

Les bonnes indications des myomectomies

RÉSUMÉ : Les myomectomies sont des interventions qui sont associées à des taux de succès très variables selon le symptôme intéressé, le nombre de fibromes, leur taille, l'existence d'éventuelles pathologies associées (adénomyose, endométriose, etc.). D'une façon générale, les "bonnes indications" des myomectomies concernent plutôt les fibromes symptomatiques uniques, sans pathologie associée (adénomyose et/ou endométriose par exemple) chez des femmes souhaitant conserver la possibilité d'une grossesse.

Les myomes sous-muqueux ou sous-séreux pédiculés sont de bonnes indications car l'embolisation est contre-indiquée. Les myomes volumineux uniques sans adénomyose/endométriose associée sont également de bonnes indications par coelioscopie ou laparotomie selon la taille du fibrome et l'expérience de l'opérateur. Par hystéroscopie, le cas idéal est celui où il existe 1 à 3 fibromes mesurant moins de 3 cm.



→ X. DEFFIEUX

Service de Gynécologie-Obstétrique
et Médecine de la Reproduction,
Hôpital Antoine-Béclère, CLAMART.

Les fibromes (également appelés myomes ou fibromyomes ou léiomyomes) sont des tumeurs bénignes mises en évidence chez plus de la moitié des femmes en France [1-3]. Dans la plupart des cas, aucun symptôme n'est présent. En cas de fibrome associé à des symptômes (ménométrorragies et/ou douleurs et/ou signes compressifs urinaires/digestifs), un traitement médical est souvent suffisant (système intra-utérin libérant du lévonorgestrel, progestatifs, ulipristal acétate, traitement martial, etc.). Toutefois, le recours à la chirurgie demeure fréquent après échec (ou effet secondaire) des traitements médicamenteux. Une myomectomie (par hystéroscopie, coelioscopie ou laparotomie) sera discutée en alternative aux autres traitements chirurgicaux (hystérectomie, endométrectomie) ou à une embolisation. La myomectomie (ablation d'un ou de plusieurs fibromes en conservant l'utérus) est indiquée pour les femmes souhaitant préserver leur fertilité [4]. L'hystérectomie demeure la technique de référence pour les

patientes ayant des fibromes symptomatiques et n'ayant plus de désir de grossesse. Plusieurs voies d'abord sont possibles pour réaliser une myomectomie, dépendant de la localisation des fibromes, de leur taille et de leur nombre.

Le bilan préopératoire (interrogatoire, examen clinique, échographie, hystéroscopie diagnostique ± IRM) permettra de déterminer s'il s'agit d'une bonne indication chirurgicale.

Facteurs généraux influençant les chances de disparition des symptômes après myomectomie

Les ménométrorragies, les signes urinaires/digestifs et les douleurs pelviennes sont des motifs de consultation fréquents. Quand un ou plusieurs fibromes sont mis en évidence par l'examen, il est d'emblée important de rechercher une autre étiologie ; car les fibromes étant très fréquents,

le simple fait de diagnostiquer leur présence ne suffit pas à les incriminer dans la genèse du symptôme. Beaucoup de myomectomies ne s'accompagnent pas de la disparition des symptômes du simple fait de la fréquence des pathologies associées.

Par exemple si une patiente consulte pour des ménométrorragies et qu'il existe une adénomyose associée à un fibrome, il est peu probable que la myomectomie fasse disparaître les saignements excessifs. Autre exemple, si une femme consulte pour des douleurs pelviennes et que votre examen ou que l'imagerie objective des signes d'adénomyose ou d'endométriose profonde, il est très peu probable que la myomectomie fasse disparaître les douleurs de cette femme. On comprend alors d'emblée qu'un des critères de "bonne indication" des myomectomies consiste à s'assurer qu'il n'existe pas de pathologie associée pouvant, elle aussi, expliquer les symptômes.

