

Myome praevia sur grossesse menée à terme : A propos d'un cas et revue de la littérature

*Osman Ali, Abdellahi Ibrahim, Farid Kassidi, Abdellah Babahabib, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui,
and Mohammed Dehayni*

Hôpital Militaire d'Instruction de Mohamed V, Rabat, Morocco

Copyright © 2015 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The Uterine fibroma pathology is common and the relationships between fibroids and pregnancy are triple: Fibroids can prevent conception and implantation; the fibroid may complicate the course of pregnancy, at delivery and postpartum period 'and pregnancy-induced condition can facilitate the development of fibroids to complications. We report the case of a patient who was followed in our department from 17 weeks+2days of pregnancy whose ultrasound revealed fibroid located in the uterine isthmus .Through our case and with the support of the literature, We will insist the complications that can occur and understand the importance of diagnosis and early management of this entity.

KEYWORDS: Hysterectomy Fibroma, Isthmus, hemostats, Myomectomy, necrobiosis.

RESUME: La pathologie utérine fibroléiomyomateuse est fréquente et les relations qui unissent fibromes et grossesses sont triples : Les fibromes peuvent empêcher la conception et la nidation ; le fibrome peut compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum' et l'état gravidique peut faciliter l'évolution des fibromyomes vers les complications. Nous rapportons le cas d'une patiente qui était suivie dans notre formation à partir de 17SA2j dont l'échographie a objectivé une fibrome isthmique et grossesse évolutive. A travers notre cas et avec l'appui de la littérature, nous insisterons sur les complications qui peuvent se produire et comprendre l'intérêt du diagnostic et prise en charge précoce de cette entité.

MOTS-CLEFS: Fibroleimyome, Isthmique, Hystérectomie d'hémostase, Myomectomie, Necrobiose.

1 INTRODUCTION

La pathologie myomateuse utérine est assez fréquente touchant 20% des femmes en période d'activité génitale. Son association à la grossesse varie entre 0,5 à 4% et fait d'elle une grossesse à haut risque. En effet, le fibrome peut gêner le déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement et même le post-partum. Il peut subir lui-même des modifications structurales et des complications suite aux variations hormonales et aux modifications anatomiques qui surviennent au cours de la grossesse.

2 MATERIEL ET METHODE

Nous présentons une patiente primigeste suivie dans notre formations dès 17SA2J pour fibrome preavia et grossesse et qui l'a menée à terme dont l'accouchement a été réalisé par la voie haute suivie d'une myomectomie per opératoire.

3 OBSERVATION

Il s'agit de Mme B.Safae âgée de 31ans, primigeste, de groupe sanguin A rhésus positif, sans antécédent médicaux personnel, chirurgicaux et familiaux et qui a consulté aux urgences de notre formation pour douleur pelvienne associé avec

des signe urinaire à type de douleur mictionnelle. L'examen général retrouve une patiente en bon état général, conjective normo-colororé, normotendue à 12/7, apyrétique. L'examen gynécologique objectiva un abdomen souple, au spéculum le col était sain avec de leucorrhée physiologie, au toucher vaginal : un col long fermé postérieure et une hauteur utérine correspondant à l'âge gestationnel. L'échographie obstétricale objectiva une grossesse monofoetale évolutive, biométrie correspondant à l'âge gestationnelle, placenta normalement inséré, présence d'un myome interstitiel isthmique postérieure faisant 7cm de grand axe, longueur du col évalué à 3cm. La patiente était mise sous cistinat à titre externe et un bilan prénatal a été demandé. L'évolution à été marque par l'amendement des douleurs pelviennes et des signes urinaires et le bilan prénatal revenu sans particularité. La patiente a bénéficié des plusieurs échographies de contrôle dont la dernière datant à 37SA2j montrant une grossesse monofoetale évolutive en présentation céphalique, biométrie : BIP : 91mm ; AC : 359mm ; LF : 69mm ; placenta antéro-fundique ; liquide en quantité normal ; estimation du poids foetal à 3500g, présence d'un fibrome preavia faisant de 10cm le plus grand axe. Le dossier a été staffé et la décision était la voie haute à 39SA. La césarienne fut réalisée à 39SA1j, à l'exploration on a découvert un myome preavia faisant 9 cm de diamètre (fig1), qu'on a enlevé après l'extraction d'un nouveau-né qui était de sexe masculin, apgar 10/10 pesant à 3600g (fig2). On n'a pas noté d'hémorragie au postpartum immediate. La suite était simple pour la mère et pour l'enfant.



