

*Article original*

## Aspects épidémiologique, clinique et prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins au service de gynécologie obstétrique du Centre Médical Communal de Matam

Epidemiological, clinical aspects and surgical management of uterine fibroids in the obstetrics gynecology department of the Communal Medical Center of Matam

F Bamba Diallo\*<sup>1</sup>, EM Bah<sup>1</sup>, M Keita<sup>2</sup>, MS Barry<sup>3</sup>, S Kouyaté<sup>3</sup>, IS Baldé<sup>2</sup>, T Sy<sup>2</sup>, N Keita<sup>1</sup>

### Résumé

**Introduction :** Le fibromyome utérin est l'une des tumeurs bénignes les plus répandues de l'appareil génital féminin. Il touche 70% de femmes en activité génitale. Cependant, seules 25% d'entre elles manifesteront une symptomatologie. Les objectifs de cette étude étaient de calculer la fréquence des fibromyomes utérins, décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes, identifier les principales données cliniques et décrire la prise en charge chirurgicale du fibromyome utérin.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive avec recueil des données en deux phases dont une rétrospective d'une année, allant du 01 juin 2019 au 31 mai 2020 et l'autre prospective d'une année, allant du 01 juin 2020 au 31 mai 2021 soit 2 ans (24 mois).

**Résultats :** Nous avons colligé 135 cas de fibromyomes utérins opérés sur un total de 264 cas de pathologies gynécologiques, soit une fréquence de 51,13%. L'âge moyen était de 37 ans avec des extrêmes de 20 et 54 ans. Les nullipares (48,89%) étaient les plus fréquemment

représentées. Il s'agissait des femmes scolarisées dans 56,29% et mariées dans 72,59% des cas. Sur le plan clinique, les circonstances de découverte étaient dominées par les ménométrorragies (77,03%) et la ménorragie (66,66%). Le gros utérus était le signe physique le plus fréquent (92,59%). L'échographie abdomino-pelvienne était faite dans 98,51% et une hystérosalpingographie dans 5,18% des cas. Les indications chirurgicales étaient dominées par le gros utérus polomyomateux (56,29%), suivi du fibrome hémorragique (22,96%). Elles étaient en période d'activité génitale dans 82,22% des cas. Le traitement chirurgical était conservateur (myomectomie) dans 91,85% et une hystérectomie totale réalisée dans 8,14% des cas. Les suites opératoires sont simples et l'anémie était la complication la plus fréquente. 83 pièces opératoires ont été examinées avec une confirmation de léiomyome utérin.

**Conclusion :** La prise en charge tardive du fibromyome utérin entraîne souvent des traitements chirurgicaux mutilant. La sensibilisation des populations en

vue d'une prise en charge précoce réduirait les conséquences socio-économiques dramatiques liées à cette pathologie.

Mots-clés : Fibromyome utérin, Myomectomie, Hystérectomie, Matam.

## Abstract

**Introduction:** Uterine leiomyoma is one of the most common benign tumors of the female genital tract. It affects 70% of women in reproductive activity. However, only 25% of them will show symptoms. The objectives of this study were to calculate the frequency of uterine fibroids, describe the sociodemographic characteristics of the patients, identify the main clinical data and describe the surgical management of uterine fibroids.

**Methodology:** This was a descriptive study with data collection in two phases including a one-year retrospective, from June 01, 2019 to May 31, 2020 and the other one-year prospective, from June 01, 2020 to May 31, 2021, i.e. 2 years (24 months).

**Results:** We collected 135 cases of uterine fibroids operated on out of a total of 264 cases of gynecological pathologies, i.e. a frequency of 51.13%. The average age was 37 years with extremes of 20 and 54 years. The nulliparous (48.89%) were the most frequently represented. They were educated women in 56.29% and married in 72.59% of cases. Clinically, the circumstances of discovery were dominated by menometrorrhagia (77.03%) and menorrhagia (66.66%). The large uterus was the most common physical sign (92.59%). Abdomino-pelvic ultrasound was done in 98.51% and hysterosalpingography in 5.18% of cases. Surgical indications were dominated by large polomyomatous uterus (56.29%), followed by hemorrhagic fibroma (22.96%). They were in period of genital activity in 82.22% of cases. Surgical treatment was conservative (myomectomy) in 91.85% and total hysterectomy performed in 8.14% of cases. The postoperative course is simple and anemia was the most common complication. 83 surgical specimens were examined with confirmation of uterine leiomyoma.

