



Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge des fibromes utérins

Indications et modalités d'un traitement chirurgical pour les myomes sous-muqueux

L. Cravello

Service de Gynécologie-Obstétrique B, Hôpital de la Conception, 147 Bd Baille, 13385 Marseille cedex 05.

Les myomes à localisation sous-muqueuse présentent des caractéristiques spécifiques qui les distinguent des autres myomes :

— les contraintes imposées par le volume réduit d'une cavité utérine normale font que les myomes sous-muqueux ont le plus souvent un volume modéré, parce que pris en charge plus tôt ;

— la symptomatologie des myomes sous-muqueux est volontiers rapidement bruyante : méno et/ou métrorragies, métrorragies post-ménopausiques ;

— les myomes sous-muqueux ont largement bénéficié sur le plan diagnostique, puis thérapeutique, des progrès de l'hystérocopie ;

— la résection endo-utérine trans-cervicale ne saurait toutefois résumer à elle seule le traitement des myomes sous-muqueux.

■ MODALITÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

La résection endo-utérine trans-cervicale (REU)

Le matériel

Le résectoscope utilisé en gynécologie est dérivé du résecteur utilisé en urologie : 3 diamètres sont disponibles (7, 8, 9 millimètres). Le résectoscope comporte deux gaines, une optique à 0° ou 12°, une poignée (active ou passive), et une électrode. Le glycolle, solution de glycine à 1,5 %, est le soluté d'irrigation utilisé en France. La poche de glycolle peut être disposée à 90 cm au-dessus de la patiente pour utiliser la pression atmosphérique et le poids de la colonne de liquide, puis la récupération se fait dans un simple bocal d'aspiration. Il existe des systèmes d'irrigation automatique avec contrôle de la pression de remplissage. Ces pompes adaptent le débit de gly-

cocollé pour maintenir une pression intra-utérine constante. Aucune publication n'affirme la fiabilité absolue des pompes automatiques pour prévenir les complications liées au glycolle. Les pompes de dernière génération affichent en permanence la vitesse de constitution du déficit en glycolle.

La procédure chirurgicale

Les résections peuvent être effectuées sous anesthésie générale, anesthésie loco-régionale, ou anesthésie locale (bloc para-cervical à l'aiguille de Kobak). Les temps successifs d'une résection sont les suivants : dilatation cervicale aux bougies, introduction du résecteur, inspection de la cavité et résection proprement dite du ou des myomes. La technique de résection a été largement décrite dans de nombreux manuels d'hystérocopie. Afin d'éviter les complications mécaniques ou métaboliques, le respect de certaines règles est indispensable : résection sous contrôle visuel constant, comptabilisation permanente des entrées et des sorties de glycolle, interruption de la résection au moindre doute (mauvaise vision, suspicion de perforation, déficit en glycolle supérieur à 500 cc). La résection complète d'un volumineux myome intra-cavitaire ou d'un myome profondément enchâssé dans le muscle est parfois impossible en une seule séance. Il faut alors renoncer à pratiquer une résection longue et dangereuse (la prudence recommande de limiter la durée du geste opératoire à 45 minutes), et évaluer les possibilités d'un complément de résection 2 à 3 mois plus tard.

L'hystérocopie opératoire au laser Nd : YAG

Le laser utilisé en chirurgie gynécologique est le laser Nd : YAG, dont la puissance doit être élevée (100 watts). Les conditions de réalisation sont celles

de toute hystérocopie opératoire, par l'intermédiaire d'un hystéroscope rigide ou souple. L'utilisation du laser en technique « sans contact » (non touch) permet de dévasculariser le pédicule ou la base du myome, puis la technique « au contact » (in touch) permet de forer la masse myomateuse pour obtenir une myolyse différée ; il est également possible de couper le myome en plusieurs copeaux, qui sont récupérés secondairement.

La myomectomie par voie vaginale

— Les myomes pédiculés accouchés par le col : ils sont directement accessibles par voie vaginale. Le pédicule, s'il est mince, n'offre aucune difficulté d'exérèse. La section doit remonter jusqu'au pied de la tige. En cas de myome plus volumineux, la masse du myome peut faire obstacle à l'accès au pédicule : il faut procéder à un morcellement du myome au bistouri froid ou aux ciseaux. Une fois le volume suffisamment réduit, le pédicule peut être sectionné.

