

**Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Prise en Charge
Chirurgicale des Fibromyomes Utérins au Service de
Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen-
CHU de Conakry 2022**

AFM. Soumah

I. Sylla

JT. Tolno

I. Conté

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Ignace Deen du CHU de Conakry

MH. Diallo

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Donka du CHU de Conakry

A. Diallo

IS. Baldé

DWA. Léo

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Donka du CHU de Conakry

Telly Sy

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Ignace Deen du CHU de Conakry

[Doi: 10.19044/esipreprint.10.2023.p391](https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2023.p391)

Approved: 16 October 2023

Posted: 18 October 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Soumah AFM, Sylla I., Tolno JT., Conté I., Diallo MH, Diallo A, Baldé IS, Léo DWA & Sy T.(2023). *Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Prise en Charge Chirurgicale des Fibromyomes Utérins au Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen-CHU de Conakry 2022*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2023.p391>

Resume

Introduction: L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de

Conakry en 2022. Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, allant du 1er Mai au 30 octobre 2022 soit une période de six (6) mois. Ont été étudié les variables épidémiologiques, cliniques et prise en charge, les données ont été collectées à l'aide de la fiche d'enquête préétablie et prétestée, le logiciel SPSS version 21 a été utilisé pour l'analyse des données. Résultats : les interventions chirurgicales pour fibromyome utérin ont occupé 48,90% des activités chirurgicales pour pathologie gynécologique. L'âge moyen de nos patientes était de 38,38 ±9 ans avec les extrêmes 22 et 70 ans, les nullipares étaient les plus représentées (48,70%), il s'agissait des femmes non scolarisées (42,10%), en foyer (73,30%), exerçant une profession libérale (40,80%), cliniquement, l'indice de masse corporelle (IMC) de nos malades se situait entre 18,5-24,99 soit 52,6%, la ménorragie était le motif de consultation le plus fréquent (28,53%), le volume utérin simulant une grossesse de 12- 20 SA (72,40%) était plus représenté, la classification de FIGO à l'échographie a été utilisée (9,20%), utérus polymyomateux était l'indication opératoire la plus rependue (65,79%), le traitement était conservateur (myomectomie) dans 64,50% des cas, toutes nos pièces opératoires ont été examinées avec une confirmation de léiomyome utérin. La complication post opératoire immédiate la plus fréquemment rencontrée était l'anémie (5,26%). Nous avons utilisé le logiciel SPSS version 21 pour l'analyse des données. Conclusion : le traitement conservateur pour la prise en charge du fibromyome utérin constitue une option salutaire pour les femmes en âge de procréer.

Mots-lés: Fibromyome, Utérus, Épidémiologie, Myomectomie, Hystérectomie

**Epidemiological, clinical aspects and surgical management of
uterine fibromyomas in the Gynecology-Obstetrics
department of the Ignace Deen National Hospital-CHU of
Conakry 2022**

AFM. Soumah

I. Sylla

JT. Tolno

I. Conté

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Ignace Deen du CHU de Conakry

MH. Diallo

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Donka du CHU de Conakry

A. Diallo

IS. Baldé

DWA. Léno

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Donka du CHU de Conakry

Telly Sy

Service de gynécologie obstétrique de
Hôpital National Ignace Deen du CHU de Conakry

Abstract

Introduction: The aim was to study the epidemiological, clinical aspects and surgical management of uterine fibromyomas in the gynecology-obstetrics department of the Ignace Deen National Hospital of Conakry University Hospital in 2022. Methodology : This was a descriptive cross-sectional study, running from May 1 to October 30, 2022, a period of six (6) months. Epidemiological, clinical and management variables were studied. Data were collected using a pre-established and pre-tested survey form, and SPSS version 21 software was used for data analysis. Results : Uterine fibromyoma surgery accounted for 55.64% of surgical activity for gynaecological pathology. The mean age of our patients was 38.38 ± 9 years, with extremes of 22 and 70 years; nulliparous women were the most common (48.70%), with no schooling (42.10%), living at home (73.30%) and self-employed (40.80%); clinically, the body mass index (BMI) of our patients ranged from 18.5-24.99 (52.6%); menorrhagia was the most frequent reason for consultation (28, 53%), uterine volume simulating a pregnancy of 12-20 SA (72.40%) was the most common, FIGO ultrasound classification

was used (9.20%), polymyomatous uterus was the most common operative indication (65.79%), treatment was conservative (myomectomy) in 64.50% of cases, all our surgical specimens were examined with confirmation of uterine leiomyoma. The most frequent immediate postoperative complication was anemia (5.26%). Conclusion : conservative treatment for uterine fibromyoma is a beneficial option for women of childbearing age.

