

Issue de la grossesse sur utérus myomateux au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Ignace Deen du centre hospitalier universitaire de Conakry, Guinée
Outcome of pregnancy in myomatous uterus in the gynecology-obstetrics department of the Ignace Deen hospital of the conakry university hospital center, Guinea

Conté I¹, Bah EM², Soumah AF M¹, Diallo BA², Sylla O¹, Sylla I¹, Diallo A¹, Sy T¹

1- Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital National Ignace Deen du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée.

2- Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée,

Correspondances : Dr Conté Ibrahima, Maître-Assistant, Chaire de Gynécologie obstétrique, Faculté de Sciences et Techniques de la santé Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée Email : conteib1976@gmail.com. Tel : + 224 628 34 13 34

RESUME

L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact du myome sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Patientes et méthodes : il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à recrutement prospectif d'une période de 6 mois allant du 6 Septembre 2022 au 05 Mars 2023 réalisée au service de gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Ignace Deen. Elle concernait les gestantes porteuses de myomes utérins et qui avaient accepté de participer à l'étude.

Résultats : la fréquence de grossesse sur utérus myomateux était de 5,58%. La moyenne d'âge des gestantes était de 28 ans avec des extrêmes de 21 et 40 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-35 ans. Près de 70% (69,86%) des cas de fibromes associés à la grossesse ont été découverts terme à l'échographie. La localisation des myomes était interstitielle dans 47,95 % des cas. Les fibromes de tailles moyennes (6 – 10) cm dominaient notre série (53,42 % des cas). Parmi les colligés (146), 72% ont accouché dans le service dont 77,78% par césarienne. L'indication de césarienne Les présentations dystociques (54,76%) était l'indication majeure dans plus de la moitié des cas. Plus de 70% des gestantes avaient accouché sans complications. Ces dernières étaient dominées chez la mère par les fausses couches (20,93%) et accouchement prématuré (16,27 %). L'asphyxie fœtale (4,65%) et retard de croissance intra-utérin (4,65%) chez le fœtus. L'étude rapporte un lien significatif entre la taille, le siège et la survenue des complications obstétricales (P value : 0,034 ; 0,009).

Conclusion : l'association fibrome et grossesse est une entité fréquente et constitue un risque élevé pour la mère et le fœtus. La morbidité était en rapport avec la localisation du myome et évolue en fonction du terme de la grossesse. Pour une issue heureuse de la grossesse, il est essentiel que les gestantes soient conscientes de l'importance du suivi prénatal en vue d'une détection précoce et une prise en charge adéquate d'éventuelles complications.

Mots clés : issue, myome, grossesse, Ignace Deen, Guinée

SUMMARY

The aim of this study was to analyse the impact of myoma on pregnancy, childbirth and the post-partum period.

Methods: this was a prospective descriptive and analytical study conducted over a 6-month period from 6 September 2022 to 5 March 2023 in the gynaecology and obstetrics department of Ignace Deen Hospital. It concerned pregnant women with uterine myomas who had agreed to take part in the study.

Results: the frequency of pregnancy in a myomatous uterus was 5.58%. The average age of the pregnant women was 28, with extremes of 21 and 40. The most common age group was 31-35. Nearly 70% (69.86%) of the cases of fibroids associated with pregnancy were discovered by ultrasound.

The location of the myomas was interstitial in 47.95% of cases. Medium-sized fibroids (6-10 cm) dominated our series (53.42% of cases). Of the 146 cases collected, 72% gave birth in the department, 77.78% by caesarean section. The indication for caesarean section Dystocic presentations (54.76%) were the major indication in more than half the cases. Over 70% of pregnant women gave birth without complications. These were dominated in the mother by miscarriage (20.93%) and premature delivery (16.27%). Fetal asphyxia (4.65%) and intrauterine growth retardation (4.65%) in the fetus. The study reported a significant association between size, location and the occurrence of obstetric complications (P value: 0.034; 0.009).

Conclusion: the association of fibroma and pregnancy is a frequent entity and constitutes a high risk for the mother and the foetus. Morbidity is related to the location of the myoma and changes according to the term of the pregnancy. If pregnancy is to have a successful outcome, it is essential that pregnant women are aware of the importance of antenatal monitoring, with a view to early detection and appropriate management of any complications.

