

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N° .....

THESE

Etude des Tumeurs Bénignes de L'Ovaire au Centre  
de Santé de Référence de la Commune VI du District  
de Bamako

Présentée et soutenue publiquement le 04/01/2024 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par : M. Moussa Bengaly**

**Pour obtenir le grade de Doctorat en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

**Président: M. Cheick Bougadari TRAORE** *Professeur*

**Membres: M. Sékou KOUMARE** *Maître de conférences*

**Co-directeur: M. Mamadou KEITA** *Médecin*

**Directeur: M. Bakarou KAMATE** *Professeur*

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

**Je dédie ce travail :**

**Au nom d'Allah :**

Le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux. Maître du jour de la rétribution, louange à Allah qui a créé les cieux et la terre, établi les ténèbres et la lumière et au prophète Mohamed paix et salut sur lui.

**À ma grande mère Mariam Diallo :**

Les mots me manquent en ce moment solennel pour te remercier. Trouve ici dans ce témoignage, le manifeste de mon affection profonde et de ma reconnaissance indéfectible à ton égard. Puisse Dieu te garder encore longtemps auprès de nous.

**À mon père Moumine Bengaly :**

Un père exemplaire et sans pareil, ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honnêteté et de la rigueur. Ce travail est avant tout le fruit de tes précieux conseils et de tes innombrables sacrifices. Puisses-tu recevoir ce travail comme le tien et qu'il soit l'expression de ta légitime fierté.

**À ma mère Kadidia Diallo :**

Très tôt, tu m'as enseigné les vertus de l'honneur, du courage, du travail bien fait. J'ai toujours bénéficié de ton affection qui m'a beaucoup consolé dans la vie, surtout dans les moments difficiles. Sans tes sacrifices, tes conseils et encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Puisse ce travail récompenser tous tes sacrifices.

**À mon oncle Sidy Bengaly :**

Aucun mot ne pourrait exprimer sincèrement mes sentiments. J'ai constamment trouvé auprès de vous une tendresse parentale sans pareille. Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. En reconnaissance des sacrifices consentis, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Ce travail est le fruit de votre sacrifice

**À mon oncle Idrissa Bengaly :**

Cher oncle, c'est le moment pour moi de me prosterner devant vous. Vous avez cultivé en nous l'amour et le respect pour les autres. Vous vous êtes battus pour notre réussite. Ce travail est le fruit de votre sacrifice.

**À mes tantes :** Aucune expression ne peut sincèrement traduire mes sentiments à votre égard. Votre humanisme profond sans pareil faites de vous les femmes adorées de toutes. Je ne saurai vous remercier pour votre soutien sans égal. Je serais heureux que vous trouviez ici le témoignage de ma très grande reconnaissance et ma profonde gratitude.

## **REMERCIEMENTS**

J'adresse mes remerciements :

A tout le corps professoral de la FMOS

Qui a participé avec dévouement à notre formation de Médecin, qu'il soit vivement remercié.

### **À mon maître Professeur Bakarou KAMATE :**

Nous étions très comblés par l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Toute notre reconnaissance également pour votre disponibilité, votre patience, vos suggestions, vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail. Votre compétence, votre modestie et votre humanisme ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Veuillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

### **Au Docteur Mamadou KEITA :**

Toujours disponibles et prêts à nous aider à chaque fois qu'on a besoin de vous. Merci pour tout ce que vous m'avez appris car vos conseils et vos critiques m'ont permis de m'améliorer dans mon quotidien et de me perfectionner davantage. Soyez-en remerciés !

### **À la grande famille BENGALY :**

Reçois ici toute ma gratitude, ce travail est aussi le tien.

### **À mes frères et sœurs :**

Les mots me manquent pour apprécier à leurs justes valeurs l'éducation et les conseils que vous m'avez donnés. Vos conseils ont beaucoup servi à la réalisation de ce travail et de l'être que je suis aujourd'hui. La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous tous un lien sacré. Vous avez toujours été d'une dévotion et d'une disponibilité sans faille ni pareille à ma réussite. Plus qu'hier, restons tant unis par le sang que par la main pour la réussite de tous. L'expression de mes sentiments et de ma gratitude est indéfinissable pour vous témoigner toute mon affection. Ce travail est aussi le vôtre. Puisse-t-il vous apporter fier.

### **À la famille BERTHE, TRAORE de SIKASSO et du POINT G**

Vous m'avez accueilli parmi vous comme un fils. Grâce à vous j'ai eu la chance de ne pas être en rupture avec la vie familiale. Je vous remercie pour tout, que le tout puissant vous comble de bénédictions.

**À mes amie(s) :** Koni, Klessigué, Arouna, Daouda, Louis, Amoro, Tidiane, Raphael Au-delà de l'amitié vous êtes pour moi des frères que la vie m'a donné. Merci pour tous ces moments passés ensemble puisse DIEU nous garder encore longtemps ensemble.

**À tous ceux et toutes celles que j'ai omis de citer :** J'ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui n'a rien oublié. Merci à tous.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU  
JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

#### **Professeur Cheick Bougadari TRAORÉ**

- **Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (F.M.O.S.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B) ;**
- **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T. T-B ;**
- **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques du C.H.U. du Point G ;**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU Point "G" ;**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali ;**
- **Président de la société malienne de pathologie (SMP)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Veuillez accepter, cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Professeur Sékou Bréhima KOUMARE**

- **Maitre de conférences agrégé à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA) ;**
- **Membre de l'association française de chirurgie ;**
- **Membre du collège Ouest Africain des chirurgiens (WACS) ;**
- **Diplômé de chirurgie hépatobiliaire ;**
- **Diplômé de chirurgie laparoscopique avancée ;**
- **Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé(INFSS)**

**Cher maître**

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger parmi ce jury de thèse.

