



## Recommandations pour la pratique clinique

### Prise en charge des fibromes utérins

## Fibrome et grossesse : quels sont les risques ?

P. Lopes, S. Thibaud, R. Simonnet, M. Boudineau

*Service de Gynécologie et Médecine de la Reproduction, Hôpital Femme-Enfant, 44035 Nantes Cedex.*

La pathologie utérine fibroléiomyomateuse est fréquente puisque 25 % des femmes ont des fibroléiomyomes [1]. L'observation de fibromes au cours de la grossesse est de ce fait, pour le gynécologue-obstétricien, un événement dont la probabilité lui impose la connaissance de leurs interactions.

Les relations qui unissent fibromes et grossesses sont triples :

1) Les fibromes peuvent empêcher la conception et la nidation et être facteurs d'infécondité : cette association qui est croissante, compte tenu de la survenue plus tardive des grossesses chez la femme, sera envisagée dans un autre chapitre de ce rapport.

2) Le fibrome peut compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

L'état gravidique peut faciliter l'évolution des fibromes vers les complications.

3) En fait, ces généralités connues depuis des décennies doivent faire l'objet d'une analyse plus précise en fonction des nombreux paramètres analysables en 1999 et en fonction des niveaux de preuves.

De nombreuses questions restent posées :

1) Quels sont les fibromes, en fonction de leur situation ou de leur taille, qui exposent le plus aux complications gravidiques ? Comment prévenir ces complications ?

Quelle est la place de la chirurgie préventive avant la grossesse désirée ? Et quels sont les fibromes qui doivent faire obligatoirement l'objet d'une chirurgie pré-gravidique ?

2) L'inflation hormonale œstro-progestéronique induite par la grossesse est-elle toujours responsable de l'évolution des fibromes ? Quels sont les fibromes qui peuvent se compliquer d'augmentation importante de volume ? de dégénérescence œdémateuse ou de nécrobiose aseptique ? Peut-on évaluer les risques d'entraîner une grossesse compliquée, douloureuse ?

Quels traitements peut-on proposer au cours de la grossesse ? Faut-il exclure toute chirurgie des fibromes pendant la grossesse ?

3) La surveillance de la grossesse et de l'accouchement est-elle particulière et justifie-t-elle la dénomination de grossesse et d'accouchement à risque ? Faut-il être particulièrement méfiant pour les fibromes en regard de l'insertion placentaire ? Après myomectomie, les utérus sont cicatriciels, quels sont les cas où l'accouchement par voie basse peut être envisagé ? Au cours d'une césarienne, peut-on ou faut-il réaliser la myomectomie ? Y a-t-il des cas où une hystérectomie est indiquée au décours de l'intervention césarienne ? Dans les cas où l'hystérectomie est indiquée, peut-on en prévoir les indications et dans ce cas peut-on en préciser les critères (taille, siège des fibromes) ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous utiliserons non seulement les données de la littérature mais également une étude faite à Nantes entre 1986 et 1996, étude qui a fait l'objet du mémoire d'élève sage-femme de Sophie Thibaud [2] ; en effet, au CHU de Nantes, entre le 1/1/86 et le 1/1/96, 57 naissances chez des femmes ayant un utérus uni ou plurifibromateux ont été appariées à 55 cas témoins appariés sur l'année d'accouchement, l'âge et la parité. Au cours de cette période étudiée, 927 patientes ont été hospitalisées dans le service de Gynécologie du CHU de Nantes pour ou avec un diagnostic de fibrome. La proportion des femmes hospitalisées enceintes correspond à 6 % des femmes hospitalisées pour fibrome.

### FRÉQUENCE DE L'ASSOCIATION FIBROME ET GROSSESSE

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0,1 à 3,87 %. En fait cette association doit être sous-estimée (cf article de C. Rongières) car les

cas rapportés sont essentiellement ceux des fibromes symptomatiques.

