- **DA** Délivrance Artificiel
- **DDC** Délivrance Dirigée Complète
- **DIU** Diplôme Inter-Universitaire
- **DNC** Délivrance Naturelle Complète
- **EGF** Epidermal Growth Factor
- **FCS** Fausse Couche Spontanée
- **FIV** Fécondation In Vitro
- **GEU** Grossesse Extra-Utérine
- **HAS** Haute Autorité de Santé
- **IAC** Insémination Artificiel avec Conjoint
- **IAD** Insémination Artificiel avec Donneur
- **ICSI** Intra Cytoplasmic Sperm Injection
- **IMC** Indice de Masse Corporelle
- **IMG** Interruption Médicale de Grossesse
- **IVG** Interruption Volontaire de Grossesse
- **MAP** Menace d'Accouchement Préaturée
- **PCR** Protéine C Réactive
- **RPM** Rupture Préaturée des Membranes
- **RCIU** Retard de Croissance Intra-Utérin
- **RU** Révision Utérine
- **SA** Semaine d'Aménorrhée
- **THM** Traitement Hormonal de la Ménopause
- **VBS** Voie Basse Spontanée

INTRODUCTION

Le fibrome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer.

La probabilité de rencontrer l'interaction du fibrome avec la grossesse est donc forte. Et cette probabilité ne va cesser de croître compte tenu de la survenue plus tardive des grossesses, sachant que l'incidence des myomes s'élève progressivement avec l'âge. De plus, l'essor de l'échographie n'a fait qu'augmenter cette fréquence en révélant, au cours des échographies systématiques de la grossesse, des fibromes jusqu'alors asymptomatiques.

Questionnements et inquiétudes vont donc être suscités par la découverte de myomes chez une femme ayant un désir de grossesse ou chez une femme enceinte.

De ce fait, il est du devoir du gynécologue-obstétricien, mais également de la sage-femme, d'avoir une connaissance de ses interactions.

Dans la plupart des cas, la tolérance réciproque est constatée. Cependant, les fibromes peuvent avoir des conséquences sur la fertilité, ou encore compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Ce travail de fin d'étude est une occasion de faire le point sur les éventuels problèmes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques posés par cette pathologie.

Dans un premier temps, quelques rappels sur les fibromes seront effectués, afin d'aborder ensuite l'étude de l'association fibrome et grossesse.

L'objectif de ce mémoire consiste à comparer la littérature et notre étude portant sur 79 cas relevés à la Maternité Régionale de Nancy entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2008.

Dans un dernier temps, nous tenterons de mettre en avant le rôle que peut jouer la sage-femme dans la prise en charge des grossesses associées aux fibromes au moyen d'une conduite à tenir pratique.

GENERALITES SUR LES FIBROMES UTERINS

GENERALITES

1. FIBROME UTERIN : DEFINITION (ANNEXE 1)

Le léiomyome, plus communément appelé myome ou encore fibrome utérin, est une tumeur bénigne de l'utérus humain, qui se développe aux dépens des cellules musculaires lisses [1-2].

Formées de fibres musculaires lisses aux noyaux allongés, entourées de fibres de collagène et d'une pseudocapsule formée par des cellules musculaires lisses, ces tumeurs sont peu vascularisées [3].

Les myomes se présentent sous formes extrêmement variables, se caractérisant chacun par leur taille, consistance et position par rapport au myomètre, et majoritairement multiples au sein d'un même utérus [8-9]. Leur développement se fait essentiellement sur le corps utérin, seuls 3% se développent sur le col utérin.

Les fibromes sont classés en trois familles par rapport à la position de leur plus grand diamètre transverse:

- sous-séreux pour un tiers d'entre eux environ ;
- interstitiel pour deux-tiers d'entre eux ;
- sous-muqueux pour seulement 5% d'entre eux [1-3-7].

Ils sont extrêmement fréquents chez les femmes en période d'activité génitale, de l'ordre de 25 à 40 %, mais leur véritable prévalence est probablement plus élevée, de l'ordre de 77 % après étude microscopique et macroscopique des pièces chirurgicales [1-5].

2. PHYSIOPATHOLOGIE (ANNEXE 2)

Les fibromes sont constitués de cellules musculaires lisses fusiformes, homogènes, avec un taux de mitose faible, associé à une quantité variable de tissu conjonctif.

Leur physiopathologie est mal connue, deux conditions sont nécessaires au développement d'un fibrome :

- la transformation d'un myocyte normal en un myocyte anormal
- leur multiplication pour aboutir à une tumeur clinique [3-7].

La transformation du myomètre en fibrome implique des anomalies génétiques, l'influence de facteurs de croissance locaux, et surtout l'action des œstrogènes et de la progestérone.

Les cellules des fibromes sont l'objet de nombreuses mutations somatiques en leur sein, telles que : délétions, translocations, réarrangements chromosomiques. Il est observé que 40 à 50 % des cellules fibromateuses ont des anomalies chromosomiques majeures. On a aussi établie une origine monoclonale des fibromes, ce qui signifie qu'au sein du même utérus, chaque fibrome se développe de manière indépendante. Cet aspect montre donc que les arrangements chromosomiques ont un rôle secondaire (sachant que la taille du fibrome paraît liée au type d'anomalie cytogénétique), et non initiateur de la formation tumorale [7-9-10].

Les œstrogènes et la progestérone stimulent également la croissance de ces tumeurs, en agissant par l'intermédiaire de facteurs de croissance. Le rôle des facteurs de croissance, tel que l'EGF, est important dans le processus de prolifération cellulaire et dans le mécanisme de l'angiogénèse, et explique probablement les ménorragies et la croissance du fibrome [3-11].

3. EPIDEMIOLOGIE

3.1. Généralités

Le fibrome est la tumeur bénigne la plus fréquente de la femme. Sa prévalence, encore assez incertaine, dépend de plusieurs facteurs, appelés favorisants [6]:

- **l'âge de la patiente** : l'épidémiologie des fibromes est parallèle aux changements hormonaux survenant au cours de la vie. C'est ainsi que l'on peut constater une absence de cas décrit avant la puberté, puis une augmentation de son incidence avec l'âge chez la femme en période d'activité génitale. Bien que quelques cas soient décrits à l'adolescence [4], en général c'est plutôt vers l'âge de 30 ans que le fibrome devient symptomatique. On observe donc une fréquence en Europe de l'ordre de 20 à 25 % des femmes à partir de 30 ans et 40 % des femmes à 40 ans et jusqu'à 50 % des femmes au-delà de 50 ans. En revanche, ces fibromes régressent à la ménopause, si elle n'est pas traitée [7-8].
- **les variations ethniques** : c'est le deuxième facteur de risque. On a retrouvé chez les femmes d'origine africaine, de plus volumineux fibromes, en plus grand nombre, à un âge de diagnostic plus précoce, et avec une symptomatologie plus sévère que chez les femmes d'origine caucasienne. En effet, à 30 ans, 9 à 25 % des femmes blanches présentent des fibromes, contre plus de 50 % des femmes noires [7]. Il n'y a pas d'explication à cet excès de fibrome chez les femmes noires.
- **l'histoire familiale** : il existe incontestablement une prédisposition familiale [3-6]. Plus de 40 % des parentes au premier degré des femmes ayant des fibromes développeront la même pathologie au cours de leur vie.
- **le poids** : il existe une association positivement significative entre l'obésité et la croissance des fibromes, probablement par le biais d'une hyperœstrogénie.
- **la vie génitale et fertilité** : la nulliparité volontaire, l'infertilité et l'apparition des premières règles jeunes avant l'âge de 12 ans augmentent le risque de fibrome.

En contrepartie, il existe aussi des facteurs protecteurs vis-à-vis du développement des fibromes [6-7]:

- **la parité** : la réduction du risque de fibromes y est liée et ce risque diminue avec le nombre de naissances. La grossesse est un facteur protecteur, ainsi que le nombre élevé de grossesses et l'âge tardif de la dernière grossesse.
- **la contraception orale** : son utilisation est controversée, elle tendrait à diminuer le risque de fibromes en préménopause.
- **le faible poids**
- **l'âge tardif des premières règles**
- **le tabagisme** : il est incontestablement associé à une diminution du risque de fibrome, car il agit comme un anti-œstrogène.

3.2. L'association fibrome et grossesse

Il y a une forte probabilité de rencontrer un fibrome au décours d'une grossesse, puisque ceux-ci sont en lien avec l'activité génitale.

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0,1 à 3,87 %, mais cette association est sous-estimée car sont surtout détectés les fibromes symptomatiques. Cependant, parmi les progrès récents, l'échographie avec ses dépistages systématiques en cours de grossesse a permis d'objectiver les fibromes et d'en préciser la prévalence [17].

Cette association fibrome et grossesse ne va cesser de croître compte tenu de la survenue plus tardive des grossesses et du taux d'incidence des myomes qui s'élève progressivement avec l'âge [18]. Elle se rencontre donc surtout chez les femmes de plus de 30 ans, et également chez les primipares.

Les relations qui unissent les fibromes et la grossesse sont triples [17] :

- Les fibromes peuvent empêcher la conception et la nidation et être un facteur d'infécondité.

- Les fibromes peuvent compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.
- L'état de grossesse peut faciliter l'évolution des fibromes vers les complications.

Mais dans la plupart des cas, l'association fibrome et grossesse n'entraîne aucune complication, ni pour l'un, ni pour l'autre [13].

4. INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'EVOLUTION DES FIBROMES

La présence de fibromes ne nécessite pas une surveillance accrue de la grossesse. Le seul examen recommandé pour apprécier la taille, le nombre et la localisation des fibromes au cours de la grossesse est l'échographie. Elle est également performante pour le diagnostic de complications de ces fibromes [17].

4.1. La taille des fibromes

L'idée reçue d'une augmentation de la taille des fibromes induite par l'état de grossesse est aujourd'hui contestée. Celle-ci serait possible au premier trimestre, mais la plupart reste stable, et diminue même au cours de la grossesse (deuxième et troisième trimestre), en particulier les fibromes volumineux [12].

4.2. Compressions mécaniques

L'augmentation de volume du myome entraîne l'apparition d'une masse abdomino-pelvienne, comprimant du même fait les organes voisins. Elle peut concerner :

- La vessie avec pollakiurie, dysurie et rétention d'urines,
- Les uretères, avec urétéro-hydronéphrose, voire colique néphrétique ou pyélonéphrite,

- Le rectum et le sigmoïde, entraînant constipation,
- Les veines pelviennes, avec thromboses, œdème des membres inférieurs ou encore phlébites plus rares,
- Les nerfs, avec sciatgie à la face postérieure de la cuisse ou compression obturatrice à la face interne de la cuisse [2-3].

4.3. Evolution vers la nécrobiose aseptique (Annexe3)

Selon les études, elle s'observe durant la grossesse de manière variable, allant de 1,5 à 28 %, et se manifeste dans les deux tiers des cas durant le deuxième trimestre de la grossesse. Elle est secondaire à des troubles de la vascularisation du fibrome, provoquant une ischémie.

Le diagnostic est posé devant des signes cliniques, en général évocateurs, associant une douleur abdomino-pelvienne localisée, intense et de survenue brutale, qui peut s'accompagner d'une hyperthermie inférieure à 38,5°C, de nausées et d'un iléus. Sur le plan biologique, on peut retrouver une hyperleucocytose et une augmentation de la PCR.

L'échographie peut contribuer au diagnostic en objectivant l'ischémie du myome par le doppler couleur [17], et en retrouvant également une hétérogénéité au sein du fibrome avec alternance de zones kystiques et de zones échogènes, témoins de la dégénérescence et de l'infarctus.

Aucun traitement préventif n'est validé jusqu'à présent pour prévenir la nécrobiose durant la grossesse. Les traitements symptomatiques sont les seuls indiqués : repos, glace sur le ventre et antalgiques (les AINS sont tolérés en cure courte avant 24 SA) [7]. Ces traitements permettent de soulager la femme durant la période d'ischémie aiguë.

4.4. Torsion d'un myome sous-séreux pédiculé

Elle est rare, et provoque des douleurs locales brutales plus ou moins permanentes ou un état de choc. Le diagnostic différentiel sera à faire avec la nécrobiose aseptique et la torsion d'annexes [14].

4.5. Accouchement d'un fibrome par le col

Les myomes sous-muqueux pédiculés peuvent parfois s'accoucher par le col. Le tableau clinique est caractérisé par des métrorragies et des coliques expulsives. Le diagnostic est posé par l'examen au spéculum. Il faut rester vigilant car la surinfection est fréquente.

5. INFLUENCE DES FIBROMES SUR L'EVOLUTION DE LA GROSSESSE (ANNEXE 4)

L'évolution de la grossesse est en général assez simple, mais les fibromes peuvent avoir des conséquences probables sur toutes les étapes du développement fœtal. On suggère que la présence de fibrome durant la grossesse est associée à des complications anténatales dans 10 à 40 % des cas. De plus, les pathologies associées aux fibromes sont plus fréquentes (endométriose, adénomyose) et contribuent à compliquer l'évolution de la grossesse [17].

Dans l'ensemble, les données de la littérature sont assez contradictoires sur l'influence des fibromes sur la grossesse. Une chose est certaine, la localisation du myome peut être très importante pour les effets sur la grossesse.

5.1. Fausses couches spontanées précoces

Les fibromes augmentent le risque de fausse couche spontanée en début de grossesse [12]. Cela concerne uniquement les femmes ayant de volumineux fibromes sous-muqueux qui déforment la cavité utérine, ou lors de la croissance rapide du volume du myome [19]. Cependant, le taux retrouvé dans les études est celui du risque de fausse couche au cours d'une grossesse normale [15].

5.2. MAP et accouchements prématurés

Ceci est particulièrement vrai si les myomes sont multiples ou si la placentation se fait à proximité voire en regard du myome [19]. Encore une fois, les taux retrouvés sont variables selon les études. Ce phénomène serait dû à différents mécanismes :

- Les déformations de la cavité utérine
- Le défaut de compliancé de l'utérus, entraînant une surdistension
- L'augmentation de la contractilité utérine
- La rupture prématurée des membranes, liée à leur fragilité par compression irrégulière de la poche des eaux pendant la contraction utérine [17].

5.3. Retard de croissance intra-utérin

Les fibromes pourraient détourner le flux sanguin destiné au placenta pour alimenter les fibromes volumineux.

Les fibromes sous-muqueux ou intramuraux pourraient être responsables de troubles de la placentation [26], qui augmenterait le risque de RCIU. Mais encore une fois, les récentes littératures montrent qu'il n'y a pas d'association entre RCIU et fibrome [13-19].

5.4. Anomalie de la présentation

Elle est due à un défaut d'accommodation de la présentation et d'ampliation du segment inférieur, qui peuvent être gênés par les fibromes cervicaux, isthmiques ou

encore volumineux déformant la cavité utérine. On observe une fréquence plus importante de présentation du siège ou en transverse [18-19].

Ainsi, les présentations du siège passent de 4 à 11 % et les présentations transverses de 3 à 6 %, en cas d'association fibrome et grossesse [14].

5.5. Dystocie mécanique

Celle-ci est retrouvée de manière exceptionnelle, et est alors due à des myomes isthmiques ou cervicaux, qui sont dits *prævia*, gênant ainsi l'accommodation de la tête fœtale, avec une présentation défléchie par exemple [18].

Cependant, il est possible de voir des myomes initialement bas inséré et faisant potentiellement obstacle à la présentation, s'ascensionner du fait du développement du segment inférieur. Le pronostic de l'accouchement ne pourra donc être donné qu'en début de travail.

5.6. Dystocie dynamique

Elle est controversée. En effet, aucun argument scientifique ne permet d'élaborer un lien de causalité entre fibrome et dystocie dynamique [17].

5.7. Hémorragies de la délivrance

Elles s'expliquent par des difficultés de rétraction et d'involution utérine liées aux fibromes, pouvant même aller jusqu'à l'atonie utérine [17-18]. C'est pour cela qu'on insiste sur le fait que les femmes doivent toujours être informées des risques d'hystérectomie d'hémostase au décours de l'accouchement, qu'il soit voie basse ou haute [18].

5.8. Risques infectieux du post-partum

Ils sont classiquement augmentés. Les infections du post-partum comme l'endométrite doivent faire craindre une nécrobiose septique, quand le myome, au contact de la cavité utérine, se scaphèle [17-18].

5.9. Risques thromboemboliques du post-partum

Ils sont classiquement augmentés et sont favorisés par l'âge maternel, l'anémie, l'infection, les manœuvres obstétricales et les interventions éventuelles [14].

6. FIBROME ET INFERTILITE

Plusieurs enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence la relation entre l'existence de fibromes et la survenue d'une infertilité. Cette association n'est peut-être simplement que le reflet de la plus grande fréquence des fibromes chez les femmes en âge de procréer et de l'âge plus tardif des femmes lors de la première conception. Quoiqu'il en soit, les fibromes ont été rapportés chez 25 à 30 % des femmes infertiles et seraient responsables à eux seuls de 2 à 3 % des cas de stérilité quand aucune autre cause n'a été retrouvée [10-16].

Différents mécanismes peuvent expliquer cette relation entre myome et infertilité [10-20] :

- Altération du transport des gamètes ou de l'embryon dans le tractus génital et distorsion de la cavité utérine
- Développement anormal de l'endomètre en rapport avec une inflammation ou une altération de la vascularisation, et pouvant être responsable de l'échec de nidation
- Modification quantitative et qualitative des contractions utérines physiologiques
- Compressions des ostias tubaires
- Diminution de la production de certains facteurs de croissance, perturbant l'implantation embryonnaire.

La responsabilité d'un fibrome dans une infertilité ne sera admise qu'après un bilan complet de stérilité.

