

FICHE

Traitements non médicamenteux des fibromes utérins

Validée par le Collège le 24 novembre 2022

L'essentiel

- ➔ En l'absence de symptômes, il n'y a pas d'indication au traitement de fibrome utérin, à l'exception des fibromes sous-muqueux chez une femme ayant un désir de procréation. En présence de symptômes (douleur, ménorragie), leur traitement de première intention est classiquement un traitement médicamenteux.
- ➔ Il existe différents traitements non médicamenteux : la chirurgie (hystérectomie, myomectomie), le traitement de la cavité utérine (endométrexctomie), l'embolisation des artères utérines (EAU), ils ne sont envisagés habituellement qu'après échec du traitement médicamenteux. Les données disponibles ne permettent pas une hiérarchisation de ces traitements.
- ➔ Le choix du traitement s'effectue dans le cadre d'une décision médicale partagée qui doit être organisée et comporte trois étapes :
 - L'information complète et loyale des patientes sur l'ensemble des thérapeutiques à disposition constitue la première étape du processus.
 - La deuxième étape est la détermination des options de traitement adaptées aux situations individuelles. Ces options sont établies au cours d'échanges pluriprofessionnels. Ils tiennent compte de la présence de symptômes, du nombre, de la taille et de la topographie des fibromes, de l'âge des patientes, des comorbidités et traitements en cours, de leur souhait de conserver une fonction de procréation ou de conserver leur utérus.
 - La dernière étape est celle du choix du traitement qui s'effectue à partir des options proposées, en impliquant les patientes dans la décision finale, prenant en compte l'appréciation par les patientes de la balance bénéfices/risques des différentes alternatives et leurs préférences. Le retentissement psychologique des traitements est recherché.

La HAS réalise l'évaluation du traitement des fibromes utérins par ultrasons focalisés de haute intensité échoguidés (USgHIFU). Cette fiche sera actualisée en conséquence.

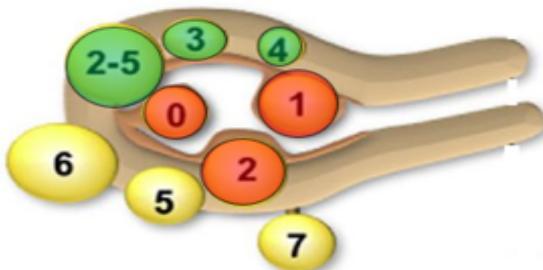
Contexte

Les fibromes

Également appelés myomes, léiomyomes, les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes de l'utérus issues de cellules musculaires lisses, les plus fréquentes de l'appareil génital féminin, sans risque de transformation maligne. Le fibrome peut survenir à tout âge. La prévalence augmente avec l'âge : ils concernent 20 à 30 % des femmes de plus de 30 ans et sont particulièrement fréquents après 40 ans. Leur croissance s'arrête après la ménopause et leur taille peut alors diminuer. Ils apparaissent isolés mais le plus souvent multiples. Leur taille est variable (1 cm à 20 cm voire plus). La présence de fibrome peut se manifester par des symptômes qui sont observés dans 20 à 50 % des cas. Ces symptômes varient en fonction du type de fibrome, avec parfois une répercussion importante sur la qualité de vie. Il s'agit de ménométrorragies, douleur pelvienne, compression pelvienne, trouble de la fonction reproductrice. En cas de fibrome asymptomatique, il n'est pas utile de réaliser une échographie pelvienne systématique.

Les fibromes se forment dans diverses régions de l'utérus. La classification de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) (cf. schéma) est actuellement utilisée pour classer les myomes en fonction de leur localisation par rapport au myomètre, à l'endomètre et à la séreuse et permet d'orienter la prise en charge.

FIGO classification system



Sous-muqueux

- 0 : pédiculé intra-cavitaire
- 1 : moins de 50% intra-mural
- 2 : plus de 50% intra-mural

Intra-muraux ou interstitiels

- 3 : 100% intra-mural, au contact de l'endomètre
- 4 : intra-mural strict

Sous-séreux

- 5 : sous-séreux plus de 50% intra-mural
- 6 : sous-séreux moins de 50% intra-mural
- 7 : sous-séreux pédiculé

Autres

- 8 : autres, lésions parasites: ligament rond ou large, col utérin

Trois types sont différenciés :

- myomes interstitiels ou muraux (type FIGO 3 à 5) : les plus fréquents, qui sont localisés au sein de la paroi myométriale ;
- myomes sous-séreux (type FIGO 6 à 7), qui se développent à l'extérieur de l'utérus, vers la cavité abdominale, en déformant la paroi utérine ;
- myomes sous-muqueux ou intracavitaires (type FIGO 0 à 2), qui déforment la cavité utérine et qui sont le plus souvent responsables de ménorragies. Ils sont classés selon trois types. Le type 0 est situé en totalité dans la cavité utérine. Le type 1 bombe dans la cavité pour plus de 50 % de sa surface, alors que le type 2 n'a dans la cavité que moins de 50 % de sa surface, le reste étant dans l'épaisseur du muscle utérin.