Keywords: Fibromyoma, uterus, epidemiology, Myomectomy, Hysterectomy

Introduction

Les fibromes utérins ou léiomyomes utérins sont des tumeurs bénignes développées aux dépens des fibres musculaires de l'utérus. La prévalence mondiale était comprise entre 4,5 et 68,6%. Il touche 70% de femmes en activité génitale. Cependant seules 25% d'entre elles manifesteront la symptomatologie selon Stewart EA et al (2017). Le mécanisme intime de formation des fibromes utérins est mal connu, le rôle promoteur des œstrogènes sur la croissance tumorale reste admis. Même si les dosages hormonaux plasmatiques d'œstradiol n'objectivent pas d'hyperœstrogenie vraie chez les femmes porteuses de fibrome utérin, la théorie d'une hyperœstrogenie relative prévaut toujours actuellement d'après le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF 2011), et soutenue par l'absence de développement de fibromes utérins après la ménopause. Les facteurs de risque les plus connus associés au fibromyome sont l'âge, l'obésité, les variations ethniques, la nulliparité et l'infertilité selon Wise LA et al (2016). Généralement bien tolérés ou latents, la variété des formes anatomiques expliquerait le pluralisme des modes d'expression clinique, 50% des fibromes sont asymptomatiques et sont découverts de façon fortuite au cours d'un examen gynécologique systématique, d'une échographie ou d'une technique d'imagerie pelvienne. La prise en charge du fibromyome utérin a varié, cependant le traitement chirurgical demeure l'approche la plus utilisée Monleón J et al (2018), et qui a bénéficié au cours des dernières années de l'apport des nouvelles techniques endoscopiques et l'embolisation des artères utérins pour pallier des interventions chirurgicales radicales (Hystérectomie). Le fibromyome utérin est la première indication d'hystérectomie chez les femmes préménoposées selon Nadine Blet al (2016). Dans notre contexte africain, le retard de consultation, le déficit d'infrastructures et de personnel spécialisé engendrent parfois des phénomènes de compression liés à l'importance du volume du fibrome utérin. 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. Bien qu'elle soit une pathologie bénigne la plus fréquente, son impact sur la santé de la reproduction reste énorme ainsi que sa répercussion socio-économique. L'objectif de cette étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge chirurgicale des fibromyomes utérins au service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen-CHU de Conakry 2022.

Population et methode

Notre étude a eu pour cadre le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital National Ignace Deen, du CHU de Conakry, il est situé sur la corniche sud au quartier Kouléwondy dans la commune de Kaloum. C'est une maternité de niveau III de la pyramide sanitaire du pays, qui réalise en moyenne par an 4034 interventions chirurgicales parmi lesquelles 270 interventions gynécologiques et 3764 obstétricales.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale d'une période de six (6) mois allant du 1^{er} mai au 30 octobre 2022. Nous avons ciblé toutes les femmes qui ont consulté pour les pathologies gynécologiques, parmi lesquelles nous avons recruté les opérées de fibromyomes utérin.

Nous avons inclus dans l'étude, toutes les patientes ayant été opérées de fibromyome utérin et qui ont accepté de participer à notre étude, n'ont pas été incluses les patientes opérées pour autres pathologies gynécologiques ou celles qui n'ont pas accepté de participer à l'étude. Ont été étudiés les variables se rapportant à l'aspect épidémiologique notamment la fréquence et les catégories socio-professionnelles, clinique associant la circonstance de découverte, paramètres clinique et para cliniques, thérapeutique par indication opératoire, type d'intervention pratiqué.

Les données ont été collectées de façon prospective par l'interview au lit de la patiente par l'examen physique complet (taille et poids), l'observation des dossiers, la prise de la taille et du poids des noyaux myomateux après l'intervention et le dépouillement du registre de compte rendu opératoire à la recherche des particularités.

Pour la saisie des données, nous avons utilisé l'application KoBoCollect 1.4.3, puis les exportées vers le logiciel SPSS version 21 pour l'analyse.

