



Article Original

Aspects Epidémiologiques des Femmes Hospitalisées pour Myomes Utérins à Libreville

Epidemiological Aspects of Women Hospitalized for Uterine Myomas in Libreville

Assoumou Obiang P¹, Makoyo Opheelia¹, Minkobame ZMUP¹, Eya'ama R¹, Ntsame Mezui JE¹, Mewie A¹, Minto'o E J¹, Bang Ntamack JA¹, Meye J F¹.

RÉSUMÉ

Introduction. Le léiomyome, communément appelé myome ou fibrome utérin constitue un véritable problème de santé publique. Ce travail avait pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques des femmes hospitalisées pour myomes utérins à Libreville. **Patients et méthodes.** Il s'est agi d'une étude descriptive, bicentrique, à collecte rétrospective, sur une période de 3 ans et 7 mois allant du 1er janvier 2019 au 31 juillet 2022. Elle portait sur des femmes ayant été hospitalisées dans les services de Gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire Mère- Enfant Fondation Jeanne Ebori et du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville pour prise en charge de myomes utérins. **Résultats.** Au cours de notre étude, 446 dossiers de myomes utérins ont été répertoriés sur un total de 2099 femmes hospitalisées, soit une prévalence de 21, 2 %. Seuls 273 dossiers de étaient exploitables et qui ont constitué la taille de notre échantillon. L'âge moyen de nos patientes était de 39,9 ans. Cette étude a révélé que 152 (55,7%) femmes avaient une activité professionnelle rémunératrice et que 139 (51%) étaient célibataires. Aussi, 47 (17,2%) femmes étaient nulligestes et 51 (24,2%) nullipares. Les métrorragies constituaient le motif de consultation le plus fréquent avec 99 (36,2%) cas. **Conclusion.** Le fibrome utérin est une pathologie fréquente chez les femmes hospitalisées dans nos services de gynécologie. Il touche les femmes relativement jeunes, célibataires, avec peu d'enfants. La majorité de ces femmes a une activité professionnelle avec pour principal motif de consultation les saignements génitaux.

ABSTRACT

Introduction. Leiomyoma, commonly known as uterine myoma or fibroma, is a major public health problem. The aim of this study was to describe the epidemiological aspects of women hospitalized for uterine myomas in Libreville. **Patients and methods.** This was a two-centre descriptive study, collected retrospectively over a period of 3 years and 7 months from 1 January 2019 to 31 July 2022. It concerned women who had been hospitalized in the gynaecology departments of the Jeanne Ebori Fondation Mother and Child University Teaching Hospital and the University Teaching Hospital of Libreville for uterine myomas. **Results.** During the study period, 446 patients with uterine myoma cases were identified out of a total of 2099 women hospitalized, representing a prevalence of 21.2%. Among them, 273 cases were exploitable and constituted our study population. The average age of the patients was 39.9 years. The study revealed that 152 (55.7%) women were gainfully employed and 139 (51%) were single. In addition, 47 (17.2%) women were nulligeste and 51 (24.2%) nulliparous. The most frequent reason for consultation was metrorrhagia with 99 (36.2%) cases. **Conclusion.** Uterine fibroids are common among women admitted to our gynaecology departments. They affect relatively young, single women with few children. The majority of these women have a professional activity and the main reason for consultation is genital bleeding.

1. Département de Gynécologie Obstétrique de la faculté de Médecine de Libreville, Université des sciences de la santé (USS) ; Libreville-Gabon.

Auteur correspondant :

Dr Makoyo Opheelia

BP: 19328

Tel : 074100979

Email : mopheelia@yahoo.fr

Mots-clés : Fibrome utérin-épidémiologie, Libreville.

Key words: Uterine Fibroid-Epidemiology, Libreville

INTRODUCTION

Le léiomyome, communément appelé myome ou fibrome utérin est une tumeur bénigne développée au dépend du muscle utérin [1]. C'est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer [2]. Elle est plus fréquente chez les femmes afro-américaines comparées aux femmes caucasiennes aux Etats – Unis. L'âge moyen de survenue est de 25 ans chez les afro-

américaines et 35 ans chez les caucasiennes [3]. Elle touche 20 à 40% des femmes âgées de plus de 35 ans au Maroc [2]. Au Gabon, cette pathologie touche les femmes relativement jeunes avec un âge moyen de 34,9 ans [4]. La croissance du myome utérin est hormono-dépendante. Son diagnostic est fait par l'examen clinique, mais surtout grâce à l'échographie pelvienne [2].

