

Complications aiguës des fibromes et des kystes de l'ovaire

Professeur Henri Jean Philippe
CHRU de Nantes

1. LES FIBROMES :

La pathologie utérine fibroléiomyomateuse est fréquente puisque 25 % des femmes ont des fibroléiomyomes.

Le type de complications aiguës dépend de l'association avec une grossesse et de la localisation du fibrome.

1. En l'absence de grossesse, deux principales complications peuvent survenir :

- les hémorragies qui sont plutôt des ménorragies ou des méno-métrorragies.
- Les torsions de fibrome sous séreux pédiculé.
- - *Les méno-métrorragies :*

En cas de fibromes, les saignements sont liés deux principaux phénomènes :

- soit des anomalies de la muqueuse utérine en cas de fibrome intracavitaire ou sous-muqueux
- soit des anomalies de la rétraction utérine au moment des règles empêchant ainsi l'hémostase physiologique en cas de fibrome intracavitaire ou sous-muqueux essentiellement et plus rarement de fibromes interstitielles mais jamais en cas de fibrome sous-séreux.

Le diagnostic de fibrome est évoqué parfois à l'examen clinique mais surtout à l'occasion d'explorations (échographie, hystéroscopie, hystérographie).

La CAT dépend de l'âge de la patiente, des antécédents, de la localisation, du nombre et de la taille des fibromes et du retentissement sur l'organisme. (cf. RPC du CNGOF 1999)

- *La torsion de fibrome pédiculé :*

La torsion nécessite deux éléments : un fibrome assez volumineux et un pédicule étroit.

La torsion du fibrome se présente sous un tableau clinique proche de celui d'une torsion d'annexe (cf. plus loin).

Les antécédents (fibrome connu) et surtout l'imagerie permettent de faire le diagnostic.

L'échographie, et en cas de doute, l'IRM permettent de vérifier l'intégrité des ovaires et de localiser le fibrome et d'en analyser les changements structuraux.

Il est souvent nécessaire d'intervenir en raison du tableau abdominal aigu, sinon la nécrose du fibrome tordu va entraîner progressivement sa disparition (comme après embolisation).

2. Pendant la grossesse, les complications ne sont pas exceptionnelles. Il peut s'agir de :

- FCS
- RCIU
- Accouchement prématuré
- Nécrobiose
- Dystocie mécanique par obstacle praevia
- Dystocie dynamique par trouble de la contractilité utérine
- Hémorragie de la délivrance par trouble de la contractilité utérine et de sa rétraction
- Maladies thrombo-emboliques

Les complications aiguës sont essentiellement la nécrobiose aseptique de fibrome.

Fibrome et grossesse (CNGOF 1997 P. Lopes).

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0,1 à 3,87 %. L'échographie permet d'objectiver les fibromes et d'en préciser la prévalence. Dans plus de 50% des cas, les fibromes sont découverts au cours de la grossesse grâce à l'échographie.

Evolution au cours de la grossesse :

L'augmentation de taille des fibromes au cours de la grossesse n'est pas systématique :

- régression dans 40 %
- stabilité dans 50%
- progression dans 10%

75% des fibromes diminuent en post-partum.

La nécrobiose survient en raison d'une asymétrie entre l'augmentation de volume et du développement de la vascularisation du fibrome.

Le diagnostic est habituellement posé sur les signes cliniques associant : douleurs localisées, absence d'hyperthermie ou hyperthermie inférieure à 38°5, et efficacité du simple traitement médical.

L'échographie peut actuellement contribuer au diagnostic en objectivant par doppler couleur l'ischémie du myome.

Le diagnostic est parfois purement histologique lors des myomectomies réalisées au cours des césariennes.

Le pourcentage observé de nécrobiose aseptique au cours de la grossesse est variable de 1,5 % à 28 %

Le traitement chirurgical en urgence, est exceptionnel. Les traitements symptomatiques sont les seuls indiqués : repos, antalgiques qui permettent de soulager la femme pendant l'épisode d'ischémie aiguë +/- traitement court et à avant 35 SA par AINS (Ibuprofen 600 à 800 mg toutes les 6 heures).

2. COMPLICATIONS AIGUES DES KYSTES DE L'OVAIRE

Les deux principales complications sont la torsion et l'hémorragie (le tableau d'hyperstimulation ovarienne est abordé par ailleurs).

- La torsion des annexes de l'utérus :

Elle représente avec la grossesse extra-utérine les deux grandes urgences chirurgicales gynécologiques.

Sa fréquence de survenue est de 7 à 20 % des tumeurs ovariennes opérées. Elle touche toutes les tranches d'âge de la période anténatale jusqu'à la ménopause. Elle est presque toujours unilatérale. Son association à une grossesse est loin d'être rare. Elle est évaluée dans la littérature de 8 à 28,7 %. La grossesse est une période à risque.

Le diagnostic de torsion d'annexes dans sa forme aiguë est à évoquer chaque fois qu'une femme consulte pour des douleurs pelviennes d'installation brutale, surtout lorsqu'elle est connue porteuse d'une tumeur annexielle, souvent en attente de chirurgie. La patiente est assez souvent capable de déterminer à quelques minutes près le moment de l'installation de la symptomatologie. L'association avec un épisode de vomissements est très évocateur chez une femme ayant une douleur pelvienne aiguë associée à un kyste ovarien.

