

FIBROME UTÉRIN :

**Le traitement par embolisation
se généralise avec succès**

SOMMAIRE

P. 3 : L'embolisation du fibrome utérin, une alternative

P. 4 : Le fibrome utérin : une affection très commune

P. 5 : Les symptômes : le rôle du médecin généraliste et du gynécologue

P. 6 : Des traitements adaptés à chaque cas

P. 7 : L'embolisation : pour qui ? Avec quels résultats ?

P. 8 : Les acteurs de l'embolisation : le radiologue interventionnel

P. 9 : La Société Française d'Imagerie Cardiaque et Vasculaire (SFICV)

P. 10 : Questions / Réponses

P. 11 : Lexique

CONTACT PRESSE

Agence BLUE

Tél. : 04 67 99 53 78

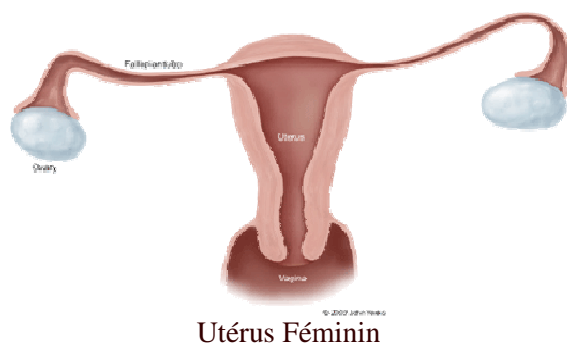
contact@blue-presse.com

www.blue-presse.com

L'EMBOLISATION DU FIBROME UTÉRIN, UNE ALTERNATIVE

Le fibrome utérin est une affection commune qui touche en moyenne 30 % des femmes entre 20 et 50 ans.

Bien que non cancéreuse, c'est une tumeur qu'il ne faut pas négliger car elle peut être la cause de troubles handicapant chez la femme : saignements, pesanteurs, douleurs, troubles urinaires, problèmes de fertilité.



Jusqu'au début des années 90, seulement deux grandes familles de traitement étaient disponibles pour résoudre cette affection : l'ablation de l'utérus (**hystérectomie**) ou le retrait individuel de chaque fibrome (**myomectomie**).

Les deux méthodes font appel à la chirurgie.

Des traitements médicamenteux peuvent également être prescrits, mais leurs effets secondaires en limitent l'utilisation et les symptômes réapparaissent dès l'arrêt du traitement.

Depuis une quinzaine d'années, **l'embolisation du fibrome**, technique d'origine française, est venue s'ajouter à la panoplie des traitements.

C'est un **acte non chirurgical, réalisé sous anesthésie locale**, qui ne laisse aucune cicatrice - seule une petite ponction de l'artère est réalisée au pli de l'aîne. Il permet de conserver l'utérus et réduit le délai de convalescence à quelques jours.

Compte tenu de ses bons résultats, l'embolisation du fibrome utérin (EFU) est de plus en plus réclamée par les femmes.

Plus de 200 000 patientes ont déjà été traitées avec succès dans le monde.

Elles conservent leur utérus et donc leur féminité, **des cas de grossesse ont également été rapportés dans plusieurs études internationales.**

Tableau comparatif des principaux « à coté » des traitements :

	Hystérectomie	Myomectomie	Embolisation
Durée d'hospitalisation	5 à 14 jours	7 à 14 jours	2 à 4 nuits
Anesthésie	Générale	Générale	Locale (péridurale)
Intensité de la douleur	Douloureux	Douloureux	De faible à forte
Durée de la douleur	3 à 10 jours	3 à 10 jours	1 à 2 jours
Transfusion sanguine	Parfois	Plus souvent	Jamais

LE FIBROME UTÉRIN, UNE AFFECTION TRÈS COMMUNE

Les fibromes utérins sont courants. Un fibrome est une masse fibreuse, dure et vascularisée qui se développe dans et autour de l'utérus.

Il n'entraîne souvent aucun symptôme et il est parfois découvert par hasard.

Il affecte plus fréquemment les femmes d'origine africaine, et, au contraire, beaucoup moins celles d'origine asiatique.

Les fibromes utérins avec symptômes affectent environ un tiers des femmes blanches en âge de procréer. Ils régressent fortement avec la ménopause.

Si l'on prend en compte celles qui n'éprouvent aucun symptôme, deux femmes sur trois seraient porteuses de fibromes.