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Les myomes utérins et leurs complications constituent un réel problème de santé publique en Afrique.

La question abordée dans cette étude

Aspects épidémiologiques des femmes hospitalisées pour myomes utérins à Libreville.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La prévalence hospitalière était de 21, 2 %.
2. Toutes les femmes étaient concernées quels que soient le niveau d'étude ou l'activité professionnelle.
3. La plupart des patientes étaient relativement jeunes, non mariées et sans enfant.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Sensibiliser les populations sur les facteurs favorisant cette pathologie et la nécessité de consulter régulièrement un gynécologue pour le diagnostic précoce et la surveillance de la maladie.

Cette pathologie constitue un véritable problème de santé publique devant sa fréquence et les complications qu'elle entraîne. De nombreux facteurs sont liés à sa survenue, mais son étiologie exacte demeure toujours indéterminée. Ces facteurs comprennent l'âge, la race, les facteurs reproductifs, les hormones sexuelles, l'obésité, le mode de vie (régime alimentaire, consommation de caféine et d'alcool, tabagisme, sédentarité, stress), la parité, les influences environnementales et autres telles que l'hypertension et les infections [5]. Il n'existe pas d'études qui abordent spécifiquement cet aspect dans notre pays. C'est pour cela que nous avons trouvé opportun de réaliser ce travail, qui avait pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques des femmes hospitalisées pour myomes utérins à Libreville.

PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude descriptive, bicentrique, à collecte rétrospective. Elle a été réalisée dans les services de gynécologie du CHUME FJE et du CHUL, qui sont les deux plus grands centres Hospitaliers Universitaires du pays. La période d'étude était de 43 mois, allant du 1er janvier 2019 au 31 juillet 2022. La population d'étude était constituée de femmes ayant été hospitalisées dans les services de gynécologie du CHUME-FJE et du CHUL pour prise en charge de myomes utérins. Le diagnostic du fibrome était suspecté à l'examen clinique, et confirmé à l'échographie pelvienne. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) était réalisée seulement en cas de myomes abdominopelviques compressifs pour confirmer l'origine utérine de la tumeur et apprécier ses caractéristiques et ses rapports. Nous avons défini comme gros myomes, ceux qui étaient abdominopelviques avec parfois des signes de compression mécanique. Certaines femmes ont bénéficié directement d'une intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation, à cause de l'urgence chirurgicale, après un bilan de terrain complet et correction d'éventuels troubles physiologiques et biologiques. D'autres cas, moins urgents chirurgicalement, étaient soit programmés à distance de l'hospitalisation, soit surveillés après mise sous traitement

médical. Ont été inclus dans l'étude, tous les dossiers des patientes hospitalisées pour prise en charge de myomes utérins durant la période d'étude. Ont été exclus de l'étude, les dossiers incomplets. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des malades des services d'hospitalisation de gynécologie, des registres d'hospitalisation et des comptes rendus opératoires. Ces informations ont été portées sur une fiche de recueil de données. Les variables étudiées étaient épidémiologiques (identité, âge, niveau d'étude, profession, statut matrimonial, niveau socio-économique) et cliniques (motif de consultation, antécédents, habitude et mode de vie, volume de la tumeur). Les données ont été saisies et informatisées grâce au logiciel SPSS (Statistical Package for the social Sciences) version 23. Les données qualitatives étaient exprimées en effectif, pourcentage avec un intervalle de confiance de 95%. Les données quantitatives en moyenne, écart type. Les données qualitatives ont été comparées avec le test Chi-2. Le seuil de significativité admis était $p < 0,05$. Pour accéder aux dossiers des malades, nous avons sollicité et obtenu l'autorisation des Directeurs Généraux de ces structures médicales. Les informations collectées ont été utilisées seulement aux fins de l'étude. Les noms des patientes n'ont pas été divulgués.

