

FREQUENCE ET COMPLICATION DE FIBROMYOME UTERIN DANS LA CITE DE KONGOLO

L'Assistant ISSA NASSOR INAS RASHID*

*Département de gynécologie et obstétrique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kongolo, dans la province de Tanganyika en République Démocratique du Congo
inasrashidissanassor@gmail.com*

***Corresponding Author** : -
inasrashidissanassor@gmail.com

RESUME

Les fibromyomes utérins sont les tumeurs solides bénignes les plus fréquentes de l'appareil génital féminin. Ils touchent 20 à 25% des femmes en âge de procréer et sont 3 à 9 fois plus fréquente chez les femmes noires que chez les femmes blanches. Il peut survenir un fibrome ou plusieurs simultanément. La survenue de la pathologie au cours de la vie est un événement très fréquent qui affecte près d'une femme sur deux après 30 ans. Le pic de fréquence se situe entre 30 et 50 ans. Les fibromyomes n'existent pas avant l'âge de la puberté, cas chez la fille de moins de 20 ans ont été rapporté. Après la ménopause, il régresse sans mais quelques pour autant disparaître totalement. Il se localise selon la fédération internationale des gynécologues obstétriciens en trois possibilités : fibromyome sous séreux, intra mural et sous muqueux. Il reste asymptomatique mais peut se manifester essentiellement par : les hémorragies, douleur pelvienne calmées par décubitus, leucorrhée, compression des organes voisins et les complications sont potentiellement nombreuses (très rare), il s'agit : complications infectieuses, hémorragiques, et obstétricales. Cette étude poursuit le but de réduire le taux de complication de fibromyome utérin à l'hôpital général de référence de Kongolo.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive effectuée au service de gynécologie et obstétrique durant une période de cinq ans allant du 1 juin 2016 au 30 juin 2021.

Nos investigations ont abouti aux résultats suivants :

La fréquence hospitalière de fibromyome était de 71,6%, la tranche d'âge la plus touchée est de 31 à 40 ans, soit 47,2 % avec une moyenne d'âge de 40,44 ans, le symptôme le plus dominant est l'hémorragie avec 40,7%, la complication la plus observée est l'anémie, soit 49,5%.

Pour une bonne connaissance de ces facteurs favorisant la survenue de fibromyome utérin, nous pourrions prévenir l'apparition de celui-ci voire au mieux leur croissance et les symptômes amenant à consulter et opérer, cette prévention doit être une préoccupation pour la santé publique car la pathologie fibromateuse est fréquente, couteuse et entrave la qualité de vie.

LES MOTS CLES : fréquence, complication, fibromyome utérin, Kongolo.

1. INTRODUCTION

Les fibromyomes utérins sont les tumeurs solides bénignes les plus fréquentes de l'appareil génital féminin. (1) Ils touchent 20 à 25% des femmes en âge de procréer et sont 3 à 9 fois plus fréquente chez les femmes noires que chez les femmes blanches. Il peut survenir un fibrome ou plusieurs simultanément. La survenue de la pathologie au cours de la vie est un événement très fréquent qui affecte près d'une femme sur deux après 30 ans. Le pic de fréquence se situe entre 30 et 50 ans. Les fibromyomes n'existent pas avant l'âge de la puberté, cas chez la fille moins de 20 ans ont été rapporté. Après la ménopause, il régresse sans mais quelques pour autant disparaître totalement. Départ leur biologie moléculaire peu révélatrice, l'étiologie de ce type des pathologies, demeure encore ambiguë. Cependant, leur apparition et leurs croissance sont influencé par nombreux facteurs de risque tels que : l'estrogène, la progestérone, les facteurs de croissances, l'hérédité, l'ethnicité, la multiparité, l'obésité et la première menarthe précoce.

