

FIBROMES UTÉRINS : UNE MALADIE FRÉQUENTE, SOUS-DIAGNOSTIQUÉE, QUI PÈSE SUR LA VIE DE MILLIONS DE FEMMES

Règles hémorragiques, douleurs pelviennes, fatigue qui s'installe et projets de maternité suspendus : pour des millions de femmes, les fibromes utérins ne sont pas une simple curiosité gynécologique, mais une pathologie fréquente qui impacte durablement la vie quotidienne. Longtemps considérés comme « normaux » ou « bénins », ces myomes restent pourtant sous-diagnostiqués, avec en moyenne près de deux ans d'errance avant un diagnostic clair, alors qu'ils représentent l'une des premières causes d'hystérectomie. Entre symptômes invisibilisés, inégalités d'accès aux soins et émergence de nouveaux leviers thérapeutiques et d'outils numériques, une autre manière de penser les fibromes est en train de s'imposer.

UNE MALADIE INVISIBLE ET LONGTEMPS MINIMISÉE

Chez certaines femmes, les fibromes resteront silencieux toute leur vie ; chez d'autres, ils transforment chaque cycle en épreuve, entre règles très abondantes, douleurs pelviennes, anémie, rendez-vous professionnels manqués et sexualité sous tension. Derrière ces scènes du quotidien se cache une réalité massive : les fibromes utérins – myomes ou léiomyomes – figurent parmi les tumeurs bénignes les plus fréquentes de l'appareil génital féminin, tout en demeurant largement sous-reconnus dans le débat public comme dans certains parcours de soins. On estime qu'une grande majorité (70%) de femmes de plus de 45 ans développeront au moins un fibrome, avec une prévalence particulièrement élevée rapportée chez les femmes noires par rapport aux femmes blanches. Et qu'**une femme sur quatre présentera des formes symptomatiques**, faisant des fibromes la **première cause d'hystérectomie en France**.

Pourtant, beaucoup découvrent leur diagnostic tard, parfois par hasard lors d'une échographie de fertilité ou d'un bilan pour anémie. En moyenne, l'errance médicale avant un diagnostic clair s'étend sur près de deux ans, laissant les femmes seules face à des symptômes qui grignotent leur qualité de vie. Cette invisibilisation se double d'une méconnaissance tenace : dans une enquête récente, 41% des femmes interrogées pensaient qu'un fibrome pouvait « se transformer en cancer », illustrant à quel point l'information de qualité peine à atteindre le grand public. Les fibromes sont pourtant des tumeurs bénignes : ils ne se transforment pas en cancer, même si certains tableaux (augmentation rapide de volume après la ménopause, contexte à risque) nécessitent des explorations pour exclure un sarcome, ce que rappellent les recommandations spécialisées.

La bonne nouvelle, c'est que la science et la clinique rattrapent peu à peu leur retard. En dix ans, les chercheurs ont décrypté une partie des mécanismes génétiques et hormonaux qui sous-tendent ces tumeurs, identifiant notamment des mutations clés comme celles du gène MED12 et des voies de signalisation impliquant HMGA2. Dans le même temps, l'arsenal thérapeutique s'est diversifié : au-delà de l'hystérectomie, se développent des médicaments ciblés, des techniques mini-invasives, des approches préservant la fertilité et, de plus en plus, des solutions numériques qui aident les femmes à reprendre la main sur leur santé gynécologique.

COMPRENDRE LES FIBROMES : TYPES, SYMPTÔMES ET RISQUES

Derrière le mot « fibrome » se cache une réalité anatomique beaucoup plus complexe qu'une simple « boule » dans l'utérus. Un fibrome utérin, ou **léiomyome**, est une tumeur **bénigne** composée de **cellules musculaires lisses et de tissu conjonctif** qui se développe à partir de la paroi musculaire de l'utérus. Leur taille peut aller de nodules microscopiques, invisibles même à l'imagerie, à des masses comparables à un ballon de basket qui déforment complètement l'abdomen et l'architecture pelvienne. La plupart des femmes concernées ne portent pas un, mais **plusieurs fibromes**, ce qui complique le diagnostic, la lecture des symptômes et les choix thérapeutiques.

Tout ne se joue pas au même endroit dans l'utérus. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) a mis au point une classification fine qui cartographie les fibromes selon leur **position**.

- Les fibromes **sous-muqueux** (FIGO 0–2) se projettent dans la cavité de l'utérus et perturbent directement l'endomètre ; ce sont eux qui sont le plus souvent responsables de **règles hémorragiques majeures** et de **fausses couches précoces**.
- Les fibromes **intramuraux** (FIGO 3–5) s'enchaîssent au cœur du muscle utérin et en modifient l'épaisseur, la contractilité et parfois la forme globale, avec un impact possible sur **la fertilité ou la douleur**.
- Quant aux **fibromes sous-séreux** (FIGO 6–7), ils poussent vers l'extérieur de l'utérus, peuvent comprimer la vessie, le rectum ou les uretères, et provoquer **envies fréquentes d'uriner, constipation, douleurs lombaires ou sensation de « masse » dans le bas-ventre**.