Le fibrome utérin est ainsi la tumeur non cancéreuse la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer.

On connaît mal la cause des fibromes. Ces causes seraient d'ailleurs multiples (origine génétique, déséquilibre hormonale, hérédité, ...)

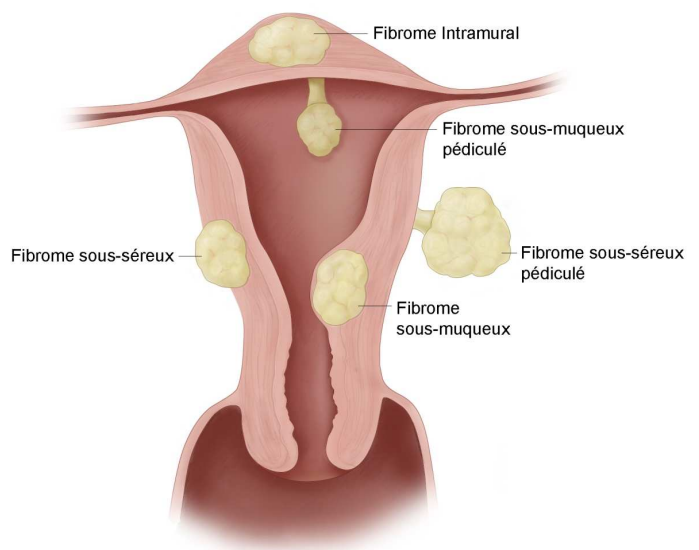
La taille des fibromes varie de la grosseur d'un pois à celle d'un melon, voire davantage.

Les fibromes peuvent être uniques ou nombreux, quatre, cinq ou même plus.

On distingue trois types de fibromes utérins, selon leur emplacement :

- Les **fibromes intramuraux** se forment dans la couche musculaire de la paroi de l'utérus. Ils représentent près de 70 % de l'ensemble des fibromes.
- Les **fibromes sous-séreux** se développent vers l'extérieur de l'utérus et y sont parfois rattachés par un pédicule.
- Les **fibromes sous-muqueux** se forment juste sous la surface de la muqueuse.

Ils s'étendent parfois à l'intérieur de l'utérus ou du vagin par



© 2003 John Yesko

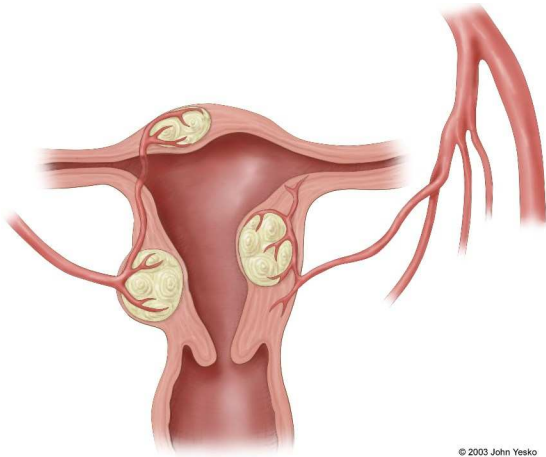
l'intermédiaire d'un pédicule ce sont alors des fibromes sous muqueux pédiculés.

La plupart des femmes ayant des fibromes sont fertiles. Leur grossesse se déroule normalement.

Néanmoins, un fibrome important peut diminuer la fertilité en bloquant les trompes de Fallope ou en empêchant la nidation de l'embryon.

LES SYMPTÔMES : LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET DU

Les symptômes varient selon la taille des fibromes, leur nombre et leur emplacement.



© 2003 John Yesko

Les symptômes les plus courants :

- Des saignements menstruels abondants et prolongés,
- Un ballonnement avec une sensation de pesanteur du pelvis
- Des douleurs du bas-ventre
- Envie fréquente d'uriner si le fibrome exerce une pression sur la vessie,
- Constipation si le fibrome comprime le gros intestin ou le rectum.

Des symptômes moins fréquents sont aussi rapportés, tels que des douleurs lors des relations sexuelles ou lombalgies.

L'affection étant commune, médecins généralistes et gynécologues sont parfaitement préparés au diagnostic des fibromes utérins.

Ils sont les sentinelles de la santé et, à ce titre, doivent être alertés dès les premiers symptômes.