Souvent asymptomatique, le fibromyome décelés au cours d'un examen gynécologique systématique ou d'une des techniques imageries pelvienne, présente une symptomatologie diversifiées dont : ménorragie, pesanteur pelvien perception d'une masse pelvienne, infertilité ou à la suite des complications douloureuses, mécanique ou hémorragique et à la dégénérescence maligne (17). Les complications peuvent y être associées et se traduire par : la compression des organes voisins, trophique avec dégénérescence œdémateuse, nécrobiose aseptique, problème pendant la grossesse (risque de faire de fausse couche et accouchement prématuré), la stérilité dans ces éventualités et l'hémorragie génitale dont la thérapeutique repose sur les hormones mais la chirurgie s'impose si celle-ci échoue. Généralement, plus fréquent chez les femmes afro-américaines, les fibromyomes se signalent par des douleurs légères et diffuses, un inconfort, une sensation de pesanteur au niveau de bas ventre (9). Dans la littérature, peu d'équipes se sont intéressées à l'épidémiologie des fibromyomes en particulier, sa distribution dans la population, sa fréquence, son impact et son coût en santé publique. GRAVES, écrivait que 20% de patientes après 40 ans présentaient de fibromyomes (résultats sur des autopsies) (5). CRAMER et PATEL, décrivent sur une étude anatomo-pathologique sériee décents hystérectomies consécutives pour pathologie habituelle, une incidence de fibromyomes utérins passant de 33% de diagnostic avant l'intervention à 77% après étude anatomo-pathologiques. Ainsi, le réel indice d'incidence de cette pathologie est sous-estimé ou plutôt elle ne prend en compte que les fibromyomes symptomatiques. La distribution du taux des fibromyomes en fonction de l'âge est retrouvée à travers les différentes études qui se sont intéressées à différents facteurs associés aux fibromyomes, mais, il n'y a pas d'étude à proprement parler sur ce sujet (3). Ce sont les études cas-témoins ou les patientes sont recrutées par le biais d'une indication chirurgicale, sauf pour l'étude de Marshall ou il s'agissait d'une étude cohorte, malheureusement, il ne donne pas le pourcentage d'apparition de nouveau cas en fonction de l'âge (12). En 1989, MEIHALAN et al. Sur une enquête téléphonique de 2.137 patientes sélectionnées sur le registre de permis de conduire, retrouvent 27,3% des femmes qui ont eu une hystérectomie dont 44% des femmes noires et 24% des femmes blanches (7). LEPENE et al, retrouvent également sur des patientes hystérectomisées entre 1980 et 1993 aux Etats Unis 62% d'hystérectomies pour fibromyomes chez les femmes noires comparées à 25% chez les femmes blanches (3). Les fibromyomes étaient traités efficacement jusqu'à maintenant de façon chirurgicale et constituaient la principale cause d'hystérectomie (10). WILCOX en 1988-1990, calcule un taux de 58 hystérectomies pour 10.000 femmes aux Etats Unies, taux qui reste stable de 1988 et 1990 (1,7 million des femmes hystérectomisées). Dans 43% (femmes de 35 à 44 ans et 53% (femmes de 45ans) des cas, l'indication d'hystérectomie est due à la présence des fibromyomes (16).

SHIKORA et al en 1991, retrouvent également une augmentation du risque de fibromyomes avec l'obésité sur une étude rétrospective.