— L'hystérotomie médiane antérieure : le premier temps de l'intervention est identique à celui d'une hystérectomie vaginale, à savoir colpotomie antérieure après traction cervicale, dissection vésico-vaginale puis vésico-utérine. Une fois la face antérieure de l'utérus exposée, l'hystérotomie médiane doit débiter au niveau de la lèvre antérieure du col, puis remonte plus ou moins haut pour obtenir un accès satisfaisant à la cavité utérine. Le temps suivant est l'exérèse du myome sous-muqueux : section d'un large pédicule, énucléation.

La myomectomie par voie abdominale

L'abord de la cavité abdominale se fait par incision transversale type Pfannenstiel ou Mouchel. Une incision médiane sous-ombilicale n'est justifiée que par son caractère itératif. Le siège de l'hystérotomie (antérieure, fundique, postérieure) sera dicté par la localisation du myome. En cas de myome sous-muqueux à large composante interstitielle, une énucléation est parfois possible sans ouverture de la cavité utérine. En cas de myome sous-muqueux pédiculé à implantation fundique, une ouverture limitée de la cavité permet une exérèse et une hémostase en règle simples. La cavité utérine, si elle a été ouverte (délibérément ou accidentellement), doit être suturée. La paroi myométriale est ensuite reconstituée, plan par plan, de façon à obtenir un affrontement correct ne laissant pas d'espace mort source d'hématome.

L'hystérectomie

L'hystérectomie réalise le traitement radical des myomes utérins. Elle peut être indiquée dans le cadre des myomes sous-muqueux. L'intervention peut être conduite par voie abdominale, vaginale, cœlioscopique, ou cœlio-vaginale, se limiter à l'utérus ou intéresser les annexes. Le choix de la voie d'abord pour l'hystérectomie dépend de plusieurs facteurs : volume et mobilité de l'utérus, accès au vagin, antécédents chirurgicaux abdominaux, formation du chirurgien, choix de la patiente après information.

La résection hystérocopique transcervicale constitue en 1999 la technique de référence pour le traitement des myomes sous-muqueux. La procédure chirurgicale (NP4) et les précautions à respecter pour éviter les complications (NP4-NP5) sont bien codifiées. La diffusion du laser Nd : YAG est limitée par son coût élevé. Les interventions chirurgicales classiques (myomectomie par voie vaginale, myomectomie abdominale, hystérectomie) conservent des indications spécifiques dans les myomes sous-muqueux.

■ INDICATIONS

Les indications thérapeutiques pour les myomes sous-muqueux dépendent de nombreux facteurs : symptomatologie, âge de la patiente, désir de grossesse, volume du fibrome et situation exacte par rapport à la cavité utérine, association à d'autres myomes interstitiels et/ou sous-séreux ou volume global de l'utérus.

Quand traiter un myome sous-muqueux ?

Rappelons que les myomes asymptomatiques ne relèvent d'aucun traitement, ni médical, ni chirurgical. Leur ablation, dans le but de prévenir des complications ultérieures, ne repose sur aucun argument scientifique démontré [1, 2]. Cette recommandation, qui a constitué une R.M.O., s'applique aux myomes sous-muqueux. Les myomes sous-muqueux ne doivent donc être traités que s'ils sont responsables d'une symptomatologie : méno et/ou métrorragies, métrorragies post-ménopausiques, dysménorrhée, infertilité. En cas de découverte échographique fortuite d'un myome sous-muqueux chez une femme jeune, le traitement chirurgical peut être proposé dans l'optique d'une grossesse, bien que cette assertion ne repose sur aucune base bibliographique.

Comment traiter chirurgicalement un myome sous-muqueux ?

1) Envisageons tout d'abord 3 situations particulières : l'utérus polymyomateux, le myome accouché par le col, et les lésions endo-cavitaires associées.

- l'utérus polymyomateux : le(s) myome(s) sous-muqueux est associé à un ou plusieurs myomes interstitiels et/ou sous-séreux de volume significatif. Ne traiter que le myome sous-muqueux risque d'aboutir à un échec thérapeutique [3-5]. Tous les myomes doivent donc être opérés. Les localisations interstitielles et sous-séreuses l'emportent sur la localisation sous-muqueuse dans le choix de la technique chirurgicale : polymyomectomie abdominale ou hystérectomie. Le choix entre traitement conservateur et radical dépend de l'âge de la patiente, d'un éventuel désir de grossesse, et des volontés de la patiente.