Mais c'est souvent au cours d'une visite de routine (palper abdominal, touchers pelviens...) que le gynécologue ou le médecin généraliste découvre la présence de fibromes.

En cas de suspicion, on réalise une échographie. C'est l'examen de première intention pour confirmer la présence de fibromes.

Une IRM est généralement réalisée pour mieux connaître le nombre, la localisation et la taille du ou des fibromes.

En fonction des résultats, de l'âge, des pathologies éventuelles et des attentes de la patiente (volonté de conserver son utérus, de grossesse...), le gynécologue informe la patiente des **différents modes d'intervention** possibles.

En dernier lieu, c'est à la patiente informée de prendre sa décision.

DES TRAITEMENTS ADAPTÉS A CHAQUE CAS

La grande majorité des fibromes sont dits « asymptomatiques », leur présence ne provoque aucun trouble et ne nécessite donc aucun traitement.

Pour les autres, ceux qui provoquent des troubles, un traitement s'avère nécessaire.

Le traitement de toute première intention (sauf contre-indications) est l'administration d'hormones mais, dans tous les cas, ces traitements n'ont qu'une efficacité temporaire et certains peuvent avoir des effets secondaires indésirables.

Durant de longues années, seuls les traitements chirurgicaux pouvaient prétendre à faire totalement disparaître les fibromes.

Deux sont les plus employés : l'**hystérectomie**, ablation partielle ou totale de l'utérus, et la **myomectomie** qui consiste à retirer individuellement chaque fibrome.

Les deux interventions sont des actes chirurgicaux nécessitant une anesthésie générale et entraînant plusieurs jours d'hospitalisation et une longue convalescence.

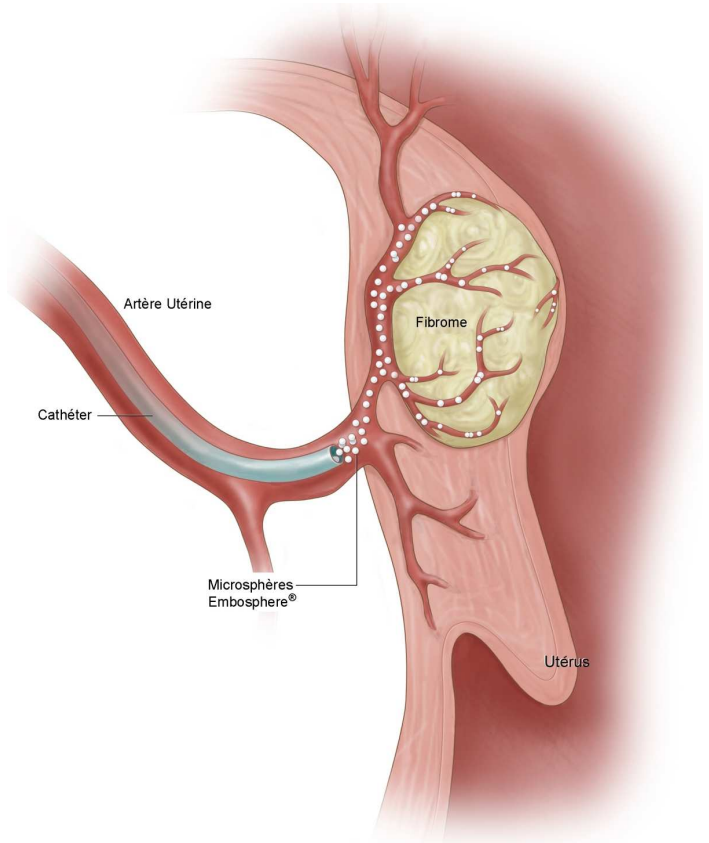
En retirant l'utérus, l'hystérectomie interdit toute future grossesse ce qui n'est pas le cas avec la myomectomie qui néanmoins fragilise le tissu utérin.

Une alternative : l'embolisation

L'**embolisation du fibrome utérin (EFU)** est un procédé médical mis au point en France au début des années 90 à l'hôpital

Lariboisière (Paris) par les équipes de gynécologie et de radiologie.

A l'origine, l'embolisation des artères utérines était une procédure préalable à la chirurgie afin de réduire les pertes sanguines lors d'une myomectomie ou pour traiter les hémorragies chez les patientes inopérables.