Certains de ces fibromes sont reliés à l'utérus par un pédicule fin, comme une tige : on parle alors de **fibromes pédiculés**. Visibles à l'imagerie comme des masses reliées par un filament, ils peuvent migrer dans la cavité abdominale et, surtout, se tordre sur eux-mêmes. Cette torsion brutale du pédicule interrompt l'apport sanguin, entraîne une nécrose du fibrome et déclenche une douleur aiguë, parfois confondue avec une urgence abdominale chirurgicale. Pour les femmes qui en sont victimes, cet épisode survient souvent sur un terrain de symptômes déjà anciens, révélant une maladie qui, jusque-là, évoluait dans l'ombre.

UNE ÉPIDÉMIE SILENCIEUSE ?

Les fibromes ne sont **ni rares ni marginaux**. En France, les données de Santé publique France montrent que les fibromes utérins dessinent ce qui peut être qualifié d'« épidémie silencieuse » au cœur de la santé gynécologique. Entre 2013 et 2017, **178 388 nouveaux cas de fibromes utérins** pris en charge médicalement ont été recensés chez les femmes de 10 ans et plus, soit un taux d'incidence annuel de 17,1 pour 10 000 personnes-années chez les 10–54 ans, et un pic à 24,7 pour 10 000 chez les 25–54 ans, en pleine période de vie reproductive. Ces chiffres, déjà impressionnants, sous-estiment probablement la réalité, puisqu'ils ne prennent en compte que les femmes entrées dans un parcours de soins identifié.

L'épidémie n'est pourtant pas homogène. Sur la carte, des zones se détachent nettement : les départements et **régions d'outre-mer, la région Île-de-France, le centre et le sud-est** du pays affichent des risques **nettement plus élevés** que d'autres territoires, quand la Bretagne semble moins concernée, soulevant des questions sur le rôle des facteurs environnementaux, socio-économiques et des perturbateurs endocriniens. Elle croise aussi une autre ligne de fracture, mondiale celle-là : la charge disproportionnée qui pèse sur les femmes noires. **Avant 35 ans, près d'une femme noire sur deux présente déjà des fibromes**, et à 50 ans, la prévalence atteint environ 80%, contre 70% chez les femmes

blanches, avec des fibromes plus gros, plus nombreux, qui croissent plus vite et plus longtemps. Ces courbes nous poussent à interroger autant l'organisation des soins que la manière dont certaines douleurs sont entendues ou banalisées.

DU MÉDICAMENT AUX TECHNIQUES MINI-INVASIVES : QUELLES OPTIONS ?

Les traitements des fibromes s'organisent aujourd'hui comme une véritable échelle thérapeutique, plutôt que comme une réponse unique et radicale. Les recommandations françaises précisent qu'en l'absence de symptômes, un fibrome n'a en général pas à être traité et relève d'une simple surveillance clinique et échographique.

Le premier temps, quand les fibromes sont découverts fortuitement et ne provoquent **aucun symptôme**, reste souvent la simple **surveillance**. Dans ces situations, surtout si les lésions sont de petite taille, stables, et chez des femmes proches de la ménopause, il n'y a pas lieu de traiter : un **suivi clinique et échographique régulier** suffit, la chute hormonale de la périménopause ayant tendance à freiner spontanément la croissance des myomes.

Lorsque les symptômes s'installent – **règles abondantes, douleurs, fatigue liée à l'anémie** – les traitements médicamenteux constituent la première marche. Les **antalgiques et anti-inflammatoires** soulagent les douleurs pelviennes et les dysménorrhées, tandis que l'**acide tranexamique** (Exacyl, antifibrinolytique) réduit significativement les pertes sanguines menstruelles pendant les règles.

Le **dispositif intra-utérin au lévonorgestrel** (progestatif, stérilet hormonal) joue un rôle particulier : en délivrant localement un **progestatif**, il atrophie l'endomètre et diminue nettement l'abondance et la durée des règles, avec une amélioration de l'hémoglobine et de la qualité de vie, même si son effet sur le volume des fibromes reste inconstant.

Certaines **contraceptions hormonales combinées ou progestatives seules** peuvent également aider à mieux contrôler les cycles. Enfin, les **analogues ou antagonistes de la GnRH** (ou hormone de libération des gonadotrophines) – incluant de nouveaux antagonistes oraux – placent **temporairement les ovaires au repos**, réduisant volume et saignements au prix d'effets secondaires de type ménopause ; ils sont utilisés sur des durées limitées, en préparation d'une chirurgie ou en traitement « pont ».

