



Article Original

Aspects Épidémiocliniques et Thérapeutiques du Fibrome Utérin à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Epidemiology, clinical features and management of uterine fibroma at Fousseyni Daou hospital in Kayes

Dembele S¹, Diassana M¹, Macalou B¹, Sidibe A², Hamidou A², Doumbia F¹, Haidara M³, Kane F⁴, Sylla C⁵, Bocoum A⁵, Traore S⁶

RÉSUMÉ

Introduction. Le léiomyome, communément appelé fibrome est une tumeur bénigne, la plus fréquente chez la femme en âge de procréer. Le but était d'étudier les aspects Épidémioclinique et thérapeutique du fibrome utérin à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Patients et méthodes.** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 1er Janvier 2019 au 30 Juin 2020. L'étude portait sur toutes les patientes prises en charge dans le service, chez qui le diagnostic clinique et paraclinique du fibrome utérin avait été posé. **Résultats.** Nous avons colligé 40 cas de fibrome utérin sur un total de 4644 consultations gynécologiques soit une prévalence de 0,86%. La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 20 et 34 ans. La douleur pelvienne, le désir de grossesse et l'hémorragie génitale ont été les principaux motifs de consultation avec des fréquences respectives de 35%, 35% et 17%. Le diagnostic du fibrome utérin a été confirmé par l'échographie chez 100% des patientes. L'abstention thérapeutique a été le cas chez 25% des patientes et le traitement médical a été appliqué chez 17,5% des patientes. Une myomectomie a été réalisée chez 45% des patientes et une hystérectomie chez 12,5% des patientes. Les suites opératoires ont été compliquées chez 47,83% des patientes. Aucun décès n'a été observé. **Conclusion.** Le fibrome utérin est une pathologie relativement peu fréquente dans notre service (0,86%). Il touche surtout la tranche d'âge 20-34 ans. Le traitement chirurgical est pratiqué dans environ un cas sur deux.

ABSTRACT

Introduction. Leiomyoma, commonly called fibroma, is a benign tumor most common in women of childbearing age. The aim of the study is to report epidemiology, clinical features and management of uterine fibroma at Fousseyni Daou hospital. **Patients and methods.** This was a cross-sectional descriptive study with prospective data collection in the obstetric gynecology department of the Fousseyni Daou hospital in Kayes from January 01, 2019 to June 30, 2020. The study involved all the patients managed in the department for clinical and paraclinical diagnosis of uterine fibroma. **Results.** During the study period we collected 40 cases of uterine fibroma out of a total of 4644 gynecology consultations of 0.86%. The most represented age group was 20-34 years old. Pelvic pain, desire for pregnancy and genital hemorrhage were the most common reasons for consultation with the respective frequencies of 35%, 35% and 17.5%. The diagnosis of uterine fibroma was confirmed on ultrasound in 100% of patients. No treatment was done to 25% of patients while medical treatment was prescribed to 17.5% of patients. Myomectomy was performed in 45% of patients and hysterectomy in 12.5% of patients. The postoperative course was complicated in 47.83 % of patients. No death was recorded. No case of death was observed. **Conclusion.** Uterine fibroma is a relatively uncommon pathology in our department (0.86%). It mainly affects the women between 20-34 years old. Surgical treatment is performed in about one half of patients.

1: Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

2: Centre de santé de référence de Kayes

3: Centre de sante de référence de kalaban- coro

4: Centre de sante de référence de Bla

5: Département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Toure

6: Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso

Auteur correspondant : Dembele Sitapha

Email : dsitapha@gmail.com; Tel : +22375440385

Mots clés : fibrome utérin, Kayes, mali

Keywords: uterine fibroma, Kayes, Mali.

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Le fibrome est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer. Ses particularités chez la femme malienne sont imparfaitement connues.

La question abordée dans cette étude

Les aspects cliniques et thérapeutiques du fibrome utérin de la femme malienne à Kayes.

Ce que cette étude apporte de nouveau

Le profil clinique du fibrome est conforme aux données classiques à Kayes. Le traitement chirurgical est effectué dans la moitié des cas et les complications y sont fréquentes bien que rarement mortelles.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Une attention particulière doit être portée aux modalités du traitement chirurgical pour réduire la fréquence des complications.