INTRODUCTION

Le fibrome utérin, tumeur bénigne se développant aux dépens de l'utérus est très fréquent chez la femme en âge de procréer. Sa prévalence dans la population générale est comprise entre 20 et 50 % des femmes en âge de procréer [1,2]. Il est souvent associé à la grossesse [3]. La fréquence de cette association est comprise entre 3 et 13% pour Kltsky PC et al. [4] et de 0,5 à 4% pour Osman A et al. [3]. Leur découverte dans ce contexte est d'autant plus fréquente que l'âge des patientes lors de la première grossesse augmente et que le nombre moyen d'échographies réalisées en cours de grossesse croît depuis 20 ans [5].

Le fibrome peut être source de complications obstétricales à toutes les étapes de la grossesse. En effet, il peut avoir des conséquences sur la fertilité ou encore compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum [6]. Ces complications sont constituées essentiellement de fausses couches spontanées, des troubles de la placentation comme le placenta praevia et l'hématome retro placentaire, les accouchements prématurés, les présentations dystociques [7]. Cela s'expliquerait par des difficultés tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Le suivi prénatal correct reste primordial pour non seulement prévenir les complications au cours de la grossesse et pour une meilleure prise en charge. L'objectif de cette étude était d'évaluer dans notre contexte de travail, l'impact du myome sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

METHODES

Type et période d'étude : il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à recrutement prospectif d'une période de 6 mois allant du 6 Septembre 2022 au 05 Mars 2023 réalisée au service de

gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Ignace Deen.

Population de l'étude : l'étude a porté sur toutes les gestantes porteuses de myomes utérins admises au service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Ignace Deen durant la période d'étude.

Critères de sélection : elle concernait les gestantes porteuses de myomes utérins quel que soit l'âge gestationnel et la parité, admises au service pour prestation et qui avaient accepté de participer à l'étude. Etaient exclues, toutes les gestantes porteuses de myomes utérins et qui n'avaient pas accepter de participer à l'étude, celles perdues de vue et non suivies dans le service. Nous avons procédé à un recensement exhaustif de tous les cas répondant au critère d'inclusion. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Collecte, saisie et analyse des données : les données ont été collectées à l'aide de la fiche d'enquête préétablie et prétestée. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes ont été renseignées lors d'un entretien. Les informations médicales relatives à la grossesse à l'accouchement et au post-partum ont été collectées à partir du dossier médical de la femme.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 22. Les calculs avaient porté sur la moyenne, l'écart type et les extrêmes pour les variables quantitatives. Tandis que celles qualitatives, ils ont porté sur les effectifs et les proportions. La valeur de p inférieure à 5% avec un intervalle de confiance à 95% a été retenue comme seuil de signification.

Le logiciel zotero nous a permis faire la présentation des références bibliographique dans le style Vancouver.

Considérations éthiques : avant d'entamer l'étude, nous avons obtenu l'autorisation nécessaire du chef

de notre département. Les principes éthiques ont été strictement respecté par l'obtention du consentement éclairé, le garanti de l'anonymat et la confidentialité de toutes les données individuelles.

RESULTATS

Fréquence : sur 2617 femmes enceintes reçues en consultation et ou pour accouchement, 146 étaient porteuses de myomes soit une incidence de 5,58%.

Tableau I : Répartition des gestantes selon l'âge maternel

Tranches d'âge	Effectif (n= 146)	%
21-25	9	6,16
26-30	25	17,12
31-35	60	41,10
36-40	52	35,62

La moyenne d'âge est de 38 ans avec des extrêmes de 21 et 40 ans et la tranche d'âge de 31-35 ans était la plus représentée.

Tableau II : circonstances de diagnostic, Terme de la grossesse, Localisation et taille des myomes

Circonstances de diagnostic	Effectif (n= 146)	%
Echographie au cours des CPN	102	69,86
Métrorragies	6	4,11
Utérus augmenté de taille par rapport au terme	11	7,54
Per partum	22	15,07
Terme de la grossesse	Effectif (n= 146)	%
1er trimestre	18	12,33
2ème trimestre	26	17,81
3ème trimestre	102	69,86
Localisation	Effectif (n= 146)	%
Corporéale	114	78,08
Sous séreuse	35	23,97
Intra murale	70	47,95
Sous muqueuse	9	6,17
Segmentaire/Isthmique	32	21,92
Sous séreuse	21	14,38
Intra murale	5	3,42
Sous muqueuse	6	4,11
Taille des myomes	Effectif (n= 146)	%
1-5 cm	61	41,78
6-10 cm	78	53,42
11 et plus	7	4,80

Plus de 2/3 (69,86%) des cas de fibromes associés à la grossesse ont été découverts lors des échographies réalisées au cours du suivi prénatal contre seulement 15,07% des cas en per partum essentiellement en per césarienne. Lors du diagnostic, 69,86% des grossesses étaient à terme.