Quand la symptomatologie demeure importante malgré ces mesures, les approches conservatrices qui retirent ou détruisent les fibromes tout en préservant l'utérus prennent le relais, en particulier chez les femmes ayant un projet de grossesse.

La **myomectomie hystéroscopique** permet d'enlever, par voie naturelle à travers le col, des fibromes sous-muqueux de taille limitée, avec un impact très favorable sur les ménorragies.

La **myomectomie coelioscopique** est proposée pour des fibromes intramuraux ou sous-séreux peu nombreux et de taille modérée, via de petites incisions abdominales qui favorisent une récupération plus rapide. Lorsque l'utérus est très volumineux ou multi-myomateux, une **myomectomie par laparotomie** (chirurgie ouverte) reste parfois nécessaire, au prix d'une chirurgie plus lourde et d'un risque de récurrence significatif à moyen terme.

Parallèlement, un ensemble de **techniques mini-invasives** de destruction des fibromes s'est développé, modifiant profondément le paysage thérapeutique. L'**embolisation des artères utérines**, réalisée par des radiologues interventionnels, consiste à cathétériser les artères utérines et à injecter des micro-particules pour couper l'apport sanguin des fibromes : ceux-ci rétrécissent progressivement et les symptômes s'améliorent dans la

majorité des cas, offrant une alternative crédible à l'hystérectomie, surtout chez les femmes ne souhaitant plus de grossesse.

D'autres techniques, comme la **radiofréquence**, détruisent le fibrome par la chaleur via des sondes insérées sous contrôle échographique ou endoscopique, avec des réductions de volume importantes et une récupération rapide.

Les **ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU)**, entièrement non invasifs et guidés par IRM ou échographie, chauffent et nécrosent le fibrome à travers la paroi abdominale sans incision, mais restent encadrés par des protocoles spécifiques et réservés à des centres experts.

La **cryoablation**, qui utilise le froid extrême pour nécroser le tissu fibromateux, fait aussi partie des approches en cours de diffusion dans des indications sélectionnées.

L'**hystérectomie** demeure enfin le traitement radical, en supprimant l'utérus et donc tout risque de récurrence de fibromes. Elle est envisagée lorsque les symptômes sont **sévères et invalidants**, que les autres options ont **échoué** ou sont **contre-indiquées**, qu'il n'existe plus de désir de grossesse, ou qu'une pathologie maligne est suspectée. Réalisable par voie vaginale, coelioscopique ou par laparotomie selon la taille de l'utérus, les antécédents et l'expertise chirurgicale, elle reste une intervention lourde, avec une morbidité non négligeable et un impact psychocorporel important. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé et les sociétés savantes insistent sur la nécessité d'une décision médicale réellement partagée, après revue des alternatives conservatrices et mini-invasives.

Au final, choisir le « bon » traitement revient à construire une stratégie sur mesure, en tenant compte de l'intensité et du type de symptômes, de l'âge, de la proximité de la ménopause, du désir de grossesse, du nombre, de la taille et de la localisation des fibromes, des comorbidités, mais aussi des préférences et contraintes de vie de chaque femme. Les recommandations récentes encouragent à privilégier d'abord les options médicales lorsqu'elles sont adaptées, puis les traitements conservateurs ou mini-invasifs, en réservant l'hystérectomie aux situations où elle fait pleinement sens pour la patiente. Des **outils d'aide à la décision partagée** comme mon-fibrome.fr s'inscrivent dans cette logique : rendre les **informations lisibles**, structurer le **dialogue** et permettre aux femmes de peser, en connaissance de cause, chaque **option thérapeutique** à l'aune de leur propre trajectoire de vie.

FEMTECH ET DÉCISION PARTAGÉE : MIEUX PRÉPARER LA CONSULTATION

Là où, pendant des années, les femmes devaient composer seules avec des symptômes banalisés et des informations parcellaires, de nouveaux outils numériques commencent à changer la donne. Applications mobiles de suivi du cycle, plateformes d'information validée, communautés en ligne modérées par des professionnels : la Femtech transforme progressivement l'expérience vécue des fibromes, en redonnant aux femmes la main sur leurs données, leurs choix et leur récit. Ces solutions ne remplacent pas la consultation médicale, mais elles comblent un vide : celui de l'**accompagnement entre les rendez-vous**, du **décodage des options thérapeutiques** et du **partage d'expérience entre pairs**.

En France, un jalon important a été posé avec le lancement de mon-fibrome.fr, un **outil d'aide à la décision partagée** développé par l'ARS Île-de-France, l'AP-HP et l'association Fibrome Info France.

