

**EVALUATION DU PRONOSTIC OBSTÉTRICAL APRÈS MYOMECTOMIE
AU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE DU CHU BORDEAUX**
*OBSTETRICAL OUTCOMES AFTER MYOMECTOMY AT THE OBSTETRIC AND
GYNAECOLOGY SERVICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL BORDEAUX*

RAKOTOMAHENINA H¹, RAJAONARISON JJC², ANDRIANAMPY H¹,
RANDRIAMBELOMANANA JA³, BRUN JL⁴, HOCKE G⁴

¹ : Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Fianarantsoa Madagascar

² : Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Mahajanga Madagascar

³ : CHU Andohatpenaka, Antananarivo

⁴ : Centre Aliénor, Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Pellegrin Bordeaux

RESUME

Introduction : Le fibrome utérin peut être responsable d'infertilité et de complications de grossesse. La myomectomie est proposée chez une patiente en activité génitale présentant un fibrome utérin. Notre objectif était d'évaluer l'avenir obstétrical après la myomectomie et de rechercher les facteurs qui pourraient influencer la fertilité, les suites et issues des grossesses obtenues.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU Pellegrin Bordeaux de 2008 à 2012 concernant l'avenir obstétrical des femmes ayant subi une myomectomie.

Résultats : Sur 274 myomectomies, 85 ont répondues aux critères d'inclusion. Quarante femmes ont été enceintes après la chirurgie : 33 accouchements dont 20 césariennes, 8 fausses couches, 1 GEU, 1 IMG, 1 MFIU et une grossesse en cours. Avant la myomectomie 56 grossesses ont été observées et 28 (50%) se sont terminées par une fausse couche et après, le taux de fausse couche diminuait à 8 (17,7%) sur 45 grossesses. Quarante neuf patientes ayant consulté pour infertilité ont été opérées et 17 ont eu de grossesse et 13 ont accouché. L'âge de 35 ans et plus est lié à une infertilité mais la différence est corrigée par la myomectomie. Les femmes qui ont été enceintes et celles qui ont déjà accouché ont eu un meilleur pronostic après la chirurgie. Ni le nombre, ni la taille, ni la voie d'abord n'influence les paramètres de la fertilité au sein de notre population. Le taux de césarienne était plus élevé en cas de myomectomie par voie cœlioscopique et laparotomique.

Conclusion : La myomectomie devrait être proposée, essentiellement pour celles qui ont une infertilité et qui sont âgées de 35 ans ou plus et celles qui présentent des fausses couches.

Mots clés : accouchement, avortement, césarienne, complications, grossesse, infertilité, myome, myomectomie.

SUMMARY

Introduction: Uterine fibroids may be responsible of infertility and pregnancy complications. Myomectomy is offered in a patient in genital activity. The aim of our study was to evaluate the obstetrical outcomes after surgery and searching for factors that could influence fertility and pregnancies outcomes.

Method: It's about a descriptive retrospective study performed at CHU Pellegrin in Bordeaux for from 2008 to 2012 concerning obstetrical prognosis of women with history of myomectomy.

Result: On 274 myomectomy, 85 had inclusion criteria. Forty women were pregnant after surgery: 33 deliveries, including 20 caesarean sections, 8 miscarriages, 1 ectopic pregnancy, 1 therapeutic abortion, 1 intra uterine death and an ongoing pregnancy. Prior myomectomy 56 pregnancies were observed and 28 (50%) ended in miscarriage and after surgery, miscarriage rate decreased to 8 (17.7%) out of 45 pregnancies. Forty nine patients who consulted for infertility had myomectomy and 17 have been pregnant and 13 gave birth. Age 35 and older is related to infertility but the difference is corrected by myomectomy. Women who have been pregnant and those already given birth had a better prognosis after myomectomy. Neither the number nor the size, the surgical approach will influence fertility parameters in our population. The Caesarean section rate was higher in cases of myomectomy by laparotomy and laparoscopy

Conclusion: Myomectomy should be proposed, mainly for those with infertility and are aged 35 or more and those with miscarriages.

INTRODUCTION:

Les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes, se développant aux dépens de tissu musculaire lisse. Ils sont de loin la tumeur la plus fréquente de l'utérus. Selon l'ethnie considérée, ils peuvent intéresser 20 à 50% des femmes et leur fréquences augmentent avec l'âge [1].