- le myome sous-muqueux pédiculé accouché par le col : le myome doit être abordé par voie vaginale exclusive. Cette technique chirurgicale est connue depuis fort longtemps, décrite dans les anciens traités de chirurgie gynécologique [6]. Ces dernières années, les publications d'auteurs rapportant leur expérience sur le sujet sont très épisodiques [7]. Il est recommandé de s'assurer par hystérocopie diagnostique (\pm résection endo-utérine) que l'ablation du pédicule du myome a été complète afin d'éviter une récurrence.

- les lésions associées : une suspicion d'adénocarcinome de l'endomètre et une suspicion de leiomyosarcome sont des contre-indications au traitement hystérocopique de toute lésion endo-utérine [8].

L'abstention thérapeutique est recommandée en cas de myome asymptomatique (NP5). Les utérus polymyomateux doivent être traités par myomectomie ou hystérectomie. Les myomes accouchés par le col doivent être abordés par voie vaginale (NP5).

2) Le traitement des myomes sous-muqueux isolés

- Les myomes sous-muqueux hémorragiques

L'essor de l'hystérocopie opératoire a radicalement modifié l'abord chirurgical des myomes sous-muqueux. La technique de la résection endo-utérine trans-cervicale est proposée en première intention comme traitement des myomes sous-muqueux. Il s'agit par essence d'un traitement conservateur, dont le taux de succès à long terme sur le plan fonctionnel est maintenant établi par de nombreuses publications. À moyen terme (recul de 1-3 ans), les bons résultats s'établissent de 81 à 95 % [9-13]. À long terme (recul supérieur à 5 ans), les bons résultats s'établissent de 68 à 94 % [3, 4, 14, 15]. À partir de la littérature médicale, il est également possible d'évaluer les situations dans lesquelles la chirurgie hystérocopi-

que offre de moins bons résultats. La taille et l'importance de la composante intra-murale du fibrome semblent influencer la qualité des résultats. Les myomes de plus de 50 mm de diamètre [5, 10, 12] et ceux dont l'extension intra-murale est supérieure à 50 % [16] sont difficilement accessibles à un traitement au résecteur hystérocopique. Ces situations représentent les limites ou les contre-indications au recours à l'hystérocopie pour les myomes sous-muqueux, et il est préférable de procéder à une myomectomie par hystérotomie chirurgicale. Dans certaines situations « frontière » (myomes de volume voisin de 50 mm), certaines patientes après information complète préfèrent bénéficier d'un traitement hystérocopique. Si l'indication d'hystérocopie opératoire est retenue pour un myome à forte composante intra-murale, la mesure échographique pré-opératoire de la distance bord externe du myome-séreux utérine est recommandée afin d'évaluer le risque de perforation ; les données bibliographiques manquent pour confirmer l'intérêt exact de cette recommandation. Les agonistes de la GnRH entraînent après 2 à 3 mois de traitement une réduction de volume du myome, ce qui peut faciliter la résection hystérocopique. Certains auteurs ont ainsi décrit grâce au traitement pré-opératoire des résultats favorables après résection de myomes volumineux [17, 18] ou dont la composante intra-murale était prédominante [19]. Dans tous les cas, lorsqu'une résection hystérocopique de myome est programmée, la patiente doit être informée :

- des risques spécifiques de complications : perforation utérine, endométrite, syndrome métabolique par résorption de glyocolle [20, 21],

- de l'éventualité d'une résection complète en 2 séances opératoires [13, 15, 16],

- des taux d'échec (échec pouvant conduire à une hystérectomie secondaire).

- Le traitement des patientes ménopausées

La découverte de myomes sous-muqueux symptomatiques chez des patientes ménopausées est une situation qui est loin d'être exceptionnelle. Certes, après la ménopause, le problème de la conservation de l'utérus se pose moins et une hystérectomie peut être proposée d'emblée à la patiente. Toutefois, la morbidité de l'hystérectomie est supérieure à celle de la chirurgie hystérocopique [22-25]. Si l'on respecte les principes énoncés dans le paragraphe précédent, la résection hystérocopique des myomes sous-muqueux appliquée aux patientes ménopausées donne des résultats satisfaisants. La REU des myomes sous-muqueux est donc une méthode sûre et effi-

cace qui peut être étendue aux patientes ménopausées [26-28].

