

## Myomectomie de nécessité au cours de la césarienne à propos de 16 cas au CHU de Cocody et revue de la littérature

*Myomectomy of necessity at the caesarean section about 16 cases at the teaching hospital of Cocody and literature review*

Kakou C, Kassé R, Labodjiro L, Konan J, Boni S.

Service de gynécologie-obstétrique – Pôle gynéco-obstétrique et pédiatrique CHU de Cocody ; BPV 13 Abidjan (Côte d'Ivoire)

**Correspondances :** Docteur KAKOU Charles, Maître de Conférence Agrégé (MCA), département de la santé de la mère et de l'enfant de l'UFR des sciences médicales Abidjan ; Service de gynécologie-obstétrique – Pôle gynéco-obstétrique et pédiatrique CHU de Cocody ; BPV 13 Abidjan (Côte d'Ivoire). **Téléphone :** +2250103753563 **Email :** kakoucharles@yahoo.fr

### RESUME

**Contexte :** Peu d'études sur la myomectomie de nécessité au cours de la césarienne au CHU de Cocody.

**Objectifs :** Rapporter notre expérience et souligner les conditions de faisabilité de la myomectomie de nécessité au cours de la césarienne.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive. Elle s'est déroulée à la maternité du CHU de Cocody. La période concernée par le recrutement de dossiers étudiés est de 3 ans, du 1er Janvier 2015 au 31 décembre 2017.

**Résultats :** Nous avons enregistré 16 dossiers de patientes qui ont bénéficié d'une myomectomie au cours d'un accouchement par césarienne sur 5695 césariennes soit environ 0,3%. La moyenne d'âge des patientes était de 32 ans avec une gestité moyenne de 2 et une parité moyenne de un (1). Les nullipares étaient prédominantes (56,25%). Le diagnostic de fibromes utérins était majoritairement fait pendant la grossesse (87%). La myomectomie a porté à 81,25% sur les myomes localisés au segment inférieur de l'utérus gravide. La myomectomie a été décidée en peropératoire devant les difficultés à extraire le fœtus ou à réaliser l'hystérorraphie. Des difficultés d'hémostase caractérisées par des difficultés de l'hystérorraphie sont survenues dans 68,75% des cas. Aucune complication post-opératoire immédiate et tardive n'a été rapportée. La durée moyenne d'hospitalisation était de trois jours. Aucun décès maternel n'a été constaté.

**Conclusion :** La myomectomie pendant la césarienne peut être réalisée mais doit rester exceptionnellement. Une étude prospective portant sur de grandes séries doivent être entreprises pour des résultats plus solides.

**Mots clés :** Fibrome utérin, césarienne, myomectomie, pronostic

### SUMMARY

**Background:** Not enough studies about the absolute necessity of myomectomy during c-section at the CHU de Cocody.

**Objectives:** To report our experience and highlight the feasibility conditions of necessity myomectomy during the c-section.

**Method:** It's a retrospective descriptive study. It took place at the maternity of teaching hospital of Cocody over a period of 3 years from January 1, 2015 to December 31, 2017.

**Results:** We recorded 16 patients who underwent myomectomy during caesarean section delivery of 5695 c-sections, ie approximately 0.3%. Patients were 32 years old ago, average with gravida two and parity one. Nulliparous were predominant (56.25%). The diagnosis of uterine fibroids was mainly made during pregnancy (87%). It was mostly located on the inferior segment of gravid uterus (81.25%). The myomectomy was decided in the intra operative time, because of difficulties concerning the fetal extraction or the hysterorrhaphy. Hemostasis difficulties were observed in 68.75% of cases. No immediate and late postoperative complications have been reported. The length of hospital stay was three days in average. No maternal deaths were found.