INTRODUCTION

Le léiomyome, communément appelé fibrome est une tumeur bénigne, la plus fréquente chez la femme en âge de procréer [3]. Il est formé par une prolifération de cellules conjonctives nommées fibroblastes, auxquelles s'adjoignent des fibres collagènes, qui sont des protéines [1]. De toutes les localisations possibles, c'est au niveau de l'utérus que le fibrome est le plus fréquent : il représente 1/5 des affections de cet organe dans la race blanche et 1/3 dans la race noire [1]. Il existe une franche prédisposition familiale chez la femme noire, ils se développent plus tôt et sont souvent de grande dimension. Ils sont isolés ou multiples et peuvent être interstitiels, sous-séreux, ou sous muqueux, sessiles ou pédiculés. Ils sont habituellement corporeaux et rarement à localisation cervicale. Leur dimension peut aller d'un grain de riz à celle d'une grossesse à terme. Le mécanisme intime de formation des fibromes est mal connu, le rôle promoteur des œstrogènes (hyperœstrogénie) sur la croissance tumorale est admis. Cette notion de terrain hormonal explique que les fibromes utérins soient plus fréquents [6] :

- Chez les obèses (automatisation périphérique des androgènes en œstrogènes dans les adipocytes),
- chez toutes les femmes présentant des dysovulations avec insuffisance lutéale et dystrophie mammaire et notamment pendant la phase pré-ménopausique, ce d'autant plus que celle-ci est longue.

Le risque de dégénérescence maligne est très faible (environ 0,5%) et encore non admis par tous les cliniciens, à garder à l'esprit pour les indications thérapeutiques [6]. Les fibromyomes sont des tumeurs bénignes dont la seule présence ne justifie pas un traitement surtout si celui-ci doit être agressif ou mutilant [7]. Les indications thérapeutiques ne se posent qu'en raison de complications liées au fibrome lui-même [7]. Ces complications peuvent être d'ordre mécanique par compression, trophique avec dégénérescence œdémateuse, une nécrobiose aseptique,

mais également la stérilité. Dans ces éventualités, le traitement ne peut être que la myomectomie ou l'hystérectomie. L'autre complication la plus fréquente est l'hémorragie génitale dont la seule thérapeutique repose sur les hormones mais la chirurgie s'impose si celle-ci échoue [7].

Compte tenu de la fréquence et de l'absence de données sur cette affection dans notre service nous avons donc initié ce travail pour étudier les aspects épidémioclinique et thérapeutique du fibrome utérin à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

PATIENTES ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2020. L'étude avait porté sur les toutes les patientes chez qui le diagnostic clinique et paraclinique du fibrome utérin avaient été posé et dont la prise en charge à été effectué dans le service. Étaient exclues de cette étude toutes les patientes admises dans le service pour d'autres motifs. Les données ont été recueillies à partir du registre de consultation externe, du dossier médical des patientes et du registre de compte rendu opératoire. Les données ont été saisies à partir du logiciel Microsoft office Word et Excel et analysé à partir du logiciel SPSS.Version.20 Sur le plan éthique le consentement éclairé et la confidentialité ont été respecté.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude nous avons colligé 40 cas de fibromes utérins sur un total de 4644 consultations gynécologiques soit une prévalence de 0,86%. La tranche d'âge 20-34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 57,5%. L'âge moyen était de 34,37 ans. Les âges extrêmes étaient de 24 et 46 ans. 05% des patientes avaient un antécédent de césarienne. 15% des patientes avaient un cycle menstruel irrégulier. 05 des étaient sous contraception hormonale à base d'oestrogénostatifs. (Tableau I)

Tableau I. La répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	%
Désir de grossesse (Stérilité)	14	35,00
Douleur pelvienne	14	35,00
Dysménorrhée	01	02,50
Hémorragie génitale	07	17,50
Spanioménorrhée	02	02,50
Hydrorrhée	01	02,50
Altération de l'état général	01	02,50
Total	40	100,00

Parmi les symptômes la dysurie a été retrouvée chez 20% de patientes et la pollakiurie chez 20%. 37,7% des patientes avaient une constipation, 25% avaient des nausées associées à la constipation et 10% avaient des nausées non associées à d'autres symptômes. La taille de l'utérus était supérieure ou égale à 8 semaines

d'aménorrhée chez 62,5% des cas et 25% avaient une sensibilité utérine lors du toucher pelvien.