Les traitements non médicamenteux

L'hystérectomie

L'hystérectomie est une solution de traitement radical qui consiste à enlever l'utérus ou une partie de celui-ci. C'est aussi la modalité la plus fréquente. Trois types d'hystérectomie peuvent être réalisés dans le cas de fibromes utérins :

- *l'hystérectomie subtotale*, qui comporte l'ablation du corps de l'utérus mais laisse le col de l'utérus en place ;
- *l'hystérectomie totale*, qui comporte l'ablation complète de l'utérus ;
- *l'hystérectomie totale* avec salpingectomie (retrait des trompes) ou annexectomie (retrait des trompes et ovaires).

Plusieurs techniques opératoires sont possibles :

- *l'hystérectomie par voie abdominale* (laparotomie) est l'intervention la plus invasive. Elle est réalisée par une ouverture de l'abdomen (cicatrice transversale le plus souvent, ou médiane sous-ombilicale). Elle a l'avantage de permettre d'atteindre facilement l'utérus et en facilite l'extraction dans le cas d'un utérus volumineux ;
- *l'hystérectomie par voie cœlioscopique*, moins invasive que la laparotomie, est pratiquée au niveau de l'abdomen à l'aide d'une caméra. Une incision est réalisée dans le nombril et deux à trois autres dans la paroi abdominale, notamment dans l'aine et au-dessus du pubis. Ces incisions permettent l'introduction d'une caméra et des instruments opératoires dans la cavité abdominale pour extraire l'utérus ;
- *l'hystérectomie par voie vaginale* est l'option la moins invasive. Elle démarre par l'ouverture du fond du vagin autour du col de l'utérus, puis libère le corps de l'utérus de ses attaches ligamentaires et vasculaires latérales pour l'extraire en entier.

La myomectomie

La myomectomie est une solution conservatrice de traitement chirurgical des fibromes utérins. Elle consiste en l'ablation chirurgicale d'un ou plusieurs fibromes utérins tout en conservant l'utérus. Une incision horizontale est le plus souvent réalisée au niveau du pubis. Parfois, en cas de fibromes utérins très volumineux, une incision verticale médiane peut s'avérer nécessaire. L'opération est parfois précédée d'un traitement médical ayant pour but de réduire le volume des fibromes. Elle peut s'effectuer selon plusieurs modalités :

- *myomectomie par hystéroskopie* qui s'effectue à l'aide d'une anse de résection (petit rabot) introduite dans le canal opérateur de l'hystéroscope et reliée à une source d'énergie ;
- *myomectomie par laparotomie* où la voie d'abord est abdominale et consiste à extraire un à un les myomes de la surface utérine en prenant soin de suturer en plusieurs plans le tissu musculaire résiduel dans un but hémostatique et de solidité future ;
- *myomectomie par voie vaginale* qui correspond à l'exérèse d'un ou plusieurs myomes utérins par une incision vaginale postérieure et/ou antérieure par laquelle sont extraits les myomes et est pratiquée la suture utérine. En cas de difficultés opératoires ou de constatations anatomiques particulières, le chirurgien peut être amené à modifier la voie d'abord pour procéder à une laparotomie ;
- *myomectomie par cœlioscopie* qui s'effectue comme pour l'hystérectomie mais se limite à l'extraction de(s) fibrome(s). En cas de difficultés opératoires ou de constatations anatomiques particulières, le chirurgien peut être amené à modifier la voie d'abord en arrêtant la cœlioscopie pour procéder à une laparotomie.