La fréquence des fibromes augmente avec l'âge des patientes. Dans notre série, l'âge moyen est de 33,6 ans, mais 77,75 % des cas sont observés chez les femmes de plus de 31 ans.

Parmi les progrès récents, l'échographie a permis d'objectiver les fibromes et d'en préciser la prévalence. Dans notre série, 37 % des fibromes étaient connus avant la grossesse, 52,6 % des fibromes ont été découverts au cours de la grossesse grâce à l'échographie. De fait, les fibromyomes asymptomatiques, découverts par l'échographie systématique peuvent en partie contribuer à l'augmentation de la fréquence des fibromes associés à la grossesse.

### INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'ÉVOLUTION DES FIBROMES

#### Influence de la parité

L'association fibrome et grossesse concerne plus volontiers la primipare. Hasan [5] observe 60 % de primipares dont 40 % ont plus de 35 ans. Katz [6] retrouve 53,6 % de primipares.

#### Influence sur la taille des fibromes

L'échographie permet de contrôler l'évolution en taille des fibromes, ainsi dans notre série, des 14 fibromes contrôlés entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, 42,9 % ont régressé. Entre le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, sur les 26 fibromes observés, 53,9 % n'ont pas varié de taille. Strobel [9] constate que la plupart des fibromes de plus de 5 cm restent stables voire diminuent de volume. Les résultats publiés permettent de contester l'idée reçue d'une augmentation de taille des fibromes induite par l'état de grossesse.

#### Évolution vers la nécrobiose des fibromes

Le diagnostic est habituellement posé sur les signes cliniques associant : douleurs localisées, absence d'hyperthermie ou hyperthermie inférieure à 38°5, et efficacité du simple traitement médical.

L'échographie peut actuellement contribuer au diagnostic en objectivant par doppler couleur l'ischémie du myome.

Le diagnostic est parfois purement histologique lors des myomectomies réalisées au cours des césariennes.

Le pourcentage observé de nécrobiose aseptique au cours de la grossesse est variable de 1,5 % pour Strobel [9] à 28 % pour DiLucca [3].

Nous n'avons pas de preuve de l'effet néfaste de la grossesse sur la survenue d'une nécrobiose car aucune étude comparative n'a été effectuée. Aucun traitement préventif n'a été validé pour prévenir les nécrobioses au cours de la grossesse. Il n'apparaît donc pas justifié de prescrire de la progestérone en traitement préventif.

Les traitements symptomatiques sont donc les seuls indiqués : repos, antalgiques qui permettent de soulager la femme pendant l'épisode d'ischémie aiguë. Katz [6] propose un traitement par Ibuprofen (600 à 800 mg toutes les 6 heures) (NP5).

### FIBROME ET COMPLICATIONS DE L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE

L'évolution de la grossesse est en général assez simple [10].

Les fibromyomes peuvent être responsables de complications gravidiques par plusieurs mécanismes (NP5) :

— Les fibromes antérieurs peuvent gêner considérablement un prélèvement ovulaire par amniocentèse ou biopsie de villosités choriales.

— Les fibromes cervicaux ou isthmiques peuvent gêner l'ampliation du segment inférieur et l'accommodation de la présentation : les observations de présentation du siège ou de présentation transverse sont plus fréquentes (NP5).

— Le fibrome peut être responsable de troubles vasculaires de l'endomètre, de la caduque et du placenta pouvant engendrer des complications chroniques de croissance fœtale ou aiguës de décollement placentaire.

— L'hyperpression veineuse engendrée par la compression des fibromes peut, en théorie, favoriser les décollements ovulaires.

— Les fibromes peuvent comprimer la cavité ovulaire, gêner la distensibilité du myomètre et être responsables de syndrome de compression et de déformation fœtale [11]. Ils peuvent perturber la régulation de la quantité de liquide amniotique. Ces arguments théoriques sont fondés sur des cas cliniques sans argument de preuves statistiques.