**Conclusion:** Late management of uterine fibroids often leads to mutilating surgical treatments. Raising public awareness for early treatment would reduce the dramatic socio-economic consequences associated with this pathology.

**Keywords:** Uterine leiomyoma, Myomectomy, Hysterectomy, Matam.

---

## Introduction

Le fibromyome utérin est l'une des tumeurs bénignes les plus répandues de l'appareil génital féminin. En 2017, sa prévalence mondiale était comprise entre 4,5 et 68,6%. Il touche 70% des femmes en activité génitale. Cependant seules 25% d'entre elles manifesteront une symptomatologie [1]. La particularité de cette symptomatologie est son caractère diversifié et les complications qu'elle entraîne : hémorragies génitales, pesanteur pelvienne, masse abdominale, douleurs pelviennes ou des complications à type d'infertilité, nécrobiose, rétention d'urine, constipation. Néanmoins, la ménorragie reste le symptôme révélateur [2]. Ces signes ont un impact sur la qualité de vie des femmes touchées.

Les facteurs de risque les plus connus associés au fibromyome sont l'âge, la nulliparité, l'obésité et les variations ethniques, entre autres [3]. Les moyens d'explorations gynécologiques et complémentaires reposent sur l'échographie faite par voie abdominale et /ou vaginale, l'hystérocopie et une imagerie par résonance magnétique (IRM) faite en deuxième intention, permet une cartographie précise [4, 5, 6].

La prise en charge du fibromyome utérin est variée, cependant le traitement chirurgical demeure l'approche la plus utilisée [7]. Il est la première indication d'hystérectomie chez les femmes pré ménopausées [8]. 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.

Dans notre contexte africain, le retard de consultation,

le déficit d'infrastructures et de personnel spécialisé engendre parfois des phénomènes de compression liés à l'importance du volume du fibromyome utérin [5]. En Guinée le traitement chirurgical du fibromyome utérin constitue la première activité de chirurgie gynécologique programmée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Conakry [9]. Bien qu'elle soit une pathologie bénigne, son impact socio-économique et l'impact de sa prise en charge sur la santé de la reproduction de la femme font du fibromyome utérin un problème de santé publique. La fréquence élevée des fibromyomes utérins, les difficultés liées à leur prise en charge et l'insuffisance d'études antérieures sur cette pathologie dans le service de gynécologie obstétrique du centre médical communal (CMC) de Matam ont motivé la réalisation de ce travail dont les objectifs étaient de : Calculer la fréquence des fibromyomes utérins opérés au service de gynécologie obstétrique du CMC de Matam, décrire les caractéristiques épidémiologiques des patientes, identifier les principales données cliniques et décrire les modalités de la prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins dans le service de gynécologie obstétrique du CMC de Matam.

## Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive avec recueil des données en deux phases dont une rétrospective d'une année allant du 01 juin 2019 au 31 mai 2020 et l'autre prospective d'une année allant du 01 juin 2020 au 31 mai 2021 soit 2 ans (24 mois), réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CMC de Matam (établissement de niveau II sur la pyramide sanitaire de notre pays).

Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes admises et opérées dans le service pour fibromyome utérin et ayant un dossier médical complet et qui ont accepté de participer à l'étude. N'ont pas été incluses dans l'étude les patientes opérées dans une autre structure pour fibromyome utérin et admise dans le service pour suites opératoires compliquées ou pour une autre pathologie que le fibromyome utérin.