Tableau II. La répartition des patientes selon le type d'hémorragie génitale

Type d'hémorragie	Effectif (%)
Métrorragie	03 (42,85)
Ménorragie	03 (42,85)
Ménométrorragie	01 (14,30)
Total	07 (100,00)

Toutes les patientes avaient réalisé une échographie, confirmant la présence de fibromes. Onze patientes, soit 27%, avaient également fait une hystérosalpingographie. 35% des fibromes utérins étaient sous-séreux, 25% étaient sous-séreux et sous muqueux et de 17,5% étaient sous muqueux. 10% des fibromes étaient associés à un kyste de l'ovaire, 2,5% à une dystrophie ovarienne, 2,5% à une grossesse intra-utérine, 2,5% à une grossesse extra-utérine et 2,5% à un fibrokyste du sein.

Tableau III. La répartition des patientes selon la localisation du fibrome utérin à l'échographie

Localisation	Effectif (%)
Corps utérin	36 (90,00)
Isthme utérin	02 (05,00)
Col utérin	01 (02,50)
Corps et col utérin	01 (02,50)
Total	40 (100,00)

Tableau IV. nombre de noyaux fibromateux

Nombre de noyaux	Effectif	%
01-05	10	43,47
06-10	06	26,08
11-15	05	21,73
16-20	02	08,69
Total	23	100,00

Le traitement médical a été réalisé dans 17,5% des cas, le traitement médical et chirurgical dans 57,5% des cas et l'abstention thérapeutique a été observé dans 25% des cas. La myomectomie a été réalisée chez 45% et l'hystérectomie chez 12,5% des patientes.

Tableau V: indication opératoire.

	Indications Opératoires	N	%
Myomectomie	Stérilité + Fibrome utérin	11	47,82
	Myome Comprimant les organes Voisins	02	08,69
	Échec du Traitement médical /ménométrorragie	05	21,73
Hystérectomie	Échec du traitement médical+ ménométrorragies chez multipare	03	13,04
	Fibrome utérin géant plus ou moyen lésion cervicale suspecte chez le patientes âgées	02	08,69
Total		23	100,00

Aucun cas de décès n'a été observé au cours de la période d'étude.

Tableau VI. La répartition des patientes selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectif	%
Suites simples	12	52,17
Pelvialegie	03	13,04
Hémorragie	01	04,34
Endométrite	02	08,69
Anémie	03	13,04
Thrombophlébite	02	08,69
Total	23	100

DISCUSSION

Nous avons colligé 40 cas de fibromes utérins sur 4644 consultations gynécologiques durant la période d'étude soit une prévalence de 0,86%. La tranche d'âge 20-34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 57%. La plus jeune patiente avait 24 ans et la plus âgée avait 46 ans et la moyenne d'âge était de 34,37 ans. Toure O.D. [14] avait trouvé 23 ans pour la plus jeune patiente et 35 ans pour la plus âgée avec une moyenne de 35 ans. Par contre Bayo S. [1] avait trouvé 18 ans pour la plus jeune patiente et 77 ans pour la plus âgée avec une moyenne de 35 ans. Pour Thiero D. [13] la plus jeune patiente avait 21 ans et la plus âgée 52 ans avec une moyenne d'âge de 36 ans. Contrairement à l'étude de Bayo S. [1], nous et les autres auteurs n'avons pas observé de cas de fibromes utérins chez les adolescentes. 1

0% de nos patientes étaient obèses, 5% étaient hypertendues et 2,5% étaient diabétiques. Bayo S. [1] avaient rapporté que 28% des patientes étaient obèses et plus ou moins hypertendues, 1,6% avaient un goitre et 0,3% avaient un diabète ; Keita M. [9] avaient rapporté 8 cas d'obésité et Toure O.D. [48] avait rapporté 3 cas d'hypertension artérielle. L'étude du terrain selon Segay J [14] permet de distinguer le fibrome utérin expression locale d'une maladie générale et le fibrome utérin maladie locale

L'analyse des antécédents chirurgicaux permet de donner l'incidence du fibrome utérin sur :

- la grossesse extra-utérine par compression intrinsèque sur les trompes ou par des localisations au niveau de la jonction utéro-tubaire,
- la grossesse au cours de l'accouchement par dystocie dynamique,
- la stérilité et l'accouchement prématuré (35% de nos patientes avaient fait au moins un avortement spontané et 14 patientes avaient une stérilité liée au fibrome utérin dont 5 cas de stérilité secondaire),
- la possibilité de récurrence du fibrome utérin (5% de nos patientes avaient un antécédent de myomectomie).

