

# **Recommandation pour la pratique clinique**

**Quoi de neuf dans le traitement des  
fibromes**

**Professeur Henri Marret**

**Tours – 21/06/2012**



**Fra Angélico : que la lumière soit**

# Traitement médical des symptômes associés aux myomes

- **Aucun traitement médical actuellement validé n' est capable de faire disparaître les myomes (NP1) :**
- Pas de traitement médical pour un myome asymptomatique (grade A) ;
- En présence de myome symptomatique (douleur ou saignement) :
  - - les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome (grade C).
  - - Néanmoins les myomes sous-muqueux symptomatiques relèvent en première intention d' une prise en charge chirurgicale et non d' un traitement médical exclusif (grade B).

- Le traitement **progestatif** ne constitue pas un traitement des myomes, mais des ménométrorragies rattachées aux myomes à court ou moyen terme (grade C).
- Le **DIU au levonorgestrel** ou Mirena est validé et peut être recommandé (grade B) pour le traitement des ménométrorragies liées au fibrome .

- Le traitement par acide tranexamique (**exacyl®**, **spotoff®**) ou par **AINS** peut être proposé pour traiter les symptômes rattachés aux myomes (grade B).
- La **Leuproréline** et la **Triptoréline** (analogues de la **GnRH**) sont indiqués:
  - en pré thérapeutique des myomes utérins,
  - associés à une anémie ( $Hg < 8 \text{ g/dl}$ ),
  - si nécessité de réduction de la taille du myome
  - pour faciliter ou modifier la technique opératoire : chirurgie endoscopique, chirurgie vaginale (grade A).
- La durée est limitée à 3 mois. L'adddback thérapie n'est pas nécessaire.

- En l'absence d'AMM il n'y a pas d'indication à ce jour au traitement des myomes utérins par mifépristone ou par **SPRM** (CP8947, Onapristone, CDB 2914, Ulipristal, Asoprisnil) en dehors d'études cliniques de phase 3 ou 4.
- les antagonistes du GnRH, le danazol et les **antiaromatases** n'ont pas leur place en dehors de cas particuliers ou d'études cliniques.

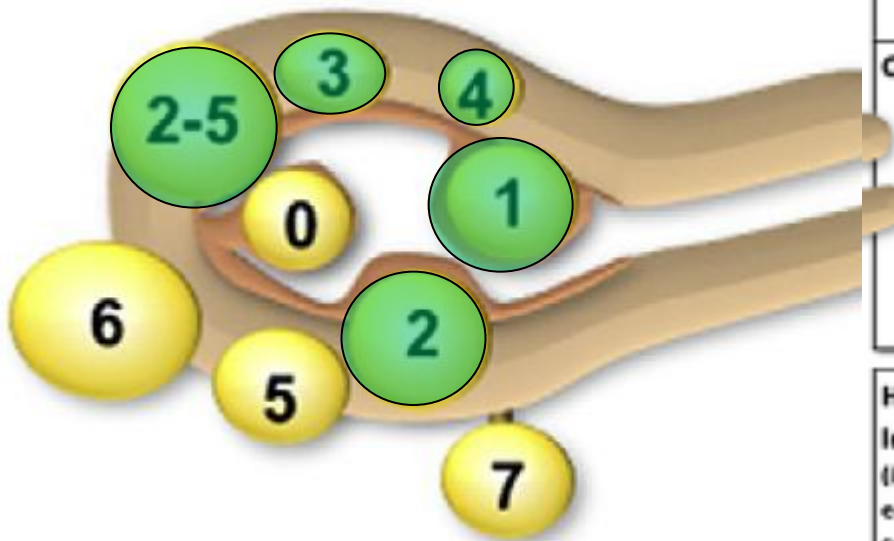
- Les myomes ne sont pas une contre-indication à la contraception œstroprogestative ou progestative, ni à la contraception du lendemain (grade C) ni au traitement hormonal de la ménopause.
- À l'inverse cette contraception n'est pas un traitement des myomes (grade C).

# Myomectomie

- « Un suivi régulier clinique semble raisonnable afin d'évaluer la cinétique de croissance pour les myomes de 10 cm asymptomatiques avant la ménopause. »
- Une association positive entre infertilité et myome (NP2),
- la responsabilité des myomes dans l'infertilité reste à démontrer
- la myomectomie ne modifie pas la fertilité sauf pour les myomes sous muqueux.



# NOUVELLE CLASSIFICATION DES MYOMES



<b>SM - Submucosal</b>	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
<b>O - Other</b>	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserosal ≥50% intramural
	6	Subserosal <50% intramural
	7	Subserosal pedunculated
	8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)
<b>Hybrid leiomyomas (impact both endometrium and serosa)</b>	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below	
	2-5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.

