



## Myome utérin chez une adolescente de 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo : à propos d'un cas

Uterine myoma in a 15-year-old girl at the Owendo University Hospital Center: case report

Mba Edou S.G<sup>1</sup>, Sima Ole B<sup>2</sup>, Assoume D<sup>1</sup>, Ntoutoume F<sup>1</sup>, Mounguegui O<sup>1</sup>, Bikié P<sup>1</sup>, Edzo<sup>1</sup>, Assoumou P<sup>1</sup>, Bang Ntamack J.A<sup>2</sup>, Ngou Mve Ngou J.P<sup>2</sup>, Mayi Tsonga S<sup>2</sup>, Meye J.F<sup>2</sup>.

### Cas clinique

<sup>1</sup>Service de Gynécologie Obstétrique CHU d'Owendo

<sup>2</sup>Département de Gynécologie Obstétrique Faculté de Médecine de Libreville

#### Auteur correspondant :

S.G Mba Edou,  
Tél : 00241077846903  
BP :18071 Owendo, Email : [gerardmbaedou@rocketmail.com](mailto:gerardmbaedou@rocketmail.com)

**Mots-clés :** Myome utérin, Adolescente, Tuméfaction, Anémie.

**Key words:** Uterine myoma, Adolescent, Swelling, Anaemia.

### RESUME

La survenue de fibrome utérin est décrite comme survenant à l'âge adulte chez la femme en activité génitale. L'apparition de cette pathologie chez l'adolescente est une situation encore inédite. Les auteurs rapportent le cas d'une adolescente de 15 ans. Cette patiente a consulté pour une tuméfaction sus-pubienne associée à des vertiges et une asthénie. La palpation a retrouvé une masse arrondie mobile, de la forme d'une grossesse de 22 semaines d'aménorrhée. Le toucher rectal réalisé avec douceur, a révélé une masse arrondie, de consistance ferme. Elle avait une anémie à 5,9 g/dl. La tomodensitométrie pelvienne était en faveur d'une volumineuse masse solide à centre nécrotique de 124x 110x 132 mm développée au dépend de l'utérus. Elle a bénéficié d'une hospitalisation avec transfusion de culot érythrocytaire, puis une laparotomie, avec tumorectomie. L'analyse histologique était en faveur d'un nodule myomateux encapsulé, mesurant 15cm de diamètre et pesant 700g, sans signe de malignité. Les suites opératoires étaient sans particularité. Les fibromes utérins peuvent survenir chez l'adolescente comme chez l'adulte et sont responsables de complications identiques.

### ABSTRACT

The onset of uterine fibroids is described as occurring in adulthood in genitally active women. The appearance of this pathology in an adolescent girl is as yet unprecedented. The authors report the case of a 15-year-old girl. The patient presented with suprapubic swelling associated with dizziness and asthenia. Palpation revealed a mobile, rounded mass in the shape of a 22-week-old pregnancy. Gentle rectal examination revealed a firm, rounded mass. Her anaemia was 5.9 g/dl. Pelvic computed tomography showed a large solid mass with a necrotic centre measuring 124 x 110 x 132 mm and extending into the uterus. She was admitted to hospital with transfusion of red blood cells, then underwent laparotomy and lumpectomy. Histological analysis was in favour of an encapsulated myomatous nodule, measuring 15cm in diameter and weighing 700g, with no sign of malignancy. The post-operative course was featureless. Uterine fibroids can occur in adolescents as well as adults and are responsible for the same complications.