- Myome sous-muqueux et infertilité

Le rôle des myomes dans la genèse d'une infertilité reste très discuté, car le plus souvent le myome fait partie d'un ensemble multifactoriel. Le myome ne serait retrouvé comme seul facteur apparent d'infertilité que dans 2 à 5 % des cas. Deux études épidémiologiques ont montré l'existence d'un lien entre infertilité et présence d'un myome utérin [29, 30]. Les études disponibles qui décrivent les taux de grossesses obtenues après résection hystéoscopique de myome sous-muqueux présentent 2 lacunes majeures : la faiblesse des effectifs (< 25 cas), et l'absence de prise en compte de l'ensemble des facteurs d'infertilité [3, 9, 10, 17]. Même s'il est difficile de tirer des conclusions définitives à partir de ces publications, la résection endo-utérine des myomes présente l'avantage considérable d'éviter une hystérotomie, ce qui n'hypothèque pas l'avenir obstétrical déjà incertain de ces patientes. Chez une patiente infertile, un myome sous-muqueux de volume raisonnable (< 5 cm) doit être traité en première intention par résection hystéoscopique. Dans le cadre spécifique de la stérilité, un contrôle de la cavité par hystérocopie ambulatoire 3 mois après la résection est indispensable afin de diagnostiquer et de traiter les synéchies muqueuses post-opératoires, qui sont retrouvées dans 10 % des cas [12, 31].

- Place du laser Nd : YAG

Le laser Nd : YAG permet de traiter la composante intra-cavitaire du myome, mais également (si besoin) la partie intra-murale en utilisant le phénomène de myolyse [32]. Deux grandes séries soulignent les excellents résultats obtenus après traitement des myomes sous-muqueux au laser Nd : YAG [5, 33]. Le principal inconvénient du laser est son coût d'achat et de maintenance, ce qui impose un plateau technique conséquent pour une utilisation en routine.

- Intérêt du traitement préparatoire par les agonistes de la GnRH

Les effets des agonistes de la GnRH sur les myomes et l'endomètre sont bien documentés. Les avantages en hystérocopie opératoire sont une réduction du volume du myome, une diminution du saignement per-opératoire, une amélioration de la vision, une réduction de la durée de l'intervention [34-38]. La durée du traitement pré-opératoire ne doit pas excéder 3 mois [37]. Le coût du produit et l'absence d'impact notable sur les résultats à long terme ne permettent pas de recommander une utilisation systématique des agonistes, d'autant qu'en France la prescription doit se

faire hors A.M.M. dans cette indication bien spécifique. L'utilisation des agonistes en complément de l'hystérocopie opératoire doit répondre à des indications précises [39].

Les résultats publiés à moyen et à long terme montrent l'efficacité de la myomectomie hystérocopique comme traitement des troubles hémorragiques (NP3). Les myomes à large composante intra-murale et les myomes volumineux constituent les limites de la technique endoscopique (NP3). La chirurgie hystérocopique peut être élargie aux patientes ménopausées et infertiles (NP3). Le traitement préparatoire par agonistes de la GnRH peut être prescrit dans certaines conditions anatomiques spécifiques (NP5).

■ RÉFÉRENCES

1. Reiter RC, Wagner PL, Gambone JC. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata: a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 481-4.
2. Freidman AJ, Haas ST. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 751-5.
3. Derman SG, Rehenstrom J, Neuwith RS. The long-term effectiveness of hysteroscopic treatment of menorrhagia and leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 591-4.
4. Indman PD. Hysteroscopic treatment of menorrhagia associated with uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 716-20.
5. Smets M, Nisolle M, Bassil S, Donnez J. Expansive benign lesions: treatment by laser. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 65: 101-5.
6. Robichel B, Paniel BJ, Truc JB, Botto JN, Poitout P. Myomectomies. *Encycl Med Chir (Paris, France), Techniques chirurgicales, Urologie-Gynécologie*, 41660, 7-1987, 12 p.
7. Sikazwe NC. Prolapsed pedunculated submucous uterine fibroleiomyomata at the University Teaching Hospital, Lusaka. *Cent Afr J Med* 1994; 40: 192-4.
8. Neuwith RS. Hysteroscopic submucous myomectomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22: 541-58.
9. Loffer FD. Removal of large symptomatic intrauterine growths by the hysteroscopic resectoscope. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 836-40.
10. Corson SL, Brooks PG. Resectoscopic myomectomy. *Fertil Steril* 1991; 55: 1041-44.
11. Serden SP, Brooks PG. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. *J Reprod Med* 1991; 36: 697-9.
12. Mergui JL, Renolleau C, Salat-Baroux J. Hystérocopie opératoire et fibromes. *Gynécologie* 1993; 1: 325-37.
13. Cravello L, D'Ercole C, Boublil L, Blanc B. Hysteroscopic treatment of uterine fibroids. *J Gynecol Surg* 1995; 11: 227-32.
14. Hallez JP. Myomectomies by endo-uterine resection. *Curr Opin Obstet Gynaecol* 1996; 8: 250-6.
15. Cravello L, Farnarier J, Roger V, D'Ercole C, Blanc B. Myomectomie hystérocopique. Résultats fonctionnels avec un recul moyen de 6 ans. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27: 593-7.
16. Wamsteker K, Emanuel MH, De Kruijff JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 736-40.