Il est probable que la taille, la localisation et le nombre de fibromes jouent un rôle dans l'association fibrome et infertilité. Dans le cadre de l'AMP, il semble que la présence de fibrome sous-muqueux ou interstitielle entraîne une réduction du taux de grossesse. La prise en charge de ces fibromes afin de permettre une amélioration des résultats de l'AMP en absence de facteur d'infertilité associé, paraît dans ce cas légitime [13].

Mais il faut garder à l'esprit que cette prise en charge n'est pas non plus sans risques, afin d'évaluer le rapport bénéfices/risques.

Il n'existe probablement pas de bénéfice à effectuer une myomectomie avant une FIV afin d'améliorer les résultats, quand le myome est sous-séreux et/ou interstitiel et ne déformant pas la cavité utérine [10]. Cependant, en cas de myome sous-muqueux ou interstitiel déformant la cavité utérine, la chirurgie est justifiée, mais n'est pas sans risques : hémorragie pouvant aller jusqu'à l'hystérectomie, adhérences post-opératoires notamment au niveau des annexes et pouvant être responsable d'infertilité par la suite, ou encore rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure [10].

Il faut tout de même retenir que les femmes ayant bénéficié d'une myomectomie avant AMP ont deux fois plus de chance de débiter une grossesse que les femmes qui n'en bénéficient pas [10].

7. PRISE EN CHARGE DE L'ASSOCIATION FIBROME ET GROSSESSE

7.1. Avant la grossesse

Le traitement chirurgical s'impose en cas de myome sous-muqueux. Pour les myomes interstitiels, la conduite à tenir varie d'un praticien à un autre. Une myomectomie semble recommandée en cas de volumineux fibrome interstitiel, surtout

s'il déforme la cavité utérine. Les myomes sous-séreux ne nécessitent pas de prise en charge dans la majorité des cas.

Cependant, la pratique d'une myomectomie comme prévention prégravidique, doit prendre en compte le risque chirurgical et les complications de celle-ci [17]:

- Elle peut réduire l'index de fécondabilité, favoriser une stérilité (adhérences, synéchies responsable d'infertilité et de fausses couches spontanées à répétition)
- Elle peut fragiliser l'utérus et être responsable de rupture utérine par fragilité de la cicatrice utérine (1 à 3 %)
- Elle ne protège pas contre les récurrences.

7.2. Au cours de la grossesse

L'échographie de début de grossesse est souvent l'occasion de découverte d'un fibrome asymptomatique, il faut savoir rassurer la patiente. Le seul examen recommandé pour apprécier la taille, le nombre et la localisation des fibromes au cours de la grossesse est l'échographie. Cependant, cela ne justifie pas la réalisation d'échographies supplémentaires sauf si la position de ce fibrome est praevia ou implanté en regard ou près du placenta. Dans ce cas une surveillance fœtale accrue sera recommandée, ainsi qu'un avis obstétrical [7-17].

En cas de douleur, le diagnostic de nécrobiose aseptique doit être systématiquement évoqué.

Le repos est une mesure de bon sens qui doit être facilement proposée pour prévenir l'hypercontractilité.

Toute myomectomie est contre-indiquée pendant la grossesse, des indications opératoires exceptionnelles sont parfois réservées aux fibromes sous-séreux pédiculés en nécrobiose résistant au traitement médical [13-17].

La voie d'accouchement est décidée en fonction des conditions obstétricales mais rien ne doit faire privilégier une césarienne si la présentation est céphalique et le fibrome non praevia.

7.3. Au cours de l'accouchement

Il ne diffère pas d'un accouchement normal. Il faut être attentif à l'accommodation fœtale et à la dynamique utérine.

7.4. En cours de césarienne

Il est contre-indiqué de réaliser une myomectomie durant la césarienne en raison du risque hémorragique lorsqu'elle est réalisée sur utérus gravide. Les myomectomies réalisées doivent être de nécessité, quand le siège du fibrome se trouve sur le segment inférieur, ou s'il se trouve en position sous-séreuse et risque d'entraîner une torsion.

La femme doit être informée des possibilités d'hystérectomie en cas d'hémorragie avec mauvaise rétraction utérine et quand le nombre et la taille des fibromes exposent la femme à des complications graves du post-partum [13-17].

7.5. Après l'accouchement

Le risque d'hémorragie de la délivrance et du post-partum est corrélé à la taille des fibromes. Il faut inciter fortement à l'allaitement et à la prescription d'utérotonique afin d'améliorer la contraction utérine et la rétraction hémostatique de celui-ci.

La survenue de douleur ou d'une légère fièvre doit faire évoquer une nécrobiose aseptique. En cas de fièvre prolongée ou importante, une nécrobiose septique est à craindre, justifiant une réanimation lourde et pouvant conduire à une hystérectomie.

La prévention du risque thromboembolique est conseillée [17].

Nous avons pu voir comment les fibromes utérins pouvaient avoir une incidence sur les différentes étapes de la grossesse.

Cependant, dans l'ensemble, les données de la littérature à ce sujet restent assez contradictoires.

Observons les résultats que nous retrouvons au travers de l'étude qui suit.

ETUDE

RETROSPECTIVE

ETUDE RETROSPECTIVE

1. MATERIEL ET METHODE

1.1. Objectif

L'association fibrome et grossesse est une entité qui a été souvent étudiée. Cependant, parmi les résultats obtenus, nombreux sont ceux qui sont encore controversés dans la littérature.

L'objectif de mon étude est donc d'évaluer l'influence des fibromes sur la grossesse, ainsi que l'influence de la grossesse sur les fibromes, à une échelle locale. Le but étant de comparer mes résultats aux données préexistantes de la littérature.

Par la notion de grossesse, on entend fertilité, grossesse, accouchement et post-partum.

1.2. Matériel d'étude

1.2.1. Population

Pour mener à bien mon étude, j'ai donc ciblé les femmes enceintes porteuses de fibrome(s), et ayant accouché à la Maternité Régionale de Nancy, dans la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2008.

a) Critères d'inclusion

- la date d'accouchement durant la période d'inclusion ;
- les grossesses évolutives dès 24 SA (seuil de prise en charge pédiatrique à la maternité régionale de Nancy)
- les singletons ;
- la présence d'un ou plusieurs fibromes avérés : sous-muqueux, interstitiels ou sous-séreux, pédiculé ou sessile ;
- la localisation des fibromes au niveau de l'utérus : col ou corps ;
- toutes les modalités de découverte du fibrome ;

b) Critères d'exclusion

- les grossesses multiples ;
- les antécédents de myomectomie(s) avec absence de fibrome retrouvé durant la grossesse actuelle ;
- les antécédents de fibromes embolisés sans qu'il n'en soit retrouvé durant la grossesse actuelle ;
- les avortements spontanés, précoces ou tardifs jusqu'à 22 SA ;
- les grossesses arrêtées, précoces ou tardives jusqu'à 22 SA ;
- les malformations utérines congénitales : utérus bicorne, unicorne, etc.

c) En pratique dans l'étude

Ainsi, à partir de ces critères, de 28 dossiers ont été éliminés de l'étude. Parmi les raisons retrouvées, on a :

- Deux dossiers obstétricaux non retrouvés ;
- Quatre grossesses gémellaires ;

- Quatre malformations utérines congénitales : utérus bicorne, unicorne ou cloisonné ;
- Une myomectomie antérieure à la grossesse sans fibrome retrouvé durant cette grossesse ;
- Trois fausse-couches spontanées précoces, deux fausse-couches tardive et une grossesse arrêtée à 12 SA ;
- Un accouchement en avril 2009 ;
- Cinq absences de notion de fibrome ;
- Cinq erreurs de codage : polypes, fibroadénome, kyste dermoïde, fimbrioplastie après endométriose sévère ;

Par ailleurs, pour trois patientes, deux dossiers obstétricaux ont été inclus, car elles ont eu deux grossesses évolutives durant la période d'inclusion, suivies à la Maternité Régionale de Nancy, avec fibromes connus ;

Les patientes transférées à la maternité régionale pour une hospitalisation durant leur grossesse se rapportant à un fibrome, mais retransférées par la suite dans leur maternité d'origine (car la maternité régionale est une maternité de niveau 3) ont également été prises en compte, elles sont au nombre de six.

1.2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, qui aura dans un premier temps pour but de décrire l'association fibrome et grossesse, et qui permettra dans un second temps de comparer les résultats obtenus à ceux de la littérature, afin de les discuter.

1.2.3. Matériel

L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Autorisation du Docteur Routiot afin de pouvoir consulter les dossiers médicaux de la Maternité ;

- Dépôt d'une demande d'exploitation des données médicales auprès du service DIM (Département d'Informatique Médicale). Pour cela, les dossiers présélectionnés ont été les dossiers obstétricaux de patientes accouchées contenant les cotations « fibrome et grossesse » ou encore « fibrome et accouchement » ;
- Isolement des dossiers de patientes concernées par cette étude. Ainsi, après exclusion des dossiers n'entrant pas dans le cadre de l'étude, on s'est basé sur 79 dossiers ;
- Recueil et traitement des données à l'aide du tableur Excel.

1.3. Recueil de données (ANNEXE 5)

Pour évaluer l'association fibrome et grossesse, les critères retenus sont les suivants :

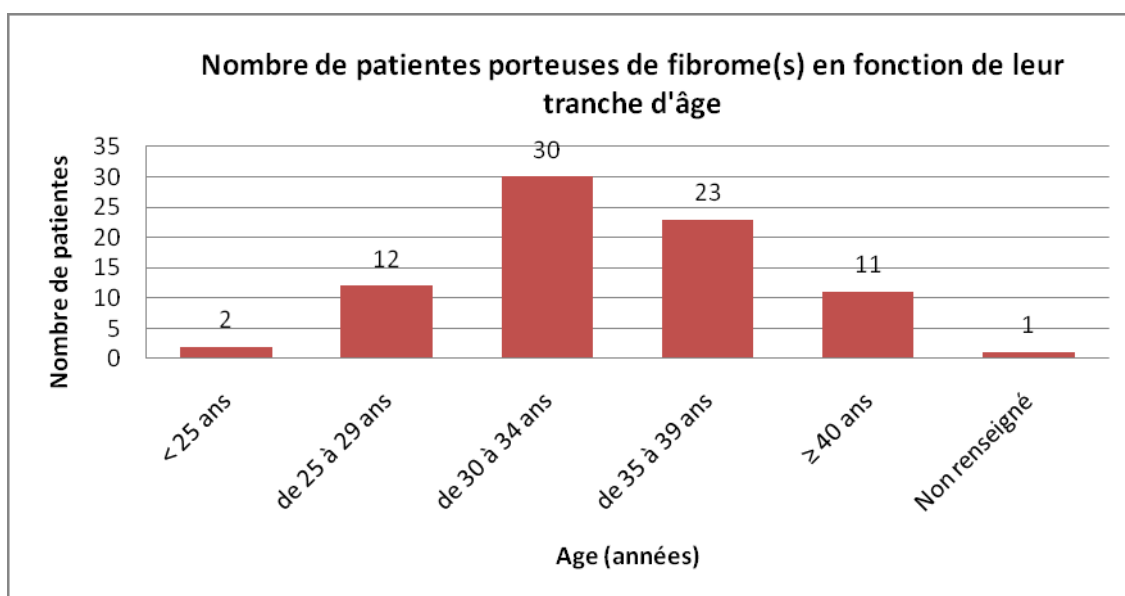
- *Facteurs épidémiologiques* : âge de la patiente, origine ethnique, l'indice de masse corporelle (IMC), le tabagisme ;
- *Antécédents* gynécologiques avec présence d'une pathologie gynécologique associée (endométriose, adénomyose), familiaux avec éventuel caractère familial des fibromes retrouvés, obstétricaux avec la gestité, la parité, et en particulier les antécédents de fausse-couches spontanées ;
- *Les caractéristiques du fibrome* (nombre, taille, situation), ainsi que ses circonstances de diagnostic et son évolution ;
- *Le déroulement de la grossesse*, avec le type d'induction de la grossesse, ainsi que l'influence de la grossesse sur le fibrome, et du fibrome sur la grossesse ;
- *Le déroulement de l'accouchement* : terme, mode d'accouchement et délivrance, ainsi que les complications hémorragiques possibles ;
- *Le retentissement néonatal* : poids de naissance, score d'Apgar, pH artériel, examen clinique, type d'allaitement ;
- *Le déroulement du post-partum*.

2. RESULTATS

2.1. Incidence

A la maternité régionale de Nancy, nous avons recensé 79 cas d'association fibrome et grossesse parmi les 23175 accouchements réalisés entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2008, ce qui correspond à une incidence de 0,34%.

2.2. Age

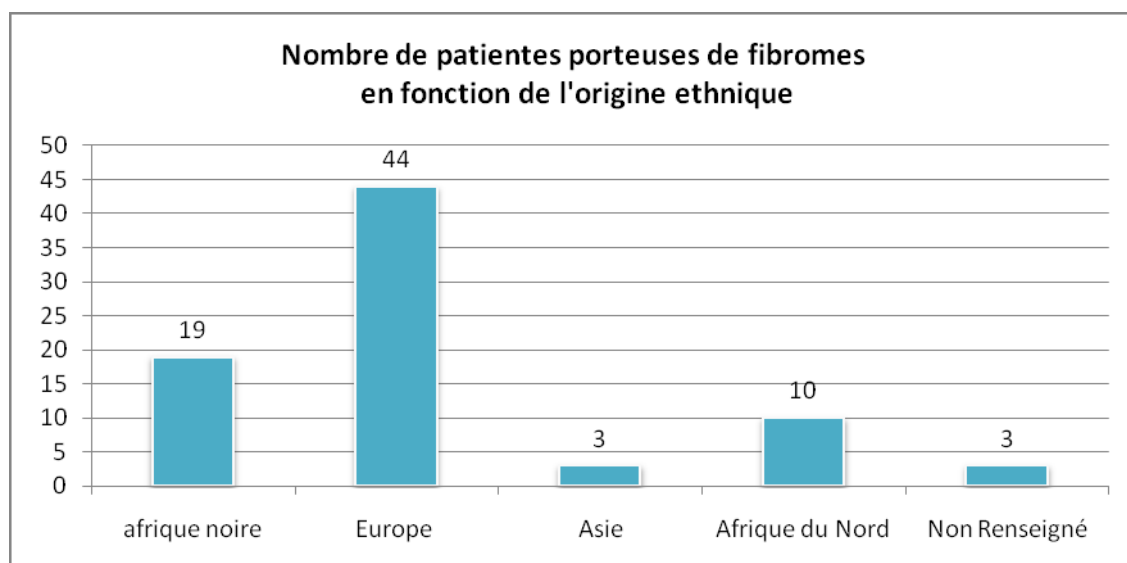


La majorité des parturientes ont entre 25 et 40 ans, soit 82%, avec un pic de 30 à 34 ans.

L'âge moyen des patientes portant un ou plusieurs fibromes est de 33,40 ans, avec des extrêmes allant de 20 à 43 ans.

Les patientes à partir de 30 ans représentent 81% et celles à partir de 35 ans représentent 43%.

2.3. Origine ethnique



Parmi les 79 patientes étudiées, nous avons retrouvé 10 patientes originaires d’Afrique du Nord (12,7%), 19 originaires d’Afrique noire (24%), 3 originaires d’Asie (3,8%), et 44 originaires d’Europe (55,7%).

2.4. Poids

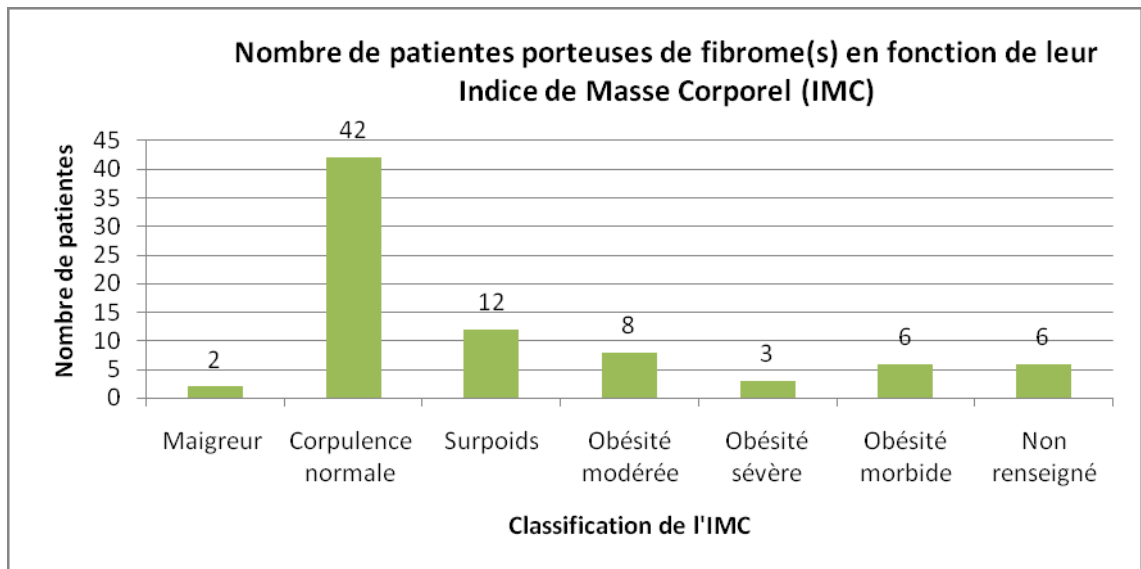
Dans notre étude, le poids a été évalué à l’aide de l’Indice de Masse Corporel (IMC), qui permet d’estimer la corpulence d’une personne de manière plus fiable à l’aide de sa taille et de sa masse.

Parmi les 79 parturientes étudiées, on constate que 42 d’entre elles étaient de corpulence normale (IMC début de grossesse entre 18.5 à 25) soit 53,1% et 12 patientes (15,2%) sont en surpoids (IMC entre 25 et 30).

On retrouve également 2 patientes (2,5%) dans un état de maigreur (de 15 à 18,5).