**Tableau I** Fréquence de l'association fibrome et grossesse

Auteurs	Fréquence (%)
Dilucca [3]	1,99
Exacoustos [4]	3,87
Hasan [5]	0,1
Katz [6]	2
Muram[7]	0,8
Rice [8]	1,4
Strobelt [9]	1,6
Monnier [10]	0,34 (myomes de plus de 3 cm)
Chu Nantes	0,2

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 atrophie ou ulcération réduisant les chances de développement placentaire. Dans son étude cas-témoin, Aydenis [12] montre que les fibromes sous muqueux en regard de l'insertion placentaire augmentent le risque de RCIU (14 % vs. 6,6 %) et d'hématome rétro-placentaire (3,2 % vs. 1,3 %) (NP2).

Les pathologies associées plus fréquentes peuvent contribuer à compliquer l'évolution de la grossesse et doivent être évoquées : endométriose, adénomyose.

Un certain nombre de complications impose la recherche de l'imputabilité attribuable aux fibromes :

- Infécondité (cf article Benifla)
- Fausses couches spontanées précoces. La fréquence des avortements spontanés varie dans la littérature

**Tableau II** Fréquence de la nécrobiose aseptique des fibromes au cours de la grossesse.

Auteurs	Fréquence de la nécrobiose aseptique
Dilucca [3]	28 %
Hasan [5]	10 %
Rice [8]	15 %
Strobelt [9]	1,5 %
Monnier [10]	27,5 %
CHU Nantes	14 %

de 4 % [10] à 18 % pour Glavind [13]. NP 4. Notons que ce chiffre est habituellement donné comme risque de fausse couche au cours des grossesses normales, alors que classiquement, les avortements spontanés sont plus fréquents en cas de fibromes associés à la grossesse. Certains cas cliniques sont en faveur d'une augmentation du risque de fausse couche tardive. (NP5).

- Le retard de croissance *in utero*, expliqué par Rosati [14] en cas de fibromes volumineux par détournement du flux sanguin, n'est pas retrouvé dans la littérature ; il est de 3,5 % dans notre série et de 3,75 % dans la série de Dilucca [3]. La multiplicité des tailles et des localisations des fibromes peut expliquer une absence de preuve en ce qui concerne le RCIU.

- Mort *in utero*. Nous l'avons observée une fois sur 57 dans notre série. La mortalité périnatale est de 3,2 % pour Dilucca [3].

- Les anomalies de la présentation sont plus fréquentes.

Dans notre série, la présentation du sommet représente 81,2 % des présentations contre 92,7 % dans la population témoin.

Le pourcentage de menace d'accouchement prématuré varie de 17,02 % pour Monnier [10] à 24,6 % pour notre série. Quant aux accouchements prématurés, leur taux varie de 8,5 % pour Monnier [10] à 17 % pour Aharoni [15].

Rice [8] observe une augmentation de menace d'accouchements prématurés et d'accouchements

**Tableau III**

Auteurs	Siège (%)	Transverse (%)	Sommet (%)
Dilucca [3]	7,6	2,7	89,7
Monnier [10]	4,7	6,5	84,7
CHU de Nantes	10,9	3,6	81,2

**Tableau IV**

Auteurs	Pourcentage d'accouchements prématurés
Dilucca [3]	14 %
Monnier [10]	8,5 %
Aharoni [15]	17 %
CHU de Nantes	8,5 %

prématurés chez les femmes porteuses de fibromes dont le diamètre était supérieur à 3 cm.

- La dystocie mécanique est réelle lorsque le fibrome praevia fait obstacle à l'accouchement. (NP5).

- La dystocie dynamique est théorique, elle n'est pas retrouvée dans notre série. Aucun argument scientifique ne permet d'élaborer un lien de causalité entre fibrome et dystocie dynamique.

- Les hémorragies de la délivrance ont touché 7,3 % de notre population de femmes porteuses d'un fibrome contre 1,8 % pour la population témoin. Elle s'explique par les difficultés de rétraction et d'involution utérine liées au fibrome.

