

MYOMES UTERINS ET GROSSESSE

Dr Jean DUBUISSON

Service de Gynécologie

Hôpitaux Universitaires de Genève

28.06.2019

Département de
gynécologie et obstétrique

INTRANET

INTERNET



DU MERCREDI 26 AU
VENDREDI 28 JUIN
2019

PALAIS DES CONGRÈS
D'ANTIBES JUAN-LES-PINS
FRANCE

17^{ème}

CONGRÈS INTERNATIONAL
DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE
& REPRODUCTION
DE LA CÔTE D'AZUR

HUG



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE



RAPPELS SUR LES MYOMES UTERINS

PREVALENCE ET SANTE PUBLIQUE

- **Tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer**

- **Prévalence : 30% - 70%**

Augmente avec l'âge jusqu'à la ménopause

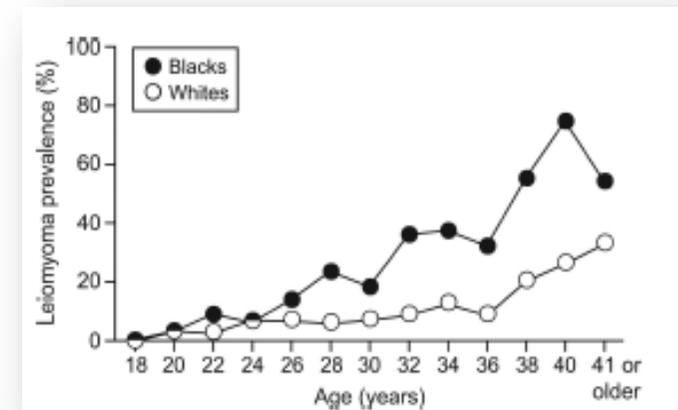
Estimation : environ 24 million de femmes en Europe

- 1^{ère} cause de consultation **entre 40 et 50 ans**
- **Incidence cumulée > 80%** dans la **population afro-américaine** à l'âge de 50 ans

MYOMES UTERINS ET GROSSESSE

Prévalence : 3 à 12 % des femmes enceintes

- **10,7%** dans la cohorte prospective américaine (n=4 271), diagnostic échographique
- 18% si **origine afro-américaine**
- Augmente avec **l'âge maternel**



→ **DONC EN AUGMENTATION**

en raison de l'âge maternel de plus en plus avancé

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'ÉVOLUTION DES MYOMES

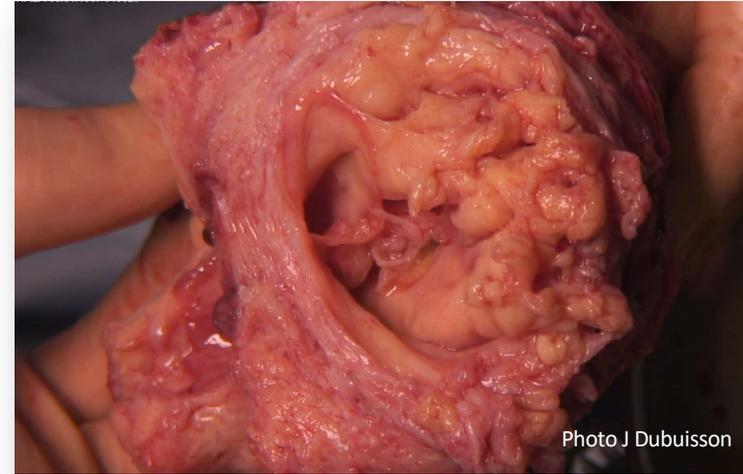
Le plus souvent : AUCUNE !

Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery

Peter C. Klatsky, MD; Nam D. Tran, MD, PhD; Aaron B. Caughey, MD, PhD; Victor Y. Fujimoto, MD

- DÉGÉNÉRESCENCE

Hyaline, kystique, ischémie, ...



- AUGMENTATION DE VOLUME

1^{er} trimestre de la grossesse, parfois **2^{ème} trimestre**, non linéaire, non systématique. Parfois **régression au 3^{ème} trimestre** (si > 5 cm).

