

**Aspects Epidémiologiques, Cliniques, et Prise en Charge
Chirurgicale des Fibromyomes Uterins au Service de
Gynécologie -Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen-
chu de Conakry 2022**

A.F.M. Soumah

I. Sylla

J.T. Tolno

I. Conté

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Ignace Deen du
CHU de Conakry, Guinée

Bah E.M.

M.H. Diallo

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Donka du CHU
de Conakry, Guinée

A. Diallo

I.S. Baldé

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Ignace Deen du
CHU de Conakry, Guinée

D.W.A. Léo

Telly Sy

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Donka du CHU
de Conakry, Guinée

[Doi:10.19044/esj.2023.v19n33p154](https://doi.org/10.19044/esj.2023.v19n33p154)

Submitted: 09 October 2023

Accepted: 14 November 2023

Published: 30 November 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Soumah AFM, Sylla I, Tolno JT, Conté I, Bah EM, Diallo M.H. Diallo A, Baldé IS, Léo DWA. & Sy T. (2023). *Aspects Epidémiologiques, Cliniques, et Prise en Charge Chirurgicale des Fibromyomes Uterins au Service de Gynécologie -Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen-chu de Conakry 2022*. European Scientific Journal, ESJ, 19 (33), 154.

<https://doi.org/10.19044/esj.2023.v19n33p154>

Résumé

Introduction : L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, et la prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de

Conakry en 2022. Méthodologie: Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, allant du 1er Mai au 30 octobre 2022 soit une période de six (6) mois. Ont été étudié les variables épidémiologiques, cliniques et la prise en charge. Les données ont été collectées à l'aide de la fiche d'enquête préétablie et prétestée. Le logiciel SPSS version 21 a été utilisé pour l'analyse des données. Résultats : les interventions chirurgicales pour fibromyome utérin ont occupé 55,47% (76/137) des activités chirurgicales pour pathologie gynécologique. L'âge moyen de nos patientes était de 38,38 ±9 ans avec les extrêmes 22 et 70 ans, la tranche d'âge la plus représenté était celle de 31-39 ans avec la proportion de 43,40%. Les nullipares étaient les plus représentées 48,68% (37/76). Il s'agissait des femmes non scolarisées 42,10% (32/76), en foyer 73,30% (56/76), exerçant une profession libérale 40,80% (31/76). Cliniquement, le volume utérin simulant une grossesse de 12- 20 SA était le motif de consultation le plus représenté 72,40% (55/76), puis la ménorragie 28,53% (55/76), la classification de FIGO à l'échographie a été réalisée dans 9,21% (7/76). Utérus polymyomateux était l'indication opératoire la plus rependue 65,79% (50/76), le traitement conservateur (myomectomie) a été dans 64,47% (49/76) des cas, par contre le taux d'hystérectomie n'était pas négligeable 35,52% (27/76) et les complications per opératoires ont été marquées par l'hémorragie (23,15%). Le nombre moyen de noyaux myomateux énucléés était de 7. Il y a une effraction accidentelle de la cavité utérine chez 15 patientes (15,78%). L'anémie était la complication post opératoire immédiate la plus fréquente dans 5,26% (4/76) des cas et la transfusion sanguine a été réalisée chez 43,40% de nos malades. Aucun décès n'a été enregistré. Conclusion : Le traitement conservateur pour la prise en charge du fibromyome utérin constitue une option salutaire pour les femmes en âge de procréer.

Mots-clés: Fibromyome, Épidémiologie, Traitement chirurgical, Guinée

Epidemiological, Clinical Aspects, and Surgical Management of Uterine Fibromyomas in the Gynecology-Obstetrics Department of the Ignace Deen National Hospital-Chu of Conakry 2022

A.F.M. Soumah

I. Sylla

J.T. Tolno

I. Conté

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Ignace Deen du
CHU de Conakry, Guinée

Bah E.M.