Nos résultats ont été présentés sous forme de proportions, de moyennes, les écart-types, de médiane et interquartiles.

Resultats

Fréquence (texte1)

Au bout de cette étude, nous avons enregistré 67cas de fibromyome utérin opérés, sur un total de 137 cas de pathologies gynécologiques opérées, soit une fréquence intra hospitalière de 48,90%.

Caractéristiques épidémiologiques (texte2)

- Age, dans notre série a varié de 20 et supérieur 55 ans, la Moyenne était de $38,38 \pm 9,00$; avec les extrêmes 22 à 70 ans, la tranche d'âge la plus représentée est celle de 31-39 ans avec 43,40%
- Parité, les nullipares (48,70%) et les multipares (22,40%) étaient plus représentées avec une moyenne de $1,80 \pm 2,46$; et les extrêmes se situaient de 0 à 10.
- Niveau d'instruction, nous avons rapporté une fréquence plus élevée chez les femmes non scolarisées 42,10%, or celles ayant un niveau d'étude supérieur étaient non négligeable 26,30%
- Catégorie socio-professionnelle, les femmes exerçant une profession libérale étaient plus représentées 40,80%, suivi des ménagères 34,20%, les fonctionnaires dans notre série ont constitué 25%
- Statut matrimonial, les femmes mariées étaient majoritairement plus nombreuses 73,30%

Antécédent personnel de la femme (texte 3)

- Antécédent de fausse couche spontanée (FCS) est un signe révélateur de certains fibromyomes, dans notre série aucun antécédent de FCS n'a été retrouvé chez 67,10%, par contre nous avons relevé la fréquence de 19,70% soit un cas de FCS, celles qui ont eu plus de trois FCS ont représenté 6,60% avec une moyenne de $0 \pm 1,024$, les extrêmes ont varié de 0 à 5 FCS.
- Les antécédents chirurgicaux ont été dominés par la myomectomie 10,52%, appendicectomie 14,47%, la césarienne avec une fréquence 6,57% ; aucun antécédent médical n'a été retrouvé dans 90,90% dans notre série.

Période de vie génitale (texte 4)

- Dans notre série, le fibromyome utérin a été retrouvé chez 92,10% de nos patientes en pleine activité génitale contre 7,90% chez les femmes ménopausées.

Répartition des patientes selon la réalisation ou non d'exams complémentaires à visée diagnostique (texte 5)

- L'échographie selon la classification de FIGO a été réalisée par 7 de nos malades (9,20%), 69 malades soit 90,60% n'ont pas réalisé cet examen. Hystérosalpingographie a été réalisée par trois malades soit 3,95%, la majorité 73 soit 96,05% n'ont pas réalisé.

Caractéristiques cliniques

Tableau I. Répartition des patientes selon les circonstances de découvertes

Motif de consultation		Effectif (76)	Pourcentage (%)	
Hémorragie génitale	Ménorragie	55	22,91	42,49
	Meno-métrorragie	29	12,08	
	Métrorragie	18	7,5	
Sensation de masse pelvienne		45	18,75	
Douleur abdomino-pelvienne		39	16,25	
Désir de grossesse		25	10,41	
Asthénie physique/vertige		07	2,91	
Constipation		07	2,91	
Sensation de masse dans le vagin		05	2,08	
Douleur lombaire		03	0,83	
Fausse couche spontanée		03	0,83	
Trouble mictionnel		03	0,83	
Douleur sciatique		01	0,41	
Total		240	100%	

NB : une seule patiente peut avoir deux ou trois signes fonctionnels (ménorragie, douleur abdomino-pelvienne, sensation de masse pelvienne).

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

Données de l'examen Gynécologique	Effectif (76)	Pourcentage (%)
Gros utérus	57	34,13
Hémorragie génitale pathologique	60	35,92
Hémorragie génitale normale	19	11,37
Polype accouché/ le col	8	4,79
Exocervicite	16	9,58
Zone acidophile	2	1,19
Masse annexielle	5	2,99
Total	167	100%

NB : certaines patientes possédaient deux ou trois signes (gros uterus, saignement, exo cervicite)

Tableau III. Prise en charge chirurgicale

Variables	Effectifs (76)	Pourcentages (%)
Indication de la chirurgie		
Utérus polomyomateux	50	65,79
Fibromyome unique	07	9,21
Fibromyome hémorragique	08	10,50
Fibromyome récidivant	07	9,20
Fibromyome accouché par le col	04	5,30