Nous avons pu apprécier votre accueil chaleureux et vos grandes connaissances scientifiques. Votre simplicité, votre disponibilité, votre gentillesse suscitent notre admiration. Nous saisissons cette occasion, chère maître, pour vous exprimer notre profond respect et l'expression de nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur Mamadou KEITA**

- **Gynécologue Obstétricien au CSRéf de la commune VI**
- **Praticien hospitalier au CSRéf de la commune VI**
- **Président de l'ordre communal des médecins de la commune VI;**
- **Médecin chef adjoint au CSRéf de la commune CVI**

Cher Maître

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre professionnalisme dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE :**

**Professeur Bakarou KAMATE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU-Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**
- **Secrétaire Général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/DAF).**
- **Ancien Secrétaire Général de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU Point G.**

Cher maitre,

Merci de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir accepter de diriger ce travail. Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques vos multiples qualités humaines. Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait ont fait de vous un maitre admiré de tous. Veuillez agréer honorable Maitre, l'assurance de notre profonde reconnaissance.

## **ABREVIATIONS**

ASP : Abdomen Sans Préparation

CS Réf VI : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

DNP : Direction Nationale de la Population

DRS : Direction Régionale de la Santé

EDS : Enquête Démographique et de la Santé

FSH : Hormone Folliculostimulante

GEU : Grossesse Extra-utérine

GnRH: Hormone Gonadotrophine Hypophysaire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LH : Hormone Lutéinisante

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la santé

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SA : Semaine d'Aménorrhée

TDM : Tomodensitométrie

TV : Toucher Vaginal

Liste des tableaux

Tableau I : Carte sanitaire du district .....	28
Tableau II : Répartition des patientes par année du diagnostic .....	34
Tableau III : Répartition des patientes selon les tranches d’âge .....	34
Tableau IV: Répartition des patientes selon leur résidence .....	35
Tableau V: Répartition des patientes selon les ethnies .....	35
Tableau VI: Répartition des patientes selon les professions .....	36
Tableau VII: Répartition des patientes selon le statut Matrimonial.....	36
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de gestité.....	36
Tableau IX: Répartition des patientes selon le cycle menstruel.....	37
Tableau X: Répartition des patientes selon la durée du cycle menstruel .....	37
Tableau XI: Répartition des patientes selon l’infertilité .....	37
Tableau XII: Répartition des patientes selon les motifs de consultation .....	38
Tableau XIII: Répartition des patientes selon l’état physiologique .....	38
Tableau XIV: Répartition des patientes selon l’utilisation de la contraception .....	38
Tableau XV: Répartition des patientes selon la taille de la tumeur de l’ovaire .....	39
Tableau XVI: Répartition des patientes selon localisation de la tumeur de l’ovaire .....	39
Tableau XVII: Répartition des patientes selon la douleur abdominale.....	39
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le volume abdominal .....	39
Tableau XIX: Répartition des patientes selon Aspect du col utérin .....	40
Tableau XX: Répartition des patientes selon la consistance du col utérin.....	40
Tableau XXI: Répartition des patientes selon l’état de l’utérus.....	40
Tableau XXII: Répartition selon la douleur annexielle à la palpation .....	40

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le contour du kyste.....	41
Tableau XXIV: Répartition des patientes selon les moyens diagnostiques .....	41
Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'aspect macroscopique du kyste .....	41
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la description échographique du kyste .....	42
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'attitude thérapeutique .....	42
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon les méthodes thérapeutiques utilisées .....	42
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon l'association de kystes de l'ovaire et grossesse .....	42
Tableau XXX: Répartition des Signes fonctionnels en fonction de type de kyste .....	44
Tableau XXXI: Répartition des Signes fonctionnels en fonction de la taille des kystes .....	43
Tableau XXXII: Répartition de la taille en fonction du contour des kystes .....	45
Tableau XXXIII: Répartition de la taille des kystes en fonction du trouble du cycle .....	45
Tableau XXXIV: Répartition de la taille en fonction de l'infertilité .....	46
Tableau XXXV: Répartition de l'infertilité en fonction du type de kyste .....	46

## Liste des figures

Figure 1: coupe frontale de l'ovaire droit (vue de face).....	8
Figure 2: coupes frontales de l'utérus et de ses annexes (vue de face) .....	10
Figure 3: vascularisations de l'ovaire.....	12
Figure 4 : Macroscopie d'une tumeur de l'ovaire multi-kystique, à paroi fine, sans végétations : tumeur bénigne .....	15
Figure 5 : Microscopie d'un cystadénome séreux de l'ovaire (kystes à revêtement régulier + tissu fibreux).....	15
Figure 6: Chez la femme âgée, il s'agit le plus souvent d'une tumeur épithéliale maligne, l'adénocarcinome séreux. ....	15
Figure 7 : Macroscopie d'une tumeur de l'ovaire à la surface lisse, mi- solide, mi- kystique à la coupe (le tératome ovarien).....	16

**Table des matières**

I -INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS :	4
III. GENERALITES :	6
IV MATERIEL ET METHODES.....	27
V-RESULTATS .....	34
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....	48
VII. CONCLUSION.....	52
VIII RECOMMANDATIONS .....	54
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	55