© 2000 John Yesko

Le principe de l'embolisation est de priver le fibrome de sang pour qu'il ne reçoive ni oxygène ni nutriment. Ainsi, le ou les fibromes se nécrosent, se réduisent puis peuvent disparaître sans ablation ni opération lourde.

L'EMBOLOGISATION : POUR QUI ? AVEC QUELS RÉSULTATS ?

Pour quelles patientes ?

De plus en plus de femmes choisissent l'EFU car **c'est une intervention peu invasive, rapide, efficace et durable.**

D'après une étude avec un suivi de 12 mois (1), on peut dresser la liste des patientes qui peuvent bénéficier de l'EFU :

- Les femmes ayant un ou plusieurs fibromes symptomatiques,
- Les femmes désirant conserver une possibilité de grossesse (les cas de grossesses à termes ne sont pas rares après une EFU),
- Les femmes désirant conserver leur utérus,
- Les femmes refusant la chirurgie ou pour lesquelles la chirurgie est refusée,

Bien que présentant de nombreux avantages, l'embolisation du fibrome utérin connaît **quelques contre indications** dans les cas suivants :

- Infection pelvienne ou état infectieux,
- Tumeurs malignes suspectées ou avérées,
- Fibromes sous-séreux pédiculés,
- Grossesse en cours.

Des résultats probants

Cela fait plus de 15 ans que la technique de l'embolisation du fibrome utérin existe.

Biosphère Medical, laboratoire américain fabricant les microsphères d'embolisation, a mené une étude clinique aux USA (2) sur 152 femmes dont 50 avaient choisi

l'hystérectomie et 102 avaient opté pour l'EFU. Ces dernières avaient exprimé le désir de conserver leur utérus et ne souhaitaient pas faire appel à la chirurgie pour traiter leur fibrome.

L'étude sur le groupe « EFU » a montré les résultats suivants :

- Lors du suivi à 6 mois, les saignements menstruels excessifs sont réduits pour plus de 85% d'entre elles,
- Les **douleurs** et ballonnements pelviens sont **réduits** dans plus de **75%** des cas,
- **99% des patientes ont quitté l'hôpital dans les 24 heures** suivant l'intervention. Les patientes ayant opté pour l'EFU ont repris une activité quotidienne trois fois plus vite que les autres,
- Les résultats cliniques étaient similaires entre les deux groupes de patientes.

12 mois après l'intervention, **96% des patientes** du groupe « EFU » **ont exprimé une satisfaction** générale vis-à-vis de l'embolisation et ont confirmé une amélioration significative de leur état physique et psychologique.

Bien que d'origine française, l'EFU est pourtant encore relativement peu pratiquée en France.

La méconnaissance de cette alternative de la part des patientes, des médecins généralistes et des gynécologues est sans doute la première explication.

(1) Source laboratoire Biosphere Medical

*(2) Le protocole de cette étude a été approuvé
par le Food and Drug Administration*

LES ACTEURS DE L'EMBOLISATION : LE RADIOLOGUE INTERVENTIONNEL

L'hystérectomie et la myomectomie sont confiées aux chirurgiens alors que **l'EFU est du domaine du radiologue vasculaire interventionnel**. Celui-ci est un spécialiste entraîné à la navigation dans les vaisseaux et aux traitements par voie radiologique.

La radiologie interventionnelle est une activité tout à fait particulière empruntant à la fois à la radiologie et à la chirurgie : elle s'apparente à la chirurgie par la prise en charge d'un malade, le travail d'équipe en salle interventionnelle, les conditions d'asepsie ; mais l'imagerie radiologique (échographie, fluoroscopie et fluorographie numérisées, scanner) qui la contrôle et l'instrumentation qui lui est spécifique en font une activité originale.

L'embolisation des fibromes utérins est une application de ces techniques.

Les domaines du radiologue interventionnel sont nombreux :

- Biopsies d'organe
- Dilatation et endoprothèse vasculaire
- Embolisations diverses
- Traitement en cancérologie

Comment se passe l'EFU ?