Fig1 : myome praevia.

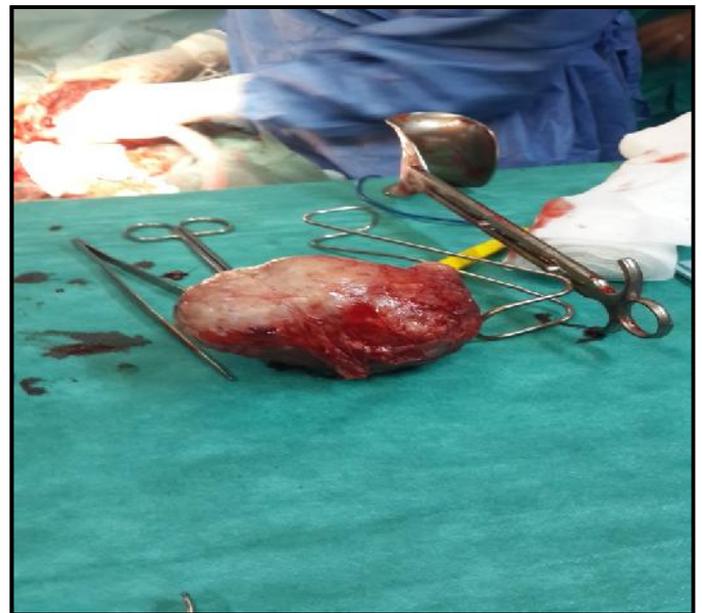


Fig2 : myomectomie peropératoire.

4 DISCUSSION

Les myomes peuvent être responsables de complications gravidiques par plusieurs mécanismes, comme le démontrent les différentes publications. Dans une grande cohorte rétrospective de plus de 12 000 femmes, on a estimé qu'une grossesse sur 500 avait une complication secondaire à un utérus myomateux et que 10 % des femmes avec un utérus myomateux avaient une complication obstétricale [2]. Malheureusement, il n'y a pas eu de comparaisons faites entre les taux de complications chez les femmes porteuses et les femmes indemnes de pathologie myomateuse. Une étude de population de 6 000 enfants nés dans l'état de Washington retrouve un risque relatif de complications obstétricales de 1,9 chez les femmes porteuses de myomes [3, 4]. La fréquence des avortements spontanés varie dans la littérature de 4 % à 18 % [5]. La localisation du myome doit être prise en considération ; ainsi les myomes sous muqueux peuvent provoquer des altérations endométriales mécaniques, vasculaires et induire des altérations du stroma comme une atrophie ou une ulcération réduisant les chances de développement placentaire. Dans leur étude cas-témoin, Aydeniz et al [6] montrent que les fibromes sous muqueux en regard de l'insertion placentaire augmentent le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU) (14 % versus 6,6 %) et d'hématome rétro placentaire (HRP) (3,2 % versus 1,3 %). Le RCIU expliqué par Rosati et al [9] dans les fibromes volumineux par détournement du flux sanguin n'est pas retrouvé dans la littérature : il est de 3,5 % dans la série de Lopes et al [10] et de 3,75 % dans la série de Dilucca [11] soit un taux normal de RCIU dans la population générale. L'étude de Coronado et al [3] retrouve des scores d'Apgar à 5 minutes inférieurs à 7, plus fréquents avec un nombre multiplié par 2 chez les nouveau-nés de mère porteuse d'utérus myomateux; 1,9 fois plus de malformations et deux fois plus d'enfants