Les variables étudiées étaient épidémiologiques à savoir la fréquence et les caractéristiques épidémiologiques (l'âge, le niveau d'instruction, la catégorie socio-professionnelle et la parité), cliniques (circonstances de découvertes, les données de l'examen clinique et paraclinique, les pathologies associées et la phase de la vie génitale) et thérapeutiques (indication opératoire, le type d'intervention pratiqué et l'évolution).

La technique de collecte a consisté à l'extraction des données à partir des dossiers pour la partie rétrospective (revue documentaire), à l'interview au lit de la malade et à l'observation des malades pour la partie prospective. Nous avons effectué un recensement exhaustif de tous les cas de fibromyomes utérins opérés pendant la période d'étude. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 25. Les tableaux et le traitement de texte ont été effectués sur les logiciels Excel et Word 2019 et comparées aux données de la littérature.

Le protocole de recherche a été approuvé par le comité national d'éthique avec un consentement éclairé. Lors de la réalisation de ce travail nous avons rencontré quelques difficultés à savoir : Les dossiers incomplets, l'insuffisance dans la description synthétique des résultats (en particulier la précision de la localisation et les caractéristiques échographiques des myomes qui sont observés) et le manque de matériel pour l'hystérocopie.

## Résultats

*Fréquence* : Durant la période d'étude, nous avons colligé 135 cas de fibromyomes utérins opérés sur un total de 264 cas de pathologies gynécologiques opérées dans le service de gynécologie obstétrique du CMC de Matam, soit une fréquence de 51,13%.

### *Caractéristiques épidémiologiques*

*Age* : L'âge moyen des patientes était de 37 ans avec des extrêmes de 20 et 54 ans. La fréquence maximale s'est retrouvée dans la tranche d'âge de 30-39 ans soit une fréquence de 51,11%, suivie par celle de 40-49 ans avec 32,59%.

*Niveau d'instruction* : L'analyse de ce paramètre

ressort une fréquence plus élevée chez les femmes scolarisées ayant fait des études supérieures avec une fréquence de 56,29%. Celles qui étaient non scolarisées ne représentaient que 24,44%.

*Catégorie socio-professionnelle* : Les femmes mariées étaient les plus concernées (72,59%) par le fibromyome utérin opéré, suivies par les femmes salariées et les femmes exerçant une profession libérale avec respectivement 48,89% et 35,55%.

*Parité* : Dans notre étude les nullipares étaient les plus fréquemment représentées soit 48,89% suivies des primipares avec 27,40%.

*Existence ou non d'une pathologie gynécologique associée à l'échographie*

D'après l'examen échographique, le fibrome était associé à une pathologie gynécologique dans 12,58 % des cas. Il s'agissait d'un kyste ovarien dans 13 cas (9,62%) et d'un hydrosalpinx dans 4 cas (2,96 %).

*Phase de la vie génitale* : Le fibromyome utérin a été enregistré dans 82,22 % des cas chez les femmes en période d'activité génitale, dans 14,07% chez les femmes péri ménopausées et dans 3,70 % des cas chez les femmes ménopausées.

*Prise en charge chirurgicale*

- Répartition des patientes selon l'indication chirurgicale.

Les indications chirurgicales étaient dominées par le gros utérus polymyomateux (56,29%), suivi du fibrome hémorragique (22,96%) et de l'infertilité avec 10,37 %.

- Répartition des patientes selon l'acte chirurgical réalisé.

Le traitement chirurgical était conservateur dans 91,85% des cas consistant à une simple myomectomie et/ou à des polomyomectomies. L'hystérectomie totale a été réalisée dans 8,14% des cas. Les lésions associées étaient également prises en charge simultanément (kystectomie et cure d'hydrosalpinx).

*Résultats de l'examen anatomopathologique.*

Sur les 135 interventions réalisées pour fibromyome utérin, 83 pièces opératoire (61,48 %) ont été examinées avec une confirmation du diagnostic de

léiomyome dans tous les cas, tandis que le fibromyome utérin était associé à une hyperplasie endométriale dans 6 cas d'hystérectomie (4,44 %), un kyste ovarien dans 13 cas (9,62 %) et un cancer du col dans un cas d'hystérectomie extrafaciale (0,74 %).