# **INTRODUCTION**

## **I -INTRODUCTION :**

Les tumeurs bénignes de l'ovaire représentent un des problèmes les plus difficiles de la pathologie gynécologique sur le plan de la clinique, de l'histologie, et du pronostic, étant donné le polymorphisme qu'elles revêtent. Les tumeurs de l'ovaire sont bénignes dans 90% des cas. Environ 80% d'entre elles appartiennent au groupe des tumeurs épithéliales communes [1]. Les tumeurs de l'ovaire sont des affections dont la fréquence est actuellement en augmentation, le taux d'incidence est environ 10 pour 100000 femmes dans les pays développés [2]. En Afrique cette fréquence varie selon les pays, elle est de 17% en Tunisie 2009 [3] ; 7,20% au Maroc 2008 [4] ; 6,20% au Cameroun en 2013 [5] ; 0,9% à Madagascar [6] et 6,06% au Mali en 2006 [7].

La grande majorité des tumeurs de l'ovaire est représentée par des kystes qui sont le plus souvent de nature bénigne. Les critères anatomopathologiques sont parfois pris à défaut, d'où les tumeurs « non classées » et les tumeurs de malignités incertaines de la classification de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Sur le plan thérapeutique et pronostic, les tumeurs de l'ovaire restent l'un des problèmes majeurs de santé. Malgré les différents moyens thérapeutiques utilisés (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), le pronostic à 5 ans n'a pas été significativement amélioré. Tout ceci témoigne de la gravité de l'affection dont le diagnostic est en général posé trop tardivement ; aux stades ultimes de la maladie. Le diagnostic des tumeurs de l'ovaire de nos jours est facilité par l'apport de l'imagerie (échographie). Devant toute suspicion de tumeur bénigne de l'ovaire de nature organique, il est nécessaire de faire une laparotomie et demander l'examen histologique de la pièce opératoire. Pendant longtemps, on avait pensé que le continent Africain était épargné des tumeurs en général.

C'est pourquoi ORTOLAN [8] pouvait écrire en 1909 « nous n'avons trouvé mentionné dans aucun travail d'observation de néoplasmes malins chez les différentes races ». Les tumeurs de l'ovaire surtout les cancers de l'ovaire connaissent une recrudescence. Aujourd'hui avec l'amélioration des équipements médicaux et par conséquent des moyens de diagnostic, la maladie cancéreuse tend à devenir de plus en plus un véritable problème de santé publique dans le monde.

Au Mali très peu d'études ont été effectuées sur les tumeurs de l'ovaire de façon spécifique. Ainsi notre étude vient en appui aux études sur les tumeurs bénignes de l'ovaire recensées au centre de santé de référence de la commune VI (CS Réf CVI) du district de Bamako.

# **OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS :**

### **1. OBJECTIF GENERAL**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes de l'ovaire au centre de santé de référence de la commune VI.

### **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer la fréquence de tumeurs ovariennes
- Déterminer les aspects anatomopathologiques
- Déterminer le profil sociodémographique des patientes
- Décrire les manifestations cliniques
- Décrire les aspects thérapeutiques.

# **GENERALITES**

### **III. GENERALITES :**

#### **1-DEFINITION :**

Selon F. LAFFARGUE et AL, on entend par tumeur bénigne de l'ovaire tout processus prolifératif primitif, bénin, d'aspect kystique, solide ou mixte, dont la croissance n'est pas directement liée à un dysfonctionnement hormonal.

#### **2-RAPPELS ANATOMIQUES**

##### **2-1-EMBRYOLOGIE DE L'OVAIRE :**

Le développement de l'appareil génital féminin se fait à partir de trois ébauches distinctes dont chacune met en place des organes différents :

- ❖ L'éminence génitale qui donnera l'ovaire
- ❖ Les canaux de MÜLLER qui donneront les trompes, l'utérus et le vagin
- ❖ Le sinus uro-génital qui donnera le vestibule et ses dérivés.

##### **L'EMINENCE GENITALE :**

A la face interne du corps de WOLFF, l'ébauche primitive de l'ovaire apparaît sous forme d'une masse de mésenchyme rattaché au rein et que l'on appelle l'éminence génitale. L'épithélium cœlomique qui recouvre cette ébauche reçoit un certain nombre de gonocytes primaires. Pourvu ainsi de cellules il devient alors l'épithélium germinatif. [9]

L'épithélium germinatif prolifère et envoie en profondeur dans la masse mésenchymateuse des cordons épithéliaux formés de gonocytes secondaires entourés de petites cellules dites germinatives.

Dans la formation de l'ovaire, cette première poussée de cordons épithéliaux germinatifs s'atrophie se nécrose et disparaît dans l'espèce humaine. Cette première poussée peut être à l'origine de certaines tumeurs ovariennes solides ou kystiques [10].

Dans ce groupe on décrit les kystes Wolffiens uni ou multiloculaires, les kystes végétant, les épithéliums Wolffiens végétant ou massifs.

Une deuxième poussée proliférative de l'épithélium germinatif apparaît ensuite et constitue les cordons de VALENTIN PFLÜGER. La masse mésenchymateuse colonisée par ces cordons en pleine prolifération devient l'ovaire embryonnaire.