M.H. Diallo

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Donka du CHU
de Conakry, Guinée

A. Diallo

I.S. Baldé

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Ignace Deen du
CHU de Conakry, Guinée

D.W.A. Léo

Telly Sy

Service de gynécologie obstétrique de Hôpital National Donka du CHU
de Conakry, Guinée

Abstract

Introduction: This paper focuses on studying the epidemiological, clinical aspects, and surgical management of uterine fibromyomas in the Gynecology-Obstetrics Department of the Ignace Deen National Hospital of the Conakry University in 2022. **Methodology:** This was a cross-sectional descriptive study, running from May 1 to October 30, 2022, within a period of six (6) months. Epidemiological, clinical, and management variables were studied. The data was collected using the pre-established and pre-tested survey form. SPSS version 21 software was used for data analysis. **Results:** Surgical interventions for uterine fibromyoma occupied 55.47% (76/137) of surgical activities for gynecological pathology. The average age of our patients was 38.38 ±9 years with the extremes of 22 and 70 years. The most represented age group was that of 31-39 years with the proportion of 43.40%. Nulliparous women were the most represented (48.68% (37/76)). These women were not in school (42.10% (32/76)), in households (73.30% (56/76)), and exercising a liberal profession (40.80% (31/76)). Clinically, the uterine volume simulating

a pregnancy of 12-20 weeks was the most represented reason for consultation (72.40% (55/76)), which is followed by menorrhagia (28.53% (55/76)). The FIGO classification at Ultrasound was performed in 9.21% (7/76). Polymyomatous uterus was the most common operative indication (65.79% (50/76)), while conservative treatment (myomectomy) was in 64.47% (49/76) of cases. On the other hand, the rate of hysterectomy was not negligible (35.52% (27/76)) and intraoperative complications were marked by hemorrhage (23.15%). The average number of enucleated myomatous nuclei was 7. There was an accidental break-in of the uterine cavity in 15 patients (15.78%). Anemia was the most frequent immediate postoperative complication in 5.26% (4/76) of cases, and blood transfusion was performed in 43.40% of our patients. No deaths were recorded. Conclusion: Conservative treatment for the management of uterine fibromyoma constitutes a beneficial option for women of childbearing age.

Keywords: Fibromyoma, Epidemiology, Surgical treatment, Guinea

Introduction

Les fibromes utérins ou léiomyomes utérins sont des tumeurs bénignes développées aux dépens des fibres musculaires de l'utérus. La prévalence mondiale était comprise entre 4,5 et 68,6%. Il touche 70% de femmes en activité génitale. Cependant seules 25% d'entre elles manifesteront la symptomatologie selon Stewart EA et al. (2017). Le mécanisme intime de formation des fibromes utérins est mal connu, le rôle promoteur des œstrogènes sur la croissance tumorale reste admis. Même si les dosages hormonaux plasmatiques d'œstradiol n'objectivent pas d'hyperoestrogenie vraie chez les femmes porteuses de fibrome utérin, la théorie d'une hyperoestrogenie relative prévaut toujours actuellement d'après le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF, 2011), et soutenue par l'absence de développement de fibromes utérins après la ménopause. Les facteurs de risque les plus connus associés au fibromyome sont l'âge, l'obésité, les variations ethniques, la nulliparité et l'infertilité selon Wise LA et al. (2016). Généralement bien tolérés ou latents, la variété des formes anatomiques expliquerait le pluralisme des modes d'expression clinique, 50% des fibromes sont asymptomatiques et sont découverts de façon fortuite au cours d'un examen gynécologique systématique, d'une échographie ou d'une technique d'imagerie pelvienne. La prise en charge du fibromyome utérin a varié, cependant le traitement chirurgical demeure l'approche la plus utilisée Monleón J et al. (2018), et qui a bénéficié au cours des dernières années de l'apport des nouvelles techniques endoscopiques et l'embolisation des artères utérines pour pallier des interventions chirurgicales radicales (Hystérectomie). Le fibromyome utérin est la première indication

d'hystérectomie chez les femmes préménopausées selon Nadine BL et al. (2016). Dans notre contexte africain, le retard de consultation lié au manque d'infrastructures et de personnel spécialisé engendrent parfois des phénomènes de compression liés à l'importance du volume du fibrome utérin. Sa prise en charge chirurgicale étant mutilante, doit tenir compte des caractéristiques cliniques du fibromyome utérin (taille, localisation et nombre), sa symptomatologie et surtout le désir obstétrical de la patiente afin d'avoir un résultat optimal. Bien qu'elle soit une pathologie bénigne la plus fréquente, son impact sur la santé de la reproduction reste énorme ainsi que sa répercussion socio-économique. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins au service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen-CHU de Conakry 2022.