The Rapid Growth of Fibroids during Early Pregnancy

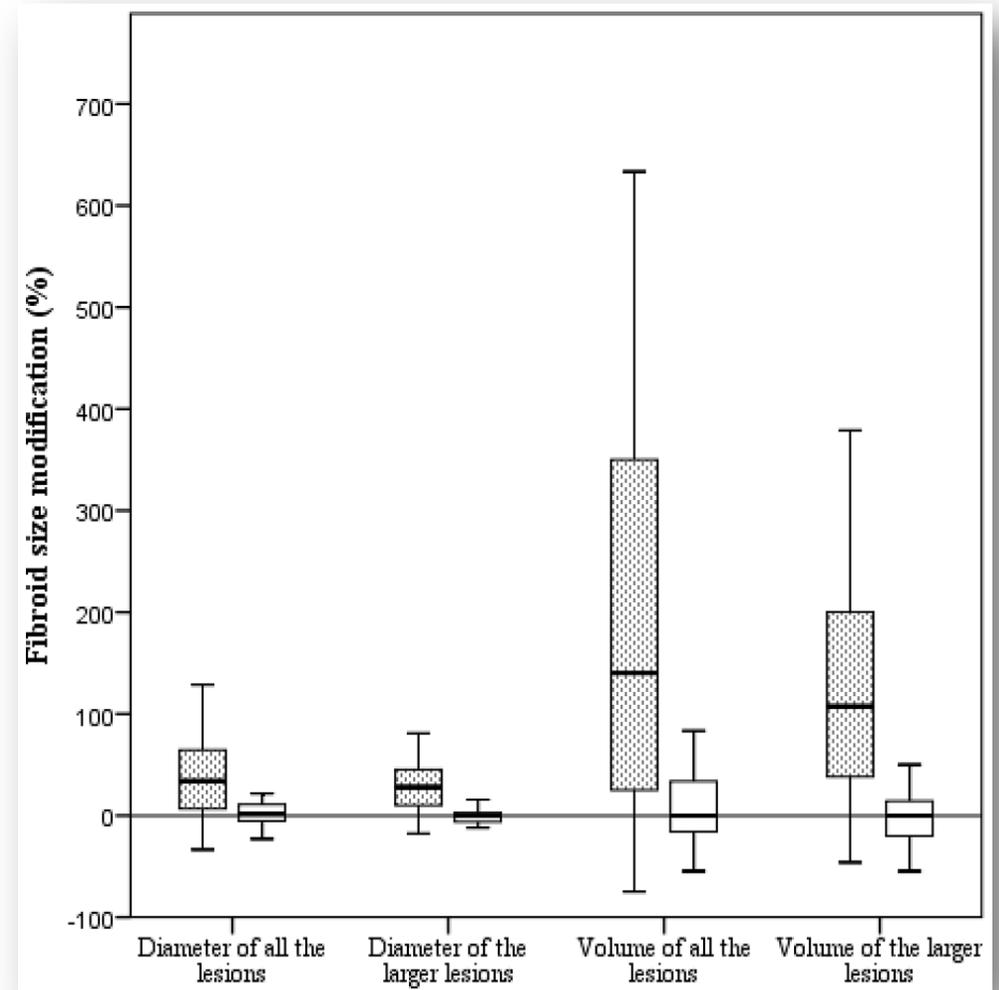
Laura Benaglia^{1*}, Lucia Cardellicchio^{1,2}, Francesca Filippi^{1,2}, Alessio Paffoni¹, Paolo Vercellini^{1,2}, Edgardo Somigliana¹, Luigi Fedele^{1,2}

AUGMENTATION DE VOLUME :

+140% (+23%/+357%) en cas de grossesse

versus 0% (-18%/+37%) (p,0.001)

Rôle de l'hCG versus estrogen ?



COMPLICATIONS

REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY AND INFERTILITY

Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery

Peter C. Klatsky, MD; Nam D. Tran, MD, PhD; Aaron B. Caughey, MD, PhD; Victor Y. Fujimoto, MD

- **DOULEURS PELVIENNES (nécrobiose)**

La plus fréquente des complications, sous la forme d'épisodes douloureux aigus nécessitant une hospitalisation et un traitement IV.