Grade de l'opérateur principal		
Professeur	20	26,31
Maitre-assistant	16	21,05
Assistant chef de clinique	32	42,10
Praticien hospitalier	08	10,52
Transfusion sanguine		
Non	43	56,60%
Oui	33	43,40%
Type d'anesthésie		
Rachi anesthésie	65	85,52
Anesthésie générale	11	14,48
Type de chirurgie		
Myomectomie	45	59,21
Hystérectomie	27	35,52
Bistournage	04	5,26
Voie d'abord		
Laparotomie	60	78,95
Vaginale	16	21,05
Durée de l'intervention (minutes)		
<30	03	3,90
30-59	18	23,70
60-89	25	32,90
90-119	24	31,60
≥120	06	7,80
Moyenne :79,59± 31,41 ; les extrêmes : 8,00 et 189,00		
Complications per opératoires		
Hémorragie	22	23,15
Effraction de la cavité	15	15,78
Aucune	58	76,32
Complications post opératoires		
Anémie	04	5,26
Infection du site opératoire	02	2,63
Aucune	70	92,10
Durée d'hospitalisation (jours)		
3-4	52	68,42
5-6	18	23,68
≥7	06	9,90
Moyenne 5,11± 3,29 ; les extrêmes : 3 et 21		

Discussion

Le manque d'équipement coelioscopique et hystéroscopie dans le service ont été la principale limite de cette étude.

Fréquence

La fréquence de FU dans notre série (texte1), était plus élevée que celle rapportée par Baldé IS et al (2015) en Guinée rapportant un taux de 42,4%, par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales pour cause gynécologique et Mahbouli S et al (2001), en Tunisie rapportant un taux de

19,1%, la fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer par la fermeture de l'hôpital National Donka ce qui fait que tous les cas gynécologiques s'orientaient vers l'unique centre hospitalier du pays. Dans la littérature peu d'études se sont intéressées à la fréquence de cette pathologie dans la population générale et cette fréquence est souvent sous-estimée car elle ne prend en compte que les fibromyomes utérins opérés donc symptomatiques comme l'ont décrit Cramer et Patel (cité par Razafindrabejab 2002), sur une étude anatomopathologique sériée de 100 hystérectomies consécutives pour pathologies habituelles, une incidence de fibromyome utérin passant de 33% de diagnostic avant l'intervention à 77% après étude anatomopathologique (< 1cm).

Caractéristiques épidémiologiques (texte2), concernant l'âge plus de 50% de nos patientes avaient été diagnostiquées au cours de la troisième et quatrième décennies de la vie. Ce constat est similaire aux données de la littérature qui notaient l'apparition du FU après la puberté et un pic élevé aux alentours de 40 ans selon Stewart EA et al (2017).

À propos de la parité, notre résultat était différent de celui de certains auteurs notamment Laghzaoui Boukaidi et al (2013), en Algérie qui ont rapporté 45% de nullipares et de multipares, ce constat pourrait s'expliquer par la différence entre les données physio-anatomiques des femmes noires et celles maghrébines. Cependant, la notion rapportée par Ross et al (1986) disant que le risque relatif d'avoir un fibromyome utérin diminue avec la parité ne fait pas l'unanimité. La fréquence élevée chez les nullipares pourrait s'expliquer par la relation entre l'infertilité et le fibromyome utérin, du fait du climat d'hyperœstrogénie qui peut être à la base de ce phénomène qui a une importance socio-culturelle surtout dans les pays en voie de développement où les sociétés prônent une politique pro nataliste. S'agissant du niveau d'instruction, notre constat n'était pas superposable avec celui de Sy T et al (2007), en Guinée rapportant un taux de 52,75% chez les femmes scolarisées contre 47,25% chez celles non scolarisées, il n'existe pas de relation prouvée entre la survenue d'un fibromyome utérin et le niveau d'instruction d'une femme. Cependant les femmes instruites auraient plus accès aux soins médicaux que les femmes non instruites, elles ont recours aux contraceptifs et se marient souvent tard, donc elles sont plus exposées aux effets des œstrogènes. Une patiente sur deux exerçait une profession libérale dans notre série, ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'elles constituent l'essentiel de la population féminine en Guinée (2012). Sur le plan matrimonial, trois femmes sur quatre étaient mariées, ce constat reflète les croyances socioculturelles et religieuses de la population guinéenne qui privilégie le mariage.

