

Fibrome et grossesse : les complications

Zeghal Dorra, Ayachi Amira, Mahjoub Sami, Boulahya Ghassen, Zakraoui Aymen, Ben Hmid Rim, Zouari Faouzia

Service «C» - Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.
Faculté de Médecine de Tunis
Université de Tunis El Manar

Zeghal D., Ayachi A., Mahjoub S., Boulahya G., Zakraoui A., Ben Hmid R., Zouari F.

Zeghal D., Ayachi A., Mahjoub S., Boulahya G., Zakraoui A., Ben Hmid R., Zouari F.

Fibrome et grossesse : les complications

Fibroid and pregnancy: the complications

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 286-290

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 286-290

R É S U M É

But : Etudier la morbidité maternelle et fœtale lors de l'association fibrome et grossesse et rappeler l'attitude thérapeutique vis à vis des fibromes au cours de la grossesse.

Méthodes : Etude rétrospective de 80 cas de fibrome associé à la grossesse ; colligés au service « C » du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes est de 32 ans. 45% des patientes sont des primipares. Les fibromes interstitiels (68%) sont les plus fréquents. Le nombre moyen de fibrome est de 1,7 par grossesse. La nécrobiose aseptique est la complication la plus fréquente du fibrome au cours de la grossesse. Pour la parturiente, les principales complications sont l'accouchement prématuré, la rupture prématurée des membranes et le placenta praevia au 3^{ème} trimestre de grossesse. Les présentations dystociques sont plus fréquentes que dans la population générale, d'où un taux de césariennes plus élevé. L'hémorragie de la délivrance constitue la complication la plus fréquente du post-partum. Le pronostic fœtal est globalement bon avec une morbidité fœtale dominée par le retard de croissance intra utérin mais mortalité est nulle. La myomectomie a été pratiquée au cours de césarienne pour 3 patientes, l'abstention étant la règle pour les autres femmes.

Conclusion : L'association fibrome et grossesse n'est pas rare, les complications sont fréquentes d'où son appartenance au lot des grossesses à risque élevé. Une détection précoce des complications et une prévention de l'hémorragie de la délivrance permettraient de réduire la morbidité maternelle et fœtale.

S U M M A R Y

Aim: To study the maternal and fetal morbidity in the association fibroid and pregnancy and the management in this case.

Methods: A retrospective study of 80 cases of fibroids associated to pregnancy. These cases were taken from the department "C" of gynecology and obstetrics in the center of maternity and neonatology of Tunis.

Results: We studied 80 cases of fibroid associated to pregnancy in our study. The mean age of the patients was 32 years old. 45 % of the patients were primipares. The interstitial fibroids (68 %) are the most frequent. The average number of fibroid is 1, 7 in each pregnancy. The aseptic necrobiosis is the most frequent complication of the fibroid whereas for the mother the main complications are the premature delivery, the premature rupture of membranes and the placenta praevia during the third term of pregnancy. The dystocic presentations are more frequent than in the general population, responsible of a higher rate of caesarian sections. The delivery hemorrhage constitutes the most frequent complication of the post partum. The fetal prognosis is globally good with a morbidity dominated by growth restrictions but with no superior mortality rate. The myomectomy was practiced during the caesarian section in 3 cases, the abstention being the rule for the other patients.

Conclusion: The association fibroid and pregnancy is not rare, the complications are frequent that is why it is considered as a high risk pregnancy. An early detection of the complications and a prevention of delivery hemorrhage would reduce the maternal and fetal morbidity.

Mots - clés

Fibrome-grossesse-complication-prévention.

Key - words

Fibroid -pregnancy - complication- prevention.

La pathologie myomateuse utérine est assez fréquente touchant 20% [1] 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.

Le but de cette étude était de répondre aux questions suivantes concernant l'association fibrome et grossesse :

- Quels sont les types de fibromes les plus pourvoyeurs de complications ?
- Quelles sont les complications les plus fréquentes chez ces parturientes?
- Le pronostic foetal est-il modifié au cours de cette association ?
- Préciser la place de la chirurgie du fibrome au cours de la grossesse ?

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur une période de 4 ans allant de Janvier 2003 à Décembre 2006 au service « c » du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, colligeant 80 patientes ayant un fibrome associé à la grossesse.