21,5 % des patientes étudiées sont obèses : 8 patientes (10,1%) ont une obésité modérée (de 30 à 35), 3 patientes (3,8%) ont une obésité sévère (de 35 à 40) et 6 patientes (7,6%) ont une obésité sévère (plus de 40).

L’IMC moyen est de 26,1, ce qui correspond au surpoids, avec des extrêmes allant de 18,1 à 50,2.



2.5. Tabagisme

Parmi les 79 patientes étudiées, on retrouve 59 non fumeuses (74,7%) et 15 fumeuses (19%), sachant que sont considérées comme fumeuses les patientes fumant durant tout ou une partie de la grossesse ou ayant arrêtées à l'annonce de la grossesse.

2.6. Histoire familiale

Chez quatre patientes (5%), on a retrouvé un terrain familial :

- présence de myomes chez la mère et la tante maternelle, ayant pour les deux nécessités une hystérectomie ;
- une sœur porteuse de myomes chez deux patientes ;
- existence de myomes connus chez la mère.

2.7. Antécédents

Nous nous sommes surtout intéressés aux antécédents gynécologiques et aux antécédents obstétricaux de ces patientes.

2.7.1. Obstétricaux

a) Gestité

Pour 31 patientes (39,2%), il s'agit de la première grossesse.

Les 48 autres patientes (60,8%) ont dans leurs antécédents obstétricaux un total de 111 grossesses avec :

- 59 accouchements (53,1%) ;
- 31 fausses couches spontanées (27,9%) ;
- 16 interruptions volontaires de grossesse (14,4%) ;
- 1 grossesse extra-utérine (0,9%) ;
- 1 interruption médicale de grossesse (0,9%).

On retrouve dans les antécédents d'une patiente, une mort fœtale in utero à 37 SA pour fibromatose utérine importante.

Parmi ces 48 patientes, 16 ont eu uniquement des grossesses évolutives (33,3%), soit un total de 29 accouchements (26,1%).

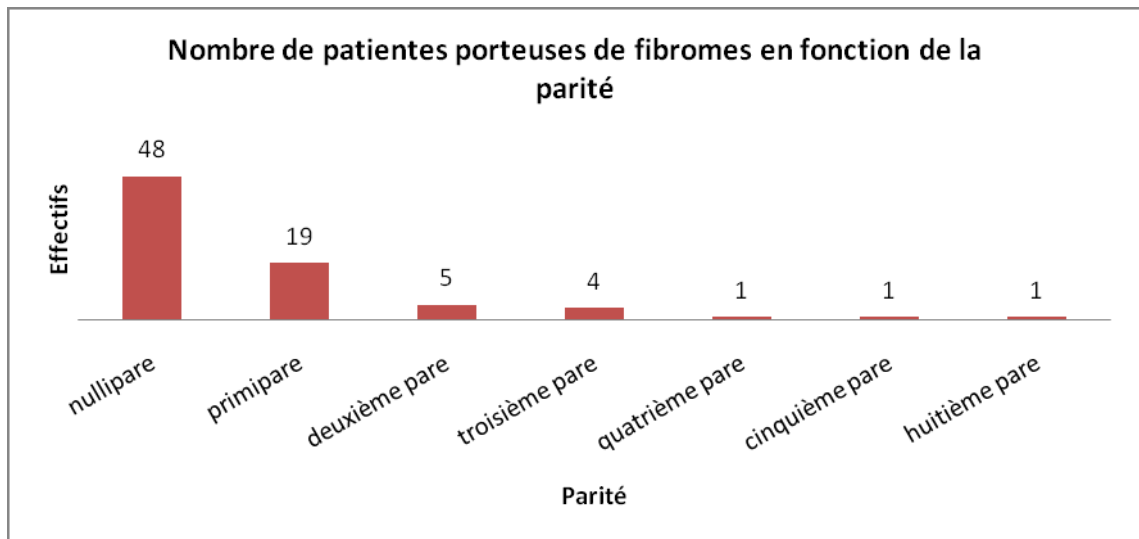
b) Fausse couche spontanée

Vingt patientes (25,3%) ont présenté dans leurs antécédents au moins une fausse couche spontanée :

- 11 patientes en ont eu 1,
- 7 patientes en ont eu 2, et
- 2 patientes en ont eu 3.

c) Parité

Pour la grande majorité de ces patientes (60,8%), il s'agit d'un premier enfant. Pour les 31 patientes restantes, 19 d'entre elles (24%) ont déjà un enfant, 5 (6,3%) ont déjà deux enfants, 4 (5%) ont déjà trois enfants, 1 (1,3%) a déjà quatre enfants, 1 (1,3%) a déjà cinq enfants et 1 (1,3%) a déjà huit enfants.



2.7.2. Gynécologiques

a) Myomectomie

Huit patientes (10,1%) ont subi une myomectomie, pour deux d'entre elles il s'agissait même d'une polomyomectomie.

Parmi les raisons avancées, on a :

- un myome causant des métrorragies et une nécrobiose septique ;
- une masse pédiculée énorme occupant tout le pelvis et entraînant une compression des organes voisins ;
- un fibrome volumineux de 11 cm réséqué dans les suites d'un accouchement après mort fœtale in utero dans un contexte de fibromatose utérine importante ;
- un utérus polomyomateux avec infertilité secondaire.

Le mode opératoire est le plus souvent le même, par laparotomie pour sept des patientes, mais on retrouve également une résection par voie basse et une résection endo-utérine par voie hystéroscopique.

Cependant, aucune résection par voie coelioscopique ni embolisation des artères utérines n'a été retrouvé dans les antécédents.

L'âge moyen des patientes lors de la myomectomie est de 29 ans avec des extrêmes allant de 20 à 36 ans.

b) Pathologies associées

On retrouve une endométriose associée chez deux patientes (2,5%). Pour l'une d'entre elles, c'est d'ailleurs lors de la cœlioscopie pour endométriose que l'on a découvert l'existence de fibromes.

Pour cinq patientes (6,3%), c'est dans le cadre d'une infertilité secondaire avec fausses couches à répétition que l'on a découvert des fibromes, qui ont par la suite été opérés.

2.7.3. Induction de la grossesse

On a retrouvé chez une seule patiente, une insémination artificielle avec sperme du conjoint, pour une infertilité primaire inexplicée et non imputée à la présence de fibromes. Pour toutes les autres, la grossesse a été spontanée.

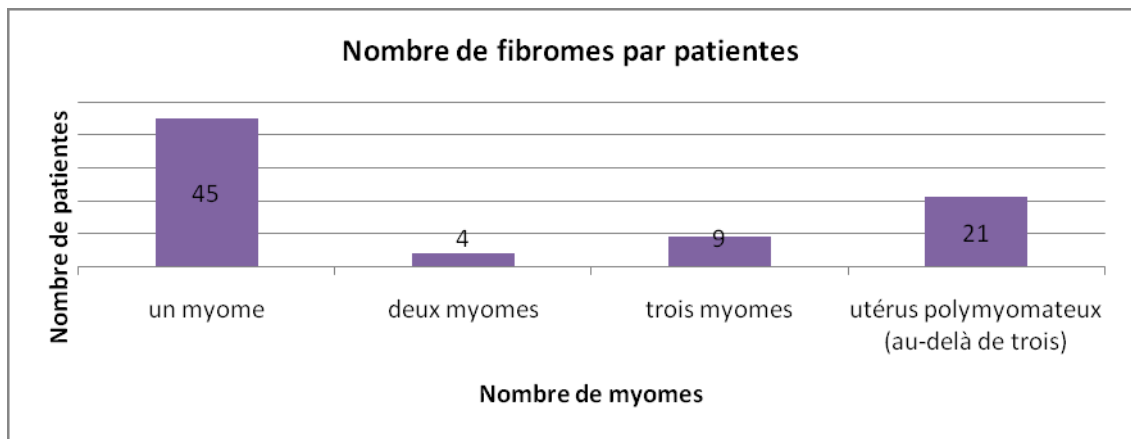
2.8. Etude des fibromes

2.8.1. Nombre

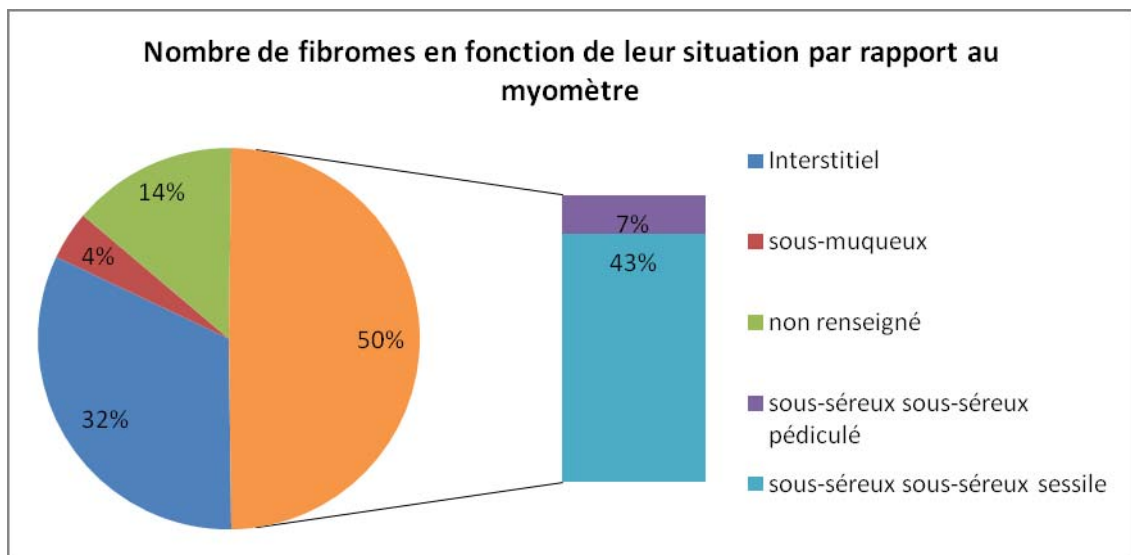
La fréquence des myomes uniques est assez élevée (57%) : 45 patientes sur 79 sont concernées.

Trente-quatre (43%) sont porteuses de plusieurs fibromes :

- Dans 4 cas (5,1%) il en existe deux ;
- Dans 9 cas (11,4%) on retrouve trois fibromes ;
- Il y a 21 utérus polomyomateux (26,6%) : 4 utérus porteurs de 4 myomes, 2 utérus porteurs de 5 myomes, 2 utérus porteurs de 6 myomes, et 13 utérus dont le nombre de myomes n'a pas été quantifié (dont un dont il est dit qu'il est impossible d'individualiser une zone sans fibrome).



2.8.2. Situation



On retrouve 50% de myomes sous-séreux dont 7% sont pédiculés, 32% de myomes interstitiels et 4% de myomes sous-muqueux.

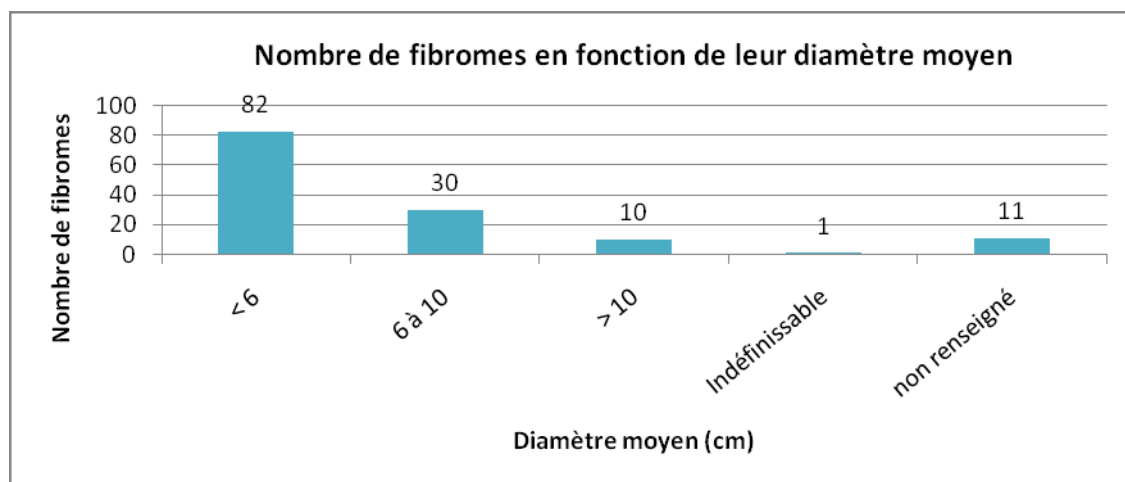
Dans 17 dossiers, la situation par rapport au myomètre n'a pas été décrite.

2.8.3. Taille

Dans la plupart des cas, les fibromes ont été mesurés dans deux dimensions. On a considéré leur diamètre moyen et on les a classés en trois groupes :

- les myomes mesurant moins de 6 cm,

- les myomes mesurant entre 6 et 10 cm, et
- ceux mesurant plus de 10 cm.



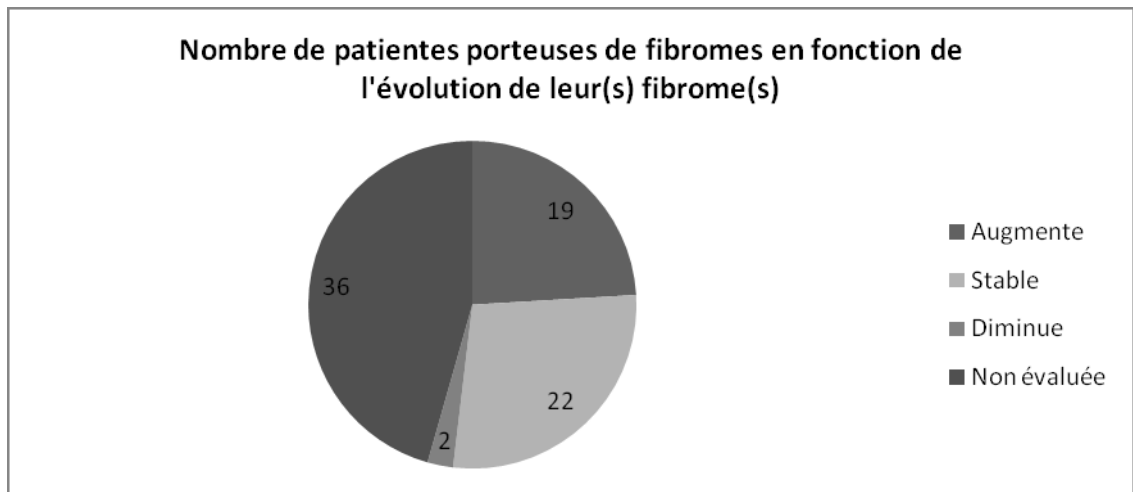
Les fibromes mesurant moins de 6 cm sont les plus fréquents (60,7%). Les gros fibromes (de 6 à 10 cm) représentent 22,2% des cas. Les volumineux fibromes concernent 7,4% des cas. On a également retrouvé un fibrome dont la taille est indéfinissable car il a été impossible d'individualiser une zone de l'utérus sans fibrome.

2.8.4. Evolution

Lors de notre étude, nous n'avons retrouvé que 43 patientes dont les fibromes ont été mesurés à plusieurs reprises au cours de la grossesse :

- dans 24,1% des cas, la taille du fibrome augmente,
- dans 27,8% des cas, ils restent stables,
- ils diminuent dans 2 cas sur 43 soit 2,5%.

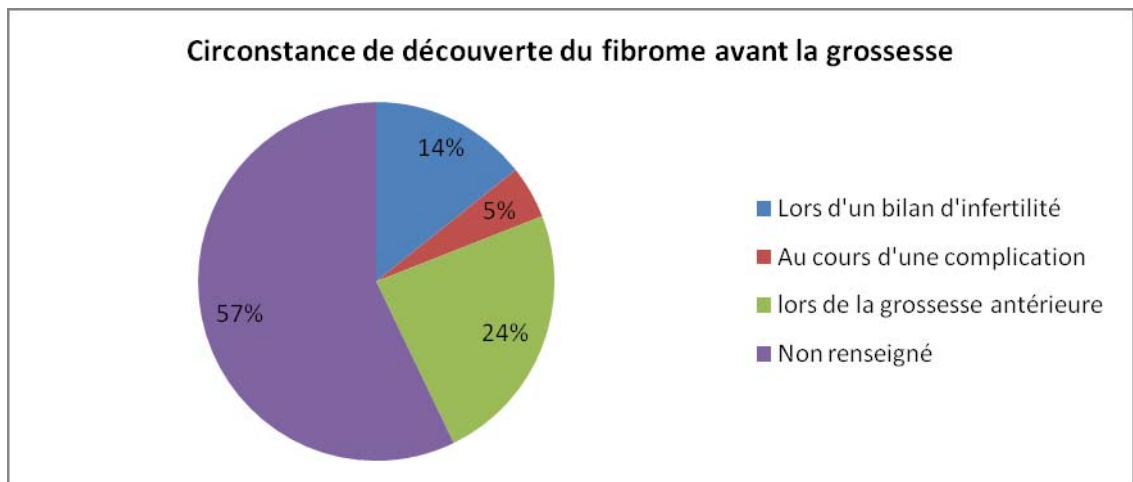
L'évolution des fibromes de 36 patientes n'a pas pu être évaluée.