Population et methode

Notre étude a eu pour cadre le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital National Ignace Deen, du CHU de Conakry, il est situé sur la corniche sud au quartier Kouléwondy dans la commune de Kaloum. C'est une maternité de niveau III de la pyramide sanitaire du pays, qui réalise en moyenne par an 4034 interventions chirurgicales parmi lesquelles 270 interventions gynécologiques et 3764 obstétricales.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale d'une période de six (6) mois allant du 1^{er} mai au 30 octobre 2022. Nous avons ciblé toutes les femmes qui ont consulté pour les pathologies gynécologiques, parmi lesquelles nous avons recruté les opérées de fibromyomes utérin.

Nous avons inclus dans l'étude, toutes les patientes ayant été opérées de fibromyome utérin et qui ont accepté de participer à notre étude. N'ont pas été incluses les patientes opérées pour autres pathologies gynécologiques ou celles qui n'ont pas accepté de participer à l'étude. Ont été étudiés les variables se rapportant à l'aspect épidémiologique notamment la fréquence et les catégories socio-professionnelles, clinique associant la circonstance de découverte, paramètres clinique et para cliniques, thérapeutique par indication opératoire, type d'intervention pratiqué.

Les données ont été collectées de façon prospective par l'interview au lit de la patiente par l'examen physique complet, le nombre de noyaux énucléés la prise de la taille et du poids des noyaux myomateux après l'intervention et le dépouillement du registre de compte rendu opératoire à la recherche des particularités comme effraction accidentelle de la cavité endométriale, hémorragie.

Pour la saisie des données, nous avons utilisé l'application KoBoCollect 1.4.3, puis les exportées vers le logiciel SPSS version 21. L'analyse descriptive a consisté à calculer des proportions pour les

variables qualitatives, des moyennes, des médianes et des extrêmes pour les variables quantitatives.

Resultats

Fréquence (texte1)

Au cours de cette étude, nous avons enregistré 76 cas de fibromyome utérin opérés, sur un total de 137 cas de pathologies gynécologiques opérées, soit une fréquence intra hospitalière de 55,47%.

Caractéristiques épidémiologiques (texte2)

- Dans notre série l'âge a varié de 20 à 55 ans, la Moyenne était de $38,38 \pm 9,00$; avec les extrêmes 22 à 70 ans, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-39 ans avec la proportion de 43,40%.
- Les nullipares étaient plus représentées (48,70%) que les multipares (22,40%).
- Nous avons rapporté une fréquence plus élevée chez les femmes non scolarisées avec une proportion de 42,10%. Celles ayant un niveau d'étude supérieur n'étaient pas non plus négligeable car leur proportion atteint les 26,30%.
- Les femmes exerçant une profession libérale étaient plus représentées (40,80%), suivi des ménagères (34,20%), les fonctionnaires dans notre série ont constitué 25%.
- Les femmes mariées étaient majoritairement plus nombreuses 73,30%.

Antécédent personnel de la femme (texte 3)

- Les antécédents de fausses couches spontanées (FCS) ont constitué le signe révélateur de certains fibromyomes. Dans notre série, les femmes sans antécédent de FCS ont représenté 67,10%, par contre nous avons relevé la fréquence de 19,70% pour celles qui ont eu un (1) cas de FCS, plus de trois (3) FCS ont représenté 6,60% avec une moyenne de $0 \pm 1,024$. Les extrêmes ont varié de 0 à 5 FCS.
- Les antécédents chirurgicaux ont été dominés par la myomectomie 10,52%, appendicectomie 14,47%, la césarienne 6,57%. Dans notre étude, nous avons retrouvé les femmes qui ne présentaient aucun antécédent médical dans 90,90% des cas.

Période de vie génitale (texte 4)

Pour cette étude, le fibromyome utérin a été retrouvé chez 92,10% de nos patientes en pleine activité génitale contre 7,90% chez les femmes ménopausées.

