

Fibrome géant compliqué d'une nécrobiose aseptique chez une adolescente de 18 ans : à propos d'un cas

Aurélien I. Malale ¹, Doty K. Wa Malale ¹, Nestor K. Ya Mulenda ¹

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Le fibrome est une tumeur bénigne se développant au dépend du muscle lisse de l'utérus. C'est la tumeur la plus fréquente du tractus génital de la femme qui touche près de 25-40% des femmes en âge de procréer entre 30 et 50 ans. Ce qui signifie que les fibromes sont exceptionnels dans la population pédiatrique et adolescente. Par ailleurs, de façon générale, les fibromes sont asymptomatiques cependant, lorsqu'ils sont soupçonnés, ils peuvent se traduire par : les ménorragies, les douleurs pelviennes, l'augmentation du volume abdominal etc. Dans certains cas rares, un fibrome peut atteindre de volume énorme entraînant ainsi un effet de masse et des complications graves dont les plus fréquentes sont : la compression des organes voisins (effet de masse), la stérilité et l'infertilité, la torsion du fibrome, l'anémie et la nécrobiose aseptique. Cette dernière complication survient souvent dans un contexte gestationnel. Pour ce qui est de notre étude, nous rapportons un fibrome compliqué d'une nécrobiose aseptique dans un contexte extra gestationnel mesurant 12cm de diamètre, pesant 720g chez une jeune fille nulligeste et nullipare âgée de 18 ans et donc dans un contexte extra-gestationnel. Pour ce faire, pour des mécanismes inconnus non seulement le fibrome n'est plus une tumeur intéressant uniquement des femmes au-delà de 30 ans, mais aussi la grossesse ne devrait plus être considérée comme un élément obligatoire au développement de sa nécrobiose aseptique.

Mots-clés : Fibrome géant, Nécrobiose aseptique, Adolescence.

Introduction


Le fibrome est défini comme une tumeur bénigne se développant au dépend du muscle lisse de l'utérus [1]. C'est une tumeur la plus fréquente du tractus génital de la femme [2]. Il touche 25-40% des femmes en âge de procréer [3]. Les études menées en 2011 par Naiditch et al. montrent que les fibromes font souvent leur apparition après 30 ans ; pour ce faire, ils sont exceptionnels dans la population pédiatrique et adolescente. Par ailleurs, de façon générale, les fibromes sont asymptomatiques cependant, lorsqu'ils sont soupçonnés, ils peuvent se traduire par : les

ménorragies, les douleurs pelviennes, l'augmentation du volume abdominal etc. Le diagnostic de certitude se fait à l'examen anatomopathologique alors que le traitement définitif est la chirurgie [4].

Un fibrome peut, dans certains cas, atteindre de volume énorme entraînant ainsi un effet de masse et des complications graves [5]. Les auteurs affirment que parmi ces complications, les plus fréquentes sont : la compression des organes voisins (effet de masse), la stérilité et l'infertilité, la torsion du fibrome, l'anémie et la nécrobiose aseptique. Cette dernière complication survient souvent chez les femmes enceintes porteuses des fibromes [6,7].

Correspondance:

Aurélien I. Malale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 99 33 08 183 - Email: aurelienmalale1@gmail.com
Article reçu: 05-03-2022 **Accepté:** 03-05-2022
Publié: 19-05-2022

 Copyright © 2022 Aurélien I. Malale et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Malale AI, Wa Malale DK, Ya Mulenda NK, Lu. Fibrome géant compliqué d'une nécrobiose aseptique chez une adolescente de 18 ans : à propos d'un cas. Revue de l'Infirmier Congolais. 2022;6(1): 52-55. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2022619>

Non seulement nous ne disposons pas d'assez de données sur les fibromes de la population pédiatrique et adolescente mais aussi les peu d'auteurs qui ont tenté de parler de ce sujet n'ont nulle part fait référence aux complications des fibromes relatifs à la nécrobiose aseptique ; Est-ce parce que cet aspect ne représentait que peu ou pas d'intérêt pour eux Ou simplement parce que aucun cas de nécrobiose aseptique n'a été rencontré dans cette population ? C'est pour cette raison que nous rapportons ici un cas de fibrome utérin compliqué d'une nécrose aseptique chez une fille de 18 ans.

Cette étude vise à décrire un fibrome utérin afin de comparer ses paramètres d'études à ceux des fibromes déjà décrits précédemment par d'autres auteurs.

Observation clinique

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans venue d'urgence consulter au centre de santé et maternité bien Heureux dans la zone de santé de la Rwashi, commune portant le même nom, dans la ville de Lubumbashi en République Démocratique du Congo, pour un saignement génital et une douleur hypogastrique depuis environ 5 ans pour laquelle elle aurait été plusieurs fois soignée pour la fièvre typhoïde sans succès ; environ 4 mois avant la présente consultation, elle aurait constaté des saignements génitaux qui, progressivement devenaient abondants. La persistance et le changement de caractères des symptômes ci-haut cités ont motivé la patiente à venir consulter. Dans ses antécédents, c'est une nullipare, nulligeste, qui ignorait la date de ses dernières règles et qui aurait eu ses ménarches à 11 ans ; avant ces troubles, elle avait un cycle menstruel régulier de 28 jours dont les règles duraient 3 jours sans aucun signe d'accompagnement. Aux compléments d'anamnèse, c'étaient des métrorragies purulentes, malodorantes et de grande abondance accompagnées de la constipation, la pollakiurie et l'asthénie physique.

A l'examen physique nous avons noté un état général altéré par une asthénie physique, une pâleur des conjonctives palpébrale ; sa tension artérielle était à 82/40mmHg, sa fréquence cardiaque à 110 battement par minute alors que sa fréquence respiratoire à 36 cycles par minute. L'examen de l'abdomen a révélé un léger ballonnement abdominal, une perception d'une masse hypogastrique sensible, débordant de deux travers des doigts le bord supérieur des pubis. L'examen de la sphère génitale a révélé un suintement à travers l'orifice hyménéal des sécrétions purulentes et malodorantes ; le toucher rectal a donné un utérus augmenté de volume et de surface régulière. Le diagnostic de présomption a évoqué à partir des éléments cliniques, une infection génitale, une tumeur pelvienne (fibrome, kyste ovarien)

et une grossesse débutante. Pour ce faire, quelques examens para-cliniques ont été demandés et réalisés à savoir : un test de grossesse (négatif), un examen microscopique de produits de sécrétions vaginales (stérile), un dosage d'hémoglobine (5g%), un groupage sanguin (B Rhésus positif) et une échographie pelvienne qui a donné un fibrome de localisation fundique confirmant ainsi le diagnostic.

L'examen de l'abdomen a révélé un léger ballonnement abdominal, une perception d'une masse hypogastrique sensible, débordant de deux travers des doigts le bord supérieur des pubis. L'examen de la sphère génitale a révélé un suintement à travers l'orifice hyménéal des sécrétions purulentes et malodorantes ; le toucher rectal a donné un utérus augmenté de volume et de surface régulière. Le diagnostic de présomption a évoqué à partir des éléments cliniques, une infection génitale, une tumeur pelvienne (fibrome, kyste ovarien) et une grossesse débutante. Pour ce faire, quelques examens para-cliniques ont été demandés et réalisés à savoir : un test de grossesse (négatif), un examen microscopique de produits de sécrétions vaginales (stérile), un dosage d'hémoglobine (5g%), un groupage sanguin (B Rhésus positif) et une échographie pelvienne qui a donné un fibrome de localisation fundique confirmant ainsi le diagnostic.

Dans cet ordre, une laparotomie sous ombilicale a été réalisée sous transfusion de 4500 CC de sang iso-groupe iso-rhésus ; elle a exposé un gros utérus de surface bosselée en postérieur ; après incision fundique postérieure intéressant le paramètre suivie d'une dissection du myomètre, une tumeur sous muqueuse intra-cavitaire a été énuclée avec effraction de la cavité utérine et probablement par nécrose, tout l'endomètre entourant la masse tumorale a été détruit. La suture de l'utérus en deux plans et celle de la paroi abdominale en trois plans ont été réalisées.

L'examen macroscopique de la masse (figure2) a donné une tumeur encapsulée, molle, pesant 720G, mesurant 12cm de diamètre avec une nécrose en calotte de la partie intra-cavitaire. L'examen histologique de la masse tumoral n'a pas été réalisé cependant la description macroscopique renvoi à celle d'un fibrome ayant connu une nécrobiose aseptique. Les suites post-opératoires ont été entachées d'une infection pariétale qui a été maîtrisée par une forte antibiothérapie. La patiente a été libérée 18 jours après l'intervention et le contrôle a été

réalisé 4 mois plus tard donnant ainsi un utérus de volume normal (à l'échographie), un cycle régulier de 28 jours et dont les règles devenues normales ne duraient plus que 4 jours.



Figure 1 Image photographique montrant la manœuvre d'extraction d'un gros utérus fibromateux



Figure 2. Image présentant macroscopiquement le fibrome après énucléation avec nécrose en calotte

Discussion

Bien que les fibromes soient des tumeurs bénignes les plus fréquentes du tractus génital chez les femmes en âge de procréer, il n'est pas impossible de le rencontrer dans les populations pédiatriques et adolescentes. Cette perception épidémiologique rentre les arguments de Nguyen [4] qui, en 2013 pour sa part rapporté un cas de fibrome géant pesant 780g chez une fille de 15 ans ce qui est un peu plus tôt et de taille relativement élevée comparée au cas que nous rapportons chez une fille de 18 ans et qui a pesé 720g. Alors que Bekker [1] en

2004 a fait un rapport sur un fibrome mesurant 25cm de diamètre presque deux fois plus gros que celui dont nous faisons le rapport (12cm), chez une fille encore de 15 ans se manifestant par une métrorragie et une douleur abdominale. Ilham B *et al.* [5], pour leur part, pensent que, un fibrome peut atteindre une taille énorme susceptible d'entraîner un effet de masse (compression des organes voisins) à côté d'autres complications notamment : l'infertilité et la stérilité, la torsion du fibrome, l'anémie et la nécrobiose aseptique. Ces affirmations corroborent avec les aspects que nous avons rencontrés pour notre étude notamment en ce qui concerne la pollakiurie et la constipation (manifestations de la compression des organes voisins), une perception d'une masse hypogastrique, un suintement hyménéal purulent (manifestations de la nécrobiose aseptique) et une anémie. Par ailleurs, Grapsa D *et al.* [2] ont également rapporté un fibrome géant de 30cm de diamètre, une taille bien supérieure à celle dont nous rapportons la description, chez une fille de 16 ans se traduisant presque comme pour notre étude par un trouble des règles et une augmentation du volume abdominal.

Les auteurs ont passé en revue plusieurs paramètres descriptifs des fibromes de la population pédiatrique et/ou adolescente ; de caractéristiques anatomiques en passant par le terrain de prédilection au développement d'un fibrome jusqu'aux complications. Le cas clinique dont nous rapportons la description comporte l'une des complications des fibromes que les auteurs n'ont pas décrites dans la population pédiatrique et/ou adolescente, la nécrobiose aseptique. Cette dernière est sensée, par Pierre Bernard [6] en 2002 soutenu en 2019 par Abbara [7] être le résultat d'une évolution concomitante du fibrome et de la grossesse ; alors que dans notre étude, nous l'avons rencontré chez une fille nullipare et nulligeste et donc dans un contexte extra-gestationnel ; ce qui s'éloigne diamétralement de leur perception.

Conclusion

L'analyse des paramètres ayant fait l'objet de notre étude montre que le fibrome utérin bien qu'il soit très fréquent entre 30 et 50 ans, il doit aussi être prévisible à tout âge de la femme en âge de procréer étant donné la fréquence relativement croissante de ces tumeurs dans la population pédiatrique et/ou adolescente. Il en résulte que devant toute métrorragie associée ou non aux douleurs pelviennes et/ou à un effet de masse chez toute femme en âge de procréer, il s'avère nécessaire de procéder à l'approfondissement de l'examen afin d'exclure un fibrome utérin. Il en va de même pour la

nécrobiose aseptique qui est une complication du fibrome utérin à laquelle on ne devrait pas, selon certains auteurs, s'attendre dans un contexte extra-gestationnel, et bien voilà qu'à partir de notre étude nous pouvons ainsi affirmer qu'il est possible que la grossesse ne soit pas une condition sine qua non à l'évolution d'un fibrome vers la nécrobiose aseptique. Pour ce faire, les études assez élaborées sur les mécanismes de survenue

d'une nécrobiose aseptique dans un contexte extra-gestationnel sont nécessaires afin de lever l'équivoque.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. Bekker G, Gavrilesco T, Rickets-Holcomb L, Puka-Khandam P, Akhtar A, Ansari A. Symptomatic fibroid uterus in a 15-year-old girl. *Int Surg* 2004;89(2):80-2
2. Grapsa D, Smymiotis V, Hasiakos D, Kontogianni-Katsarou K, Kondi-Pafiti A. A giant uterine leiomyoma simulating an ovarian mass in a 16-year-old girl: a case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 2006;27(3):294-6.
3. Nourelhouda Chalal et al. Profil épidémiologique des fibromes utérins dans la région de Sidi Bel Abbès, Algérie. *Pan African Medical Journa.* 2013;15:7.
4. Nguyen-Duc H. Volumineux fibrome utérin chez une adolescente de 15 ans. Myome géant à l'adolescence. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32(8 Pt 1):748-50.
5. Boughaza I, Mhamdi O, Berrada T, Zeraiidi N, Baidada A, Kharbach A. Fibrome utérin géant à propos d'un cas historique et revue de la littérature. *Journal Marocain des Sciences Médicales* 2017 ; 21(2) : 56-58.
6. Bernard P. Les fibromes utérins. Consulté le 23 octobre 2021 et accessible sur : <https://www.sante.ujf-grenoble.fr>
7. Abbara A. Fibrome utérin. Consulté le 23 octobre 2021 et accessible sur : https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/fibrome.html
8. Naiditch JA, Milad MP, Rowell EE. Uterine leiomyoma causing menometrorrhagia with a concomitant mature teratoma in a 15-year-old child: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2011;46(10):E33-6.