

MYOMECTOMIE AU COURS DE LA CÉSARIENNE : UNE OPPORTUNITÉ (MYOMECTOMY DURING CESAREAN-SECTION : AN OPPORTUNITY)

RAKOTMAHENINA H^{1,2}, RABEARISOA RAR¹, RAMAROKOTO MPM³, RANDAOHARISON PG⁴

¹: Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Fianarantsoa

²: Faculté de Médecine de Fianarantsoa

³: CHU PZAGA Mahajanga

⁴: Faculté de Médecine de Mahajanga

RESUME

La myomectomie au cours de la césarienne, interdit auparavant devient actuellement une opportunité à saisir pour éviter une nouvelle intervention. Notre cas était une femme de 35 ans, primipare, opérée sous rachianesthésie. Après césarienne et hystérorraphie, nous avons réalisé une ligature vasculaire selon la technique de Tsurulnikov pour éviter les saignements excessifs pendant la procédure. La myomectomie a ensuite été réalisée sans aucune complication, sans perte sanguine abondante ne nécessitant pas une transfusion sanguine. La césarienne-myomectomie est une option sûre pour un chirurgien expérimenté et doit être appliquée à des patientes sélectionnées.

Mots clés : césarienne - ligature - myome - myomectomie - utérus - vasculaire

ABSTRACT

Myomectomy during cesarean section had been forbidden for long time. It becomes recently an opportunity for avoiding another surgery. Our case was a 35 years-old primipara women, operated under spinal anesthesia. After C-section and hysterorrhaphy, we performed vascular ligation according to Tsurulnikov technique to prevent excessive bleeding during the procedure. Myomectomy was then performed with any complication, without important blood loss no requiring blood transfusion. Cesarean-myomectomy is a safe option for skilled surgeon and should be applied for selected patients.

Keywords: cesarean-section - ligation - myoma - myomectomy - uterus - vascular

INTRODUCTION: Le fibrome utérin, pathologie fréquente chez la femme fait partie des causes de l'infertilité selon leur taille, nombre et situation [1-3]. Son association avec la grossesse est de plus en plus fréquente du fait du retard de la première grossesse qui s'observe essentiellement chez les femmes d'un certain niveau [4]. Si la myomectomie n'était pas recommandée ou presque interdite au cours de la césarienne du fait des risques hémorragiques auparavant, elle est actuellement de plus en plus utilisée et plusieurs travaux ont montré l'absence de complications particulières [5-6]. Nous présentons notre première myomectomie, effectuée au CHU Tambohobe Fianarantsoa et décrivons la technique que nous avons utilisée tout en faisant une revue de la littérature sur ce sujet.

NOTRE OBSERVATION: Notre patiente était une femme âgée de 35 ans, enceinte de sa première grossesse. Le fibrome utérin était objectivé au cours de la première consultation à 14SA. Il était sous-séreux, de type 6 selon la nouvelle classification FIGO de myome. Il mesurait 10cm de grand axe et se situait au bord latéral droit près du fond utérin. Au cours de la grossesse il y avait une période de douleur lombaire droite soulagé sous anti-spasmodique et antalgique. Elle a présenté une infection urinaire non compliquée, découverte lors d'un examen bactériologique des urines et traitée par céfixime pendant dix jours. L'évolution de la grossesse était simple. Une césarienne était programmée à 39SA devant une anomalie de la présentation. C'était une césarienne sous rachianesthésie sans complication. L'enfant en bonne santé était extrait dans un liquide amniotique clair ; il pesait 3100g. Après l'hystérorraphie en surjet et deux points en X, l'utérus était extériorisé pour un examen visuel. On observait un gros fibrome sous-séreux mesurant 16cm de diamètre en position latérale droite (*Figure 1*). La possibilité de myomectomie au cours de la césarienne était déjà discutée avec la parturiente au cours de la grossesse. On procédait d'abord à la dévascularisation utérine selon la technique de Tsurulnikov avec du fil résorbable N°1en ligaturant successivement les artères utérines, les ligaments ronds puis les ligaments utéro-ovariens. Ensuite l'ablation du myome se faisait après une incision en quartier d'orange. La suture du site était effectuée en deux plans avec des points en X sur le plan profond et en surjet sur le plan superficiel avec le péritoine. La parturiente recevait 30UI d'ocytocine dont 20UI en IVDL puis

10UI en perfusion ainsi que 1000mg d'acide tranexamique en IVDL. L'hémostase était facile. La perte sanguine était évaluée à 500mL. On n'a pas indiqué une transfusion sanguine. Les suites opératoires étaient simples et elle sortait de l'hôpital à J5 de l'intervention

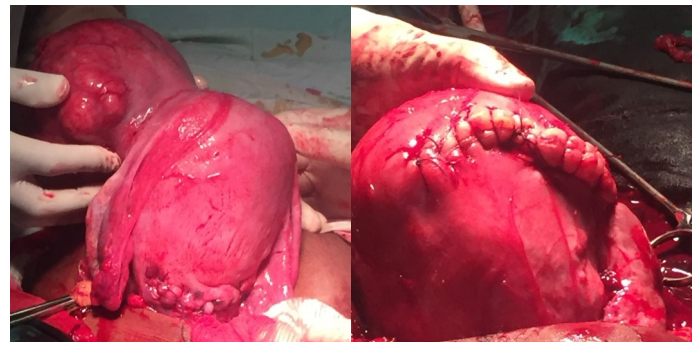


Figure 1: Aspect de l'utérus: A gauche après la césarienne ; A droite: après l'ablation du myome.