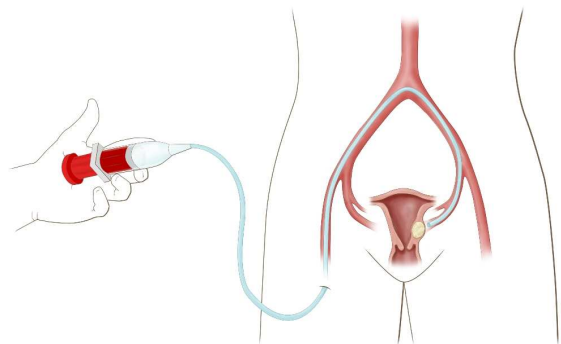
Une fois la décision prise, une équipe est constituée réunissant le radiologue vasculaire interventionnel, le gynécologue et l'anesthésiste. Le **gynécologue** établit un bilan médical ; S'appuyant sur les informations obtenues par les examens d'imagerie (échographie, IRM), le **radiologue vasculaire interventionnel** s'assure de l'absence de contre-indication à l'embolisation et planifie le geste d'embolisation; l'anesthésiste définit le

traitement médicamenteux associé (anti-douleur,...).

Avant de réaliser l'embolisation, le radiologue interventionnel voit la patiente : lui explique pourquoi il lui propose ce traitement, lui expose le déroulement de l'hospitalisation, de l'acte d'embolisation et de son suivi.

L'embolisation par elle-même est réalisée par le radiologue vasculaire interventionnel.

Il ponctionne dans l'artère fémorale au travers de la peau pour placer le cathéter. Réalisée dans le pli de l'aîne, ce geste ne laisse ni cicatrice ni requiert de points. Lorsque le cathéter est en place, il y injecte des microsphères de moins de 1mm de diamètre qui vont bloquer le passage du sang dans les artères nourricières du ou des fibrome(s).



L'intervention est réalisée sous contrôle visuel radiologique. Elle **dure en moyenne une petite heure sous anesthésie locale et souvent sédation.**

Le séjour hospitalier est court (de 24 à 48h) et la période de retour à une activité normale d'une dizaine de jours.

Au cours de la convalescence, il est possible qu'une légère fièvre et une sensation de fatigue apparaissent. Après

l'opération, le radiologue vasculaire interventionnel et le gynécologue suivent la patiente régulièrement.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMAGERIE CARDIAQUE ET VASCULAIRE (SFICV)

La SFICV est une société savante rassemblant les radiologues diagnostiques et interventionnelles libéraux et publics.

Elle s'est donnée pour mission la promotion de l'enseignement et de la recherche, la participation à l'accréditation des médecins, l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue dans le domaine de la pathologie du cœur et des vaisseaux.

L'une des actions spécifiques de la SFICV est la valorisation de l'embolisation dans le cadre de la radiologie interventionnelle vasculaire.



La SFICV assure un lien constant entre ses adhérents en organisant régulièrement des forums thématiques, des symposiums ainsi que des sessions de formation.

La SFICV est représentée par ses membres sur l'ensemble du territoire national.

Composition du bureau :

- **Président** : H. Rousseau (imagerie interventionnelle) - Toulouse
- **Vice-président** : F. Besse (radiologie privée) - Saint-Denis / Paris
- **Secrétaire** : J.P Laissy (imagerie cardiaque) - Paris
- **Trésorier** : J..P Beregi – Lille

Trois questions au Pr. Hervé Rousseau, Président de la SFICV :

Quels sont les champs d'application privilégiés de la radiologie interventionnelle ?

La radiologie interventionnelle est à l'origine de toutes les techniques endovasculaire : angioplastie de tout territoire anatomique, développement des stents grafts pour le traitement percutané des anévrismes ou des dissections. Elle a permis le développement des techniques d'embolisation neurologique ou périphérique. Les avantages de ces techniques guidées par l'image sont leur plus grande innocuité, la plupart pouvant être pratiquées par voie percutanée sous anesthésie locale, et leur meilleure tolérance pour le patient.

Comment expliquer que l'EFU soit encore peu connue en France ?

Cette technique a fait ses preuves. L'ignorance de cette alternative par les patients, les généralistes ou les médecins gynécologues en est la principale raison.

Quel secteur d'activité de la SFICV désirez-vous développer lors de votre mandat ?

La radiologie interventionnelle est l'une des spécialités les plus évolutives de la médecine, l'intérêt de ces techniques n'a pas échappé aux autres spécialités chirurgicales ou médicales qui tentent parfois de se les approprier.

L'un de nos objectifs principaux est de démontrer au public, à nos collègues et nos tutelles que nous pouvons assurer un service médical essentiel dans de nombreuses pathologies.

