



Fibromes utérins. Embolisation : pratiques actuelles

Uterine fibromas. Embolization: state-of-the-art

O. Le Dref ^a, J.-P. Pelage ^{b,*}, D. Jacob ^c

^a Service de radiologie viscérale et vasculaire, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

^b Service de radiologie, hôpital Ambroise Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92104 Boulogne cedex, France

^c Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

MOTS CLÉS

Fibromes utérins ;
Embolisation
artérielle ;
Agent d'embolisation

Résumé L'embolisation des artères utérines est une technique de radiologie interventionnelle qui consiste à occlure le plexus artériel périmyomateux dérivé des artères utérines pour entraîner une ischémie des fibromes. Avec plus de 50 000 femmes traitées dans le monde à ce jour, l'embolisation des fibromes a montré son efficacité comme alternative à l'hystérectomie et aux myomectomies multiples en particulier en cas de ménorragies invalidantes. Elle doit être pratiquée préférentiellement lors de fibromes multiples, qu'ils soient interstitiels ou sous-muqueux (non accessibles à une résection hystéroscopique). La morbi-mortalité est faible, grâce, notamment, à l'utilisation de microsphères d'embolisation de grande taille en excluant les fibromes sous-séreux pédiculés. L'adénomyose associée aux fibromes semble responsable d'un risque de récurrence clinique plus élevé. La place de l'embolisation comme alternative à la myomectomie, notamment chez la femme jeune avec désir de grossesse, porteuse de fibromes multiples, reste à définir et doit faire l'objet d'études cliniques randomisées. Dans tous les cas, seule une prise en charge pluridisciplinaire des patientes par radiologues et gynécologues permettra une diffusion de cette technique qui devrait trouver une place de choix dans l'arsenal thérapeutique de prise en charge des fibromes utérins.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Uterine fibromas;
Arterial embolization;
Embolization agent

Abstract Uterine artery embolization is a radiological procedure that consists in occluding the perifibroid arterial plexus to induce fibroid ischemia. To date, with more than 50,000 women treated worldwide, embolization seems to be a valuable alternative to hysterectomy and multiple myomectomies particularly in women with severe menorrhagia. Embolization should ideally be performed in case of intramural or submucosal uterine fibroids. It must be preferably realized in case of multiple fibroids, be they intramural or submucosal (when hysteroscopic resection is not feasible). Complication rates are low if large calibrated microspheres are used to perform embolization and if pedunculated subserosal fibroids are excluded. In case of associated adenomyosis clinical recurrence

☆ La version originale de cet article a été publiée dans Elsevier, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 32,2004 ;1057-63.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-pierre.pelage@apr.ap-hop-paris.fr (J.-P. Pelage).

seems more frequent. The role of embolization as an alternative to single myomectomy, particularly in young women who desire future pregnancy, remains a matter of debate and should be evaluated with clinical randomized trials. Multidisciplinary management is the key to a widened acceptance of uterine artery embolization in the management of uterine fibromas.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'embolisation pelvienne est utilisée, à visée d'hémostase, depuis plus de 25 ans pour contrôler des saignements incoercibles après traumatisme grave du bassin ou en rapport avec des cancers gynécologiques ou urologiques inopérables.^{1,2} L'embolisation utérine d'hémostase a été pratiquée avec succès pour la première fois en 1979 chez une femme qui présentait une hémorragie grave du post-partum persistant après ligature vasculaire et hystérectomie.³ Son utilisation comme alternative au traitement chirurgical dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum connaît actuellement un regain d'intérêt.^{4,5} En 1989, l'équipe de radiologie de l'hôpital Lariboisière a réalisé l'embolisation utérine chez des patientes qui présentaient des fibromes utérins hémorragiques. L'embolisation a non seulement permis l'arrêt du saignement mais aussi une diminution de taille des fibromes. Les résultats d'une série préliminaire de 16 patientes traitées par cette technique se sont avérés très prometteurs.⁶ Depuis, la diffusion de cette technique a été rapide avec plus de 60 000 femmes traitées à ce jour dans le monde. Les résultats de larges études prospectives et des premières études comparatives avec la chirurgie sont très encourageants avec des taux d'efficacité de plus de 85 % et des taux de complications faibles de l'ordre de 5 %.⁷⁻¹¹ À ce stade de diffusion de la technique d'embolisation, il paraît donc logique de proposer la réalisation d'essais thérapeutiques randomisés permettant une comparaison rigoureuse de l'embolisation et de la chirurgie dans des indications cliniques précises telles que embolisation versus myomectomies multiples chez les femmes infertiles.

Rappels d'anatomie et de technique

Anatomie artérielle du pelvis féminin

La vascularisation de l'utérus est principalement assurée par l'artère utérine, branche de l'artère iliaque interne (hypogastrique).^{12,13} Il existe de nombreuses variations dans le mode de division de

l'artère hypogastrique. La disposition la plus fréquente (60 à 70 % des cas) est la bifurcation de l'artère hypogastrique en un tronc antérieur et un tronc postérieur, ce dernier ne donnant habituellement que des branches à destinée pariétale.^{12,13} Dans la majorité des cas, l'artère utérine naît du tronc de division antérieur de l'artère hypogastrique.^{12,13} Les principales branches collatérales de l'artère utérine sont l'artère cervicovaginale, qui peut également naître directement de l'artère iliaque interne et les artères intramurales (appelées artères spiralées en période gravide).¹² L'artère utérine est anastomosée avec l'artère ovarienne au niveau de l'arcade tubo-ovarienne.^{12,14} Dans certaines circonstances pathologiques, l'artère du ligament rond ou l'artère ovarienne peuvent vasculariser préférentiellement l'utérus ou les fibromes.^{12,15} À l'inverse, dans 2 à 4 % des cas, l'ovaire est vascularisé de façon préférentielle par l'artère utérine.¹² Enfin, il existe un riche réseau collatéral pelvien qui peut reprendre en charge la vascularisation de l'utérus et expliquer certains échecs de l'embolisation. Les anastomoses entre l'artère utérine droite et l'artère utérine gauche expliquent les échecs de l'embolisation utérine unilatérale.^{8,12,16}

Particularités de la vascularisation des fibromes utérins

Il n'existe habituellement pas de pédicule artériel assurant spécifiquement la vascularisation du fibrome.¹² L'artère utérine, qui a habituellement un calibre augmenté, donne naissance à un réseau périphérique qui entoure le fibrome : c'est le plexus artériel périomyomateux qui correspond à la pseudocapsule du chirurgien.^{12,17,18} Les branches artérielles de ce réseau périomyomateux mesurent environ 500 à 900 µm de diamètre et constituent la cible de l'embolisation.^{12,19} De ce réseau périphérique naissent de petites branches centripètes vascularisant le centre de la tumeur qui est en fait relativement hypovasculaire.¹⁷⁻¹⁹

Notions techniques

L'embolisation est le plus souvent pratiquée sous sédation légère et anesthésie locale au point de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319300>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319300>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)