**Conclusion:** Myomectomy during cesarean section should be performed exceptionally and for specific indications

**Key words:** Uterine fibroids, caesarean section, myomectomy of necessity, prognosis

## INTRODUCTION

Le fibrome utérin ou myome utérin est la tumeur pelvienne bénigne féminine la plus fréquente avec une prévalence en population générale comprise entre 20 et 50% des femmes en âge de procréer [1]. Au cours de la grossesse, la fréquence des fibromes est estimée entre 1,6% et 13% [1,2]. De nombreuses sociétés savantes reconnaissent un taux plus accru de complications obstétricales en cas de myomes mais ne recommandent pas pour autant la pratique d'une myomectomie pendant la grossesse ni lors de la césarienne, sauf si celle-ci est nécessaire ou justifiée [1]. Cette attitude reste controversée par de nombreuses études actuelles [3]. Au CHU de Cocody, il n'existe pas d'étude menée sur des cas de myomectomie pendant la césarienne. Nous avons recensé une série de myomectomie-césarienne avec pour objectif de rapporter notre expérience et souligner les conditions de la faisabilité.

## METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive. Elle s'est déroulée au service de gynécologie et obstétrique du CHU de Cocody. La période concernée par l'étude était du 1er Janvier 2015 au 31 décembre 2017 soit 3 ans. L'étude a concerné les dossiers de femmes enceintes ayant bénéficié d'une myomectomie au cours de la césarienne. Elles étaient au nombre de 16. Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers de grossesse mono-fœtale à terme de patiente non en travail porteuse d'un utérus myomateux et chez qui une myomectomie avait été réalisée en cours de césarienne. Les cas de myomectomie retenus étaient ceux décidés en per opératoire et portant sur les fibromes localisés au segment inférieur de l'utérus grévide, empêchant l'extraction du fœtus après l'hystérotomie segmentaire ou gênant la suture de l'utérus après l'extraction du fœtus. Les myomectomies de complaisance et celles non précisées dans le compte rendu opératoire n'ont pas été retenues pour l'étude. Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques des patientes, les données liées aux fibromes utérins, les données per opératoires et les complications per et post opératoires (hémorragie, anémie, décès).

## RESULTATS

### Épidémiologie

Au cours de la période d'étude, 16 patientes ont bénéficié d'une myomectomie pendant la césarienne sur 5695 césariennes, soit 0,3%. La

majorité des femmes (68,7%), avait entre 24 et 35 ans pour une moyenne d'âge de 32ans. Il s'agissait dans la moitié des cas de paucigestes (50%) et de nullipares (56,25%) (Voir Tableau 1).

**Tableau 1** : Répartition des patientes selon les données épidémiologiques

Données épidémiologiques		Effectifs	%
Tranche d'âge (années)	25-30	6	37,50
	31-35	5	31,25
	36-40	4	25,00
	41-45	1	6,25
Gestité	Primigeste	5	31,25
	Paucigeste	8	50,00
	Multigeste	3	18,75
Parité	Nullipare	9	56,25
	Primipare	6	37,50
	Paucipare	1	6,25
Total		16	100,00

### Données liées aux fibromes utérins

La majorité des fibromes utérins avait été diagnostiqué pendant la surveillance prénatale (87,50 %). Dans 81,25% des cas il s'agissait d'une localisation segmentaire qui rendait difficile la réalisation de l'hystérorraphie (68,75%). (Voir Tableau 2).

**Tableau 2** : Répartition des patientes selon les données du fibrome

Données en rapport avec les fibromes utérins		Effectifs	%
Localisation	Praevia	13	81,25
	Non praevia	3	18,75
Indication de myomectomie	Difficulté d'extraction fœtale après l'hystérotomie	2	12,50
	Difficulté de l'hystérorraphie	11	68,75
	Pédiculé en torsion	3	18,75
Total		16	100,00

### Complications

Deux (2) cas de complications per-opératoires ont été relevés. Il s'agissait des hémorragies per-opératoires. Les pertes sanguines étaient supérieures à 500ml mais restaient inférieures à un litre (1L) pour la plupart des patientes (93,75%). Deux patientes (25,50%) ont bénéficié d'une transfusion sanguine après l'intervention pour anémie post opératoire. Nous n'avons pas relevé de complications dans le post opératoire immédiat et tardive. La durée d'hospitalisation était de 3 jours pour la majorité des patientes soit 62,50%. Il n'a pas été constaté de décès maternel.

## DISCUSSION

### Epidémiologie

La prévalence des myomes en population générale est comprise entre 20 et 50% des femmes en âge de procréer [1]. Dans notre étude, nous avons retrouvé que 68% avaient entre 24-35ans. Il s'agissait de paucigeste et de nullipare. Les complications de fibrome au cours de la parturition sont le plus souvent les dystocies dynamiques, les présentations vicieuses et les hémorragies du post partum [4].