2.9. Circonstances du diagnostic

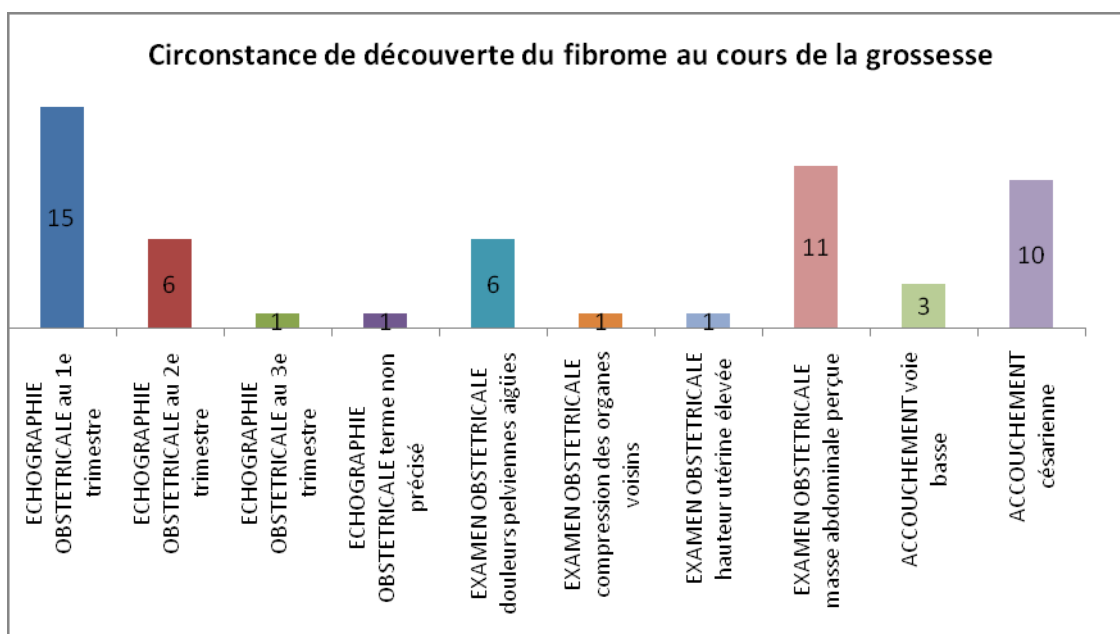
2.9.1. Avant la grossesse

Le fibrome était connu avant la grossesse dans 22 cas sur 79, soit 27,8%.



Dans 24% des cas, le fibrome a été découvert durant une grossesse antérieure. 14% des fibromes ont été découverts au cours d'un bilan d'infertilité. Pour deux patientes (5%), le fibrome a été découvert au cours d'une complication, soit par des métrorragies, soit par une compression des organes voisins dû à un fibrome occupant tout le pelvis. Il reste une large proportion (57%) dont les circonstances diagnostiques n'ont pas été renseignées.

2.9.2. Pendant la grossesse



Dans 57 cas sur 79 (72,2%), le fibrome a été découvert durant la grossesse.

Trois moyens diagnostiques ont été retrouvés durant la grossesse :

- Au cours d'une échographie obstétricale (40,3%), et préférentiellement durant le premier trimestre (65,2%), alors que 26,1% ont été diagnostiqués au cours du deuxième trimestre, et seulement 4,3% dans le dernier trimestre ;
- Durant un examen obstétrical, sur signes d'appel (33,3%). Ainsi, on peut constater que pour 11 patientes (57,9%) le gynécologue ou la sage-femme (ou encore la patiente elle-même) ont palpé une masse abdominale. Six patientes (31,6%) se sont plaintes de douleurs pelviennes aigües qui, pour cinq d'entre elles s'est avéré être une nécrobiose aseptique après investigations complémentaires. Pour une patiente (5,3%), c'est une compression avec rétention aigües des urines au premier trimestre qui a permis de faire le diagnostic de fibrome. Enfin, une patiente présentait une hauteur utérine élevée par rapport à l'âge gestationnel.

Dans la majorité des cas, l'examen clinique s'est accompagné d'une échographie afin de confirmer le diagnostic.

- Au décours de l'accouchement (22,8%). On peut ainsi différencier la césarienne et l'accouchement voie basse. Pour 10 patientes (76,9%), la présence de fibrome a

été constatée uniquement lors de la césarienne. En ce qui concerne l'accouchement voie basse (23,1%), c'est donc au décours d'une complication que l'on a pu mettre en évidence des fibromes : atonie utérine avec placenta adhérent, révision utérine pour hémorragie du post-partum, ou encore expulsion spontanée du myome.

2.10. Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes

2.10.1. Compression

Une patiente (1,2%) a présenté une compression des organes voisins à type de rétention aigüe des urines au cours du 1^{er} trimestre, qui a nécessité la pose d'une sonde à demeure durant quatre semaines. La situation s'est résolue une fois que le fibrome a basculé dans le cul de sac de Douglas avec l'évolution de la grossesse.

2.10.2. Torsion

Aucun cas de torsion n'a été relevé dans cette étude.

2.10.3. Nécrobiose aseptique

Quatorze cas de nécrobiose aseptique (17,7%) ont été relevés durant la grossesse, dans notre étude.

Parmi elles, deux (14,3%) ont été diagnostiquée durant le premier trimestre, dix (71,4%) au cours du deuxième trimestre et le reste (28,6%) au cours du troisième trimestre.

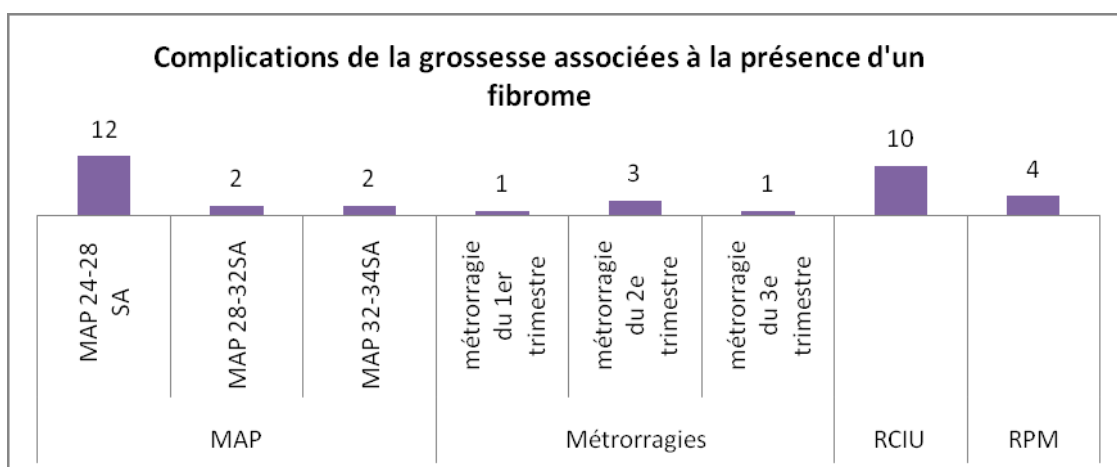
Le tableau clinique était révélateur des formes légères de la nécrobiose aseptique dans 11 cas sur 14 avec des douleurs abdomino-pelviennes modérées évoluant par crise. Pour trois patientes, la nécrobiose aseptique a uniquement été diagnostiquée à l'échographie, sans douleurs associées.

Chez deux patientes, on a retrouvé deux épisodes de nécrobiose au cours de la grossesse.

Dans huit cas sur 11, la nécrobiose a nécessité une hospitalisation, allant de 1 à 15 jours. En ce qui concerne le traitement, il a été dans tous les cas symptomatique, associant de manière classique de la glace sur le ventre, des antalgiques et des antispasmodiques. Dans trois cas, les antalgiques ont été administrés par voie parentérale pour gérer au mieux la douleur, avec même pour une patiente adjonction de nalbuphine. Chez une patiente, on a pu constater que le traitement asymptomatique était insuffisant, un traitement antibiotique et des AINS ont ainsi été ajoutés. Enfin, une nécrobiose aseptique survenant à 29 SA a nécessité la mise en place d'un traitement tocolytique par adalate®.

2.11. Influence des fibromes sur la grossesse

2.11.1. Complications de la grossesse



La grande majorité des patientes (64,6%) n'ont présenté aucune anomalie pouvant avoir un lien avec l'existence de fibromes au cours de la grossesse.

Pour les autres patientes, plusieurs types de pathologies sont retrouvés : la menace d'accouchement prématurée, la rupture prématurée des membranes, les métrorragies et le retard de croissance intra-utérin.

a) MAP

La menace d'accouchement prématuré concerne 16 patientes (20,3%) et touche essentiellement les grossesses entre 24 et 28 SA (75%).

Dans cinq cas, l'existence de fibrome peut être en partie responsable de la MAP. Dans deux autres cas, le fibrome est l'unique cause retrouvée : dans un contexte de nécrobiose aseptique ou encore sur un utérus polymyomateux.

Dans tous les cas, la MAP s'est finalement résolue.

b) RCIU

Le Retard de croissance intra-utérin concerne 10 cas sur 79 (12,7%).

Parmi elles, 8 sont d'origine vasculaire, dont 3 sont liés à une prééclampsie. Dans cinq cas, le RCIU peut être lié à la présence de fibromes, car ce sont des utérus polymyomateux avec de gros fibromes supérieurs à 6 cm, ou encore un volumineux myome sous-séreux de plus de 10cm. Parmi ces cinq cas, un RCIU a été directement imputé à l'existence de fibrome comme « très certainement en partie expliqué par l'utérus polyfibromateux », dans un utérus où il n'a même pas été possible d'individualiser une zone sans fibrome.

c) RPM

La rupture prématurée des membranes concerne quatre cas sur 79 (5,1%). Chez une de ces patientes, celle-ci a eu lieu dans un contexte de chorioamniotite, et les deux autres ont eu lieu vers 34-35 SA.

d) Métrorragie et anomalies placentaires

On recense 9 anomalies placentaires parmi les 79 grossesses (11,4%) :

- un hématome marginal dès 20 SA ;
- trois insertions placentaires en regard d'un fibrome ;
- deux placentas bas insérés ;
- un placenta adhérent ;
- deux placentas couvrants.

Des métrorragies sont retrouvées durant la grossesse sont toujours associées à une anomalie placentaire mais reste rares et concernent trois patientes (6,3%) de l'étude : au deuxième trimestre pour l'hématome marginal, aux premier et deuxième trimestres pour le placenta couvrant et au troisième trimestre pour le placenta bas inséré.

A partir de cet instant, on ne prendra plus en compte les six patientes qui ont été transférées à la Maternité Régionale durant leur grossesse pour une hospitalisation et qui sont par la suite retournées dans leur maternité d'origine.

2.11.2. Présentations dystociques

Dans 56 cas sur 73 (76,7%), on retrouve une présentation céphalique.

Parmi les présentations dites dystociques, on a pu relever 15 présentations du siège (20,5%) et 2 présentations transverses (2,7%). Parmi les causes qui sont retrouvées à ces présentations dystociques, 10 sur les 17 (59%) peuvent être directement imputées à la présence de fibromes, soit parce que ce sont des utérus polomyomateux ou de volumineux myomes de plus de 10 cm refoulant le fœtus vers le fond utérin, soit par la présence de gros myomes isthmiques voire prævia.

Parmi ces soixante-dix patientes, on en a d'ailleurs retrouvé 16 porteuses de myomes isthmiques ou cervicaux, voire même étiquetés prævia (22.8%). Cinq présentations dystociques sont liées à ces fibromes isthmiques et prævia (31.2%).

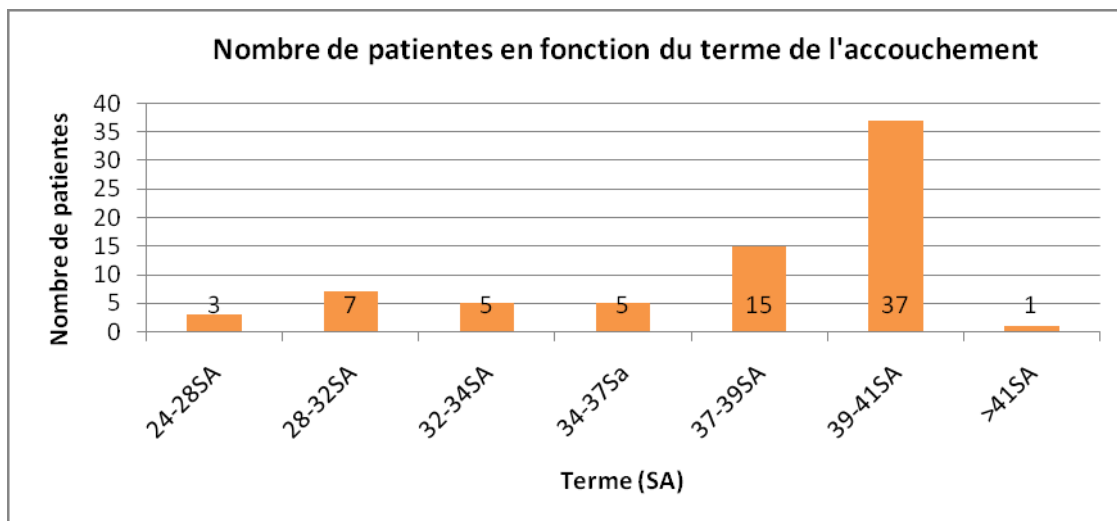
2.12. Accouchement

2.12.1. Terme

La moyenne de terme de naissances dans notre étude est de 36 SA et 5 jours, avec des extrêmes allant de 24 SA à 41 SA et 3 jours.

La majorité des accouchements (72,6%) ont lieu à terme, au-delà de 37 SA avec une plus grande proportion entre 39 et 41 SA (50,7%). Dans un cas (1,4%), on retrouve un dépassement de terme.

On observe également un léger pic entre 28 et 32 SA avec 9,6% des naissances.



2.12.2. Accouchement prématuré

On dénombre au total vingt accouchements prématurés (25,3%).

Parmi les causes retrouvées, on peut constater que sept d'entre eux sont liés à une pré-éclampsie, quatre font suite à une rupture des membranes, cinq sont liés à un RCIU sévère avec doppler pathologique, et enfin deux sont la conséquence d'une menace d'accouchement prématuré accompagné de métrorragies.

Un des ces accouchements prématurés a été en partie imputé à l'existence d'un utérus polymyomateux, comme cause probable du RCIU.

2.12.3. Par voie basse

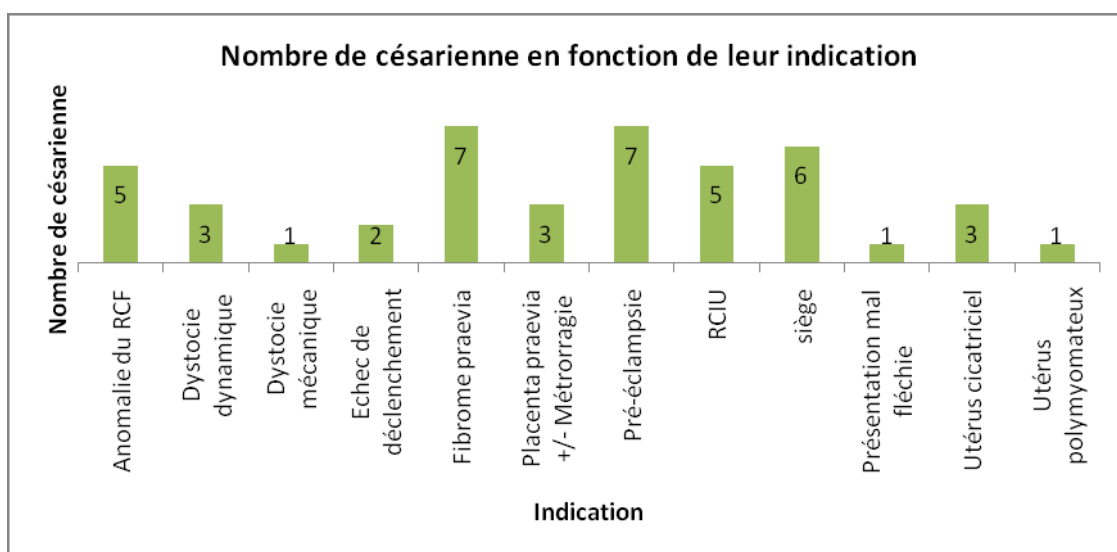
On a recensé 29 cas (39,7%) d'accouchements voie basse.

Chez 9 patientes (31%), il a fallu recourir à une extraction instrumentale pour un ou plusieurs de ces trois facteurs : défaut de progression fœtale, altération du rythme cardiaque fœtal ou efforts expulsifs inefficaces. Chez deux des trois extractions instrumentales pour défaut de progression de la tête fœtale, on retrouve la présence d'un myome isthmique.

2.12.4. Par césarienne

On retrouve 44 cas de césarienne (60,3%).

L'indication de césarienne est liée aux fibromes comme cause principale dans 8 cas sur 44 (18,2%). Elles relèvent d'autres causes obstétricales dans les 36 autres cas mais pour 8 d'entre elles, la présence de fibromes a été retrouvée comme cause secondaire, c'est-à-dire qu'elle a influencé dans la décision d'extraction par césarienne, ce qui fait donc un total de 16 cas sur 44 (36,4%).



On retrouve quatre cas de myomectomie : trois au cours de la césarienne et une au cours de l'accouchement voie basse. Dans tous les cas, il s'agissait de fibromes de moins de 6 cm et la myomectomie a eu lieu sans incident.

On relève donc au cours des césariennes :

- une exérèse d'un fibrome sous-séreux pédiculé après énucléation spontanée ;
- une myomectomie prudente après énucléation spontanée d'un fibrome sous-séreux sessile ;
- une myomectomie par ligature d'un fibrome sous-séreux pédiculé.

La dernière « myomectomie » a eu lieu lors d'une révision utérine avec exérèse d'un fibrome sous-muqueux.

2.13. Délivrance

En ne prenant en compte que les accouchements voie basse, soit 29 cas, on recense :

- 2 délivrances naturelles complètes (6,9%) ;
- 23 délivrances dirigées complètes (79,3%) ;
- 1 délivrance dirigée incomplète avec révision utérine (3,4%) ;
- 3 délivrances artificielles et révisions utérines (10,3%).