RESULTATS

Tableau I : répartition des patientes selon les données sociodémographiques

Paramètre	N=273	
	n	%
Age		
20-24	3	1,1
25-29	18	6,6
30-34	40	14,7
35-39	73	26,7
40-44	56	20,5
45-49	57	20,9
≥50	26	9,5
Niveau d'étude		
Primaire	66	24,2
Secondaire	27	9,9
Supérieur	58	21,2
Non précisé	122	44,7
Activité professionnelle		
Fonctionnaire	152	55,7
Sans	66	24,2
Etudiante	19	7,0
Commerçante	2	0,7
Retraité	1	0,4
Non précisé	33	12,0
Statut matrimonial		
Mariée	52	19,0
Célibataire	139	51,0
Divorcée	0	0,0
Veuve	3	1,0
Inconnu	79	29,0
Niveau socio-économique		
Elevé	55	20,0
Moyen	87	32,0
Bas	45	16,5
Inconnu	86	31,5

Au cours de cette étude, 446 dossiers de femmes ayant des myomes utérins ont été répertoriés sur un total de 2099 femmes hospitalisées dans ces services. La prévalence ainsi obtenue des femmes porteuses de myomes utérins

était de 21,2 %. Seuls 273 dossiers de étaient exploitables au cours de notre étude. L'âge moyen de nos patientes était de 40 ans (extrêmes de 21 et 60 ans), et 26,7% des patientes avaient un âge compris entre 35 et 39 ans (tableau I). Notre enquête a rapporté que 139 (51%) patientes étaient célibataires (tableau I). L'étude sur l'activité professionnelle a mis en évidence que 152 (55,7%) patientes étaient des fonctionnaires (tableau I). Notre étude comprenait des patientes avec un niveau socio-économique différent, 87 (32%) avaient un niveau socio-économique moyen comme nous le montre le tableau I.

Paramètre	N=273	
	n	%
Personnels		
Ménarches		
Avant 15 ans	181	66,3
15-20 ans	66	24,2
Inconnu	26	9,5
Gestité		
0	47	17,2
1	51	18,7
2	51	18,7
≥3	124	45,6
Parité		
Nullipare = 0	66	24,2
Primipare = 1	77	28,2
Paucipare = 2	60	22
Multipare = 3-4	25	9,2
Grande multipare > 4	8	2,9
Inconnu	37	13,6
Contraception		
Oui	37	13,6
Non	133	48,7
Inconnu	103	37,7
Type contraception		
Oraux	20	7,3
Préservatifs	14	5,1
Spermicide	1	0,4
Inconnu	238	87,2
ATCD Médicaux		
HTA	27	9,9
Diabète	3	1,1
Asthmatique	6	2,2
Habitude et mode de vie		
Alcool	81	26,7
Tabac	2	0,7
Stress	4	1,5
Alcool + tabac	9	3,3
Alcool + stress	2	0,7
Alcool + tabac + stress	1	0,4
Inconnu	174	63,7
Familiaux de myomes		
Oui	9	3
Non	264	97

Comme l'indique le tableau II, 181(66,3%) patientes ont eu leurs ménarches avant l'âge de 15 ans. Les moyens contraceptifs étaient utilisés chez 37 (13,6%) de nos patientes (tableau II). Parmi les 37 patientes qui utilisaient la contraception, 20 (7,3%) avaient des contraceptifs oraux (tableau II). L'étude sur la gestité nous a permis de constater que 47 (17,2%) patientes étaient nulligestes (tableau II). Il ressort de notre étude que 66 (24,2%) patientes étaient nullipares et 77 (28,2%) primipares (tableau II). Les antécédents d'hypertension ont été retrouvés chez 27 (9,9%) de nos patientes (tableau II).

L'étude sur l'antécédent familial des myomes révèle que 264 (97%) n'en avaient pas (tableau II). Nous avons constaté que 81 (29,7%) patientes consommaient de l'alcool (tableau II).

Paramètre	N=273	
	n	%
Motif de consultation		
Métrorragies	99	36,2
Algie pelvienne	77	28,2
Ménométrorragies	43	15,8
Désir de maternité	30	11
Ménorragies	24	8,8
Découverte fortuite	10	3,7
Masse pelvienne	8	2,9
Masse abdominale	9	3,3
Vertiges	3	1,1
Non précisé	15	5,5
Signes associés		
Algie pelvienne + métrorragie	45	16,5
Algie pelvienne + menométrorragie	16	5,8
Ménorragie + algies pelviennes	10	3,7
Algie pelvienne + hyper ménorrhée	3	1,1
Algie pelvienne + rétention urinaire	1	0,4
Algie pelvienne + métrorragie + pollakiurie	1	0,4
Asthénie + vertige	1	0,4
Augmentation du volume abdominal + algies pelviennes	1	0,4
Désir de maternité + ménorragie	2	0,7
Algies pelviennes + ménorragie	1	0,4
Algies pelviennes + métrorragie	2	0,7
Masse abdominale + algies pelviennes	1	0,4
Métrorragie + désir de grossesse	1	0,4
Métrorragie + douleur pelvienne + troubles urinaires	1	0,4
Métrorragie + menométrorragie + algies pelviennes	1	0,4
Métrorragie + ménorragie	1	0,4
Vertiges + asthénie	1	0,4
Taille du myome à l'examen physique	24	8,8
Gros	249	91,2
Petit		

