

# L'IMAGE DU MOIS

## Occlusion intestinale aiguë due à la torsion d'un volumineux fibrome utérin

W. BARKA (1), S. BARKA (2), L. BENSELEM (3)



Figure 1. Volumineux myome utérin, sous-séreux à développement abdominal, siège de remaniements nécrotiques.



Figures 2 et 3. Volumineux myome utérin d'environ 20 cm de diamètre auquel viennent s'accoler de multiples anses jéjunales suite à des adhérences inflammatoires.

### INTRODUCTION

Le myome est une tumeur bénigne de l'utérus qui ne s'accompagne, le plus souvent, d'aucun symptôme. Lorsqu'il est symptomatique, il est un motif fréquent de consultation, de demande d'imagerie et de chirurgie conservatrice ou radicale.

Les complications compressives sont l'apanage des fibromes de gros volume. Elles concernent, essentiellement, l'appareil urinaire. Les complications digestives liées aux fibromes utérins sont exceptionnelles. Nous rapportons le cas d'une patiente porteuse d'un volumineux fibrome ( $> 10$  cm) compressif, compliqué d'une nécrobiose avec multiples adhérences inflammatoires d'anses jéjunales responsables d'une occlusion intestinale aiguë (iléus paralytique et compression) en dehors d'une grossesse. Il s'agit, à notre connaissance, du premier cas rapporté traité de manière conservatrice par adhésiolyse et myomectomie.

L'observation clinique concerne une patiente âgée de 40 ans, ayant un myome utérin diagnostiqué depuis trois ans et non traité. Elle s'est présentée au pavillon des urgences pour

syndrome occlusif haut et altération de l'état général. A l'interrogatoire, on note un arrêt net et brutal du transit intestinal depuis trois jours, des vomissements alimentaires et bilieux, et des douleurs abdominales diffuses très importantes. L'examen clinique retrouve un météorisme abdominal, avec une masse sous-ombilicale, et un abdomen sensible dans son ensemble. Les orifices herniaires sont libres, et l'ampoule rectale est vide au toucher rectal. Le toucher vaginal n'est pas réalisé car la patiente est vierge. Sur le plan biologique, il existe une hyperleucocytose à  $23.200/\text{mm}^3$  sans autres anomalies mises en évidence.

L'abdomen sans préparation en position debout objective de nombreux niveaux hydro-aériques centraux au niveau de l'intestin grêle. L'échographie abdomino-pelvienne montre un épanchement liquidiens de moyenne abondance, un utérus globuleux fibromateux, et une stase intestinale. L'examen tomodensitométrique abdomino-pelvien met en évidence une obstruction mécanique du grêle, avec un niveau

(1) Chirurgie générale, Établissement Public Hospitalier Fares Yahia Eph Miliana 44, Algérie.

(2) Médecine interne, Établissement Public Hospitalier Ahmed Francis Eph O.Rhiou W. Relizane 48, Algérie.

(3) Psychiatrie, Établissement Public de Santé de proximité Oules-Yaïch Epsp Ouled-Yaïch Polyclinique Benyoucef Benkheda W.BLIDA 09, Algérie.

transitionnel péri-ombilical. La dilatation des anses de l'intestin grêle atteint plus de 30 mm de diamètre et il existe un discret épaississement pariétal traduisant des signes de souffrance. Le côlon est plat et l'ampoule rectale est vide. On note la présence d'un épanchement liquide intra-péritonéal de moyenne abondance. Enfin, l'examen révèle un volumineux myome utérin, sous-séreux à développement abdominal, siège de remaniements nécrotiques, mesurant 179 mm de hauteur et 93 mm de largeur.

La patiente est conduite au bloc opératoire pour syndrome occlusif et nécrobiose aseptique du myome. Une laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale est réalisée. L'exploration peropératoire retrouve un volumineux myome utérin d'environ 20 cm de diamètre, auquel viennent s'accorder de multiples anses jéjunales par des adhérences inflammatoires et on note la présence d'un épanchement liquide moyen abondance. Après adhésiolyse et libération prudente du myome, on objective une torsion de ce dernier autour de son pédicule (Figure 2). Une myomectomie est alors réalisée. L'examen histopathologique de la pièce opératoire plaide en faveur d'un léiomyome. L'évolution post-opératoire est favorable, avec une reprise du transit au troisième jour post-opératoire.

Cette observation rare met en évidence deux complications du myome utérin : d'une part, la compression extrinsèque digestive et l'iléus paralytique secondaire aux adhérences inflammatoires, occasionnant, à eux deux, une occlusion intestinale aiguë, et d'autre part, la torsion du myome sous-séreux pédiculé, avec une nécrobiose aseptique. Les complications les plus souvent rapportées dans la littérature sont la nécrobiose aseptique, la torsion d'un fibrome pédiculé et, plus rarement, une occlusion par iléus paralytique (1). La principale morbidité constatée dans notre observation est liée à la compression extrinsèque digestive et, surtout, aux adhérences inflammatoires responsables d'une occlusion intestinale aiguë. La prévalence des myomes utérins augmente avec l'âge et la nulliparité (2, 3). Un facteur favorisant est présent dans notre observation, il s'agit de l'âge supérieur à 35 ans, et un facteur protecteur est absent, la parité.

En conclusion, la morbidité des fibromes de taille importante ( $> 10$  cm), même peu symptomatiques, pose la question de leur prise en charge chirurgicale. Même s'il n'existe pas de publications ayant un niveau de preuve important, il est légitime de proposer comme indications chirurgicales des myomes sous-séreux, ceux pédiculés tordus ou en nécrobiose responsables de douleurs pelviennes, et ceux comprimant les organes du voisinage, avec retentissement sur la vessie, le rectum, l'uretère, ou encore, responsables de thromboses veineuses profondes des membres inférieurs.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, et al.— Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol*, 2010, **116**, 1056-1063.
2. Marshall LM, Spiegelman D, Goldman MB, et al.— A prospective study of reproductive factors and oral contraception use in relation to the risk of uterine leiomyomata. *Fertil Steril*, 1998, **70**, 432-439.
3. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, et al.— Epidemiologic characteristics of women with uterine fibroids : a case control study. *Obstet Gynecol*, 1988, **72**, 853-857.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr W. Barka, Établissement Public Hospitalier de Miliana, Wilaya Ain Defla, 44, Algérie.  
Email : Walidbarka2017@gmail.com