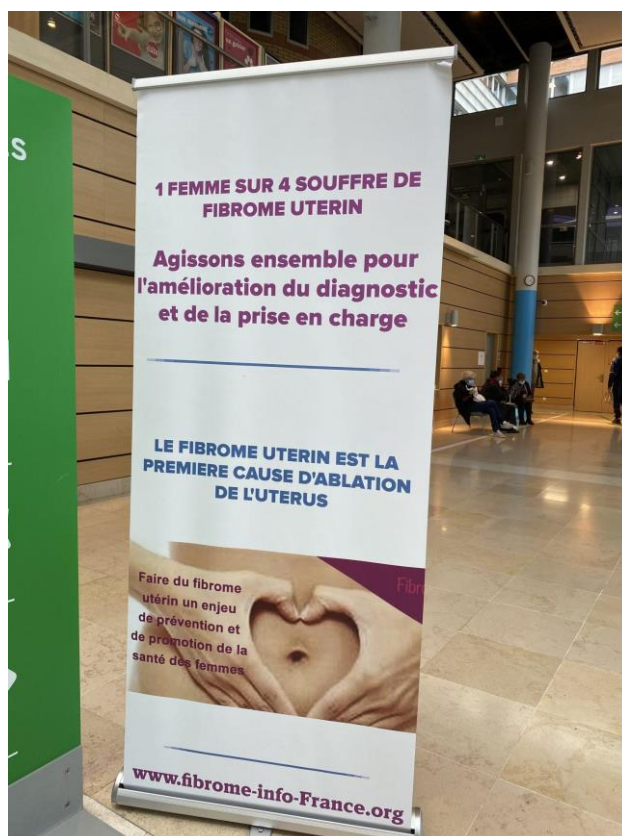
Ce site propose aux femmes porteuses de fibrome de comprendre, en langage clair, les différentes options de traitement, d'en visualiser les bénéfices et les risques, puis de hiérarchiser ce qui compte le plus pour elles : préserver leur fertilité, réduire au maximum

les saignements, éviter une chirurgie lourde, limiter l'impact sur le travail ou la convalescence. Cet outil **ne réalise pas d'autodiagnostic** et ne remplace pas la consultation, mais prépare le temps d'échange avec les soignants en renforçant la littératie en santé et la place de la patiente comme partenaire de la décision thérapeutique. Conçu **avec des patientes et des soignants**, il incarne ce que la Femtech peut apporter de plus précieux : une littératie en santé renforcée, un véritable empowerment et un dialogue plus équilibré en consultation, où la décision ne dépend plus seulement du premier spécialiste rencontré, mais d'un choix co-construit à partir de la vie réelle des femmes.

TRAVAILLER, AIMER, DEVENIR MÈRE AVEC DES FIBROMES : L'IMPACT INVISIBLE

Travailler, aimer, devenir mère avec des fibromes, c'est souvent apprendre à composer avec un **handicap invisible** que personne ne nomme vraiment. Derrière les statistiques, se multiplient les journées de travail écourtées à cause de règles hémorragiques, les réunions suivies en apnée par peur d'une fuite, les nuits écourtées par les levers pour changer de protection ou aller aux toilettes, la fatigue chronique qu'on attribue à tort à un « surmenage » ou à un manque de volonté.

Beaucoup de femmes finissent par réorganiser silencieusement leur vie professionnelle autour de leur utérus : éviter les déplacements les jours de règles, renoncer à certaines responsabilités, ne plus porter de vêtements clairs, s'autocensurer sur des opportunités de carrière par crainte de ne pas « tenir physiquement ». Dans les entreprises, la question des fibromes reste quasi absente des politiques de **QVCT**, comme si la santé gynécologique était encore trop intime pour entrer dans le champ des risques professionnels.



Campagne de sensibilisation de l'association Fibrome Info France @FibromeInfoFrance

Sur le plan intime et affectif, l'impact est tout aussi profond. Les douleurs pelviennes, la sensation de pesanteur, la crainte de saignements pendant les rapports ou de douleurs post-coïtales alimentent parfois un évitement progressif de la sexualité, avec son lot de malentendus au sein du couple. À cela s'ajoute le rapport à la maternité : découvert au

moment d'un projet de grossesse ou après une fausse couche, le fibrome devient alors une menace floue qui plane sur la fertilité, obligeant à arbitrer entre patience, traitements conservateurs et interventions plus radicales. Pour celles à qui l'on propose une hystérectomie, la décision ne se résume jamais à une équation médicale : c'est tout un imaginaire du corps, du féminin et de la maternité qui se retrouve en jeu, parfois **sans accompagnement psychologique structuré**. Là encore, la Femtech, les associations et certains programmes d'éducation thérapeutique commencent à occuper un espace essentiel : celui où l'on peut enfin mettre des mots sur ces impacts invisibles, partager des stratégies d'adaptation, et rappeler qu'une prise en charge digne des fibromes doit se penser à l'échelle d'une **vie entière** – et pas seulement à travers le prisme d'un organe.

