



Attention aux décisions chirurgicales hâtives

Caution with the hasty surgical decisions

حذار من القرارات الجراحية المتعجلة

K. El Assad¹, N. Saadi¹, T. El Harroudi², A. Jali², M.H. El Alami¹, C. Chraïbi¹, R. Bezad¹

Introduction

Le médecin est confronté chaque jour à des situations pathologiques différentes. Il est tenu à suivre une démarche diagnostique rigoureuse allant de l'entretien passant par l'examen soigneux arrivant aux examens complémentaires les plus adaptés.

Le chirurgien quant à lui doit être plus attentif car un geste mal approprié risque d'aggraver l'état malade ou même d'être fatal au malade.

On aborde le cas précis des hystérectomies pour utérus myomateux dont la décision est précipitée en rapportant deux observations de patientes, opérées initialement pour utérus myomateux, et chez qui l'examen anatomopathologique a révélé un épandymome et un adénocarcinome rétro-péritonéal utérin. Elles se sont retrouvées à l'Institut National d'Oncologie pour poursuite évolutive.

Observation n°1

Mme RE G9P6, âgée de 50 ans, a été opérée deux mois auparavant à Meknès pour «fibrome utérin». Elle rapportait depuis ce temps des douleurs pelviennes avec augmentation du volume abdominal.

Avant l'acte initial, elle présentait des douleurs pelviennes avec impotence fonctionnelle du membre inférieur droit. Elle avait bénéficié d'une UIV qui avait montré une empreinte latérale droite sur la vessie et un refoulement harmonieux vers la gauche de l'uretère pelvien droit sans

dilatation en amont en faveur d'une masse pelvienne compatible avec un énorme utérus fibromateux.

A la laparotomie, le chirurgien s'est retrouvé devant une énorme masse létaro-utérine enclavée dans le ligament large en sablier avec une autre masse rétro-péritonéale. L'acte était une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et résection partielle de la masse rétro-péritonéale. L'examen anatomopathologique de la masse rétro-péritonéale avait conclu à un épandymome confirmé par l'étude d'immunohistochimique. La TDM réalisée en post-opératoire avait montré un processus tissulaire hétérogène pelvien postéro-latéral droit exerçant un effet de masse sur les structures de voisinage avec coulée ganglionnaire lombo-aortique. Le foie était le siège de trois lésions hyperdenses au niveau des segments II, III, IV en faveur de localisations secondaires.

Une chimiothérapie était décidée mais la patiente avait été perdue de vue.

Observation n°2

Mme M.A âgée de 54 ans nulligeste, ménopausée, opérée pour utérus myomateux à Tata sur la base d'une échographie. Elle présentait cliniquement des ménométrorragies avec une masse abdomino-pelvienne ayant augmenté rapidement de taille.

Le chirurgien avait réalisé une hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale et l'examen anatomopathologique était en faveur d'un utérus myomateux. Un mois plus

Tiré à part : K. El Assad. Maternité universitaire des orangers, CHU Ibn Sina -Rabat- Maroc.

tard une énorme masse s'implantait sur le col et envahissait les organes de voisinage. A l'Institut National d'Oncologie, la laparotomie exploratrice avait révélé une énorme masse centro-pelvienne très évoluée loco-régionalement inextirpable dont la biopsie était en faveur d'un adénocarcinome. Une radiothérapie avait été préconisée.

Discussion

La règle veut qu'on soit uniciste en médecine. De ce fait tout cas clinique doit être analysé en totalité et tous les signes fonctionnels et physiques alliés aux examens complémentaires doivent mettre la main sur la ou les anomalies qu'il faut prendre en charge immédiatement ou après conseil multidisciplinaire si nécessaire. L'attitude thérapeutique doit être mûrement réfléchie.

Le 1^{er} cas méritait des investigations poussées avec une IRM ou TDM avant d'opérer la malade. Un gros utérus myomateux donnant une compression nerveuse avec sciatgie à la face postérieure de la cuisse ou compression obturatrice à la face interne de la cuisse est possible [1] mais dans notre observation il y avait une masse qui refoulait l'uretère vers la gauche (UIV) et qui serait responsable de l'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit qui n'a pas été redoutée et recherchée. Le 2^{ème} cas portait une

atypie clinique qui était la notion de l'évolution rapide de la masse pelvienne qu'on avait rattaché, à un banal utérus myomateux sachant que la femme était âgée de 54 ans et ménopausée. Dans ce cas, une discordance entre une évolution très rapide à l'âge de 54 ans chez une patiente ménopausée et le diagnostic d'un myome avait du attirer l'attention. Dans ces cas là, avait eu recours à une IRM dont l'indication était justifiée par une échographie d'interprétation difficile [2,3]. En plus sur le plan sémiologique, l'IRM permet le diagnostic différentiel avec l'adénomyose, le léiomyosarcome et les masses annexielles [1].

L'éventualité d'un cancer sur le reste ovarien dit encore le syndrome de l'ovaire rémanent est très discuté. Les cas rapportés dans la littérature rapportent une évolution beaucoup plus latente arrivant à des années avant la déclaration du cancer [4].

Conclusion

Le sort des deux cas rapportés « cancers au stade non résécables à visée curative » en quelques mois, après hystérectomie pour utérus myomateux, nous conjure à être vigilant. On ne doit étiqueter un utérus de myomateux que lorsque l'histoire clinique, l'examen et le bilan paraclinique s'accordent parfaitement.

Références

1. Fernandez H, Gervaise A, de Tayrac R. Fibromes utérins. *Encycl Méd Chir, Gynécologie* 470-A-10, 2002, 11p.
2. Dudiak CM, Turner DA, Patel SK, Archie JK, Silver B, Norusis M. Uterine leiomyomas in the infertile patient: preoperative localization with MR Imaging versus US and hysterosalping. *Radiology* 1988; 137: 627-30.
3. Mayer DP, Shipilov V. Ultrasonography and MRI of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22: 667-725.
4. Le Bouëdec G, Bailly C, de Lapasse C, Gimbergues P, Dauplat J. Le cancer de l'ovaire rémanent: à propos d'une observation. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35(1) 829-33