Les métrorragies constituaient le motif de consultation le plus fréquent (36,2%), suivies d'algies pelviennes (28,2%). Ces symptômes étaient parfois associés. Ainsi, les algies pelviennes étaient associées aux métrorragies chez 16 (5,8%) femmes, avec les ménométrorragies chez 10 (3,7%) femmes et avec les ménorragies chez 3 (1,1%) femmes (tableau III).

Le tableau IV montre que les myomes les plus gros ont été retrouvés chez les femmes ayant peu d'enfants, sans différence significative ($p = 0,16$). Aussi, les femmes dont l'âge était supérieur à 30 ans avaient les myomes les plus volumineux, sans différence significative ($p=0,49$).

DISCUSSION

Les limites de notre étude sont celles liées à une étude rétrospective à savoir, les dossiers médicaux mal conservés, mal archivés, incomplets ; des registres mal tenus.

Notre étude a été descriptive, rétrospective, et s'est déroulée sur une période de 3 ans et 7 mois, allant de janvier 2019 à juillet 2022, dans les services de gynécologie du CHUME-FJE et du CHUL. Elle a porté sur 273 cas de fibromes utérins. Il n'existe pas beaucoup

d'études abordant spécifiquement l'épidémiologie des fibromes utérins dans notre pays.

Tableaux IV : Relation entre la parité, l'âge et le volume des myomes

Caractéristiques	Gros myomes		Total n (%)	p
	Non n (%)	Oui n (%)		
Parité				0,16
Nullipare	87 (31,8)	12 (4,3)	99 (36,2)	
Paucipare	105 (38,4)	11 (4)	116 (42,4)	
Multipare	54 (19,7)	1 (0,3)	55 (20,1)	
Non précisé	3 (1)	0 (0)	3 (1)	
Age				0,49
< 30 ans	20 (7,3)	1 (0,3)	21 (7,6)	
> 30 ans	229 (83,8)	23 (8,4)	252 (92,3)	
Total	249 (91,2)	24 (8,7)	273 (100)	

La prévalence du fibrome utérin chez les femmes hospitalisées durant la période d'étude était de 21%. Ce taux est supérieur à ceux d'Elouardighi, et Zimmerman qui trouvent respectivement 17,2% et 9,8% [2, 6]. D'après Radmila et al, la prévalence du myome est largement sous-estimée dans plusieurs études épidémiologiques qui se concentraient principalement sur les femmes symptomatiques [5]. De même, selon Sidibe et al, la fréquence des myomes est sous-estimée, car probablement 50% environ de ces derniers ne donnent aucune manifestation particulière et sont découverts lors d'une consultation gynécologique [7]. Tout cela cadre avec notre étude qui ne concernait que les patientes hospitalisées, avec une maladie déjà symptomatique et compliquée. Ainsi, la prévalence des myomes pourrait certainement varier si on incluait les patientes vues en consultation externe, porteuses de myomes symptomatiques ou non. L'âge moyen de nos patientes était de 39,94 ans, avec une tranche d'âge la plus représentée de 35-39 ans, soit 26,7%. Nos résultats sont proches d'Estelle et Konan en Côte d'Ivoire, qui retrouvent respectivement une moyenne d'âge de 40,7 ans [8] et 40 ans [9]. Par contre, l'âge moyen de notre étude est inférieur à celui de Fernandez et al en France et d'Elouardighi au Maroc qui trouvent respectivement de 46,3+/-9,2 ans et 41,53ans [2,10]. Aussi, il est supérieur à celui de Bang au Gabon et de Ekono au Cameroun qui trouvent respectivement 34,9 ± 5,3 ans et 37,02 ± 4,90 [4, 11]. La différence observée avec ces 2 études peut s'expliquer par les populations concernées par les études. En effet, ces populations étaient constituées essentiellement de femmes enceintes, ou de femmes en âge de procréer et donc relativement jeunes. Dans notre étude, les femmes avec une activité professionnelle étaient majoritaires dans 55,7% des cas. Ces résultats correspondent avec ceux de Rongières en France qui a retrouvé une association positive entre vie professionnelle et fibrome [12]. En effet, les femmes qui ont une activité professionnelle ont certainement prioriser leurs études et ont souvent des enfants à un âge plus avancé, donc une parité réduite. De plus, l'activité professionnelle est souvent associée aux situations de stress, qui est un facteur de risque de survenue de myomes. Dans ce travail, nous avons retrouvé 19% de femmes mariées et 51% de célibataires. Ces résultats diffèrent de ceux de Nourelhouda et al en Algérie qui retrouvaient 75% de femmes mariées et 24% de femmes célibataires [13]. Le