Près des 4/5 des noyaux diagnostiqués au cours de l'étude était corporéale soit 78,08 % dont 47,95 % de ces noyaux étaient interstitiels, contre seulement 3,42 % de la même tunique au niveau du segment inférieur. Les fibromes de tailles moyennes (6 – 10) cm dominaient notre série soit 53,42 % des cas (tableau II).

Tableau III : Voie d'accouchement et indications de césarienne, Issue de la grossesse et complications pendant la grossesse l'accouchement et le post partum immédiat

Voie d'accouchement	Effectif (n= 108)	100
Voie basse	24	22,22
Césarienne	84	77,78
Indication de césarienne	Effectif (n= 84)	%
Présentations dystociques	46	54,76
Utérus cicatriciel	20	23,81
Myome prævia	9	10,72
Asphyxie fœtale	5	5,95
Placenta prævia	4	4,76
Issue de la grossesse	Effectif (n= 146)	%
Favorable	103	70,55
Défavorable	43	29,45
Complications	Effectif (n= 43)	%
Maternelles	31	72,10
Fausse couche spontanée	9	20,93
Menace d'accouchement prématuré	11	25,58
Hématome retro-placentaire	1	2,32
Placenta prævia	4	9,30
Nécrobiose aseptique	2	4,65
Hémorragie de la délivrance	4	9,30
Fœtales	12	27,90
Prématurité	7	16,27
Asphyxie fœtale	2	4,65
Retard de croissances intra-utérin	2	4,65
Mort fœtale in utero	1	2,32

Sur 146 patientes colligées, 106 ont accouché à dans le service dont 2 cas de grossesse gémellaire. Sur les 84 (77,78%) patientes ayant accouché par césarienne, l'indication de césarienne était posée pour présentations dystociques dans plus de la moitié (54,76%) des cas, 21,81% des cas pour utérus cicatriciel et le reste pour myome prævia (10,72%), asphyxie fœtale (5,95%), placenta prævia (4,76%). Parmi les 146 femmes, 103 ont mené leur grossesse à terme et ont accouché sans complications soit 70,55%. Chez la mère, les complications se sont résumées en fausses couches (20,93%), menace d'accouchement prématuré (25,58%), placenta prævia (9,30%), hémorragie de la délivrance (9,30%). Chez le fœtus, il s'agissait de prématurité (16,27%), asphyxie fœtale (4,65%), retard de croissance intra-utérin (4,65%) et mort fœtale intra-

utérine (2,32%) (**Tableau III**).

Tableau VI : Lien entre le siège, la taille des myomes et la survenue des complications

Siège, taille des myomes et survenue de complications	Favorable n	Favorable %	Défavorable n	Défavorable %	P value
Siège myome					
Corps-sous séreux	138	47,26	78	26,71	0,009
Corps-intramural	173	59,24	113	38,69	
Corps-sous muqueux	112	38,35	52	17,8	
Segment-sous séreux	124	42,46	64	21,91	
Segment-intramural	108	36,92	48	16,43	
Segment-sous muqueux	106	36,30	46	15,75	
Taille myome					
1 - 5	164	56,16	104	35,61	0,034
6 - 10	181	61,98	112	38,35	
11 et plus	110	37,67	50	17,12	

Notre étude rapporte un lien significatif entre la taille, le siège et la survenue des complications obstétricales (p value : 0,034 ; 0,009).