Le deuxième paramètre important est le nombre des fibromes. Les fibromes sont des pathologies tumorales bénignes monoclonales constituées d'une prolifération de cellules musculaires lisses et de tissu conjonctif. Dans la plupart des cas, les fibromes sont multiples et surtout ils ne sont pas tous visibles à l'échographie ou à l'IRM. Aussi, le risque de récurrence est important après myomectomie, et il est d'autant plus important que le nombre de fibromes est élevé. Ainsi, il est illusoire de vouloir "guérir" chirurgicalement un utérus porteur de plus de dix fibromes. D'une part, il existe probablement deux ou trois fois plus de fibromes non encore visibles à l'imagerie et une polymyomectomie (même réalisée par un chirurgien expérimenté) ne peut retirer les myomes infracliniques. Dans ces cas d'utérus polymyomateux, le risque de récurrence des fibromes et le risque de persistance des symptômes sont majeurs.

En cas de réalisation d'une myomectomie par laparotomie ou cœlioscopie, le risque de récurrence est estimé à 10 % à 5 ans et à 30 % à 10 ans, mais tous les fibromes récidivants ne sont pas symptomatiques [5]. Une étude portant sur 512 femmes ayant eu une myomectomie par cœlioscopie a montré que la prévalence des récurrences était de 11 % à 1 an, 36 % à 3 ans, 53 % à 5 ans et 84 % à 8 ans [6]. Une réintervention pour fibrome concernait 7 % des femmes à 7 ans et 16 % à 8 ans. Le risque de récurrence des fibromes après myomectomie par cœlioscopie est corrélé à l'âge de la femme, au nombre de fibromes et la taille globale de l'utérus (dont le volume accru est souvent le reflet de l'existence d'une adénomyose). Les femmes ayant un seul fibrome, un utérus de volume inférieur à 13 SA et un âge au moment de la myomectomie inférieur à 35 ans avaient le plus faible risque de récurrence [6]. Le risque de récurrence après myomectomie pourrait également être augmenté en cas d'utilisation préopératoire d'agonistes de la GnRH [5].

Un des principaux éléments guidant le choix de la voie d'abord sera le type de fibrome. On distingue trois types de fibromes selon la classification de la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) de 2011 [7] (**fig. 1**). Les fibromes sous-muqueux

(types 0, 1 et 2) sont intracavitaires, soit totalement (type 0), soit avec leur plus grand diamètre (> 50 %) dans la cavité (type 1), soit avec le plus grand diamètre enchâssé dans le myomètre (type 2). Les fibromes interstitiels ou intramuraux (types 3, 4 et 5) s'implantent dans le myomètre et soit affleurent l'endomètre (type 3), soit sont uniquement dans la paroi (type 4), soit ont une partie qui se développe au-delà de la séreuse (type 5). Les fibromes sous-séreux (types 6 et 7) se développent à l'extérieur de l'utérus, soit en étant en partie enchâssés dans le myomètre (type 6), soit étant complètement pédiculés (type 7).

L'établissement d'une véritable cartographie des fibromes est nécessaire avant de décider de la thérapeutique. Dans la plupart des cas, une échographie pelvienne par voie endovaginale et abdominale suffira (idéalement une échosonographie pour déterminer la position des fibromes par rapport à la cavité); mais en cas d'utérus volumineux ou de nombre élevé de fibromes (> 5), une IRM pelvienne sera nécessaire. S'il n'y a pas eu d'échosonographie (échographie avec un contraste cavitaire obtenu par l'instillation transcervicale de sérum physiologique), une hystérocopie diagnostique (idéalement en vaginoscopie) sera réalisée pour déterminer le type précis des fibromes sous-muqueux.