## Introduction

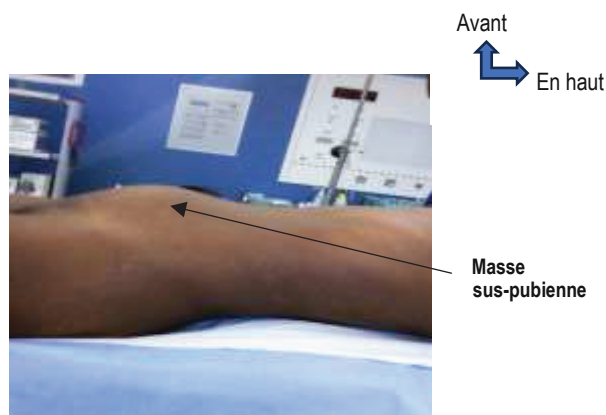
Le myome utérin, encore appelé fibrome utérin ou léiomyome, est une tumeur bénigne développée au dépend du muscle lisse de l'utérus [1]. Il s'agit d'une pathologie, fréquente, présente chez 20-40% des femmes en activité génitale [2]. Cette pathologie est dans la majorité des cas asymptomatique, mais peut être dans certaines situations, responsable de ménorragies, de douleurs pelviennes, de masse pelvienne, de cause de stérilité ou d'infertilité. Un fibrome peut également atteindre un volume énorme entraînant ainsi un effet de masse et des complications graves [3]. Ces complications peuvent être observées chez les femmes de race noire, qui sont atteintes trois ou quatre fois plus souvent [1]. Le diagnostic de certitude reste histologique [3]. La survenue de cette pathologie chez les patientes en activité génitale est bien connue, mais très peu d'études relatent l'apparition de cette pathologie dans le jeune âge ; notamment chez l'adolescente. Ainsi, Diesen *et al.* aux Etats-Unis et Umberto Leone *et al.* en Italie, ont montré la survenue d'un myome utérin chez une patiente de 14 ans [4,5]. Le cas que nous présentons, est celui d'une adolescente âgée de 15 ans. Au regard de ce qui précède, c'est une situation qui reste exceptionnelle dans le monde, et particulièrement au Gabon. La prise en charge dans notre contexte est souvent symptomatique, et conservatrice. Certaines situations graves peuvent conduire à la réalisation d'une hystérectomie.

## Observation

Une jeune patiente de 15 ans, emmenée par sa mère a consulté au sein du service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo pour une tuméfaction sus-pubienne évoluant depuis environ un an. Elle est née à Libreville, gabonaise, chrétienne, et élève en classe de 3<sup>ème</sup> dans un lycée de la place. Elle a eu ses premières règles (ménarches) à l'âge de 11 ans, son cycle est régulier de 30 jours et la durée des règles est de 5 jours. Elle n'a jamais bénéficié de traitement hormonal et elle n'est pas sexuellement active. Elle ne souffre pas de pathologies particulières, n'a jamais été opérée, et n'a jamais été transfusée. Sa grande sœur a bénéficié de deux myomectomies en 2012 et 2019 pour désir de maternité. De même que pour sa grand-mère qui a bénéficié d'une hystérectomie indiquée devant un utérus polymyomateux hémorragique compliquée d'anémie sévère. L'apparition de la masse sus-pubienne remontait à un an avant la consultation.

Il s'agissait d'une tuméfaction indolore. Elle n'a présenté aucun problème de transit ou de miction.

L'examen clinique était marqué par de plaintes à type de sensation de pesanteur pelvienne, de masse mobile dans le pelvis, des vertiges vagues et une asthénie modérée. Sur le plan général : Une pâleur conjonctivale, et cutanéomuqueuse franche. On notait une absence d'adénopathies locorégionales. L'examen de la région sus pubienne retrouvait une masse arrondie, régulière, mobile, de consistance ferme, comparable à une grossesse de 22 semaines d'aménorrhée (**Figure 1**). L'examen au spéculum et le toucher vaginal n'ont pas été réalisés du fait de la virginité de la patiente. On notait tout de même une vulve qui était propre, sans lésions visibles. Le toucher rectal réalisé avec douceur, a révélé une masse arrondie, mobile, de consistance ferme.