Nous avons enregistré 10% de primipares qui avaient un fibrome utérin, ce taux est très inférieur à celui de Ducing J. et coll [4] qui avait trouvé 72,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible taux de contraception dans notre pays. Dans notre série 35% des patientes avaient un antécédent d'avortement spontané contre 29,80% et 65% respectivement pour Thiero D [13] et Toure O.D [14] et 5% des patientes avaient un antécédent de contraception par voie orale, contre 25% pour Keita M. [9] et 07% pour Traore M. [15]. La douleur pelvienne a

été l'un des principaux motifs de consultation avec une fréquence de 35%. Ce taux est variable selon les auteurs, ainsi Koutouan J. [8], Ranneyr. [10], Huigui ER. [5] et Keita M [9] avaient respectivement trouvé 33%, 19%, 25% et 76%. Ces pelvialgies peuvent être le reflet :

- d'une compression intrinsèque (62,5% des patientes avaient un utérus dont la taille était supérieure ou égale à 8 semaines d'aménorrhée). Bayo S. [1] avait trouvé 171 noyaux myomateux de taille variant d'une tête d'enfant à celle d'une tête d'adulte soit une fréquence de 54%. Toure OD. [14] avait trouvé que 35% des patientes avaient un utérus de la taille d'une pamplemousse.
- de dépendance de l'orientation utérine, cette compression peut se traduire par des troubles urinaires et digestifs. C'est ainsi que dans notre série nous avons observé 37,5% des constipations, par contre Bayo S. [1] avait rapporté 27% de troubles digestifs essentiellement à type de constipation.

Dans 35% des cas, les patientes avaient également consulté pour désir de grossesse (stérilité). Parmi elles 22,5% avaient consulté pour une stérilité primaire et 12,5% pour une stérilité secondaire. Bayo S. [1] avait observé 35% de cas de stérilité primaire et 18% de cas de stérilité secondaire, Koutouan J. [8] avait trouvé 15,5% de stérilité primaire et Thiero D. [13] avait trouvé 21,6% de stérilité primaire et 25,4% de stérilité secondaire. Les fibromes sous muqueux seraient pour la majorité des auteurs, la cause de cette stérilité par obstacle mécanique et par lésions concomitantes de l'endomètre. L'hémorragie génitale a été également l'un des principaux motifs de consultation avec une fréquence de 17,5%. Elle était à type de métrorragie dans 7,5% des cas, de ménorragie dans 7,5% des cas et de ménométrorragie dans 2,5% des cas. Thiero D [13], Toure OD. [14] et Koutouan J. [8] avaient respectivement rapporté des taux d'hémorragie génitale de 32,3%, 20%, et 18%. Le cycle menstruel était irrégulier chez 15% des patientes. La durée maximale était de 60 jours avec une moyenne de 30 jours. Toure O.D. [14] avait trouvé que 21% des patientes avaient un cycle irrégulier et 5% étaient ménopausées. Nous avons observé un cas de grossesse extra-utérine associé au fibrome utérin soit une fréquence de 2,5%. Il s'agissait d'une patiente de 36 ans 3^{ème} geste, 2^{ème} pare avec 2 enfants vivants sans antécédents médico- chirurgicaux suivie dans le service pour stérilité secondaire liée à un fibrome utérin. Les examens clinique et paraclinique avaient confirmé l'association d'une grossesse extra-utérine à une polymyomatose utérine. En peropératoire nous avons retrouvé 3 noyaux sous séreux et une grossesse extra-utérine ampullaire enkystée au niveau de la trompe droite. Toure O.D. [13] avaient rapporté dans sa série 2% d'association grossesse extra-utérine et fibrome utérin. Une autre patiente avait été hospitalisée dans le service pour rupture prématurée des membranes sur une grossesse de 21 semaines d'aménorrhée. L'examen échographique réalisé avait mise en évidence un fibrome utérin endocavitaire mesurant 60 sur 40 mm. Elle a été césarisée à la 34^{ème} semaine d'aménorrhée pour grossesse hautement désirée dans un contexte de rupture prématurée des membranes associée à un fibrome utérin. En per-

césarienne nous avons retrouvé un fibrome utérin endocavitaire fundique. L'association fibrome utérin et kyste ovarienne a été retrouvé chez 10% de nos patientes contre 12,12% chez Koutouan J. [8]. Dans notre série 37,5% des patientes avaient un utérus dont la taille était inférieure à 8 semaines d'aménorrhée et 62,5% avaient un utérus dont la taille était supérieure ou égale à 8 semaines d'aménorrhée.

