

# Item 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme – Fibrome

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>I Quelles sont les circonstances dans lesquelles le diagnostic de fibrome est évoqué ? .....</b>	<b>4</b>
<b>II Quelle est la démarche diagnostique en cas de fibrome utérin ? .....</b>	<b>6</b>
<b>III Quels sont les principes du traitement ?.....</b>	<b>8</b>
<b>IV Annexes.....</b>	<b>9</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>9</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>15</b>
<b>Recommandation .....</b>	<b>16</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>17</b>

## PRE-REQUIS

- Anatomie de l'utérus avec sa vascularisation.
- Physiologie du cycle menstruel.
- Physiologie de l'endomètre.
- Histologie de l'utérus.
- Modes d'action des hormones stéroïdes au niveau cellulaire.

## OBJECTIFS

ENC :

- Devant une tuméfaction pelvienne chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

SPECIFIQUE :

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

## INTRODUCTION

Les fibromyomes (*cf. glossaire*), plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs bénignes développés au dépens des cellules musculaires de l'utérus, œstrogénodépendantes. L'incidence des fibromes augmente avec l'âge : 20 à 30 % des femmes caucasiennes et près de 50 % des femmes de race noire de plus de 30 ans ont des fibromyomes utérins. Leurs manifestations cliniques sont multiples, toutefois la majorité d'entre eux est asymptomatique.

Elles correspondent à la principale indication d'hystérectomie (*cf. glossaire*) en phase préménopausique.

Le risque de dégénérescence est très faible et hypothétique.

Le lien entre fibrome et hémorragie n'est pas systématique.

L'apport de l'échographie est essentiel dans la prise en charge diagnostique.

## I QUELLES SONT LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LE DIAGNOSTIC DE FIBROME EST EVOQUE ?

---

Les circonstances sont multiples :

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

### 2. Ménorragies (*cf. glossaire*)

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

### 3. Métrorragies (*cf. glossaire*)

Elles sont rarement isolées. Le plus souvent il s'agit de ménométrorragies (*cf. glossaire*).

### 4. Pesanteur pelvienne

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

### 5. Perception par la femme d'une **masse abdominale**.

6. **Dysménorrhée** (*cf. glossaire*), liée à un fibrome du col ou de l'isthme gênant l'évacuation du flux menstruel.

### 7. Complications :

- **Complications hémorragiques :**

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

- **Complications douloureuses :**

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

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

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

- **Complications mécaniques :**

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

- **Transformation maligne :**

- Le lien fibromyome-sarcome (*cf. glossaire*) est incertain et aucune filiation à ce jour n'a été démontrée.

- **Complications gravidiques :**

- stérilité (*cf. glossaire*) et fausse couche spontanée à répétition, notamment en cas de fibrome sous-muqueux ;

- Nécrobiose, localisation praevia (*cf. glossaire*) gênant un accouchement par voie basse, présentation dystocique (*cf. glossaire*) en cas de fibrome volumineux ou hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise rétraction utérine.

## II QUELLE EST LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE FIBROME UTERIN ?

---

(Recommandation : Bénifla JL, Chapron C, Fernandez H, Goffinet F, Benzaline Y, Bernard JP, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge des fibromes. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 1999. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_05.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_05.HTM))

### 1. À l'interrogatoire, on recherchera :

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

### 2. À l'examen clinique, on appréciera :

- L'état général (<=> anémie),
- L'examen de seins (+/- mammographie (*cf. glossaire*)),
- L'examen de l'abdomen (masse abdomino-pelvienne) et des fosses lombaires.
- **L'examen gynécologique :**
  - Sous spéculum (*cf. glossaire*) => état du col +/- FCV, prolapsus (*cf. glossaire*) ou IUE masqué,
  - Toucher vaginal => volume de l'utérus, déformation par des fibromes multiples, masse latéro-utérine mobile avec l'utérus et non séparée par un sillon.
- **L'examen complémentaire :**
  - À la suite de cet examen clinique, **l'échographie** est l'examen diagnostique de référence. L'échographie doit être réalisée par voie transabdominale et transvaginale.

