

Recommandations pour la pratique clinique

PRISE EN CHARGE DES FIBROMES (1999)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur :

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) 91
boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation :

J.-L. Bénifla, C. Chapron, H. Fernandez, F. Goffinet

Groupe de travail :

Président : H. Fernandez

Coordonnateur du groupe de travail : F. Goffinet

Y. Benzakine (Paris), J.-P. Bernard (Paris), L. Boubli (Marseille), C. Chapron (Paris),
S. Christin-Maître (Paris), M. Cosson (Lille), L. Cravelho (Marseille), C. Jamin
(Paris), P. Lopès (Nantes), C. Poncelet (Paris), C. Rongières (Strasbourg), J.-P.
ouannet (Nîmes)

Lecteurs :

C. Anquetil, G. Dauplain, P. Descamps, A. Fignon, O. Garbin, P. Judlin, G. M
agnin, X. Monrozi ès, J.-M. Muray, C. Nahmanovici, G. Pennehouat, J. Salvat

INTRODUCTION

L'élaboration de recommandations pour la pratique clinique a pour but d'aider le clinicien à prendre une décision médicale en lui fournissant des données issues de la littérature et d'enquêtes ayant un niveau de preuve suffisant. L'écueil principal concernant la problématique de la prise en charge des fibromes utérins est qu'un grand nombre de données concerne la chirurgie. En raison des difficultés d'organiser des essais thérapeutiques, beaucoup de données n'auront pas de niveau de preuve 1 ou 2. (Voir la note sur les Niveaux de preuve scientifique)

ÉPIDÉMIOLOGIE DU FIBROME UTÉRIN

C'est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer et la première indication d'hystérectomie chez les femmes en préménopause (NP3).

Les femmes de race noire développent plus de fibromes, à un âge plus jeune et d'une taille plus grande que les femmes de race blanche (NP3).

Il existe une prédisposition familiale et les facteurs significativement associés à la croissance des fibromes sont : l'obésité, un âge aux premières règles inférieur à 12 ans, la nulliparité et l'infertilité (NP3).

PHYSIOPATHOLOGIE DU FIBROME UTÉRIN

Les fibromes sont constitués de cellules musculaires lisses fusiformes homogènes avec un taux de mitoses faible. Certains fibromes sont mitotiquement actifs, cellulaires, atypiques ou « bizarres » et se caractérisent par un taux élevé de cellules ou des cellules avec volumineux noyaux. Ils restent cependant bénins (NP3).

Les fibromes ont un développement indépendant les uns des autres (caractère monoclonal). Des aberrations cytogénétiques sont retrouvées dans environ 50 % des fibromes. Aujourd'hui on sait que, non seulement les oestrogènes, mais aussi la progestérone ont un effet mitogène sur la croissance cellulaire des fibromes, par effet direct ou indirect, par l'intermédiaire de différents facteurs de croissance (EGF, IGF 1, etc.).

INDICATIONS ET PLACES RESPECTIVES DES INVESTIGATIONS RADIOLOGIQUES

Il n'y a plus d'indication à l'hystérogographie dans le bilan diagnostique du fibrome utérin en dehors d'un contexte d'infertilité (NP4).

Moins performant que l'échographie, le scanner n'est pas indiqué (NP4).

L'IRM dresse une cartographie précise de la taille et du nombre des myomes. Sa place dans le bilan diagnostique reste cependant encore à évaluer (NP4).

MODALITÉS DIAGNOSTIQUES : INDICATIONS ET PLACE RESPECTIVE DE L'ÉCHOGRAPHIE

L'échographie est l'examen diagnostique de référence (NP3). Elle doit être réalisée par voie transabdominale et transvaginale, cette dernière ayant une meilleure pertinence diagnostique (NP3).

La réalisation d'une cartographie Doppler n'améliore pas la pertinence diagnostique de l'examen échographique (NP4).

L'hystérosonographie, en cours d'évaluation, semble intéressante pour la pathologie intracavitaire associée (NP4).

Il n'est pas recommandé aujourd'hui de favoriser un suivi échographique en cas de myomes asymptomatiques (NP5).

MODALITÉS, DIAGNOSTIQUES : INDICATIONS ET PLACE DE L'HYSTÉROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

L'hystéroscopie diagnostique est indiquée pour apprécier le retentissement intracavitaire des myomes (NP4).

La miniaturisation des endoscopes rigides ou souples (< 5 mm) apporte une meilleure tolérance et permet de réaliser cet examen en consultation (NP4).

Les perforations utérines et les infections postopératoires sont les complications les plus fréquemment rencontrées (estimées à 1/1 000 pour chacune d'entre-elles) (NP4). Il est contre-indiqué d'utiliser du CO₂ pour le milieu de distension utérine, si cet examen est réalisé sous anesthésie générale (NP4).

INDICATIONS ET MODALITÉS DU TRAITEMENT MÉDICAL DES FIBROMES UTÉRINS

La progestérone n'a plus d'indication pour réduire le volume des fibromes.

La seule indication des traitements progestatifs dans les fibromes utérins apparaît être la prise en charge des pathologies utérines fonctionnelles endométriales associées à des fibromes (NP4).

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 préopératoire (NP4)

Les traitements antiprogestérone ont une action puissante inhibant le développement des fibromes et pourraient à l'avenir présenter une perspective thérapeutique (NP4).