taux élevé de femmes célibataires traduit un fait de société dans notre pays lié entre autres aux relations sans engagements. Notre travail montre que 66,3% des femmes ont eu leurs ménarches avant 15ans. Nourelhouda et al en Algérie révèlent que 60,3% des femmes de leur étude ont eu leurs ménarches avant 14 ans et 39,7% à un âge ≥ 14 ans [13]. Laughlin et al aux USA rapportent un risque plus élevé de survenue de fibrome chez les femmes qui ont eu leurs ménarches avant 11ans, comparé à celles qui les ont eues après 13ans [3]. Ces différents résultats laissent entrevoir une association entre la précocité de survenue des ménarches et la présence de fibromes, c'est-à-dire que les femmes avec un âge précoce de ménarche ont un risque plus élevé de développer un FU [5]. Dans notre série, nous avons trouvé 24,2% de nullipares et 28,2% de primipares. Ces taux sont inférieurs à ceux d'Elouardighi au Maroc et d'Estelle A en Côte d'Ivoire qui trouvent respectivement 55,3% et 44,6% de femmes nullipares [2,8]. Plusieurs études décrivent le fait que le risque de FU est lié à la parité et que ce risque diminue avec le nombre de naissances. Stewart et al montrent que les femmes qui avaient 3 parités ou plus, présentaient un risque inférieur de FU comparé aux nullipares [14]. Dans le même sens, S. Okolo à Londres estime que le risque d'avoir un FU est 4 fois plus élevé chez les nullipares que chez les grandes multipares [15]. La grossesse serait un facteur protecteur, de même que le nombre élevé de grossesses et l'âge tardif de la dernière grossesse [12, 14, 16,17]. Pavone et al en Italie l'expliquent par le fait que la grossesse avec son déclin de la production d'œstrogènes et de progestérone peut causer un effet dramatique sur la croissance des FU, et presque 36% des FU présents au premier trimestre de grossesse ne sont plus identifiés à l'échographie 3 à 6 mois en post partum [16]. Ainsi un nombre croissant de grossesses à terme diminue le risque de myome. Des mécanismes hormonaux et non hormonaux peuvent expliquer cette association. La parité signifie une diminution du cycle menstruel, et des grossesses à terme provoquent des modifications des hormones ovariennes, des facteurs de croissance et des niveaux de récepteurs des œstrogènes, ainsi que des modifications du tissu utérin. De ce fait les myomes sont plus fréquents chez les femmes nullipares [5]. Plusieurs études rapportent qu'il existe une prédisposition familiale dans le cadre de la survenue de FU [2, 12, 15, 18, 19]. Notre étude présentait 3% de femmes avec antécédent familiale de myomes. Il s'agissait de présence de myomes