Les cordons de VALENTIN PFLÜGER se scindent en petites formations ou unités que l'on appelle follicules primordiaux ils sont eux-mêmes formés d'un ovocyte entouré d'une couche de cellules aplaties mésenchymateuses correspondant aux premières cellules folliculeuses. Le mésenchyme environnant deviendra plus tard le stroma cortical de l'ovaire. C'est pendant la période fœtale que se constitue le stock des follicules primordiaux soit 300000 ou 400000 follicules dans l'ovaire humain. Ainsi beaucoup d'entre eux dégénèrent tout au long de

l'existence, il en reste 6000 à 7000 follicules, nombre suffisant pour donner naissance aux follicules gamétogénèses ou involutifs de la vie génitale. Après la ménopause les follicules disparaîtront. Dans les tissus créés par la deuxième poussée germinative, prend naissance un bon nombre de tumeurs ovariennes [10]. On y fait entrer les adénomes et épithéliomas pflugériens issus des restes des cordons de VALENTIN PFLÜGER, l'oophorome folliculaire de BRENNER et les lutéomes folliculomes.

## **2-2-HISTOLOGIE DE L'OVAIRE :**

Une coupe transversale de l'ovaire met en évidence deux zones, l'une périphérique, le cortex, l'autre centrale, la médulla. L'ovaire n'est pas recouvert de péritoine. La surface de l'ovaire est recouverte par un épithélium appelé EPITHELIUM OVARIQUE. Le péritoine se fixe autour du hile de l'ovaire. L'ovaire comporte essentiellement quatre parties:

- L'Epithélium ovarique ;
- La Corticale ;
- Le Stroma ;
- La Médulla.

### **2-2-1-L'épithélium ovarique :**

Il est formé d'une couche de mésothélicocytes cubiques pourvus de microvillosités et la tunique albuginée située sous l'épithélium superficiel, elle est constituée d'une mince lame de tissu conjonctif lâche.

### **2-2-2-Le stroma :**

Il est constitué d'un tissu conjonctif cellulaire dense disposé en tourbillon dans le cortex, et plus lâche dans la médulla. Il contient les endocrinocytes interstitiels.

### **2-2-3-Le corticale :**

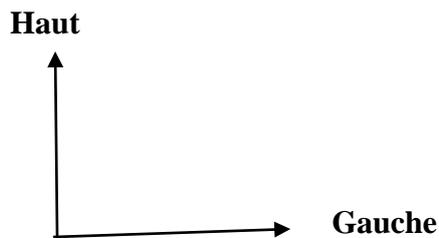
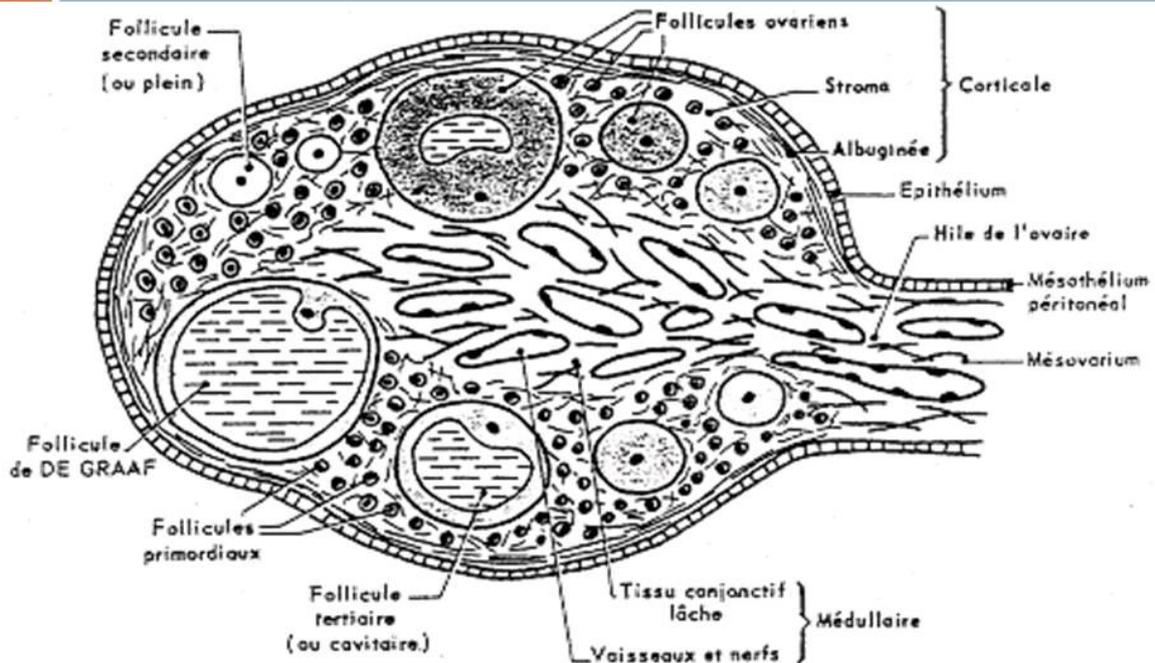
Il est blanchâtre et ferme, il contient, en ordre dispersé :

- Des follicules ovariens primordiaux primaires, secondaires et tertiaires. Ils représentent des stades évolutifs successifs. Le follicule tertiaire ou mature est un follicule pré ovulatoire, de 10 à 20 mm de diamètre. Il contient l'ovocyte primaire.
- Des follicules atrétiques, le corps atrétique et le corps hémorragique. Ils représentent les stades dégénératifs des follicules ovariens.
- Des corps lutéaux, cyclique et gravidique :
  - Le corps lutéal cyclique ou menstruel est l'évolution post-ovulatoire d'un follicule tertiaire rompu.
  - Le corps lutéal gravidique est l'évolution d'un corps lutéal cyclique après une fécondation
  - Des corps blancs : Résultats de l'involution des corps lutéaux.