Parmi les 3 délivrances artificielles et révisions utérines, on en relève :

- 2 pour non décollement placentaire sans complication hémorragique,
- 1 pour rétention placentaire avec adhérences placentaires, associée à des pertes supérieures à 2,5L.

Parmi les délivrances dirigées, on en relève 4 qui ont nécessité une révision utérine :

- 1 incomplète avec rétention placentaire sans complication hémorragique,
- 3 avec doute sur l'intégrité placentaire et pertes sanguines comprises entre 500cc et 1,7L, finalement négative.

2.14. Complications hémorragiques

La Société Française d'Anesthésie Réanimation définit l'hémorragie du post-partum comme une hémorragie de la filière génitale qui survient dans les 24 heures suivant la naissance, et dont les pertes sont estimées dépassant 500 ml pour un accouchement voie basse et 1000ml lors d'une césarienne.

Ainsi, l'hémorragie complique 11 césariennes sur 44 (25%) et 6 accouchements voie basse sur 29 (20,7%).

En ce qui concerne la césarienne, les pertes sanguines vont de 1000cc à plus de 1500cc.

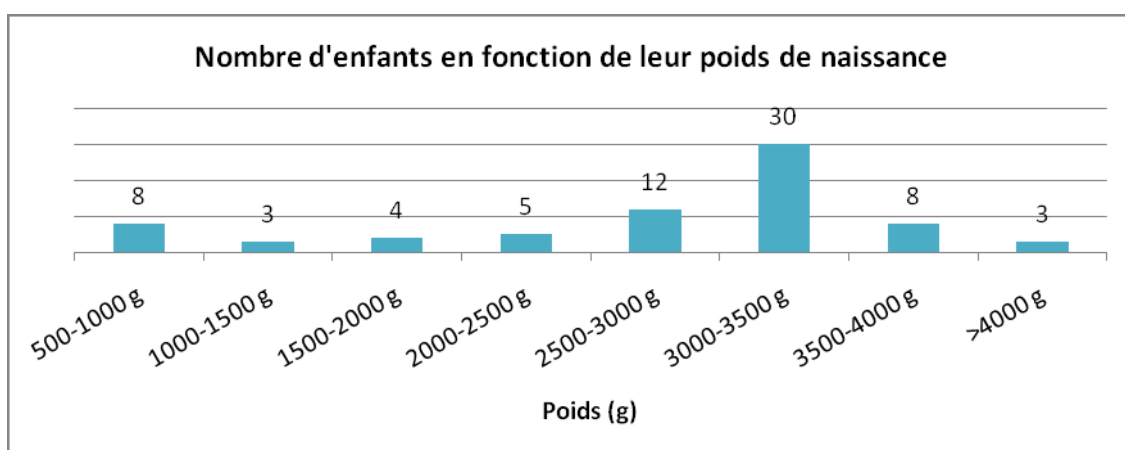
Pour l'accouchement voie basse, ces pertes vont de 500cc à plus de 2500cc.

Dans 12 cas sur 17 (76,9%), la cause retrouvée est l'atonie utérine. Il y a également dans trois cas une rétraction médiocre de l'utérus, un autre cas avec placenta adhérent ou encore l'énucléation spontanée d'un fibrome sous-muqueux.

La situation s'est résolue spontanément dans huit cas (avec syntocinon® et massage). Pour quatre patientes, une prise en charge par sulprostone (Nalador®) a suffi. Enfin, deux patientes ont nécessité une embolisation des artères utérines, une a subi une ligature des artères utérines gauches et deux autres une hystérectomie d'hémostase après échec de ligature des artères utérines.

2.15. Retentissement néonatal

2.15.1. Poids



Le poids de naissance moyen des nouveau-nés est de 2749 g, avec des extrêmes allant de 550 à 4240 g.

La majorité d'entre eux ont un poids compris entre 2500 et 4000g avec un pic retrouvé entre 3000 et 3500g (41,1%). On peut aussi constater un second pic entre 500 et 1000 g et qui concerne 11% des enfants.

Si l'on prend en compte uniquement les enfants nés à partir de 37 SA, soit 53 enfants, le poids moyen est de 3258g.

2.15.2. pH

Nous avons pu relever le pH artériel de 63 enfants à la naissance. Le pH moyen était de 7,29 avec des extrêmes allant de 7,14 à 7,45. Seuls deux d'entre eux ont un pH inférieur à 7,15.

Pour 10 d'entre eux, le pH n'a pas été retrouvé ou mesuré.

2.15.3. Score d'Apgar

L'indice d'Apgar moyen des nouveau-nés est de :

- 7,25 à 1 minute de vie,
- 8 à 5 minutes de vie.

2.15.4. Examen clinique à la naissance

On recense 13 enfants (17,8%) ayant des particularités à l'examen clinique des premiers jours. Parmi les particularités rencontrées, on retrouve des malpositions des pieds, une raideur de genou et une asymétrie faciale.

Pour les malpositions des pieds, on a retrouvé au total :

- 1 malposition des orteils ;
- 2 pieds talus ;
- 11 pieds varus dont 7 bilatéraux (une forme sévère) ;
- 1 pied varus équin ;
- 2 pieds métatarsus varus dont 1 bilatéral ;

On a cherché à savoir si un lien avec des fibromes de taille et de localisation significative pouvait être envisagé, et c'est le cas pour 12 enfants (92,3%).

L'asymétrie faciale est due à une position vicieuse de la tête vers la droite, or on retrouve chez la mère de cet enfant la présence d'un volumineux fibrome sous-séreux de 10 cm sur la paroi utérine gauche.

Concernant les anomalies des membres inférieurs (12 au total), 7 d'entre elles sont associées des myomes isthmiques, voire praevia, de taille comprise entre 6 et 11,5 cm (associé à une présentation du siège dans un cas).

Pour les 4 restantes, on retrouve deux fois des myomes sous-muqueux déformant la cavité utérine et allant jusqu'à 10 cm, un utérus polymyomateux avec plusieurs myomes sous-séreux de 5 cm, ou encore un volumineux myome de 11,5 cm.

2.16. Post-partum

2.16.1. Allaitement

On a recherché le type d'allaitement pour ses bénéfiques sur le versant maternel, et l'influence que peut avoir l'hormone ocytocine de la lactation sur la contraction utérine.

L'allaitement maternel concerne 51 patientes sur 73 (70%), c'est le choix de la majorité. 13 patientes (17,8%) ont choisi un allaitement artificiel et 1 (1,4%) a choisi un allaitement mixte.

Pour les 8 autres patientes, le type d'allaitement n'a pas été retrouvé dans les dossiers.

2.16.2. Complications

Une fois le post-partum immédiat passé, on a retrouvé uniquement 5 patientes présentant des complications au cours du post-partum. Quatre d'entre elles concernent la première semaine.

On retrouve :

- une paraphlébite du membre inférieur gauche chez une patiente ne présentant aucun antécédent et qui a été mise immédiatement sous héparinothérapie à forte dose ;
- une hémorragie du post-partum avec atonie utérine (1000cc), à 6 heures de post-partum après un accouchement voie basse, qui a nécessité une embolisation des artères utérines ;
- une nécrobiose aseptique à 7 jours de post-partum ;
- une suspicion de nécrobiose septique qui a immédiatement été mise sous antibiotique, et qui s'est visiblement résolu.

Pour la dernière, il s'agit d'une nécrobiose aseptique qui a été découvert à 8 semaines de post-partum au cours de la consultation post-natale.

On note qu'une des 68 patientes présentant des suites de couches simples a tout de même été mise sous héparine de bas poids moléculaire préventive durant 5 jours en raison de son utérus polomyomateux.

**PRISE EN CHARGE
DE L'ASSOCIATION
FIBROME ET
GROSSESSE**

DISCUSSION

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1. Incidence

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0.1 à 3.87 % selon Lopes et al. [17]

D'après les études de Rice et al. (1989) et Hasan et al. (1991), la prévalence de l'utérus gravide myomateux était respectivement de 0,1 à 3,9% [30-31].

Nous avons retrouvé une fréquence de 0,34 %, ce qui correspond aux valeurs les plus faibles retrouvées dans la littérature, mais il faut tenir compte des problèmes liés au recueil de données de l'étude.

En effet, chiffrer de façon précise la fréquence de cette association est difficile pour plusieurs raisons. De nombreux cas passent inaperçus car ils ne donnent lieu à aucun symptôme. De plus, les pourcentages varient selon les différents critères pris en compte :

- tous les fibromes au cours de la grossesse, ou
- uniquement les gros fibromes, c'est-à-dire de diamètre moyen supérieur à 6 cm, ou
- seulement les fibromes qui se compliquent, donnant lieu à une symptomatologie clinique.

La coexistence d'un fibrome et d'une grossesse semble être en augmentation. Ceci est à mettre en parallèle avec la survenue désormais plus tardive du désir d'enfant chez la femme.

1.2. Age

La fréquence des fibromes augmente avec l'âge des patientes et se rencontre surtout chez les femmes âgées de plus de 30 ans.

D'après Lopes et al. [17], l'âge moyen des patientes associant fibrome et grossesse était de 33,6 ans, et 77,75% d'entre elles avaient plus de 31 ans.

Selon Coronado et al. [32], les patientes de plus de 35 ans présentant un fibrome durant leur grossesse représentaient 36,9 % des patientes étudiées.

Dans notre étude, l'âge moyen est de 33,40 ans, l'augmentation de fréquence se fait progressivement avec un pic vraiment marqué dès 30 ans. 81 % des femmes ont plus de 30 ans et 43 % ont plus de 35 ans.

Ces chiffres sont donc en accord avec la plupart des auteurs.

Toutefois, il ne faut pas oublier de citer la proportion assez importante de patientes jeunes porteuses de fibrome : 17,7 % des patientes de notre étude ont moins de 30 ans et la patiente la plus jeune avait 20 ans.

1.3. Origine ethnique

Les femmes noires développent plus de fibromes, plus gros, et plus jeunes que les femmes blanches [3].

D'après Qidway et al. [33], les femmes d'origine africaine sont plus nombreuses dans la population avec myome.

Pour des raisons de non-discrimination, il est interdit de dénombrer la population noire en France, cependant elle est estimée à 3 à 5 millions (soit 5 à 8% de la population).

Dans notre étude, les femmes noires représentent 24% des patientes présentant un fibrome durant la grossesse. Parmi ces femmes, 31,6% ont moins de 30 ans, alors que chez les femmes blanches elles ne sont que 13,3 %.

Nos résultats rejoignent donc ceux de la littérature car la population noire reste une population minoritaire des femmes accouchant à la maternité régionale de Nancy, et elles sont pourtant près d'un quart dans notre étude. Elles semblent également

développer des fibromes plus jeunes, à moins que ce soit la survenue de leur grossesse qui apparaisse à un plus jeune âge.

En ce qui concerne la taille et le nombre des fibromes, on ne peut pas tirer de conclusion car les caractéristiques concernant les fibromes n'ont pas été décrit avec suffisamment de précision lors de l'établissement des dossiers obstétricaux.

1.4. Parité

L'association fibrome et grossesse concerne plus volontiers la primipare d'après Lopes et al. [17].

Hasan et al. [31] observait 60% de primipares. Quant à Katz [34], il en retrouvait 53,6%.

Selon Coronado et al. [32], 57,7% des femmes présentant au moins un fibrome durant la grossesse sont primipares, 25,5% sont deuxième pare, 16,8% sont troisième pare et plus.

Dans notre étude, nous avons trouvé 60,8% de primipares, 24% de deuxième pare, et 15,2% de troisième pare et plus.

Nos résultats coïncident avec la littérature et il serait alors fort probable que le fait de n'avoir jamais eu d'enfant favorise l'apparition des fibromes.

1.5. Antécédents familiaux

D'après Vikhlyeva [37], il existe une prédisposition familiale aux fibromes qui est 2,2 fois plus fréquente lorsque, dans la famille au premier degré, on retrouve des femmes avec deux fibromes ou plus.

Dans notre étude, seules 5% des patientes ont dans leur famille au premier degré, des femmes également porteuses de fibromes.

Cependant, on ne peut rien conclure quant à ces résultats car l'absence de données retrouvées dans le dossier ne signifie pas qu'il n'existe pas : il faut tout d'abord que le

fibrome ait été découvert et soit connu chez les patientes ainsi que dans leur famille, puis il faut que l'anamnèse ait été complète au moment de l'établissement du dossier obstétrical.

1.6. Poids

Une association positivement significative est retrouvée systématiquement entre obésité et croissance des fibromes [3].

D'après la dernière enquête épidémiologique sur la prévalence de l'obésité et du surpoids réalisée en France en 2009 [35], on retrouve 15,1% de femmes obèses et 26% de femmes en surpoids.

Dans notre étude, 21,5% se trouvent en obésité et 15,2% des patientes sont en surpoids. On retrouve ainsi une proportion plus importante de patiente en surpoids et en obésité dans notre étude par rapport à la population générale française. On peut ainsi penser que, comme le dit la littérature, une possible contribution du métabolisme des œstrogènes chez ces femmes obèses peut être impliquée dans la croissance des fibromes [3].

1.7. Tabagisme

D'après Fernandez et al. [3], ou bien encore Rongières et al. [6], le tabac est incontestablement associé à une diminution du risque d'apparition de fibromes.

D'après la Haute Autorité de Santé en 2004 [36], 37% des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse.

Dans notre étude, on retrouve 19% de femmes enceintes fumeuses, soit presque deux fois moins de femmes fumeuses dans notre étude par rapport à la population générale des femmes enceintes en France.

Nos chiffres concordent donc avec la littérature qui estime que le tabac est associé à une diminution du risque des fibromes en raison de son effet antiœstrogène [3].

Nous pouvons donc conclure que notre étude, conformément aux revues de la littérature, a montré que l'âge, l'origine ethnique, la parité et l'obésité sont bien des facteurs favorisant des fibromes, et que le tabac est un facteur protecteur (mais uniquement de l'apparition des fibromes bien évidemment).

2. FIBROME ET DESIR DE GROSSESSE

2.1. Contraception

D'après le CNGOF [13], il n'y a actuellement pas d'argument en faveur d'une croissance des fibromes en présence d'une contraception orale œstro-progestative ou progestative.

Nous ne pouvons de toute façon rien interpréter de nos résultats, car cet item était renseigné pour seulement un quart des patientes.

Toujours selon le CNGOF, seuls les myomes sous-muqueux sont une contre-indication au dispositif intra-utérin.

Dans notre étude, on a retrouvé trois patientes sous stérilet avant la grossesse, tous étaient en présence de myomes sous-séreux, mais seulement un d'entre eux était connu avant la grossesse.

2.2. Fertilité

D'après Poncelet et al. [27], les mécanismes permettant d'expliquer l'infertilité en cas de myomes sont une obstruction des orifices tubaires, une modification importante de la cavité utérine obligeant un trajet plus long aux spermatozoïdes, une modification de la vascularisation endométriale voire une érosion endométriale.

Les myomes comme seule cause d'infertilité sont retrouvés que chez 1 à 2% des patientes.

Dans notre étude, seule une patiente a eu recours à une procréation médicalement assistée et le fibrome n'était pas la cause.

Par contre, on peut voir que pour cinq patientes, le fibrome a été découvert puis réséqué dans le cadre d'un bilan d'infertilité secondaire avec fausses couches à répétition.

Les dossiers que nous avons étudiés concernaient les accouchements et non leur charge en AMP, nous n'avons donc pas assez de renseignements pour conclure.

3. CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

D'après Lopes et al. [17], seuls 37% des fibromes étaient connus avant la grossesse et 52,6% des fibromes ont été découverts au cours de la grossesse grâce à l'échographie. Cette découverte est plus simple au cours du premier trimestre, par la suite, la différence d'échogénicité entre le fibrome et le myomètre environnant est moins évidente compte tenu du ramollissement du fibrome.

Dans notre étude, 27,8% des fibromes étaient connus avant la grossesse. D'ailleurs, parmi eux, près d'un quart ont été découverts lors de la grossesse précédente.

72,2% des fibromes ont été découverts lors de la grossesse.

Pendant la grossesse, il faudra évoquer la présence d'un myome devant :

- des métrorragies du premier ou du deuxième trimestre,
- une augmentation trop rapide du volume utérin,
- une masse latéro-utérine à la palpation,
- des avortements tardifs à répétition,
- une menace d'accouchement prématuré,
- une complication inhérente aux fibromes : des douleurs abdomino-pelviennes faisant évoquer une nécrobiose aseptique ou la torsion d'un myome sous-séreux pédiculé, ou bien encore des signes de compression.

Cependant, l'échographie demeure l'examen de référence qui permet de diagnostiquer des fibromes utérins au cours de la grossesse, et en particulier celle du premier trimestre.

Ainsi, dans notre étude, 40,3% des fibromes sont découverts au décours d'une échographie systématique de grossesse, dont 65,2% au premier trimestre.

Cela nous indique donc la part des fibromes asymptomatiques de découverte fortuite, mais qui contribue tout de même à augmenter l'incidence de l'association fibrome et grossesse.

Cependant, l'examen clinique, notamment à l'aide de la palpation utérine (19,9%) conserve une place dans le diagnostic du fibrome qu'il ne faut pas négliger.

4. INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'EVOLUTION DES FIBROMES

4.1. Evolution des fibromes

C'est l'échographie qui permet de contrôler l'évolution en taille des fibromes.

Lopes et al. [17] montrait que 42,9% des fibromes contrôlés entre le premier et le troisième trimestre avaient régressé et 53,9% des fibromes observés entre le deuxième et le troisième n'avaient pas varié de taille.

D'après Hammoud et al. [38], 55,1% des fibromes avaient diminué entre le premier et le deuxième trimestre de la grossesse et 75,1% avaient également diminué de taille entre le deuxième et le troisième trimestre.

Dans notre étude, 27,8% des fibromes ne se modifient pas au cours de la grossesse, 24,1% des fibromes augmentent et seuls 2,5% diminuent.