L'impact des fibromes utérins sur la fertilité est un sujet de controverse mais jusqu'à ce jour, aucune étude n'a pu déterminer le seuil de nombre, de taille ou de localisation de fibrome à partir duquel le risque est significatif [2]. En cas de fécondation in vitro (FIV), l'équipe de Stowall de l'université de Iowa aux Etats-Unis ont démontré l'effet délétère des myomes sur le résultat de FIV [3]. Les fibromes peuvent agir directement sur la diminution de la fertilité, par action mécanique (altération de la perméabilité de la trompe au niveau interstitiel, agrandissement de la surface utérine, altération du défilé cervico-isthmique...) ou indirectement par l'intermédiaire de l'hyperestrogénie. Parfois également on retrouve des anomalies endométriales associées qui sont responsables de l'altération de la réceptivité de l'œuf [4].

Le résultat attendu après myomectomie sur la fertilité est également sujet à controverse mais il dépend tout de même des caractéristiques des fibromes considérés. Dans la recommandation pour la pratique clinique du CNGOF en 2011, le traitement de fibrome sous-muqueux améliore la fertilité et le niveau de preuve est élevé [5]. L'équipe de Guo a également rapporté des études montrant l'amélioration de la fertilité après myomectomie (par voie hystéroscopique) de 11 à 42% [4]. Par rapport au nombre des essais prospectifs considéré, ces auteurs concluent qu'il y a quand même une nette amélioration de taux de grossesse après myomectomie par rapport aux femmes porteuses de fibrome laissé en place. A l'opposé, la myomectomie par laparotomie, pour les myomes interstitiels et sous-séreux sont pourvoyeurs d'adhérences postopératoires dans environ 90% des cas et ces complications détériorent davantage la fertilité. Il semble que les adhérences après une myomectomie par cœlioscopie sont moins fréquentes (29 à 64 %). Pour les myomes interstitiels et sous-séreux asymptomatiques, il n'y a pas assez d'argument pour indiquer une myomectomie [5]. A côté de l'infertilité, les fibromes utérins peuvent interférer sur le déroulement de la grossesse à tous les stades. Les fausses couches sont plus fréquentes : 14% de 143 vs 7,6% de 715 (p<0,05) selon l'étude de Somigliana [6]. Ces complications semblent être améliorées par la myomectomie, essentiellement pour les

Correspondance: Docteur Haja Rakotomahenina
CHU de Fianarantsoa
E-mail: rakotomaheninahj@gmail.com