### Données liées aux fibromes utérins

La plupart des fibromes avait une localisation prævia soit 81,21%. Les fibromes rencontrés lors de la césarienne peuvent poser des difficultés thérapeutiques chirurgicales. La myomectomie pendant la césarienne est resté un sujet de controverse. opposant deux groupes, un favorable à son application et l'autre du faite des nombreuses complications [4]. Certains fibromes segmentaires peuvent gêner l'exposition du segment inférieur. La patiente doit être mise en position gynécologique lors de la césarienne. Cette position facilite l'accès à la filière génitale, permettant à un assistant du chirurgien de refouler la présentation fœtale par voie vaginale en cas de difficultés lors de l'extraction. L'incision chirurgicale de la paroi abdominale actuellement recommandée lors des césariennes est une incision transversale, classiquement située à 3cm sous la ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures [5]. Cette incision permet une bonne exposition du segment inférieur. Cependant, en cas de volumineux fibrome prævia, l'exposition qu'elle apporte est alors limitée. L'accès aux parties corporeales et fundiques d'un utérus grévise à terme dont le volume est encore augmenté par de nombreux et/ou volumineux fibromes peut s'avérer délicat. Dans ces situations rares, une incision complémentaire des muscles grands droits dans les incisions transversales ou un autre type d'incision, la laparotomie médiane sous-ombilicale pourrait permettre une meilleure exposition [5]. En cas de volumineux fibrome prævia il nous semble logique d'éviter de réaliser l'hystérotomie au travers du fibrome pouvant provoquer un saignement abondant difficilement contrôlable [6]. Concernant la réalisation d'une myomectomie première, Seyhmus et al [7], l'avaient pratiquée en cas de volumineux fibromes développés au regard du segment inférieur pour permettre l'extraction fœtale. Les indications de myomectomie pendant la césarienne dans 68,75% dans notre cas étaient dues à une impossibilité pour le chirurgien de réaliser

son hystérorraphie. Nous avons rapporté un cas similaire de myomectomie première réalisée au CHU de Cocody (Kakou et al. [8]). Au regard de la littérature, il ne devrait s'agir que d'un acte chirurgical exceptionnel. Des indications de myomectomie au cours de la césarienne ont été décrites. Elles ont concerné des fibromes siégeant sur le segment inférieur, des fibromes siégeant en dehors du segment inférieur mais présentant une position sous-séreuse avec risque de torsion [9]. Pour le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français concernant les recommandations de 2011 cité par Levast et al [1], un myome prævia, occupant toute la hauteur et ou la largeur du segment inférieur de l'utérus peut être considéré comme une indication de myomectomie de nécessité au cours de la césarienne. A contrario, pour certains auteurs, tout type de fibrome utérin quel que soit la localisation peut constituer une indication de myomectomie au cours de la césarienne. En effet, des myomectomies au cours de la césarienne ont été réalisées concernant des myomes sous muqueux dans 3,7%, des myomes intra-muraux dans 32,7%, des myomes sous-séreux non pédiculés dans 46,9% et des myomes sous-séreux pédiculés dans 12,2% [10]. La myomectomie au cours de la césarienne a pour avantage d'éviter une deuxième intervention pour fibrome [7]. Elle diminuerait les complications associées aux fibromes lors des grossesses ultérieures. Elle augmenterait également les chances d'accouchement par voie vaginale lors des grossesses ultérieures lorsque le fibrome est retiré du segment inférieur de l'utérus [7]. Chez deux patientes soit 12,50%, on a noté les difficultés à l'extraction du fœtus avec un cas de fracture obstétricale du nouveau-né siégeant aux deux os de la jambe droite.