Par une organisation régionale et nationale et des recommandations de bonne pratique nous espérons mieux déterminer notre territoire pour le service du patient

QUESTIONS / RÉPONSES

L'embolisation du fibrome utérin (EFU) est-elle une technique trop récente ?

Avec plus de 15 ans de recul, 200 000 patientes traitées dans le monde et un taux de satisfaction supérieur à 96%, l'EFU est un procédé médical sûr, rapide et efficace.

Quel est le délai nécessaire, après l'EFU, pour que disparaissent tous les symptômes gênants ?

Les règles redeviennent d'abondance normale dans les 3 premiers mois. Les autres symptômes s'estompent avec la réduction de la taille des fibromes dès le premier mois.

Quelle est la nature du produit injecté pour bloquer l'arrivée du sang et emboliser le fibrome ?

Ce sont des micro billes d'un diamètre compris entre 0,5 et 1 mm pour s'adapter exactement au diamètre du vaisseau sanguin ciblé. Leur sphéricité permet une occlusion parfaite des vaisseaux.

Peut-on emboliser un fibrome en période de grossesse ?

Le traitement des fibromes en période de grossesse est contre-indiqué, les risques de perdre le fœtus sont trop élevés.

Peut-on avoir des enfants après une EFU ?

Oui, de nombreux cas de grossesse ont été rapportés dans plusieurs études internationales.

Quels sont les risques liés à l'EFU ?

Des infections ont été constatées chez 1% des patientes.

Une étude du laboratoire Biosphere Medical réalisée sur 132 patientes montre que 26 % d'entre elles ont ressenti des effets indésirables non graves (réactions allergiques, démangeaisons...) notamment dues au produit de contraste utilisé lors de l'opération.

L'EFU est-elle douloureuse ?

La procédure n'est pas douloureuse car totalement prise en charge par les protocoles d'anesthésie.

Des crampes pelviennes douloureuses peuvent survenir dans les heures qui suivent l'embolisation, elles seront calmées alors par des analgésiques.

Que devient le fibrome après l'embolisation ?

Le fibrome diminue de taille régulièrement dans les semaines et mois qui suivent l'intervention, 40 à 80% peuvent disparaître.

Dans le cas de fibromes sous-muqueux, ceux-ci deviennent nécrotiques et peuvent être expulsés spontanément par les voies naturelles.

LEXIQUE

Échographie pelvienne ou vaginale : Examen par lequel le radiologiste peut voir des échos de l'intérieur de l'abdomen qui se reproduisent sur un écran vidéo. Ces images permettent de déterminer la présence d'une texture anormale au niveau de l'utérus, tels que des fibromes utérins ou les kystes ovariens.

EFU : Abréviature pour Embolisation du Fibrome Utérin

Embolisation : L'embolisation thérapeutique consiste à boucher les artères irriguant une tumeur, pour la priver de sang, d'oxygène, puis provoquer sa nécrose.

Endomètre : L'intérieur de l'utérus est recouvert d'une couche de tissu qu'on appelle l'endomètre qui est éliminé hors de l'utérus durant les règles.

Fibrome : Les fibromes (ou myomes) sont des tumeurs, c'est à dire des masses de tissus musculaires fortement vascularisées et anormales dans leur développement. Ce ne sont pas des tumeurs cancéreuses.

Hystérectomie : Acte chirurgical consistant à retirer une partie ou la totalité de l'utérus

Hystéroscopie : Intervention qui permet de voir à l'intérieur de l'utérus en utilisant un tube qui est inséré au niveau du vagin puis dans le col de l'utérus.

Myolyse : Destruction par une énergie d'origine électrique ou au laser d'un fibrome utérin.

Myomectomie : Exérèse des fibromes en laissant en place l'utérus.

Radiologue interventionnel : Radiologue ayant effectué une longue formation complémentaire et qui utilise les moyens offerts par l'imagerie médicale moderne pour guider un geste thérapeutique. Par exemple, le radiologue interventionnel met en place un cathéter dans l'artère fémorale, qu'il est capable de guider dans tout le réseau artériel du corps au travers d'un point de ponction au pli de l'aîne. A travers ce cathéter, il va réaliser des gestes thérapeutiques : mise en place d'endoprothèse vasculaire, embolisation...

SFICV : Société Française d'Imagerie Cardiaque et Vasculaire