



QUESTIONS-RÉPONSES SANTÉ

Fibromes utérins : quels avantages pour l'embolisation ?



**PROFESSEUR
MARC SAPOVAL**

Université Paris Descartes,
Hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP),
Service de radiologie interventionnelle
vasculaire et oncologique. Membre
de la Société française de radiologie (SFR).

Les fibromes utérins sont une maladie très fréquente (30 % des femmes de plus de 35 ans) de la femme en âge de procréer et peuvent entraîner des symptômes divers, comme des règles abondantes et prolongées, des règles douloureuses, des douleurs pelviennes, des douleurs pendant les rapports sexuels, une pesanteur pelvienne et parfois une infertilité.

Le bilan clinique complété par l'imagerie permet de mettre en relation les symptômes et la maladie et sera suivi le plus souvent par la mise en route d'un traitement médical. Plusieurs approches sont possibles, allant du traitement symptomatique des hémorragies au traitement hormonal de différentes natures. On dispose en particulier depuis peu de substances spécifiques, comme le modulateur syn-

thétique sélectif des récepteurs de la progestérone.

Le traitement médical, lorsqu'il est inefficace ou mal toléré à court ou moyen terme, sera remis en question au profit d'une attitude chirurgicale. L'option de référence, la plus radicale, est appelée hystérectomie et consiste à enlever l'utérus en totalité en laissant les ovaires en place en fonction de l'âge de la patiente. Cette technique est efficace sur les symptômes mais entraîne un certain nombre de complications et de morbidité immédiate et à moyen terme. De plus, elle interdit bien sûr toute fertilité ultérieure.

La myomectomie, qui consiste à enlever les fibromes, est une alternative moins agressive, qui est utilisable quand les fibromes ne sont pas trop nombreux. Différentes techniques sont possibles pour la réaliser, certaines

sans ouvrir le ventre ou en passant par les voies naturelles.

Depuis plusieurs années, la technique de l'embolisation a été mise au point par les équipes de radiologues interventionnels françaises en collaboration avec les gynécologues (première en 1990) et s'est diffusée dans le monde entier. L'embolisation consiste à injecter des billes calibrées dans les artères de l'utérus sous anesthésie locale.

En résumé, on accède à l'artère utérine en faisant une piqûre de 2 mm au pli de l'aîne après une anesthésie locale de la peau. Ensuite, le radiologue interventionnel navigue sous le contrôle de la scopie jusque dans l'artère utérine et y insère un tuyau en plastique (cathéter) de 1 mm de diamètre au travers duquel il injecte doucement les billes calibrées jusqu'à ralentir le flux dans l'artère utérine. Les billes vont se loger de façon sélective dans tous les fibromes quel que soit leur nombre sans abîmer l'utérus.



C'est une intervention très bien tolérée, qui donne d'excellents résultats cliniques à long terme et qui permet de conserver l'utérus. Avant la prise de décision multidisciplinaire, la patiente est vue en consultation par le radiologue interventionnel qui réalisera l'embolisation.

La place de cette technique par rapport à la chirurgie est parfaitement validée scientifiquement : elle représente une alternative à l'hystérectomie chez les patientes n'ayant pas de désir de grossesse. Elle est aussi beaucoup moins coûteuse principalement parce qu'elle leur permet de reprendre leurs activités professionnelles et personnelles après une semaine, en comparaison de plus de 6 semaines après une hystérectomie.

Le collège des gynécologues (CNGOF) s'est en effet prononcé dans ses recommandations en 2011 où l'on peut lire qu'« il est donc possible de conclure que l'embolisation des artères utérines étant un traitement efficace et de faible morbidité, elle est une option thérapeutique pour les myomes (fibromes) symptomatiques chez la femme sans désir de grossesse (grade A) ». De plus, « les patientes doivent être informées que l'embolisation des artères utérines est une alternative à l'hystérectomie pour le traitement du ou des myomes (fibromes) par voie laparotomique pour le traitement des myomes symptomatiques en l'absence de désir de grossesse (grade A) ».

Malgré ces recommandations, on estime aujourd'hui que sont pratiquées chaque année plus de 50 000 hystérectomies en France, alors que l'embolisation n'est effectuée que chez environ 2 000 patientes chaque année. Il y a donc un retard majeur dans l'information des patientes qui doit être corrigé de façon énergique.