\* Based on the FIGO Classification for fibroids (Munro et al, 2011)

# Pour les myomes sous muqueux

- **La recommandation de 2008 est maintenue : résection hystéroscopique complète en première intention pour les myomes symptomatiques et sous-muqueux de type 0, 1 (grade B) et 2 (grade C) jusqu' à 4 cm (grade C), elle est possible pour les myomes de 4-6 cm.**
- **Lors d' une résection incomplète, la résection en deux temps est recommandée systématiquement pour tous les myomes sous-muqueux.**

# Chez les patientes ayant un désir de grossesse

- La résection des myomes sous-muqueux asymptomatiques mais déformant la cavité est recommandée (grade A).
- Il semble souhaitable :
- d'utiliser une énergie bipolaire
- de réaliser un contrôle hystéroscopique après un cycle pour prévenir ou dépister les synéchies (grade C).
- L'utilisation de gel antiadhérentiel est encore en cours d'évaluation.

# Myome interstitiel et sous séreux

- **Pas de myomectomie en l'absence d'infertilité et de symptômes dans le but d'une grossesse.**
- **Mais devoir d'information de la patiente des risques et des complications inhérents aux myomes concernant la fertilité et la grossesse, mais aussi des complications inhérentes à la chirurgie sur une future grossesse (grade A).**
- **Pas d'arguments pour recommander la pratique d'une myomectomie pendant la grossesse (grade C) devant une pathologie obstétricale  
(saignement, nécrobiose MAP ).**

- **La voie cœlioscopique est recommandée pour les myomes interstitielles et sous-séreux symptomatiques, uniques & de diamètre inférieur à 8 cm (grade C).**
- **La myomectomie par laparotomie est recommandée pour les myomes multiples (> 3) ou mesurant plus de 9 cm (grade C).**
- **L' utilisation d' une barrière antiadhérentielle lors de la myomectomie est recommandée pour éviter les adhérences (grade A).**

# Femme infertile en PMA ou non

- **Pas de recommandation pour le traitement chirurgical des myomes interstitiels sans effet de masse sur la cavité, et sous-séreux asymptomatiques dans l'objectif d'une grossesse chez une femme infertile.**
- **Il convient donc d'évaluer la balance bénéfice risque individuel et d'informer la patiente des risques de la grossesse avec myome et de ceux de la chirurgie avant de poser une indication thérapeutique.**

# En péri-ménopause

- **Si myome sous-muqueux symptomatique et/ou désir de conserver leur capacité de procréation :**
  - le traitement de première intention est la résection hystéroscopique (grade B).**
  - Information du risque de résection partielle, de récurrence et de l'éventualité d'une seconde intervention (grade A).**
- **Si myomes uniques interstitiels et sous-séreux < à 8 cm**
  - la voie cœlioscopique est recommandée pour la réalisation des myomectomies (grade C).**
- **Si myomes multiples (> 3) ou mesurant plus de 9 cm (critères retenus dans la littérature),**
  - la laparotomie est recommandée (grade C) .**

# Hystérectomie

- **L' hystérectomie est le traitement le plus efficace des myomes symptomatiques (NP1) et est associée à un fort taux de satisfaction (NP2).**
- **Lorsqu' elle est possible la voie vaginale ou cœlioscopique doit être préférée à la laparotomie (grade A).**
- **Cette intervention comporte des risques opératoires dont la patiente devra être prévenue (grade A).**



# Après la ménopause

- **La rareté du cancer de l'endomètre associé ou du sarcome ne doit pas faire réaliser une hystérectomie systématique en présence de myomes sauf en cas de syndrome de Lynch.**
- **IRM pelvienne et une biopsie d'endomètre si**
  - **apparition d'un myome à l'échographie,**
  - **augmentation de taille**
  - **apparition de symptômes (grade C).**
- **L'existence d'un de ces trois signes cliniques ou encore plus leur association justifient la réalisation d'un geste chirurgical plutôt que d'une alternative à l'hystérectomie, la morcellation devant être évitée dans cette situation (grade C).**

# Embolisation

- **Sont non recommandés les traitements :**  
**myome unique sous-muqueux intra-cavitaire (type 0 et 1)**  
**myome unique sous-séreux pédiculé (grade C) en raison du risque de complication.**
- **De part son efficacité et sa faible morbidité, elle est une **option thérapeutique** pour les myomes symptomatiques chez la femme sans désir de grossesse (grade A) face à la myomectomie ou à l'hystérectomie.**

- L' embolisation des artères utérines n' est pas le traitement de première intention chez les patientes **ayant un désir de grossesse** (grade C). Les patientes doivent être informées des risques en cas de souhait de grossesse après embolisation (grade A).
- L' embolisation des artères utérines **avant myomectomie** ou hystérectomie (préopératoire ou technique combinée) réduit significativement les saignements peropératoires (NP3) et peut se discuter au cas par cas (grade C).