Sur 144 patientes opérées pour fibromyomes (hystérectomie (126) et myomectomie (18) 51% des patientes étaient obèse dont 30% étaient sévèrement obèse (» à 150% de poids idéal). Ils ont comparés la moyenne du poids de ces 144 patientes à la moyenne du poids aux Etats Unis. En Europe, on estime 300.000 nombre d'acte chirurgicaux effectués chaque année l'indication est un fibromyome utérin, dont 230.000 hystérectomies (13). LUOTO et al. Sur une population de 8.663 hystérectomies effectuées en 1988 et comparées aux femmes de plus de 35ans vivant en Finlande, retrouvent 48% d'hystérectomie pour fibromyome et une corrélation positive entre revenu familial et hystérectomie pour myome. De plus une large proportion de ces femmes étaient opérée en hôpital privé. On ne peut plus en conclure que les patientes qui en ont les moyens financiers ont plus recours à l'hystérectomie que les femmes aux revenus moindres. Les fibromyomes sont pourvoyeurs d'hystérectomies, ils sont plus fréquents chez les femmes noires et ils existent prédisposition familiale. Les facteurs de risques associés sont clairement l'obésité et l'infertilité. La multiparité et le tabac sont incompatiblement des facteurs protecteurs contre la croissance de fibromyomes. Si les fibromyomes sont les tumeurs le plus fréquentes chez la femme, leur étude épidémiologique n'a pas été entreprise de façon systématisée. Son impact en santé est suffisamment important pour s'en préoccuper, connaître la relation et les effets conjoints entre les facteurs de risques et les facteurs protecteurs sur la croissance des fibromyomes. Par une bonne connaissance de ces facteurs, on pourrait prévenir l'apparition des fibromyomes, voir au mieux leur croissance et les symptômes amenant à consulter et à opérer. Cette prévention doit être priorité car la pathologie myomateuse est fréquente, coûteuse, et entrave la qualité de vie (9). En Afrique, nous relevons que cette pathologie est fréquente dans la région de sidi bel abbés en Algérie ou une étude a été menée à la période du 1^{er} janvier 2008 au 1^e Mai 2011, un total 323 cas ont été recensés. La tranche d'âge la plus touchée varie de 40 à 44 ans dans une fourchette d'âge comprise entre 20 et 74 ans, 37,83% des patientes étaient nullipares. Une prédominance des patientes dont l'âge de la menarthe est précoce ; a été retenu (60,3%) 3% des femmes ont présentes un terrain familial prédisposant. La symptomatologie était dominée par : hémorragies

génitale (35%). La majorité des patientes (51,70%) présentaient un utérus polymyomateux dont la localisation de fibromyome était principalement corporelle (96%), sous séreux (43%). Le traitement était conservateur dans 71,82 % des cas(17).

En RDC, il est indispensable de cerner par l'élaboration d'un programme national de sensibilisation et de dépistage précoce de cette pathologie. Bien que les fibromyomes s'avèrent à nos jours un fléau en RDC, départ sa fréquence et ses complications. Dans le souci d'actualiser les connaissances sur les fibromyomes utérins à Kongolo dans le Tanganyika, en raison de la gravité de cette pathologie et des conséquences socio-économiques et sanitaire qu'elle cause, il nous est paru capital d'entreprendre une étude sur ce sujet.

Pour bien appréhendé cette réalité, nos réflexions étaient basés autour des questions suivantes :

- Quel est la fréquence de fibromyome au sein de l'Hôpital General de référence de Kongolo ?
- Quelles sont les complications liées aux fibromyomes utérins ?
- Comment ses complications sont-elles prises en charge ?

Les suites réservées à ces questions constituent la plaque tournante de cette recherche. Envisageons certaines allégations, l'étude poursuit le but de réduire le taux des complications des fibromyomes utérins a cette structures sanitaires en :

- Déterminant la fréquence des fibromyomes utérins au sein de la structure ;
- Identifiant les complications lies aux fibromyomes sur les patientes de cet hôpital ;
- Evaluant la prise en charge des complications.

2. Matériel et Méthodes

Pour Cette étude, nous avons recouru qu'à la méthode rétrospective descriptive effectuée au service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital général de référence de Kongolo. Elle porte sur la fréquence et complication de fibromyome utérin dans la cité de Kongolo pendant une période de cinq ans allant du 1 Juin 2016 au 31 Décembre 2021. Dans le cadre de cette recherche, la population d'étude a concernée toutes les patientes reçues en consultation. Sur le total de 127 cas qui ont consulté ce service pour fibromyome utérin que nous avons constitué l'échantillon de 91 femmes ayant présentes des complications liées au fibromyome et qui ont rempli le critère d'inclusion. Ont été incluse au critère, toutes les patientes prise en charge dans ce service pour fibromyome utérin de diagnostic et dont le dossier médical était complet. Le critère a exclu toutes patientes qui n'ont pas été traitée pour fibromyome utérin dans le service et chez qui le dossier médical était incomplet. Les données se rapportant aux objectifs ont été collectée à partir de l'analyse documentaire, dans ce document, nous avons cherché les variables suivant : les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et para clinique. Les données ainsi recueillies ont été saisie et analyser par SPSS version 20.0 présenter dans les tableaux et traité par les calculs de pourcentage et la moyenne arithmétique.(2)