En conclusion, la technique de l'embolisation est une technique qui doit être proposée chez les patientes souffrant de fibromes symptomatiques et il est du devoir éthique des gynécologues et des médecins généralistes d'informer les patientes porteuses de

fibrome symptomatique que l'embolisation existe et qu'elles peuvent prendre avis auprès d'une équipe multidisciplinaire comprenant un radiologue interventionnel spécialisé. ■

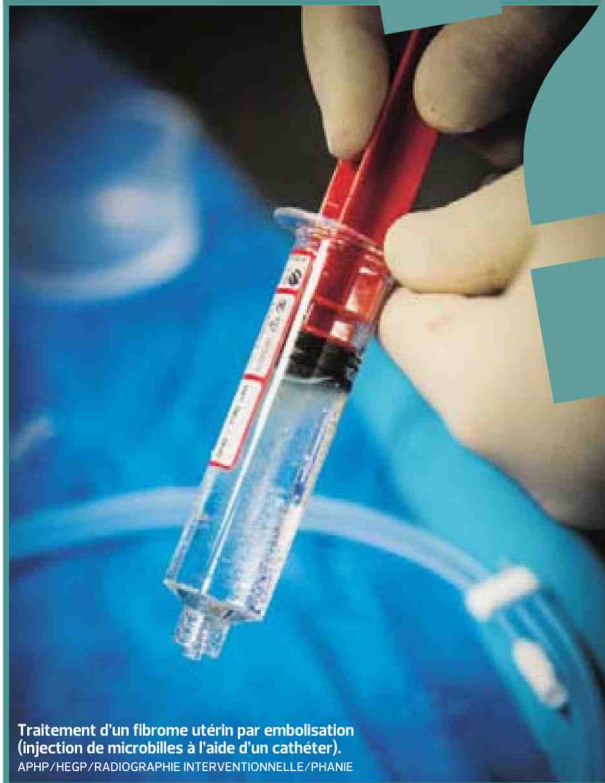
tion urinaire, douleur, fatigue et un cas de nécrobiose utérine), l'absence de complication à long terme ischémique utérine et thrombo-embolique. Environ 4 % des patientes avaient dû être opérées dans l'année pour récurrence et 4 % embolisées à nouveau pour résultat insuffisant après la première embolisation. Mais surtout, les résultats cliniques sur les symptômes présentés par les patientes étaient excellents. La disparition après embolisation des règles anarchiques et ou abondantes et de la pesanteur pelvienne était présente chez 85,3 % et 87,6 % des femmes, respectivement.

En imagerie IRM également, l'embolisation entraînait une diminution de la taille des fibromes dans 90,7 % des cas. Il était retrouvé une amélioration à la fois du score de fonction sexuelle et de qualité de vie à un an après EFU présent chez 134 patientes sur 170 (78,8 %) et 163 sur 192 (84,9 %), respectivement. L'amélioration de la qualité de vie à un an était très importante, avec un score qui augmentait de 37 % après embolisation. Tous les aspects de la fonction sexuelle étaient améliorés de façon très importante puisque le score moyen augmentait de 25 % après embolisation, qu'il s'agisse d'aspects plutôt « physiologiques » comme la lubrification, l'orgasme, la gêne douloureuse ou des aspects plus psychologiques comme le désir, l'excitation et la satisfaction.

Cette étude permet donc de conclure que dans la pratique, courante en France, de l'embolisation utérine pour fibromes symptomatiques, les résultats cliniques sur les symptômes d'appel, comme les saignements et la pesanteur pelvienne, sont excellents mais également que la qualité de vie des femmes, leur fonction sexuelle sont largement améliorées après embolisation. ■



Pelvis d'une patiente présentant deux importants fibromes utérins (rose).
ZEPHYR/SPL/PHANIE



Traitement d'un fibrome utérin par embolisation (injection de microbilles à l'aide d'un cathéter).
APHP/HEGP/RADIOGRAPHIE INTERVENTIONNELLE/PHANIE

DES MEMBRES
DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
DE RADIOLOGIE
VOUS RÉPONDENT.
POSEZ VOS
QUESTIONS
SUR LEFIGARO.FR

 www.lefigaro.fr/sante