Cependant, ces résultats ne sont pas représentatifs de la réalité car l'évolution de près de la moitié des fibromes de l'étude n'a pas pu être évalué par absence de mesures

successives. Nos résultats semblent plutôt en faveur d'une stabilité voire même d'une augmentation des fibromes au cours de la grossesse, contrairement aux résultats de la littérature, mais on ne peut rien conclure.

4.2. Evolution vers la nécrobiose aseptique

Le pourcentage observé de nécrobiose aseptique au cours de la grossesse est variable de 1,5% pour Strobelt [39] à 28% pour DiLucca [40]. Dans les deux tiers des cas, celles-ci se manifestent au deuxième trimestre.

Dans notre étude, le pourcentage de nécrobiose aseptique observées au cours de la grossesse était de 17,7%. Parmi eux, 71,4% sont retrouvés au cours du deuxième trimestre. Ces résultats sont donc en accord avec la littérature.

Même si le diagnostic est purement histologique lors des myomectomies, l'échographie peut contribuer au diagnostic en recherchant des modifications de l'échostructure, ce qui a été le cas pour toutes les patientes de notre étude.

Pour trois d'entre elles, le diagnostic de nécrobiose aseptique a été posé lors d'une échographie alors qu'aucunes manifestations cliniques n'étaient associées.

Selon Lopes et al. [17], il n'y a pas de preuve de l'effet néfaste de la grossesse sur la survenue d'une nécrobiose. Seuls les symptômes de la nécrobiose sont à traiter durant la grossesse, traitement basé sur du repos, des antalgiques (par voie parentérale), de la glace, permettant de soulager la patiente et sont le plus souvent suffisants. Les tocolytiques simples doivent être prescrits si des contractions utérines sont avérées. Ces mêmes traitements ont été administrés aux patientes de notre étude lorsqu'il était nécessaire.

4.3. Torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé

C'est une complication rare, dont le diagnostic est difficile. DiLucca [40], dans sa série de 476 cas n'a retrouvé aucun cas.

De même dans notre étude nous ne l'avons pas observé.

4.4. Troubles de compression

Ces complications sont également rares. Le fibrome peut entraîner une compression des organes de voisinage, en particulier de l'uretère avec dilatation urétérale et retentissement sur le rein en amont.

Youssef et al. [41] évaluent à 4,3% le taux de compression du tractus urinaire. Dans notre étude, nous avons relevé un cas de compression du tractus urinaire avec rétention aigüe des urines au cours du premier trimestre.

5. INFLUENCE DES FIBROMES SUR LA GROSSESSE

Avant toute chose, il faut bien garder à l'esprit que cette étude est faite dans une maternité de niveau trois qui accueille donc particulièrement les grossesses pathologiques, ce qui n'est certainement pas représentatif de la population générale. Pour cela, il aurait fallu réaliser cette étude à échelle régionale, permettant ainsi de recenser plus de grossesses physiologiques et d'augmenter du même coup l'effectif et la puissance de l'étude.

L'implication du fibrome dans diverses complications gravidiques est très controversée dans la littérature. Certaines études tendent à affirmer que les fibromes peuvent être responsables de certaines complications de la grossesse [17-18-27-32], sans pour autant être d'accord entre elles sur les complications concernées. Alors que pour d'autres, l'association fibrome et grossesse n'entraîne dans la grande majorité des cas aucune complications.

5.1. Fausses couches spontanés

Classiquement, les avortements spontanés sont plus fréquents en cas de fibromes associés à la grossesse.

Les modifications de l'endomètre et de la structure du myomètre, les déformations de la cavité utérine entraînent volontiers une mauvaise nidation et un mauvais développement de l'œuf.

La fréquence des avortements spontanés varie de 4% à 18% selon les auteurs [17]. Notons que ce chiffre est habituellement donné comme risque de fausse couche au cours des grossesses normales.

Dans notre étude, nous n'avons pas pu considérer les cas d'avortements spontanés à cause des problèmes de recueil des données. Les dossiers que nous avons étudiés ne concernaient que les cas d'accouchements, et non les cas d'avortements spontanés.

Cependant, dans les antécédents des patientes concernées, la proportion d'avortements spontanés était de 25,3%, ce qui rejoint donc les constatations de la littérature [29].

5.2. RCIU

Expliqué par Rosati [41] en cas de fibromes volumineux par détournement du flux sanguin, il n'est pas retrouvé dans la littérature : il est de 3,5% dans la série de Lopes [17] et de 3,75% dans la série de DiLucca [40].

La multiplicité des tailles et des localisations des fibromes peut expliquer une absence de preuve en ce qui concerne le RCIU.

Dans notre étude, sur les dix cas de retard de croissance intra utérin, cinq peuvent être lié à la présence de fibromes :

- deux sur utérus polymyomateux avec de gros myomes sous-séreux,
- un modéré sur un utérus porteur d'un volumineux myome sous-muqueux de plus de 10 cm,
- un sur utérus polymyomateux associé à une pré-éclampsie sévère à la fin du deuxième trimestre,
- un où il n'a pas été possible d'individualiser une zone sans fibrome au sein de l'utérus.

Pour aucun d'entre eux, le diagnostic n'a été posé avec certitude comme seule cause du RCIU.

Mais on peut penser que la présence d'un volumineux myome, qui plus est sous-muqueux, ou d'un utérus polymyomateux ait causé un détournement du flux sanguin destiné au placenta pour s'alimenter.

5.3. Anomalies placentaires

Le fibrome favorise l'insertion vicieuse du placenta, qui peut s'insérer de manière de manière plus fréquente sur la partie basse de l'utérus ou bien en regard du fibrome. Ces anomalies, diagnostiquées à l'échographie, peuvent être à l'origine d'hémorragies du deuxième ou troisième trimestre.

Dans notre étude, on a retrouvé deux cas de placentas bas insérés et deux cas de placentas couvrants, ayant entraînés des métrorragies, mais ceux-ci n'étaient certainement pas dus à des fibromes car ils étaient en présence de fibromes de petite taille. On a également retrouvé trois insertions placentaires totalement ou partiellement en regard du fibrome mais ceux-ci n'ont eu aucune conséquence sur le déroulement de la grossesse.

5.4. MAP et accouchements prématurés

Le pourcentage de menace d'accouchement prématuré varie de 17,02 à 24,6% selon les séries [17]. Quant aux accouchements prématurés, leur taux varie de 8,5% à 17% [17].

Dans notre étude, la MAP a été retrouvée à 20,3% (soit 16 cas). Mais seuls 7,6% (7 cas) peuvent être lié à l'existence de fibromes : cinq où le fibrome peut être au moins en partie responsable de MAP, et deux où c'est l'unique cause retrouvée.

Nos résultats sont bien inférieurs à ceux de la littérature si l'on ne prend en compte uniquement les MAP liées aux fibromes.

Encore une fois, ce sont les utérus polomyomateux porteurs de gros myomes qui sont le plus responsables de MAP, ou encore la présence de volumineux myomes sous-séreux de plus de 10 cm, ou bien un myome en nécrobiose aseptique.

Cependant toutes ces MAP se sont bien résolues grâce à un repos et un traitement tocolytique bien conduit. Le repos doit être facilement proposé pour éviter l'hypercontractilité.

Dans notre étude, on dénombre 20,3% d'accouchements prématurés. Cependant parmi eux, seul un (1,4%) a pu être en partie imputé à un utérus polomyomateux comme cause probable du RCIU, cet accouchement a eu lieu à 28 SA.

Encore une fois, nos résultats sont bien en dessous de ceux retrouvés dans la littérature.

5.5. Présentations dystociques

Les anomalies de la présentation sont plus fréquentes.

Dans la série de Lopes et al. [17], la présentation du sommet représente 81,2% contre 92,7% dans la population témoin. De plus, selon cette série, l'incidence pour la présentation du siège passe de 4% pour un utérus sain à 11% pour un utérus fibromateux.

Dans notre étude, on retrouve 76,7% de présentations céphaliques, 20,5% de présentations podaliques et 2,7% de présentations transverses.

59% de ces présentations dystociques peuvent être liés à la présence de fibromes : dues à des utérus polomyomateux ou de volumineux myomes de plus de 10 cm refoulant le fœtus vers le fond utérin, ou encore à la présence de gros myomes isthmiques voire prævia.

Ces résultats semblent être en accord et même plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature, montrant une augmentation du risque de présentations dystociques en présence de fibromes, qui peut s'expliquer par un défaut d'accommodation de la présentation et d'ampliation du segment inférieur, gênés par des fibromes cervicaux, isthmiques ou encore volumineux déformant la cavité utérine.

WE Roberts [23] annonce dans son étude que la découverte de myomes utérins durant la grossesse ne doit pas inclure les patientes concernées dans les grossesses à risques de prématurité, ou autre pathologie gravidique.

C'est ce que l'on peut également conclure au vu de nos résultats.

6. L'ACCOUCHEMENT

6.1. Voie basse ou voie haute

L'accouchement par les voies naturelles reste possible si le fibrome ne constitue pas un obstacle prævia. Ainsi, la plupart des accouchements se font par voie basse avec succès dans le cadre d'une surveillance appropriée [29].

En revanche, selon Coronado et al. [32], le taux de césarienne était, de façon significative, plus élevée dans la population présentant un myome durant la grossesse que dans la population témoin. En effet, elles représentaient 58,3% contre 17,5%.

Selon Benson et al. [43], le taux de césarienne était plus élevé chez les patientes présentant un fibrome : 38% contre 28%.

Selon Qidway et al. [33], le taux de césarienne était significativement plus élevé en présence d'utérus myomateux : 49,1% contre 21,4%. Le nombre et la taille n'influeraient pas cette donnée.

Dans notre étude, nous avons retrouvé un taux de césarienne de 60,3%, soit 44 cas, dont 35 avant tout début de travail.

Le taux de césarienne augmenté s'expliquerait par une augmentation de dystocies mécanique et dynamique, d'utérus cicatriciel par présence myomectomies antérieurs et par la présence de fibromes volumineux isthmiques empêchant la voie basse, décrit comme rare dans la littérature mais pourtant retrouvée à sept reprises dans notre étude.

Nos résultats concordent donc avec ceux de la littérature mais le taux de césarienne reste toutefois très élevé. Cela peut s'expliquer par le fait que parmi les 79 fibromes, 10 (12,7%) ont été découverts au cours de la césarienne, ce qui nous laisse penser que ces fibromes ne s'étaient pas manifestés durant la grossesse (et n'avaient même pas été vu aux échographies), mais qu'ils ont simplement été précisé dans le compte-rendu de la césarienne.

6.2. Myomectomie en cours de césarienne

Compte tenu des risques hémorragiques et de la fragilité de la cicatrice utérine, il est admis de réaliser uniquement les myomectomies de nécessité, lorsque le fibrome siège sur le segment inférieur ou si, en position sous-séreuse, il entraîne un risque de torsion [17].

Dans notre étude, seuls trois myomectomies ont été réalisées : deux dans le cadre d'un myome sous-séreux pédiculé, et un sur un sous-séreux sessile mais après son énucléation spontanée.

Nos résultats sont donc en accord avec ceux de la littérature.

6.3. Dystocies dynamique et mécanique au cours du travail

D'après Lopes [17], la dystocie mécanique est réelle lorsque le fibrome prævia fait obstacle à l'accouchement, alors que la dystocie dynamique reste théorique car aucun argument scientifique ne permet d'élaborer un lien de causalité entre fibrome et dystocie dynamique.

Dans notre étude, plusieurs césariennes ont été réalisées en urgence en raison d'une dystocie :

- obstacle prævia, ou
- stagnation d'une présentation mal fléchie avec absence d'engagement, ou
- stagnation de la dilatation.

Il est possible de voir des myomes initialement bas inséré et faisant potentiellement obstacle à la présentation, s'ascensionner du fait du développement du segment inférieur.

C'est pourquoi la décision pour l'obstacle prævia, une décision de césarienne n'avait pas été décidé avant le début du travail.

Pour les deux autres causes, on ne peut pas conclure à une responsabilité induite par les fibromes, car on n'a pas assez d'éléments pour le faire. Pour cela, il aurait fallu étudier la dynamique utérine et cervicale durant le travail, ainsi que le recours à la correction par ocytocine, mais cela n'a pas été fait.

Mais on peut penser que les fibromes ont probablement une responsabilité dans la dystocie dynamique durant le travail, par défaut de contractilité utérine.

7. LA DELIVRANCE

Dans l'étude de Lopes et al. [17], les hémorragies de la délivrance ont touché 7,3% de la population de femmes dont l'utérus était myomateux contre 1,8% pour la population témoin.

Selon notre étude, 23,3% des patientes portant un fibrome durant leur grossesse ont eu une hémorragie de la délivrance.

Ces résultats vont dans le sens de la littérature et sont même bien plus élevés.

Le risque augmenté d'hémorragie de la délivrance sur utérus myomateux s'expliquerait par les difficultés de rétraction et d'involution utérines liées à la présence de fibrome.

Au vu de ces résultats, il faudra alors toujours prévenir les patientes des risques d'hystérectomie d'hémostase, comme cela a été le cas pour deux patientes dans notre étude : toutes deux âgées de 33-34 ans, après la naissance de leur premier enfant.

8. RETENTISSEMENT NEONATAL

Le poids moyen dans la population générale d'un enfant né à terme est de 3300g. Dans notre étude, si l'on ne prend en compte que les enfants nés à partir de 37 SA, on retrouve un poids moyen de 3258g.

Nos résultats sont donc conformes à ceux de la population générale, et cela nous conforte dans le fait que la présence de fibrome influe peu sur la croissance du fœtus.

En ce qui concerne le pH artériel et le score d'Apgar, interpréter ces résultats n'a que peu d'intérêt dans notre étude.

En effet, le pH moyen retrouvé de 7,29 est correct, et la mauvaise adaptation immédiate qui a pu être retrouvée dans notre étude était liée à une prématurité (sachant que seule une des naissances prématurées a un lien avec un fibrome) ou à un retard de résorption après une naissance par césarienne.

D'après Romero [44], les fibromes peuvent comprimer la cavité ovulaire, gêner la distensibilité du myomètre et être responsable de syndrome de compression et de déformation fœtale.

Au cours de la 5^{ème} journée de Médecine Fœtale [45], il a été dit que les fibromes, par compression, pouvaient être responsable d'une hypomobilité fœtale, risquant d'entraîner des anomalies touchant les membres et les extrémités, telles une extension complète et constante des membres inférieurs, des articulations fixées, des malpositions des pieds, des mains voire des doigts.

Selon un argumentaire de l'HAS [46], les pathologies congénitales du pied représentent entre 1 et 6,7% des naissances selon les auteurs.

Par pathologies congénitales, cet argumentaire entend : le pied calcanéus (parfois dénommé pied talus), le pied supinatus (parfois dénommé pied varus), le pied métatarsus varus (parfois dénommé métatarsus adductus), le pied bot varus équin, et le pied convexe (ces deux dernières font partie des déformations les plus rares soit 1 à 2 pour 1000 naissances).

Dans notre étude, on a relevé au cours des examens cliniques du nouveau-né réalisés dans les suites de couches, 13 enfants (17,8%) qui présentaient : en majorité des malpositions des pieds diverses (voire des orteils dans un cas), une raideur de genou et une asymétrie faciale.

Ces malpositions étaient toutes bénignes, et réductibles par simple stimulation, kinésithérapie ou appareillage.

Parmi les causes possibles à ces anomalies, on retrouve presque systématiquement (12 cas sur 13), la présence de fibrome d'une importance particulière :

- volumineux fibrome sous-séreux (de plus de 10 cm), ou
- gros ou volumineux myomes isthmiques ou praevia, ou
- volumineux myome sous-muqueux déformant la cavité utérine, ou
- utérus polomyomateux avec de gros myomes.

Nos résultats semblent bien supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature. On peut donc penser que les fibromes, en fonction de leur localisation et de leur taille, ont une influence, au moins sur les malpositions des pieds, mais qui semblent rester bénignes et aisément réductibles.

9. LE POST-PARTUM

L'incitation à l'allaitement et la prescription d'utérotonique doivent être fortes pour améliorer la contractilité utérine et la rétraction hémostatique de celui-ci, et diminuer ainsi le risque hémorragique.

Dans notre étude, 70% des patientes avaient choisi l'allaitement maternel. Il n'a pas été retrouvé de précision quant aux modalités de choix, à savoir si elles ont reçu une information concernant les bénéfices sur l'utérus myomateux, mais ces chiffres restent tout de même élevés.

Au cours du post-partum, les principaux risques sont :

- infectieux (endométrite et nécrobiose aseptique),
- thromboemboliques.

Après une césarienne, les suites de couches sont souvent difficiles. Le fibrome va suivre l'involution utérine, mais il arrive qu'il se scaphèle et s'élimine de lui-même dans la cavité utérine.

Dans notre étude, le post-partum a été simple dans la grande majorité des cas (93,2%). Nous avons relevé deux cas de nécrobiose aseptique qui se sont résolus sous traitement médical, et un cas d'endométrite qui a été immédiatement mis sous antibiotique par crainte d'une nécrobiose septique et qui s'est aussi résolu.

Une complication thromboembolique a été retrouvée : une paraphlébite traité par héparinothérapie chez une patiente qui ne présentait aucun facteur favorisant.

ROLE DE LA SAGE-FEMME

Les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances, comme le mentionne l'article R.4127-304 du code de déontologie des sages-femmes.

De plus, l'application prochaine de la loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, va permettre d'élargir les compétences des sages-femmes et leur permettre la réalisation des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Elles doivent donc être capables de prendre en charge une patiente dont la grossesse est associée à un ou des fibromes utérins. Mais elle doit également être en mesure de dépister, voire de diagnostiquer cette pathologie par un examen clinique approprié, ou par la pratique de l'échographie.

De plus, elle a un rôle essentiel d'information auprès des patientes.