*Pronostic*

- Complications per et postopératoires

Les suites opératoires étaient sans complications dans 65,18 % des cas et compliquées dans 34,82 %. Ces complications étaient dominées par anémie (taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl) chez 32 patientes (23,70%) dont la myomectomie était hémorragique et a nécessité une transfusion sanguine dans 21 cas (27,15%). Nous avons également enregistré 9 cas de fièvres isolées (6,66%) et 6 cas de suppuration pariétale (4,44%). Aucun décès n'a été enregistré.

*Caractéristiques cliniques*

Tableau I : Répartition des patientes selon les circonstances de découverte

Circonstance de découverte	Effectifs	Pourcentages
Ménométrorragie	104	77,03
Ménorragie	90	66,66
Masse abdomino-pelvienne	42	31,11
Bilan d'infertilité	12	8,88
Découverte fortuite	14	10,37
Pelviaalgie	15	11,11
Augmentation du volume de l'abdomen	8	5,92
Constipation	7	5,18
Pollakiurie	8	5,92
Fausse couche	5	3,70
Asthénie physique et vertige	9	6,66

NB : Une seule patiente peut avoir 2 ou 3 signes fonctionnels

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

Données de l'examen gynécologique	Effectifs	Pourcentages
Gros utérus	125	92,59
Hémorragie génitale	95	70,37
Apparement normal	5	3,70
Polype accouché par le col	17	12,59
Exocervicite	14	10,37
Masse annexielle	8	5,92

Tableau III : Répartition des patientes selon la réalisation ou non d'examens complémentaires à visée diagnostic

Examen complémentaire à visé diagnostic	Effectifs	Pourcentages
Echographie abdomino-pelvienne	133	98,51
HSG	7	5,18
Non	2	1,48

Tableau IV : Répartition des patientes selon la forme topographique des fibromyomes à l'échographie (Classification selon la FIGO).

Classification des FU selon la FIGO	Effectifs	Pourcentages
Type 0	38	28,14
Type 1	28	20,74
Type 2	34	25,18
Type 3	30	22,22
Type 4	17	12,59
Type 5	18	13,33
Type 6	17	12,59
Type 7	13	9,62
Type 8	14	10,37

## Discussion

### La fréquence

Notre fréquence est plus élevée que celles rapportées par certains auteurs, notamment : Mahbouli S et al. [10], en Tunisie rapportant un taux de 19,1 % par

rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales pour cause gynécologique et Laghzaoui M et al. [11] au Maroc ont rapportés un taux de 15%. En revanche, cette fréquence est plus basse que celles rapportées par d'autres auteurs, notamment Dia A et al. [12] qui rapportent un taux de 58,62 % de toutes les pathologies gynécologiques opérées. En Guinée Sy T et al. [9] ont rapporté une fréquence de 49,92 % et Baldé I S et al. [5] une fréquence de 42,4% au CHU de Conakry.

Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'est déroulée dans un centre de référence de niveau II dans la pyramide sanitaire de notre pays, facilement accessible et le coût de l'intervention abordable. Cette fréquence est souvent sous-estimée car il ne prend en compte que les fibromyomes utérins opérés qui sont symptomatiques comme décrit par Cramer et Patel (cité par Razafindrabe J A [13]), sur une étude anatomopathologique en série de 100 hystérectomies consécutives pour pathologies usuelles, l'incidence des fibromyomes utérins a augmenté de 33% de diagnostic préopératoire à 77% après une étude anatomopathologique (moins de 1cm).

### Caractéristiques épidémiologiques

Concernant l'âge, notre résultat est différent de ceux décrits dans la littérature : 43 ans selon Parazzini cité par Mahbouli [10] ; 40 - 49 ans selon à Dia et al. [12], au Sénégal, soit 43,6 %. Dans notre série, un taux de 11,11% a été enregistré pour la tranche d'âge 20 - 29 ans, ce qui renforce l'idée que chez les femmes de race noire, les fibromyomes utérins sont de plus en plus retrouvés chez les jeunes.