- Dans les suites de couches, les risques infectieux et thrombo-emboliques sont pour Monnier [10] nettement augmentés. En fait dans le Medline, aucun document n'est retrouvé lors de la recherche de l'association fibromyome utérin et accident thrombo-embolique. Les infections du post-partum comme l'endométrite doivent faire craindre une nécrobiose septique lorsque le fibrome, au contact de la cavité utérine, se sphacèle.

- Ces points peuvent faire évoluer la décision vers la chirurgie antégravidique. Mais les myomectomies ne doivent pas être considérées comme anodines.

## ■ LA CONDUITE PRATIQUE

### Avant la grossesse

Faut-il proposer systématiquement la myomectomie avant le début d'une grossesse ?

Nous avons vu qu'au cours de la grossesse certaines complications étaient statistiquement plus nombreuses chez les femmes porteuses de myomes. Alors faut-il les opérer avant la grossesse ? La balance risque-bénéfice impose de prendre en compte les risques chirurgicaux et les complications des myomectomies :

1) Les myomectomies peuvent réduire l'index de fécondabilité voire favoriser la stérilité par création d'adhérences. Après myomectomie par laparotomie, les auteurs trouvent 60 % d'adhérences lorsque les fibromyomes sont postérieurs. Ces adhérences peuvent être délétères lorsqu'elles intéressent les trompes et/ou les ovaires. La décision de myomectomie ne sera donc pas prise à la légère même si l'assistance coelioscopique permet de réduire ce risque adhérentiel. Après hystérocopie opératoire pour myomes sous-muqueux, on peut observer des synéchies res-

ponsables d'infécondité ou de fausses couches spontanées à répétition (cf article de Cravello).

2) Les myomectomies créent une cicatrice utérine pouvant être ultérieurement responsable de rupture.

Le risque de rupture utérine est estimé entre 1 et 3 %. Ce risque semble faible lorsque la cavité utérine n'a pas été ouverte. Les techniques de sutures du myomètre sous contrôle coelioscopique doivent être évaluées. Des cas cliniques rapportant des ruptures utérines après myomectomie per coelioscopique imposent de s'interroger sur la qualité de l'hystéroraphie avant d'envisager un accouchement par les voies naturelles, d'autant que des ruptures ont été observées après ablation de myome superficiel [16].

Cependant, l'évaluation de la solidité des cicatrices utérines n'est pas simple. L'évaluation hystérocopique et hystérogaphique est contestée.

Il reste cependant admis qu'une suture du myomètre est plus solide lorsqu'elle est effectuée en dehors de la grossesse. Cette suture en dehors de la grossesse autorisant l'accouchement en l'absence de dystocie mécanique ou dynamique.

Compte tenu des risques hémorragiques et de la fragilité de la cicatrice utérine, il est admis (NP5) de ne pas réaliser de myomectomie au cours des césariennes sauf cas d'absolue nécessité (fibrome praevia, fibrome sur la cicatrice de césarienne). Notons que dans notre série, 75 % des fibromes diminuent de taille dans le post partum.

3) Après myomectomie, les récidives de fibromyomes sont possibles. Dans sa série, Buttram [1] observe 15 % de récidives. Après myomectomie d'un seul fibrome, Malone [17] observe 27 % de récidives. Si la myomectomie a intéressé plusieurs fibromes, il observe 59 % de récidives. Dans sa méta-analyse, Vercellini [18] note un taux de récurrence de 4 à 47 %.

Au total, la décision thérapeutique doit être prise en fonction du bilan des fibromes qui doit être complet avec :

- une analyse des symptômes,
- un examen clinique détaillé,
- une échographie abdominale, rénale et par voie transvaginale pour évaluer le nombre, la taille et la situation des myomes par rapport à l'anatomie de l'utérus et par rapport à la cavité utérine. Le bilan étant effectué, la découverte d'un ou plusieurs fibro-léiomyomes n'entraîne pas de conduite univoque. L'IRM pourrait pour certains auteurs, mieux évaluer les petits fibromes de moins de 1,5 cm, elle pourrait également différencier l'adénomyose du fibrome utérin.