3. Résultat

Fréquence

Sur le total de 127 cas des fibromyomes utérin qui ont consulté le département de gynécologie et obstétrique de l'hôpital général de référence de Kongolo durant la période de cette étude, 91 femmes ont présentées de complications liées au fibromyome utérin et la fréquence était de 71,6%

Caractéristique sociodémographique des patients (N=91)

La lecture du résultat des tableaux indique que plus des patients avaient un âge compris entre 31 à 40 ans, soit 47,2% avec une moyenne d'âge de 40, 44 ans, célibataire avec 38,5% et les étudiantes avec 37,3% de cas.

Tableau 1: Répartition des patientes en fonction de l'âge (Année)

Caractéristique	ni	%
21-30	8	8,8
31-40	43	47,2
41-50	27	29,7
51-60	13	14,3
Total	91	100

La moyenne d'âge de 40,44 ans

Tableau 2: Répartition des patientes en fonction de l'Etat matrimonial

Caractéristique	N	%
Marié	20	22
Célibataire	35	38,5
Divorcée	27	29,6
Veuve	9	9,9
Total	91	100

Tableau 3: Répartition des patientes en fonction d'Occupation des patientes

Caractéristique	N	%
Fonctionnaire	7	7,7
Vendeuses	9	9,9
Etudiantes	34	37,3
Ménagères	25	27,5
Cultivatrices	16	17,6
Total	91	100

Caractéristique clinique des patientes

Il se déduit de l'observation de ces tableaux que la nulliparité était le plus touché soit 53,8%, avec Métrorragie comme signe dominant 40,7% dont d'autres pathologie ne se sont pas associées au fibromyome utérin soit 86,8%, 85,7% de cas avaient subi une hystérectomie subtotal et que la durée d'hospitalisation était comprise entre 7-10 jours soit 53,8%.

Tableau 4: Répartition des patientes en fonction des parités

Caractéristique	N	%
Nulliparité	49	53,8
Primiparité	30	33
Multiparité	12	13,2
Total	91	100

Tableau 5: Répartition des patientes en fonction des symptômes observé

Symptômes	FA	FO	%
Métrorragie	91	37	40,7
Douleur pelvienne	91	26	28,5
Constipation	91	7	7,7
Trouble urinaire	91	12	13,2
Hydrorrhée	91	9	9,9
Trouble de règle	91	16	17,6
Total	91	100	100

Tableau 5: Répartition des patientes en fonction des Pathologie associée au fibromyome utérin

Pathologie associée	N	%
Kyste ovarien	7	7,7
Infections urinaires	5	5,5
Aucune pathologie	79	86,8
Total	91	100

Tableau 6: Répartition des patientes en fonction de la prise charge chirurgicale

Traitement	N	%
Hystérectomie subtotal	78	85,7
Myomectomie	13	14,3
Total	91	100

Tableau 7: Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	N	%
7-10	49	53,8
11-15	31	34,1
16-20	11	12,1
Total	91	100

Complication

Le résultat du présent tableau indique que 49,5% de cas avaient présentés l'anémie comme complication liée au fibromyome, suivi de ceux qui avaient présentés les avortements, soit 19,8% de cas.

Tableau 8: Répartition des patientes en fonction des complications observées

Complication	Fa	Fo	%
Anémie	91	45	49,5
Infertilité	91	10	11
Avortement	91	18	19,8
Nécrobiose aseptique	91	2	2,2
Compression des organes voisins	91	9	9,9
Prématurité	91	7	7,6
Total			

Caractéristique paraclinique

Ce tableau montre que l'échographie à été réalisé par la majorité des patientes soit 89%