- Elle confirme le diagnostic.
  - Elle permet de préciser : la position des fibromes dans le pelvis et dans le myomètre, leur taille, leur nombre et leurs modifications (recherche d'une nécrobiose aseptique de fibrome). Elle permet également de distinguer les fibromes sous-séreux (*cf. glossaire*), sous-muqueux (*cf. glossaire*) et interstitiel.
  - Elle élimine une grossesse intra-utérine, un kyste de l'ovaire (*cf. glossaire*) et une hyperplasie simple.
  - La réalisation d'une cartographie Doppler (*cf. glossaire*) n'améliore pas la pertinence diagnostique de l'examen échographique.
  - Pour préciser le développement endocavitaire, on pourra pratiquer une hystérosonographie (*cf. glossaire*) ; elle consiste à remplir la cavité utérine de sérum physiologique à l'aide d'un cathéter dans le but de décoller les 2 faces de l'endomètre (*cf. glossaire*) et de mouler les structures intracavitaires.
- **Les autres examens sont rarement utilisés car peu nécessaires :**
    - **L'hystérocopie (*cf. glossaire*) diagnostique :** C'est l'examen-clé pour apprécier le retentissement intracavitaire des fibromyomes comme l'hystérosonographie. La miniaturisation des endoscopes (*cf. glossaire*) rigides ou souples (< 4 mm) apporte une meilleure tolérance et permet de réaliser cet examen de façon ambulatoire.
    - **L'hystérogrophie (*cf. glossaire*) :** L'indication de l'hystérogrophie dans le diagnostic et le bilan d'une pathologie myomateuse se sont rétrécis avec les années. Elle garde uniquement un intérêt pour apprécier le retentissement des myomes sur la cavité utérine et en cas d'infertilité associée, elle permet de pratiquer le bilan de la perméabilité tubaire dont le diagnostic peut modifier la prise en charge de l'infertilité.
    - **Le TDM abdomino-pelvien :** Moins performant que l'échographie, le scanner n'est généralement pas indiqué, sauf en cas de localisation particulière, notamment si l'on suspecte une compression urétérale (« *cf. glossaire* »).
    - **L'IRM :** Elle permet de caractériser le siège, le nombre, la taille et la transformation du fibrome, et représente l'examen le plus efficace pour la cartographie exacte des fibromes. Elle peut également permettre le diagnostic différentiel avec l'adénomyose (*cf. glossaire*) et les masses annexielles.

### III QUELS SONT LES PRINCIPES DU TRAITEMENT ?

---

L'évolution spontanée est imprévisible ; toutefois, les fibromes régressent habituellement après la ménopause (*cf. glossaire*).

#### 1. Abstention thérapeutique

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

#### 2. Traitement médical

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

Les progestatifs sont prescrits du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle, et du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour si un effet contraceptif est souhaité.

Les dérivés de la 19-norprogestérone (norpregnanes (*cf. glossaire*)) sont actuellement les plus utilisés : Lutényl®, Surgestone®.

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

#### 3. Traitement chirurgical

- **Traitement chirurgical conservateur : la myomectomie (*cf. glossaire*)**
  - L'indication du traitement conservateur des fibromes est guidée par le désir de la patiente de préserver sa fertilité.
  - **Myomectomie par voie abdominale** par laparotomie (*cf. glossaire*) ou par coelioscopie (*cf. glossaire*) selon la taille du fibrome. Cette myomectomie fragilise le myomètre, surtout en cas d'ouverture de la cavité utérine.
  - **Réssection de fibrome endocavitaire** sous hystéroscopie pour les fibromes intracavitaires. La réssection hystéroscopique des fibromes est la technique de référence en cas de myomes sous-muqueux symptomatiques respectant les critères suivants : taille < 4 cm et développement majoritairement intracavitaire.

- **Traitement chirurgical radical : hystérectomie**

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

- **Indications**

- Les indications chirurgicales restent basées sur des données « empiriques », mais relativement consensuelles :
  - utérus myomateux associé à des ménométrorragies fonctionnelles résistantes au traitement médical, surtout en cas de retentissement général (anémie, transfusions) ;
  - myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement notamment sur l'appareil urinaire ;
  - myomes sous-séreux pédiculés (*cf. glossaire*) tordus ou en nécrobiose, responsables de douleurs pelviennes.

#### **4. L'embolisation (*cf. glossaire*) :**

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

- à visée thérapeutique comme traitement isolé,
- à visée préopératoire afin de diminuer le saignement peropératoire.