Concernant la parité, notre résultat est différent de celui de certains auteurs, notamment Mahbouli S et al. [10] en Tunisie qui rapportent des taux similaires entre nullipares (30,6%), paucipares (31,5%) et multipares (37,9%).

Baldé I S et al. [5] en Guinée ont rapporté un taux de 32,8% de nullipares et 23,8 % pour les paucipares. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence entre les données physio-anatomiques des femmes noires et celles du Maghreb.



Cependant, la notion rapportée par ROSS et al. [14] disant que le risque relatif d'avoir un fibromyome utérin diminue avec la parité ne fait pas l'unanimité. La fréquence élevée chez les femmes nullipares pourrait s'expliquer par la relation entre l'infertilité et les fibromyomes utérins, dus au climat d'hyperoestrogénie qui pourraient être à l'origine de ce phénomène qui a une importance socio-culturelle surtout dans les pays en voie de développement où les sociétés prônent une politique pronataliste.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, nos résultats sont cohérents avec ceux de Baldé I S et al. [5] en Guinée, qui fait état d'un taux de 54,8 % chez les femmes scolarisées et 45,2% chez celles non scolarisées. Il n'y a pas de relation prouvée entre la survenue d'un fibromyome utérin et le niveau d'instruction d'une femme. Cependant, les femmes instruites ont plus accès aux soins de santé que les femmes non instruites, elles utilisent des contraceptifs et se marient souvent tard, elles sont donc plus exposées aux effets des œstrogènes. La fréquence élevée des femmes au foyer dans notre série pourrait s'expliquer par le fait qu'elles constituent l'essentiel de la population féminine en Guinée [15].

#### *Caractéristiques cliniques*

Nos résultats sont similaires à ceux de Laghzaoui M et al. [11] au Maroc rapportant que les signes fonctionnels des fibromyomes utérins étaient dominés par les hémorragies (68,26%) et ces hémorragies étaient représentées essentiellement par les ménorragies (68,3% des cas). D'autre part, Dia A et al. [12] au Sénégal ont rapporté que l'augmentation du volume de l'abdomen était le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé (96,4%). Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de vocation entre les services de l'étude (Chirurgie au Sénégal et Gynécologie-Obstétrique chez nous).

Les patientes avec une masse abdomino-pelvienne sont plus susceptibles de consulter un service de chirurgie au lieu d'un service de gynécologie obstétrique et inversement pour les personnes ayant des saignements génitaux.

La prédominance du gros utérus et des hémorragies génitales a également été signalée par Baldé I S [5], Sy T [9] et Razanfindrabe J A et al. [13] dans leurs études. Il en est de même pour les pathologies associées au fibromyome utérin.

Des tests diagnostiques complémentaires ont été réalisés dans 98,51% des cas. Parmi ceux-ci les patientes ont tous bénéficié d'une échographie abdomino-pelvienne, examen de première intention et 7 patientes ont bénéficié d'une hystérosalpingographie (5,18%). L'imagerie par résonance magnétique et l'hystérocopie n'ont pas été réalisées en raison du manque d'équipement ou faute de moyen. Dia A et al. [12] au Sénégal ont rapporté une réalisation d'échographie abdomino-pelvienne dans 42,28% et une hystérosalpingographie dans 12,14%.

Contrairement à Laghzaoui M et al. [11] rapportant la réalisation d'échographie abdomino-pelvienne chez 100% des cas dans sa série. Plus on approche de la ménopause plus le nombre de fibromyomes utérins diminue. Les mêmes observations ont été faites dans l'étude de Mahboui S et al. [10] en Tunisie signalant dans leur série 75 % de femmes en période d'activité génitale ; 14,6 % en période de péri-ménopause et 10 % des femmes en ménopause confirmée chez qui l'âge de la ménopause semble être retardé (51,25 ans).