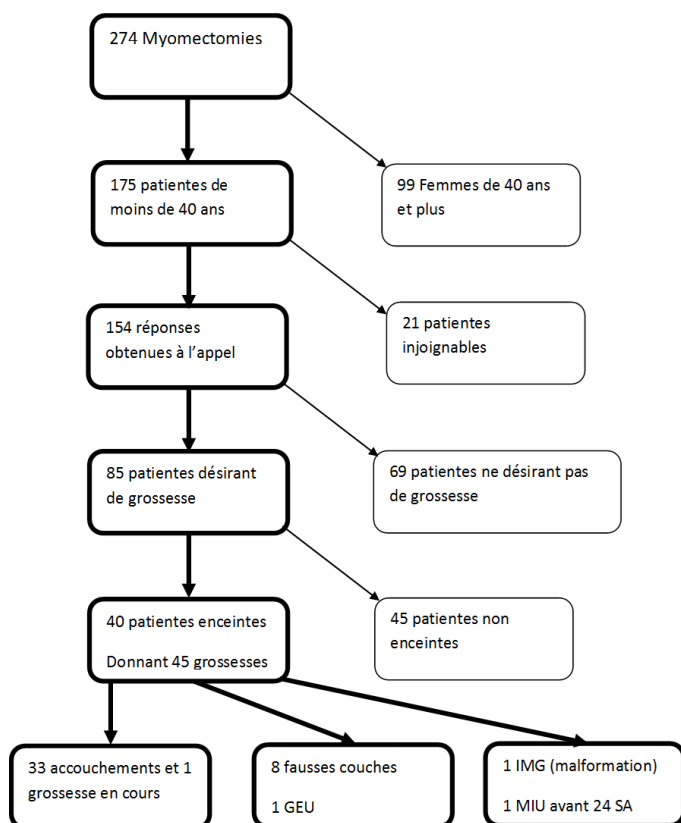


Figure 1: Conduite de l'étude

Figure 1: trial profile

fibromes sous-muqueux et intra-muraux. Legendre et al rapportent des études montrant cette différence significative de 57,1 à 13,8 [7]. Tchente Nguefack et al ont retrouvé également une différence significative [8]. Legendre et al ont rapporté une méta analyse concernant la question de prématurité et affirment qu'il y a un risque accru chez les femmes porteuses de myome utérin. En effet les fibromes peuvent comprimer la cavité utérine et gêner la distensibilité de l'utérus, entraînant ainsi des contractions précoces [7]. De même, Tchente Nguefack et al sur une étude prospective de cohorte a retrouvé 21 pour 80 MAP chez les femmes porteuses de fibrome contre 8 pour 80 chez le groupe de contrôle avec une différence significative ($p < 10^{-5}$) [8]. Une étude effectuée à Tours a retrouvé une différence significative de MAP chez les femmes enceintes porteuses de fibrome par rapport à un groupe de contrôle [9]. L'étude de Lam et al, en étudiant 121 grossesses avec fibrome avec leur nombre, type et localisation ont retrouvé un taux de prématurité plus important lorsqu'il existe plus de un fibrome et/ou lorsque la taille de fibrome est supérieur à 5cm [10]. Le taux de césarienne est plus élevé en présence de fibrome. Les principales indications étant l'anomalie de la présentation, dystocie mécanique et ou dynamique [11-12]. Lam et al ont précisé que le taux de césarienne est beaucoup plus important lorsque le fibrome se situe dans la partie inférieure de l'utérus plutôt que dans le fond utérin, mais également pour le fibrome intramural [10].

MATÉRIELS ET MÉTHODE:

L'objectif principal était de déterminer le nombre des femmes qui ont pu être enceinte et qui ont accouché après myomectomie et les objectifs secondaires étaient de rechercher les facteurs qui influencent la fertilité liée aux fibromes et après la myomectomie et de préciser la voie d'accouchement. Une étude rétrospective a été effectuée au sein du CHU de Bor-

deaux, service de gynécologie obstétrique qui est un service de référence. Les patientes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire pour une myomectomie dans le service du premier janvier 2008 au 31 décembre 2012 constituent notre base de population d'étude. La liste des patientes a été dressée à partir du registre informatique (PMSI). Dans cette liste, on retrouvait l'identité de la patiente avec la date de naissance, la nature et la date de l'intervention. A partir de cette liste nous avons retrouvé le dossier informatique des patientes dans le logiciel DxCare® à travers lequel nous avons obtenu le compte rendu opératoire, les courriers pour les médecins traitants ou gynécologues, ainsi que l'adresse et le numéro de téléphone pour contacter ces patientes.

Critères d'inclusion

- Patientes opérées de myomectomie durant la période d'étude sans distinction de taille, de type et de nombre de myome ni de type d'opération.
- Patiente ayant exprimé un désir de grossesse d'au moins 12 mois selon la définition de l'infertilité.

Critères de non inclusion

- Femmes âgées de 40 ans ou plus lors de l'opération du fait d'abord de l'intervalle à respecter entre la myomectomie et la grossesse, qui est généralement de 6 mois à un an pour notre équipe.
- Femmes âgées de moins de 40 ans mais qui ne souhaitent pas être enceinte pendant au moins un an avant le début de cette étude et celles qui ont eu en même temps une ligature des trompes ou celles à qui on posait un stérilet. L'absence de désir de grossesse ne permettra pas d'évaluer l'avenir obstétrical.
- Enfin, femmes opérées qui n'ont pas pu être recontactées directement au téléphone ou par l'intermédiaire de son médecin traitant ou son gynécologue. Certains numéros de téléphone ne fonctionnaient plus et certaines patientes restaient injoignables.

Critères de jugement

- Nombre d'accouchement et de grossesse après la myomectomie,
- Autres problèmes de la fertilité : persistance de l'infertilité, fausse couche, taux de césarienne.