Répartition des patientes selon la réalisation ou non d'examen complémentaires à visée diagnostique (texte 5).

L'échographie selon la classification de FIGO a été réalisée par 7 de nos malades (9,20%), tandis que 69 malades soit 90,60% n'ont pas réalisé cet examen. Pour l'hystérosalpingographie seulement trois de nos malades ont réalisé soit 3,95% et la majorité n'ont pas réalisé dans 96,05%.

Nous avons réalisé la transfusion sanguine chez 43,40% (33/76) de nos malades et plus de la moitié (56,60%) n'ont pas bénéficié la transfusion (texte6).

Caractéristiques cliniques

Tableau I. Répartition des patientes selon les circonstances de découvertes

Motif de consultation	Effectif (76)	Pourcentage (%)
Hémorragie génitale	55	22,91
Ménorragie	29	12,08
Meno-métrorragie	18	7,5
Sensation de masse pelvienne	45	18,75
Douleur abdomino-pelvienne	39	16,25
Désir de grossesse	25	10,41
Asthénie physique/vertige	07	2,91
Constipation	07	2,91
Sensation de masse dans le vagin	05	2,08
Douleur lombaire	03	0,83
Fausse couche spontanée	03	0,83
Trouble mictionnel	03	0,83
Douleur sciatique	01	0,41
Total	240	100%

NB : une seule patiente peut avoir deux ou trois signes fonctionnels (ménorragie, douleur abdomino-pelvienne, sensation de masse pelvienne)

Tableau II. Répartition des patientes selon les données de l'examen gynécologique

Données de l'examen Gynécologique	Effectif (76)	Pourcentage (%)
Gros utérus	57	34,13
Hémorragie génitale pathologique	60	35,92
Hémorragie génitale normale	19	11,37
Polype accouché/le col	8	4,79
Exocervicite	16	9,58
Zone acidophile	2	1,19
Masse annexielle	5	2,99
Total	167	100%

NB : certaines patientes possédaient deux ou trois signes (gros uterus, saignement, exo cervicite)

Tableau III. Prise en charge chirurgicale

Variables	Effectifs (76)	Pourcentages (%)
Indication de la chirurgie		
Utérus polymyomateux	50	65,79
Fibromyome unique	07	9,21
Fibromyome hémorragique	08	10,50
Fibromyome récidivant	07	9,20
Fibromyome accouché par le col	04	5,30
Type de chirurgie		
Myomectomie	45	59,21
Hystérectomie	27	35,52
Bistournage	04	5,26
Voie d'abord		
Laparotomie	60	78,95
Vaginale	16	21,05
Durée de l'intervention (minutes)		
<30	03	3,90
30-59	18	23,70
60-89	25	32,90
90-119	24	31,60
≥120	06	7,80
Moyenne :79,59± 31,41 ; les extrêmes : 8,00 et 189,00		
Complications per opératoires		
Hémorragie	22	23,15
Efraction de la cavité	15	15,78
Aucune	58	76,32
Noyaux énuclées		
Multiple	42	85,71
Unique	07	14,29
Moyenne :7,14±7,47 ; les extrêmes :1 et40		
Taille des myomes (cm)		
1-5	34	37,80
6-10	34	37,80
11-15	17	18,90
Poids des myomes (g)		
<500	26	53,06
500-1999	20	40,81
≥2000	3	6,12
Moyenne :633,95±776,16 ; Médiane :450 ; les extrêmes : 20 et 4250		
Complications post opératoires		
Anémie	04	5,26
Infection du site opératoire	02	2,63
Aucune	70	92,10

Discussion

Le manque d'équipement coelioscopique et hystéroscopie dans le service ont été la principale limite de cette étude.

Fréquence

La fréquence de FU dans notre série (texte1), était plus élevée que celle rapportée par Baldé IS et al. (2015) en Guinée rapportant un taux de 42,4%, par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales pour cause gynécologique et Mahbouli S et al. (2001), en Tunisie rapportant un taux de 19,1%. La fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer par la fermeture de l'hôpital National Donka ce qui fait que tous les cas gynécologiques s'orientaient vers l'unique centre hospitalier du pays. La fréquence du fibromyome utérin est souvent sous-estimée car seul les fibromyomes utérins symptomatiques opérés sont comptabilisés décrit Cramer et Patel (cité par Razafindrabejab, 2002).