Tableau 9: Répartition des patientes en fonction de l'échographie réalisé

Echographie	N	%
Non	10	11
Oui	81	89
Total	91	100

4. Discussion

Pour notre série la fréquence hospitalière était de 71,6%, ce taux est élevé par rapport à celui trouvé par Marshall et al en 1989 et 1993 chez les femmes noires aux Etats-Unis. Le taux de diagnostic de fibromyome utérin est significativement de 3,25% par rapport aux femmes blanches. Il n'y a pas d'explication à cet excès de fibromyome chez les femmes noires (8). Cette fréquence est en outre extrêmement élevée par rapport à celles trouvées par Dialo M, Sanogo Y et Coulibaly D respectivement 1,80%, 2,64% et 5,21%, la faiblesse de cette prévalence peut s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée de l'étude (18,19,22). L'analyse de ce résultat montre que la tranche d'âge de 31 à 40 ans est le plus touché soit 47,2% avec un âge moyen de 40,44 ans. Nous remarquons que ce résultat est supérieurs par rapport à celui obtenu par Coronado et al qui avaient trouvés 36,6% des femmes enceintes qui portaient les fibromyomes et leurs âges moyens étaient au moins de 35 ans(17). Cramer et Patel en 1992 décrivent la présence de fibromyome qui est résolument très importante à partir de 40 ans. L'âge moyen d'apparition de fibromyome, sa croissance dans le temps et le caractère unique ou multiple ne sont pas précisés(12). Notre observation s'expliquerait par le fait que l'épidémiologie des fibromes est parallèle aux changements hormonaux survenant au cours de la vie.

C'est ainsi que l'on peut constater une absence de cas décrit avant la puberté, puis une augmentation de son incidence avec l'âge chez la femme en période de procréation. Bien que quelques cas soient décrits à l'adolescence, en général c'est plutôt vers l'âge de 30 ans que le fibrome devient symptomatique. Par ailleurs, il nous semble également que ce pourcentage élevé serait du à l'hyperactivité sexuelle avec partenaires multiples ce qui favorise la sécrétion accrue des hormones sexuelles, comme ont évoqué FERNANDEZ et al, d'autant plus que l'âge des gestantes variait entre 27 et 41 ans et l'âge moyen 38,6 ans(4). Les fibromyomes peuvent apparaître à tout âge de la vie d'une femme depuis la puberté jusqu'après la ménopause. Cependant, les femmes les plus touchés par les fibromyomes utérins ont entre 35 et 45 ans. La proximité de la ménopause est donc un niveau d'hormone féminine (œstrogène) plus élevée va favoriser leurs croissances. La fréquence est plus élevée chez les femmes noires lesquelles on estime une femme sur deux après 35 ans. On parle en médecine de la prévalence pour désigner la fréquence d'une pathologie au sein d'une population, la prévalence du fibromyome est particulièrement augmentée. On estime ainsi qu'entre 20 et 40% des femmes après 35 ans auront développés un ou plusieurs fibromyomes. (17) Ce résultat montre que la majorité des patientes étaient des célibataires, soit 38, 5%. Fellman, 1983 discute que le fibromyome est comme une éventuelle compensation de la frustration de l'absence de la grossesse par augmentation du volume utérin. C'est toute l'ambiguïté des raisonnements psychanalytique ou la simple constatation de la multiparité et de la présence des fibromes deviennent une expression somatique due à l'absence de grossesse voir d'un dérèglement hormonal d'origine psychogène induisant la croissance des fibromyomes. Il serait cependant intéressant de ne pas négliger ce point de vue, comme on va le voir, infertilité et nulliparité involontaire sont associées à un risque relatif élevé de fibromyome. La cause réelle n'est pas connue mais leur développement est influencé par hyper œstrogène, non usage du muscle utérin chez les religieuses et les fibromes stériles et infertiles, (11). Le résultat indique que 37,3% étaient des étudiantes. KAMOSKI et al en 1993, ont publiés en langue polonaise que sur 72 femmes présentant des fibromyomes comparées à 45 sans fibromyomes. L'inactivité physique et le travail intellectuel avec le stress qu'il produit, étaient les facteurs de risque de développement des fibromyomes (10). LUMBIGANON et al en 1995, sur leurs populations ont trouvé une association positive entre vie professionnelle et fibromyome, éducation et fibromyome respectivement pour des patientes qui ont un âge supérieur ou égale à 7 ans d'étude. On peut émettre l'hypothèse qu'une femme qui a fait des longues études et qui travail aura des grossesses plus tardives, voir pas des grossesses (6). De ce résultat, les nulliparités sont touchée, soit 53,8%.