Les critères d'inclusion des patientes étaient les suivants :

- Patientes suivies en prénatal à notre consultation externe : minimum 3 consultations.

- Patientes suivies dans d'autres structures sanitaires et qui ont été admises pour une complication de leur fibrome.

Nous avons exclus : les fibromes dont la taille est inférieure à 3 cm, les fausses couches avant 8 SA et les fibromes découverts à distance du post-partum (> 30 jours).

RESULTATS

L'incidence des myomes était de 6,6 pour 1000 accouchements. L'âge moyen de nos patientes est de 32 ans avec des extrêmes allant de 26 à 41 ans ; 60% des patientes avaient un âge supérieur à 35 ans. La gestité moyenne était de 2,2 et la parité moyenne de 1,8. Parmi les antécédents des parturientes on trouve en premier lieu les fausses couches spontanées (20%) et l'anémie (22,5%) (Tableau 1). Les circonstances de découverte des fibromes sont détaillées dans les tableaux 2 et 3. Les localisations des fibromes découverts dans notre série étaient diverses : corporeo fundique dans 98% des cas, segmentaire dans 39% des cas, cervical dans un cas.

Les types interstitiels, sous séreux et sous muqueux ont été retrouvés dans 68%, 26,2% et 5,8% des cas respectivement. La taille moyenne des fibromes était de 6,2cm avec des extrêmes allant de 3 à 13 cm. Lors de la grossesse, les complications sont apparues au cours des trois trimestres.

Parmi les complications des deux premiers trimestres nous avons recensé essentiellement la menace d'avortement tardif survenue au moins une fois chez 36 patientes, dont 30 ont

nécessité un cerclage à chaud (Tableau 4). L'accouchement s'est compliqué d'une hémorragie de la délivrance dans 21 cas soit 25% des cas, dont neuf accouchements par voie basse et 12 césariennes. Ces hémorragies ont été prises en charge par un traitement médical (ocytocique et/ou prostaglandine) ou par un traitement chirurgical selon la gravité des cas (tableau 5).

Tableau 1 : Antécédents des patientes

Antécédents	Nombre	Pourcentage %
Stérilité primaire	8	10
Stérilité secondaire	1	1,25
Fausses couches spontanées	16	20
Grossesses arrêtées	7	8,75
Myomectomie	1	1,25
Endométriose	1	1,25
Anémie	18	22,5
HTA	12	15

Tableau 2 : Circonstances du diagnostic en dehors de la grossesse

Etiologies	Nombre	Pourcentage %
Bilan d'infertilité	9	11,5%
Bilan de fausses couches à répétition	11	13,75%
Endométriose	1	1,25%
Grossesses arrêtées	7	8,75%
Lors de grossesses précédentes	8	10%
Total	36	45%

Tableau 3 : Circonstances du diagnostic pendant la grossesse ou lors de l'accouchement

Circonstances de découverte	Nombre
Echographique	26
Douleurs pelviennes isolées	9
Métrorragies	2
Utérus augmenté de taille par rapport au terme	2
Nécrobiose	3
Total	42

Tableau 4 : Complications des fibromes au cours du troisième trimestre

Complications	Nombre	%
Menace d'accouchement prématuré	24	30
Rupture prématurée des membranes	11	13,75
Placenta prævia	8	10%
Toxémie gravidique	16	20
Pyélonéphrite	7	8,75
Accouchement prématuré	7	8,75
Retard de croissance intra-utérin	7	8,75

Tableau 5 : Prise en charge des hémorragies de la délivrance

	AVB	Césarienne
Ocytociques seuls	3	0
Ocytociques+Nalador	3	4
Ocytociques+Misoprostol	3	7
Hystérectomie	0	1

L'hystérectomie a été réalisée après la découverte d'un placenta accreta chez une patiente de 38 ans, troisième pare, porteuse d'un utérus bi cicatriciel avec un fibrome interstitiel de 8 cm. Les complications survenues au cours du post-partum tardif (j2-j60) retrouvées dans notre étude sont : la nécrobiose dans huit cas, une rétention d'urine dans un cas. Parmi les autres complications des myomes retrouvées dans notre série, la complication la plus fréquente est la nécrobiose aseptique survenue chez 21 patientes dont 13 au cours de la grossesse et huit au cours du post-partum. Cette complication est survenue pour des myomes dont la taille variait de 5 à 10 cm (69,2%). La symptomatologie clinique était polymorphe et associait douleurs pelviennes, fièvre et métrorragies. Seulement sept patientes ont nécessité une hospitalisation.