Caractéristiques épidémiologiques (texte2), concernant l'âge, plus de 50% de nos patientes avaient été diagnostiquées au cours de la troisième et quatrième décennies de la vie. Ce constat est similaire aux données de la littérature qui notaient l'apparition du FU après la puberté et un pic élevé aux alentours de 40 ans selon Stewart EA et al. (2017).

À propos de la parité, notre résultat était différent de celui de certains auteurs notamment Laghzaoui Boukaidi et al. (2013) en Algérie, qui ont rapporté 45% de nullipares et de multipares, ce constat pourrait s'expliquer par la différence entre les données physio-anatomiques des femmes noires et celles maghrébines. Cependant, la notion rapportée par Ross et al. (1986) disant que le risque relatif d'avoir un fibromyome utérin diminue avec la parité ne fait pas l'unanimité. La fréquence élevée chez les nullipares pourrait s'expliquer par la relation entre l'infertilité et le fibromyome utérin, du fait du climat d'hyperœstrogénie qui peut être à la base de ce phénomène qui a une importance socio-culturelle surtout dans les pays en voie de développement où les sociétés prônent une politique pro nataliste. S'agissant du niveau d'instruction, notre constat n'était pas superposable avec celui de Sy T et al. (2007), en Guinée rapportant un taux de 52,75% chez les femmes scolarisées contre 47,25% chez celles non scolarisées, il n'existe pas de relation prouvée entre la survenue d'un fibromyome utérin et le niveau d'instruction d'une femme. Cependant les femmes instruites auraient plus accès aux soins médicaux que les femmes non instruites, elles ont recours aux contraceptifs et se marient souvent tard, donc elles sont plus exposées aux effets des œstrogènes. Une patiente sur deux exerçait une profession libérale dans notre série, ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'elles constituent l'essentiel de la population féminine en Guinée selon Diallo MDD et al (EDS, 2012).

Sur le plan matrimonial, trois femmes sur quatre étaient mariées, ce constat reflète les croyances socioculturelles et religieuses de la population guinéenne qui privilégie le mariage.

Caractéristiques cliniques

Les circonstances de découvertes (Tableau I), étaient dominées par : les hémorragies génitales (42,49%) et la masse abdomino-pelvienne (18,75%), circonstances souvent intriquées. Les hémorragies étaient représentées essentiellement par les ménorragies (22,91%), ménométrorragie (12,08%). Baldé et al. (2015) en Guinée ont rapporté une fréquence de 47,45% de ménorragies et les ménométrorragies (30,5%), Kofi et al. (2013) en Côte d'Ivoire ont rapporté une fréquence de 52,60% de ménorragie. Ce constat s'expliquerait par le fait que l'endomètre des femmes porteuses de fibromyome témoigne d'une hyperœstrogénie responsable habituellement d'une hyperplasie de l'endomètre qui est source de saignements et une augmentation de la surface qui saigne.

Par contre Dia A et al. (2003), au Sénégal ont rapporté que l'augmentation du volume de l'abdomen était le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé (96,4%) des cas. Cette différence par rapport à nos résultats pourrait s'expliquer par la différence de vocation entre les services d'études (chirurgie au Sénégal et Gynéco-obstétrique chez nous). Les patientes présentant une masse abdomino-pelvienne ont plus tendance à recourir aux services de chirurgie qu'à la maternité et inversement pour celles qui présentent des hémorragies génitales.

À propos de l'antécédent personnel de la femme (texte 3), la fausse couche a occupé une place importante et a révélé le myome dans 19,70% des cas alors que sa part a été diversement appréciée dans la littérature entre 12 et 41% selon Marshall LM et al. (1997). Près de 11% de nos patientes avaient eu un antécédent de myomectomie. Dans une série Canadienne en 2007, les auteurs ont rapporté la probabilité cumulée de récurrence de léiomyomes au cours de la période de suivi, soit 11,7% après 1 an, 36,1% après 3 ans, 52,9% à 5 ans, et atteint 84,4% à 8 ans d'après Fuldeore MJ et al. (2017). En revanche le taux de récurrence des fibromyomes dans les études africaines était difficile à évaluer à cause du suivi des patientes.