— une hystérosalpingographie permet de vérifier la conformation et les déformations de la cavité utérine. Elle n'est pas indiquée systématiquement mais en fonction des symptômes, de la taille de l'utérus, de la taille et situation des fibromes en échographie.

— l'hystérocopie (ambulatoire dans un premier temps) permet de contrôler la cavité utérine. Si l'hystérosalpingographie est normale, l'hystérocopie n'est pas nécessaire [19]. En cas d'hystérocopie anormale, l'hystérocopie diagnostique est nécessaire car pour Valle [20], 32 % des femmes ayant une HSG anormale avaient une hystérocopie normale.

La conduite à tenir est fondée sur les résultats du bilan. L'abstention se justifie pour les petits fibromes (moins de 3 cm) asymptomatiques intramuraux ou sous-séreux.

— Le traitement médical : progestatifs (actuellement très critiqués pour leurs actions stimulant les facteurs de croissance) et agonistes du GnRH n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en termes de taux de grossesses cumulé à l'arrêt du traitement ; de plus, à l'arrêt du traitement, les fibromes retrouvent leur taille initiale, exception faite de ceux qui sont entrés en nécrobiose.

Le traitement chirurgical peut être logique dans certaines circonstances :

1) En cas de localisation sous-muqueuse, une évaluation hystérocopique est nécessaire et la myomectomie par résection hystérocopique est proposée. Dans sa série où les fibromes sous-muqueux étaient la cause unique de l'infécondité, Garcia CR [21] observe un taux de grossesses de 62 %. Rappelons que dans l'étude de Aydeniz [12], l'insertion placentaire en regard de fibromes sous-muqueux expose à un risque augmenté de RCIU et de d'HRP.

2) Pour les myomes intra-muraux, les résultats sont différents selon les études mais les plus récentes (cf chapitre stérilité et fibromes), sont en faveur d'une amélioration de l'index de fécondabilité après myomectomie.

3) Les fibromyomes sous-séreux de petite taille peuvent être laissés sauf si au cours d'une cœlioscopie diagnostique, l'ablation de ces fibromes se fait simplement, ce qui pourrait permettre de prévenir une augmentation de taille ultérieure.

#### **Au cours de la grossesse**

La découverte de myome accouché par le col ne doit entraîner aucun geste sauf si le myome, en nécrobiose, risque de devenir septique.

Les échographies de début de grossesse sont souvent l'occasion de découverte de myomes asymptomatiques, ce qui doit faire rassurer la patiente.

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

En cas de douleur, la nécrobiose aseptique doit être systématiquement évoquée. L'échographie recherche une modification de l'échostructure. La vascularisation peut maintenant être évaluée par le Doppler couleur et le Doppler énergie. Les indications opératoires doivent rester exceptionnelles, réservées aux fibromes sous-séreux pédiculés en nécrobiose résistant au traitement médical. Ce traitement médical est fondé sur le repos, les antalgiques voire parfois les anti-inflammatoires non stéroïdiens (avec surveillance de la diurèse fœtale) ou mieux avec les corticoïdes.

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.

#### **En cours de césarienne**

Il ne faut réaliser que les myomectomies de nécessité, lorsque le fibrome siège sur le segment inférieur ou si, en position sous-séreuse, il entraîne un risque de torsion. La patiente doit toujours être informée des possibilités d'hystérectomie en cas d'hémorragie avec mauvaise rétraction utérine ou lorsque le nombre et la taille des fibromes exposent la femme à des complications graves du post-partum.

#### **Après l'accouchement**

Le risque d'hémorragie de la délivrance et du post-partum est corrélé à la taille des fibromes. L'incitation à l'allaitement et la prescription d'utérotoniques doivent être fortes pour améliorer la contractilité utérine et la rétraction hémostatique de celui-ci.