## **IV ANNEXES**

---

### **GLOSSAIRE**

- adénomyose : Adénomyose ou endométriose interne : Affection gynécologique caractérisée par le développement d'une muqueuse endométriale normale

(composée de glandes endométriales et d'un stroma cytogène) dans le myomètre (paroi musculaire de l'utérus).

- **coelochirurgie** : Technique chirurgicale permettant d'intervenir sous endoscopie dans la cavité abdominale. Elle est l'extension à la chirurgie d'une technique diagnostique, la coéloscopie. En gynécologie et obstétrique, la coelochirurgie permet de traiter certaines formes de stérilité par la libération d'adhérences formées autour des trompes ; elle est utilisée dans certaines affections des ovaires ou de l'utérus. Dans le cas d'une grossesse extra-utérine, la coéloscopie établissant le diagnostic est parfois suivie d'une intervention durant laquelle le chirurgien enlève soit l'œuf lui-même, soit la trompe de Fallope si son état de permet pas la conservation. Elle permet également d'effectuer des interventions plus lourdes (ablation de l'utérus pour des maladies bénignes ou cancéreuses, traitement du prolapsus génital, prélèvement de ganglions en chirurgie cancérologique), ces interventions sont soit entièrement réalisées par coelochirurgie, soit par une association de coelochirurgie et de chirurgie par voie vaginale (association que l'on appelle laparoscopico-vaginale).
- **coéloscopie** : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (coéloscopie proprement dite) et d'intervention (coelochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- **Doppler** : Examen échographique en deux dimensions non-invasif qui permet d'explorer les flux sanguins intracardiaques et intravasculaires. Elle est basée sur un phénomène physique des ultrasons, l'effet Doppler.
- **Dysménorrhée** : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovulatoire non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.
- **dystocique** : Qui concerne accouchement difficile.
- **embolisation** : Technique ayant pour but d'injecter à l'intérieur d'une artère, une substance ou un matériel qui vont permettre d'obstruer, c'est-à-dire de boucher totalement, cette artère. L'intérêt de boucher une artère est de pallier à son dysfonctionnement, c'est-à-dire à son mauvais fonctionnement, durant une maladie.
- **endomètre** : Muqueuse interne de l'utérus.

- endoscope : Instrument optique médical ou industriel permettant la réalisation d'une endoscopie, soit la visualisation d'opérations chirurgicales intrusives ou simplement l'observation. Il nécessite des précautions d'utilisation, de nettoyage, spécifiques au domaine chirurgical.
- fibromyome : Fibrome, fibrome utérin ou fibromyome utérin : Tumeur bénigne, développée à partir du muscle de l'utérus. Les fibromes sont constitués de fibres musculaires lisses qui s'enroulent sur elles-mêmes et sont séparées par du tissu conjonctif fibreux. Il serait donc plus juste de parler de « fibromyome » pour rendre compte des deux composantes, mais le terme de fibrome est largement passé dans le langage courant.
- hydronéphrose : Augmentation de volume du bassinet, des calices et aussi le plus souvent du rein, empêchant l'urine de s'écouler normalement. Cette perturbation est généralement liée à un obstacle (passager ou permanent) ou à un manque de tonicité (force) du bassinet.
- hyperéchogénicité : Capacité à renvoyer un fort écho en échographie.
- hyperœstrogénie : Quantité excessive d'œstrogène dans l'organisme.
- hyposidérémique : Taux anormalement faible de fer dans le sérum sanguin.
- hystérectomie : Acte chirurgical qui consiste à enlever tout ou une partie de l'utérus. On parle d'hystérectomie totale si elle comprend le corps et le col utérins (avec annexectomie (hystérectomie non conservatrice)). Elle est dite subtotale si on laisse en place le col utérin. On dit aussi hystérectomie « conservatrice » ou « interannexielle » si les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place.
- hystérogographie : Hystérogographie ou hystérosalpingographie : Examen de la cavité utérine et des trompes qui ne sont pas visibles sur des radiographies standards. Cet examen est très utile dans les bilans de stérilité, d'infections répétitives, de saignements génitaux, de douleurs... Elle recherche des anomalies telles qu'une tumeur, un fibrome ou un rétrécissement des voies génitales.
- hystéroscopie : Examen permettant de visualiser directement la cavité utérine (l'intérieur de l'utérus) à l'aide d'un appareil optique appelé hystéroscope. On peut ainsi explorer le canal cervical, la cavité utérine et sa muqueuse, l'endomètre, et l'origine des trompes (les ostiums uterinums). Par défaut, le mot « hystéroscopie », sans autre précision, sous-entend l'hystéroscopie diagnostique. Lorsque cette méthode est utilisée pour pratiquer dans le même temps une intervention chirurgicale dans l'utérus, on parle alors de « chirurgie hystéroscopique ».
- hystérosonographie : Examen d'échographie permettant l'étude des parois de l'utérus, de la cavité de l'utérus, et de la partie proximale des trompes utérines. Il consiste à introduire, dans le col de l'utérus, un cathéter, servant à injecter du sérum