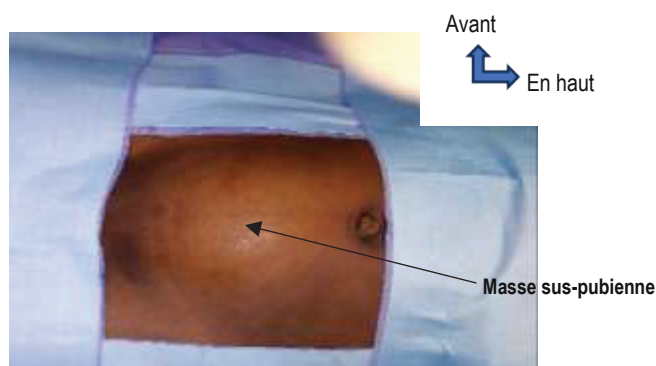
**Figure 1 :** masse sus-pubienne à l'examen clinique (visible à l'inspection)

Sur le plan morphologique, l'échographie pelvienne par voie abdominale a permis de mettre en évidence une image arrondie, hyperéchogène, hétérogène de 130 sur 120 mm ; faisant suspecter un myome utérin. Nous n'avons pas objectivé de masse annexielle, ni d'hémopéritoine. Les ovaires n'ont pas été visualisés. Nous avons également réalisé une tomodensitométrie abdomino-pelvienne qui a révélé une volumineuse masse solide à centre nécrotique de 124x 110x 132 mm développée aux dépends de l'utérus faisant suspecter un myome remanié ou un sarcome.

Sur le plan biologique, la numération formule sanguine a montré une anémie à 5,9 g/dl microcytaire hypochrome. Le taux de réticulocytes était à 0,61%. Le dosage du fer sérique était à 14,5 µmol/l. la créatinémie était à 25 µmol/l et l'urée à 4,80mmol/l. Le test de grossesse était négatif (dosage de b-HCG qualitatif). Le bilan de la coagulation était normal, de même que le dosage des marqueurs tumoraux tels que l'antigène carcino-

embryonnaire à 0,87ng/l, l'alpha-foetoprotéine à 0,06ng/l et les Ca125 à 30,62U/ml.

La prise en charge comportait une hospitalisation en urgence, après un conditionnement de la patiente ; une transfusion de 800 ml de culots érythrocytaires (en deux jours). Une consultation pré-anesthésique a été faite au lit de la patiente. Nous avons procédé à une installation de la patiente (**Figure 2**), et avons réalisé une laparotomie dans l'immédiat.

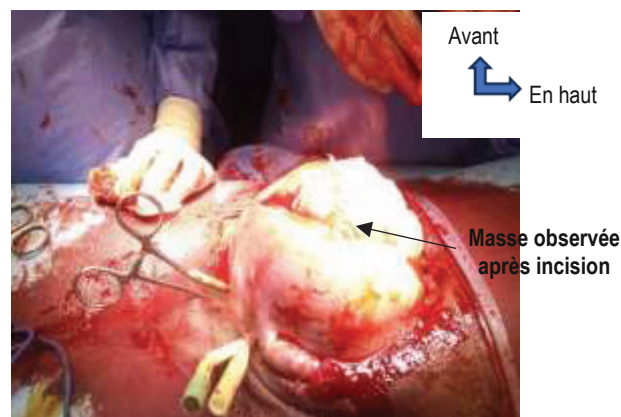


**Figure 2 :** exposition de la masse sus-pubienne avant l'incision

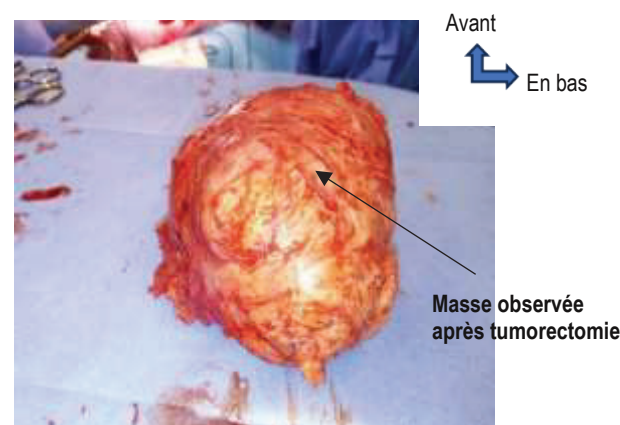
Cette laparotomie a été réalisée à la suite d'une incision médiane sous ombilicale ; puis élargie en sus-ombilicale. L'exploration de la cavité abdominale a permis d'objectiver des annexes qui étaient macroscopiquement saines. Un utérus augmenté de volume, avec une accentuation de la masse en postérieur. Nous avons effectué une incision postérieure longitudinale de 10-11cm environ (**Figure 3**). Ce qui a permis de retirer suivant le plan de clivage une volumineuse masse fort suspecte d'un myome utérin (**Figure 4**). Il n'y a pas eu d'effraction dans la cavité utérine. Le retrait du garrot a eu lieu après 45 minutes.