La survenue de douleur et d'une légère fièvre évoque la nécrobiose aseptique. En cas de fièvre importante ou prolongée, une nécrobiose septique est à craindre et doit faire évoquer la possibilité d'une chirurgie radicale. La prévention des risques thromboemboliques est conseillée.

#### **■ EN CONCLUSION**

L'association fibrome et grossesse n'est pas rare, les risques mutuels de cette association sont généralement faibles, ce qui permet de rassurer les patientes.

Le peu d'études scientifiques, qui de plus concernent des effectifs faibles, rend cependant difficile la réponse aux questions posées en introduction. En effet les nombreux paramètres qu'il faut intégrer : nombre, taille, situation, localisation anatomique, variabilité de l'évolution au cours de la grossesse font qu'il est difficile de standardiser une conduite thérapeutique univoque.

Certes, la prudence impose un suivi clinique régulier, une surveillance fondée essentiellement sur l'échographie et une prise en charge par une équipe qui peut faire face aux différentes complications.

## ■ RÉFÉRENCES

- Buttram VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata: Etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981; 36: 433-445.
- Thibaud S. Fibrome et Grossesse : Quelle cohabitation ? Mémoire Étudiante Sage-Femme. École de Sages-femmes de Nantes 1996.
- Dilucca D. Fibrome et grossesse. À propos de 476 cas. Thèse Paris 1981.
- Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynaecol* 1993; 82: 97-101.
- Hasan F, Arumugam K, Sivanesatnam V. Uterine leiomyomata in pregnancy. *Int J Obstet Gynecol* 1990; 34: 45-8.
- Katz VL, Dotters DJ, Droegemuller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 593-6.
- Muram D, Gillieson M, Walters J. Myomas in the uterus in pregnancy: ultrasonographic follow up. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 16-9.
- Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1212-6.
- Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 399-401.
- Monnier JC, Bernardi C, Lanciaux B, D Vinatier D, Lefebvre C. L'association fibrome et grossesse. A propos de 51 observations relevées d'avril 1976 à décembre 1984. *Rev Fr Gyn Obstet* 1986 ; 81 : 99-104.
- Romero R, Chevernak F, De Vore J. Fetal head deformation and congenital torticollis associated with a uterine tumor. *Amer J Obstet Gynecol* 1981; 141: 839-40.
- Aydeniz B, Wallwiener D, Kocer C, Grischke EM, Diel IJ, Sohn C, Bastert G. Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *Z Geburtshilfe Neonatol* 1998; 202(4): 154-8.
- Glavind K, Palvio D, Lauritzen JG. Uterine myomas in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69: 617-9.
- Rosati P, Bellati U, Exacoustos C. Uterine myomas in pregnancy: ultrasound study. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 109-17.
- Aharoni A, Reiter A, Golana D, Uterine myomas and pregnancy. *Brit J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 510-13.
- Pelosi MA 3rd, Pelosi MA. Spontaneous uterine rupture at thirty-three weeks subsequent to previous superficial laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(6): 1547-9.
- Malone LJ. Myomectomy: Recurrence after removal of solitary and multiple myomas. *Obstet Gynecol* 1969; 34: 200-203.
- Vercellini P, Maddalena S, De Giorgi O, Aimi G, Crosignani PG. Abdominal myomectomy for infertility: a comprehensive review. *Hum Reprod* 1998 13(4): 873-9.
- Fayez JA, Mutie G, Schneider PJ. The diagnostic value of hysterosalpingography and hysteroscopy in the infertility investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1987, 156: 558-60.
- Valle RF. Hysteroscopy in the evaluation of female infertility. *Am J Obstet Gynecol* 1980, 137: 425-431.
- Garcia CR, Tureck RW. Submucosal leiomyomas and infertility. *Fertil Steril* 1984; 42: 16-9.