physiologique, et à pratiquer l'échographie pendant l'injection du sérum physiologique. Cet examen, actuellement très utilisé en gynécologie, a remplacé l'hystérogographie dans beaucoup de ses indications. C'est un examen indolore, sans risque allergique, mais qui reste contre-indiqué en cas de grossesse.

- ischémie : Diminution de l'apport sanguin artériel à un organe. Cette diminution entraîne essentiellement une baisse de l'oxygénation des tissus de l'organe en dessous de ses besoins (hypoxie), et la perturbation, voire l'arrêt de sa fonction.
- kyste de l'ovaire : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.
- laparotomie : Acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. La laparotomie est une voie d'abord chirurgicale. Différentes incisions sont possibles. La plus courante est une ouverture allant du pubis au bord inférieur du sternum (appelée laparotomie médiane xyphopubienne). Dans le cadre de certaines interventions en chirurgie gynécologique, notamment les césariennes, la laparotomie est horizontale et très basse, à la limite des poils pubiens. Elle est nommée « incision de Pfannenstiel ».
- mammographie : Technique de radiographie, particulièrement adaptée aux seins de la femme afin de détecter des nodules dont la présence peut signifier l'existence d'un cancer du sein.
- ménométrorragie : Saignement de l'utérus qui n'est pas causé par une tumeur, une infection ou une grossesse. Elle se produit habituellement chez les femmes qui entament leur période reproductive (moins de 20 ans) ou qui l'achèvent (plus de 45 ans). Ce diagnostic est posé quand toute autre cause n'est applicable. On constate la ménométrorragie chez les femmes qui souffrent du syndrome de Stein-Leventhal (kystes aux ovaires), également appelé syndrome des ovaires polykystiques. Les femmes qui sont en dialyse ou qui utilisent un moyen de contraception intra-utérin peuvent avoir des règles abondantes et prolongées.
- ménopause : Arrêt des règles. Lors de la ménopause la femme ne possède plus suffisamment de follicules car ceux-ci ont été soit utilisés pour le cycle ovarien soit les cellules folliculaires ont dégénéré par le phénomène d'atrésie folliculaire. On la divise en plusieurs étapes : péri-ménopause (période d'irrégularités des cycles menstruels précédant la ménopause et l'année qui suit l'arrêt apparent des règles) ; post-ménopause (ménopause confirmée). La ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans en France.

- **Ménorragie :** Ménorragie ou hyperpolyménorrhée : Menstruations abondantes et prolongées. Il s'agit du trouble menstruel le plus fréquemment rapporté par les femmes. La quantité de sang normalement perdu durant les menstruations est en moyenne de 2 oz (4 c. à table) et la durée habituelle de celles-ci varie entre 3 et 7 jours. Une femme atteinte de ménorragie peut en perdre jusqu'à 3 oz (6 c. à table) ou davantage, et parfois sur une durée de plus de 7 jours. La ménorragie est parfois accompagnée de douleurs abdominales qui altèrent la qualité de vie des femmes qui en souffrent. Dans certains cas, elle peut être responsable d'une anémie.
- **Métrorragie :** Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- **myomectomie :** Ablation de un ou plusieurs fibromes utérins.
- **myomètre :** Couche musculuse interne de la paroi utérine.
- **nécrobiose :** Modification de structure d'un tissu d'un organe soumis à un arrêt circulatoire mais dont les caractéristiques sont l'absence d'infection et une transformation régressive bien tolérée par les tissus voisins. L'exemple le plus connu de cette mort physiologique des cellules ou des tissus (histologique) due à des modifications, est l'infarctus du myocarde.
- **norpregnane :** Dérivé de la 19-norprogestérone, par exemple nomegestrol, promégestrol.
- **pédiculé :** Ensemble des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et des nerfs, qui sont dédiés à un organe et permettent son fonctionnement et son interaction avec le reste du corps.
- **phlébite :** Manifestation de la maladie thromboembolique. Elle est due à la formation d'un caillot (thrombus) dans le réseau veineux profond des membres inférieurs (thrombose veineuse). Si le caillot se détache et migre dans une artère pulmonaire, cela constitue une embolie pulmonaire.
- **pollakiurie :** Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.