**2-2-4-La médullaire ovarique :** Elle est Rouge et molle, et elle contient des vaisseaux, des neuro-fibres, des myocytes lisses et quelques vestiges embryonnaires

## SCHEMA D'UNE COUPE D'OVAIRE

12



**Figure 1:** coupe frontale de l'ovaire droit (vue de face)

### 2-3-ANATOMIE DE L'OVAIRE :

#### 2-3-1-SITUATION GENERALE ET MORPHOLOGIE :

L'ovaire est situé dans la fosse ovarique et fixé à la face postérieure du ligament large. L'ovaire est ovoïde et légèrement aplatis. Sa surface est irrégulière et mamelonnée.

### **2-3-2 –CONSISTANCE ET MESURE**

L'ovaire est fermé et pèse chez l'adulte 6 à 8 g ; après la ménopause 1 à 2 g. Il mesure environ chez l'adulte 1 cm d'épaisseur ,2 cm de largeur ,4 cm de longueur. Il double ou triple de volume durant l'ovulation [11]

### **2-3-3 –MOYEN DE FIXITES :**

L'ovaire est mobile et maintenu par trois ligaments et le mésovarium

#### **2-3-3-1- Le ligament suspenseur de l'ovaire :**

Il est constitué de fibres conjonctives et musculaires lisses qui entourent les vaisseaux ovariens. Ce ligament surcroise les vaisseaux iliaques externes à 2 cm en avant de l'uretère. Il se termine de l'extrémité tubaire de l'ovaire.

#### **2-3-3-2- Le ligament infundibulo-ovarien :**

Tendue de l'infundibulum tubaire au pôle tubaire de l'ovaire, il constitue l'axe de la frange ovarienne et assure le contact entre l'ovaire et le pavillon.

#### **2-3-3-3- Le ligament propre de l'ovaire :**

Le cordon long environ 30 mm Il naît de la corne utérine en arrière et en dessous de la trompe et se fixe au pôle utérin de l'ovaire.

#### **2-3-3-4- Le mésovarium :**

C'est un court méso qui unit l'ovaire au feuillet postérieur du ligament large

### **2-3-4-Rapports :**

L'ovaire présente deux faces latérale et médiale ; deux bords libre et mésovarique ; et deux extrémités tubaire et utérine.

#### **2-3-4-1-la face latérale :**

➤ Chez la nullipare : Les structures sous péritoine qui la définissent sont :

En arrière les vaisseaux iliaques internes et l'uretère ;

En avant l'attache pelvienne du mésovarium ;

En haut les vaisseaux iliaques externes ;

En bas l'origine des artères ombilicale et utérine.

➤ Chez le multipare : l'ovaire est prolapsé dans la fosse infra-ovarienne répond sous péritoine :

En avant, l'uretère et à l'artère utérine ;

En arrière au bord du sacrum et en bas au bord supérieur du muscle piriforme.

#### **2-3-4-2-la face médiale :**

L'ampoule tubaire longe le bord mésovarique de l'ovaire puis l'infundibulum tubaire retombe sur la face médiale de son extrémité tubaire, en direction du bord libre. Cette face répond :

- ✓ A droite aux anses grêles, au caecum et à l'appendice vermiforme ;
- ✓ A gauche au colon sigmoïde.

### 2-3-4-3-Le bord mésovarique:

Il représente le hile de l'ovaire et donne insertion au mésovarium

### 2-3-4-4- Le bord libre :

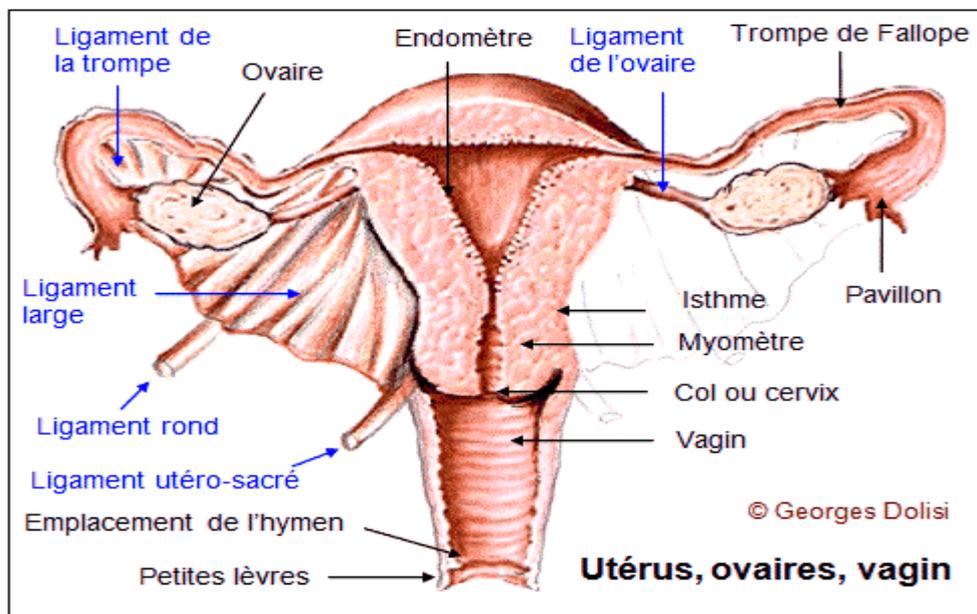
Il est parfois longé par la frange ovarique

### 2-3-4-5-L'extrémité tubaire :

Elle est proche des vaisseaux iliaques externe et donne l'insertion au ligament suspenseur de l'ovaire

### 2-3-4-6-Extrémité utérine :

Elle est proche de l'utérus et donne insertion au ligament propre de l'ovaire



Haut



Gauche

**Figure 2:** coupes frontales de l'utérus et de ses annexes (vue de face)

### 2-3-5-VASCULARISATION :

Les vaisseaux sont situés dans le mésovarium où ils forment des arcades infra ovariennes.