Analyse des données

Le test utilisé est le khi-deux ou le test exact de Fisher avec la valeur de « p » utilisant le logiciel Epi Info 7®. La différence est considérée significative lorsque la valeur de p est inférieure ou égale à 0.05.

RÉSULTATS:

1- Description de la population

- **Les patientes:** Deux cent soixante quatorze patiente ont été opérées, parmi elles 175 ont eu moins de 40 ans. Vingt et un étaient injoignables par téléphone et 154 répondaient à notre questionnaire. Quarante cinq patientes exprimaient un désir de grossesse après la myomectomie mais pas les 69. Parmi celle qui désiraient de grossesse, quarante ont réussi et 45 grossesses ont été enregistrées. Trente trois accouchements et une grossesse de six mois puis huit fausses couches et une GEU ont été obtenues. Une IMG pour malformation ainsi qu'une mort fœtale à 24SA ont été également signalées.

- Caractéristique des patientes et des myomes

Les caractéristiques des patientes ainsi que les renseignements sur l'intervention et les fibromes utérins sont représentées dans le tableau 1.

	Avant myomectomie		Après myomectomie		
		Infertilité	Pas de grossesse	Grossesse	Accouchement
² &					
< 35 ans	16	20	20	14	
≥ 35 ans	33	25	25	19	
p	0.009	0.95	0.73	0.73	
Nulligeste					
Oui	36	34	20	13	
Non	13	11	25	20	
p	0.003			0.002	
Nombre de myome					
Unique	18	16	22	17	
Multiple	31	29	23	16	
p	0.14	0.11		0.23	
Taille de myome					
Moins de 6cm	15	12	12	7	
≥ 6cm	34	33	28	26	
P	0.57	0.73	0.73	0.25	
Voie d'abord					
Hystérocopie	4	2	4	1	
Cœlioscopie	18	15	12	8	
Laparotomie	27	28	29	24	
p	0.16			0.48	
Effraction de la cavité					
Oui	7	9	4	3	
Non	42	36	36	30	
P	0.76	0.20	0.20	0.20	
Type de myome				Césarienne (p)	
Sous Muqueux	19	16	27	8 sur 11 (0.11)	
Intra-mural	42	39	66	18 sur 27 (0.03)	
Sous-séreux	39	40	66	18 sur 26 (0.02)	
p	0.83				
Motif de myomectomie					
Infertilité	-	49	22	13	
Signes cliniques	-	36	23	20	
p		0.004		0.006	

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes, myomes et résultat de la myomectomie sur la fertilité
 Table 1: Clinical characteristics of patients, myomas and obstertical issues

	Avant la myomectomie	Après la myomectomie
Infertilité	49	45
Nombre de grossesse	56	45
Nombre de FCS	28 (50%)	8 (17,7%)
Nombre d'accouchement	14 (25%)	33 (73,3%)

Tableau 2 : Situation de la fertilité avant et après la myomectomie
 Table 2: Fertility before and after myomectomy

- **Situations avant la myomectomie:** La situation avant et après la myomectomie est résumée dans le tableau 2

2- Etude analytique Situation obstétricale: Par rapport aux grossesses obtenues (tableau 2), le nombre de fausse couche était nettement supérieur avant la myomectomie et le nombre d'accouchement était beaucoup plus élevé après l'intervention.

Le nombre des femmes ayant eu une infertilité étant à peu près pareil. Trente six patientes n'ont pas consulté pour un problème d'infertilité. Parmi elles, 23 ont pu avoir de grossesse. Treize n'ont pas eu cette chance. Huit patientes sont des nulligestes dont l'infertilité n'a pas été explorée et 5 ont déjà eu de grossesse. Onze ont subi une myomectomie par laparotomie contre deux cœlioscopies. Sur 35 patientes qui n'étaient

pas nulligestes, 9 n'ont pas pu avoir de grossesse après la myomectomie.

- **Age des patientes:** La moyenne d'âge des patientes était de 34 ans (21 à 39 ans). Avant la myomectomie, l'âge à partir de 35 ans, associé à la présence d'un fibrome est significativement lié à une infertilité ($p=0.009$). Après myomectomie, il n'y a plus de différence significative jouée par l'âge pour l'accouchement, pour la grossesse ainsi que pour l'issue des grossesses.