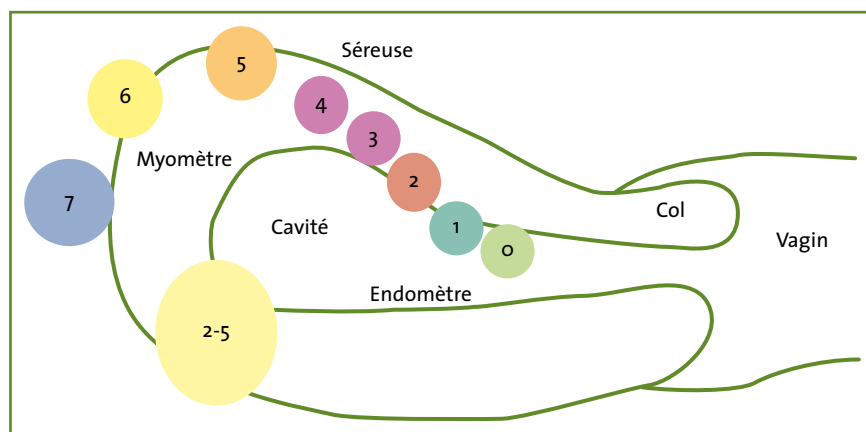


FIG. 1 : Classification FIGO 2011 des différents types de fibrome selon leur localisation par rapport à l'endomètre et à la séreuse.

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

Pour les fibromes de types sous-muqueux de 0, 1 et 2, une myomectomie par hystéroscopie est la technique de référence, dès lors que le fibrome n'est pas trop volumineux (< 4 cm). Quand le fibrome intracavitaire est très volumineux (> 4 cm), plusieurs temps opératoires sont souvent nécessaires.

Pour les fibromes de type 2 volumineux (> 4-5 cm) et pour les autres types de fibrome (3 à 7), la voie d'abord (cœlioscopie ou laparotomie) dépend de la taille des fibromes, de leur type, de l'expérience de l'opérateur et de la morphologie de la patiente.

Pour la myomectomie par cœlioscopie, on considère une limite de taille inférieure à 10 cm et un nombre de fibromes inférieur ou égal à 3 [2]. Au-delà, le risque de recours à une laparotomie est très élevé, et la qualité de la suture est difficile à garantir.

Bonnes indications des myomectomies hystéroscopiques

Les fibromes type 0 et 1 (*fig. 2*) sont les meilleures indications de myomectomie par hystéroscopie (résection à l'anse ou morcellement) si des ménométrorragies sont rapportées, sans trop de limite de taille, bien qu'une chirurgie en un seul temps soit illusoire si le fibrome

mesure plus de 4 cm. Pour de plus gros fibromes de type 0 ou 1, il faudra prévenir la patiente du risque de chirurgie en plusieurs temps. Comme nous l'avons signalé, l'indication est encore meilleure s'il n'existe pas de pathologie associée comme de l'adénomyose, risquant de faire perdurer les saignements anormaux malgré la myomectomie.

Les fibromes type 2 peuvent également être d'excellentes indications de myomectomie par hystéroscopie, mais les chances de succès de la myomectomie sur les symptômes sont moindres (car la causalité est moins systématique) et le geste est techniquement plus difficile et à risque de complication (perforation, hémorragie, synéchie, etc.). Les fibromes type 2 jusqu'à 3 cm (selon l'expérience de l'opérateur) peuvent être de bonnes indications de myomectomie par hystéroscopie en l'absence de pathologie associée.

Bonnes indications des myomectomies par cœlioscopie

Les fibromes sous-séreux type 7 (*fig. 3*) sont d'excellentes indications, et ce quelle que soit leur taille. Ces fibromes type 7, quand ils sont symptomatiques (douleurs ou signes compressifs) ne sont pas accessibles à l'embolisation ou au traitement hystéroscopique. Il ne faudra

toutefois pas succomber à la facilité en faisant une coagulation section simple du pied chez les femmes désireuses de grossesse. En effet, il existe un risque de rupture utérine après traitement des fibromes pédiculés, car probablement dans beaucoup de cas les chirurgiens ne s'astreignent pas aux règles de bonnes pratiques habituelles applicables pour les autres fibromes (pas de coagulation, section froide et suture myométriale et séreuse systématique).

Les fibromes sous-séreux type 6 sont une très bonne indication dès lors qu'ils sont symptomatiques (douleurs et/ou signes compressifs), uniques, de taille inférieure à 10 cm et qu'il n'existe pas de pathologie associée (adénomyose ou endométriose).