L'embolisation des artères utérines (EAU)

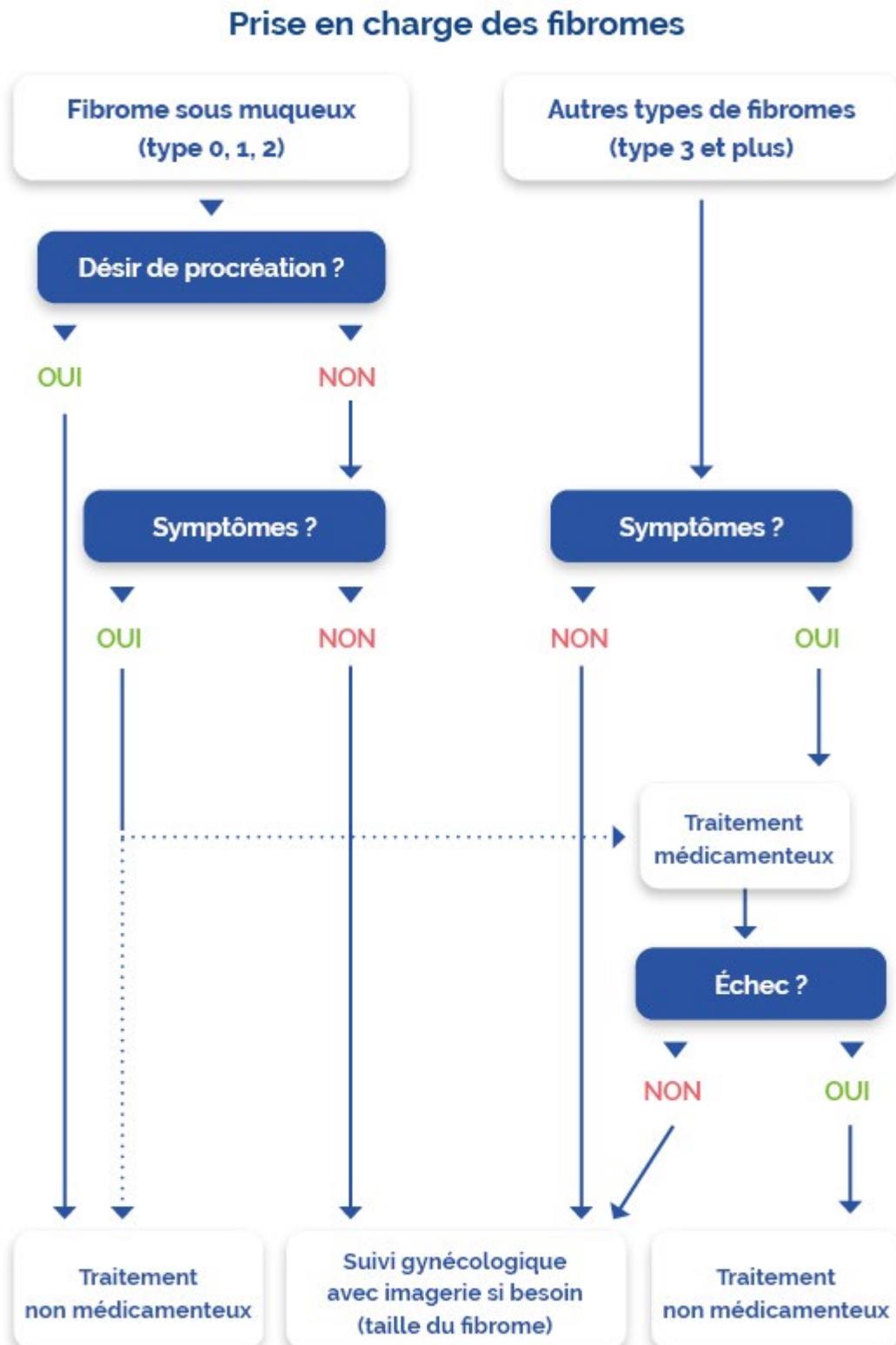
L'EAU est un traitement mini-invasif réalisé par les radiologues interventionnels. L'intervention se déroule sous anesthésie locale et sédation consciente en salle interventionnelle adaptée (hygiène, qualité d'image, radioprotection). À partir d'une voie d'abord artérielle fémorale ou radiale, les artères utérines sont cathétérises sélectivement sous repérage fluoroscopique pour permettre l'injection, en flux libre, de microparticules calibrées d'un diamètre supérieur à 500 µ.