En ce qui concerne l'existence d'une pathologie gynécologique associée au fibrome, notre observation est en rapport à celle de Baldé I S. et al. [5] en Guinée rapportant dans sa série que selon l'échographie, le fibrome utérin était associé dans 11,0% à un kyste de l'ovaire et à un hydrosalpinx dans 2,32% des cas.

#### *Prise en charge chirurgicale*

Concernant l'indication opératoire, notre constat est partagé par Langzaoui M. [11] au Maroc, rapportant dans sa série que les indications opératoires étaient dominées par les gros fibromes utérins (41 %) et les gros utérus polyyomateux (38,16%). L'intervention thérapeutique doit être motivée par l'existence d'un symptôme gênant et seule une surveillance clinique est nécessaire en cas de fibrome asymptomatique. Un éventuel désir futur de grossesse doit être pris en

compte ainsi que l'âge de survenue de la ménopause [16].

Le choix de la myomectomie et de l'hystérectomie a été guidé par plusieurs facteurs, dont l'âge et la parité étaient les plus importants. La taille de l'utérus et les caractéristiques anatomiques ont été plutôt déterminantes dans le choix de l'abord chirurgical.

La myomectomie a été suggérée pour les jeunes femmes et celles qui souhaitent devenir enceinte en l'absence de grossesse. Ce choix n'est toujours pas possible, surtout lorsqu'il y a beaucoup de fibromes et qu'il y a un risque qu'après la myomectomie un utérus fibreux et raboullé soit laissé, parfois avec une sclérose adhérentielle tubo-ovarienne, qui peut compromettre la fonction de reproduction et qui ne met pas à l'abri des récurrences.

Concernant le geste chirurgical Baldé I S et al. [5] avait trouvé les mêmes résultats avec un traitement chirurgical conservateur dans 70% des cas consistant en une simple myomectomie et /ou à des polymyomectomies. Ce constat est différent de celui de Dia A et al. [12] au Sénégal, qui avait rapporté plus d'hystérectomies dans sa série : 35,72 % de subtotal et 27,86 % d'hystérectomie totale, avec un taux de myomectomie de 28,57 %. Dans l'étude de Mahbouli S et al. [10] en Tunisie, la myomectomie pratiquée dans 43% des cas étaient réalisées par trois voies : abdominale (80,8 %), hystéroscopique (13,8 %) et laparoscopique (5,3%). Nous n'avons pas pratiqué l'hystéroscopie et la laparoscopie en raison du manque d'équipement.

#### *Pronostic*

Dans notre série les complications étaient dominées par l'anémie, aucun décès n'a été enregistré. Mahbouli S et al. [10] en Tunisie avait fait le même constat avec 54% d'anémie et un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl et zéro décès dans leur série de 219 patientes. Quant à Baldé I S et al. [5] en Guinée l'anémie était retrouvée chez 70 patientes (17,5%) avec un taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl et une létalité de 0,3 % de décès.

Les données de la littérature rapportaient une létalité inférieure à 1 % [17] [18].

## **Conclusion**

La fréquence des fibromes utérins est très élevée dans notre étude. IL occupe la première place des interventions chirurgicales pour pathologie gynécologique. Les signes de découverte pouvant orienter vers une solution chirurgicale peuvent être une ménorragie, métrorragie ou ménométrorragie entraînant le plus souvent une anémie ferriprive, des douleurs pelviennes, une pesanteur ou une compression des organes de voisinage (urinaire, digestif ou alors vasculaire). Le traitement chirurgical est soit conservateur (myomectomie) ou radical (hystérectomie) avec plusieurs possibilités de voie d'abord (laparotomie, laparoscopie, hystéroscopie, ou vaginal). La sensibilisation des populations en vue d'une prise en charge précoce réduirait les conséquences socio-économiques dramatiques liées à cette pathologie.