La fermeture de l'utérus a été faite en 2 plans. Les points de suture ont été exécutés avec du fil résorbable. Les suites opératoires ont été marquées au 1<sup>er</sup> jour postopératoire, par la survenue d'un trouble respiratoire (à type d'encombrement bronchique), et à J2 postopératoire, par un trouble du transit, à type de ballonnement abdominal. La patiente est sortie de l'hôpital au 5<sup>ème</sup> jour postopératoire. La pièce opératoire a été envoyée pour une analyse anatomopathologique.

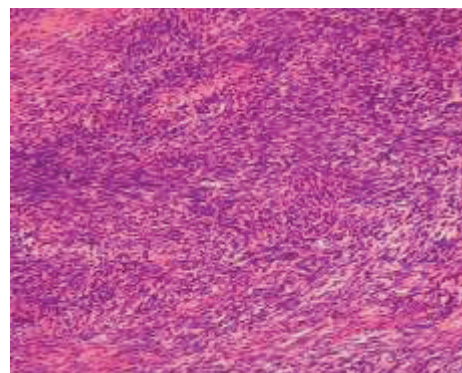
L'analyse a révélé, un nodule myomateux encapsulé, mesurant 15 cm de diamètre et pesant 700g. A la section, on a trouvé un aspect homogène, fasciculé et sans foyer de nécrobiose.



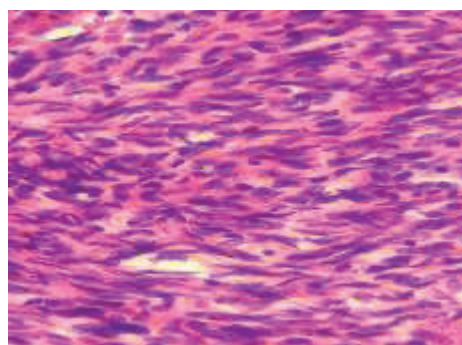
**Figure 3 :** Incision postérieure de l'utérus après mise en place d'un garrot



**Figure 4 :** exposition de la masse après une tumorectomie



**Figure 5 :** (Micrographie 1) : prolifération néoplasique hypercellulaire X200 HE



**Figure 6** (Micrographie 2) : Stroma lâche X400 HE



L'étude histologique a révélé des fibres musculaires lisses disposées en faisceaux entrecroisés les uns aux autres. Les noyaux allongés ne présentent pas d'atypies. Il n'y avait pas de signes de malignité sur le prélèvement effectué. La patiente a été revue 3 mois plus tard et une échographie de contrôle a été réalisée. Elle était normale.

## Discussion

La problématique de la survenue d'un myome utérin dans l'adolescence reste encore une situation inédite. Notre patiente est âgée de 15 ans. Plusieurs études dans le monde ont relaté la survenue de cette pathologie à des âges divers. Ainsi, en Europe, Umberto Leone *et al.* en Italie trouve un fibrome chez une adolescente de 14 ans [4]. Aux Etats Unis d'Amérique, en Californie, le même âge a été retrouvé par Diesen *et al.* [5]. Les âges de 13 ans, 18 ans ont été publiés en Asie par respectivement Natsuko *et al.* [6] et Malale *et al.* [7].