La quasi-totalité de nos patientes étaient en activité génitale (texte 4). Dans la littérature, il est rapporté que le risque de fibromyome utérin est multiplié par dix chez les femmes sexuellement actives comparées aux ménopausées suite à l'arrêt de la production d'œstrogène à la ménopause selon Marsh E et al. (2018). Cela dénoterait le rôle des hormones stéroïdes gonadiques féminines dans la stimulation de la croissance du fibromyome. Par rapport aux données de l'examen gynécologique (Tableau II). La taille utérine de nos patientes était en moyenne compatible avec une grossesse de 18 SA à

l'examen clinique. Ce résultat était similaire à celui de Okobgo et al. (2011) au Nigéria. Cette grosse taille du fibromyome dans notre étude serait probablement liée à la première consultation tardive des femmes. La prédominance du gros utérus et de l'hémorragie génitale ont été également rapporté dans les études de Sy T et al. (2007), de Razafindrabejab et al. (2002). Les examens complémentaires à visée diagnostique disponibles (texte 5), toutes nos patientes avaient réalisé l'échographie, cependant 10% d'entre elles avaient un compte rendu avec la classification de FIGO. Malcolm G. Munro et al. (2011). ont démontré l'intérêt de cette de classification pour améliorer la communication entre le clinicien et l'agent qui avait réalisé cet examen pour une meilleure prise en charge des patientes Ce taux faible dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires de soins n'ont pas tous adopté ce nouveau système de classification d'où la nécessité d'une formation des prestataires en échographie, quant à l'hystérosalpingographie, sa réalisation était faible dans notre série, Baldé IS et al. (2015). Ont rapporté dans leur série 4% de réalisation de cet examen, ce constat s'expliquerait par le cout de l'examen qui n'était pas à la bourse de tout le monde. L'imagerie par raisonnance magnétique (IRM) et l'hystérocopie n'ont pas été réalisées dans notre service faute d'équipement. Dia A et al. (2003) au Sénégal, rapportant la réalisation de l'échographie abdomino-pelvienne dans 42,28% des cas et de l'hystérosalpingographie dans 12,14%. Contrairement à Laghzaoui M et al. (2001) au Maroc, rapportant la réalisation de l'échographie abdomino-pelvienne chez 100% des cas dans sa série.

Prise en charge chirurgicale

Les indications opératoires (Tableau III), ont été dominées dans plusieurs études par les gros utérus polomyomateux Baldé IS et al. (2015) en Guinée et de Laghzaoui M et al. (2001) au Maroc. Le service ne disposant pas de la coelioscopie et endoscopie, la laparotomie était la seule voie d'abord utilisée. La myomectomie a été le geste chirurgical le plus fréquent à cause du désir de procréation chez la majorité des patientes. Le même constat a été fait par Baldé IS et al. (2015) en Guinée et Laghzaoui M et al. (2001) au Maroc qui ont rapporté respectivement 71,82%, 60% de myomectomie.

Le diamètre moyen des myomes était de $10\text{cm}\pm 2$ au cours de cette étude.

Selon Chalal et al. (2013) en Algérie, la plupart des noyaux myomateux énuclées (70,99%) un diamètre $< 6\text{cm}$. Ceux dont le diamètre varie entre 6 et 10 cm représentaient 20,28% et seulement 8,73% des myomes avaient un diamètre $> 10\text{cm}$. Au cours de son étude sur la chirurgie des fibromes utérins au CHU de Yopougon, Koffi ABD et al. (2013) a enregistré des gros utérus contenant entre 5 et 30 noyaux myomateux de taille variable. D'après Okogbo et al. (2011) au Nigéria, la majorité (79,9%) des patientes

opérées présentaient des léiomyomes multiples de différente taille. Le même constat a été fait par Davis BJ et al. (2009)

Le poids moyen des myomes était de 633 ± 776 g dans notre série.