La réduction des risques de fibromyome est liée à la parité et son risque diminue avec le nombre de naissance. LUMBIGANON et al 1995, décrive qu'avec plus de 5 accouchements, on diminue le risque des fibromes utérin (6). PARAZZINI en 1996, montre également que les risques relatifs diminuent avec le nombre d'avortement induits. Les

risques de récurrence après intervention chirurgicale passe de 15 à 30% si la patiente n'a pas eu une grossesse dans les 10 ans qui suivent. Au total, la grossesse est le facteur protecteur ; le nombre augmenté de grossesse et l'âge tardif de la dernière grossesse aussi(14). L'analyse de ce résultat montre que la métrorragie constitue le symptôme le plus fréquent avec 40,7%. Les fibromyomes utérins sont découverts au cours d'un examen gynécologique systématique lors de consultation et dont le symptôme gynécologique est l'hémorragie qui est un signe révélateur le plus fréquent, le caractère objectif des pertes est à préciser en demandant le nombre d'échange des linges par jour, la présence ou non de caillots(16). Les hémorragies ne sont pas directement en rapport avec le fibrome lui-même, mais résultent de modification de la cavité utérine (agrandie avec surface de saignement plus grande) altérant la contractilité du myomètre, hypertrophie généralement associée. La douleur pelvienne calmée par le décubitus devant alors faire évoquer une complication maligne, une torsion ou une dilatation cervicale. (17). Nous remarquons à travers cette recherche que le kyste ovarien est la pathologie la plus associée au fibromyome avec 7,7%. Au regard de ce résultat, nous pensons que l'association fibromyome-kyste ovarien est plus observé. Il se dégage que l'anémie reste la complication majeure de fibrome utérin avec 49,5% de cas. Selon LABAMA (2005), les complications sont potentiellement nombreuses (très rare), il s'agit de complication hémorragique, infectieuse, mécanique et obstétricale. Ils peuvent être aigus et nécessitant une urgence(16). Nous pensons que la présence de fibromes intra-cavitaires chez la plupart des patientes peut être responsable de fausses couches. Par rapport à cette étude, 85,7% de cas ont subi une hystérectomie subtotale. L'indication de ce traitement est fonction de symptôme, nombre, de la localisation et de la taille de fibromyome. La prise en charge est différente selon l'âge de la femme et son désir de maternité, pour cette raison : Chez la femme jeune et la femme désireuse de l'enfant, le traitement consiste à l'ablation du fibrome (cet acte chirurgical prend le nom de myomectomie qui se fait par une laparotomie (ouverture classique de la paroi abdominale) Par contre chez la femme ménopausée, l'hystérectomie subtotale est souvent envisagée. On peut tout au plus en conclure que les patientes qui ont les moyens financiers, ont plus recours à l'hystérectomie que les femmes aux revenus moindres (17). La durée d'hospitalisation était de 7 à 10 jours soit 45,1%. Cela s'explique par l'amélioration de la prise en charge et le recours à l'asepsie font appel à la clientèle et favorise un séjour court.

L'échographie est un examen clé pour le diagnostic de fibromyome utérin, pour cette série 81 cas de nos patientes avaient réalisés cet examen, soit 89%. Ce résultat se rapproche aux résultats trouvés par Traoré, Thiéro et DIALO respectivement 94,60%, 90,90% et 100% ce taux s'explique à travers son coût accessible, sa disponibilité et sa réalisation de façon systématique.

CONCLUSION

Nos objectifs sont atteints, la fréquence de fibromyome est élevée, la myomectomie et l'hystérectomie seraient les attitudes thérapeutiques les plus utilisées. Par la bonne connaissance de ces facteurs favorisant la survenue de fibrome utérin, nous pouvons prévenir l'apparition des fibromyomes voire au mieux leur croissance est les symptômes amenant à consulter et opérer, cette prévention doit être une préoccupation car la pathologie fibromyomateuse est fréquente, coûteuse et entrave la qualité de vie.