Le motif de consultation a été la survenue progressive d'une masse sus pubienne, c'est un motif de consultation fréquent, comme retrouvé par Ernest *et al.* au Malawi et Cristina aux Etats-Unis [8,9]. D'autres études ont démontré des saignements avec des malaises à type de vertiges [2,4] motivant une consultation. La survenue de symptômes orientant vers un myome varie tout de même selon que l'on soit adolescente ou adulte ; d'après Fields *et al.* [10]. Même si l'étiologie des myomes utérin reste généralement inconnue [7], mais l'hyperoestrogénie relative a été décrite dans de nombreuses études comme étant une cause probable [1,7]. Le caractère héréditaire peut être évoqué compte tenu des antécédents familiaux particuliers de la patiente. Le diagnostic de certitude a été donné par l'analyse anatomopathologique. Pour certains auteurs, l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) est l'examen de premier choix [3, 5, 9,11]. Cela pourrait trouver une explication dans le fait que l'IRM coût élevé. Il est peu accessible dans un contexte de pays en voie de développement.

Le bilan biologique réalisé était minimaliste. Il n'incluait pas certains examens biologiques spécifiques tels que le dosage des récepteurs à l'oestrogène, la progestérone, ainsi que l'aromatase sur le myome utérin, décrits dans plusieurs études [12, 13, 14]. Ces derniers examens spécifiques sont difficilement réalisables au Gabon. Une myomectomie par laparotomie a été réalisée. Cristina *et al.*, de même que Courtney A *et al.* ont

utilisé la même voie d'abord pour la prise en charge d'une patiente [9,11]. Natsuko *et al.* ont réalisé une myomectomie par laparoscopie [6]. La coelio-chirurgie reste peu vulgarisée et difficilement accessible dans certaines structures hospitalières telle que la nôtre. Il n'existe pas de lignes directrices concernant la prise en charge de ce cas, mais on doit tenir compte du désir de fertilité ultérieur [11,14]. La pièce opératoire pesait 700g. Un poids identique était retrouvé par les autres auteurs. Nguyen *et al.*, trouvaient 780g [2], tandis-que et par Malale *et al.*, trouvaient 720g [7]. Le diagnostic de certitude a été donné par l'analyse anatomopathologique et l'étude immunohistochimique. Cette attitude a été faite par Umberto *et al.* [5]. Aucun cas de leiomyosarcome utérin n'a été rapporté chez l'adolescent. Il s'agit de cas très rares chez les sujets de moins de 30 ans [16].

La numération formule sanguine de la patiente a montré une anémie à 5,9 g/dl, microcytaire hypochrome, et le taux de fer sérique était à 14,5  $\mu\text{mol/l}$ . Bien que notre patiente ne présentait pas de saignements anormaux, le tableau clinique et biologique d'anémie retrouvé pourrait être lié à une anémie par carence martiale. La carence martiale, est une situation très retrouvée chez l'adolescent des pays sous-développés [17].

La prise en charge médicale et chirurgicale était identique à celle décrite par de nombreux auteurs [2, 4, 5]. Les analogues de la LH-RH, utilisés pour diminuer la tumeur et faciliter la chirurgie [3] n'ont pas été administrés, de même que des nouveaux traitements tel que l'utilisation l'ulipristal, modérateur sélectif des récepteurs de la progestérone. Ce produit n'a pas été testé chez l'adolescente [15].

En effet, avec le contexte de l'adolescence et la conservation d'une fertilité ultérieure, une myomectomie par laparotomie a été réalisée sans effraction de la cavité utérine. D'autres techniques sont décrites telles que la myomectomie par laparoscopie, par hystéroscopie, et la myomectomie par embolisation de l'artère utérine [8]. Un seul cas de succès de l'embolisation a été retrouvé chez une adolescente de 12 ans, présentant un trouble hématologique et des saignements menstruels graves [15]. Les suites opératoires étaient simples, comme décrit par Cristina *et al.* [9].

## Conclusion

La survenue d'un myome utérin dans l'adolescence reste encore une situation inédite. Les raisons emmenant les patientes en consultation restent les

mêmes chez l'adulte que chez l'adolescente. De nombreux examens peuvent être demandés, mais l'IRM demeure l'examen de choix. Le diagnostic de certitude de cette pathologie doit être fait par l'analyse anatomo-pathologique. La prise en charge de cette pathologie chez l'adolescente doit pouvoir prendre en compte le désir de fertilité ultérieur.