(*Figure 1: Aspect of the uterus: At the left: After the caesarean section. At the right: After the removal of the myoma*)

DISCUSSIONS: La myomectomie au cours de la césarienne peut être réalisée sans beaucoup de complication en fonction de sa localisation [7]. L'avantage n'est pas seulement économique (un surcoût d'une nouvelle intervention en cas de myomectomie plus tard) mais également organisationnel (le ventre est déjà ouvert). Une méta-analyse réalisée par une équipe en Grèce recensant 2301 myomectomies au cours de la césarienne contre 1599 césariennes seules sur un utérus myomateux a montré que les seules différences statistiquement significatives étaient la longueur de l'intervention et la baisse relative du taux d'hémoglobine. Par contre il n'y avait pas de différence quant aux transfusions sanguines, aux fièvres post-opératoires [8]. Une autre étude à Miami sur 91 myomectomies avec césarienne contre 60 césariennes sans myomectomie a même montré que ni la baisse de l'hémoglobine ni le besoin en transfusion n'était plus important dans le premier groupe [5]. Les facteurs qui pourraient augmenter les pertes sanguines étaient le nombre multiple de myomes enlevé et la localisation cornuale [5]. Pour notre cas il s'agissait d'un gros fibrome unique. Les fibromes localisés à la face antérieure du segment inférieur, beaucoup d'obstétriciens réalisent la myomectomie avant l'extraction fœtale pour plus de facilité, mais la littérature montre que

Correspondance: Docteur Rakotomahenina Hajanirina
 CHU- Tambohobe Fianarantsoa (Madagascar)
 tél : +261 34 38 022 92
 E-mail: rakotomaheninah@gmail.com

même les fibromes intra-muraux au corps peuvent être enlevé si l'opérateur a de l'expérience [9]. Notre première myomectomie a été décidée avec la patiente au cours de sa grossesse car le fibrome était plus grand que la tête fœtale. Parmi les complications obstétricales habituelles de fibrome utérin, on retrouve la fausse couche, l'accouchement prématuré dû à la distensibilité limitée de la paroi utérine, l'hémorragie du post partum mais également la nécrobiose aseptique [2]. Aucune de ces complications n'était observée chez elle car dans beaucoup de cas la grossesse se déroule normalement [10]. Lors de l'intervention nous avons opté pour la ligature vasculaire avant la myomectomie pour limiter le saignement [11]. Cette technique est essentiellement utilisée dans le traitement chirurgical conservateur en cas d'atonie utérine ne répondant pas au traitement médicamenteux [12-13]. Cette technique n'altérant pas la fertilité ultérieure, nous l'avons appliquée afin de minimiser les pertes sanguines et de ne pas recourir à une transfusion sanguine.

CONCLUSION: La myomectomie au cours de la césarienne est une opportunité à saisir pour éviter de réopérer une patiente qui pourrait en bénéficier ultérieurement. L'organisation d'une myomectomie et l'intervention elle-même représente les mêmes complications que celle au cours de la césarienne. Les indications doivent être mûrement réfléchies en fonction de la taille et surtout de la localisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril* 2011;95(7):2204-8
- [2]Fernandez H. Fibromes utérins. *Rev Prat* 2014;64:540-4.
- [3]Rakotomahenina H, Rajaonarison JJC, Andrianampy HA, Randriambelomanana JA, Brun J-L, Hocke G. Evaluation du pronostic obstétrical après myomectomie au service de gynécologie obstétrique au CHU Bordeaux. *Journal Malgache de Gynécologie-Obstétrique* 2016;2:19-24.
- [4]Sparić R, Malvasi A, Kadija S, Babović I, Nejković L, Tinelli A. Cesarean myomectomy trends and controversies: an appraisal. *J Matern Neonatal Med* 2017;30(9):1114-23.
- [5]Akkurt MO, Yavuz, Eris Yalcin S, Akkurt I, Turan OT, Yalcin Y, et al. Can we consider cesarean myomectomy as a safe procedure without long-term outcome? *J Matern Neonatal Med* 2017;30(15):1855-60.
- [6]Sparić R, Kadija S, Stefanović A, Spremović Radjenović S, Likić Ladjević I, Popović J, et al. Cesarean myomectomy in modern obstetrics: More light and fewer shadows. *J Obstet Gynaecol Res* 2017;43(5):798-804.
- [7]Rakotomahenina H, Rajaonarison J, Wong L, Brun JL. Myomectomy: Technique and current indications. *Minerva Ginecol* 2017;69:357-69.
- [8]Pergialiotis V, Sinanidis I, Louloudis IE, Vichos T, Perrea DN, Doumouchtsis SK. Perioperative complications of cesarean delivery myomectomy: A meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2017;130(6):1295-303.
- [9]Kaymak OT, Ustunyurt E, Okyay RE, Kalyoncu S, Mollamahmutoglu L. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89:90-3.
- [10]Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 2001;75:21-5.
- [11]Sparić R, Papoutsis D, Bukumirić Z, Kadija S, Spremović Radjenović S, Malvasi A, et al. The incidence of and risk factors for complications when removing a single uterine fibroid during cesarean section: a retrospective study with use of two comparison groups. *J Matern Neonatal Med* 2019;30:1-8.
- [12]Fournet S. Hémorragies de la délivrance : prise en charge chirurgicale. *J Chir* 2008;145(3):226-33.
- [13]Ducarme G, Bary S, Grossetti A, Bougeois B, Levardon M, Luton D. Prise en charge chirurgicale des hémorragies de

la délivrance : étude rétrospective. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35(12):1209-14.