de poids inférieur à 2500 g. Les fibromes peuvent comprimer la cavité ovulaire, gêner la distensibilité du myomètre et être responsables de syndrome de compression et de déformation fœtale [12]. Ils peuvent perturber la régulation de la quantité de liquide amniotique. Mais il peut y avoir un biais de détection ; en effet ces femmes porteuses d'utérus myomateux subissent beaucoup plus d'exams échographiques que la population générale. Il n'est d'ailleurs sûrement pas nécessaire d'augmenter la fréquence des échographies chez les femmes porteuses d'un utérus myomateux en dehors d'un suivi pour RCIU (placenta inséré en regard du fibrome). Lolis et al [13], recommandent une surveillance échographique des myomes ; ce qui nous semble être une attitude inutile et stressante. Le pourcentage de menace d'accouchement prématuré varie de 17 % pour Monnier et al [4] à 24,6 % pour Lopes et al [10] avec un accouchement prématuré dans 8,5 % à 17 % des cas [4, 14]. Rice et al [8] observent une augmentation de menace d'accouchement prématuré et d'accouchement prématuré chez les femmes porteuses de fibromes dont le diamètre était supérieure à 3 cm, cette augmentation est de 20 à 28 % pour ceux qui sont supérieurs à 5 cm. Les fibromes cervicaux ou isthmiques peuvent gêner l'ampliation du segment inférieur et l'accommodation de la présentation : les présentations du siège ou transverse sont plus fréquentes. Dans la série de Lopes et al [10], la présentation du sommet représente 81,2 % des présentations contre 92,7 % dans la population témoin. L'étude de Coronado et al [3] retrouve un risque relatif de 4 de présentation du siège et de 6,4 de césarienne. Piazza Garnica et al [15] retrouvent 76 % de césariennes. Concernant les complications du fibrome au cours de la grossesse, il n'y a pas de preuve de l'effet néfaste de la grossesse sur la survenue d'une nécrobiose. Aucun traitement préventif n'a été validé. Le diagnostic est posé sur des signes cliniques associant : douleur localisée, hyperthermie inférieure à 38,5 °C et une bonne efficacité du traitement médical à base d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]).

Elle est plus fréquente au 2e trimestre de la grossesse.. 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 de la série de Lopes et al [10]. Elles s'expliquent par les difficultés de rétraction et d'involution utérines liées aux fibromes. Les patientes doivent toujours être informées des risques d'hystérectomie d'hémostase.

5 CONCLUSION

L'association fibrome et grossesse constitue une grossesse à risque élevé pour la mère et le fœtus. Le suivi de la grossesse doit imposer la prudence sans acharnement. La surveillance sera fondée sur l'examen clinique et l'échographie.

Il est recommandé :

- Sensibiliser les femmes pour une consultation prénatale précoce et donc un diagnostic topographique précis des fibromes au mieux avant la grossesse.
- Détecter précocement les signes d'appel d'une complication de la grossesse ou du fibrome et apprécier le bon développement fœtal.
- Favoriser l'accouchement par voie basse chaque fois que cela est possible.
- Prévenir le risque d'hémorragie de la délivrance.
- La myomectomie pendant la césarienne est caractérisé par le risque hémorragique élevé, on la réserve au myome sur le segment inférieur et pour le myome sous séreux pédiculé.

La myomectomie pendant la grossesse et pendant la césarienne demeure toujours sujet à débat

REFERENCES

- [1] Fernandez H, Gervaise A, De Tayrac R et al. Fibromes utérins. *Encycl Méd Chir (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris), Gynécologie, 570-A-AO, 2002 :1-11.*
- [2] Katz VL, Dotters DJ, Droegemuller W et al. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol 1989; 73:593-96.*
- [3] Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM et al. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet Gynecol 2000;95:764-69.*
- [4] Monnier JC, Bernardi C, Lanciaux B et al. L'association fibrome et grossesse. À propos de 51 observations relevées d'avril 1976 à décembre 1984. *Rev Fr Gynécol Obstét 1986;81:99-104.*
- [5] Glavind K, Palvio D, Lauritzen JG et al. Uterine myomas in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand 1990;69:617-19.*
- [6] Aydeniz B, Wallwiener D, Kocer C et al. Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *Z Geburtshilfe Neonatol 1998;202: 154-58*

- [7] Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82:97–101.
- [8] Rice JP, Kay HH, Mahony BS et al. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1212–16.
- [9] Rosati P, Bellati U, Exacoustos C et al. Uterine myomas in pregnancy: ultrasound study. *Int J Gynecol Obstet* 1989;28:109–17.
- [10] Lopes P, Thibaud S, Simonnet R et al. Fibromes et grossesse: quels sont les risques? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28:772–77.
- [11] Dilucca D. Fibrome et grossesse. 1981 À propos de 476 cas [thèse], Paris.
- [12] Romero R, Chevernak F, De Vore J e al. Fetal head deformation and congenital torticollis associated with a uterine tumor. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:839–40.
- [13] Lolis DE, Kalantiradou SN, Makrydimas G et al. Successful myomectomy during pregnancy. *Hum Reprod* 2003;18:1699–702.
- [14] Aharoni A, Reiter A, Golana D. Uterine myomas and pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1988;95: 510–513.
- [15] Piazza Garnica J, Gallo G, Marzano PF et al. Clinical and ultrasonographic implications of uterine leiomyomatosis in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1995; 22:293–97.
- [16] Phelan JP. Myomas and pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22: 801–5.