DISCUSSION

Dans cette série, la fréquence de l'association fibrome et grossesse (5, 58%), paraît un peu plus élevée que celle rapportée par Lopes S. et al [8], en 2014 (3,87%). Cette différence s'expliquerait par le fait que les cas rapportés dans leur étude sont essentiellement ceux de fibromes symptomatiques, alors que dans la présente, il y a eu un diagnostic échographique et ou per césarienne systématique de toutes les gestantes. L'âge moyen des gestantes était de 28 ans avec des extrêmes de 21 et 40 ans. La tranche d'âge de 31-35 ans était la plus représentée. Ce résultat était comparable à celui de Massoud en Algérie avec une moyenne de 33 ans [10]. L'échantillon était donc constitué des gestantes relativement jeunes, comme l'ont aussi conclu Zeghal D et al en Tunisie [6], Tchente N C et al au Cameroun [9] avec des âges moyens respectifs de 32 et 31 ans. Geum Seon Sohn trouvait que plus on se rapprochait de la ménopause plus les myomes devenaient fréquents [11]. Plus de 2/3 (69,86%) des cas de fibromes associés à la grossesse ont été découverts à l'échographie au cours du suivi prénatal contre seulement 15,07% en per césarienne. Lors du diagnostic, 69,86% des gestantes étaient à terme. Parmi les progrès récents, l'échographie a permis d'objectiver les fibromes et d'en préciser la prévalence. De ce 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 [12]. Près des 4/5 des noyaux diagnostiqués au cours de l'étude était corporéale soit 78,08 % dont 47,95 % de ces noyaux étaient interstitiels, contre seulement 3,42 % de la même tunique au niveau du segment inférieur. L'étude a noté une fréquence élevée de myomes corporéaux, comme l'ont d'ailleurs montré N'Gbesso et al [13] en 2003. Ce sont, dans la majorité des cas, des myomes interstitiels. Ce constat a été également rapporté par Zeghal D et al [6] qui avaient retrouvé 68% de localisation interstitielle principalement corporéale. Les fibromes de tailles moyennes (6 – 10) cm dominaient notre série soit 53,42 % des cas. F Levast [5] avait noté que 80% de myome était de taille moyenne. La césarienne était le mode d'accouchement le plus fréquent au cours de notre étude (77,78%), résultat largement inférieur à celui retrouvé par Atef B et al. [14] qui avaient noté 47,8 % de césarienne. Pour Klatsky PC et al[4], le taux de césarienne augmenterait en fonction de l'importance des myomes et de leur localisation. Dans cette étude, la principale indication de césarienne était les présentations dystociques (54,76%) suivie d'utérus cicatriciel pour 21,81% des cas. Ces résultats s'expliqueraient par la survenue au cours de la grossesse des présentations irrégulières, une insertion vicieuse du placenta ou au cours de l'accouchement des dystociques dynamique et une asphyxie fœtale. Les complications chez la mère étaient dominées par les fausses couches pour 20,93% de cas. Ce résultat est similaire à celui de **Sagoo B et al** [15], qui ont noté 21,8% de fausses couches. La fréquence des fausses couches varie dans la littérature de 4 à 18 %. En fait, ce chiffre est habituellement donné comme risque de fausse couche au cours des grossesses normales ; 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 [16]. Le taux de menace d'accouchement prématuré (25,58%) rapportée dans la série était supérieur à celui trouvé par **Levast F** et al [5] qui ont rapporté

17,02 %. Il a été noté 4 cas d'hémorragie de la délivrance soit 9,30% des complications. Walker WJ [12] en a rapporté 7,3 % chez des femmes porteuses d'un fibrome contre 1,8 % pour la population témoin. La complication la plus fréquente lors de l'accouchement chez les patientes porteuses de myomes est l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine (2,5 versus 1,4%) [17]. Zeghal D. et al. [6] ont rapporté que 25% soit 21 cas d'accouchement s'étaient compliqués d'hémorragie de la délivrance dont 9 par voie basse et 12 par césarienne. La survenue de ces hémorragies pourrait s'expliquer par les difficultés de rétraction et d'involution utérine liées au fibrome. Le taux d'accouchement prématuré (16,27 %) était supérieur à celui de Tchente [9] (8,5 %) et approche de Aharoni (17 %) [18]. Dans la série, l'asphyxie fœtale a été rapporté dans 4,65% des cas, le retard de croissance intra-utérin dans 4,65% et mort fœtale intra-utérine dans 2,32% des cas. L'étude de Aydeniz B [19], a montré que les fibromes sous-muqueux en regard de l'insertion placentaire augmentent le risque de retard de croissance intra-utérin retard de croissance intra-utérin (14 % versus 6,6 %) et d'hématome rétro placentaire (3,2 % versus 1,3 %). Les données de la littérature soulignent que certaines localisations et l'importance du volume des fibromes sont des facteurs impliqués dans la survenue d'un certain nombre de complications durant la grossesse, l'accouchement et le post partum [20]. L'étude a rapporté un lien significatif entre la taille, le siège et la survenue des complications obstétricales (P value : 0,034 ; 0,009).

CONCLUSION

L'association fibrome et grossesse est une entité fréquente et constitue un risque élevé pour la mère et le fœtus. Elle a été découverte plus fréquemment chez les sujets relativement jeunes, principalement au cours du suivi prénatal. Sa morbidité était en rapport avec la localisation des noyaux et le terme de la grossesse. Une découverte précoce du diagnostic et un suivi prénatal régulier de celles qui en sont porteuses constituent les attitudes essentielles qui permettraient de détecter précocement les complications et assurer leur prise

en charge. Ce qui conduira à la réduction de la morbidité materno-fœtale lieu à cette association. Dans ce processus, l'échographie a une place de choix dans cette démarche.