La totalité des patientes (100%) avaient effectué une échographie pour la confirmation du diagnostic. Dans notre série 90% des fibromes utérins étaient corporeaux, Bayo S. [1] avait rapporté la même fréquence son étude, par contre Thiero D. [13] et Sangare T. et coll. [11] avaient respectivement rapporté une fréquence de 84,5% et de 67%. 5% de nos patientes avaient un fibrome dont la localisation était isthmique. Notre est proche de celui de Toure OD. [14] qui avait trouvé une fréquence de 6%. Nous avons rencontré un seul cas de fibrome utérin de localisation cervicale soit une fréquence de 2,5 % identique à celles rapportées par Toure OD. [13], Keita M. [9] et Bayo S. [1], montrant ainsi la rareté de ce type de fibrome utérin.

Dans notre série nous avons observé que 17,5% des fibromes utérins étaient sous muqueux dont 5% endocavitaires, cette fréquence est inférieure à celle rapporté par Keita M. [9] trouvé 28,75% de fibromes utérins dont 11,82 endocavitaires. 10% des patientes avaient un des fibromes utérins localisés au niveau du myomètre et 25% étaient localisés au niveau des couches sous séreuses et sous muqueuses de l'utérus. Le nombre de noyaux myomateux était compris entre 1 et 17. Ainsi nous avons enregistré 21,3% de noyaux solitaires et 78,26% de noyaux multiples, par contre Toure OD. [14] avait rapporté que 32% des patientes avaient un noyau solitaire et 68% avaient des noyaux multiples et Boury H. [2] avait noté que 35% des patientes avaient un noyau solitaire. L'hystérosalpingographie avait été réalisé chez 27% de nos dans le cadre de l'association fibrome utérin et stérilité pour évaluer l'état de la cavité utérine ainsi que la perméabilité des trompes.

Dans notre série nous avons observé l'abstention thérapeutique chez 25% des patientes. Il s'agissait de fibromes utérins asymptomatiques de découverte fortuite à l'échographie et qui n'avaient aucune incidence sur la fertilité. Il faut savoir que les auteurs sont unanimes qu'en cas d'abstention thérapeutique, il faut être sûr du diagnostic, être sûr qu'il n'y a pas de fibrome utérin endocavitaire et revoir la patiente une fois par an pour la surveillance.

Le traitement médical en fonction de la symptomatologie clinique a été effectué chez 17,5 % de nos patientes. Ce traitement était à base d'hormone (progestatifs), d'antiinflammatoire non stéroïdien, d'antalgique, d'antibiotique, d'antianémique et de transfusion. Le traitement chirurgical a été pratiqué chez 57,5 % des patientes. Chez traitement chirurgical était spécifique selon l'âge, le désir ou non de grossesse, le nombre et les dimensions, la gravité et la maîtrise de l'hémorragie génitale. Ainsi nous avons réalisé une myomectomie ou une polymyomectomie dans 45% des cas. Koutouan J. [8] avait réalisé 17,5% de myomectomie et Thiero D. [13]

avait effectué la myomectomie ou la polymyomectomie dans 37,5% des cas. La myomectomie a concerné surtout les patientes jeunes dans le cadre de l'association fibrome utérin et stérilité dans 47,82% des cas, le myome comprimant les organes de voisinage dans 8,69% des cas et l'échec du traitement médical et ou ménométrorragie dans 21,73% des cas.

Nous avons réalisé l'hystérectomie chez 12,5% des patientes. Il s'agissait d'hystérectomie totale ou subtotale pour échec du traitement médical. L'hystérectomie totale inter-annexielle a été réalisée chez 5% des patientes et l'hystérectomie sub-totale inter-annexielle a été réalisée chez 7,5% des patientes. Keita M. [9] avait réalisé une hystérectomie totale chez 9,25% des patientes et une hystérectomie sub-totale 16,66% des patientes et Traore M. [15] avait effectué une hystérectomie totale chez 22% des patientes et une hystérectomie sub-totale chez 24% des patientes. Notre taux d'hystérectomie est inférieur à ceux de ces différents auteurs, cette différence pourrait s'expliquer par le taux élevé de désir de grossesse qui était de 35% dans un contexte de stérilité.