Au cours de cette étude, l'hystérectomie a été réalisée chez les patientes ménopausées ou en période de préménopause et chez celles qui ne voulaient plus accoucher. La fréquence d'hystérectomie trouvée (35,52%) était similaire à celle rapportée par Dia A et al. (2003) au Sénégal (35,72%). Cette classification de FIGO a permis de constater la prédominance du myome de type 6 (59,20%) et le type 4 (46,90%).

Javier Monléon et al. (2018) en Espagne, ont rapporté la prédominance sur le type 4 (23,4%). Cette classification qui avait pour intérêt d'améliorer la prise en charge des patientes, n'était pas exploitée dans de nombreux pays Africains y compris en Guinée. Son utilisation a été introduite pour les besoins de la présente étude.

En peropératoire, les complications ont été marquées par les hémorragies comme lors des études de Okogbo et al. (2011) au Nigéria et de Koffi ABD et al. (2013) à Abidjan. Certains auteurs : Davitian C et al. (2005) et Nassif J et al. (2009) préconisaient pour limiter ces pertes sanguines et ces transfusions de poser un garrot au niveau de l'isthme utérin pour contrôler l'hémorragie pendant l'extraction des myomes ou de réaliser une ligature des vaisseaux hypogastriques. D'autres complications non négligeables ont été enregistré au cours de cette étude à type d'effraction accidentelle de la cavité endométriale dans 15,78% des cas.

Plusieurs patientes ont été transfusées (43,40%) à cause d'une part du fait que la majorité avait une anémie en préopératoire et d'autre part à cause des complications hémorragiques enregistrées. Cette fréquence était supérieure à celle rapportée par Okogbo et al. (2011) au Nigéria qui était de 12,8%. Une correction de l'anémie avant l'intervention aurait pu permettre de diminuer cette fréquence de transfusion avec les risques immunologiques et infectieux que cela comporte. Aucun décès n'a été enregistré au cours de notre étude.

Conclusion

La fréquence de la pathologie fibromateuse est importante dans la pratique chirurgicale en Guinée. La prise en charge tardive implique souvent des traitements chirurgicaux mutilants et décevant chez la population féminine jeune. La sensibilisation précoce de celles-ci sur l'avenir obstétrical, réduirait les conséquences socio-économiques dramatiques liées à cette affection.

Considération éthique

Déclaration pour les participants humains :

Cette étude a été approuvée par la faculté des sciences et techniques de la santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry et les principes de la déclaration d'Helsinki ont été respectés.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Baldé, IS., Diallo, BS., Conté, I., Baldé, O., Diallo, MH., Diallo, BC., et al. (2015). Les fibromyomes utérins : aspects épidémiologique, clinique, prise en charge chirurgicale et pronostic au CHU de Conakry. *Rev int sc méd*;17(3) :114-117.
2. Chalal, N. & Demmouche, A. (2013). Profil épidémiologique des fibromes utérins dans la région de sidi bel abbes, Algérie. *Pan African Medical Journal*.15(7) :1-8.
3. CNGOF (2011). Collège national des gynécologues et obstétriciens français. *Abrégé de Gynécologie obstétrique* : 2e édition Masson, Paris, 227-228.
4. Davis, BJ., Haneke, KE., Miner, K., Kowalik, A., Barrett, JC., Peddada, S. et al. (2009). The Fibroid Growth Study: Determinants of Therapeutic Intervention. *Journal of women's health*.18(5) :725-31.
5. Davitian, C., Ducarme, G., Rodrigues, AB., Tigaizin, A., Dauphin, H., Benchimol, M. et al. (2005). Myomectomie : prévention de l'hémorragie. *Techniques chirurgicales Gynécologie*. 41 :66.
6. Dia, A., Beye, S.B., Dangou, J.M., Dieng, M. & woto Gaye, C.T. (2003). Les fibromes utérins à la cliniques chirurgicale de Dakar : à propos de 140 cas opérés en deux ans. *Dakar Médical*. 48(2) :72-76.
7. Diallo, MDD. & Bussangu, MF. (2012). *Archive du ministère du plan, institut national de la statistique, Conakry, Guinée : Enquête démographique et de santé (EDS). Guinée, (Calvelton, maryland, USA : iNS et oRC marco) : 246-247.*
8. Fuldeore, MJ. & Soliman, AM. (2017). Patient-reported prevalence and symptomatic burden of uterine fibroids among women in the