REFERENCE

- [1] Bernard et Genévière. Dictionnaire Médical, BERPS, KANDU LAYUMBI, RDC, KINSHASA
- [2] LETHALLEUX, statistique descriptive, éd. Dont, Paris 2001.
- [3] RONGER, C., 2009 :- Recommandation pour la pratique clinique : Epidémiologie de fibrome de risque et fréquence, impact en santé publique. Gynécol obst, Masson, Paris, pp 701-706
- [4] FERNANDEZ, H, GERVAISE, A. et DE TAYRAC, R., 2002 :- Fibromes utérins. Encyclopédie Médicale et chirurgicale, Ed. Elsevier SAS, Paris, p22
- [5] Graves WP. Tumors of the uterus. In curtis A.H (ed.), 1993 obstet Gynécol philadelphia : W.P. Saunders.
- [6] Lumbiganon P, Tugpo s, Phandhu-fung s, laopaiboon V, udikamraksa N, Werawatakul y. protective effect of depot-medroxyprogesteroneacetate on surgical lytreated uterine leiomyomas : amulet centre case-control studdy. Br J obstet Gynecol 1995.
- [7] Meilahn EN, Matthews KA, Egeland G, Kelsey SF, characteristics of women with hysterectomy, Maturitas 1989.
- [8] Maeshall LM, spiegelman D, Barbieri RL, Goldman MB, Mamson JE, Colditz GA, Willett WC, Hunter D, variatiob in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. Obstet-éGynecol 1997
- [9] Luoto R, Keskimaki I, Reunanen A. socioeconomie variations in hysterectomy : evidence from a linkage study of the Finish hospital dischargeregister and population census, J Epidemiol Community Health 1997.
- [10] Kamoski BT. Evaluation of the influence of certain epidemiologie factors on development of uterins myomas. WiadLek 1993.
- [11] Fellman M, Battegay R, Rauchfleish U, MallHaefeli M. comparative socioeconomie, anamnestic and psychological studies of patients with uterine myoma and uterine prolapse. Schwei Archneurol Neurochirpsychiatr 1983.
- [12] Cramer SF, Patel A. the nonrandom regional distribution of uterine leiomyomas : a clue to histogenesis, Hum pathol 1992.
- [13] Shikora SA, Niloff JM, Bistrrian BR, fose RA, Blackburn GL. Relationship between obesity and uterine leiomyomata. Nutrition 1991.
- [14] Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Chateniud L, Ricci E, Guarnerio P. Reproductive factor and risk of uterinefibroids, Epidemiology 1996.
- [15] Parazzini F, Negri E, la vacchia C, Rabaiotti M, Luchini L, villa A fedele L. Uterine myomas and smoking results from Italian Study. J Reprod Med 1995.
- [16] LABAMA. L, cours de gynécologie, ISTM/Kisangani, 2005
- [17] ANONYME, 2016 :-[http://www.aly-abbora-com/livre-gyn-obst/termes/fibromes utérins](http://www.aly-abbora-com/livre-gyn-obst/termes/fibromes%20ut%C3%A9rins), consulté le 18/01/2017 à 10h50
- [18] Sonogo Y.S. Fibrome utérin : aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutiques, au centre de santé de référence commune VI de Bamako, Mali. Thèse Med. UB.09-M-76.P :82.
- [19] Coulibaly D. Fibrome utérin : aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutiques, au centre de santé de référence commune V du district de Bamako, Thèse Med. UB.11-M-48; 140P.
- [20] Thiéro D. aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique du Fibrome utérin chez la jeune femme en période de procréation, Thèse Med. UB.04-M-22; 95P.
- [21] Traoré M. A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital du point « G », PMI centrale et à la maternité d'Hamdallaye. Thèse Med UB.86-M-19; 116P.
- [22] Diallo aspects épidémio-clinique et thérapeutiques du léiomyome utérin au centre de santé de référence commune VI du district de Bamako, Mali. Thèse Med 2020.