La défense abdominale n'est retrouvée que dans un cas sur cinq.

En cas de douleurs pelviennes aiguës, les éléments d'orientation sont donc :

- les antécédents
- les signes d'accompagnement (hyperthermie, métrorragies, leucorrhées et les signes extra pelviens, ...)
- l'examen clinique (abdomen, fosses lombaires, spéculum, TV)
- les examens complémentaires (NFS, BHCG, CRP +/- bilan préopératoire) et l'examen échographique en urgence.

L'échographie pelvienne réalisée par voie double (sus-pubienne et endo-vaginale) a comme intérêt majeur de visualiser une formation annexielle pathologique et d'appréhender ses différents paramètres : taille, structure, topographie, signes associés. L'écho-Doppler pulsé couleur permet de mettre en évidence une diminution, voire un arrêt franc du flux vasculaire au niveau du pédicule lombo-ovarien ; néanmoins, un Doppler normal n'élimine en aucun cas une torsion annexielle (60%). Dans ce contexte, Canis parle de « toucher vaginal échographique ».

Les formes d'installation subaiguës ou chroniques sont de diagnostic difficile, et il s'agit souvent d'une découverte per-opératoire.

Exceptionnellement, on peut avoir recours à des examens paracliniques plus sophistiqués (tomodensitométrie, IRM).

L'indication opératoire de coelioscopie doit être posée en urgence pour préserver la fonction de l'ovaire devant la sémiologie clinique et la découverte à l'échographie d'une tumeur annexielle. Elle assure un triple rôle : diagnostique, pronostique et traitement par coelioscopie. Cette voie d'abord pose des problèmes en cas de tumeur ovarienne dépassant l'ombilic ou de grossesse de terme avancé. Dans ces cas, l'insufflation est réalisée dans l'hypochondre gauche sinon on pourra pratiquer d'emblée une open coelioscopie. L'aide opératoire récline l'utérus gravide ou la formation tumorale vers l'hypochondre droit.

Dans 15% des cas, une laparoconversion est pratiquée.

Le geste sur l'annexe tordue va dépendre de l'âge de la patiente, du désir de grossesse, et de l'évaluation de sa vitalité après détorsion et immersion dans du sérum physiologique à 37°C.

Mage a décrit 3 groupes :

- groupe 1 : pas d'aspect ischémique et reprise immédiate de la coloration après détorsion
- groupe 2 : lésions d'ischémie sévère avec aspect rouge sombre, violine, ovaire noir ou gris bleu. Il existe une récupération totale ou partielle 10mn après détorsion. Un test à la fluorescéine (5m à 10% IV) permettrait de limiter l'exérèse aux lésions non colorées sous UV ; ce test permettrait plus de 70% de conservation.
- groupe 3 : lésions nécrotiques, noirâtres, friables avec fausses membranes et sans récupération après 10mn.

Au total, un traitement conservateur est réalisable dans 70 à 80% des cas.

Les ovariopexies par plicature du ligament utéro-ovarien doivent être réservées aux seuls cas de torsions sur des annexes parfaitement normales (en cas d'allongement du ligament utéro-ovarien) et en cas de récurrences.

A noter que la détorsion d'une annexe tordue n'augmente pas le risque thrombo-embolique postopératoire.

La fertilité ultérieure est correcte avec plus de 70% de grossesse survenues chez des femmes désirant un enfant.

- Kyste hémorragique

La principale situation est la rupture du corps jaune hémorragique. Elle correspond à 0 à 20% des urgences gynécologiques soit 1 pour 4 GEU.

Le tableau clinique est proche de celui d'une GEU avec des signes d'hémopéritoine dans un contexte de douleurs abdomino-pelviennes aiguës chez une femme jeune.

Les éléments du diagnostic différentiel par rapport à une GEU sont :

- l'absence de facteurs de risque de pathologie tubaire
- l'absence de grossesse (bien qu'une grossesse intra-utérine soit présente dans (> 15% % des cas)

Sur le plan clinique, la douleur peut être d'apparition brutale en coup de poignard ; on peut retrouver un facteur déclenchant (traitement anticoagulant, rapport sexuel). Elle est latéralisée.

Sur le plan échographique, trois tableaux sont possibles :

- image de corps jaune kystique avec un liquide finement échogène ou parfois hétérogène en fonction de la lyse des caillots
- image d'hémopéritoine avec un épanchement dans le cul de sac de douglas et parfois dans le cul de sac inter hépato-rénal
- image mixte associant les deux tableaux précédents

La conduite à tenir dépend de trois critères :

1. état clinique
2. NFS
3. importance de l'épanchement péritonéal

Une attitude chirurgicale sera recommandée en cas de :

- TA basse et pouls accéléré ou abdomen chirurgical
- Hb < 9g/100ml
- Epanchement péritonéal en dehors du pelvis

La technique chirurgicale consiste par coelioscopie le plus souvent, à électrocoaguler la paroi du kyste, et réaliser la toilette péritonéale. Une ovariectomie sera exceptionnellement nécessaire.

Sinon, l'attitude conservatrice en hospitalisation dans un premier temps, est suffisante dans 65-70% des cas.