17. Valle RF. Hysteroscopic removal of submucous leiomyomas. *J Gynecol Surg* 1990; 6: 89-96.
18. Lawrence AS, Healy DL, Hill D, Paterson PJ. Management of submucous uterine fibroid with buserelin gemeprost and hysteroscopic resection. *Med J Aust* 1991; 154: 280-2.
19. Romer T. Hysteroscopic myoma resection of submucous myomas with largely intramural components. *Zentralbl Gynakol* 1997; 119: 374-7.
20. Hill D, Maher P, Wood C, Lawrence A, Downing B, Lolatgis N. Complications of operative hysteroscopy. *Gynaecological Endoscopy* 1992; 1: 185-9.
21. Cravello L, D'Ercole C, Boubli L, Blanc B. Les complications des résections hystérocopiques. *Contracept Fertil Sex* 1995; 23: 335-40.
22. Gannon MJ, Holt EM, Fairbank J, Fitzgerald M, Milne MA, Crystal AM, Greenhalf JO. A randomized trial comparing endometrial resection and abdominal hysterectomy for the treatment of menorrhagia. *BMJ* 1991; 303: 1362-4.
23. Dwyer N, Hutton J, Stirrat GM. Randomized controlled trial comparing endometrial resection with abdominal hysterectomy for the surgical treatment of menorrhagia. *Br J Obstet Gynecol* 1993; 100: 237-43.
24. Vilos GA, Pispidikis JT, Botz CK. Economic evaluation of hysteroscopic endometrial ablation versus vaginal hysterectomy for menorrhagia. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 241-5.
25. O'Connor H, Broadbent JA, Magos AL, Mc Pherson K. Medical Research Council randomized trial of endometrial resection versus hysterectomy in the management of menorrhagia. *Lancet* 1997; 349: 897-901.
26. Townsend DE, Fields G, Mc Causland A, Fauffman K. Diagnostic and operative hysteroscopy in the management of persistent postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 419-21.
27. Cravello L, De Montgolfier R, D'Ercole C, Boubli L, Blanc B. Hysteroscopic surgery in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 563-6.
28. Spaulding LB. Endometrial ablation for refractory postmenopausal bleeding with continuous hormone replacement therapy. *Fertil Steril* 1994; 62: 1181-5.
29. Ross RK, Vessey MP, Bull D, Yates D, Casagrande JT. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk associated with oral contraceptives. *Brit Med J* 1986; 293: 359.
30. Hasan F, Arumugam K, Sivanesaratnam V. Uterine leiomyomata in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 34: 45.
31. Cravello L. Le traitement hystérocopique des lésions endométriques bénignes. Thèse de médecine. Marseille, 1994.
32. Donnez J, Clerckx F, Gillerot S, Nisolle M, Bourgonjon D. Neodymium: YAG laser hysteroscopy in large submucous fibroids. *Fertil Steril* 1990; 54: 999-1003.
33. Dequesne J, Schmidt N. Laser hysteroscopic treatment of uterine fibroids. *Références en Gynécologie-Obstétrique* 1996; 4: 251-6.
34. Boubli L, Blanc B, Barry B, Baurant E. Préparation de l'hystérocopie opératoire par agonistes du GnRH. *Contracept Fertil Sex* 1992; 20: 567-70.
35. Mencaglia L, Tantini C. GnRH agonist analogs and hysteroscopic resection of myomas. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 43: 285-8.
36. Wallwiener D, Aydeniz B, Rimbach S, Diel IJ, Grischke EM, Rabe T, Bastert G. Change in the spectrum of uterus-preserving myoma operations including endoscopy and dual myoma therapy. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 1996; 36: 118-32.
37. Crosignani PG, Vercellini P, Meschia M, Oldani S, Bramante T. GnRH agonists before surgery for uterine leiomyomas. A review. *J Reprod Med* 1996; 41: 415-21.
38. Romer T. Benefit of GnRH analogue pretreatment for hysteroscopic surgery in patients with bleeding disorders. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 45: 12-20.
39. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Uterine leiomyomata. *ACOG- Technical Bulletin* 1994; 192: 1-9.