VERS DES PARCOURS COORDONNÉS DE SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE

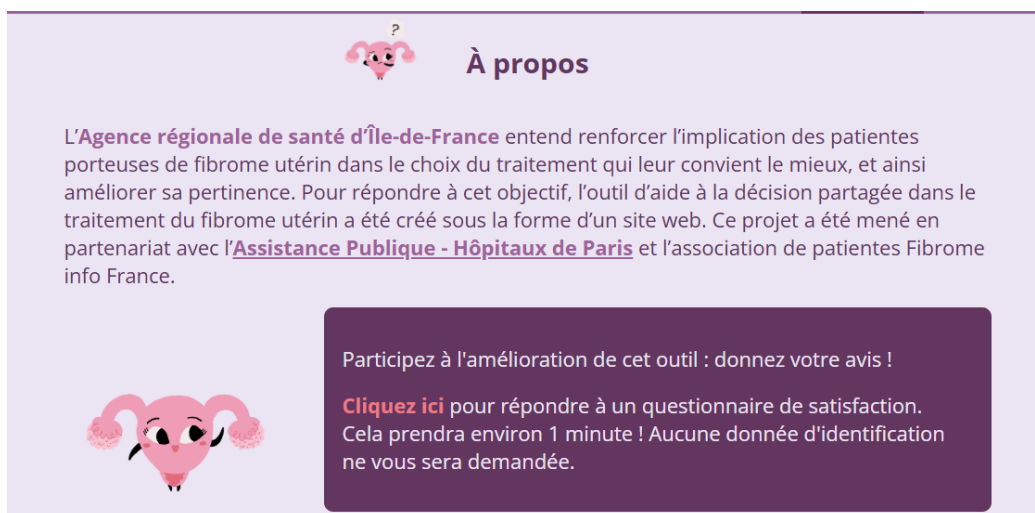
Face à une maladie aussi fréquente, hétérogène et impactante que les fibromes, raisonner en « acte » – une consultation ici, une IRM là, puis une chirurgie – ne suffit plus. L'enjeu est désormais d'organiser de véritables **parcours coordonnés de santé gynécologique**, qui ne laissent plus les femmes seules à la manœuvre entre médecine générale, gynécologie libérale, hôpital public, radiologie interventionnelle et accompagnement psychologique. Concrètement, cela signifie des portes d'entrée clairement identifiées, des filières dédiées, une meilleure articulation ville-hôpital, mais aussi l'intégration de **ressources numériques et associatives** pour soutenir les décisions au long cours, et pas seulement au moment où tout s'emballe.



Capture d'écran : Outil d'aide à la décision partagée mon-fibrome.fr

En Île-de-France, le projet mon-fibrome.fr illustre cette bascule d'une logique d'actes vers une logique de parcours : l'outil ne se contente pas de décrire les traitements possibles, il aide chaque femme à préparer la consultation clé où se décidera la stratégie thérapeutique, en hiérarchisant ses priorités de vie et en structurant le dialogue avec les équipes soignantes. Co-construit par l'ARS, l'AP-HP et l'association Fibrome Info France, il s'inscrit dans une démarche plus large de littératie en santé et de décision partagée : **sortir du « traitement au gré du spécialiste rencontré »** pour tendre vers des choix alignés à la fois sur les recommandations et sur ce qui compte vraiment pour la patiente. Demain, des parcours gynécologiques intégrés – associant médecins généralistes formés, sages-femmes, gynécologues, radiologues interventionnels, psychologues, travailleurs

sociaux et acteurs de la Femtech – pourraient devenir la norme : non plus traiter seulement un organe ou un épisode aigu, mais accompagner les femmes dans la durée, de l'apparition des premiers symptômes jusqu'aux enjeux de fertilité, de travail et de qualité de vie à long terme.



The screenshot shows a purple-themed page titled "À propos" (About) with a small pink uterus icon with a question mark above it. The main text explains the goal of the tool: to help women with uterine fibroids choose the best treatment. It mentions a partnership with the "Assistance Publique - Hôpitaux de Paris" and "Fibrome info France". A call-to-action box on the right asks for feedback on the tool, providing a link and stating it takes about a minute. A larger pink uterus icon is positioned to the left of this box.