- **Gestité avant la myomectomie:** Quatorze patientes ont déjà accouché, et 23 ont eu au moins une fausse couche ou une interruption volontaire de grossesse. Celles qui ont été déjà enceintes ont plus de chance d'avoir un accouchement et d'être enceinte ($p=0.002$) après l'intervention.

- **Nombre des myomes:** Par rapport à l'infertilité avant l'opération, il n'y avait pas de différence entre le nombre de fibrome et la notion d'infertilité présentée par les patientes ($p=0.14$). Après la myomectomie, il n'y a pas non plus de différence significative entre le fibrome unique et multiple (allant de 2 à 59 myomes) dans notre échantillon pour l'obtention de grossesse ($p=0.11$) ni d'accouchement ($p=0.14$).

- **Taille des myomes:** La taille de fibrome, avant la myomectomie n'influence pas l'infertilité ($p=0.57$). L'obtention de la grossesse après la myomectomie ne diffère pas selon la taille de fibrome ($p=0.73$), ni pour l'accouchement ($p=0.25$).

- **Type de myome:** L'infertilité avant la myomectomie ne semble pas liée au type de fibrome au sein de notre échantillon ($p>0.34$). L'ablation de fibrome autre que sous-séreux est liée à une amélioration de la fertilité et amélioration du nombre d'accouchement ($p=0.019$).

- **Voie d'accouchement:** Quant à la voie d'accouchement, il y a un taux de césarienne plus élevé avec une différence significative pour les fibromes intra-muraux ($p=0.01$) et sous-séreux ($p=0.03$). Sachant qu'il y a souvent présence de plus d'un type de fibrome.

- **Les signes présentés par les patientes avant la myomectomie:** Les principaux signes présentés par les patientes sont représentés, par ordre de fréquence par l'infertilité (57,6%), saignement génital anormal (34,1%), douleur pelvienne de tout type allant de simple pesanteur à la douleur importante (33%). Quatre patientes (4,7%) n'ont eu aucune manifestation et le fibrome est de découverte fortuite, dans deux de ces cas la découverte se faisait au cours de la grossesse. Celles qui ont consulté pour infertilité ont moins de chances de devenir enceinte après la myomectomie par rapport à celles dont le fibrome a été symptomatique ($p=0.004$) et d'avoir un accouchement ($p=0.006$).

DISCUSSION:

1- Fertilité après la myomectomie:

Quarante neuf patientes ont été explorées pour infertilité (isolée ou non) et le reste ont consulté pour des douleurs

pelviennes ou saignements anormaux. Les femmes ayant consulté dans le cadre d'infertilité ont moins de chance d'avoir des accouchements par rapport à celles qui ont consulté pour les autres symptômes (13 sur 49 versus 20 sur 36). La différence est significative ($p=0.006$). Au total dans un peu moins de 58% des cas, l'infertilité est observée. Cette différence s'explique

par le fait que le fibrome n'est pas la seule cause de l'infertilité. Seulement un tiers de nos patientes infertiles retrouveront la fertilité et ceci malgré la PMA. La conclusion est tout de même difficile, le fibrome n'est l'unique responsable de l'infertilité que dans environ 10% de toute cause [2]. Sur une population suivie pour infertilité, Fauconier et al ont obtenu une proportion de femme de 34% après une année et 45% si les grossesses obtenues par FIV sont considérées, après une myomectomie; ils n'ont pas parlé du taux d'accouchement [12]. Sur les 14 patientes qui ont déjà au moins un enfant, 4 resteront sans enfant après la chirurgie et 10 ont pu en avoir d'autre. Notre étude démontre alors que cette possibilité d'effet inverse de l'effet attendu existe et il n'est pas négligeable. La détérioration de la fertilité après la myomectomie semble être surtout liée aux adhérences post-opératoires qui sont plus fréquentes dans le cadre de myomectomie par laparotomie. Même avec la cœlioscopie, les adhérences peuvent atteindre 35% [13]. La localisation des fibromes aurait un impact sur la survenue des adhérences car selon Dubuisson et al, lorsque le fibrome est postérieur, il en entraîne plus [13]. Avant la myomectomie, sur les 56 grossesses observées, 28 (50%) se sont terminées par une fausse couche. Après la chirurgie, parmi les 45 grossesses obtenues, 8 se sont terminées par une fausse couche (17,7%) et 1 mort in utero avant 24 SA. Le taux de fausse couche est donc passé de 50% à 17,7% après la chirurgie. Les fibromes sont connus pour être responsable de fausse couche pouvant aller jusqu'à plus de 50%, surtout ceux qui modifient la cavité utérine mais après myomectomie elle reste non négligeable: pour l'équipe de Seracchioli, en comparant les éléments de la fertilité après myomectomie par voie cœlioscopie et laparotomique les taux de fausse couche spontanée étaient de 12 et 20% respectivement sans différence significative [14]. La même équipe a publié en 2006 une autre étude sur le même sujet avec un effectif de 514 patientes et ils ont trouvé un taux de fausse couche spontanée de 27% après la myomectomie. Les fausses couches ne sont pas toujours liées à la présence de fibrome car environ 60% sont dus à des anomalies chromosomiques [14].