2^{ème} trimestre dans 80% des cas, Incidence variable de 1.5 à 28%

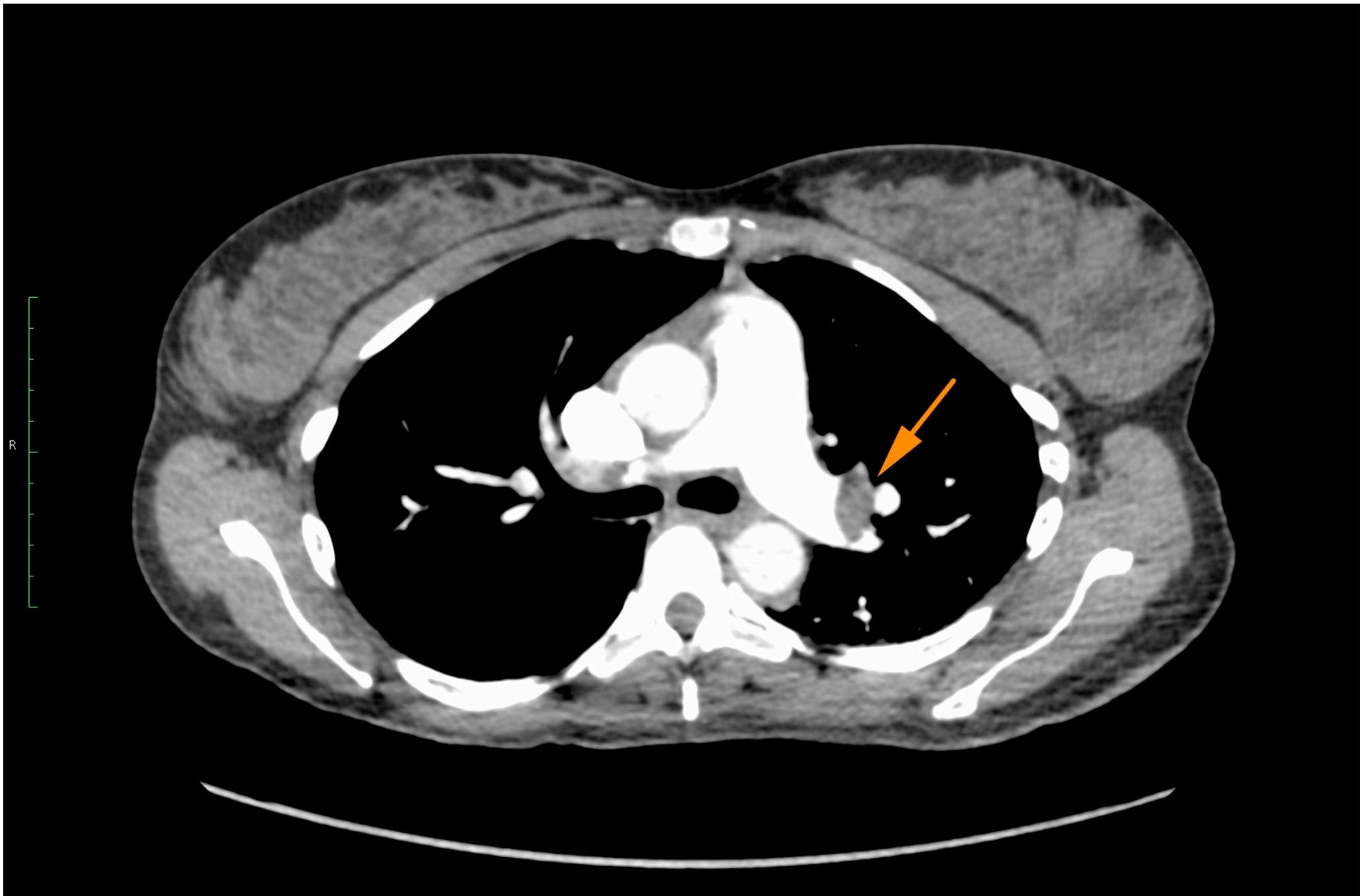
- **SYNDROME DE COMPRESSION**

uretère, vessie, rectum, estomac, veines pelviennes (OMI), sciatalgie

- **TORSION de MYOME PEDICULE**

- **ACCOUCHEMENT PAR LE COL DE MYOME SOUS-MUQUEUX PEDICULE**

- **COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES**



INFLUENCE DES MYOMES SUR L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE

Le plus souvent : AUCUNE !
70% des grossesses se déroulent sans complication

Vitagliano A, 2018, Archives of Gynecol Obstet (revue)

- **PLACENTA PRÆVIA**

OR 2.3 (1.7-3.1)

1.4% vs 0.6%

- **COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES (POST-PARTUM)**

OR 1.8 (1.4-2.2)

2.5% vs 1.4%

- **HYSTÉRECTOMIE D'HÉMOSTASE**

OR 13.4 (9.3-19.3)

3.3% vs 0.2%

- **TRAVAIL DYSTOCIQUE**

OR 2.4 (2.1-2.7)

7.5% vs 3.1%

- **ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ**

OR 1.5 (1.3 - 1.7)

16% vs 10.8%

- **MALPOSITION FCÉTALE (dont siège)**

OR 2.9 (2.6 - 3.2)

13% vs 4.5 %

AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DU TAUX DE
NAISSANCE PAR CESARIENNE
(surtout pour malposition)

48.8% vs 13.3%

OR 3.7 95% CI 3.5 to 3.9

- Toutes les conséquences citées dépendent des **caractéristiques** des myomes :

- **SIÈGE**
- **TAILLE**
- **NOMBRE**

The impact of fibroid characteristics on pregnancy outcome

Sarah-Jane Lam, MBBS, MRCOG; Sunayna Best, MBBS;
Sailesh Kumar, FRCOG, FRANZCOG, DPhil(Oxon)

- **MYOMES SOUS-SÉREUX:**

Taux de prématurité et de RCIU =

Taux d'hospitalisation en cours de grossesse =

Taux de métrorragies du 1^{er} trimestre =

- **MYOMES MULTIPLES:**

Taux d'accouchement prématuré ↗

Taux de césarienne ↗

- **MYOMES DE SIÈGE ISTHMIQUE/CERVICAL :**

Taux d'hémorragie et de pertes sanguines ↗

Taux de césarienne (élective) ↗

- **TAILLE :**

Douleurs au cours de la grossesse (> 7 cm) ↗

Taux d'hémorragie (>10cm) ↗

VOIE D'ACCOUCHEMENT APRES MYOMECTOMIE

Les problématiques des données de la littérature :

- *Séries rétrospectives ou prospectives non contrôlées, hétérogènes, de faible effectif*
- *Critères de tentative d'AVB mal précisés*
- *Centre-dépendant par rapport au management global*

Tentative de voie basse après myomectomie - TVAM

Human Reproduction vol.15 no.4 pp.869-873, 2000

Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy

- Dubuisson JB et al., 2000

100 accouchements après **myomectomie par laparoscopie**

Taux d'épreuve du travail : 72 %

Taux d'AVB : 80,6 %

GYNAECOLOGY

Does the surgical approach used for myomectomy influence the morbidity in subsequent pregnancy?

B. A. KELLY, P. BRIGHT & I. Z. MACKENZIE

Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

- Kelly BA et al., 2008

112 accouchements après **myomectomie (laparotomie, laparoscopie, hystéroscopie)**

Taux d'épreuve du travail : 64%

Taux d'AVB : 77% si déclenchement, **90%** si **travail spontané**

TVAM

LAPAROSCOPIE *versus* LAPAROTOMIE

Gynecol Surg (2014) 11:197–206
DOI 10.1007/s10397-014-0842-8

REVIEW ARTICLE

The risk of uterine rupture after myomectomy: a systematic review of the literature and meta-analysis

J. Claeys · I. Hellendoorn · T. Hamerlynck · J. Bosteels · S. Weyers

3'685 grossesses après myomectomies

- **Laparoscopie** : **93 % AVB** – 7 % de césarienne secondaires

- **Laparotomie** : **88 % AVB** – 12 % de césariennes secondaires

$p = 0.09$ (NS)

Comparaison antécédent de CÉSARIENNE *versus* antécédent de MYOMECTOMIE



Is vaginal delivery possible for patients with myomectomy? Results of a monocentric study