# Myolyse

- Pour la **myolyse**,
  - aucune technique actuelle ne peut permettre une recommandation,
  - la technique la plus avancée, la mieux contrôlée et la moins agressive est l' HIFU
  - les patientes doivent être incluses dans des protocoles de recherche.
- aucune publication permettant d' autoriser ou d' interdire une myolyse en cas de désir de grossesse (grade C).

# Ligature des artères utérines

- La **ligature cœlioscopique** isolée des artères utérines est une alternative possible mais moins efficace à long terme que l'embolisation des artères utérines (grade B).
- Aucune publication permettant d'autoriser ou d'interdire une ligature cœlioscopique des artères utérines en cas de désir de grossesse (grade C).

# Alternative pour les sous muqueux

- Il est possible d'utiliser les techniques de deuxième génération de destruction de l'endomètre pour traiter les ménométrorragies associées aux myomes sous-muqueux des patientes n'ayant plus de désir de grossesse (grade B). **Une contraception efficace est conseillée (grade C).**

# Hystérectomie subtotale

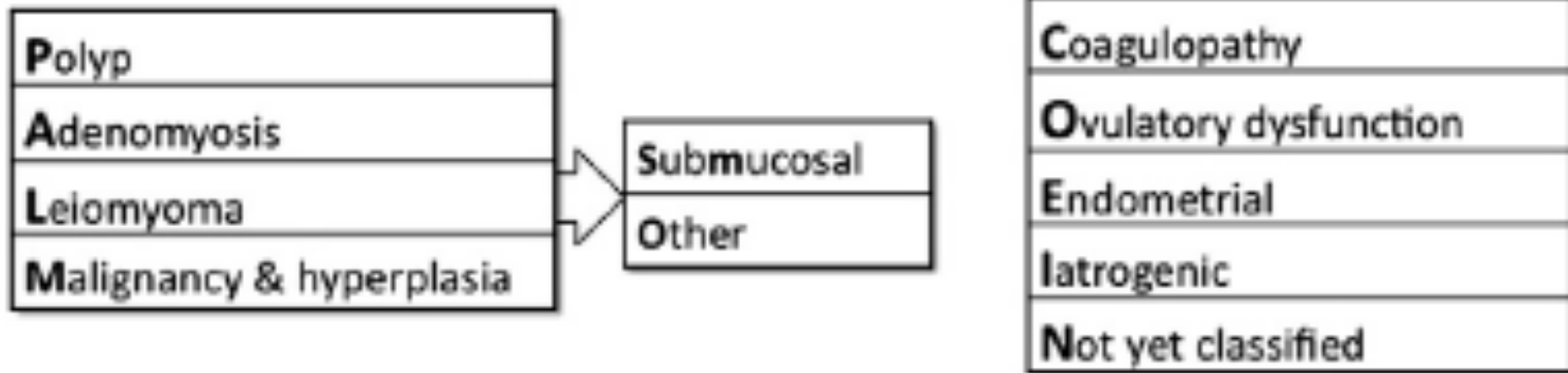
- **Du fait de complications réduites (en laparotomie) ou identiques (en cœlioscopie), l'hystérectomie subtotale est une alternative à l'hystérectomie totale pour fibrome (grade B).**
- **En présence d'antécédent ou de dysplasie cervicale actuelle, il y a indication à réaliser une hystérectomie totale plutôt qu'une hystérectomie subtotale (grade B).**
- **Il n'est pas justifié de réaliser une hystérectomie subtotale plutôt qu'une hystérectomie totale dans le but d'éviter des troubles fonctionnels ou sexuels pelviens (grade A).**

FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age

AUB

Malcolm G. Munro<sup>a,b,\*</sup>, Hilary O.D. Critchley<sup>c</sup>, Michael S. Broder<sup>d</sup>, Ian S. Fraser<sup>e</sup>; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders

International Journal of Gynecology and Obstetrics 113 (2011) 3–13



that the term “heavy menstrual bleeding (HMB)” should replace the term “menorrhagia” for the symptom of excess menstrual bleeding.

Intermenstrual bleeding (IMB) is designed to replace the word “metrorrhagia,”





## Take home messages

Ulipristal : esmya à valider

UAE à proposer

Myolyse à étudier

Pas de myomectomie si infertilité seule

Subtotale possible si nécessaire

Limiter les laparotomies

Contrôle hystéroscopique si désir  
de grossesse

Chirurgie si doute de sarcome