Ainsi, elle doit connaître :

- la classification des fibromes,
- leurs principaux facteurs de risques,
- les principales complications associées et leurs symptômes,
- les différents types de traitement de cette pathologie.

1. LA SAGE-FEMME EN CONSULTATION

La sage-femme est avant tout une clinicienne.

Son rôle est donc de rechercher des signes de la pathologie myomateuse à l'interrogatoire, et de faire un examen clinique approprié.

1.1. L'interrogatoire

Il doit être systématique et s'attache à rechercher [12]:

Les antécédents de la patiente :

- familiaux (predisposition familiale),
- personnels et médicaux (âge, poids, origine ethnique, etc.),
- gynécologiques (infertilité, contraception hormonale, THM),
- chirurgicaux (myomectomie),
- obstétricaux (fausses couches spontanées à répétition).

En cas d'antécédents de myomectomie, il est important de récupérer le compte-rendu opératoire, pour avoir de plus amples précisions sur les caractéristiques des myomes réséqués, mais surtout sur le mode opératoire (ouverture ou non de la cavité utérine), afin d'apprécier le pronostic réel de la grossesse.

Une symptomatologie en rapport :

- des ménorragies, qui sont le principal signe révélateur : nombre de changes par jour, présence ou non de caillots peuvent permettre à la sage-femme de quantifier les pertes sanguines ;
- des métrorragies, qui sont rarement isolées. Le plus souvent, il s'agit de ménométrorragies.
- une pesanteur pelvienne ou des signes de compression des organes de voisinage, responsables de pollakiurie par irritabilité vésicale ou de constipation par compression digestive ;
- une masse abdominale perçue par la femme ;
- des dysménorrhées, liées à un fibrome du col ou de l'isthme, gênant l'évacuation des règles ;
- des signes de nécrobiose aseptique : douleurs pelviennes, pertes noires, nausées, vomissements, hyperthermie, altération de l'état général, etc. ;
- des signes cliniques d'anémie : tachycardie, pâleur cutanée, etc.

1.2. L'examen clinique

L'inspection peut permettre de voir une augmentation de volume de l'abdomen ou de constater l'existence d'une voussure.

La palpation peut retrouver une ou plusieurs masses déformant la surface de l'utérus.

Le toucher vaginal apporte deux renseignements importants :

- Il n'existe pas de sillon entre la masse et l'utérus, ce qui signifie que la lésion est située dans le myomètre, et
- Le palper combiné permet de transmettre les mouvements imprimés par la main abdominale au col utérin.

L'examen au spéculum rend compte de l'état du col, qui est le plus souvent normal.

Si la situation lui paraît déborder sa compétence professionnelle, elle doit à tout moment faire appel à un gynécologue-obstétricien plus expérimenté dans ce domaine.

2. LA SAGE-FEMME ECHOGRAPHISTE

La sage-femme a le droit de pratiquer cette activité après l'obtention d'un DIU d'échographie, dans le cadre de la surveillance de la grossesse.

La sage-femme échographiste est alors capable d'identifier un fibrome utérin, d'en préciser la situation et de le mesurer. La sage-femme doit profiter de l'échographie du premier trimestre pour dépister un fibrome, en particulier si des antécédents sont connus.

Elle doit le mettre en évidence dans le compte-rendu échographique, en faisant apparaître :

- le nombre de fibromes,
- leur situation par rapport au myomètre (sous-séreux, interstitiel, sous-muqueux ; et sessile ou pédiculé),

- leur localisation sur l'utérus (fundique, corporéal, isthmique, cervical ; et antérieur ou postérieur), et
- leurs dimensions.

Au cours de la grossesse, il sera inutile de réaliser des échographies supplémentaires pour seule cause de la présence d'un fibrome, mais il sera par contre judicieux de surveiller l'évolution du fibrome lors des échographies des deuxième et troisième trimestres.

3. LA SAGE-FEMME AU COURS DE LA GROSSESSE

Il est important que la sage-femme ait connaissance de la prise en charge des fibromes au cours de la grossesse afin de suivre et d'informer de manière appropriée les patientes présentant cette association.

Le repos est une mesure de bon sens qui doit être facilement proposé pour prévenir l'hypercontractilité.

Lorsque le diagnostic de MAP est posé, accompagné ou non d'une RPM, la prise en charge ne diffère pas de toute autre grossesse.

Devant une nécrobiose aseptique, le traitement est symptomatique et associe repos au lit, glace sur le ventre, antalgiques et AINS. La plupart du temps, les symptômes cessent sous l'effet de ce traitement.

Au cours de la grossesse, l'abstention chirurgicale est la règle.

En effet, réaliser une myomectomie au cours de la grossesse peut entraîner :

- une RPM, au cours des manœuvres d'énucléation,
- un avortement spontané dans les suites immédiates,
- une rupture utérine par fragilisation utérine,
- une hémorragie due à l'hypervascularisation utérine pendant la grossesse.

4. LA SAGE-FEMME AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

La naissance par voie basse est la règle.

Le travail pourra être dirigé par des ocytociques pour corriger d'éventuels troubles de la contractilité.

Cependant, la césarienne sera favorisée dans de nombreuses situations :

- quand le fibrome est prævia,
- devant des troubles de contractilité,
- devant une présentation dystocique (céphalique mal fléchie, siège, transverse, ...),
- devant un placenta prævia.

Au cours de la césarienne, la myomectomie est contre-indiquée à cause des risques hémorragiques importants, sauf en cas de nécessité absolue.

Les risques hémorragiques peuvent être augmentés dans le cas des utérus fibromateux. Au moindre signe d'appel, la délivrance artificielle et la révision utérine sont nécessaires.

Dans la mesure du possible, la délivrance doit être dirigée.

La patiente doit être informée des possibilités d'hystérectomie en cas d'hémorragie non contenue.

5. LA SAGE-FEMME EN SUITES DE COUCHES

La prévention des complications thromboemboliques est essentielle et passe par :

- un lever précoce,

- une contention veineuse,
- une héparinothérapie.

Elle devra être vigilante devant le moindre signe d'endométrite pouvant faire craindre une nécrobiose septique.

La sage-femme peut également inciter la patiente à choisir l'allaitement maternel en lui expliquant les bénéfices physiologiques que celui-ci apporte sur la rétraction utérine.

6. LE ROLE D'INFORMATION

Avant tout chose, il s'agira pour la sage-femme de rassurer la patiente, en lui expliquant que la plupart du temps la grossesse et le post-partum se déroulent sans aucune complication, mais qu'il faut bien sûr garder en tête les complications qu'il est possible de retrouver et y être plus attentif.

CONCLUSION

On a pu voir que l'association fibrome et grossesse n'est pas rare, du fait de la survenue plus tardive des grossesses à l'heure actuelle et de l'apparition préférentielle des fibromes avec l'âge.

Il était donc intéressant de rechercher les interactions possibles des myomes sur la grossesse.

Malgré les contradictions retrouvées dans la littérature à ce sujet, la cohabitation de la grossesse et du fibrome évolue dans la majorité des cas jusqu'aux alentours du terme sans complication gravidique majeure, et la croissance fœtale n'est pas influencée par le myome.

Cependant, les différentes études sont d'accord sur le fait que l'association fibrome et grossesse augmente le taux de césariennes, de présentations dystociques et d'hémorragies de la délivrance.

Au vu de ces constatations, il paraît important de rechercher précocement la présence éventuelle de myomes, ainsi que leurs caractéristiques, afin d'apprécier le pronostic obstétrical.

En cela, l'échographie a considérablement amélioré le diagnostic et la surveillance des fibromes, permettant ainsi d'objectiver les variations de volume au cours de la grossesse.

Ainsi, le pronostic maternel et fœtal est excellent, moyennant une surveillance obstétricale étroite et des mesures préventives :

- la nécrobiose aseptique du fibrome utérin est assez fréquente mais influe peu sur le déroulement de la grossesse car elle répond bien au traitement médical,
- le risque d'accouchement prématuré est toujours présent, mais le diagnostic précoce de l'association fibrome et grossesse, la surveillance rapprochée et le repos, permettent une régression importante de ce risque.
- la surveillance de la délivrance doit être attentive.
- Le post-partum se déroule le plus souvent sans complication grâce à la prévention des accidents thromboemboliques.

La conduite thérapeutique demeure donc l'abstention, la surveillance clinique et échographique régulière, surtout en cas de fibrome volumineux, multiple ou rétroplacentaire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bazot M, Salem C, Froment V, Chopier J. Pathologie myométriale. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Radiodiagnostic-Urologie-Gynécologie, 34-605-B-20, 2002; 18p.
- [2] Faculté de Médecine ULP. Fibrome (Strasbourg), *Cours de Médecine Module De La Conception à la Naissance*, 2004-2005; 200-204.
- [3] Fernandez H, Gervaise A, De Tayrac R. Fibromes utérins. *Encycl Med Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), 570-A-10, 2002; 22p.
- [4] Nguyen-Duc H. Fait clinique : Volumineux fibrome utérin chez une adolescente de 15 ans. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Masson, Paris, tous droits réservés), Gynécologie, 570-A-10, 2002 ; 11p.
- [5] Jacob D, Rafii A. L'embolisation des artères utérines dans le traitement des myomes utérins : état des lieux. *J Gynecol Obstet Fertilité* (Elsevier), 2004; 32 (11): 927-936.
- [6] Rongières C. Recommandations pour la pratique clinique : Epidémiologie du fibrome, facteurs de risques et fréquence. Impact en santé publique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Masson, Paris). 1999; 28: 701-706.
- [7] AFSSAPS, Fernandez H, Azoulay C, Rostoker G. Recommandation de bonne pratique. Argumentaire. Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Masson, Paris). 2005; 34: 360-405.
- [8] Abbara A. (page consultée le 26/09/09). Fibromes utérins, [en ligne]. http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/fibromes.html.
- [9] Christin-Maitre S, Wirthner D. Recommandations pour la pratique clinique. Fibromes utérins : classification et physiopathologie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Masson, Paris). 1999; 28: 707-714.
- [10] Bassot K, Graesslin O. Fibromes et infertilité : traitement médical des fibromes et infertilité. *Réalités en Gynecol Obstet*. 2008 sept; 132: 17-22.

- [11] Sozen I, Arici A. Cellular biology of myomas : Interaction of sex steroids with cytokines and growth factors. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 41-58.
- [12] Bukulmez O, Doody KJ. Clinical features of myomas. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 69-84.
- [13] CNGOF. Recommandations pour la pratique Clinique: Prise en charge des fibromes utérins. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1999; 28: 778-779.
- [14] Althuser S. L'association fibrome et grossesse : à propos de 27 cas relevés au CHU de Grenoble entre janvier 2002 et décembre 2005. *Mémoire étudiant Sage-Femme*. Ecole de Sages-femmes de Grenoble. 2006.
- [15] Benchimol Y. (page consultée le 3/03/09 et le 24/09/09). Fibromes utérins, [en ligne]. http://www.docteur-benchimol.com/fibrome_utérin.html.
- [16] Fauconnier A, Pelage JP, Lacombe P, Ville Y. 9èmes journées de la FFER. Embolisation des fibromes utérins et infertilité : un essai clinique est-il envisageable ? *Gynecol Obstet et Fertilité* (Elsevier). 2004 ; 32 : 818-824.
- [17] Lopes P, Thibaud S, Simonnet R, Boudineau M. Recommandations pour la pratique clinique. Fibrome et grossesse : quels sont les risques ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1999 ; 28 : 772-777.
- [18] Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. Fibrome et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004; 30: 750-761.
- [19] Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 153-169.
- [20] Cohen M, Dechaud H. fibromes et infertilité : Fibromes et Assistante médicale à la procréation. *Réalités en Gynecol Obstet*. 2008 ; 132 : 23-27.
- [21] Dubuisson JB. Informations utiles sur le fibrome utérin. *Imagerie de la femme* (Masson, Paris). 2005 ; 15 : 158-160.
- [22] Daval C. Association fibrome et grossesse : Etude rétrospective réalisée au CHU de Poitiers du 1^{er} janvier 1996 au 30 avril 2007. *Mémoire étudiante Sage-Femme*. Ecole de Sages-femmes de Poitiers. 2008.
- [23] Payson M, Leppert P, Segars J. Epidemiology of myomas. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 1-11.

- [24] Lobel MK, Somasundaram P, Morton CC. The genetic heterogeneity of uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 13-39.
- [25] Marsh EE, Bulun SE. Steroid Hormones and leiomyomas. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006 ; 33 : 59-67.
- [26] Rayburn WF. Myomas. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 15-16.
- [27] Poncelet C, Benifla JL, Darai E, Madelenat P. Myome et infertilité: analyse de la littérature (Masson, Paris). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1999; 28 : 761-767.
- [28] Kolankaya A, Arici A. Myomas and assisted reproductive technologies: when and how to act ? *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006; 33: 145-152.
- [29] Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy: common but poorly understood. *Obstet & Gynecol Survey*. 2005; 60 (2): 132-138.
- [30] Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 160: 1212-6.
- [31] Hasan F, Arumugan K, Sivanesaratnam V. Uterine leiomyomata in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991; 34: 45-8.
- [32] Coronado G, Marshall L, Schwartz S. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstetrics & Gynecology*. 2000; 95: 764-9.
- [33] Qidway G, Caughey A, Jacoby A. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 376-82.
- [34] Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1989 ; 73 : 593-6.
- [35] TNS Healthcare SOFRES, Roche. 5ème édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France. *ObEpi-Roche*. 2009.
- [36] HAS. Conférence de consensus : Grossesse et tabac. 2004.
- [37] Vikhlyayeva EM, Khodzhaeva ZS, Fantschenko ND. Familial predisposition to uterine leiomyomas. *Int J Gynecol Obstet*. 1995; 51: 127-131.

- [38] Hammoud AO, Asaas R, Berman J, Treadwell MC, Blacwell S, Diamond MP. Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really grow? *J Minim Invasive Gynecol.* 2006; 13: 386-390.
- [39] Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J Ultrasound Med.* 1994; 13: 399-401.
- [40] DiLucca D. Fibrome et grossesse. A propos de 476 cas. *Thèse, Paris.* 1981.
- [41] Rosati P, Bellati U, Exacoustos C. Uterine myomas in pregnancy: ultrasound study. *Int J Gynecol Obstet.* 1989; 28: 109-117.
- [42] Roberts WE, Fulp KS, Morrisson JC, Martin JN. The impact of leiomyomas on pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 1999; 39: 43-47.
- [43] Benson CB, Chow JS, Chang-Lee W, Hill JA, Doubilet PM. Outcome of pregnancies in women with uterine leiomyomas identified by sonography in the first trimester. *J Clin Ultrasound.* 2001; 29: 261-264.
- [44] Romero R, Chevernak F, De Vore J. Fetal head deformation and congenital torticollis associated with a uterine tumor. *Amer J Obstet Gynecol.* 1981; 141: 839-840.
- [45] Congres-medecine (page consultée le 1/12/09). 5^{ème} journée de Médecine Fœtale Saint Vincent de Paul – Port Royal du 30 mai 2008 : Immobilisme fœtal, [en ligne]. http://svp-pr.congres-medecine.com/web_-_Resumes_2008_1ere_partie-rq-page_libre-rubrique-80-lang-fr.html
- [46] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique – Argumentaire : Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie, [en ligne]. 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_du_pied_du_nourrisson_mel_2006.pdf

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION	8
GENERALITES SUR LES FIBROMES uterins	9
GENERALITES	10
1. Fibrome uterin : Définition (aNNEXE 1)	10
2. Physiopathologie (Annexe 2)	11
3. Epidémiologie	12
3.1. Généralités	12
3.2. L'association fibrome et grossesse.....	13
4. Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes	14
4.1. La taille des fibromes	14
4.2. Compressions mécaniques	14
4.3. Evolution vers la nécrobiose aseptique (Annexe3).....	15
4.4. Torsion d'un myome sous-séreux pédiculé	16
4.5. Accouchement d'un fibrome par le col.....	16
5. Influence des fibromes sur l'évolution de la grossesse (Annexe 4)	16
5.1. Fausses couches spontanées précoces.....	17
5.2. MAP et accouchements prématurés	17
5.3. Retard de croissance intra-utérin.....	17
5.4. Anomalie de la présentation.....	17
5.5. Dystocie mécanique	18
5.6. Dystocie dynamique.....	18
5.7. Hémorragies de la délivrance.....	18
5.8. Risques infectieux du post-partum.....	19
5.9. Risques thromboemboliques du post-partum.....	19
6. Fibrome et infertilité	19
7. Prise en charge de l'association fibrome et grossesse	20
7.1. Avant la grossesse	20
7.2. Au cours de la grossesse	21

7.3.	Au cours de l'accouchement	22
7.4.	En cours de césarienne	22
7.5.	Après l'accouchement	22
ETUDE RETROSPECTIVE.....		23
ETUDE RETROSPECTIVE.....		24
1.	Matériel et méthode	24
1.1.	Objectif.....	24
1.2.	Matériel d'étude	24
1.2.1.	Population	24
a)	Critères d'inclusion	25
b)	Critères d'exclusion	25
c)	En pratique dans l'étude.....	25
1.2.2.	Type d'étude	26
1.2.3.	Matériel	26
1.3.	Recueil de données (ANNEXE 5)	27
2.	Résultats.....	28
2.1.	Incidence	28
2.2.	Age	28
2.3.	Origine ethnique.....	29
2.4.	Poids.....	29
2.5.	Tabagisme	30
2.6.	Histoire familiale.....	30
2.7.	Antécédents	30
2.7.1.	Obstétricaux	31
a)	Gestité	31
b)	Fausse couche spontanée	31
c)	Parité	31
2.7.2.	Gynécologiques.....	32
a)	Myomectomie	32
b)	Pathologies associées	33
2.7.3.	Induction de la grossesse.....	33
2.8.	Etude des fibromes.....	33
2.8.1.	Nombre.....	33
2.8.2.	Situation	34
2.8.3.	Taille	34
2.8.4.	Evolution	35
2.9.	Circonstances du diagnostic.....	36
2.9.1.	Avant la grossesse	36
2.9.2.	Pendant la grossesse.....	37
2.10.	Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes.....	38