A. Villot ^{a,b,*}, A. Cheret-Benoist ^a, C. Creveuil ^{b,c}, M. Turck ^a, M. Dreyfus ^{a,b}, G. Benoist ^{a,b}

Antécédent de **myomectomie** (laparoscopie ou laparotomie)
versus antécédent de **césarienne**

n = 18 versus 72

Série la plus proche de notre prise en charge actuelle des utérus cicatriciels

Comparaison antécédent de CÉSARIENNE *versus* antécédent de MYOMECTOMIE

Is vaginal delivery possible for patients with myomectomy? Results of a monocentric study

A. Villot^{a,b,*}, A. Cheret-Benoist^a, C. Creveuil^{b,c}, M. Turck^a, M. Dreyfus^{a,b}, G. Benoist^{a,b}

- TENTATIVE DE VB:

56% (TVAM) vs 85% (AVAC) $p .005$

- TAUX D'AVB:

89% (TVAM) vs 74% (AVAC) **NS**

TVAM

Is vaginal delivery possible for patients with myomectomy? Results of a monocentric study

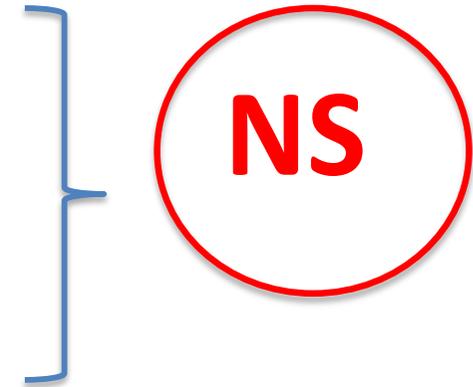
A. Villot^{a,b,*}, A. Cheret-Benoist^a, C. Creveuil^{b,c}, M. Turck^a, M. Dreyfus^{a,b}, G. Benoist^{a,b}

- **FACTEURS PRONOSTIQUES DE RÉUSSITE :**

Antécédent d'AVB

Absence d'effraction de la cavité endométriale

Travail spontané



- Taux de césarienne augmente avec le **nombre de cicatrices d'hystérotomie**

> **3 cicatrices** → césarienne dans 100% des cas

Autres séries hétérogènes en raison des attitudes différentes concernant les AVAC

- TAUX DE TVAM VARIABLE EN FONCTION DES CENTRES (expertise)
- TAUX D'ACCOUCHEMENTS VOIE BASSE ÉLEVÉS SI ÉPREUVE DU TRAVAIL

S. Makino *et al.*

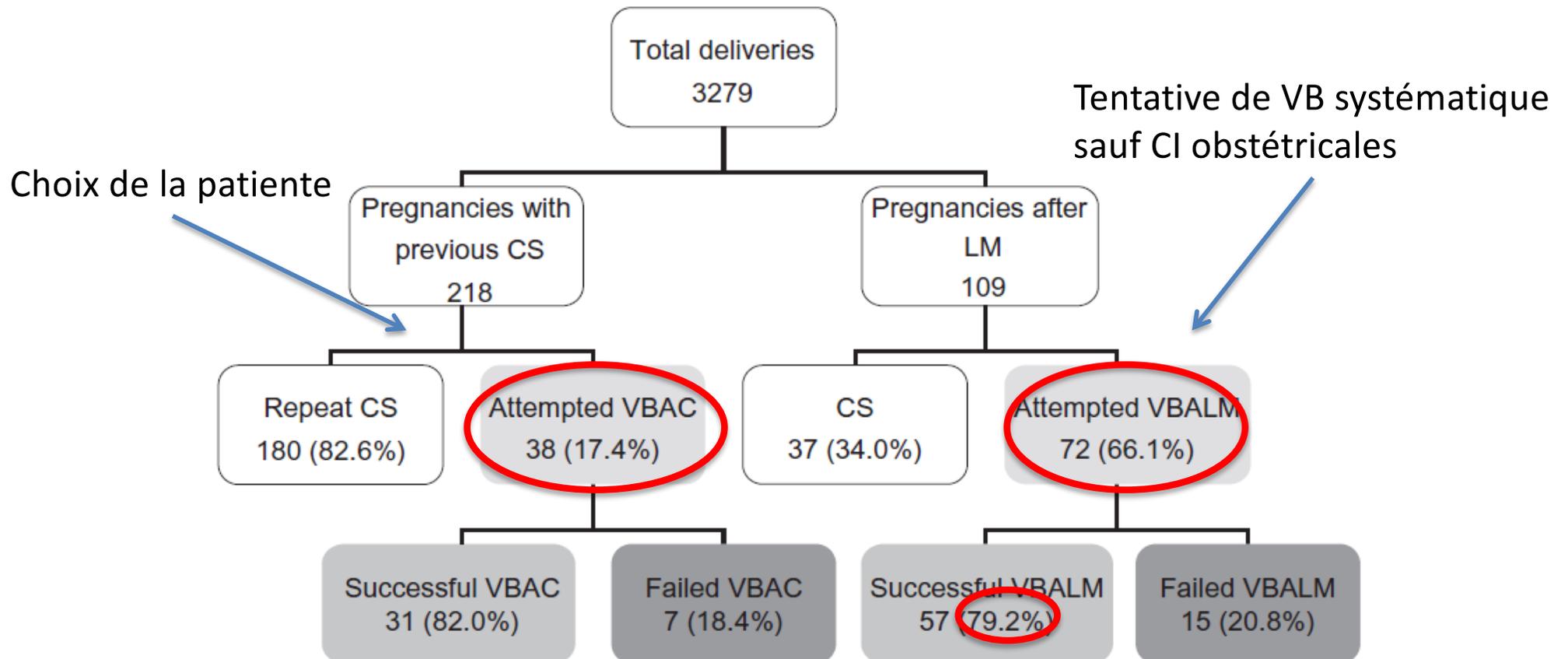


Figure 1 Delivery outcome of vaginal birth after cesarean section (VBAC) and vaginal birth after laparoscopic myomectomy (VBALM). CS, cesarean section; LM, laparoscopic myomectomy.