- **prævia** : Placenta prævia : Localisation anormale du placenta qui peut être responsable d'hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse. Le placenta est normalement inséré dans le fond de l'utérus ; il est dit prævia lorsque ce n'est pas le cas. Dans ce cas il est localisé sur le segment inférieur et peut alors être latéral, marginal (lorsqu'il affleure par son bord l'orifice du col de l'utérus), partiellement recouvrant, ou recouvrant lorsque il est tout entier situé au-dessus de l'orifice interne du col. Le placenta prævia est favorisé par les malformations utérines, les fibromes sous-muqueux, les antécédents de manœuvres endo-utérines (curetage, aspiration, IVG), un utérus cicatriciel (par césarienne en particulier), des grossesses nombreuses, l'âge avancé de la mère, le tabagisme, des antécédents personnels de placenta prævia.
- **progestatif** : Hormone d'action similaire à la progestérone. Pour être considérée comme progestative, une molécule doit avoir les effets suivants en expérimentation : effet lutéomimétique (test de Clauberg) : différenciation sécrétoire sur une muqueuse utérine correctement préparée par les œstrogènes ; effet progestagène : maintien de la gestation malgré ablation du corps jaune de l'ovaire.
- **prolapsus** : Prolapsus génital ou descente d'organes : Déplacement anormal d'un ou de plusieurs organes du pelvis féminin vers le bas.
- **pyélonéphrite** : Infection bactérienne des voies urinaires hautes, touchant donc le bassinet (pyélite) et le parenchyme rénal (néphrite), compliquant ou s'associant à une infection et/ou inflammation des voies urinaires basses. La contamination des voies urinaires se fait par voie ascendante à partir des flores digestive, génitale et cutanée. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des Bactéries Gram Négatif (BGN) types entérobactéries, Escherichia coli en tête. La pyélonéphrite est plus fréquente chez les femmes de 15 à 65 ans mais peut également se rencontrer à tout âge, ainsi que chez les hommes. Le diagnostic chez la personne jeune est généralement facile, il repose sur la clinique (apparition d'une fièvre et d'une douleur lombaire unilatérale dans les suites d'une cystite mal soignée), sur les examens biologiques (principalement la présence de germes à l'ECBU) et d'imagerie (échographie rénale et radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP) à la recherche d'un obstacle, de lithiase, de signe de complications). La prise en charge dépend de l'existence de signes de gravité ou de complications associées. Le traitement repose sur l'antibiothérapie, à débiter d'emblée, initialement probabiliste puis secondairement adapté à l'antibiogramme.
- **sarcome** : Tumeur maligne se développant aux dépens du tissu conjonctif (tissu de soutien présent dans l'organisme), possédant la caractéristique d'être composée de cellules en prolifération (multiplication) très active et ne donnant naissance qu'à des éléments qui ne sont pas complètement développés, à l'image du tissu embryonnaire. Les sarcomes représentent environ 2 % de l'ensemble des cancers. Ils

surviennent essentiellement chez les sujets jeunes et chez les enfants. Leur principale caractéristique est leur facilité à envahir les tissus environnants mais également à disséminer loin de la tumeur primitive sous forme métastases. Ils évoluent rapidement et on en distingue 2 types, selon qu'ils se développent sur le tissu conjonctif commun ou dans le tissu spécialisé. Les sarcomes du tissu conjonctif commun se développent aux dépens des tissus de soutien, ce sont les fibrosarcomes et les histiocytofibromes malins. On rencontre cette variété de tumeur le plus souvent au niveau des membres, dans la peau et le péritoine.