Caractéristiques cliniques

Les circonstances de découvertes (tableau I), étaient dominées par : par les hémorragies génitales (42,49%) et la masse abdomino-pelvienne (18,75%), circonstances souvent intriquées. Les hémorragies étaient représentées essentiellement par les ménorragies (22,91%), ménométrorragie (12,08%). Baldé et al (2015) en Guinée ont rapporté une fréquence de 47,45% de ménorragies et les ménométrorragies (30,5%), Kofi et al (2013) en Côte d'Ivoire ont rapporté une fréquence de 52,60% de ménorragie. Ce constat s'expliquerait par le fait que l'endomètre des femmes porteuses de fibromyome témoigne d'une hyperœstrogénie responsable habituellement d'une hyperplasie de l'endomètre qui est source de saignements et une augmentation de la surface qui saigne.

Par contre Dia A et al (2003), au Sénégal ont rapporté que l'augmentation du volume de l'abdomen était le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé (96,4%) des cas. Cette différence par rapport à nos résultats pourrait s'expliquer par la différence de vocation entre les services d'études (chirurgie au Sénégal et Gynéco-obstétrique chez nous). Les patientes présentant une masse abdomino-pelvienne ont plus tendance à recourir aux services de chirurgie qu'à la maternité et inversement pour celles qui présentent des hémorragies génitales.

À propos de l'antécédent personnel de la femme (texte 3), la fausse couche a occupé une place importante et a révélé le myome dans 19,70% des cas alors que sa part a été diversement appréciée dans la littérature entre 12 et 41% selon Marshall LM et al (1997). Près de 11% de nos patientes avaient eu un antécédent de myomectomie. Dans une série Canadienne en 2007, les auteurs ont rapporté la probabilité cumulée de récurrence de léiomyomes au cours de la période de suivi, soit 11,7% après 1 an, 36,1% après 3 ans, 52,9% à 5 ans, et atteint 84,4% à 8 ans d'après Fuldeore MJ et al (2017). En revanche le taux de récurrence des fibromyomes dans les études africaines était difficile à évaluer à cause du suivi des patientes.

La quasi-totalité de nos patientes étaient en activité génitale (texte 4). Dans la littérature, il est rapporté que le risque de fibromyome utérin est multiplié par dix chez les femmes sexuellement actives comparées aux ménopausées suite à l'arrêt de la production d'œstrogène à la ménopause selon Marsh E et al (2018). Cela dénoterait le rôle des hormones stéroïdes gonadiques féminines dans la stimulation de la croissance du fibromyome. Par rapport aux données de l'examen gynécologique (tableau II), La taille utérine de nos patientes était en moyenne compatible avec une grossesse de 18 SA à l'examen clinique. Ce résultat était similaire à celui de Okobgo et al (2011) au Nigéria. Cette grosse taille du fibromyome dans notre étude serait probablement liée à la première consultation tardive des femmes. La prédominance du gros utérus et de l'hémorragie génitale ont été également

rapporté dans les études de Sy T et al (2007), de Razafindrabejab et al (2002).

Les examens complémentaires à visée diagnostique disponibles (texte 5), toutes nos patientes avaient réalisé l'échographie, cependant 10% d'entre elles avaient un compte rendu avec la classification de FIGO. Malcolm G. Munro et al (2011). ont démontré l'intérêt de cette de classification pour améliorer la communication entre le clinicien et l'agent qui avait réalisé cet examen pour une meilleure prise en charge des patientes Ce taux faible dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires de soins n'ont pas tous adopté ce nouveau système de classification d'où la nécessité d'une formation des prestataires en échographie, quant à l'hystérosalpingographie, sa réalisation était faible dans notre série, Baldé IS et al (2015). Ont rapporté dans leur série 4% de réalisation de cet examen, ce constat s'expliquerait par le cout de l'examen qui n'était pas à la bourse de tout le monde. L'imagerie par raisonnance magnétique (IRM) et l'hystérocopie n'ont pas été réalisées dans notre service faute d'équipement. Dia A et al (2003). Au Sénégal rapportant la réalisation de l'échographie abdomino-pelvienne dans 42,28% des cas et de l'hystérosalpingographie dans 12,14%. Contrairement à Laghzaoui m et al (2001). Au Maroc rapportant la réalisation de l'échographie abdomino-pelvienne chez 100% des cas dans sa série.