### Complications chirurgicales

Le principal danger de la myomectomie au cours de la césarienne reste le risque d'hémorragie per opératoire. Concernant ce risque hémorragique, on remarque que dans la littérature les avis sont divergents entre ceux qui affirment que ce risque est négligeable et ceux qui notent que ce risque est accru. Burton et al. [11] ont rapporté 13 cas de myomectomie pendant la césarienne. Dans cette étude, un seul cas était compliqué par une hémorragie per opératoire. Ils ont conclu que la myomectomie pendant la césarienne peut être sûre chez des patientes soigneusement sélectionnées. Rosati et al. [10] avaient constaté 9 cas, trois ont eu de graves hémorragies ayant nécessité une hystérectomie. Kwawukume et al [12] notaient 12 cas avec aucune complication. Les pertes sanguines moyennes rapportées étaient estimées à 571,88 ml et 12,5% des

opérées ont bénéficié d'une transfusion sanguine en post opératoire. Dans notre série limitée, nous avons rapporté, deux cas d'hémorragie en per opératoire n'ayant pas nécessité des gestes de ligature vasculaire ou d'hystérectomie d'hémostase. Seyhmus et al en 2021 [7] dans leur étude comparant 100 patientes ayant bénéficié d'une myomectomie au cours de la césarienne contre 99 n'ayant pas bénéficié avaient conclu à une différence entre le temps opératoire, la durée d'hospitalisation et le taux d'hémoglobine. Par contre ils n'avaient pas réalisé d'hystérectomie, de reprise opératoire ni de transfusion massive dans les deux groupes. Pour notre part, nous pensons comme ces auteurs que la myomectomie au cours de la césarienne peut être sûre chez des patientes soigneusement sélectionnées. En effet Kanthi et al. [13] relataient dans leur étude que les contractions utérines pendant l'accouchement réduiraient les pertes sanguines. Ainsi une myomectomie sur un seul myome entraînait les mêmes pertes sanguines que dans une myomectomie en dehors de la césarienne.

Pour le risque d'hémorragie du post-partum immédiat, il serait augmenté en cas d'utérus polymyomateux. Pour Zhao et al [14], le risque d'hémorragie était d'autant plus important que la myomectomie était pratiquée sur un volumineux myome de plus de 5 cm avec un fœtus pesant plus de 4000 g. Il est donc nécessaire de prévenir la patiente de ce risque ainsi que le risque d'hystérectomie d'hémostase en cas de saignement non contrôlé. Li et al. [15] préconisaient la réalisation d'une ligature bilatérale des artères utérines permettant de diminuer l'incidence des hémorragies du post-partum immédiat sans compromettre la fertilité future. Liu et al. [16] recommandaient la réalisation systématique d'une ligature des artères utérines après fermeture de l'hystérotomie et avant la réalisation de la myomectomie. Par contre Seyhmus et al [7] n'avaient pas réalisé de méthode hémostatique (technique de tourniquet, d'administration d'uterotonique, de ligature vasculaire) et avaient rapporté des pertes sanguines minimales. La variation du taux d'hémoglobine en pré et post opératoires n'était pas significative. Elle était de 1g/dl en moyenne. La plus grande étude réalisée par Li et al. [15] comprenant 1242 femmes qui ont bénéficié d'une myomectomie pendant la césarienne. Ils n'ont trouvé aucune différence significative entre la variation du taux d'hémoglobine et la durée d'hospitalisation entre le groupe d'étude et les patientes qui auraient

bénéficié d'une césarienne sans myomectomie. Dans une méta analyse menée par Song et al en 2013 [2], ils ne mentionnaient pas de variation importante du taux d'hémoglobine entre le groupe césarienne avec myomectomie et césarienne sans myomectomie. Cette variation était de 0,3g/dL d'hémoglobine. Afin de minimiser les saignements pendant les myomectomies césariennes, dans la littérature il a été décrit un système temporaire de garrot aux artères utérines connues sous le nom de technique de tourniquet [17]. Cependant, il a été recommandé de choisir rigoureusement les patientes qui pourraient bénéficier de ce type d'intervention, sans préciser les critères de sélection. La durée moyenne du séjour de nos patientes était de trois (3) jours. Nous n'avons pas noté de complications dans le post-partum immédiat et tardive au cours de notre étude. Dans le post-partum, il semblerait exister une nette augmentation des risques infectieux et thromboemboliques chez les patientes porteuses de fibromes [10].

## CONCLUSION

La myomectomie pendant la césarienne doit être exceptionnellement réalisée. Cependant en cas de difficulté à l'extraction et/ou de gêne à l'hystérorraphie, elle apparaît nécessaire. Toutes patientes porteuses d'un myome sur grossesse devraient être informées de cette possibilité et des complications éventuelles.