RUPTURE UTERINE APRES MYOMECTOMIE

- **LAPAROTOMIE: Évènement rare**

236'454 grossesses → 209 ruptures utérines dont **4** en lien avec un antécédent de myomectomie

(Garnet JD, 1964)(Palerme GR, 1964)

→ Environ **2 %** des ruptures utérines

MAIS proportion des “non-CS” ruptures en augmentation +++ : près de **60%** dans séries récentes (Taiwan) avec l'augmentation des césariennes électives systématiques

Chao AS, 2018, PloS One

- **LAPAROSCOPIE: risque augmenté ?**

RUPTURE UTERINE APRES MYOMECTOMIE: PREVALENCE

Gynecol Surg (2014) 11:197–206
DOI 10.1007/s10397-014-0842-8

REVIEW ARTICLE

The risk of uterine rupture after myomectomy: a systematic review of the literature and meta-analysis

J. Claeys • I. Hellendoorn • T. Hamerlynck • J. Bosteels •
S. Weyers

3'685 grossesses étudiées:

2'017 après myomectomie par laparoscopie
705 après myomectomie par laparotomie

484 après **hystéroscopie**, myolyse, ...

479 : procédures non détaillées

29 cas
0.75%

RUPTURE UTERINE: PREVALENCE

- TERME :
28 cas / 29 : rupture AVANT LE TRAVAIL

80 % : **28 - 36 SA**

- VOIE D'ABORD :

Myomectomie par **laparoscopie** : 1.2 %

versus

Myomectomie par **laparotomie** : 0.4 %

$p = 0.119$ (**NS**)

1 cas après myomectomie par hystéroscopie

Gynecol Surg (2014) 11:197-206
DOI 10.1007/s10397-014-0842-8

REVIEW ARTICLE

The risk of uterine rupture after myomectomy: a systematic review of the literature and meta-analysis

J. Claeys · I. Hellendoorn · T. Hamerlynck · J. Bosteels · S. Weyers

RUPTURE UTERINE: FACTEURS DE RISQUES

- Siège: myomes **INTRAMURAUX**
54% des cas

Gynecol Surg (2014) 11:197–206
DOI 10.1007/s10397-014-0842-8

REVIEW ARTICLE

The risk of uterine rupture after myomectomy: a systematic review of the literature and meta-analysis

J. Claeys · I. Hellendoorn · T. Hamerlynck · J. Bosteels · S. Weyers

- Taille: diamètre médian = **5 cm**

- **Type de suture ?**

1 ou 2 plans, type de points, nature du fil ?

- Chirurgie dans un **centre hospitalo-universitaire** *versus* **hôpital périphérique ?**

AUCUN CONSENSUS SUR LES FACTEURS DE RISQUE AUGMENTANT LE RISQUE DE RUPTURE UTERINE

AVIS D'EXPERTS:

- Défect myométrial important avec **suture inadéquate**
- Utilisation excessive de l'**électrochirurgie** à l'origine d'une dévascularisation myométriale
- **Hématome / infection** de la loge de myomectomie

RUPTURE UTERINE: DEVENIR NEONATAL ET PRONOSTIC OBSTETRICAL

Gynecol Surg (2014) 11:197–206
DOI 10.1007/s10397-014-0842-8

REVIEW ARTICLE

The risk of uterine rupture after myomectomy: a systematic review of the literature and meta-analysis

J. Claeys • I. Hellendoorn • T. Hamerlynck • J. Bosteels •
S. Weyers

- Décès néonataux : **33%** (8/24)
- Décès maternels ? **Non** / mal rapportés

PREVENTION DES RUPTURES UTERINES

- AVANT LA GROSSESSE:

- Technique de **suture myométriale** irréprochable
- Utilisation limitée de l'**électrocoagulation**
- Reconnaître une **effraction de la cavité endométriale** et bien la suturer
- Eviter à tout prix **hématome / infection** de la loge de myomectomie

FDRs Hématome = myome de plus de 10 cm, expérience du chirurgien

(Darwish AM, 2005, J Clin Ultrasound)

- **Délai chirurgie – grossesse : 3 MOIS ? 6 MOIS ?**
Planifier une contraception avant la chirurgie avec la patiente

Processus de cicatrisation complet après **12 semaines**

Etudes IRM - US

(Darwish AM, 2005, J Clin Ultrasound)(Tsuji S, 2006, Gynecol Obstet Invest)

Per-op

Post-op

LE RAPPORT OPERATOIRE :