Les fibromes interstitiels type 3, 4 et 5 (*fig. 4*) demeurent une bonne indication s'ils sont symptomatiques (ménométrorragies et/ou douleurs pelviennes) dès lors qu'ils sont uniques, de taille inférieure à 7 cm et qu'il n'existe pas de pathologie associée.

En cas de myomectomie par cœlioscopie, une morcellation sera indispensable en fin d'intervention pour extraire le fibrome de la cavité abdominale. Il existe différents types de morcellateurs, allant de la simple lame de bistouri montée rétractable (que l'on introduit dans un trocart de 12 mm)



FIG. 2 : Myome sous-muqueux type 0 (morcellement hystéroscopique).



FIG. 3 : Myomectomie par cœlioscopie.



FIG. 4 : Fibrome interstitiel.

POINTS FORTS

- ⇒ De façon générale, les “bonnes indications” de myomectomie concernent des fibromes symptomatiques uniques, sans pathologie associée, chez des femmes désirant conserver des chances de grossesse.
- ⇒ Concernant les myomectomies par coelioscopie et laparotomie, seuls les cas où les fibromes sont peu nombreux (idéalement unique) sont de bonnes indications.
- ⇒ Concernant les myomectomies par hystéroscopie, les fibromes de type 0, 1 ou 2 de petite taille (3 cm ou moins) sont d'excellentes indications si la femme est symptomatique (ménométrorragies, infertilité), ou si une assistance médicale à la procréation est envisagée.

à des systèmes bipolaires non rotatifs (PlasmaSORD d'Olympus) en passant par les systèmes électromécanique rotatifs qui sont les plus communément utilisés (SuperCut SAWALHE II de Storz, Rotocut G1 de Storz, etc.).

Il y a eu un regain de polémique en 2014 concernant les risques de dissémination carcinologique dans les très rares cas où le fibrome serait en fait... un sarcome méconnu [8]. Certains fabricants ont même arrêté de commercialiser leur dispositif de morcellement. L'ANSM a rappelé qu'il n'y avait pas lieu de proscrire la morcellation, car elle permet d'éviter une laparotomie dans bon nombre de cas. En revanche, l'ANSM a remis l'accent sur la nécessité de ne pas faire de morcellation dès lors qu'il existe un doute sur une pathologie tumorale maligne utérine.

Quand on souhaite “protéger” la morcellation, il est possible de réaliser cette morcellation dans un sac. Soit le sac est étalé dans la cavité abdominale sous le lieu de la morcellation, soit on réalise une véritable “sacoscopie”, c'est-à-dire que l'on introduit un très grand sac dans la cavité abdominale, on place le fibrome à l'intérieur, puis on extériorise le collet du sac à travers le trocart; on retire ce trocart et on réintroduit le trocart dans le sac de façon à insuffler dans

ce dernier, puis on introduit l'optique [9]. On passe ainsi d'une “péritonéoscopie” à une “sacoscopie”. On peut ajouter des trocars à ballonnet latéralement, de façon à utiliser un optique de 5 mm afin de réserver le trocart de 10-15 mm pour le morcellateur.

Jusqu'à présent, aucune étude comparative n'a montré que l'utilisation d'une protection limitait réellement le risque des morcellations (diminution de la dissémination tissulaire, diminution de la prévalence des greffes myomateuse/sarcomateuse). Il est d'ailleurs peu probable qu'une étude réussisse un jour à montrer une réelle différence du fait de la faible prévalence des sarcomes, du caractère multifactoriel de la dissémination (protection du morcellement, technique de morcellement (rotatif ou non) et de la possibilité d'une dissémination lors de la dissection du fibrome, c'est-à-dire avant le morcellement.

Bonnes indications des myomectomies par laparotomie

Compte tenu du risque accru de complications liées à cette voie d'abord (hémorragie, transfusion, complications pariétales, adhérences), elle ne

sera envisagée qu'en dernier recours. Elle peut être indiquée devant un fibrome unique symptomatique (ménométrorragies et/ou douleurs et/ou signes compressifs) de type 3, 4, 5 ou 6 très volumineux (> 7-10 cm) pour lequel la suture du myomètre sera difficile en coelioscopie. Là encore, une bonne indication correspond aux cas où il n'y a pas de pathologie associée, assurant de bonnes chances de succès de la myomectomie sur les symptômes. Pour une femme qui est désireuse d'une future grossesse, il est préférable de faire une suture de bonne qualité en laparotomie plutôt que de faire une suture de qualité douteuse en coelioscopie. L'utilisation d'une “mini” laparotomie (aidée par un écarteur de paroi autostatique type Alexis) permet souvent de faire une myomectomie dans de bonnes conditions, et l'utilisation d'un produit anti-adhérentiel (plaque d'Interceed ou autre) permet de limiter le risque adhérentiel.

Les utérus “hautement” multimyomateux (> 20 fibromes) et/ou ceux ne comportant que d'innombrables petits fibromes de 0,5 à 3 cm ne sont pas des bonnes indications de polymyomectomie par laparotomie. Les récidives de multiples fibromes ne sont également pas de bonnes indications de polymyomectomie. Dans tous ces cas, le risque de persistance des symptômes est majeur ainsi que celui de récidive, et les réinterventions après polymyomectomie sont souvent très difficiles et quasiment toujours incomplètes. Dans tous ces cas défavorables, il faudra préférer des techniques non chirurgicales et/ou une embolisation.

Existe-t-il des bonnes indications de myomectomie pour améliorer la fertilité ou en prévision d'une grossesse ?

En cas de fibrome intracavitaire (type 0 ou 1), il a été montré que la myomec-

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

tomie par hystéroscopie améliore le pronostic de fertilité des patientes (les fibromes sous-muqueux sont également associés à un risque accru de fausse couche, d'accouchement prématuré et d'hémorragie de la délivrance). Il s'agit donc d'une bonne indication.

Concernant les autres types de fibrome, bien qu'aucun élément précis de la littérature n'ait montré d'impact des fibromes interstitiels et sous-séreux sur la fertilité, les recommandations pour la pratique clinique (RPC) du CNGOF de 2011 ont considéré que les fibromes dont la taille était supérieure à 10 cm pouvaient justifier une myomectomie (par laparotomie ou cœlioscopie) en raison des risques potentiels en cours de grossesse (obstacle *prævia*, augmentation de volume dans un tiers des cas, nécrobiose symptomatique).

Conclusion

D'une façon générale, les "bonnes indications" des myomectomies concernent plutôt les fibromes symptomatiques uniques, sans pathologie associée (adénomyose et/ou endométriose par exemple) chez des femmes souhaitant conserver la possibilité d'une grossesse

Bibliographie

1. BAIRD DD, DUNSON DB, HILL MC *et al.* High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol*, 2003;188:100-107.
2. CNGOF. Update of myoma management: guidelines for clinical practice – text of the guidelines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2011;40:953-961.
3. ZIMMERMANN A, BERNUIT D, GERLINGER C *et al.* Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health*, 2012;26:12:16.
4. LEGENDRE G, BRUN JL, FERNANDEZ H. The place of myomectomy in woman of reproductive age. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2011;40:875-884.
5. FAUCONNIER A, CHAPRON C, BABAKI-FARD K *et al.* Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Hum Reprod Update*, 2000;6:595-602.
6. YOO EH, LEE PI, HUH CY *et al.* Predictors of leiomyoma recurrence after laparoscopic myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol*, 2007;14:690-697.
7. MUNRO MG, CRITCHLEY HO, FRASER IS. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril*, 2011;95:204-208, 2208 e1-3.
8. KHO KA, ANDERSON TL, NEZHAT CH. Intra-corporeal electromechanical tissue morcellation: a critical review and recommendations for clinical practice. *Obstet Gynecol*, 2014;124:787-793.
9. COHEN SL, EINARSSON JI, WANG KC *et al.* Contained power morcellation within an insufflated isolation bag. *Obstet Gynecol*, 2014;124:491-497.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.