## REFERENCES

1. **Levast F, Legendre G, Bouet P-E, Sentilhes L.** Prise en charge des myomes durant la grossesse. *Gynécologie obstétrique et fertilité* 2016 , 44(6) : 350-4
2. **Song D, Zhang W, Chames MC, Guo J.** Myomectomy during cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2013, 121(3): 208-13
3. **Seyhmus T, Sparić R, Malvasi A, Kadija S, Stefanović A et al.** Safety of cesarean myomectomy in women with single anterior wall and lower uterine segment myomas. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2018; 31: 1972-5
4. **Abdelhafez M, Ahmed K, Than WW, Daud M, Jeffree S, et al.** Pregnancy-associated Leiomyomas: What is New? *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology.* 2024, 16(1) : 60-4
5. **Delotte J, Bouaziz J, Veger S, Bongain A.** Césarienne. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques Chirurgicales - Gynécologie 2010:41-900
6. **Riethmuller D, Chehab M , Ramanah R ,**



- Maillet R.** Particularités techniques de la césarienne sur utérus myomateux. Anciennes Journées CNGOF 2011. 501-514 [consulté le 15 Février 2024] disponible sur : [https://cngof.fr/app/pdf/ANCIENNES%20JOURN%C3%89ES//2011/2011\\_GO/technique\\_chirurgicales\\_et\\_obstetricales/Particularites\\_techniques\\_de\\_la\\_cesarienne\\_sur\\_uterus\\_myomateux.pdf?x13417](https://cngof.fr/app/pdf/ANCIENNES%20JOURN%C3%89ES//2011/2011_GO/technique_chirurgicales_et_obstetricales/Particularites_techniques_de_la_cesarienne_sur_uterus_myomateux.pdf?x13417)
- 7. Seyhmus T, Mehmet RG, Serif A, Cengiz A.** Myomectomy at the time of cesarean delivery: a single-center experience. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2021; 48(6): 1418-23
- 8. Kakou C, Kasse R, Mian B, koffi S, Adjoby R, et al.** Myomectomy at time of caesarean section: about one case and literature review at cocody université hospitalier Abidjan. International Journal of Current Advanced Research 2016; 7 (2): 10315-17
- 9. Lopes P, Thibaud S, Simonnet R, Boudineau M.** Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge des fibromes utérins. Fibrome et grossesse : quels sont les risques ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28:772-7
- 10. Rosati P, Bellati U, Exacoustos C, Angelozzi P, Mancuso S.** Uterine myoma in pregnancy: ultrasound study. Int J Gynecol Obstet 1989;28:109-17
- 11. Burton CA, Grimes DA, Mars CM.** La gestion chirurgicale des leiomyomatoses pendant la grossesse. ObstetGynecol. 1989; 74 : 707
- 12. [12] Kwawukume EY.** Myomectomy pendant la césarienne. Int J Gynaecol Obstet. 2002; 76 : 183-4
- 13. Kanthi JM, Sumathy S, Sreedhar S, Rajammal B, Usha MG et al.** Comparative study of cesarean myomectomy with abdominal myomectomy in terms of blood loss in single fibroid. Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2016; 66: 287–291
- 14. Zhao R, Wang X, Zou L, Zhang W.** Outcomes of myomectomy at the time of cesarean section among pregnant women with uterine fibroids: a retrospective cohort study. BioMed Research International. 2019; 2019: 7576934.
- 15. Li H, Du J, Jin L, Shi Z, Liu M.** Myomectomy pendant la césarienne. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88 : 183-6
- 16. Liu WM, Wang PH, Tang WL, Wang IT, Tzeng CR.** La ligature des artères utérines pour le traitement des femmes enceintes atteintes de léiomyomes utérins qui subissent une césarienne. Fertil Steril. 2006; 86 : 423-8
- 17. Tinelli A, Malvasi A, Mynbaev OA, Barbera A, Perrone E et al.** L'issue chirurgicale de la myomectomie césarienne intracapsulaire: une étude de contrôle de match. J Matern fœtale néonatale Med. 2014; 27