UN CRITERE DE QUALITE

Courant utilisé pour l'hystérotomie, nombre de watts

Effraction/ouverture de la cavité endométriale

Adénomyose associée

Résection de myomètre

Proximité de la portion interstitielle de la trompe

Nombre de plans pour la suture myométriale

Type de fil et de noeuds

Difficultés hémostatiques

Solidité-qualité de la suture

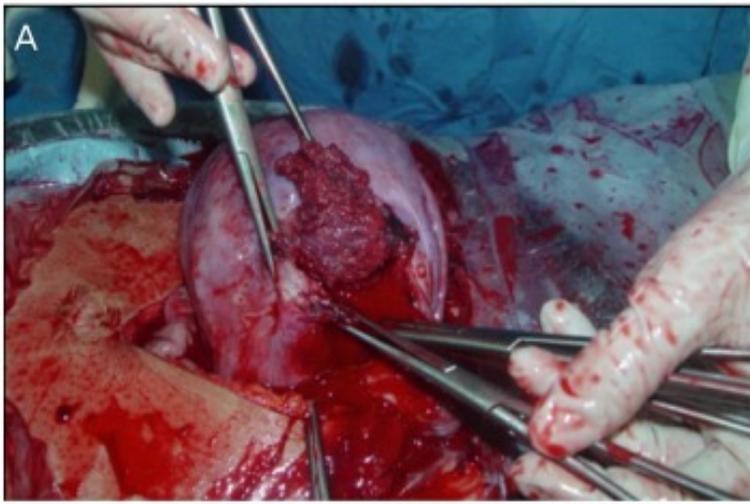
Utilisation d'une barrière anti-adhérentielle

PREVENTION DES RUPTURES UTERINES

- AU COURS DE LA GROSSESSE:

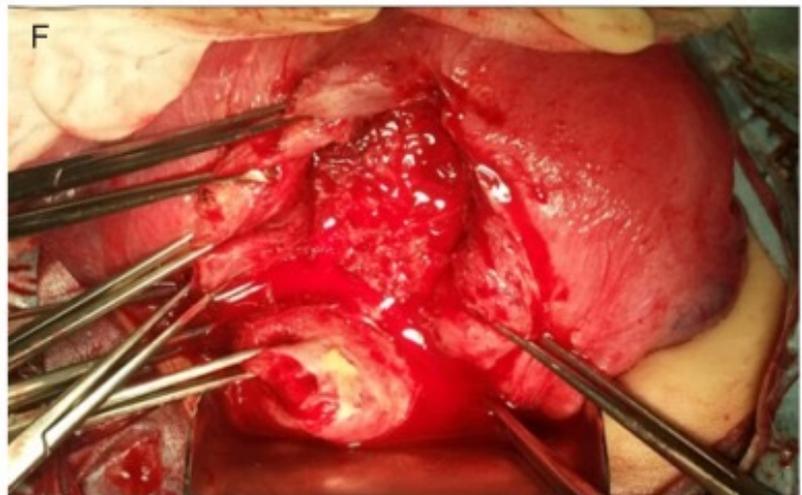
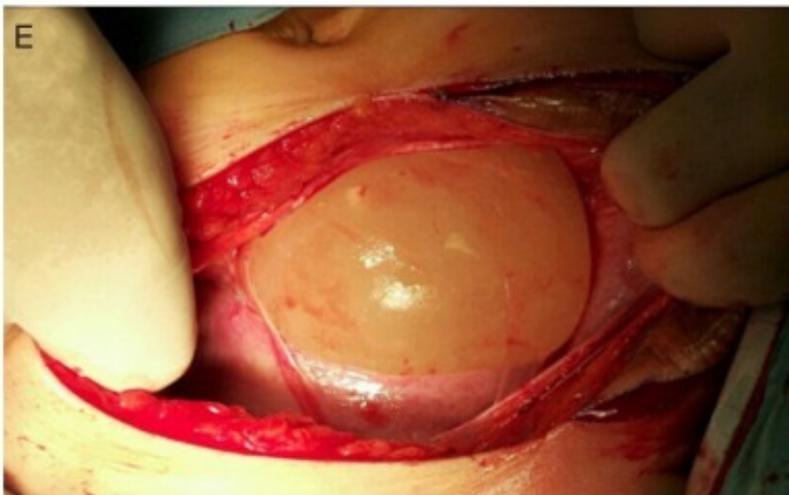
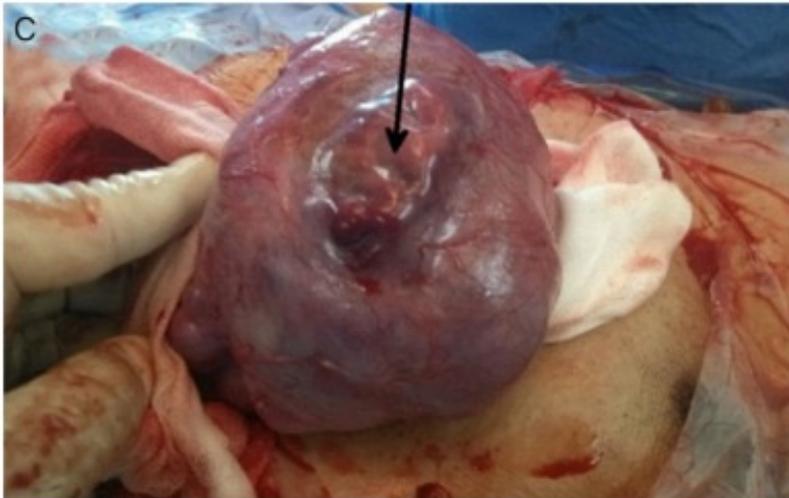
- Evaluation écho de l'épaisseur myométriale dès le 2^{ème} trimestre (si possible)
- Eviter déclenchement du travail
- **Information des patientes:** symptômes, risque d'hystérectomie

CAS CLINIQUES



Uterine myoma

Hee-Sun
Sun-You



Uterine myomec

Hee-Sun Kim¹, S
Sun-Young Jung

CAS CLINIQUE HUG N°1

- 38 ans, G2P1
- 1 AVB en 2003, 3620 g, BS
- **Antécédent de myomectomie en 2013 par laparoscopie.**

Indication de césarienne électorive en cas de grossesse.