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

#### Contribution des auteurs

Mba Edou S.G, MOUNGUENGUI O, ont **conçu et élaboré le protocole de recherche de cet article**, Gestion des données : Assoume D, Massy S ont **collecté les données**, Révision critique du document : Sima Ole B a **donné la forme à cet article**. Tous les auteurs ont **approuvé la version finale de cet article**.

#### Références

1. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 8<sup>ème</sup> édition. Paris : Elsevier Masson ;2014.
2. Nguyen-Duc H. Volumineux fibrome utérin chez une adolescente de 15 ans. J Gyneol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 :748-50.
3. Boughaza I, Mhamd O, Berrada T, Zerai N, Baidada A, Kharbach A. Fibrome utérin géant à propos d'un cas historique et revue de la littérature. J. Maroc Sci Med. 2017; 21(2): 56-58.
4. Diesen DL, Price TM, Skinner MA. Uterine leiomyoma in a 14-year-Old. Pediatr Surg. 2008 ; 18 :53-55.
5. Leone U, Maggiore R, Ferrero S, Bogliolo S, Fulcheri E, Musizzano Y, et al. A Case of large uterine myoma in a 14-year-old girl. J Gynecol Surg. 2013 ; 29(2) :83-87.
6. Morita N, Tanaka T, Hashida S, Tsunetoh S, Taniguchi K, Komura K, et al. Uterine leiomyoma in a 13-year-old adolescent successfully treated with laparoscopic myomectomy: a case report. Medicine. 2019;98(49) (e18301).
7. Malale A. I, Wa Malale D. K, Ya Mulenda N. K. Fibrome géant compliqué d'une nécrobiose aseptique chez une adolescente de 18 ans : à propos d'un cas. Rev Inf Congo. 2022 ; 6(1) :52-55
8. Ernest A, Mwakalebela A, Mpondo B. Uterine leiomyoma in 19 year-old girl : case report and literature review. Malawi Med J. 2016 ; 28(1) :31-33.
9. Martucci C, Crocoli A, Persano G, Bonito M, Stracuzzi A, Alaggio R et al. [Uterine leiomyoma in pediatric population: A case report and review of the literature](#). Frontières in Ped [en ligne]. 2022 [cité le 10 Janvier 2024] ;10 : Disponible sur <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1020072>
10. Fields KR, Neinstein LS. Uterine myomas in adolescents: Case reports and a review of the literature. J. Ped Adolescent Gynecol.1996;9(4):195-98.
11. Murphy, C, Zarudskaya O, Kakish C, Zoorob D, Seo-Patel S. Uterine Fibroid in a 16-Year-Old Adolescent Managed with a Fertility-Sparing Approach: A Case Report and Review of the Literature. [Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology](#) 2021;34(3), 427-31
12. Rein MS, Barbieri RL, Friedman AJ. Progesterone: a critical role in the pathogenesis of uterine myomas. Am J Obstet Gynecol. 1995;172(1):14-18.
13. Brandon D, Erickson T, Keenan E, Strawn, E, Novy M, Burry K, et al. Estrogen receptor gene expression in human uterine leiomyomas. J. Clin Endocrinol Metab. 1995;80(6):1876-81.
14. Sumitani H, Shozu M, Segawa T, Murakami K, Yang H, Shimada K, et al. In situ estrogen synthesized by aromatase P450 in uterine leiomyoma cells promotes cell growth probably via an autocrine/ intracrine mechanism. Endocrinology. 2000 ;141(10):3852-61.
15. Moroni R, Vieira C, Ferriani R, Dos Reis R, Nogueira A, Brito, L. Presentation and treatment of uterine leiomyoma in adolescence: a systematic review. BMC Women Health.2015;15(4):1-5.
16. Hricak H, Tscholakoff D, Heinrichs L, Fisher M, Doms G, Reinhold C, et al. Uterine leiomyomas: Correlation of MR, histopathologic findings, and symptoms. Radiology 1986;158(2):385-91.
17. Toutain F, Le Gall E, Gandemer V. La carence en fer chez l'enfant et l'adolescent : un problème toujours d'actualité. Arch.Ped. 2012 ;19(10) :1127-31