Les suites opératoires dans notre série ont été marquées par une pelvialgie dans 13,04%, une hémorragie dans 04,34%, l'anémie post-opératoire dans 13,04% des cas, la thrombophlébite dans 08,69% des cas et une endométrite dans 08,69% des cas. Par contre Toure OD. [14] avait enregistré un cas d'anémie post-opératoire et un cas d'hémorragie post-opératoire et Traore M. [15] rapporté deux cas péritonite post-opératoire et un cas de suppuration pariétale.

Dans notre série aucun décès n'a été enregistré durant la période d'étude, par contre Toure OD. [14] et Traore M. [15] avaient rapporté chacun un cas de décès dans leurs études.

CONCLUSION

Le fibrome utérin est une pathologie gynécologique qui existe dans notre service. Sa fréquence a été estimée à 0,86% par rapport à l'ensemble des consultations gynécologiques. Cette pathologie concerne surtout la tranche d'âge 20-34 ans. Les principaux motifs de consultation ont la douleur pelvienne dans 35% des cas, la stérilité dans 35% des cas et l'hémorragie génitale dans 17,5% des cas. Le diagnostic a été confirmé dans 100% des cas à l'échographie. L'abstention thérapeutique a été observée chez 25 % des patientes, le traitement médical a

été effectué chez 17,5% des patientes. La chirurgie a été réalisée chez 57,5% des patientes dont la myomectomie ou la polymyomectomie chez 45% des patientes et l'hystérectomie chez 12,5% des patientes. Aucun cas de décès n'a été observé dans notre série.

RÉFÉRENCES

1. **Bayo S.** Contribution à l'étude des fibromes utérins à DAKAR à propos de 316 observations. Thèse de Médecine DAKAR : 1973, n°11.
2. **Boury H.** Les indications chirurgicales du fibrome utérin. Thèse de Médecine Paris 1962, n° 931, 55p.
3. **Rongiere C.** Épidémiologie du fibrome utérin : Facteurs de risques et fréquence. Impact en santé publique. J Gynécol. Obstet. Biol. Reprod, 1999,28, 701-706.
4. **Ducing J., Guilhumeur P. et Binet C.** Considération sur le rôle de L'hyperfolliculinisme dans la pathologie du fibrome. Gynéco-Obstétrique : 1946, 45 N°3, 137-43.
5. **Huignier J. et Cerbinnet C.** Chirurgie de l'utérus Masson et cie Paris 1961 344p 102-29.
6. **Impact Internat.** Gynécologie-Obstétrique, dépôt légal 2002-799.
7. **Giraud JR., Rotten D., Bremond A. et Poulain P.** Abrégé de gynécologie ; 4^e édition 346 pages.
8. **Koutouan J.** Contribution à l'étude des fibromes utérins (à propos de 515 cas observés au CHU de Cocody. Abidjan) du 1^{er} Janvier 1981 au 5 Mars 1985. Thèse de Médecine 120 pages, N°662.
9. **Keita M.** Fibrome utérin et groupes sanguins érythrocytaires au Centre National de transfusion de Bamako. Thèse de Médecine Bamako 2005.
10. **RANNEYR B. et Frederic I.** The occasional need for Myomectomy. Obstet Gynecol 1979 ; 53 : 437-47.
11. **Sangaret MA., Bohoussou KM., Welfens E CH. et Kone N.** Les fibromes utérins en Côte d'Ivoire. C.R.SOCS.FRANÇ-Gyneco. 1972, 42, N° 8 ; 594-601.
12. **Segay J.** Les fibromes qu'il ne faut pas opérer. Sem Hop Paris ; 1960 ; 36(27) : 1728-172.
13. **Thiero D.** Fibrome utérin : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V pour 496 cas. Thèse de Médecine Bamako 2004 n°22.
14. **Toure OD.** Contribution à l'étude des fibromes utérins à propos de 100 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du Point G. Thèse de Médecine Bamako 1992 ; 109p n° 35.
15. **Traore M.** À propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital du Point G, à PMI central et la maternité d'Hamedallaye. Thèse de Médecine Bamako 1986 116p, n°19.