- Amenée à **34 SA** pour malaise et douleurs abdominales avec **ETAT DE CHOC.**

- **CESARIENNE EN URGENCE SOUS AG**

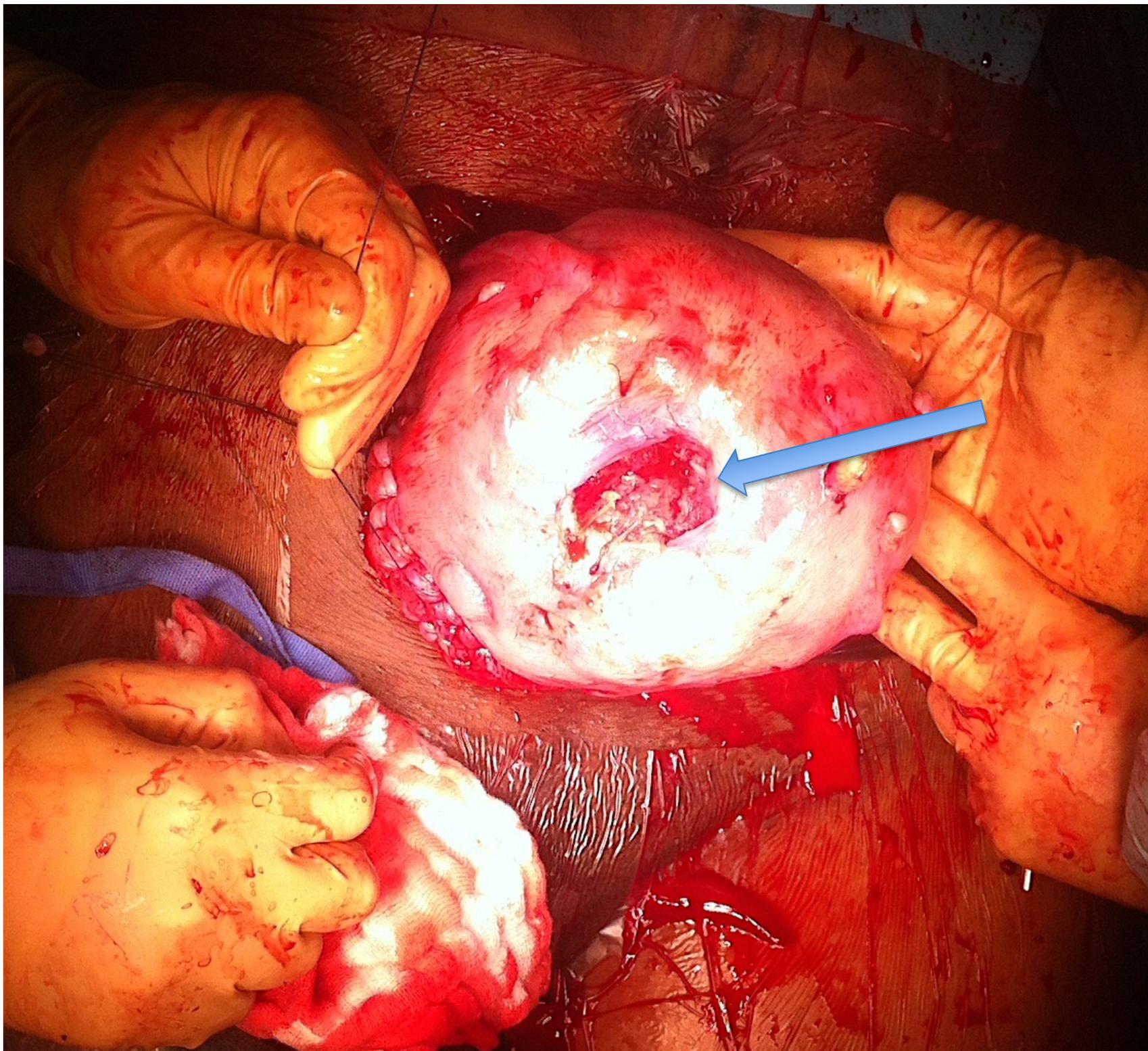
- **RUPTURE UTERINE avec hémopéritoine de 4 litres**