2- Caractéristique de la population d'étude

- **Age des patientes:** La moyenne d'âge de nos patientes était de 34 ans avec les extrêmes de 25 à 39 ans. Par rapport à l'âge moyen de la première grossesse en France, dans la population générale, notre étude montre alors une population plus âgée, qui déjà constitue un facteur important d'infertilité, même en absence de fibrome [15]. Avant la myomectomie, l'âge à partir de 35 ans est lié à une infertilité avec une différence significative ($p=0,009$). Cette infertilité est corrigée par la myomectomie car il n'y a plus de différence significative de taux de grossesse entre les patientes âgées de moins de 35 ans et celles de 35 ans et plus dans notre échantillon ($p=0.95$). Dans les textes de recommandations, le CNGOF stipule que les myomes jouent certainement un rôle dans l'infertilité mais ce rôle est essentiellement liée à l'âge [16]. On peut donc dire que le fibrome chez une femme âgée de 35 ans ou plus est source d'infertilité et que la chirurgie améliore de façon significative la fertilité. La myomectomie augmente de façon significative la fertilité selon un essai randomisé contrôlé, rapporté par Yazbeck et al en 2010 [17].

- **Gestité et parité avant la myomectomie:** Dans notre étude, 60% (51 patientes) des patientes étaient des nulligestes, 14 ont déjà accouché et 23 ont eu au moins une fausse couche et/ou une interruption volontaire de grossesse. Trente six nulligestes

(70.59%) ont consulté dans le cadre d'infertilité. Après la myomectomie, notre analyse statistique a montré que celles qui sont nulligestes ont moins de chance d'avoir de grossesse par rapport à celles qui ont déjà eu de grossesse (17 sur 51 vs 23 sur 34, $p=0,003$) et 33 patientes ont pu mener à terme la grossesse ($p=0,002$).

3 - Caractéristiques des myomes

- **Le nombre de fibrome:** Le nombre de fibrome n'a pas d'incidence sur la notion d'infertilité dans notre étude. Qu'il soit unique ou multiple, il n'y a pas de différence significative ($p=0,14$). De même après la myomectomie, l'obtention de grossesse est pareille pour les deux groupes ($p=0,2$) ainsi que l'obtention d'un accouchement ($p=0,23$). Dans la littérature, il semble que jusqu'à ce jour pour la majorité des auteurs, il n'y a pas de rôle joué par les caractéristiques comme, le nombre, le type ou la localisation de myome qui serait statistiquement significatif, vis-à-vis de l'infertilité et des complications de la grossesse. Ces hypothèses ont été réitérées par l'étude de Zhang et al. Ils ont réalisé une étude rétrospective de 471 patientes qui voulaient une grossesse après myomectomie. Ils concluent que le nombre n'a pas d'influence sur l'avenir obstétrical des patientes [18].