Prise en charge chirurgicale

Concernant l'indication opératoire (tableau III), notre constat corrobore avec ceux de Baldé IS et al (2015), en Guinée et de Laghzaoui m et al (2001). Au Maroc rapportant dans leurs séries, que les indications opératoires étaient dominées par les gros utérus polomyomateux respectivement de 51,25% et 38,16%. L'intervention thérapeutique doit être motivée par l'existence d'un symptôme gênant et seul la surveillance clinique est nécessaire en cas de fibrome asymptomatique. Un éventuel futur désir de grossesse doit être pris en compte aussi que l'âge de survenue de la ménopause rapporté par Bezarid F et al (2001). Le choix de l'hystérectomie et la myomectomie a été guidé par plusieurs facteurs parmi lesquels l'âge et la parité ont été les plus importants. La taille de l'utérus et les caractéristiques anatomiques ont été plutôt décisives dans le choix de la voie d'abord chirurgical. La myomectomie a été proposée pour les jeunes femmes et celles qui désirent une grossesse, en l'absence de grossesse. Ce choix n'est pas toujours possible, notamment lorsque les fibromes sont nombreux, on risque de laisser après les myomectomies un utérus rabouillé, fibreux avec parfois sclérose adhérentielle tubo-ovarienne pouvant compromettre la fonction reproductive et qui ne mettait pas à l'abri des récives.

Notre constat est différent de celui de Dia A et al (2003). Au Sénégal rapportant plus d'hystérectomie dans sa série (35,72% d'hystérectomie subtotale et 27,86% d'hystérectomie totale) avec un taux de myomectomie de 28,57%. Pour Mahbouli S et al (2001). En Tunisie, la myomectomie pratiquée dans 43% des cas dans sa série était réalisée par trois voies : abdominale (80,8%), hystéroscopique (13,8%) et cœlioscopique (5,3%). Nous n'avons pas fait d'hystéroscopie et de cœlioscopie par faute d'équipement mais dans tous les cas, les résultats obtenus peuvent être superposables quelques soit la voie et la technique utilisée.

En rapportant la classification de FIGO à l'examen de l'utérus en peropératoire, nous a permis de constater la fréquence du type 6 (59,20%) et le type 4 (46,90%). Javier Monléon et al (2018) en Espagne, ont rapporté la prédominance sur le type 4 (23,4%). Cette classification qui avait pour intérêt d'améliorer la prise en charge des patientes, n'était pas exploitée dans de nombreux pays Africains y compris en Guinée. Son utilisation a été introduite pour les besoins de la présente étude.

L'anémie a été retrouvée également dans l'étude de mahbouli S et al (2001), en Tunisie rapportant 54% d'anémie avec le taux d'hémoglobine < 12g/ dl. Dia A et al (2003), au Sénégal rapportait 0,7% de décès tandis que Mahbouli et al (2001), en Tunisie n'ont enregistré aucun décès dans leur série de 219 patientes. Les données de la littérature rapportent la létalité inférieure à 1% selon Abbara A et al (2004).

Conclusion

La fréquence de la pathologie fibromateuse est importante dans la pratique chirurgicale en Guinée. La prise en charge tardive implique souvent des traitements chirurgicaux mutilants et décevant chez la population féminine jeune. La sensibilisation précoce de celles-ci sur l'avenir obstétrical, réduirait les conséquences socio-économiques dramatiques liées à cette affection.