INDICATIONS ET MODALITÉS D'UN TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR DANS LES MYOMES SOUS-SÉREUX ET INTERSTITIELS

L'indication du traitement conservateur des fibromes est guidée par le désir de la patiente de préserver sa fertilité. Les indications chirurgicales des myomes interstitiels et sous-séreux symptomatiques sont issues de données scientifiques, de niveau de preuve faible, mais relativement consensuelles (NP4 -NP5) :

- myomes sous-séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose, responsable des douleurs pelviennes ;
- myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement ;
- utérus myomateux volumineux responsable de pesanteur pelvienne ;
- utérus myomateux associé à des ménométrorragies fonctionnelles résistantes au traitement médical.

Deux techniques permettent de réaliser le traitement conservateur de ces myomes : la laparotomie et la coelio-chirurgie. La laparotomie est la technique de référence (NP5). Sous réserve d'opérateurs expérimentés et de cas sélectionnés (nombre de myomes ≤ 2 et diamètre des myomes ≤ 8 cm), la myomectomie per-coelioscopique est faisable et reproductible (NP2).

INDICATIONS ET MODALITÉS D'UN TRAITEMENT CHIRURGICAL RADICAL DANS LES MYOMES SOUS-SÉREUX ET INTERSTITIELS

En matière d'hystérectomie dans un contexte d'utérus myomateux, l'objectif est de diminuer le taux de laparotomies, voie d'abord encore majoritaire.

La voie vaginale tend à devenir la technique de référence (NP3), la coelio-chirurgie dans ce contexte est une alternative à la laparotomie (NP1) ou une aide à la voie vaginale (NP4) lorsque celle-ci ne se présente pas dans les meilleures conditions.

La formation et l'expérience sont les deux paramètres déterminants dans le choix de la voie d'abord (NP4).

INDICATIONS ET MODALITÉS D'UN TRAITEMENT CHIRURGICAL POUR LES MYOMES SOUS-MUQUEUX

La résection 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 (NP4). Au-delà de cette taille, une préparation par les agonistes de la LH-RH peut être proposée (NP3).

Si les critères de sélection de la résection hystéroscopique ne sont pas réunis, il faut proposer un traitement conservateur ou radical par voie laparotomique ou vaginale selon les recommandations précitées.

PLACE DE L'EMBOLISATION DANS LA PATHOLOGIE MYOMATEUSE

L'embolisation, qu'elle soit préopératoire ou définitive, est actuellement une technique en cours d'évaluation. Elle ne doit être réservée qu'aux essais thérapeutiques.

INFERTILITÉ ET MYOME

Il n'existe pas de données permettant d'indiquer une myomectomie pour une patiente qui est porteuse d'un fibrome asymptomatique et qui désire une grossesse.

Il n'existe pas de démonstration d'une relation de cause à effet entre infertilité et myomes même s'il existe des arguments épidémiologiques et physiopathologiques en faveur d'une association (NP5).

Il est probable que la taille, la localisation et le nombre des fibromes jouent un rôle dans cette association (NP4).

En l'absence de facteur d'infertilité associée, la myomectomie semble légitime (NP4).

Dans le cadre de l'AMP, il semble que la présence de myomes sous-muqueux ou de myomes interstitiels entraîne une réduction du taux de grossesses (NP3).

Les résultats concernant l'intérêt de réaliser une myomectomie avant l'AMP sont contradictoires. Il n'existe actuellement des arguments en faveur d'une amélioration des taux de grossesses après myomectomie qu'en cas de myomes sous-muqueux (NP4).

CONTRACEPTION, THS ET MYOMES

Il n'y a pas aujourd'hui d'argument dans la littérature pour penser que la contraception orale favorise l'apparition des myomes utérins et favorise leur croissance, que ce soit la contraception orale oestro-progestative classique, la contraception orale de deuxième ou troisième génération (dosée à 20 ou 30 µg d'éthinyl-oestradiol), ou la contraception progestative (micro-progestatif ou macro-progestatif). Le fibrome utérin ne représente donc pas une contre-indication à la contraception orale (NP4).

Seuls les myomes sous-muqueux sont une contre-indication aux dispositifs intra-utérins (NP4).

On ne peut affirmer aujourd'hui que le traitement hormonal substitutif de la ménopause induit l'apparition des fibromes utérins.

FIBROME ET GROSSESSE

Dans la grande majorité des cas, l'association fibrome/grossesse n'entraîne aucune complication, ni pour l'un ni pour l'autre.

Le seul examen recommandé pour apprécier la taille, le nombre et la localisation des fibromes au cours de la grossesse est l'échographie (NP5).

Il n'existe aucun argument solide en faveur d'une augmentation de la taille des fibromes ou d'une évolution vers la nécrobiose aseptique du fait de la grossesse (NP4).

Les complications de la grossesse dues au fibrome sont représentées essentiellement par les présentations dystociques (siège ou transverse) (NP4).

Il n'existe pas de données en faveur d'une augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin, d'hématome rétroplacentaire, de mort foetale in utero, de menace d'accouchement prématuré ou d'accouchement prématuré, d'endométrite du post-partum ou d'accident thromboembolique. Ces données sont des arguments contre l'indication d'une myomectomie prophylactique avant une grossesse.

Il existe un consensus pour contre-indiquer en général toute myomectomie pendant une grossesse ou au cours d'une césarienne (NP5).

Paris, le 7 décembre 1999
Pr H. Fernandez