- **Rupture antérieure fundique de 5 cm.**

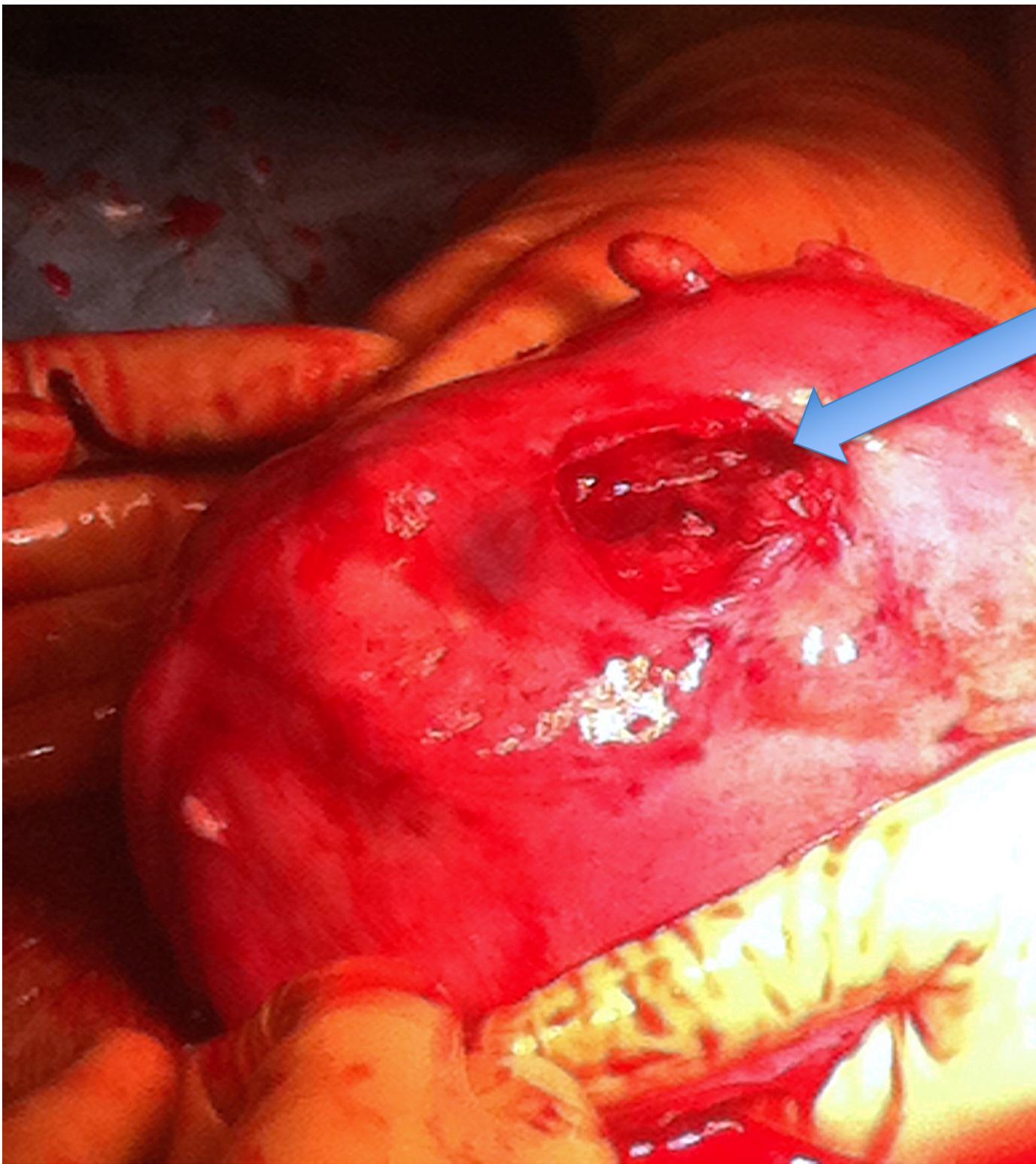
- Naissance d'un garçon de 1820 g, APGAR 3-6-8

- pHa: 6.93, pHv: 6.98

- Transfusion maternelle 6 CG



Photos :
Dre I Eperon,
courtoisie



CAS CLINIQUE HUG N°2

- 34 ans, grossesse triple, spontanée.
- **8 mois auparavant** : antécédent de laparoscopie pour bilan d'infertilité avec « *exérèse d'un petit myome utérin en position fundique par électrocoagulation* ».
- **Syndrome douloureux abdominal à 22 SA**
- **Hospitalisation pour RPM à 28 SA puis travail spontané à 30 SA.**
- **CÉSARIENNE en urgence:**
Découverte après l'extraction d'une **RUPTURE FUNDIQUE SUR 10 CM**, ancienne, avec collection hématique et nécrotique organisée.
- **HPP:** 2 litres, 2 CG

CONCLUSION (1)

LE MANAGEMENT DES GROSSESSES APRÈS MYOMECTOMIE N'EST PAS STANDARDISÉ

- ANAMNÈSE reste essentielle:
il faut reconnaître les situations potentiellement à risque
 - Rechercher un **antécédent de chirurgie utérine** et notamment de **myomectomie**
 - Récupérer le **rapport opératoire** et le détail des **suites opératoires** (complications ?)

CONCLUSION (2)

- AVANT LA GROSSESSE : Qualité de la suture ?
 - Intérêt d'un **2^{ème} look laparoscopique** avec test au bleu intracavitaire ?
 - Intérêt de l'**IRM pelvienne** - de l'US ?
 - HSG → non

CONCLUSION (3)

- **PENDANT LA GROSSESSE:**

- Connaître et reconnaître précocément les **signes de rupture** / pré-rupture utérine : **AVANT LE TRAVAIL ++**
- **Informé le couple** (cf AVAC mais avec ses spécificités)
- Rechercher des signes d'anomalies de **placentation** (US)
- Problématique du déclenchement sur utérus cicatriciel et du terme dépassé
- Vigilance accrue pour la **délivrance**

VOIE D'ACCOUCHEMENT APRES MYOMECTOMIE

= DISCUSSION **MULTIDISCIPLINAIRE**

= DECISION **PARTAGEE**

CHIRURGIEN – OBSTETRICIEN – PATIENTE

- Myome unique de moins de 8 cm sans complication post-opératoire, opéré dans de bonnes conditions avec une suture utérine correcte
 - *Quelquesoit laparotomie ou laparoscopie*
 - *Quelquesoit ouverture ou non de la cavité endométriale*

→ TENTATIVE DE VOIE BASSE LEGITIME
si accord de la patiente

MERCI