chez leurs sœurs. Mais nous estimons que ce taux n'exprime pas la réalité car cette donnée n'a pas été demandée à la majeure partie des femmes de notre étude. Rongières à Strasbourg décrit une prédisposition familiale. Il montre que les fibromes sont 2,2 fois plus fréquents quand, dans la famille au premier degré, on retrouve des femmes avec 2 fibromes ou plus. Le risque est de 1,94 pour les sœurs et 2,12 pour les filles [12]. Radmila et al relèvent que l'existence des familles de myomes prouverait une prédisposition familiale à la formation des myomes, et que dans ce contexte, le diagnostic était fait à un âge précoce avec des myomes multiples [5]. De plus, le taux élevé de récurrence de myome après myomectomie indiquerait que les femmes atteintes de myomes ont un gène héréditaire et l'analyse cytogénétique des cellules de myomes a prouvé l'existence d'anomalies chromosomiques spécifiques de la tumeur dans environ 40% des échantillons testés [5]. Ainsi, 70% de ces myomes présentent des mutations somatiques hétérozygotes qui affectent MED12, sous unité 12 du complexe régulateur transcriptionnel, gène situé sur le chromosome X [5]. Dans notre contexte, nous déplorons l'absence de laboratoire de cytogénétique permettant l'exploration de cet aspect. Notre série révèle que 29, 7% des patientes consommaient de l'alcool. Sparic et al en Italie montrent que la consommation d'alcool augmente le risque de FU. Une association positive entre la consommation d'alcool et le risque de FU a été confirmée chez des Japonaises [18]. Laughlin et al aux USA rapportent les mêmes conclusions, la plus forte association étant avec la bière, avec un risque augmenté de 60% chez celles qui consomment de l'alcool comparativement à celles qui n'en prennent pas [3]. Les hémorragies génitales constituaient le principal symptôme des FU dans notre étude. Ce qui concorde avec plusieurs séries [2, 14, 17, 20, 21]. Il s'agissait d'hémorragies à type de métrorragie (36,3%), de ménométrorragie (15,8%) et de ménorragie (8,8%). Cependant, dans l'étude de Dembele et al au Mali, les hémorragies génitales constituaient le 3^{ème} motif de consultation (17,5%) après le désir de maternité (35%) et la douleur pelvienne (35%) [22]. Dans notre étude, le désir de maternité était le 4^{ème} motif de consultation avec 11% des cas. Elouardighi, et al au Maroc rapportent 12, 5% [2]. L'imputabilité du FU quant à l'infertilité reste discutable jusqu'à nos jours. Mais son rôle comme facteur causal d'infertilité semblerait logique car Plusieurs mécanismes permettant de l'expliquer, notamment, l'obstruction des orifices tubaires et la modification de la cavité utérine par le FU [4, 23]. Cette infertilité explique à son tour la nulliparité. C'est ainsi que dans notre série, les plus gros myomes sont associés à la nulliparité (4,3%), sans différence significative. De même, Les plus gros myomes sont retrouvés chez les patientes qui ont un âge supérieur à 30ans sans différence significative. Ces résultats correspondent avec ceux retrouvés dans la littérature [2, 4, 12, 16, 18, 24]. Plus l'âge avance, plus l'exposition aux stéroïdes ovariens est prolongée, entraînant une augmentation du volume de FU. En effet, il est décrit que l'œstrogène favorise la croissance des myomes, surtout en absence de traitement [5]. Aussi, le retard à la consultation

constaté dans notre contexte Africain, du fait des moyens financiers limités, du manque d'informations et des considérations socio-culturelles, peut expliquer le diagnostic au moment où la maladie est déjà avancée avec son cortège de complications.

Ce travail sur les aspects épidémiologiques des femmes porteuses de myomes à Libreville est une étape non négligeable. Cependant, il serait souhaitable de mener une étude de cohorte, prenant en compte tous les facteurs décrits dans la littérature, et qui influencent l'apparition ou le développement des myomes utérins comme : l'âge de la patiente, l'âge des ménarches, la parité, l'indice de masse corporel, les antécédents familiaux, la notion de contraception hormonale, la situation socioprofessionnelle, le profil hormonal, la consommation d'alcool et de tabac.

CONCLUSION

Le fibrome utérin est l'affection bénigne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. C'est une pathologie très rencontrée dans nos différents services de gynécologie avec des facteurs de risque multiples, mais dont l'étiologie reste à déterminer. Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de gynécologie du CHUME-FJE et du CHUL, sur une période de 3ans et 7mois. Ainsi, 273 dossiers ont été colligés. Au terme de cette étude nous avons constaté ce qui suit :

- Une femme sur 4 est hospitalisée pour myomes utérins
- Les patientes sont relativement jeunes;
- Plus de la moitié a une activité professionnelle,
- Plus de la moitié est célibataire
- Une femme sur 3 n'a pas d'enfants.
- La métrorragie constitue le principal symptôme

La prévention de cette pathologie et ses complications passe par la sensibilisation des populations sur les facteurs favorisant cette pathologie et la nécessité de consulter régulièrement un gynécologue une fois par an pour le diagnostic précoce et la surveillance de la maladie.