---

## **\*Correspondance**

Diallo Fatoumata Bamba

[fabambadiallo@gmail.com](mailto:fabambadiallo@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 15 Juillet 2022

- 1: Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka
- 2: Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen
- 3: Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Médical de Matam

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## **Références**

- [1] Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath

- R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynecol.* 2017; 124:1501-12.
- [2] Zimmermann A, Bernuit Dm Gerlinger C, Schaeffers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: An international internet-based survey of 21746 women. *BMC Womens Health.* 2012; 26:12-6.
- [3] Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of uterine fibroids: From menarche to menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2016; 59(1): 1-31.
- [4] Wozniak A, Wozniak S. Ultrasonography of uterine leiomyomas. *Prz Menopauzalny.* 2017; 16(4):113-117.doi: 10.5114/pm.2017.72754.
- [5] Baldé I S, Diallo B S, Conte I, Baldé O et al. Les fibromes utérins: Aspect épidémiologique, Clinique, prise en charge chirurgicale et pronostic au CHU de Conakry. *Rev int sci med –RISM-2015 ; 17(2) : 118-124.*
- [6] Fernandez H, Chabbert Buffet N, Allouche S. Prévalence du fibrome utérin en France et impact sur la qualité de vie à partir d'une enquête menée auprès de 2500 femmes de 30-55 ans. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014 ; 43(9):721-7.
- [7] Monleon J, Canete ML, Caballero V, Del Campo M et al. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain : An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 226: 59-65.
- [8] Nadine B L, Sidik D A, Simon D N et al. Aspects IRM des fibromes utérins dans le bilan pré embolisation en Côte d'Ivoire. *Journal Africain d'Imagerie Médicale* 2016 ; 8(1) 168-6.
- [9] Sy T, Diallo Y, Diallo A B. Fibromyomes utérins: Aspect épidémio-clinique et prise en charge chirurgicale à la clinique de Gynécologie Obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry. *Ann l'Université Ouagadougou.* 2007 ; 05 :113-126.
- [10] Mahbouli S, Messaoudi Y, Chandoul Y, Zayene H, Messaoudi F et al. Prise en charge des fibromes utérins (à propos de 219 Cas). *Tunisie Médicale,* 2001 ; 79, 515-520.
- [11] Laghzaoui M, Boukaidi S, Bouhya S, Hermas S et al. Epidémiologie des fibromes utérins (à propos de 690 Cas). *Maroc Médical* 2001 ; 23, 266-270.
- [12] Dia A, Beye S B, Dangou J M, Dieng M et al. Les fibromes utérins à la Clinique chirurgicale de Dakar: à propos de 140 cas opérés en deux ans. *Dakar Médical* 2003 ; 48 : 72-76.
- [13] Razafindrabe J A, Rabarijaona M, Rakotoarisoa B, Radriamaro B et al. Les raisons de l'hystérectomie dans un service de gynécologie et obstétrique. *Med d'Afrique Noire* 2002; 49 (4): 166-168.
- [14] Ross R K, Pike M C. and Vessey, M.P. Risk Factors for Uterine Fibroids: Reduced Risk Associated with Oral Contraceptives. *British Medical Journal* 1986; 293: 359-362. <https://doi.org/10.1136/bmj.293.6543.359>.
- [15] Diallo M D D, Bussangu M F. Archive du ministère du plan, institut national de la statistique, Conakry, Guinée: Enquête démographique et de santé (EDS). Guinée 2012, Calverton, Maryland, USA: INS et ORC Marco: 246-247.
- [16] Bezard F. Fibromyome utérin: Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. *Argumentaire.* 2001 ; 14 : 433-445.
- [17] Abbara A. Fibromyome utérin: Généralités. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2004 ; 42 : 716-719.
- [18] Zhioua F, Ferciou M, Mouelhi C et al. Apport de l'hystéroscopie opératoire dans le traitement des myomes intra utérins chez les patientes infertiles. *Maghreb Médical* 1997, 320 : 34-36.

**Pour citer cet article :**

F Bamba Diallo, EM Bah, M Keita, MS Barry, S Kouyaté, IS Baldé et al. Aspects épidémiologique, clinique et prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins au service de gynécologie obstétrique du Centre Médical Communal de Matam. *Jaccr Africa* 2022; 6(3): 43-50