- United States: Findings from a cross-sectional survey analysis. *Int J Womens Health*. 9 :403-11
9. Koffi, ABD., Olou, NL., Fomba, M. & Horo, A. (2013). Chirurgie des fibromes utérins : bilan de cinq années d'activité au service de gynécologie du chu de Yopougon (Abidjan). *Revue internationale des sciences médicales d'Abidjan*.15(2) :95-9.
 10. Laghzaoui, M., Boukaidi, S., Bouhya, S., Hermas, S., Bennani, O., Aderdour, M. et al. (2001). Epidémiologie des fibromes utérins (à propos de 690 cas) *Maroc médical*. 23(4) : 266- 270.
 11. Mahbouli, S., Messaoudi, Y., Chandoul, Y., Zayene, H., Messaoudi, F., Basly, M. et al. (2001). Prise en charge des fibromes utérins (à propos de 219 cas, *Tunisie médicale*, 79(10) : 515-520.
 12. Marshall, LM., Spiegel Barbieri, RL., Goldman, MB. & Manson, SE. (1997). état de variation in the incidence of uterine léiomyome among premenopausal women by age and race. *Obstétrique Gynecol*. 90 : 965-973.
 13. Marsh, EE., Al-Hendy, A., Kappus, D., Galitsky, A., Stewart, EA., Kerolous, M.B. et al. (2018). Prevalence, and Treatment of Uterine Fibroids : A Survey of U.S. Women. *J Women's Health*. 27:1359-67.
 14. Monleón, J., Cañete, ML., Caballero, V., Del Campo, M., Doménech, A., Losada, MÁ. et al. (2018). Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain. An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 226 :59-65.
 15. Munro, MG., Critchley, HOD., Broder, MS. & Fraser, IS. (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non gravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet*.;113 :3-13.
 16. Nadine, BL., Sidik, DA., Simon, DN., Raïssa, K., Eric, K., Esther, A. et al. (2016). Aspects IRM des fibromes utérins dans le bilan pré embolisation en Côte d'Ivoire. *Journal Africain de l'Imagerie Médicale*;8 :1-6.
 17. Nassif, J., Zacharopoulou, C., Cherif, Y. & Wattiez, A. (2009). Traitement chirurgical des fibromes utérins: évolution des techniques opératoires. *Med Reprod, Gynécologie Endocrinologie*. 11(2) :164-9.
 18. Okogbo, FO., Ezechi, OC., Loto, OM. & Ezeobi, PM. (2011). Uterine Leiomyomata in South Western Nigeria : A clinical study of presentations and management outcome. *Afr Health Sci*.;11(2) :271-7
 19. Razafindrabe, J.A., Rabarijaona, M., Rakotoarisoa, B., Randriamaro, B., Sambany, R., Razafindramboa, H. et al. (2002). Les raisons de l'hystérectomie dans un service de Gynécologie et obstétrique. *Méd Afr Nre* , 49. (4) : 166-68.

20. Ross, RK., Pike, MC. & Vessey, MP. (1986). Risk factors for uterine fibroids : reduced risk associated with oral contraceptives British medical journal; 293, 359-62.
21. Stewart, EA., Cookson, CL., Gandolfo, RA. & Schulze-Rath, R. (2017). Epidemiology of uterine fibroids : a systematic review, BJOG An Int J Obstet Gynaecol. (124) :1501-12.
22. Sy, T., Diallo, Y., Diallo, A.B., Diallo, F.B., Touré, A., Keita, N. et al. (2007). Fibromyomes utérins : aspect épidémio-clinique et prise en charge chirurgicale à la clinique de Gynécologie obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry. Annales de l'université de Ouagadougou – série d. (vol.005 juin 2007) : 113- 126.
23. Wise, LA. & Laughlin-Tommaso, SK. (2016). Epidemiology of uterine fibroids : From menarche to menopause. Clin Obstet Gynecol;59(1) :1–31