À propos

L'Agence régionale de santé d'Île-de-France entend renforcer l'implication des patientes porteuses de fibrome utérin dans le choix du traitement qui leur convient le mieux, et ainsi améliorer sa pertinence. Pour répondre à cet objectif, l'outil d'aide à la décision partagée dans le traitement du fibrome utérin a été créé sous la forme d'un site web. Ce projet a été mené en partenariat avec l'[Assistance Publique - Hôpitaux de Paris](#) et l'association de patientes Fibrome info France.

Participez à l'amélioration de cet outil : donnez votre avis !

Cliquez ici pour répondre à un questionnaire de satisfaction. Cela prendra environ 1 minute ! Aucune donnée d'identification ne vous sera demandée.

Capture d'écran : Outil d'aide à la décision partagée mon-fibrome.fr

Parcours de soins idéal d'une femme avec fibrome utérin

De la première alerte à la décision partagée



Étape 1 – Signaux d'alerte

- 🩸 Règles très abondantes ou prolongées
- ⚡ Douleurs pelviennes persistantes
- 😞 Fatigue, anémie, essoufflement
- 🩺 Troubles urinaires ou digestifs
- 👶 Difficultés de conception ou fausses couches à répétition



Étape 2 – Première consultation en ville

- Médecin généraliste ou sage-femme : interrogatoire, examen clinique
- Bilan sanguin (anémie), orientation vers gynécologue si besoin



Étape 3 – Bilan gynécologique et imagerie

- Gynécologue / radiologue : échographie pelvienne en première intention



Selon les cas : IRM pelvienne pour cartographier les fibromes

Étape 4 – Première marche thérapeutique



Fibromes peu ou pas symptomatiques
Surveillance clinique et échographique régulière



Fibromes symptomatiques
Traitements médicaux : antalgiques / AINS (douleurs), acide tranexamique (saignements), DIU au lévonorgestrel, analogues / antagonistes de la GnRH sur durée limitée



Étape 5 – Orientation vers un centre expert

- Si symptômes persistants ou complexes → orientation vers centre expert / service de gynécologie / radiologie interventionnelle
- Discussion sur les options conservatrices et mini-invasives

Étape 6 – Options conservatrices et mini-invasives



Myomectomie hystéroscopique
(fibromes sous-muqueux)



Myomectomie cœlioscopique / laparotomie (fibromes intramuraux/sous-séreux)



Embolisation des artères utérines



Radiofréquence, HIFU, cryoablation

Objectif : réduire symptômes et volume en préservant l'utérus quand c'est possible



Étape 7 – Hystérectomie (en dernier recours)

- Traitement radical envisagé si symptômes sévères, échec ou contre-indication des autres options, absence de projet de grossesse ou suspicion de malignité
- Discussion approfondie des bénéfices, risques et impacts sur la vie quotidienne



Décision partagée & ressources

- À chaque étape clé : décision médicale partagée
- Outils d'aide à la décision (ex. mon-fibrome.fr), associations de patientes, soutien psychologique
- La patiente exprime ses priorités : fertilité, travail, récupération, douleur, type d'acte



Ce schéma représente un parcours de soins idéal : il doit toujours être adapté à chaque femme, à ses symptômes, ses projets et ses contraintes de vie. Il ne remplace pas un avis médical.

ENCADRÉ 1 – CINQ SITUATIONS QUI JUSTIFIENT UN AVIS GYNÉCOLOGIQUE

Certains signes ne doivent pas être banalisés : ils justifient un bilan gynécologique, en particulier s'ils se répètent sur plusieurs cycles ou s'aggravent.

- 1. Des règles très abondantes et prolongées**
Quand les saignements dépassent 7 jours, nécessitent de changer de protection toutes les 1 à 2 heures ou s'accompagnent de caillots importants, ce n'est pas « normal » : c'est un motif légitime de consultation, surtout si cela se répète sur plusieurs cycles.
- 2. Des douleurs pelviennes persistantes**
Douleurs sourdes dans le bas-ventre, pesanteur pelvienne, crampes qui reviennent en dehors des règles ou s'intensifient au fil des mois doivent faire envisager un bilan gynécologique, en particulier si elles perturbent le sommeil, la sexualité ou le travail.
- 3. Une fatigue qui ne passe pas, une anémie inexplicée**
Essoufflement inhabituel, vertiges, teint pâle, incapacité à récupérer malgré le repos peuvent traduire une anémie liée à des pertes menstruelles excessives et justifier un bilan sanguin... puis une exploration des causes gynécologiques possibles, dont les fibromes.
- 4. Des troubles urinaires ou digestifs associés**
Envies fréquentes d'uriner, levers nocturnes répétés, impression de vessie jamais complètement vidée, constipation persistante ou sensation de compression rectale peuvent traduire la présence de fibromes volumineux qui appuient sur la vessie ou le rectum.
- 5. Des difficultés de conception ou des fausses couches à répétition**
Infertilité inexplicée, fausses couches précoces réitérées ou échecs de tentatives d'AMP peuvent justifier de rechercher des fibromes utérins, en particulier s'ils déforment la cavité utérine ou s'accompagnent d'autres symptômes gynécologiques.