L'endométrectomie

La réduction endométriale ou endométrectomie consiste à la destruction d'endomètre. Elle est pratiquée selon deux grandes techniques chirurgicales : les techniques de première génération (résection endométriale hystéroscopique ou par rolle) et les techniques de deuxième génération par thermodestruction. Les données restent toutefois trop limitées pour permettre d'évaluer le rapport bénéfices/risques de l'endométrectomie. En pratique, selon les dernières recommandations françaises, l'endométrectomie peut être proposée pour le traitement des ménorragies associées au fibrome, seule ou en association à la résection hystéroscopique de myomes sous-muqueux chez les femmes n'ayant plus de projet parental.

Stratégie de traitement des fibromes utérins

L'évolution spontanée des fibromes utérins est imprévisible. Une régression après la ménopause est toutefois habituellement observée. La stratégie de prise en charge peut être résumée selon le schéma suivant.



Modalités de décision du traitement

Lorsqu'un traitement non médicamenteux doit être envisagé, le choix du traitement est déterminé à partir d'une démarche de décision médicale partagée impliquant les professionnels et les patientes.

Celle-ci comporte trois étapes.

1. Information des patientes

L'information complète et loyale des patientes constitue la première étape du processus de décision médicale partagée.

Elle comporte :

→ la présentation de chacune des alternatives de traitement, en précisant :

- la description de l'intervention,
- les modalités d'anesthésie,
- la durée de l'intervention,
- la durée de l'hospitalisation,
- les modalités de sortie (traitements, consultations de suivi, arrêt de travail, durée de convalescence, précautions à prendre pour la reprise des activités quotidiennes, de loisirs, la sexualité, la planification de grossesse) ;

→ les bénéfices escomptés en termes :

- d'amélioration de la fertilité,
- de disparition/régression des symptômes,
- d'amélioration de la qualité de vie et de satisfaction ;

→ l'impact sur l'image de soi des conséquences d'une intervention ;

→ l'abord de la question des relations sexuelles ;

→ les risques de récidives et de réinterventions ;

→ les risques de survenue de complications à court et plus long terme ;

→ les répercussions possibles sur la fertilité, la grossesse ;

→ le processus de décision doit être explicité, en particulier l'organisation d'un échange pluriprofessionnel ayant pour objectif d'établir des propositions de traitement adaptées à leur situation.

Elle est fournie :

- par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et le suivi gynécologique des patientes qui peuvent aussi conseiller des sources d'information fiables (brochures d'information et sites web¹ ou associations agréées d'usagers²) ;
- par les associations de patientes qui permettent d'accéder aux informations ainsi qu'aux dispositifs de soutien, de conseils, d'échanges et de partages d'expériences ;
- par une liste de correspondants pouvant apporter une aide psychologique qui peut être proposée dès ce stade selon les besoins.

¹ www.monfibrome.fr

² <https://fibrome-info-france.org/>

2. Options de traitement

En l'absence de différenciation fondée sur les données de la littérature, les différentes options de traitement sont discutées en prenant en compte plusieurs critères (cf. tableau), conduisant à l'individualisation des propositions de traitement. Ces traitements peuvent être combinés.

Critères utilisés pour fixer les options de traitement

	Hystéroskopie	Myomectomie Cœlioscopie	Laparotomie	Vaginale	EAU	Hystérectomie
Nombre (N) et taille (T) des fibromes	N < 3 T < 5 cm Résection possible en deux temps des myomes de taille > 5 cm Évaluation préopératoire de l'épaisseur du myomètre libre en arrière du myome (mur de sécurité) nécessaire (5 à 10 mm minimum)	N < 2-3 T < 9 cm	N > 3 T > 8-10 cm	N < 3 T < 10 cm	Unique ou multiples, quelle que soit la taille	Unique ou multiples, quelle que soit la taille
Type de myome	Sous-muqueux (type 0,1, 2)	Sous-séreux Interstitiel (type 3 et +)	Sous-séreux Interstitiel (type 3 et +)	Sous-séreux Interstitiel (type 3 et +)	Quel que soit le type	Quel que soit le type
Fonction de procréation	Souhait de conservation			Non déterminé	Non déterminé	Statut ménopausée ou absence de désir de procréation
Utérus	Souhait de conservation				Retrait accepté	

EAU : embolisation des artères utérines

En pratique, selon les dernières recommandations françaises, l'endométrrectomie peut être proposée pour le traitement des ménorragies associées au fibrome, seule ou en association à la résection hystéroscopique de myomes sous-muqueux chez les femmes n'ayant plus de projet parental.

Des échanges pluriprofessionnels (médecin traitant, gynécologue, sage-femme, médecin de PMA, chirurgien gynécologue, radiologue interventionnel) permettront de proposer les options de traitements envisageables.