REFERENCES

- Kahn V, Pelage JP, Marret H.** Embolisation dans le traitement des myomes. Presse Médicale. 2013 ;42(7-8):1127–1132.
- Derrien J, Lucot JP, Panel P, Pelage JP, Giraudeau G, De Jesus I, et al.** Actualisation de la prise en charge des myomes : recommandations pour la pratique clinique—Texte des recommandations. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2011 ;40:953–961.
- Ali O, Ibrahim A, Kassidi F, Babahabib A, Kouach J, Moussaoui D, et al.** Myome praevia sur grossesse menée à terme : A propos d'un cas et revue de la littérature. Int J Innov Appl Stud. 2015 ;11(2):303-306.
- Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY.** Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. Am J Obstet Gynecol 2008 ;198 :357–66.
- Levast F, Legendre G, Bouet PE, Sentilhes L.** : Prise en charge des myomes utérins durant la grossesse Management of uterine myomas during pregnancy Gynécologie Obstétrique & Fertilité 44 (2016) 350–354.
- Zeghal D, Ayachi A, Mahjoub S, Boulahya G, Zakraoui A, Ben Hmid R, et al.** Fibrome et grossesse : les complications. Tunis Médicale. 2012 ;90(4):286–90.
- Aalalou H, Saoud MK, Mamouni N, Errarhay S, Bouchikhi C, Abdelaziz B.** Myome utérin praevia sur grossesse à terme : à propos d'un cas et revue de la littérature. Int J Med Rev Case Rep. 2021 ; 5 (6) : 5 9 – 6 1 . d o i : [10.5455/IJMRCR.myome-172-1606753127](https://doi.org/10.5455/IJMRCR.myome-172-1606753127)
- Lopes P, Thibaud S, Simonnet R, Boudineau M.** Fibrome et grossesse : quels sont les risques ? : Recommendations pour la pratique clinique : Prise en charge des fibromes utérins Cedex.J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ;28(7):772-777.
- Tchente Nguefack C, Foguing A. D, Tejiokem MC.** Evolution de la grossesse sur un utérus fibromyomateux chez un groupe de femmes camerounaises, J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 2009, 38(6):493-99.
- Bénilde Marie-Ange Tiemtoré-Kambou, Adama Baguiya et al.** Myome, découverte fortuite

- ou métrorragie : qui dit mieux ? Pan African Medical Journal. 2021 ;38(388).
11. **Sohn GS, Cho S, Kim YM, Cho C-H, Kim M-R, Lee SR et al.** Current medical treatment of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Sci.* 2018 ;6(2): 192-201.
12. **Walker WJ, McDowell SJ.** Pregnancy after uterine artery embolization for lyomyomata: a series of 56 completed pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2006 ;195 :1266-71.
13. **N'Gbesso R. D, N'Goan N, Coulibali A, Mushi M.** Apport de l'échographie, « masses utérines, vaginales et pelviennes chez la femme noire », Cahier de Santé, 2003 :145-150.
14. **Atef B, Aissia M.** Association fibrome utérin et grossesse : à propos de 23cas.La Tunisie Médicale,2005,83 :112-115.17-ELSEVIER MASSON Tuméfaction pelvienne chez la femme
15. **Sagoo B, Ng KYB, Ghaleb G, Brown H.** Spontaneous expulsion of intramural fibroid six weeks after emergency caesarean section. *Case Rep Obstet Gynecol.* (2015) 5: 64-70.
16. **A Chauveaud-Lambling, H. Fernandez.** Fibrome et grossesse EMC-Gynécologie Obstétrique 1 (2004) 1 (3) 127-135.
17. **Hayat Aalalou Mohammed Karam Saoud, Nisrine Mamouni, Sanaa Errarhay, Chahrazad Bouchikhi and Banani Abdelaziz.** Myome utérin prævia sur grossesse à terme: à propos d'un cas et revue de la littérature. *International Journal of Medical Reviews and Case Reports* (2021) 5(6):59-61
18. **Adisso S, Hounsossou H, Alle I, Adisso E, Takpara I, Alilonou E.** Quelle issue pour la grossesse jeune dans un uterus Myomateux ? *Journal de la société de biologie clinique du bénin*, 2014 ; n° 021 ; 13-17.
19. **Aydeniz B, Wallwiener D, Kocer C, Grischke EM, Diel IJ, Sohn 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 : 154-8.
20. **Legendre G, Fernandez H.** Actualisation de la prise en charge des myomes. *Lett Gynécologue.* 2012 ;370 :26-8.