ENCADRÉ 2 – 4 LEVIERS POUR FAIRE BOUGER LES LIGNES

- 1. Former les soignants au repérage précoce**
Sensibiliser médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues aux signaux d'alerte (règles hémorragiques, anémie, douleurs pelviennes, retentissement sur la vie quotidienne) permet de réduire l'errance diagnostique moyenne, encore de l'ordre de deux ans pour de nombreuses femmes.
- 2. Soutenir la recherche sur les alternatives thérapeutiques**
Financer des essais cliniques sur les médicaments innovants, l'embolisation, la radiofréquence ou les ultrasons focalisés (HIFU) est essentiel pour proposer des options réellement personnalisées, moins mutilantes que l'hystérectomie et mieux adaptées aux projets de vie des patientes.
- 3. Investir dans des parcours coordonnés de santé gynécologique**
Structurer des filières régionales « fibromes » intégrant médecine de premier recours, centres experts, radiologie interventionnelle, accompagnement psychologique et outils d'aide à la décision partagée permet de sortir d'une prise en charge morcelée et inégalitaire.
- 4. Soutenir les Femtech et associations qui portent la voix des patientes**
Accompagner les projets Femtech sérieux (applications de suivi, plateformes d'information validée, communautés sécurisées) et renforcer les moyens des associations de patientes offre des relais indispensables pour informer, recueillir les besoins, peser sur les politiques de santé et co-concevoir des solutions réellement centrées sur la vie des femmes.

ENCADRÉ 3 – RÉSUMÉ DE L'ARTICLE EN QUELQUES POINTS :

Les fibromes utérins concentrent à eux seuls beaucoup de ce que la médecine peine encore à regarder en face dans la santé des femmes : une pathologie extrêmement fréquente, longtemps minimisée, qui altère profondément la qualité de vie sans toujours menacer le pronostic vital. Entre règles hémorragiques, douleurs chroniques, fatigue, impact sur le travail, la vie intime et les projets de maternité, ils dessinent une charge mentale et physique considérable, souvent assumée dans le silence, avec en moyenne près de deux ans d'errance avant un diagnostic clair.

Pourtant, le paysage évolue. La recherche a levé le voile sur des mécanismes hormonaux, génétiques et environnementaux complexes, ouvrant la voie à une véritable médecine de précision des fibromes, tandis que l'arsenal thérapeutique s'est enrichi : traitements médicamenteux mieux ciblés, myomectomies conservatrices, embolisation, radiofréquence, ultrasons focalisés, autant d'options qui permettent de sortir du binôme « souffrir ou perdre son utérus ». Dans le même temps, la Femtech, les outils d'aide à la décision partagée comme mon-fibrome.fr et les associations de patientes contribuent à redistribuer les cartes du pouvoir en consultation, en donnant aux femmes les moyens de comprendre, de comparer et de choisir.

Reste un défi collectif : faire des fibromes un sujet de santé publique à part entière, et non une simple affaire privée entre une femme et son gynécologue. Former les soignants au repérage précoce, structurer de vrais parcours coordonnés de santé gynécologique, mieux protéger les populations les plus exposées aux perturbateurs endocriniens, intégrer la question des fibromes dans les politiques de QVCT et de justice environnementale : autant de leviers pour que plus aucune femme n'ait à réorganiser sa vie autour de son utérus faute de solutions adaptées. Faire bouger les lignes, ici, ce n'est pas seulement innover en salle d'opération ou en IRM ; c'est reconnaître, enfin, que la santé gynécologique est un indicateur clé de la santé de nos sociétés.

Références :