L'évolution était généralement favorable après le repos, et un traitement antispasmodiques et antalgiques. L'évolution de la grossesse a abouti à deux accouchements prématurés. Ailleurs, nous retrouvons des signes de compression dans 15 cas responsable de signes urinaires, de faux besoins et de sciatalgies dans respectivement : 80%, 13,33% et 6,66% des cas. L'évolution a été marquée par une régression de la taille des fibromes dans 60% des cas au cours du post-partum. La voie d'accouchement a été essentiellement la voie haute : 60% des cas. Trente patientes ont accouché par voie basse dont cinq instrumentaux. Le fibrome a été directement incriminé dans le choix de la voie d'accouchement comme le montre le tableau 6.

Tableau 6 : Indication des césariennes en rapport avec le fibrome

Tumeur praevia	8
Présentation dystocique	7
Placenta praevia	3
RPM avec infection amniotique	2

La morbidité maternelle est dominée par la menace d'accouchement prématuré (30%), la dysgravidie (20%), la rupture prématurée des membranes (13,75%) et surtout l'hémorragie de la délivrance (26,25%). La mortalité maternelle était nulle.

Des complications fœtales liées au myome ont été observées, en effet on retrouve neuf prématurés, sept cas de retard de croissance intra utérin (RCIU), 6 infections materno fœtale et deux souffrances fœtale aigue (SFA). Le poids moyen à la naissance est de 2680 g. Le score d'Apgar était >7 pour 77 nouveaux-nés, >5 pour 1 nouveau-né (HRP), et <5 pour un

nouveau-né présentant une SFA dans un contexte de RCIU. La mortalité fœtale était nulle. L'abstention vis avis du fibrome au cours du déroulement de la grossesse a été la règle.

Pendant la césarienne, trois myomectomies ont été pratiquées : deux cas de fibromes sous séreux pédiculés et un cas d'utérus polymyomateux avec fibrome interstitiel siégeant au niveau du segment inférieur.

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]. Dans notre série, nous avons recensé deux cas de grossesses arrêtées, les cas de fausses couches spontanées n'ont pas été recensés puisqu'il s'agit d'un critère d'exclusion. 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 %). Dans notre série, on a fait face à sept cas de RCIU, le myome était sous muqueux dans quatre cas, ce qui confirme l'hypothèse de Aydeniz et al. 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'examen 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 supérieur à 3 cm , cette augmentation est de 20 à 28 % pour ceux qui sont supérieurs à 5 cm. Il n'y a pas d'augmentation du taux d'accouchement prématuré en cas de myomes de taille inférieure à 3 cm (tableau 7). 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. Piazze Garnica et al [15] retrouvent 76 % de césariennes. Le taux de césariennes dans notre étude était de 60%.

Tableau 7 : Utérus myomateux et accouchement prématuré

Auteurs	Pourcentage d'accouchement prématuré
Dilucca (1981)	14%
Monnier et al. (1986)	8,5%
Aharoni et al. (1988)	17%
Lopes et al. (1999)	8,5%
Notre série	8 ,75%

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 car aucune étude comparative n'a été effectuée (Tableau 8). 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.

Le pourcentage observé dans la littérature de nécrobiose aseptique est variable comme le montre le tableau 8. 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]. Le taux d'hémorragie de la délivrance était de 30% dans notre série. 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.

Tableau 8 : Risque de nécrobiose aseptique pendant la grossesse

Auteurs	Pourcentage de nécrobiose
Monnier et al. (1986)	27,5%
Lopes et al. (1999)	14%
Phelan (1995)	6%
Lolis et al. (2003)	2,6%
Notre série	16,25%

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 se dégage de notre étude quelques recommandations :

- 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 se fera de préférence en dehors de la grossesse sauf pour les myomes pédiculés sous séreux.

Références

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.