- **La taille de fibrome:** La médiane de taille de fibrome dans notre étude est de 6cm. Ceci a permis de diviser l'échantillon en deux groupes. Une taille de fibrome de moins de 6cm n'influe pas sur la notion d'infertilité avant la myomectomie. L'amélioration de la fertilité n'a pas de valeur significative ($p=0,57$). Dans la littérature, il n'y a pas eu d'étude sur l'effet de taille de fibrome sur la fertilité avant la myomectomie. Notre étude manque quand même de précision concernant la localisation de fibrome du fait que l'étude est rétrospective. Une autre étude publiée cette année 2014 a montré que pour deux populations, avec et sans fibrome utérin, la difficulté à concevoir est statistiquement observée dans le premier groupe si la taille de myome dépasse 10cm, sans considérer l'issue de la grossesse [18]. Dans tous les cas l'effet obstructif d'un fibrome est certain mais sa responsabilité dans l'infertilité reste à démontrer [7]. Tant que le fibrome utérin reste asymptomatique, sauf chez une patiente âgée de plus de 35 ans cherchant à être enceinte, la décision de chirurgie doit faire participer la patiente car elle n'est pas dénuée de risque [19]. En cas d'infertilité, plusieurs études ont montré un effet bénéfique de la myomectomie, avec une amélioration jusqu'à 50-60% de taux de grossesse, toute taille, type et localisation confondus [4].

- **Type de fibrome:** Avant la myomectomie, le type de fibrome n'est pas lié à une infertilité au sein de notre population. Cette absence de différence peut être due au faible nombre de patiente car dans la littérature les fibromes sous-muqueux ont un effet sur la fertilité et la myomectomie est recommandée dans ce contexte [20]. Par contre, nous avons trouvé une différence significative sur la myomectomie des fibromes autre que sous-séreux (c'est-à-dire les fibromes sous-muqueux et intramuraux). L'équipe de Eldar-Geva, dans une étude de l'effet des fibromes sur l'AMP a retrouvé que les myomes sous-séreux diminuent de 30% et intra-muraux de 10% la fertilité. Actuellement il est recommandé de faire une myomectomie des fibromes sous-séreux car elle améliore de façon significative la fertilité.

4- Taux de césarienne:

Le taux de césarienne est déjà élevé par rapport aux femmes n'ayant pas un utérus cicatriciel car il est de 20 sur 33 (60,6%). Le taux est encore significativement élevé lorsqu'un myome sous-séreux et intra mural a été enlevé ($p= 0,02$ et $0,03$ respectivement). La constatation est plutôt logique car dans ces deux cas, l'utérus est considéré comme cicatriciel mais ce n'est pas le cas pour les fibromes sous-muqueux. Dans les études rapportées par l'équipe de Metwally dans sa revue sur Cochrane, le taux de césarienne après myomectomie varie de 53 à 65% mais le niveau de preuve est très faible [21]. Ce taux élevé de césarienne n'a pas forcément de preuve scientifique mais les autres indications n'ont pas été mentionnées dans notre étude rétrospective. On pourrait avoir comme raison, l'antécédent d'infertilité, la primiparité tardive. La hantise des obstétriciens est essentiellement la rupture utérine. Bien que très peu nombreux, à part les complications fœtales (de la souffrance au décès), le décès de la mère aussi peut survenir: quelques cas ont été rapportés surtout après la myomectomie par voie coelioscopique [22].

CONCLUSION :

Notre étude a montré qu'après la myomectomie, 38,8%, soit 33 sur 85 patientes ont pu avoir d'enfant au sein des 40 femmes tombées enceintes. Dix sept (36%) d'entre elles ont été au départ parmi les 47 femmes ayant consulté dans le cadre d'une infertilité. Sur les 33 patientes, vingt ont accouché par césarienne (60,6%). Par rapport à la situation avant la myomectomie, le taux de fausse couche a nettement diminué et le nombre d'accouchement comparé à la grossesse a augmenté. D'après le test statistique, seul l'âge de la femme avant la myomectomie, à partir de 35 ans qui constitue un facteur d'infertilité significatif mais qui sera corrigé par la myomectomie. L'existence d'une grossesse avant la myomectomie constitue également un élément de bon pronostic. Au sein de notre population d'étude, ni le nombre des fibromes, ni leur taille ni leur type (selon l'ancienne classification) n'influence l'infertilité avant la myomectomie ni la fertilité après la chirurgie. Les adhérences postopératoires essentiellement liées à la laparotomie pourraient expliquer l'effet contradictoire de la myomectomie pour les femmes qui ont déjà été enceinte avant l'opération. Quelque soit l'âge de la patiente, désirant une grossesse, même après 40ans, la myomectomie devrait être pratiquée autant que possible, en faveur d'un traitement radical quelque soit le nombre, la taille et le type de ces fibromes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: current perspectives. *Int J Womens Health* 2014;6:95–114.
- [2] Bajekal N, Li TC. Fibroids, infertility and pregnancy wastage. *Hum Reprod Update* 2000;6:614–20.
- [3] Stovall DW, Parrish SB, Van Voorhis BJ, Hahn SJ, Sparks a E, Syrop CH. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles: results of a matched follow-up study. *Hum Reprod* 1998;13(1):192–7.
- [4] Guo XC, Segars JH. The impact and management of fibroids for fertility: an evidence-based approach. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2012;39:521–33.
- [5] Fernandez H, Marret H, Fritel X, Brun J-L et al. Actualisation de la prise en charge des myomes : recommanda-