1. La Revue du praticien. Fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/fibromes-uterins-0>
2. Prescrire. Fibromyome utérin : premiers choix thérapeutiques. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/strategies-de-soins/fibromyome-uterin-premiers-choix-prescrire>
3. Gynélia. Fibromes utérins : symptômes, diagnostic et traitements. Disponible sur : <https://www.gynelia.com/blog/fibromes-uterins/>
4. MSD Manuals, grand la-femme/fibromes/fibromes-ut%C3%A9rins
5. MSD Manuals, professionnel. Fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/fibromes-ut%C3%A9rins/fibromes-ut%C3%A9rins>
6. ISHH. Fibrome utérin. Disponible sur : <https://ishh.fr/maladies-gynecologiques/fibrome-uterin/>
7. CHU Nantes. Fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.chu-nantes.fr/fibromes>
8. CHU Montpellier. Traitement des fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.chu-montpellier.fr/fr/gynecologie-obstetrique/chirurgie-gynecologique-fonctionnelle/fibromes/traitement-des-fibromes>
9. Haute Autorité de Santé. Traitements non médicamenteux des fibromes utérins – fiche pertinence. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323001/fr/traitements-non-medicamenteux-des-fibromes-uterins-fiche-pertinence
10. Haute Autorité de Santé. Traitements non médicamenteux des fibromes utérins – note de cadrage. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323003/fr/traitements-non-medicamenteux-des-fibromes-uterins-note-de-cadrage
11. Haute Autorité de Santé. Évaluation des ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) pour le traitement des fibromes utérins symptomatiques – Rapport d'évaluation. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3534242/en/evaluation-des-ultrasons-focalises-de-haute-intensite-hifu-pour-le-traitement-des-fibromes-uterins-symptomatiques-rapport-d-evaluation
12. Haute Autorité de Santé. Décision n°2022.0442/DC/SBP : adoption de la fiche « Traitement non médicamenteux du fibrome utérin ». Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3434037/fr/decision-n2022-0442/dc/sbp-du-24-novembre-2022-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-fiche-pertinence-des-soins-intitulee-traitement-non-medicamenteux-du-fibrome-uterin

13. Santé publique France. Épidémiologie du fibrome utérin pris en charge médicalement en France de 2013 à 2017. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/perturbateurs-endocriniens/documents/enquetes-etudes/epidemiologie-du-fibrome-uterin-pris-en-charge-medicalement-en-france-de-2013-a-2017>
14. ARS Île-de-France. Traitement du fibrome utérin : aide à la décision partagée. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/traitement-du-fibrome-uterin-aide-la-decision-partagee>
15. ARS Île-de-France. Rapport d'élaboration de l'outil « Mon-fibrome.fr ». Disponible sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-12/Rapport_elaboration_Mon_fibrome_2020.pdf
16. ARS Île-de-France. Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions>
17. Mon-fibrome.fr. Plateforme d'aide à la décision partagée pour les fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.mon-fibrome.fr>
18. AP-HP. Lancement de Mon-fibrome.fr, un outil d'aide à la décision partagée pour les femmes atteintes de fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.aphp.fr/actualites/lancement-de-mon-fibromefr-un-outil-daide-decision-partagee-pour-les-femmes-atteintes-de>
19. Concours pluripro. « Mon fibrome », outil en ligne pour accompagner les patientes. Disponible sur : <https://www.concourspluripro.fr/parcours-de-soin/patients/mon-fibrome-outil-en-ligne-pour-accompagner-les-patientes>
20. Fibrome Info France. Dossier d'information sur les fibromes utérins. Disponible sur : https://fibrome-info-france.org/wp-content/uploads/2019/01/index_janv2019.html
21. Deuxième Avis. Fibrome utérin : avis de spécialistes. Disponible sur : <https://www.deuxiemeavis.fr/pathologie/fibrome-uterin>
22. Docteur Imago. Une étude démontre l'efficacité à long terme du traitement des léiomyomes utérins par HIFU. Disponible sur : <https://docteurimago.fr/actualite/medical-technique/une-etude-demonstre-lefficacite-a-long-terme-du-traitement-des-leiomyomes-uterins-par-hifu/>
23. Radiologie Interventionnelle Paris. Comprendre l'embolisation des fibromes. Disponible sur : <https://www.radiologieinterventionnelle-paris.fr/comprendre-embolisation-fibromes>
24. American Hospital of Paris. Cryochirurgie des fibromes utérins, une approche mini-invasive. Disponible sur : <https://www.american-hospital.org/traitement/cryochirurgie-des-fibromes-uterins-une-approche-mini-invasive>
25. American Hospital of Paris. Prise en charge et traitement des fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.american-hospital.org/traitement/prise-en-charge-et-traitement-des-fibromes-uterins>
26. Fibrome Paris. Cryochirurgie de fibrome utérin : un traitement innovant. Disponible sur <https://www.fibrome-paris.com/cryochirurgie-de-fibrome-uterin-un-traitement-innovant/>
27. PLOS / PubMed Central. Article de synthèse sur les fibromes utérins. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5824683/>
28. ScienceDirect. Article sur la prise en charge des fibromes utérins (S0755-4982-13-00483-1). Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498213004831>
29. Web-SARAF. Léiomyomes utérins : données de la littérature. Disponible sur : https://web-saraf.net/IMG/pdf/t29_v3_1-5_gbary.pdf
30. CHU de Québec. Document patient/professionnel sur les fibromes utérins. Disponible sur : <https://www.chudequebec.ca/chudequebec.ca/files/f4/f49cef6b-09eb-455c-9a3b-ff0ea2bf021a.pdf>