#### 2-3-5-1-Artère :

- ✓ L'artère ovarienne : A l'extrémité tubaire de l'ovaire l'artère ovarienne se divise en deux branches tubaire latérale et ovarienne latérale, qui s'anastomosent le plus souvent, à plein canal,

avec les branches homonymes de l'utérine pour former les arcades artérielles infra ovarique et infra-tubaire.

✓ L'artère utérine : Elle donne sous l'isthme tubaire l'artère du fundus utérin. Elle se termine en artère ovarique médiale et tubaire médiale qui s'anastomosent avec leurs homologues latérales pour former les arcades infra ovarique et infra tubaire.

✓ Micro vascularisation de l'ovaire : De l'artère infra-ovarique naissent 10 à 12 artérioles ovariques de 1<sup>er</sup> ordre. Chaque artériole de 1<sup>er</sup> ordre donne 2 à 3 artérioles ovariques de 2<sup>ème</sup> ordre qui donnent chacune des artérioles de troisième ordre qui forment le réseau périfolliculaire.

### **2-3-5-2- Les veines :**

Elles suivent le trajet des artères. La circulation veineuse du hile est dense. On distingue 3 systèmes veineux :

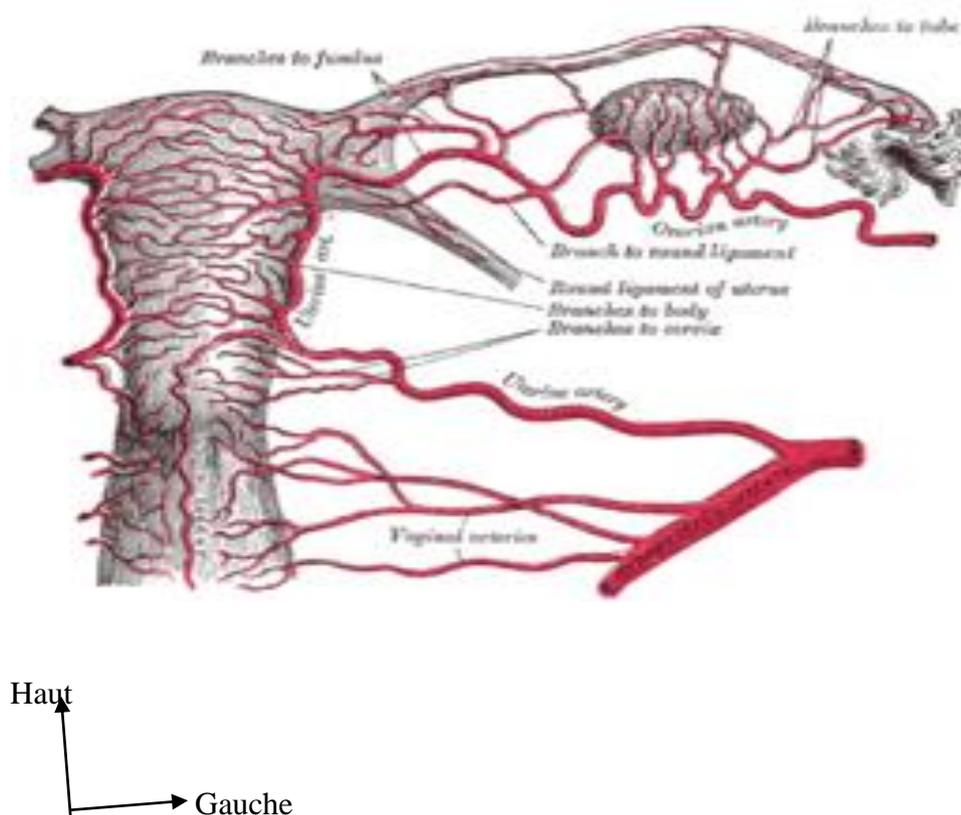
- Le système afférent constitue par deux groupes de veines : en dehors les veines longues étirées se résumant en un ou deux troncs et en dedans les veines courtes pelotonnées s'abouchant directement dans l'arcade chaque veine hilaire chemine dans le mésovarium.
- Le système efférent : le drainage de l'arcade veineuse se fait dans deux directions ascendantes et descendantes
- Une arcade infra-ovarique simple en dehors, elle devient plexiforme et s'anastomose en dedans avec les veines utérines.

### **2-3-6-LYMPHATIQUE :**

L'ovaire se draine dans un plexus lymphatique méso-ovarique dont les collections efférentes accompagnent l'artère ovarique. Ils rejoignent à droite les nœuds lymphatiques latéraux caves et pré caves, à gauche les nœuds lymphatiques latéraux aortiques et prés aortiques.

### **2-3-7-INNervation :**

Les nerfs proviennent essentiellement du plexus ovarique qui dérive du ganglion aortico-rénale et du plexus rénal. L'ovaire contient des neuro-fibres à myéline qui se ramifie autour des follicules ovariques et de la tunique moyenne du vaisseau du hile.



**Figure 3:** vascularisations de l'ovaire

## 2-4-PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE :

L'ovaire a une double fonction : exocrine (maturation et émission cyclique de l'ovocyte) et endocrine (imprégnation hormonale œstro-progestative de l'appareil génital féminin) sous le contrôle des gonadotrophines hypophysaire (l'hormone folliculostimulante [FSH] et l'hormone lutéinisante [LH]). L'activité ovarienne au cours du cycle comporte quatre phases : les phases menstruelles qui marquent le début de chaque cycle, folliculaire, ovulatoire et la phase lutéale [12]. L'ovaire abrite les ovocytes très tôt au cours de la vie embryonnaire. C'est à partir de la puberté et jusqu'à la ménopause qu'il assure pleinement : la libération d'un ovocyte prêt à être fécondé et la sécrétion des stéroïdes sexuels.

### 2-4-1-La folliculogenèse :

L'étude de l'ovaire doit distinguer 3 grandes périodes :

2-4-1-1-Une période de différenciation pendant le début de la vie embryonnaire qui conduit à la construction d'une réserve de follicules primordiaux regroupant autour d'un ovocyte quelques cellules somatiques.

2-4-1-2-Une période de développement inachevé où à partir de cette réserve se dégagent régulièrement de follicules qui entament leur croissance mais sans pouvoir la conduire à son

terme qui est l'ovulation (c'est la période de l'enfance qui du point de vue de la fonction ovarienne commence avant la naissance et s'étend jusqu'à la puberté).

2-4-1-3-Une période d'activité fonctionnelle complète qui permet le déroulement d'environ 300 cycles ovulatoires chez la femme et qui se termine quand le nombre de follicules primordiaux devient très faible ou nul : c'est la ménopause. Le follicule destiné à ovuler a commencé sa croissance environ 3 mois auparavant et forme son atrium 2 mois plutôt. Il est ainsi possible de tracer les grandes lignes d'une cinétique de la croissance folliculaire :

- Apparition de l'atrium ;
- Le recrutement ;
- La sélection ;
- La maturation folliculaire ;
- L'ovulation ;
- La formation du corps jaune.

Chez la femme il y a alternance d'une phase conduisant l'ovulation ou phase folliculaire et d'une phase préparatoire à la nidation éventuelle d'un œuf fécondé ou phase lutéale. La phase folliculaire dure 14 jours. La phase lutéale dure 2 semaines. Croissance folliculaire, formation et maturation du corps jaune sont déterminées par un ensemble de complexes d'actions hormonales où contrôle et rétrocontrôle se mêlent. Ainsi les gonadotrophines hypophysaires FSH et LH commandent directement l'activité cyclique de l'ovaire. Mais en retour elles sont soumises à la modulation que les sécrétions stéroïdiennes et protéiques de l'ovaire exercent sur le fonctionnement hypothalamo-hypophysaire gonadotrope. De même au sein de la structure composite qui est le follicule, chacun des éléments constitutifs (ovocytes, cumulus, granulosa, thèque) exerce des influences régulatrices sur chacun des autres.

#### **2-4-2-La stéroïdogénèse :**

L'ovaire humain sécrète trois types d'hormones stéroïdes : les hormones œstrogènes, progestatives et androgènes. Le rôle essentiel du follicule ovarien dans la sécrétion de l'œstrogène et celui du corps jaune dans la sécrétion de la progestérone sont connus depuis fort longtemps, ainsi que les variations au cours du cycle menstruel du taux urinaire des métabolites correspondants. L'existence d'une sécrétion physiologique d'androgènes par l'ovaire humain est de découverte plus récente. Divers types de cellules ovariennes capables de synthétiser des stéroïdes ont alors été identifiées :

- Les cellules interstitielles du stroma
- Les cellules lutéales du corps jaune

➤ La fonction stéroïdogène de l'ovaire est sous le contrôle de l'antéhypophyse.

Les deux hormones peptidiques FSH et LH assurent au cours de chaque cycle le développement, la maturation et la sécrétion du follicule, la rupture du follicule, la formation, le maintien et la sécrétion du corps jaune et enfin la sécrétion du stroma. Les cellules ovariennes présentent vis-à-vis de ces stimulines hormonales une réceptivité inégale qui varie au cours du cycle et qui est principalement conditionnée par la présence des récepteurs spécifiques correspondants. De plus, on a récemment découvert dans le fluide folliculaire des facteurs peptidiques capables de moduler l'action des gonadotrophines hypophysaires sur leurs cellules cibles. Les organes cibles des stéroïdes ovariens sont essentiellement l'endomètre, le col utérin, le vagin et les glandes mammaires

## **2-5-ANATOMOPATHOLOGIE DE L'OVAIRE :**

Les tumeurs de l'ovaire sont volontiers kystiques, mais les kystes de l'ovaire ne sont pas toujours des tumeurs. Il existe aussi des kystes dits fonctionnels où le follicule ovarien ou le corps jaunes forment des kystes. En dehors des kystes fonctionnels ou d'endométriose, les tumeurs de l'ovaire se classent en fonction des cellules qui les composent [13]. Il existe donc trois types histologiques (classification histologique OMS 2003,) :

- Les tumeurs épithéliales ;
- Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels (cellules spécialisées hormono-sécrétantes);
- Les tumeurs germinales dérivant de l'ovocyte.

### **2-5-1-TUMEURS EPITHELIALES**

Les tumeurs épithéliales peuvent être :

- Bénignes (cystadénome séreux, cystadénome mucineux, etc.) ;
- Borderlines (à la limite de la malignité) : tumeur séreuse à la limite de la malignité ;
- Malignes (cystadénocarcinome séreux, mucineux etc.).