REFERENCES

1. Lansec J, Lecomite P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 6^{ème} ed. Paris: MASSON; 1988,2002.
2. Elouardighi I, Soummani A. Les fibromes utérins : Etude rétrospective de gynécologie obstétrique " B" du CHU Mohammed VI. [Thèse n°x]. Rabat : université Hassan II ; 2012.
3. Shannon K, Laughlin MD, Jane C, et al. New Directions in the Epidemiology of Uterine Fibroids. *Semin Reprod Med* 2010; 28(3):204-217.
4. Bang Ntamack JA, Mayi-Tsonga S, Sima Ole B, et al. Grossesse apres myomectomie a libreville, Gabon. *Clin Mother Child Health* 2009; 6 (2):1101-06.
5. Radmila Sparic, Ljiljana Mirkovic, Andrea Tinelli. Epidémiologie des myomes utérins : un examen. *Int J Fertil Steril* 2016 ; 9(4) :424-435.
6. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, et al. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet- based survey of 21,746 women. *BMC Women's Health* 2012; 12(6):1-11.
7. Sidibe A. Aspects épidémiologique et thérapeutiques du fibrome utérin dans le service de gynécologie obstétrique du chu

- Gabriel TOURE [Thèse pour obtenir le grade de docteur en Médecine]. Bamako : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2022.
8. Estelle A, Bonfils K, Lynda G, et al. Grossesse après les premières procédures d'embolisation des fibromes utérins en Afrique subsaharienne en Côte d'Ivoire. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2021 ;1-6.
 9. Konan AN, N'Dja AP, Garba I et al. Aspects particuliers des myomes utérins en IRM Multimodale en Milieu Tropical. *Health Sci.Dis* 2023 ; 24 (2) : 31-36.
 10. Fernandez H, Chabbert-Buffet N, Koskas M, et al. Épidémiologie du fibrome utérin en France en 2010-2012 dans les établissements de santé-Analyse des données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2014 ;(43) :616-628.
 11. Ekono MRG, Azoumbou MT, Ngaha YJ et al. Fertilité et Devenir des grossesses post-myomectomies par laparotomie à Douala (Cameroun). *Health Sci.Dis* 2023 ; 24 (4) : 157-161.
 12. Rongières C. Épidémiologie du fibrome utérin : facteurs de risque et fréquence. Impact en Santé Publique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 :701-706.
 13. Nourelhouda C, Abbassia D. Profil épidémiologique des fibromes utérins dans la région de Sidi Bel Abbes, Algérie. *Pan Afr Med J.* 2013 ; 15 :1-8.
 14. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, et al. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2017; 124:1501-1512.
 15. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Practice & Research clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008; 22(4):571-588.
 16. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, et al. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Best Practice & Resarch Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2018 ;(46): 3-11.
 17. Koffi ABD, Olou NL, Fomba M, et al. Chirurgie des fibromes utérins : bilan de cinq années d'activité au service de gynécologie du chu de yopougon (Abidjan). *Rev Int Sc Méd* 2013 ; 15(2) :95-99.
 18. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, et al. Epidemiology of Uterine Myomas. *International Journal of Fertility and Sterility* 2016; 9(4):424-435.
 19. Chapron C, Fernandez B, Fauconnier A, et al. Indications et modalités du traitement chirurgical conservateur des myomes interstitiels et sous séreux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28:732-737.
 20. Munro MG, Critchley H, Broder MS, et al. FIGO Classification system (PALM-COEI) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011; 113: 3-13.
 21. Monleno J, Canete M, Caballero V, et al. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: an observational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2018 ; 226 :59-65
 22. Demele S, Diassana M, Macalou B et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques du Fibrome Utérin à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Health Sci.Dis* 2023 ; 24 (2) : 107-111.
 23. Hounkpatin B, Dangbemey DP, Aboubacar M, et al. Facteurs limitant la prise en charge du léiomyome remanié au CHU MEL de Cotonou : à propos d'un cas et revue de littérature. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin* 2019 ; (031) : 33-36.
 24. Baldé IS, Diallo BS, Conté I, et al. Les fibromes utérins : aspects épidémiologique, clinique, prise en charge chirurgicale et pronostic au chu de conakry. *Rev int sc méd –RISM* 2015 ; 17(2) :118-124.