2.10.1.	Compression.....	38
2.10.2.	Torsion	38
2.10.3.	Nécrobiose aseptique	38
2.11.	Influence des fibromes sur la grossesse	39
2.11.1.	Complications de la grossesse.....	39
a)	MAP	40
b)	RCIU	40
c)	RPM	40
d)	Métrorragie et anomalies placentaires	40
2.11.2.	Présentations dystociques	41
2.12.	Accouchement.....	41
2.12.1.	Terme	41
2.12.2.	Accouchement prématuré.....	42
2.12.3.	Par voie basse.....	42
2.12.4.	Par césarienne	43
2.13.	Délivrance	44
2.14.	Complications hémorragiques.....	44
2.15.	Retentissement néonatal.....	45
2.15.1.	Poids.....	45
2.15.2.	pH.....	46
2.15.3.	Score d'Apgar	46
2.15.4.	Examen clinique à la naissance.....	46
2.16.	Post-partum	47
2.16.1.	Allaitement.....	47
2.16.2.	Complications	47
	PRISE en charge de l'association fibrome et grossesse	49
	DISCUSSION	50
1.	Epidémiologie	50
1.1.	Incidence	50
1.2.	Age	51
1.3.	Origine ethnique.....	51
1.4.	Parité	52
1.5.	Antécédents familiaux.....	52
1.6.	Poids.....	53
1.7.	Tabagisme	53
2.	Fibrome et désir de grossesse.....	54
2.1.	Contraception	54
2.2.	Fertilité	54
3.	Circonstances du diagnostic.....	55
4.	Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes.....	56

4.1.	Evolution des fibromes	56
4.2.	Evolution vers la nécrobiose aseptique	57
4.3.	Torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé.....	57
4.4.	Troubles de compression	58
5.	Influence des fibromes sur la grossesse.....	58
5.1.	Fausses couches spontanés.....	58
5.2.	RCIU	59
5.3.	Anomalies placentaires	60
5.4.	MAP et accouchements prématurés	60
5.5.	Présentations dystociques	61
6.	L'accouchement	62
6.1.	Voie basse ou voie haute.....	62
6.2.	Myomectomie en cours de césarienne	63
6.3.	Dystocies dynamique et mécanique au cours du travail	63
7.	La délivrance	64
8.	Retentissement néonatal	65
9.	Le post-partum	66
	ROLE DE LA SAGE-FEMME.....	68
1.	la sage-femme en consultation	68
1.1.	L'interrogatoire	69
	Les antécédents de la patiente :.....	69
	Une symptomatologie en rapport :	69
1.2.	L'examen clinique.....	70
2.	La sage-femme échographiste	70
3.	La sage-femme au cours de la grossesse.....	71
4.	La sage-femme au cours de l'accouchement.....	72
5.	La sage-femme en suites de couches	72
6.	Le rôle d'information.....	73
	CONCLUSION.....	74
	BiblioGRaphie	76
	TABLE DES MATIERES	80
	AnNEXE 1	II
	ANNEXE 2.....	III
	ANNEXE 3.....	IV

ANNEXE 4	V
Annexe 5	6
RESUME	8

ANNEXE 1

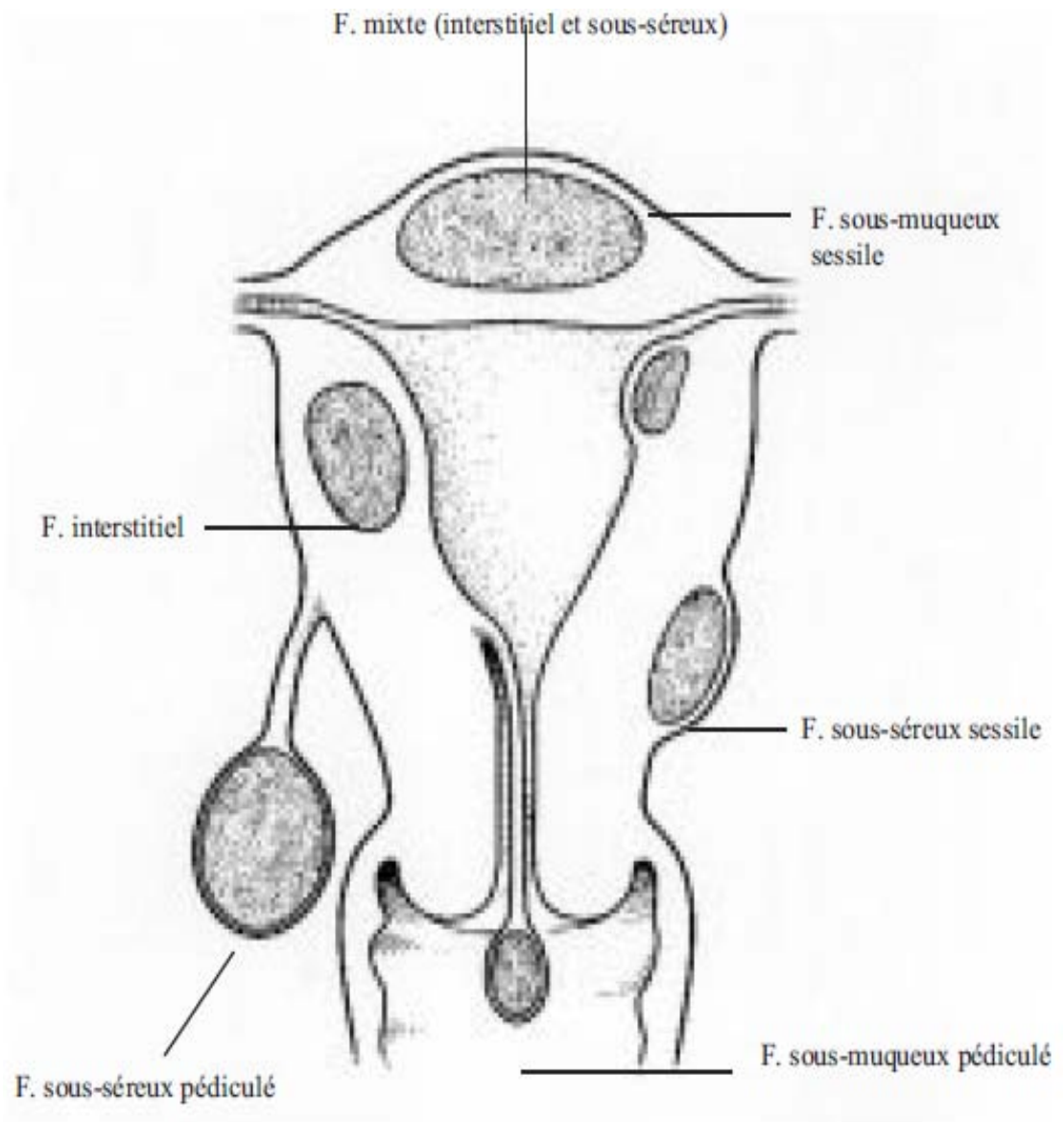


Figure 1: Localisation des fibromes [7]

ANNEXE 2

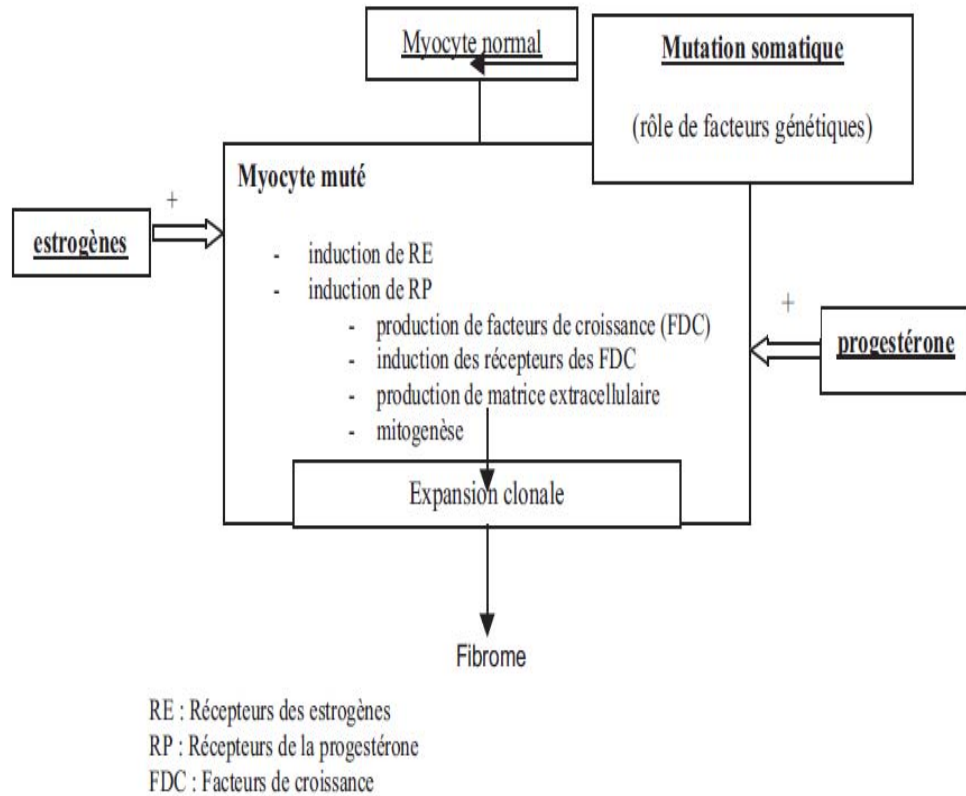


Figure 2: Physiopathologie des fibromes utérins [7]

ANNEXE 3

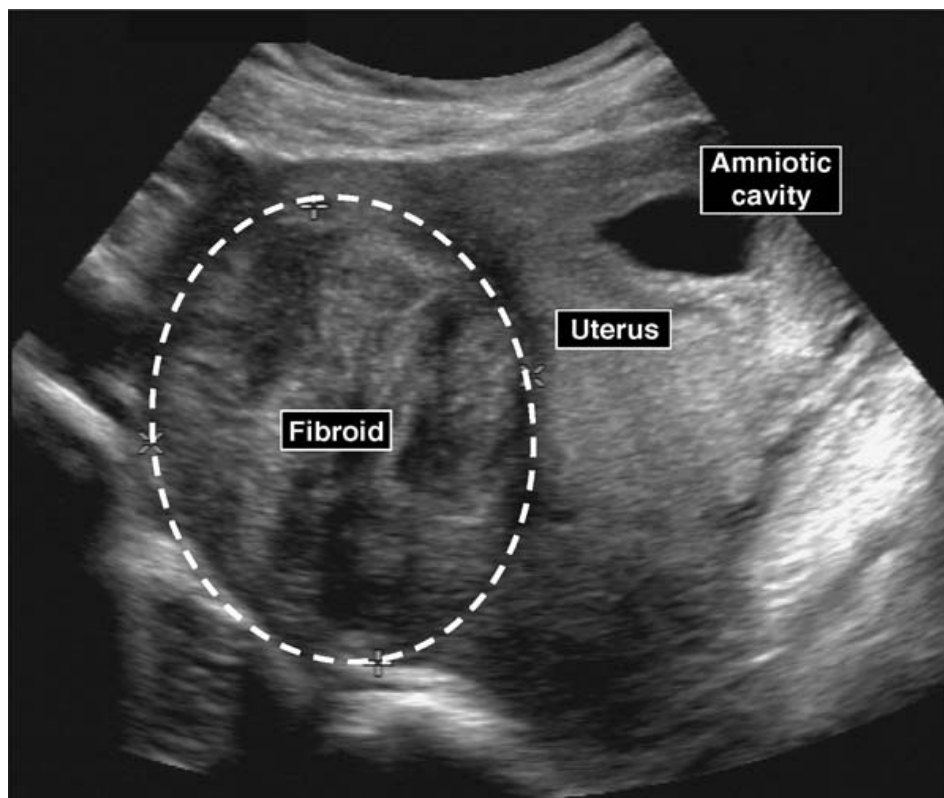


Figure 3: Nécrobiose aseptique d'un fibrome
(Echographie à 12 SA d'un volumineux fibrome fundique, avec des irrégularités échogènes, ce qui confirme le diagnostic de nécrobiose aseptique) [28]

ANNEXE 4

Figure 4: Fibrome déformant la cavité utérine
(Echographie abdominale sur une grossesse de 16 SA: le placenta est antérieur, un gros fibrome sous-muqueux peut être observé à la face postérieure de l'utérus et déformant la cavité utérine) [28]

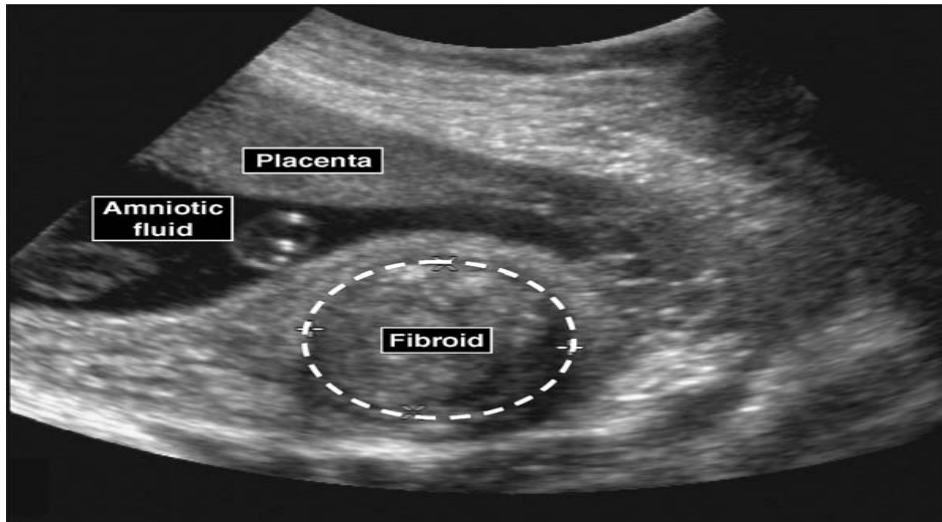


Figure 5: Fibrome rétroplacentaire
(Echographie abdominale à 18 SA: le placenta est antérieur, le fibrome sous-muqueux large se trouve derrière le placenta) [28]

ANNEXE 5

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

RENSEIGNEMENTS :

Age :

Taille :

poids :

IMC :

Origine géographique :

Tabac : oui

non

ANTECEDENTS

Antécédents familiaux (en rapport avec fibrome):

Antécédents chirurgicaux en rapport avec les fibromes :

Pathologies gynécologiques associées :

Antécédents obstétricaux :

Gestité :

Parité :

- Nombre de FCS :

- Nombre d'IVG :

médicamenteuse

chirurgicale

- Nombre de GEU :

- Nombre d'IMG :

- Nombre d'accouchements antérieurs

INDUCTION DE LA GROSSESSE :

spontanée

Procréation médicalement assistée :

induction

IAC ou IAD

FIV

FIV ICSI

GROSSESSE ACTUELLE :

simple

multiple

Circonstance de découverte du fibrome :

Année :

Contexte : durant grossesse ou en dehors

Modalités de découverte :

au cours d'un examen gynécologique systématique

par la présence de symptômes :

lors d'une césarienne

par imagerie, laquelle :

CARACTERISTIQUES DU FIBROME :

Nombre :

Dimension :

Type : sous-séreux interstitiel
 sous-muqueux pédiculé dans la cavité utérine
 pédiculé en dehors de l'utérus

Localisation : fond utérin paroi utérine
 isthme col

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE FIBROME :

augmentation de volume
 diminution de volume
 torsion d'un fibrome pédiculé : prise en charge :
 nécrobiose aseptique : prise en charge :
compression

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

Pathologies au cours de la grossesse :

aucune MAP RPM
 placenta praevia RCIU métrorragie

Présentation fœtale en fin de grossesse :

céphalique podalique transverse

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Terme : année :

Mode d'accouchement :

VBS extraction instrumentale, motif :
 césarienne programmée avant travail
 césarienne pendant travail, motif : dystocie dynamique
 dystocie mécanique
 souffrance fœtale aigue

Délivrance : DDC DNC DA+RU

Complications immédiates : atonie utérine
 hémorragie de la délivrance
 500-1000cc
 1000-1500cc
 >1500cc
 embolisation
 hystérectomie d'hémostase

COMPLICATIONS EN SUITES DE COUCHES :

ENFANT :

Poids :	Allaitement :	
Etat à la naissance :	pH :	Apgar :
Examen clinique :		

RESUME

Il n'est pas rare de rencontrer des grossesses associées à un fibrome. Les conclusions de la littérature à ce sujet restent assez contradictoires. En général, les études sont toutefois d'accord sur le fait que l'association fibrome et grossesse augmente le taux de césariennes, de présentations dystociques et d'hémorragies de la délivrance. L'objectif de notre étude rétrospective portant sur 79 gestantes porteuses d'utérus myomateux était d'observer les interactions possibles des myomes avec la grossesse. Pour la majeure partie, cette cohabitation se tolère sans complication notable. Un diagnostic précoce, une surveillance obstétricale et échographique attentive mais non exagérée et de multiples mesures préventives sont les clés d'une prise en charge réussie.

Pregnancies associated to leiomyomas are not rare to see. Literature conclusions about this subject stay more or less contradictory. Generally, studies agree on the fact that the association of leiomyoma and pregnancy increases the cesareans rate, the complicated presentations and postpartum hemorrhage. The aim of this retrospective study about 79 pregnant women with uterine fibroid was to look for the eventual interactions between leiomyomas and pregnancy. In the most of cases, this association works without particular complication.

An early diagnosis, obstetrical and ultrasound surveillance careful but not too much, and several preventives measures are the keys for a successful care.