- sciatalgie : Douleur empruntant partiellement ou totalement le trajet d'une ou de plusieurs racines du nerf sciatique. Cela se traduit par un trajet douloureux pouvant se situer à différents endroits sur le membre inférieur. Elle trouve son origine dans un déséquilibre de la transmission nerveuse. La sciatalgie représente la majeure partie (90 %) des névralgies-sciatalgies.
- sous-muqueux : Fibrome sous-muqueux ou fibrome intracavitaire : Fibrome situé dans la cavité utérine, recouvert par l'endomètre (muqueuse utérine).
- sous-séreux : Qui est placé sous les membranes séreuses.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- stérilité : État involontaire d'un individu inapte à concevoir un enfant.
- thrombose : Formation d'un caillot sanguin (thrombus) obturant un vaisseau sanguin.
- uroscanner : Examen consistant à compléter l'examen tomodensitométrique par des clichés radiologiques d'urographie (avant, pendant et après miction d'urine) sans pratiquer une nouvelle injection de produit de contraste. On obtient ainsi une exploration complète de l'arbre urinaire avec une seule injection de produit de contraste iodé.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Ardaens Y. : Imagerie des fibromes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007 Dec;36(HS2):23-30.
- Boubli L. : Traitement médical des fibromes utérins. Traitement médical des fibromes utérins. 1999 Nov;28(7):729.
- Chauveaud-Lambling A. : Fibrome et grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2004; 5-047-R-10.

- Christin-Maitre S, Wirthner D. : Fibromes utérins : classification et physiopathologie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1999 Nov;28(7):707.
- Dubuisson JB, Dubé MJ, Stucki D, Hagmann PD, Hess T, Hoogewood HM, et al. : Traitement conservateur des fibromes : recommandations pour la pratique. Revue Médicale Suisse. 2005;1(40):2591-2597.
- Dubuisson JB. : Comment je fais... une myomectomie coelioscopique. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Jun;34(6):526-528.
- Fernandez H, Gervaise A, de Tayrac R. : Fibromes utérins. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2002; 570-A-10.
- Kellal I, El Haddouchi N, Lecuyer AI, Body G, Perrotin F, Marret H. : Grossesse et fibrome : quelles complications ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010 Oct;38(10):569-575.
- Kinkel K. : Apport de l'IRM dans la prise en charge des fibromes utérins. Imagerie de la Femme. 2005 Sept;15(3):146-157.
- Lansac J. : Les fibromes. Wikinu Collège Gynécologie.
- Le Dref O, Pelage JP, Jacob D. : Fibromes utérins. Embolisation : pratiques actuelles. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2005; 580-A-10.
- Lefebvre GG, Vilos G, Asch M, Bennett J, Butler G, Senikas V, et al. : Embolisation des Fibromes Utérins (EFU). Directives cliniques de la SOGC ; Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC). 2004 Oct;150:913-928.
- Lopes P, Thibaud S, Simonnet R, Boudineau M. : Fibrome et grossesse : quels sont les risques ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1999 Nov;28(7):772.
- Pelage JP, Le Dref O, Kardache M, Jacob D, Dahan H, Soyer P, Rymer R. : Embolisation de fibromes utérins - Technique - Indications - Résultats. Feuilles de Radiologie. 2000 Dec;40(6):467.

## **RECOMMANDATION**

- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. AFSSAPS; 2004. : [http://www.afssaps.fr/var/afssaps\\_site/storage/original/application/3f6f0d0928d9431ced4364f22221a8b5.pdf](http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/3f6f0d0928d9431ced4364f22221a8b5.pdf)

- Bénifla JL, Chapron C, Fernandez H, Goffinet F, Benzaline Y, Bernard JP, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge des fibromes. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 1999. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_05.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_05.HTM)

## **ABREVIATIONS**

- AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
- FCS : Fausse Couche Spontanée
- FCV : Frottis Cervico-Vaginal
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- IUE : Incontinence Urinaire d'Effort
- LH-RH : Luteinizing Hormone - Releasing Hormone (gonadolibérine)
- TDM : TomoDensitoMétrie
- THS : Traitement Hormonal Substitutif
- UIV : Urographie IntraVeineuse