3. Décision médicale partagée

Cette démarche permet à la patiente d'exprimer librement l'ensemble de ses préoccupations et questions, auxquelles les différents professionnels s'engagent à répondre. Les propositions de traitement issues des échanges pluriprofessionnels sont présentées et explicitées aux patientes.

Les discussions portent sur les souhaits et préférences exprimées par les patientes. Elles sont ciblées sur (cf. tableau) :

- ➔ les techniques utilisées, leurs modes d'intervention, d'anesthésie, la durée d'hospitalisation et période de convalescence (retour au travail, aux activités de loisirs et habituelles) ;
- ➔ l'appréciation individuelle du rapport bénéfices/risques des différentes alternatives possibles ;
- ➔ les conséquences éventuelles à prévoir sur la fertilité, la sexualité, l'image corporelle (les arguments en faveur de la solution la moins mutilante sont exposés au regard des effets psychologiques de l'hystérectomie à court, moyen ou long terme).

Il est important de s'adapter au rythme et au temps nécessaire pour la réflexion de la patiente sur le choix du traitement. Le retentissement psychologique est recherché, pouvant conduire à proposer un accompagnement adapté. Une consultation en médecine de la reproduction est à discuter au cas par cas.

Aide au choix du traitement : éléments de comparaison des traitements

	EAU	Myomectomie	Hystérectomie
Mode	Par voie endovasculaire	Chirurgie	Chirurgie
Préservation de l'utérus	Traitement conservateur	Traitement conservateur	Traitement radical
Fertilité	Absence de données de certitude sur la fertilité	Amélioration de la fertilité pour les myomes sous-muqueux	-
Risque obstétrical	Pas de risque cicatriciel Augmentation des complications obstétricales (fausses couches), plus élevée qu'avec myomectomie Attendre quelques mois (environ 6 mois) avant la mise en route d'une grossesse	Augmentation des complications obstétricales Attendre quelques mois (environ 6 mois) avant la mise en route d'une grossesse Tenir compte du risque cicatriel et de ses conséquences sur l'accouchement	-
Efficacité			
Symptômes	Réduction à suppression	Réduction à suppression	Suppression
Volume utérin	Réduction	Réduction	-
Qualité de vie	Amélioration	Amélioration	Amélioration
Sexualité	Amélioration	Amélioration	Amélioration
Image de soi	Parfois améliorée	Parfois améliorée	Parfois altérée
Récidives, ré-intervention	Plus fréquentes	Moins fréquentes	-
Satisfaction	Élevée	Élevée	Élevée

	EAU	Myomectomie	Hystérectomie
Sécurité			
Risque de complications majeures moindre avec EAU			
	<p>Fréquentes : petit hématome banal rapidement régressif au point de ponction</p> <p>Rares : aménorrhée définitive, infections, complications T-E (liées aux complications très rares du cathétérisme vasculaire)</p>	<p>Pertes sanguines/transfusion</p> <p>Infection</p> <p>Blessures organes voisins</p> <p>Complications thrombo-emboliques (T-E)</p>	<p>Pertes sanguines/transfusion</p> <p>Infection</p> <p>Blessures organes voisins</p> <p>Complications T-E</p>
	Risque de complications mineures plus élevé	Risque de complications mineures avec les voies minimalement invasives (cœlioscopique ou vaginale) moins élevé	
Modalités			
Anesthésie	Locale et sédation	AG/locorégionale	AG/locorégionale
Durée d'intervention	Moins longue	Plus longue avec cœlioscopie	
Durée d'hospitalisation (hors complications)	Ambulatoire avec une prise en charge de la douleur à domicile ou hospitalisation de moins de 3 jours	Ambulatoire (résection hystéroskopique) ou hospitalisation de moins de 3 jours, variant selon la technique	Ambulatoire ou hospitalisation de 2 à 4 jours (voie vaginale ou cœlioscopie) ; 3 à 6 jours (laparotomie)
Arrêt de travail (hors complications)	1 semaine	2 à 4 semaines (2 à 4 jours pour la résection hystéroskopique)	1 mois
Convalescence	8 à 10 jours	1 mois après laparotomie (hystérectomie ou myomectomie), selon les activités ; 10 à 15 jours pour les voies mini-invasives ou avec RAAC	

AG : anesthésie générale ; RAAC : programme de récupération améliorée après chirurgie

Ce document présente les points essentiels de la publication : Traitements non médicamenteux des fibromes utérins, Méthode, novembre 2022

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr