

UNICANCER



# Fibromes utérins

Dr Gwénaëlle Boivin- Le Pottier  
Dr Céline Rozel/ Dr Anne Boulic

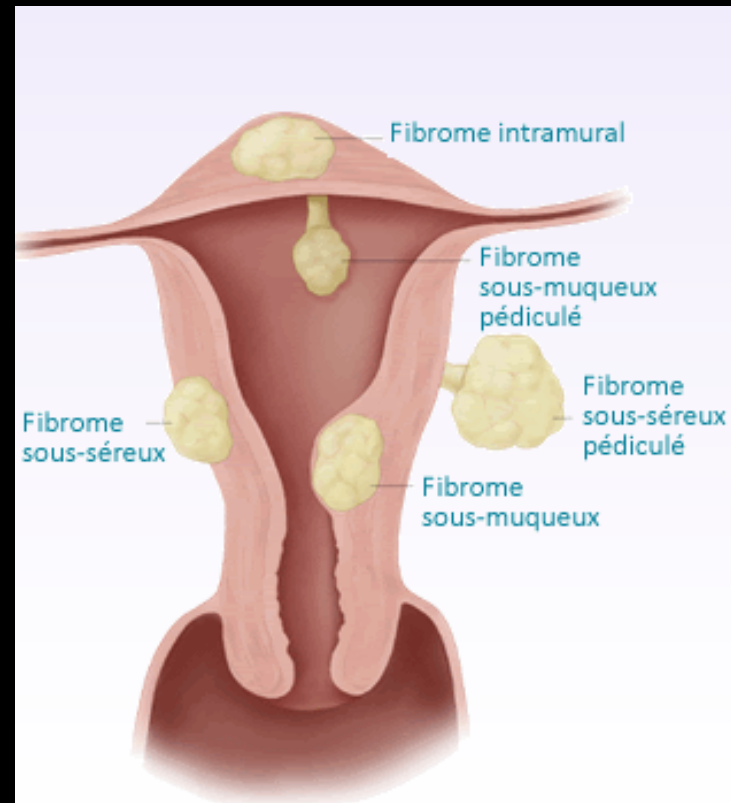
*Centre de lutte contre le cancer de Rennes/ CHU hôpital sud de Rennes*

RENNES – BZH



# Généralités

- Tumeur bénigne
- Développée à partir des cellules musculaires et des fibres conjonctives  
=> myomes
- 20 à 30 % des femmes de plus de 35 ans



# Clinique

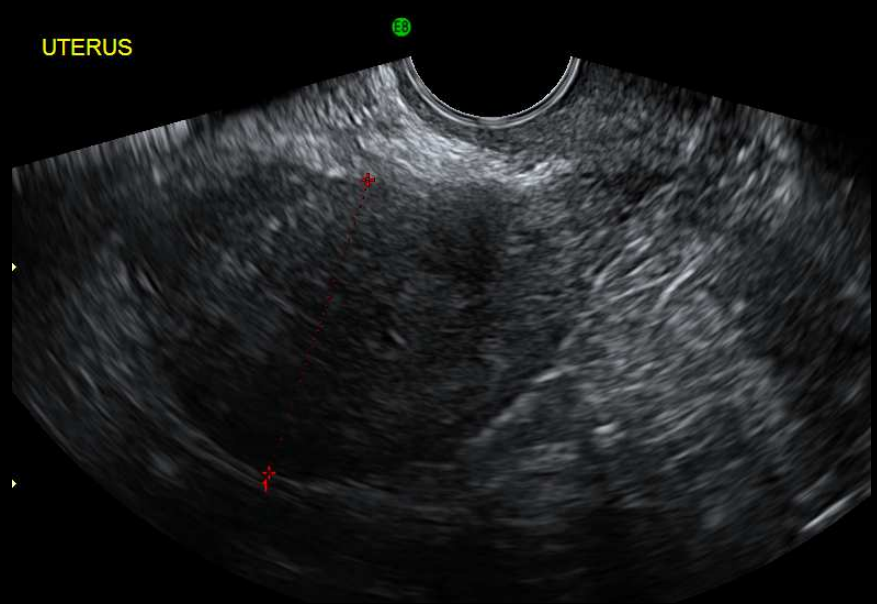
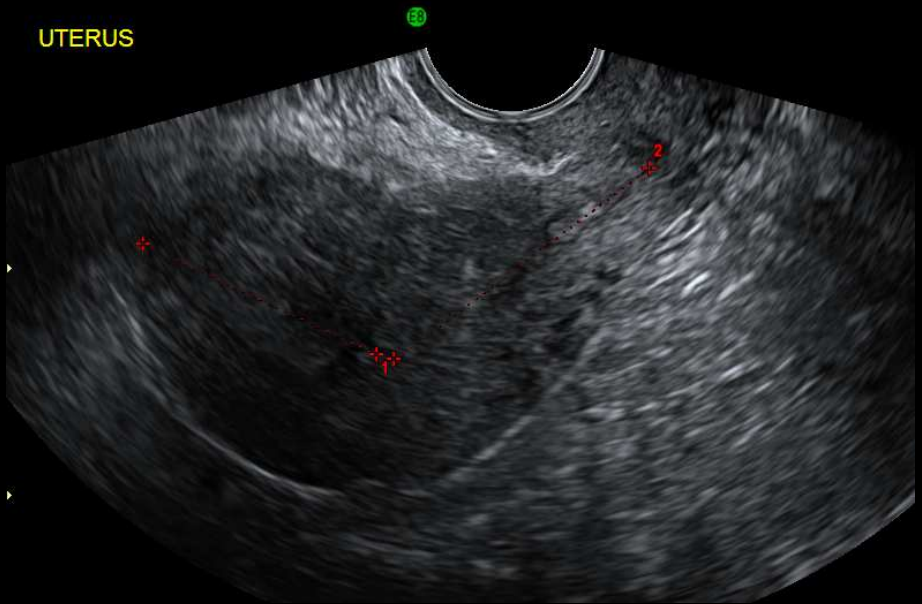
- Découverte fortuite
- Ménométrorragies
  - => recherche d'un myome sous-muqueux
- Douleurs abdominales, pesanteur
  - => liées au volume

# Echographie pelvienne

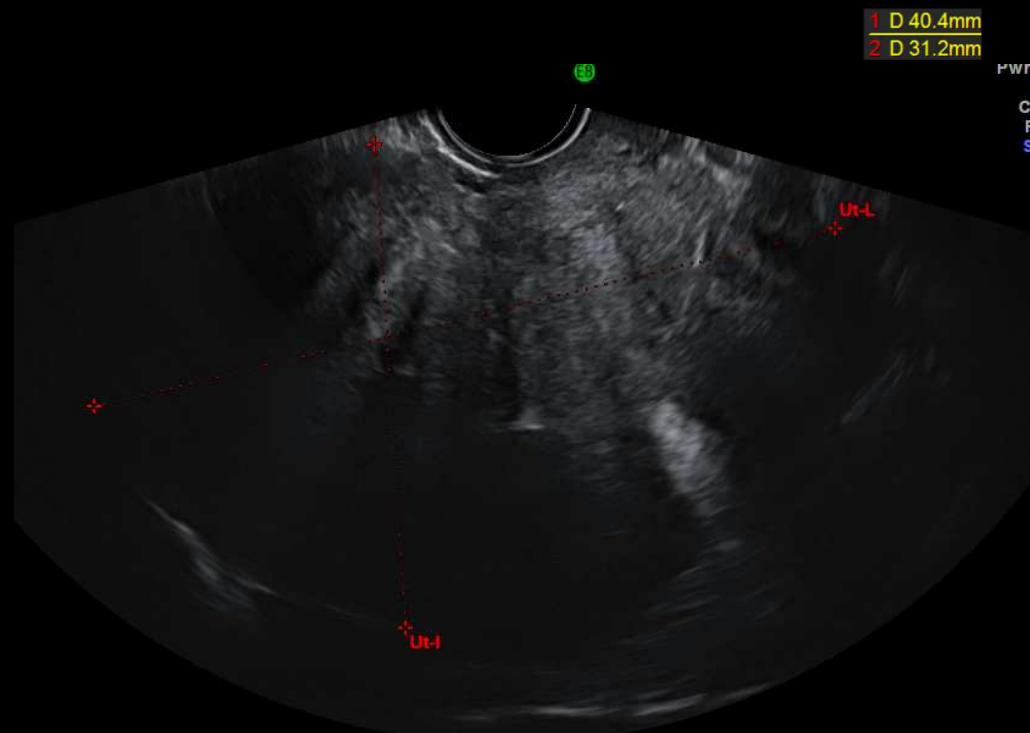
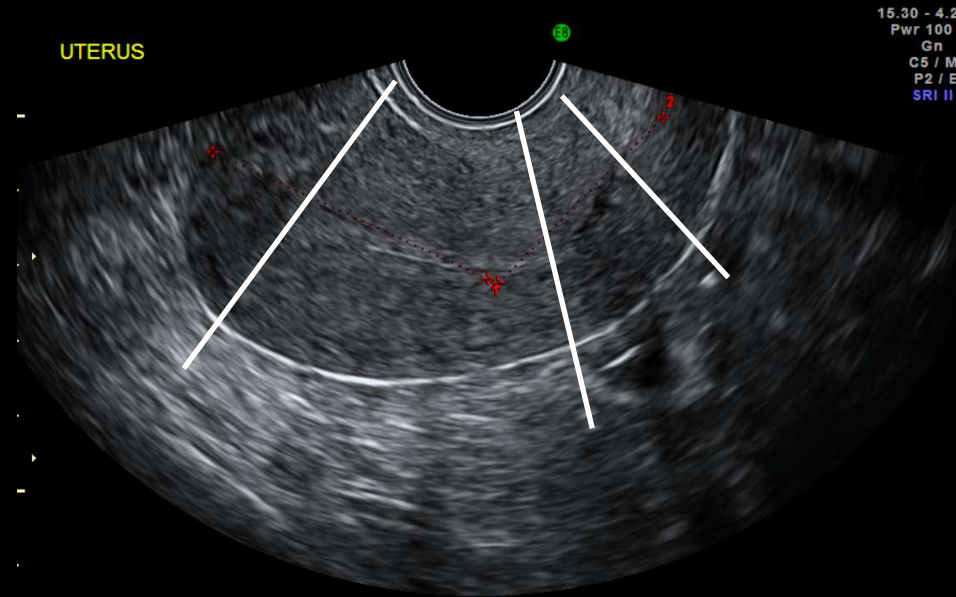
# Echographie

- Voie sus-pubienne
  - Taille et position de l'utérus
  - Analyse utérus volumineux polomyomateux
  - Retentissement sur les voies urinaires
- Doppler utile : évolution et TTT
- Pas de suivi écho si patiente asymptomatique
- Voie endovaginale : Cartographie des myomes
  - Nombre
  - Localisation /Type
  - Taille
  - Echogénicité

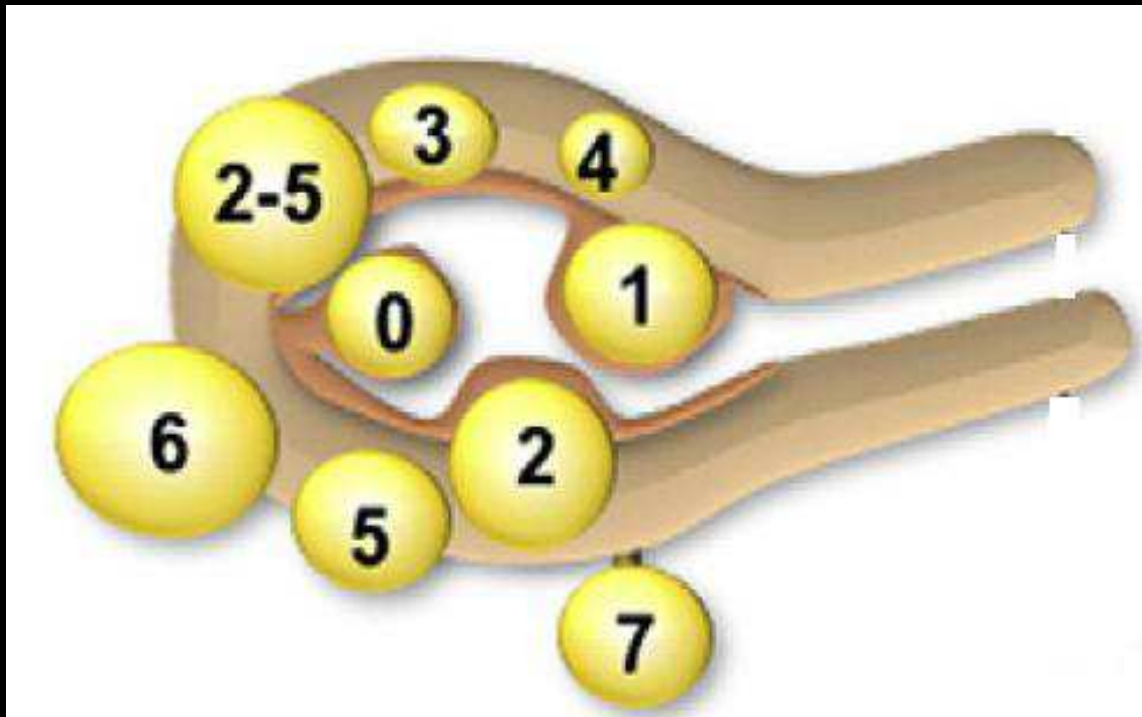
# 1. Taille et position de l'utérus



## 2. Nombre et localisation des myomes



Type de myome = localisation dans le myomètre  
 = rapport avec la muqueuse et la séreuse



0	Pedunculated intracavitary
1	<50% intramural
2	≥50% intramural
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)

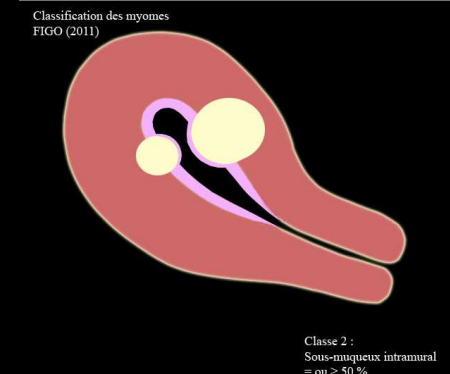
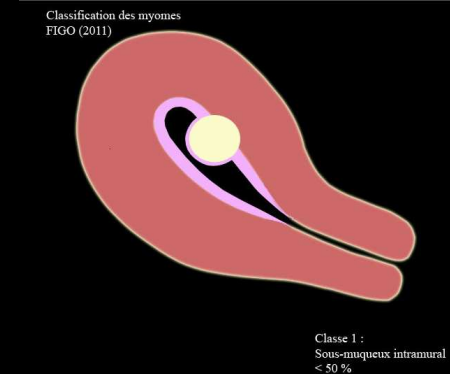
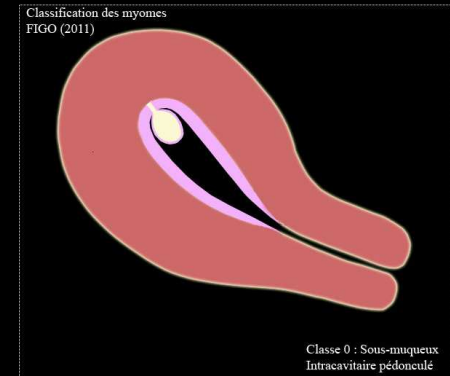
Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below

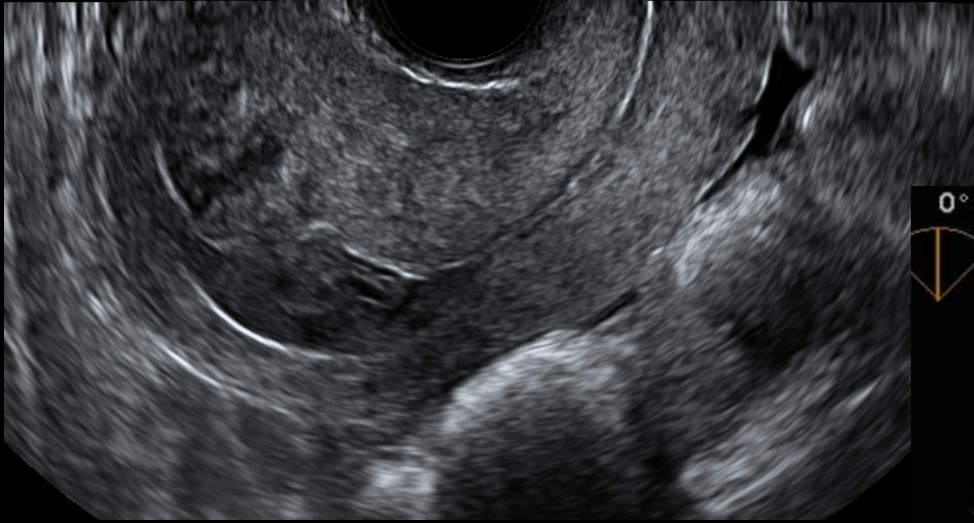
2-5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.
-----	--



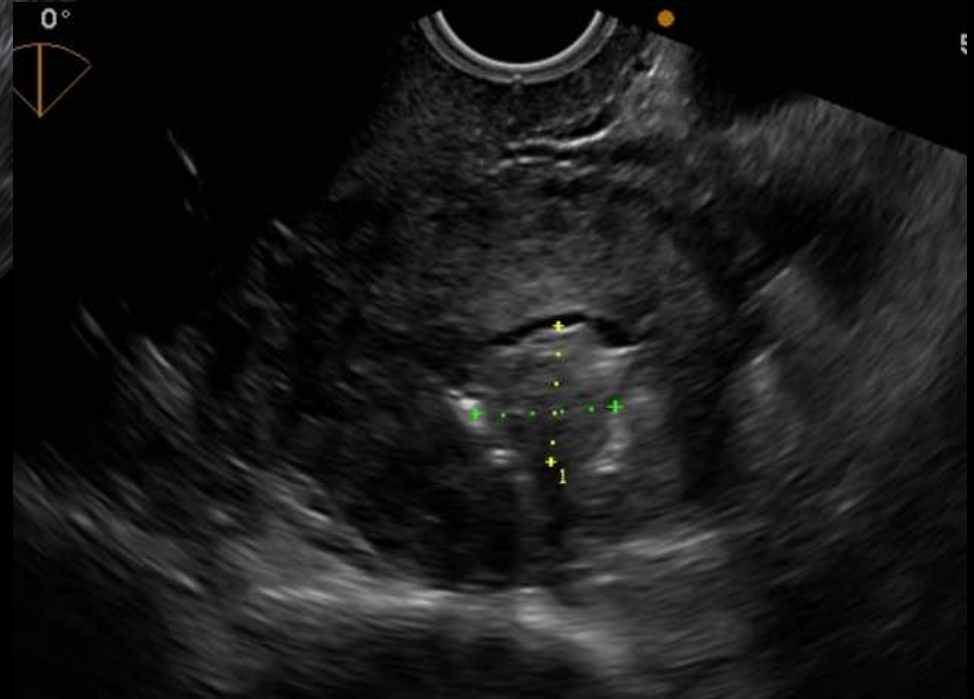
### 3. Type de myome = localisation dans le myomètre = rapport avec la muqueuse et la séreuse = Classification FIGO

- Myome sous-muqueux
  - Type 0 = intra-cavitaire pédiculé
  - Type 1 = intra mural < 50%  
(dôme sous-muqueux > 50%)
  - Type 2 : intra mural > 50%  
(dôme sous-muqueux < 50%)

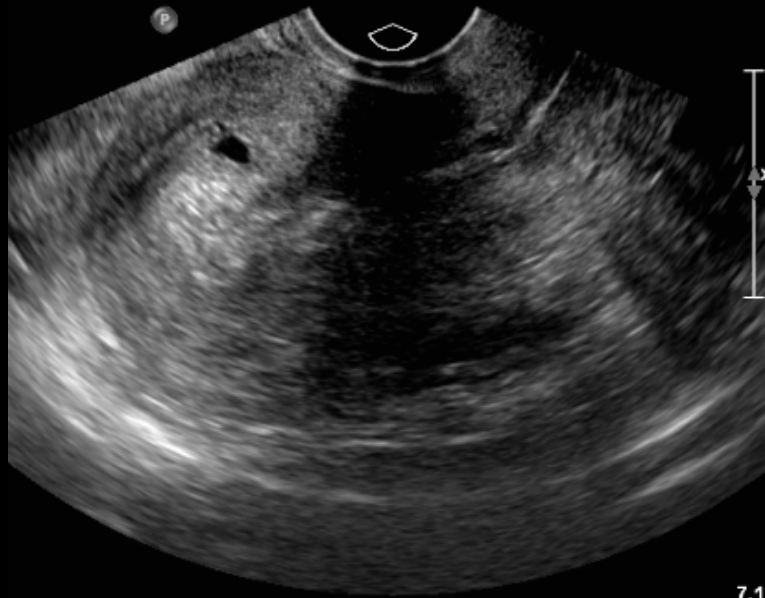




Type 1



Type 0

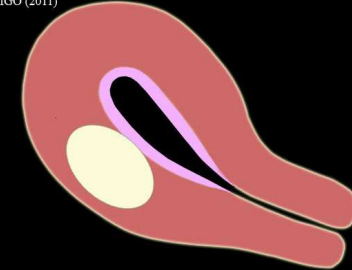


Type 2

### 3. Type de myome = localisation dans le myomètre = rapport avec la muqueuse et la séreuse = Classification FIGO

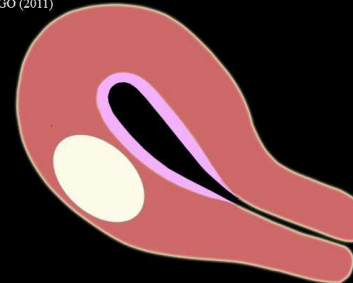
- Myome interstitiel ou intra-mural
  - Type 3 : au contact de l'endomètre
  - Type 4 : intra mural

Classification des myomes  
FIGO (2011)

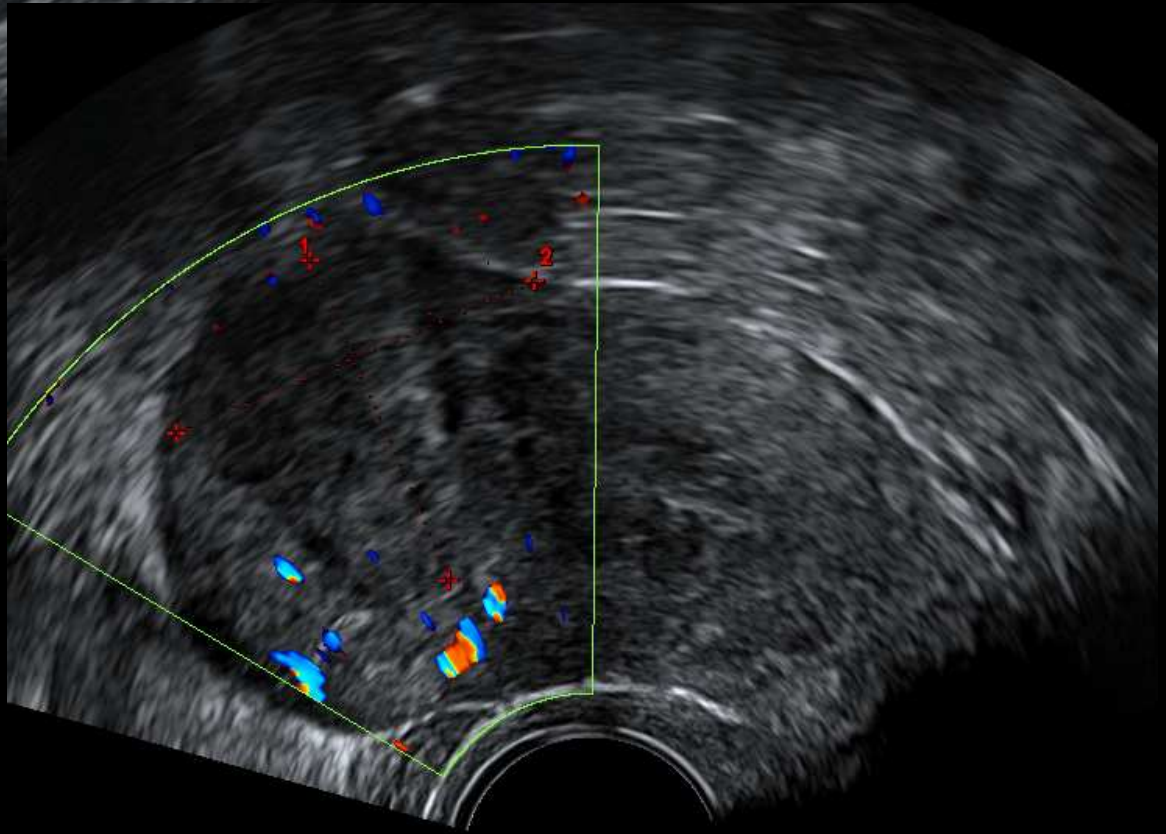
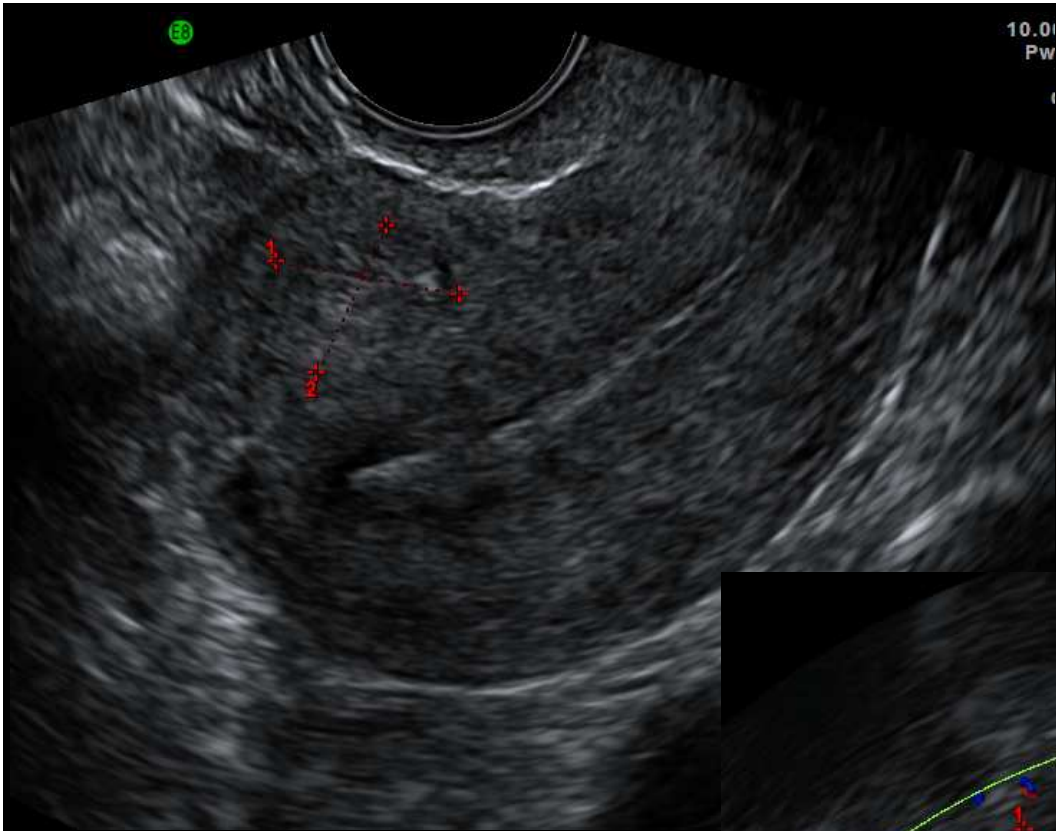


Classe 3 :  
Intramural 100 %  
au contact de l'endomètre

Classification des myomes  
FIGO (2011)



Classe 4 :  
Intramural 100 %



### 3. Type de myome = localisation dans le myomètre = rapport avec la muqueuse et la séreuse = Classification FIGO

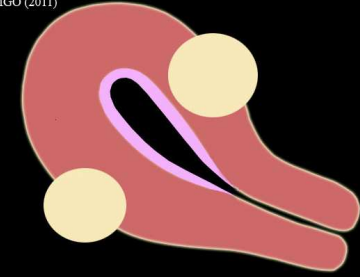
- Myome sous-séreux

- Type 5 : sous-séreux intra mural > 50%

- Type 6 : sous-séreux intra mural < 50%

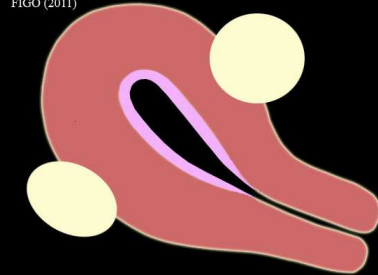
- Type 7 : sous-séreux pédiculé

Classification des myomes  
FIGO (2011)



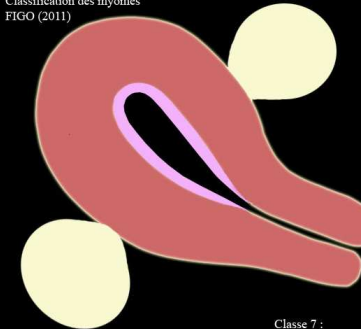
Classe 5 :  
Sous-séreux  
et intramural = ou > 50 %

Classification des myomes  
FIGO (2011)

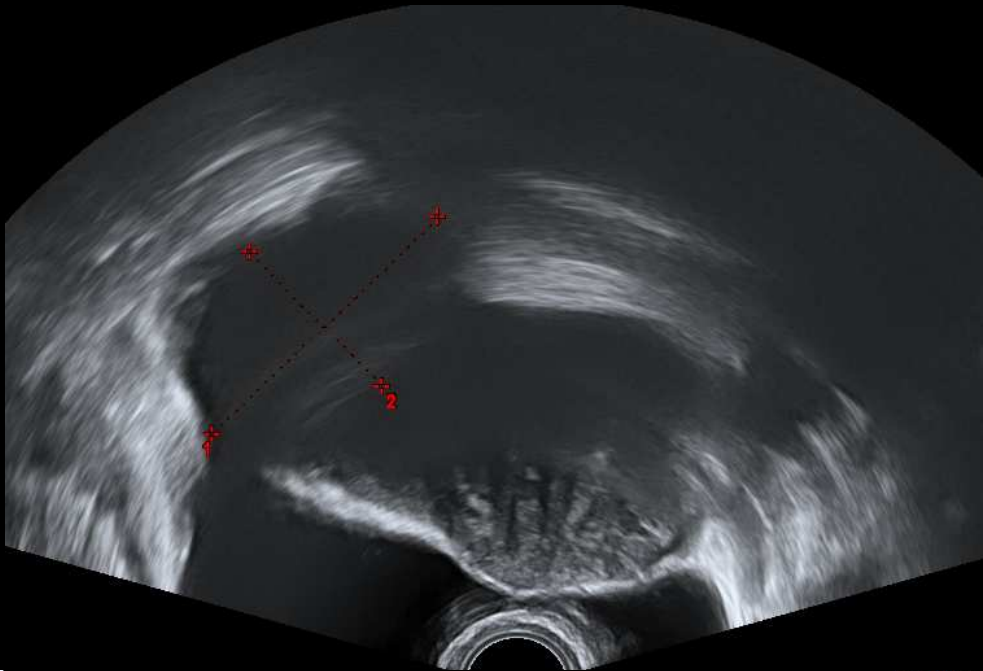


Classe 6 :  
Sous-séreux  
et intramural < 50 %

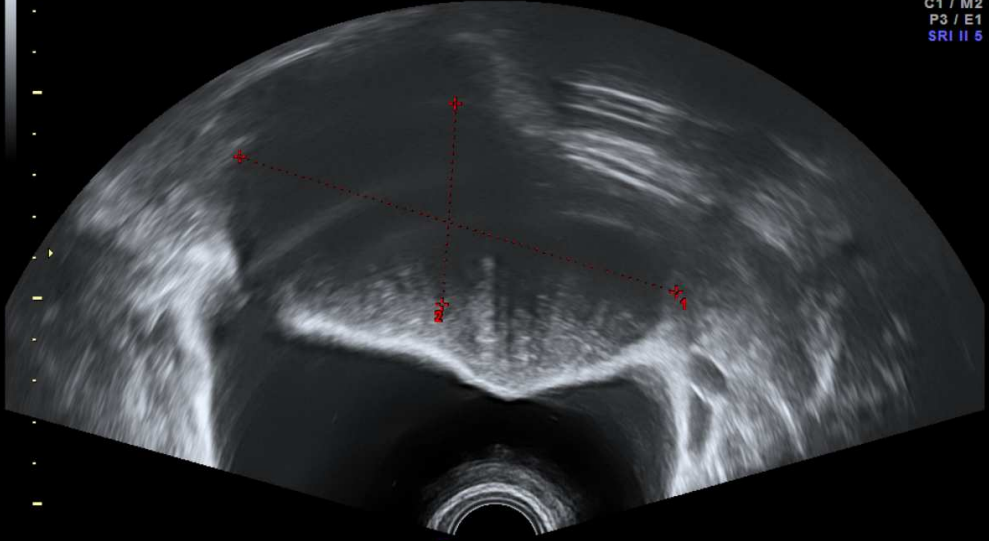
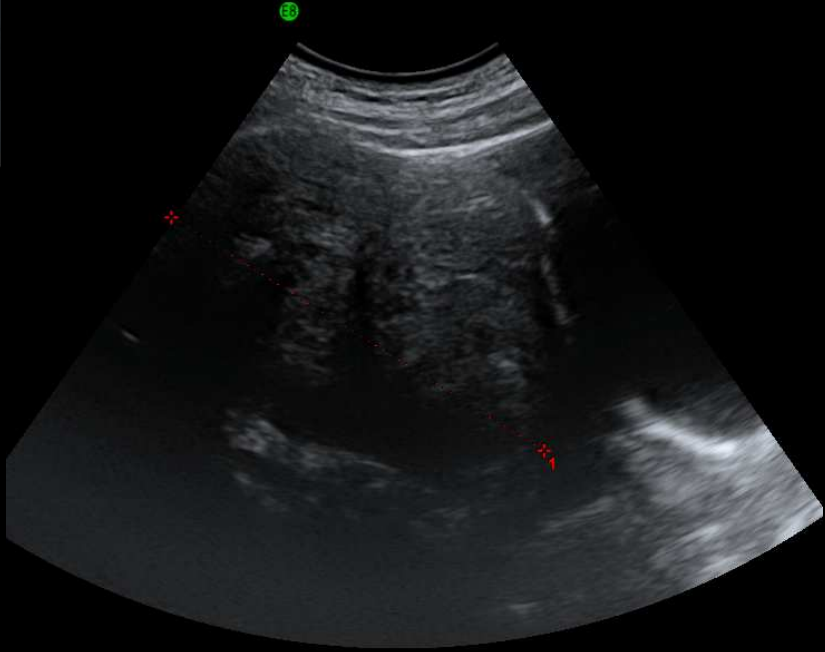
Classification des myomes  
FIGO (2011)



Classe 7 :  
Sous-séreux pédonculé



Pwr 100 dB  
Gn 7  
C1 / M2  
P3 / E1  
SRI II 5



1 D 111.3mm  
2 D 49.0mm

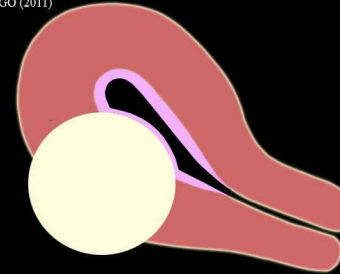
### 3. Type de myome = localisation dans le myomètre = rapport avec la muqueuse et la séreuse = Classification FIGO

- Myomes hybrides intéressant l'endomètre et la séreuse

- Type 2-5

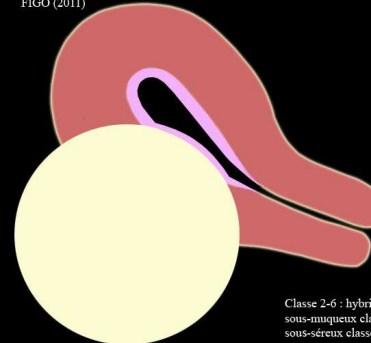
- Type 2-6

Classification des myomes  
FIGO (2011)



Classe 2-5 : hybride  
sous-muqueux classe 2  
sous-séreux classe 5

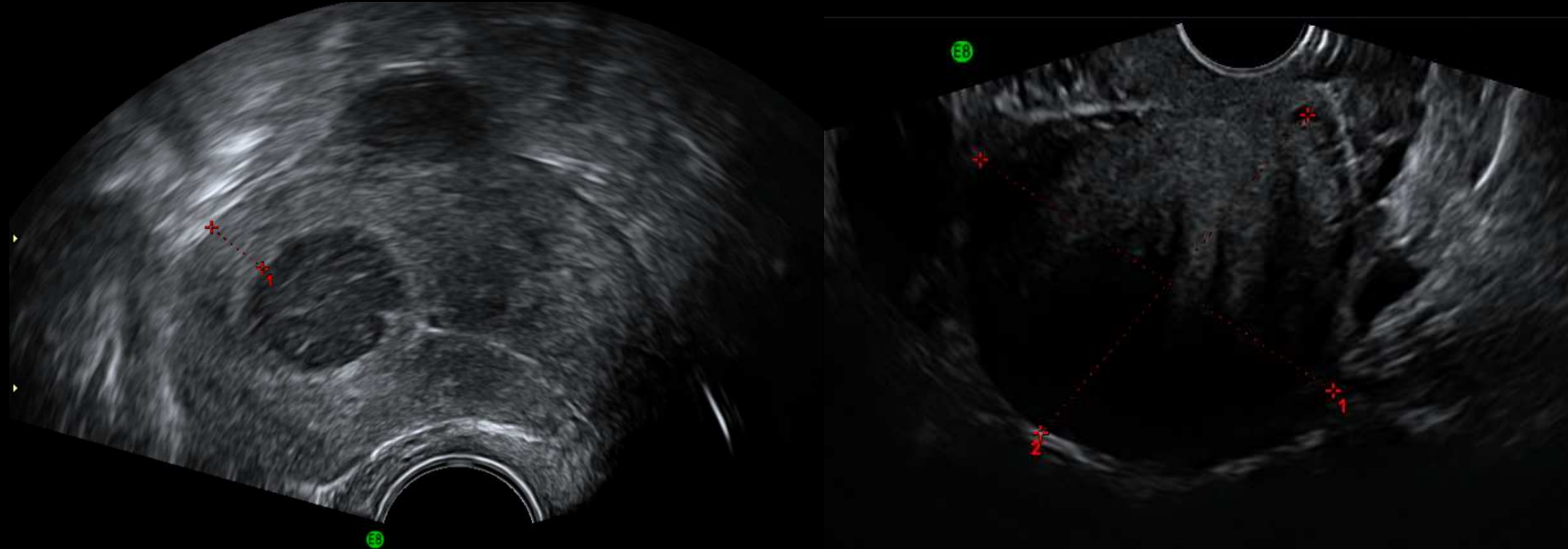
Classification des myomes  
FIGO (2011)



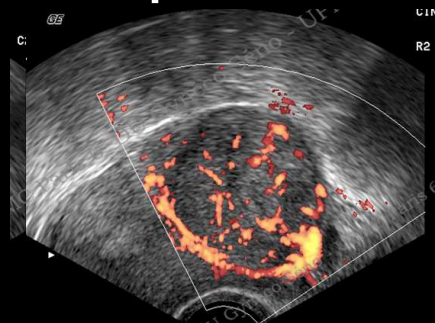
Classe 2-6 : hybride  
sous-muqueux classe 2  
sous-séreux classe 6

#### 4. Echogénicité des myomes : myomes simples

- Simple / Calcifié : hypo/hyper/isoéchogène, atténuant



- Difficultés à les individualiser : vascularisation périphérique = encorbellement, vascu moyenne





#### 4. Echogénicité des myomes : recherche de signes de dégénérescence, de remaniements

- Dégénérescence
  - Myxoïde
  - Kystique
  - Lipomateuse = lipoléiomyome
- Remaniements
  - Oedémateux
  - Nécrotico-hémorragiques
- Nécrobiose aseptique
- Intérêt de l'IRM en complément

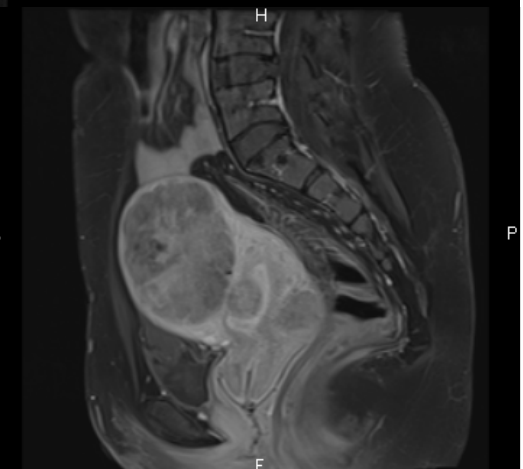
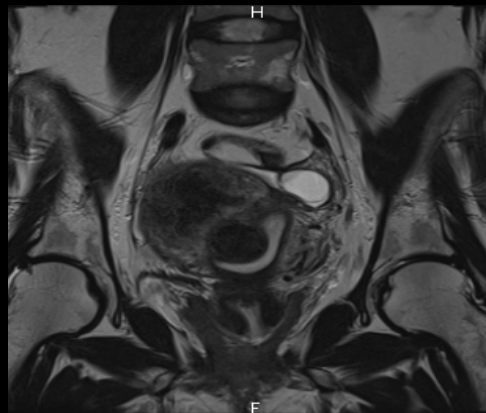
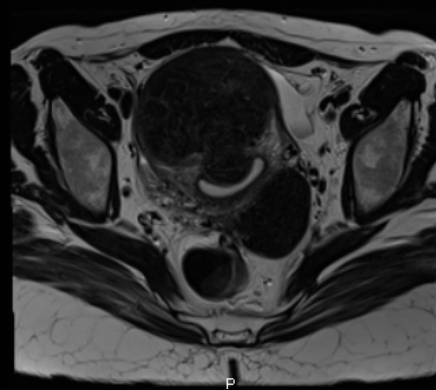
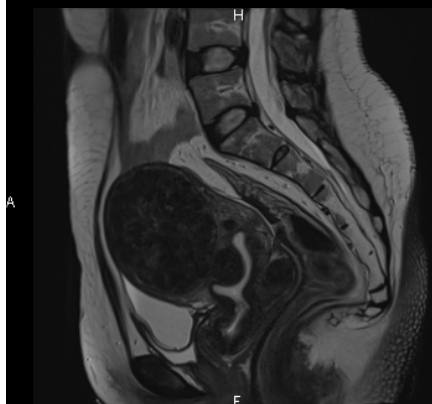
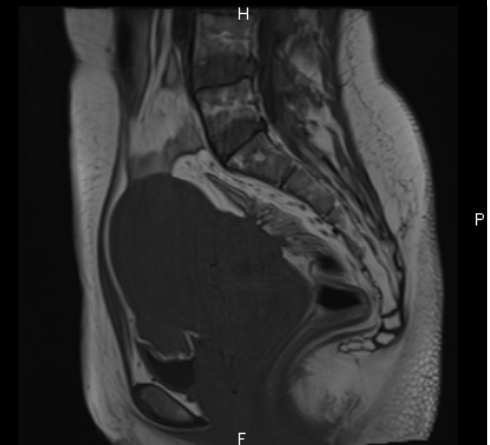
# IRM pelvienne

# Place de l'IRM pelvienne

- Examen de 2<sup>ème</sup> intention, non systématique
- Doute diagnostic : masse latéro-utérine vs myome sous-séreux pédiculé, terrain ménopausique,, croissance anormalement rapide
- Cartographie intéressante:
  - Visualisation dans les 3 plans de l'espace
  - Taille, nombre, topographie et rapports aux organes de voisinage
- Caractérisation tissulaire: recherche d'atypie ou de remaniements (oedémateux, myxoïde...)
- Utilisée dans le bilan pré-embolisation: recherche de contre-indications

# IRM pelvienne

- Protocole
  - 3 plans T2 sans fat sat
  - Axiale diffusion
  - 1 plan T1 sans et avec gadolinium
  - +/- angioMR (cartographie vasculaire)

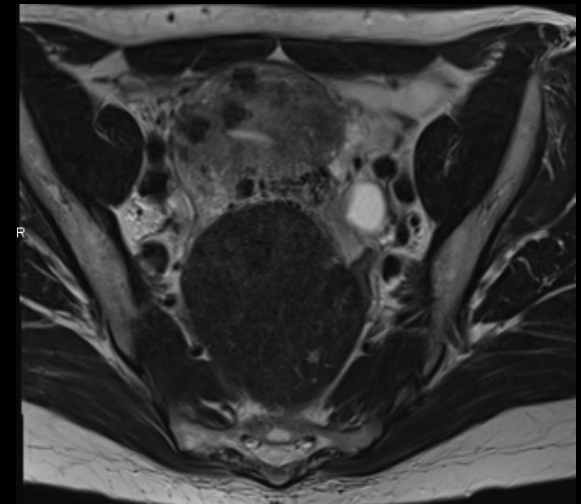
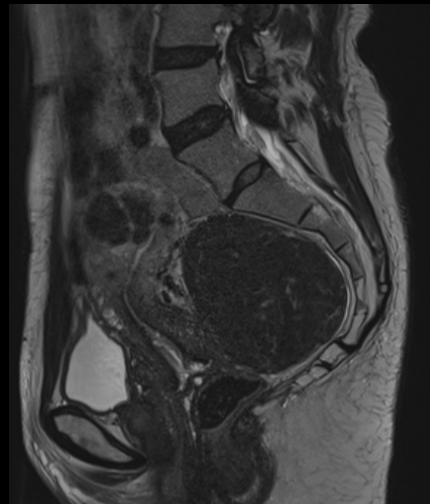
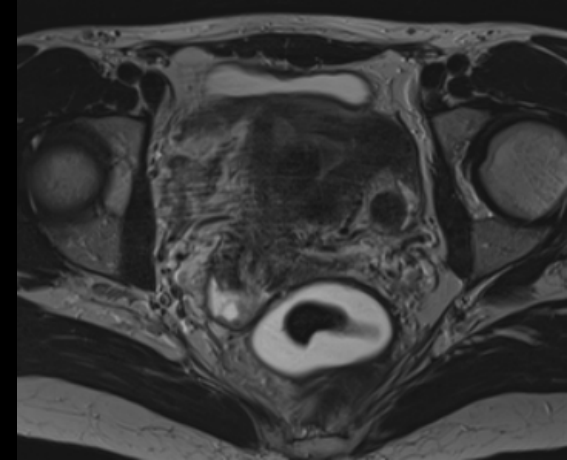


# IRM pelvienne

- **Myome simple** = hyposignal T2+++ , rehaussement variable
- **Dégénérescence**
  - Hyaline : hyposignal T2 focal ou diffus
  - Kystique : hypersignal T2
  - Myxoïde : hypersignal T2 et hypersignal T1
- **Nécrobiose aseptique**
  - Hyposignal T2 homogène, couronne périphérique en hypersignal T1, absence de rehaussement
- **Remaniements**
  - Oedémateux : hypersignal T2 fréquents
  - Nécrotico-hémorragique : attention DD léiomyosarcome
  - Lipoléiomyose

# Myome simple

- Contours réguliers bien définis
- Hyposignal T2
- Isosignal T1 / myomètre
- Rehaussement homogène, parallèle au myomètre

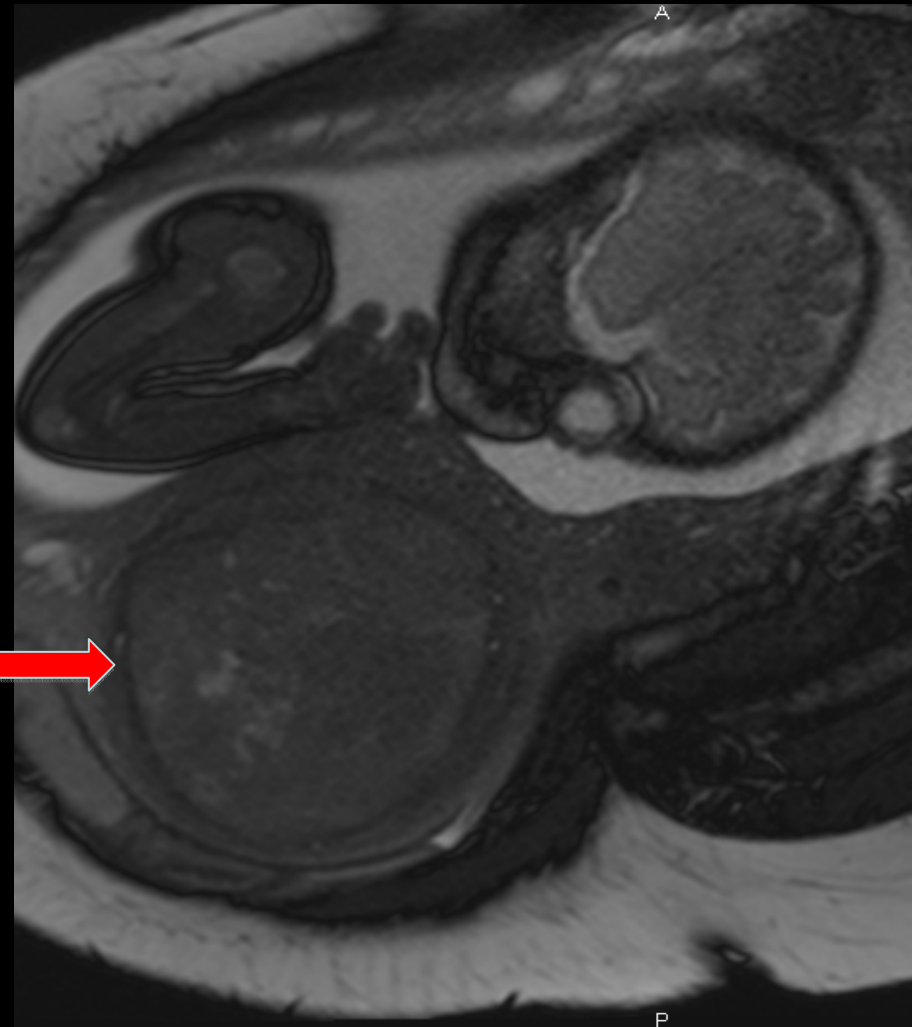
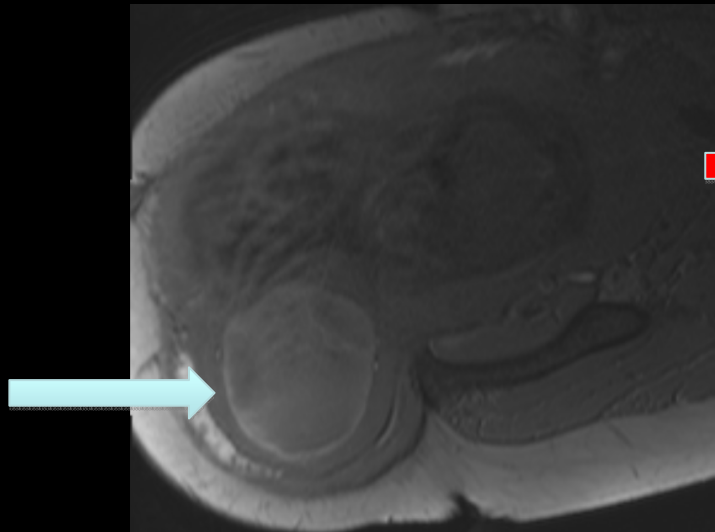


# Nécrobiose aseptique

HypoT2 homogène (flèche rouge)

Couronne périphérique en hypersignal T1 (flèche bleue)

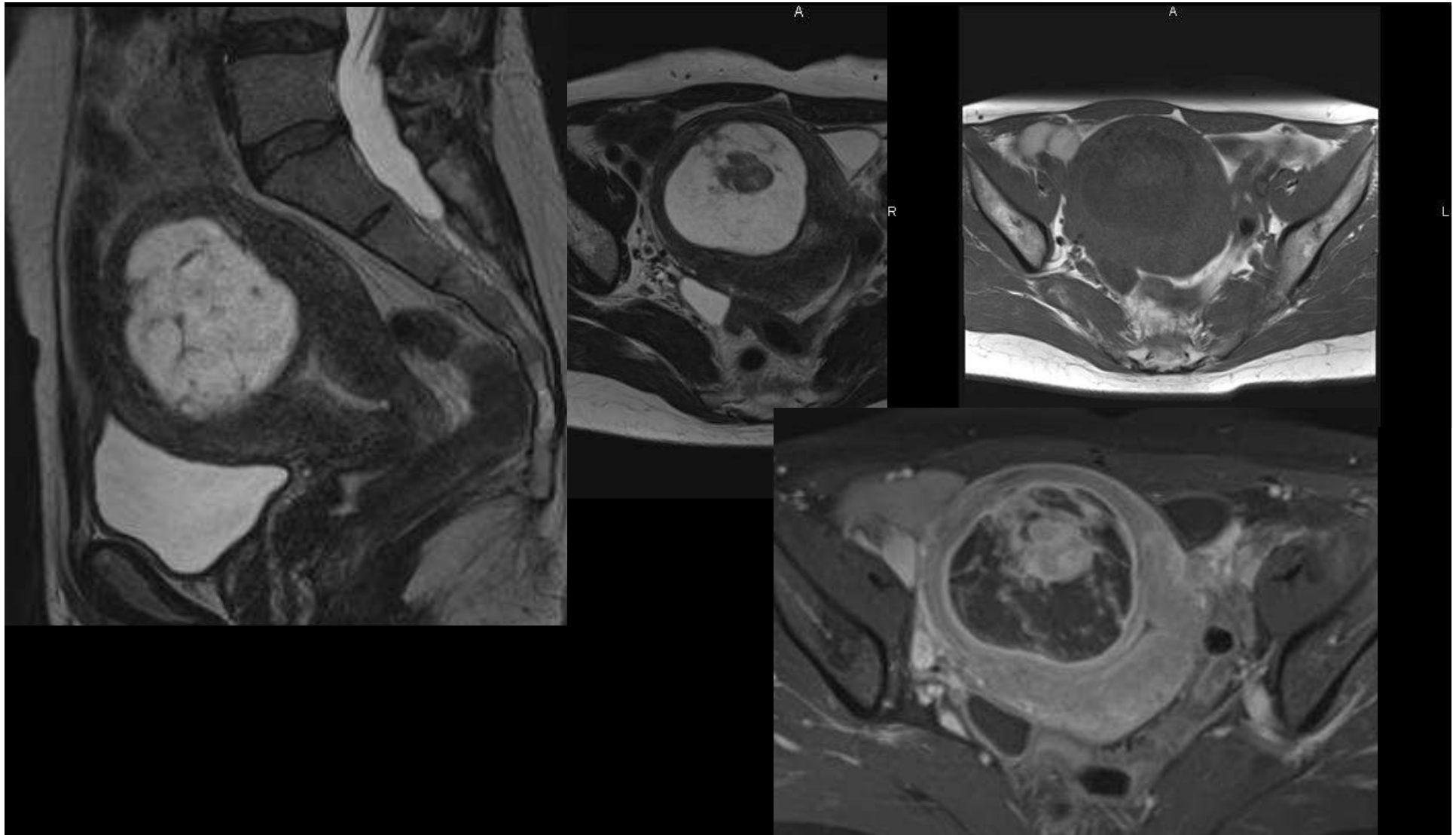
Absence de rehaussement



# Fibrome en dégénérescence hydro-myxoïde:

- couronne périphérique à paroi nette, en hypoT1 et hyperT2
- rehaussé de façon hétérogène après gadolinium

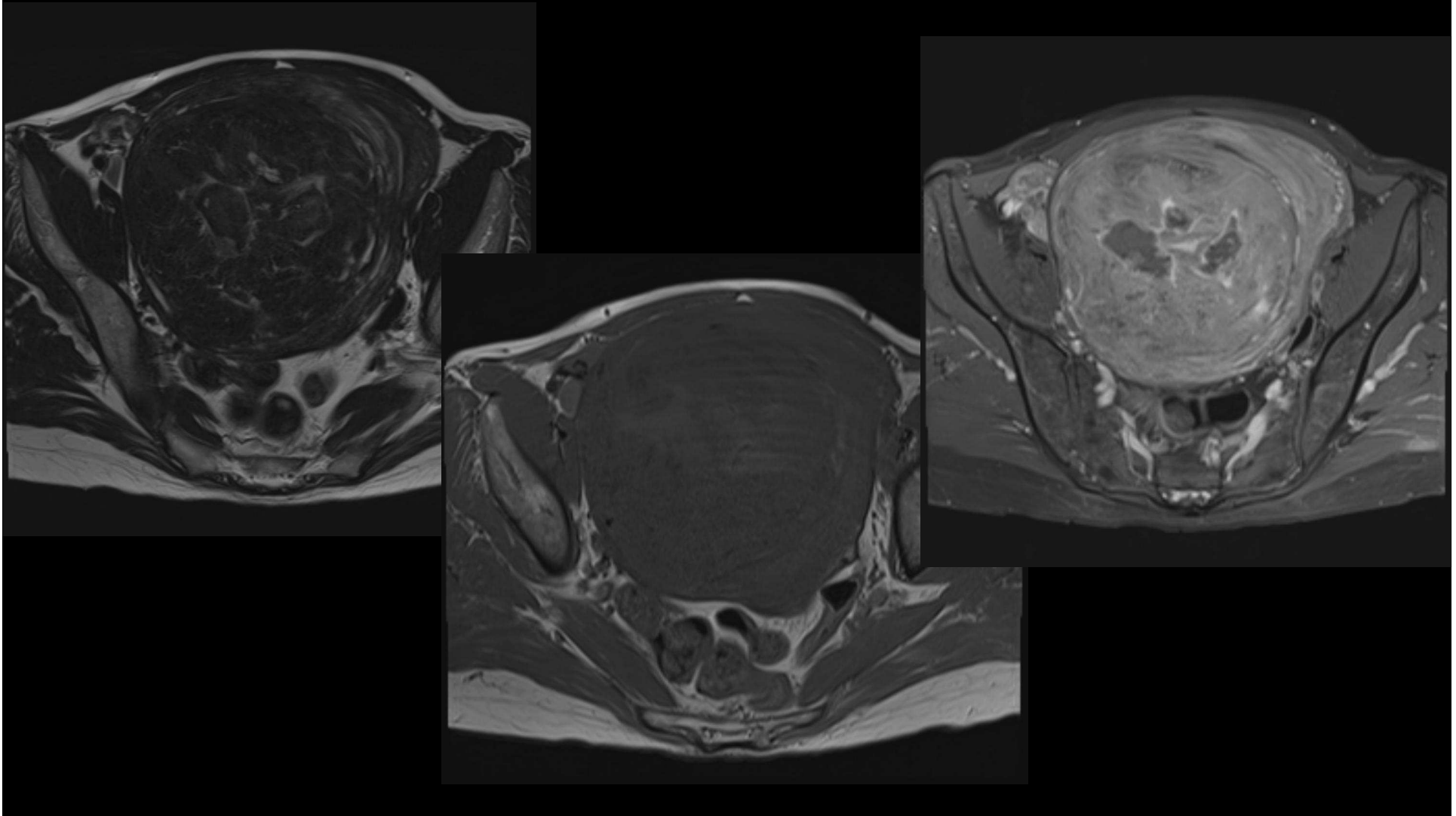




Bilan avant éventuelle embolisation: Myome non typique  
Patiente récusée pour l'embolisation  
Hystérectomie: léiomyome en remaniements oedémateux très marquées (Dr S. Henno)

*Dr Bauville, Gynécologie chirurgicale, Hôpital Sud, Rennes  
Dr Rozel, Radiologie, Hôpital Sud, Rennes*

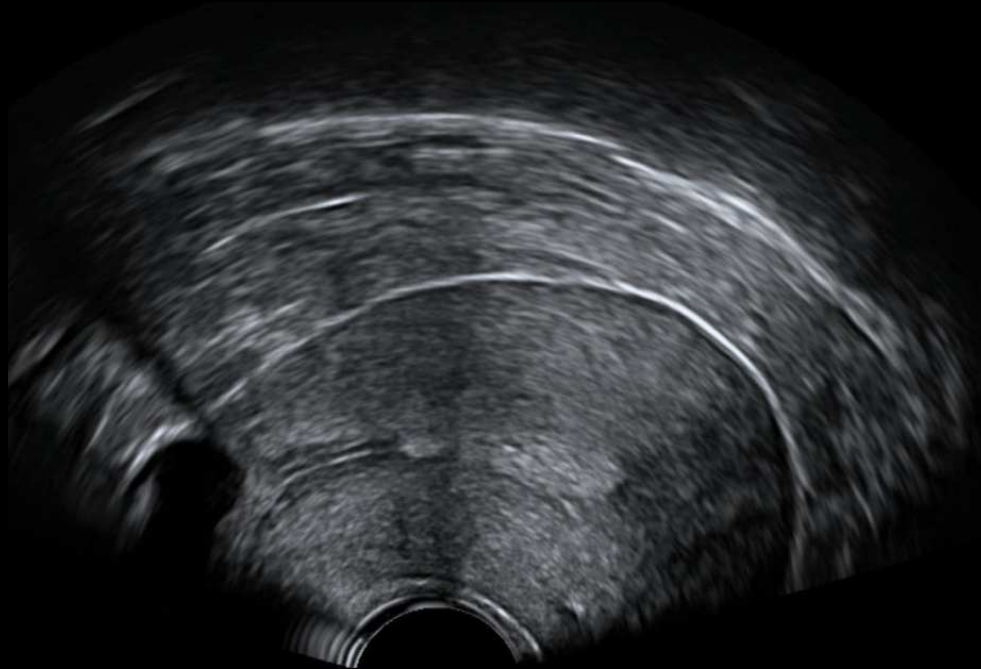
# Remaniements nécrotico-hémorragiques d'un volumineux fibrome

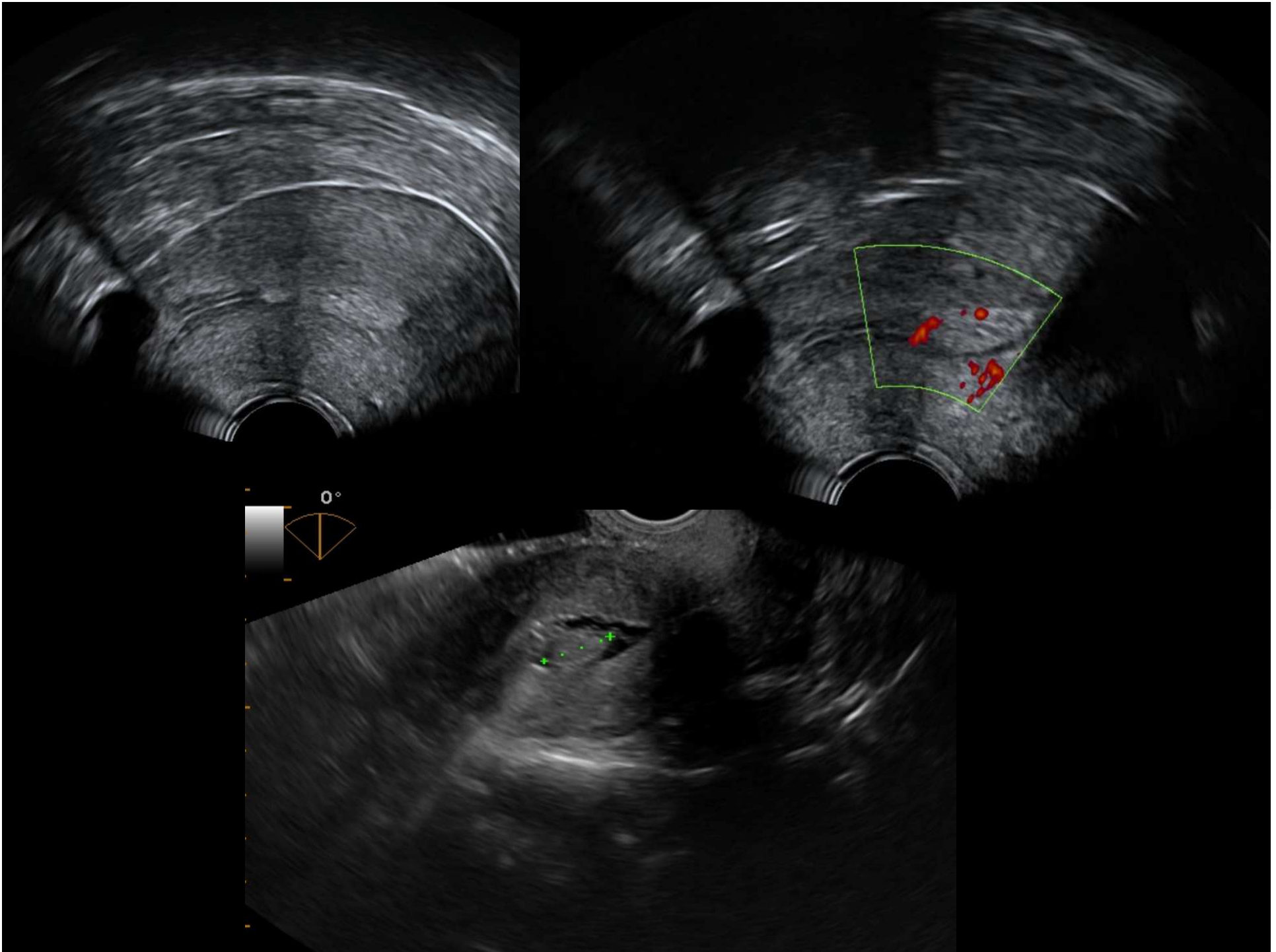


# Diagnostics différentiels

# Diagnostiques différentiels

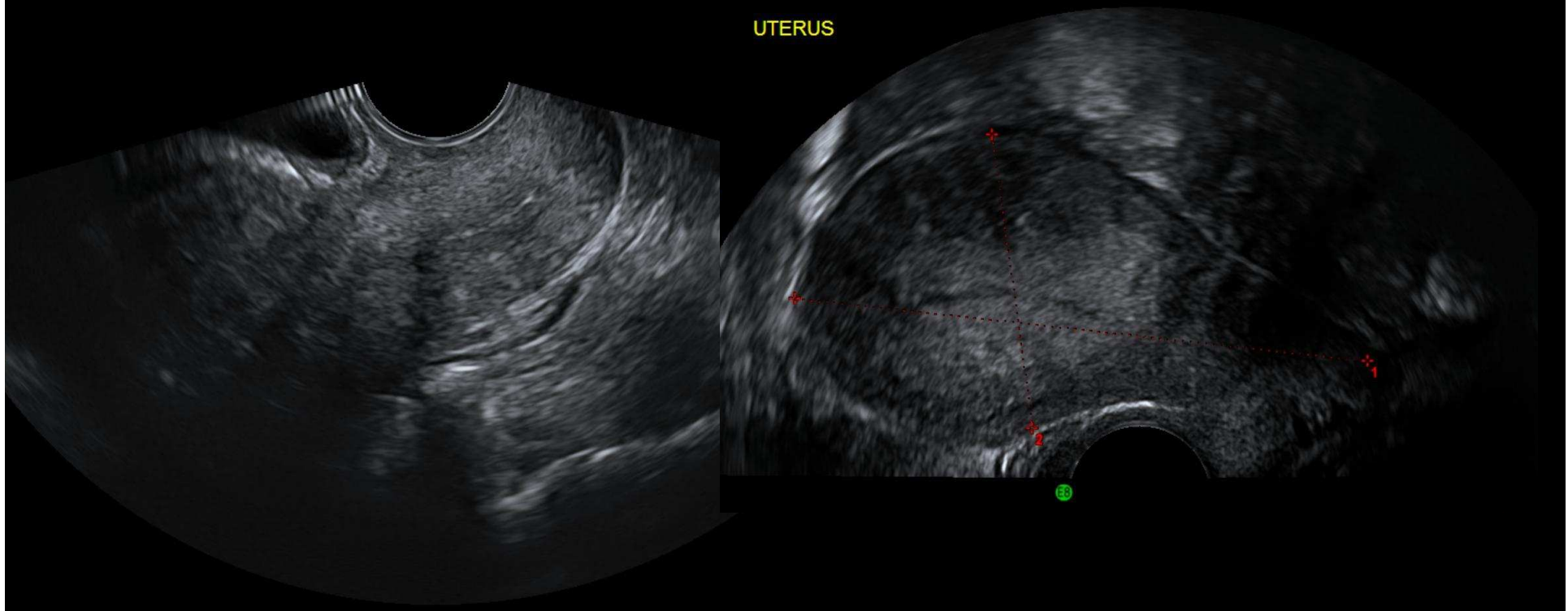
- Myomes type 0 et Polype endométrial
  - Vascularisation : recherche le pédicule vasculaire central
  - Hystérosonographie





# Diagnostics différentiels

- Myome interstitiel et adénomyose
  - Vascularisation non modifiée par l'adénomyose : perpendiculaire

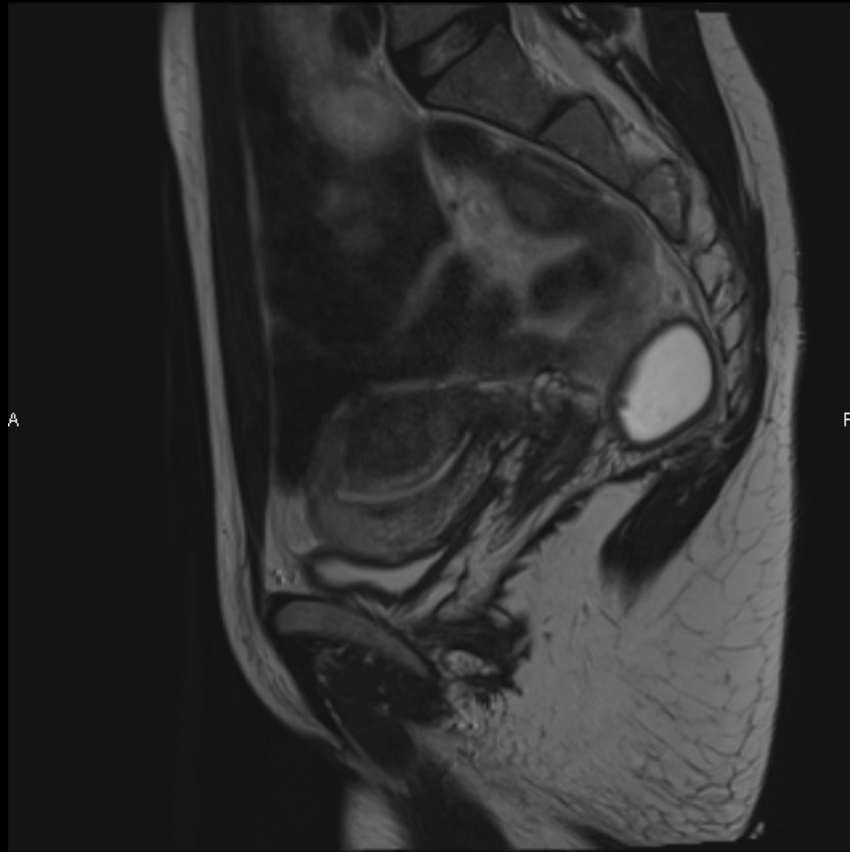


# Diagnostics différentiels

H

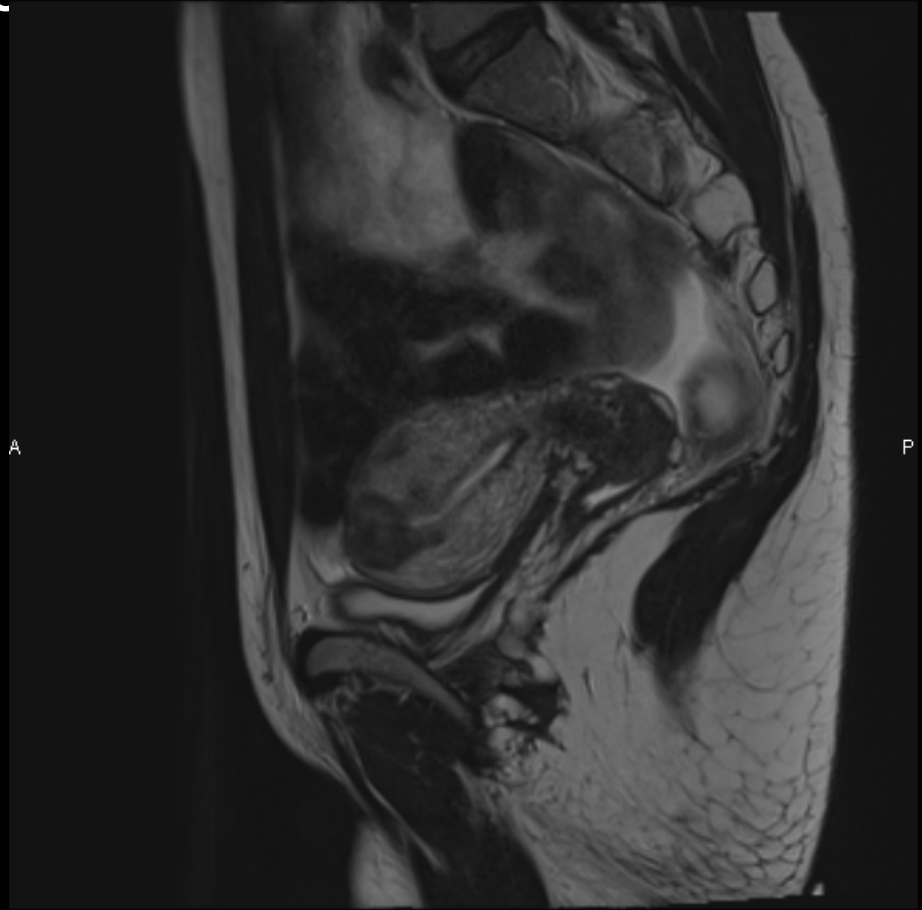
H

C



A

P



A

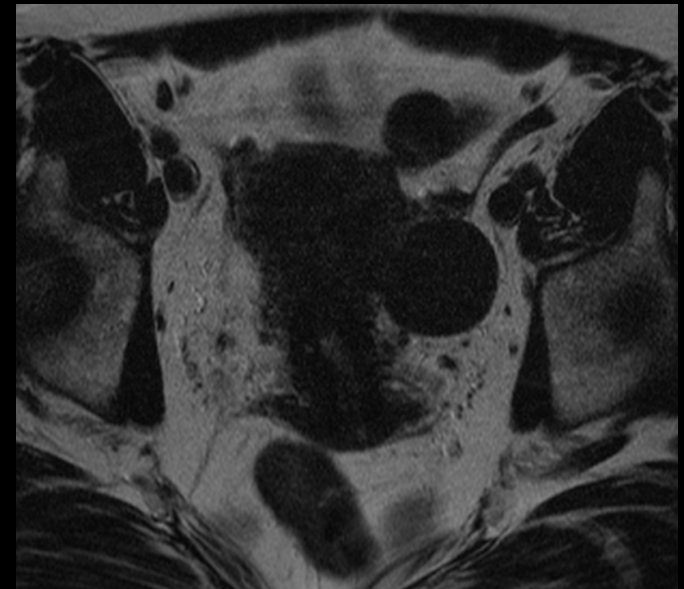
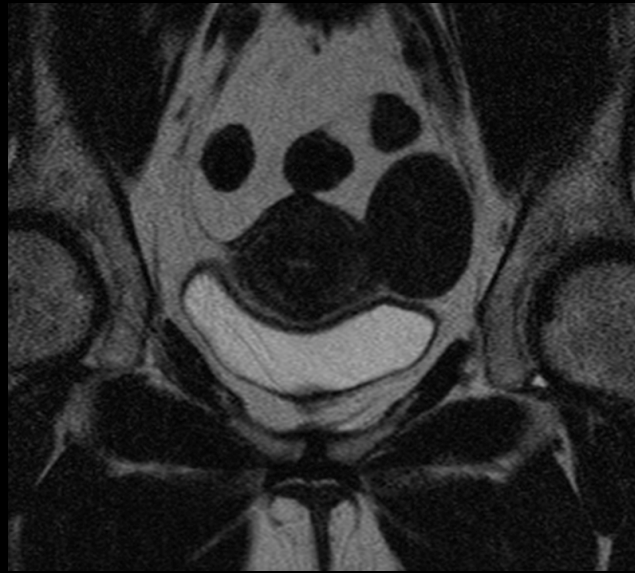
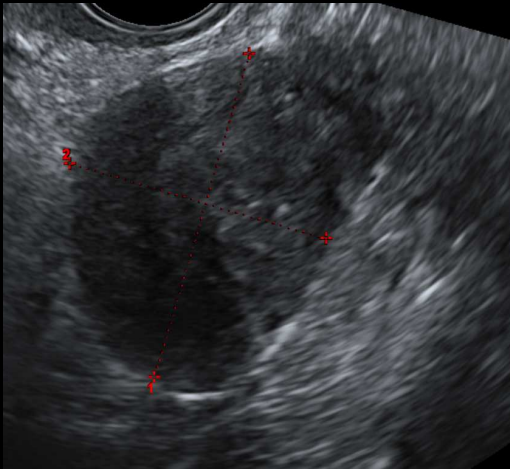
P

F

F

# Diagnostics différentiels

- Myomes type 7 et masse annexielle :
  - Recherche du pédicule vasculaire
  - Angle de raccordement avec l'utérus
  - IRM en cas de doute dg persistant





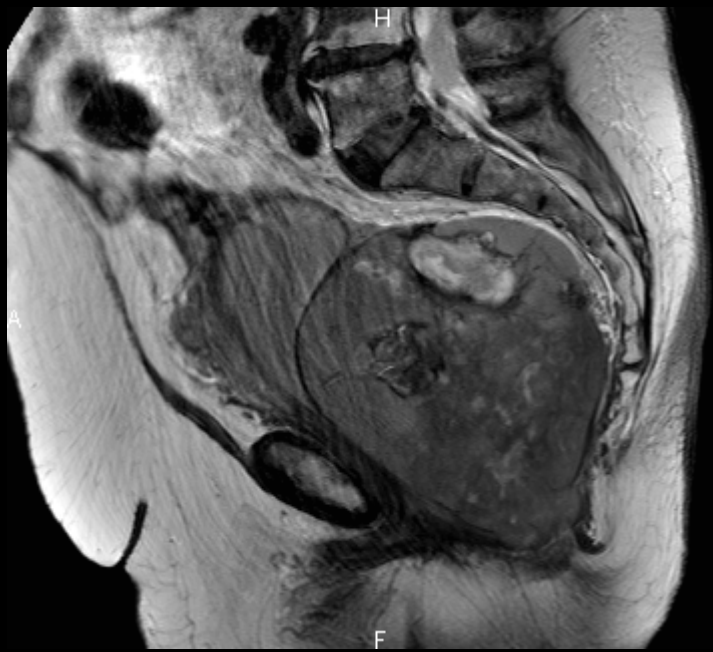
# Diagnostics différentiels

- Sarcomes utérins
  - terrain ménopausique avec absence d'involution utérine,
  - évolution rapide,
  - caractère hypervasculaire
- Intérêt d'une IRM complémentaire
- Préciser au chirurgien la suspicion de malignité ou à potentiel de malignité

# Critères IRM de suspicion de sarcome

- Masse myométriale **unique**
- Signal **T2 intermédiaire hétérogène**
- Remaniements **hémorragiques**
- **Hypersignal en diffusion**
- **ADC bas (cut off < 1,23 mm<sup>2</sup>/S)**
- **Réhaussement hétérogène**

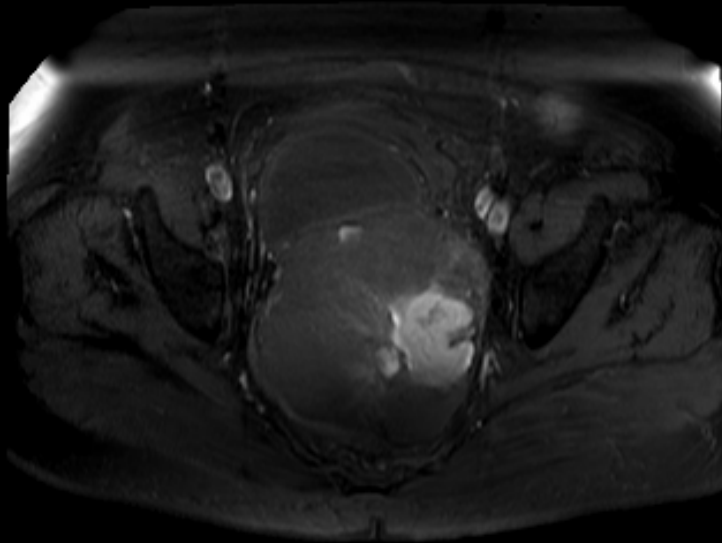
L'association de l'intensité du signal B1000, du signal T2 et de l'ADC a permis de classer correctement 92,4% des 51 masses myométriales (*Thomassin-Naggara I and co, European Radiology, 2013*)



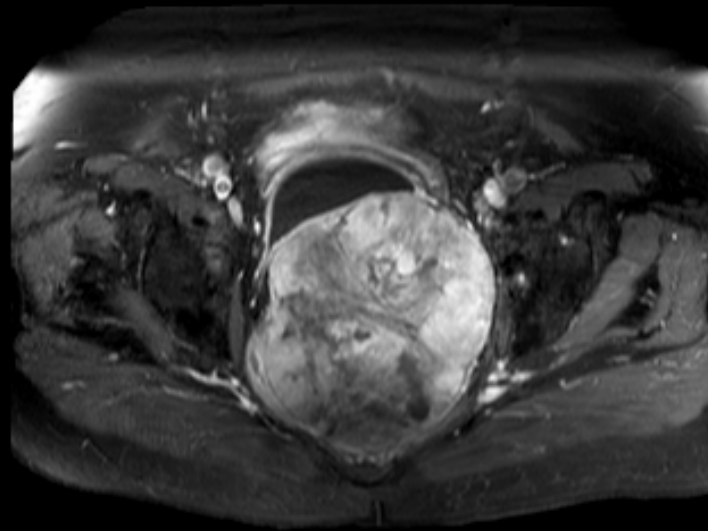
A



A



P



P

Traitement

# Traitement

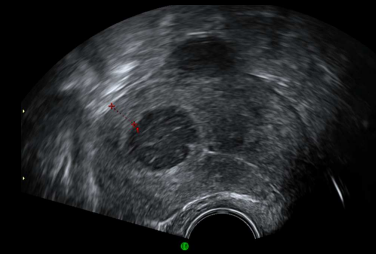
- Prise en charge si et seulement si patiente symptomatique +++
- Choix du traitement selon
  - Terrain : désir de grossesse, type de symptômes, souhait de la patiente, ménopause
  - Localisation du fibrome

# Traitement médical

- Aucun traitement médical validé pour faire disparaître les myomes
- Traitements des symptômes
  - Ménométrorragies : progestatifs, Mirena, exacyl
  - Diminution de taille avant chirurgie : analogue GnRH
  - - Nouveau traitement progestatif: Esmya dont l'indication est le contrôle des saignement en pré opératoire

# Myomectomie

- Traitement de choix chez la femme avec désir de grossesse
- Myomes sous-muqueux
  - Résection hystéroscopique pour les myomes symptomatiques de type 0 et 1, et 2 jusqu'à 4 cm
    1. Taille inférieure à 5 cm
    2. Epaisseur de myomètre supérieure à 5-10 mm : à mesurer sur toute la circonférence
    3. Degré de protrusion sous-muqueuse (type 0-1-2)



# Myomectomie

- Myomes interstitiels et sous séreux
  - Nombre  $<$  à 3 et taille  $<$  à 8 cm : voie coelioscopique
  - Myomes multiples  $>$  3 et diamètre  $>$  9 cm : voie laparotomique

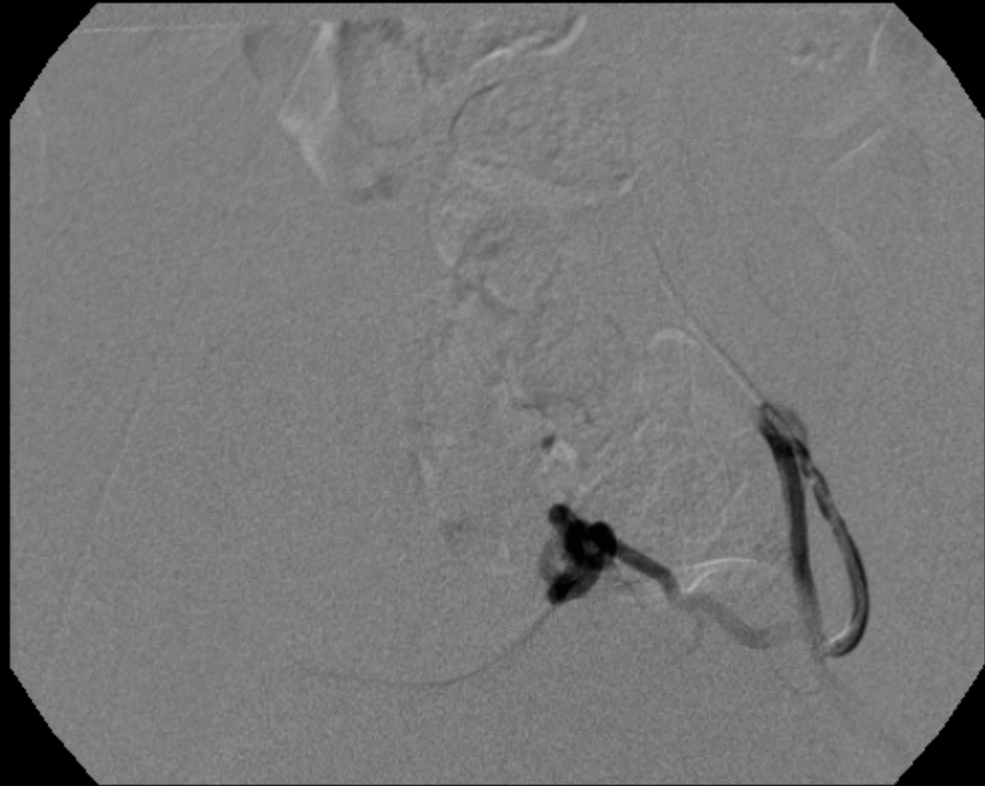
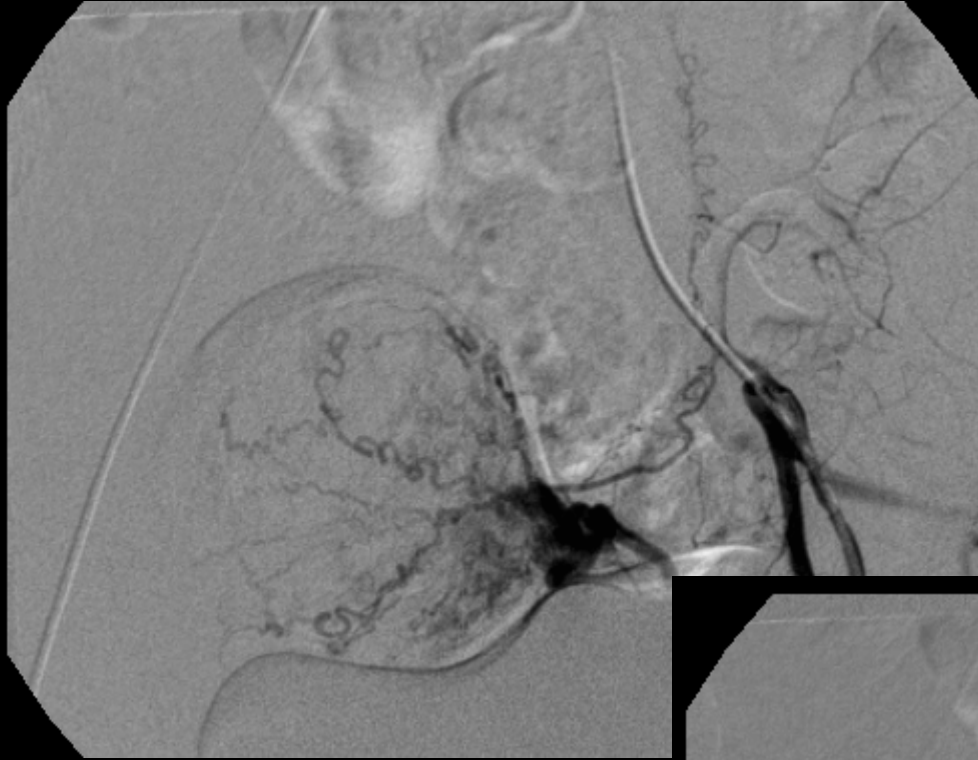


# Hystérectomie

- Pas systématique après la ménopause, sauf en cas de syndrome de Lynch
- Jamais proposée chez les femmes jeunes en âge de procréer
- Seul traitement en cas de preuve histologique nécessaire : remaniements, ménopause...
- Alternative à l'hystérectomie = embolisation utérine

# Embolisation utérine

- Emboliser les artères utérines vascularisant le myome sans atteinte du myomètre sain ni des ovaires
- Diminution des symptômes dans 85% et de taille dans 60%
- Pas recommandé pour les types 0 et 1 et les sous séreux pédiculés.
- Contre- indiqué si désir de grossesse



# Conclusion et points-clés

- Echographie pelvienne en première intention
- Cartographie des myomes
  - Nombre et localisation
  - Type
  - Taille
  - Echogénicité
- IRM pelvienne non systématique
- Pas de suivi en cas de myomes asymptomatiques

# CR type échographie pelvienne

- Examen par voie sus-pubienne et endo-vaginale
- Position et taille de l'utérus
- Analyse du myomètre : cartographie des myomes
- Zone jonctionnelle
- Endomètre et cavité utérine
- Ovaires
- Cul-de-sac de Douglas