Considération éthique

Toutes les méthodes ont été réalisées conformément aux directives (Déclaration d'Helsinki) et aux réglementations pertinentes dans cette étude. L'anonymat des dossiers de nos malades a été respecté tout au long de cette étude.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2017;124:1501-12
2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) : Abrégé de Gynécologie obstétrique, 2e édition Masson, Paris, 2011 : 227-228 ;
3. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of uterine fibroids: From menarche to menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2016 ;59(1) :1–31
4. Monleón J, Cañete ML, Caballero V, del Campo M, Doménech A, Losada
5. MÁ, et al. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain :
6. An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 ;226 :59-65.
7. Nadine BL, Sidik DA, Simon DN, Raïssa K, Eric K, Esther A, et al. Aspects IRM des fibromes utérins dans le bilan pré embolisation en Côte d'Ivoire *Journal Africain de l'Imagerie Médicale* 2016 ;8 :1-6.
8. Baldé IS, Diallo BS, Conté I, Baldé O, Diallo MH, Diallo BC, Mamy MN, Sy T, Keita N. les fibromyomes utérins : aspects épidémiologique, clinique, prise en charge chirurgicale et pronostic au CHU de Conakry. *Rev int sc méd - RISM-* 2015 ;17,3:114-117.
9. Mahbouli S, Messaoudi Y, Chandoul Y, Zayene h, Messaoudi F, basly M, Messaoudi L : prise en charge des fibromes utérins (à propos de 219 cas, Tunisie médicale, 2001 ;79(10) : 515-520.
10. Razafindrabe J.A, Rabarijaona M, Rakotoarisoa B, Randriamaro B, Sambany R, Razafindramboa H : les raisons de l'hystérectomie dans un service de Gynécologie et obstétrique. *méd. Afr Nre* 2002, 49. (4) : 166-68.
11. Chalal N, Demmouche A. Profil épidémiologique des fibromes utérins dans la région de sidi bel abbes, Algérie. *Pan Afr Med J.* 2013 ;15 :1–8.
12. Ross RK, Pike MC, Vessey MP : Risk factors for uterine fibroids: reduced risk associated with oral contraceptives *British medical journal* 1986; 293, 359-62.
13. Sy T, Diallo Y, Diallo A.B, Diallo F.B, Touré A, Keita N, Diallo M.S : Fibromyomes utérins : aspect épidémio-clinique et prise en charge chirurgicale à la clinique de Gynécologie obstétrique Ignace Deen du

- CHU de Conakry. Annales de l'université de Ouagadougou –série d, vol.005 juin 2007) : 113- 126.
14. Diallo MDD, bussangu MF : Archive du ministère du plan, institut national de la statistique, Conakry, Guinée : Enquête démographique et de santé (EDS). Guinée 2012, Calvelton, maryland, USA : iNS et oRC marco : 246-247
 15. Koffi ABD, Olou NL, Fomba M, Horo A. Chirurgie des fibromes utérins : bilan de cinq années d'activité au service de gynécologie du chu de Yopougon (Abidjan). Revue internationale des sciences médicales d'Abidjan. 2013 ;15 :95-9.
 16. Dia A, Beye S.b, Dangou J.M, Dieng M, woto Gaye C.T : les fibromes utérins à la cliniques chirurgicale de Dakar : à propos de 140 cas opérés en deux ans, Dakar. Médical, 2003, 48,2 ; 72-76.
 17. Marshall LM, Spiegel and Barbieri RL, Goldman Mb, Manson SE: état de variation in the incidence of uterine léiomyome among premenopausal women by age and race. Obstétrique Gynecol 1997 ; 90 : 965-973.
 18. Fuldeore MJ, Soliman AM. Patient-reported prevalence and symptomatic
 19. burden of uterine fibroids among women in the United States: Findings from a cross-sectional survey analysis. Int J Womens Health. 2017 ;9 :403-11.
 20. Marsh EE, Al-Hendy A, Kappus D, Galitsky A, Stewart EA, Kerolous M.
 21. Burden, Prevalence, and Treatment of Uterine Fibroids: A Survey of U.S. Women. J Women's Heal. 2018 ;27:1359-67.
 22. Okogbo FO, Ezechi OC, Loto OM, Ezeobi PM. Uterine Leiomyomata in South Western Nigeria : A Clinical study of presentations and management outcome. Afr Health Sci. 2011 ;11 :271–8.
 23. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non gravid women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet. 2011 ;113 :3-13.
 24. Laghzaoui M, boukaidi S, bouhya S, hermas S, bennani O, Aderdour M : épidémiologie des fibromes utérins (à propos de 690 cas), Maroc médical, 2001, vol 23 Fasc 4 : 266- 270.
 25. Bezard F : fibromyome utérin : traitement.les traitements médicamenteux du fibromeutérin. Argumentaire. 2001, 14 : 433-45.
 26. Abbara A ; fibromyome utérin : généralités. J Gynécol obstét biol Réprod 2004 ; 42: 716-19.