- tions pour la pratique clinique – Texte des recommandations. *J Gynecol Obs Biol Reprod* 2011;40:953-61.
- [6] Somigliana E, Vercellini P, Daguati R, Pasin R, De Giorgi O, Crosignani PG. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence. *Hum Reprod Update* 2007;13:465–76.
- [7] Legendre G, Brun J-L, Fernandez H. Place des myomectomies en situation de conception spontanée ou chez la femme désireuse de préserver sa fertilité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:875–84.
- [8] Tchente Nguefack C, Fogaing a D, Tejiokem MC, Nana Njotang P, Mbu R, Leke R. Evolution de la grossesse sur un utérus fibromateux chez un groupe de femmes camerounaises. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38:493-9.
- [9] Kellal I, Haddouchi N El, Lecuyer A-I, Body G, Perrotin F, Marret H. Grossesse et fibrome: quelles complications. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38:569-75.
- [10] Lam S-J, Best S, Kumar S. The impact of fibroid characteristics on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2014;3:1-5.
- [11] Delabarre M-N, Routiot T, Bouin T. Association fibrome et grossesse : à propos d'une étude sur 79 cas relevés à la Maternité régionale de Nancy entre janvier 2002 et décembre 2008. *La Rev Sage-Femme* 2011;10:2–7.
- [12] Fauconnier A, Dubuisson JB, Ancel PY, Chapron C. Prognostic factors of reproductive outcome after myomectomy in infertile patients. *Hum Reprod* 2000;15:1751-7.
- [13] Dubuisson JB, Fauconnier A, Chapron C, Kreiker G, Nørgaard C. Second look after laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod* 1998;13:2102-6.
- [14] Seracchioli R, Rossi S, Govoni F, Rossi E, Venturoli S, Bulletti C, et al. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy. *Hum Reprod* 2000;15:2663-8.
- [15] Bydłowski M. Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Psychic factors in female unexplained infertility* 2014;31:246-51.
- [16] CNGOF. Actualisation de la prise en charge des myomes: recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obs Biol Reprod* 2011;40:953-61.
- [17] Yazbeck C, Fauconnier A, Pouly J-L. La chirurgie de la reproduction. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:S75–S87.
- [18] Zhang Y, Hua KQ. Patients' age, myoma size, myoma location, and interval between myomectomy and pregnancy may influence the pregnancy rate and live birth rate after myomectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2014;24:95-9.
- [19] Wong L, Brun J-L. Myomectomy. *Minerva Gynecol* 2014;66:35-47.
- [20] Eldar-Geva T, Meagher S, Healy DL, MacLachlan V, Breheny S, Wood C. Effect of intramural, subserosal, and submucosal uterine fibroids on the outcome of assisted reproductive technology treatment. *Fertil Steril* 1998;70:687-91.
- [21] Metwally M, Yc C, Aw H. Surgical treatment of fibroids for subfertility (Review). *Cochrane Database Syst Rev*.2012;(11):DOI:10.1002/14651858.CD003857 pub3
- [22] Kayem G, Raiffort C, Legardeur H, Gavard L, Mandelbrot L, Girard G. Critères d'acceptation de la voie vaginale selon les caractéristiques de la cicatrice utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:753-71.