Les termes de cystadénome et cystadénocarcinome expriment le fait que les tumeurs sont en grande partie kystiques : un cystadénome est un adénome en grande partie kystique.

Histologie des tumeurs épithéliales :

2-5-1-1-Les tumeurs bénignes : sont constituées de cellules régulières, bien organisées (épithélium uni stratifié).

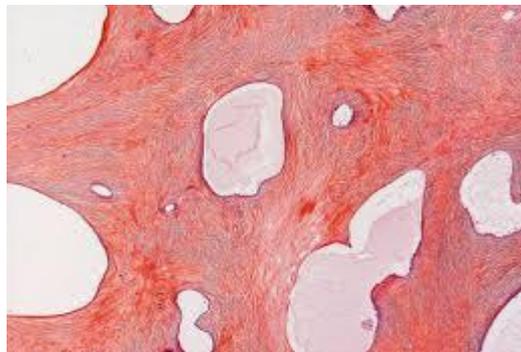
2-5-1-2-Les tumeurs borderlines : sont faites de cellules atypiques avec pseudo-stratification et infiltration nulle ou minime. Ces lésions borderline peuvent parfois s'accompagner d'une extension péritonéale sous formes d'implants non invasifs.

2-5-1-3-Les tumeurs malignes : sont faites de cellules atypiques, avec une architecture désorganisée, et il existe une infiltration.

Chez la femme adulte, la tumeur la plus fréquente est le cystadénome séreux



**Figure 4 :** Macroscopie d'une tumeur de l'ovaire multi-kystique, à paroi fine, sans végétations : tumeur bénigne



**Figure 5 :** Microscopie d'un cystadénome séreux de l'ovaire (kystes à revêtement régulier + tissu fibreux)



**Figure 6:** Chez la femme âgée, il s'agit le plus souvent d'une tumeur épithéliale maligne, l'adénocarcinome séreux.



**Figure 7 :** Macroscopie d'une tumeur de l'ovaire à la surface lisse, mi- solide, mi- kystique à la coupe (le tératome ovarien)

Les tumeurs mucineuses sont moins fréquentes. Lorsqu'il s'agit d'un adénocarcinome mucineux bilatéral, il faut évoquer de principe la possibilité d'une localisation secondaire (métastase) ovarienne d'une tumeur primitive (côlon le plus fréquent, appendice, estomac). Lorsque la tumeur ovarienne est bilatérale, l'origine ovarienne est exceptionnelle [14]

### **2-5-2-TUMEURS GERMINALES**

Le tératome mature (95 % des tumeurs germinales) est la tumeur bénigne unilatérale la plus fréquente chez la jeune fille. On recherche un contingent immature. Il existe d'autres types histologiques, mais ils sont également très rares.

### **2-5-3-TUMEURS DU STROMA ET DES CORDONS SEXUELS**

Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels représentent 8 % des tumeurs de l'ovaire.

Le fibrothécome est la tumeur bénigne la plus fréquente, survenant à tout âge.

Il existe d'autres types histologiques, mais ils sont très rares

### **3-EXPLORATION DE L'OVAIRE**

Elle est réalisée par différents moyens aussi bien instruments que cliniques et endocriniens.

#### **3-1- Exploration ultrasonique :**

La gynécologie obstétrique est un domaine d'application large de l'échographie. L'intérêt de cet examen est double : d'une part l'innocuité des ultrasons de même que la présence de milieux favorables de propagation que constituent la vessie et le liquide amniotique, d'autre part l'étude raffinée de la structure des organes et des lésions. Les plans de coupe de base sont longitudinaux et transversaux complétés par les incidences obliques omnidirectionnelles pour parvenir à une relation tridimensionnelle aussi complète que possible du volume exploré [15-17].

### **3-2-La tomодensitométrie ou scanner :**

Il se justifie pour le bilan d'un cancer à un stade avancé il précisera l'état du foie surtout l'existence d'éventuel envahissement ganglionnaire lombo-aortique, il servira de référence pour suivre l'efficacité thérapeutique.

### **3-3-L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :**

Elle est également absente dans notre pays. En IRM les ovaires sont repérables dans les trois plans de coupe. Leur forme et leurs dimensions sont celles obtenues par les autres méthodes d'exploration [18] ; les 2 ovaires sont visibles (dans le plan frontal) dans 30% des cas. Il peut y avoir des interférences digestives. L'anatomie par IRM montre que l'ovaire apparaît homogène, de signal comparable au myomètre.

### **3-4-La cœlioscopie :**

Elle constitue un moyen d'exploration de certitude ; elle permet de réaliser les ponctions

## **4-EPIDEMIOLOGIE DES TUMEURS OVARIENNES**

### **4-1-Incidence :**

D'après le collège national des gynécologues obstétriciens de France, le nombre d'hospitalisation pour une tumeur bénigne de l'ovaire concernerait 45.000 femmes par an et 32.000 seraient opérées (années 1998-1999) 75% des kystes opérés sont organiques, 25% sont fonctionnels 1 à 4% des kystes, à priori, bénin se sont révélés malins à l'intervention. En France, par an, presque 4500 cancers de l'ovaire sont diagnostiqués. Ils représentent 3,8% des nouveaux cas de cancers chez la femme et le cancer de l'ovaire se situe au cinquième rang de cancers féminins après le cancer du sein du colon, de l'utérus et de l'estomac. Les tumeurs de l'ovaire sont une affection dont la fréquence est actuellement en augmentation. Le taux d'incidence est d'environ 10 pour 100 000 femmes par an dans les pays développés [19-21]. Les tumeurs de l'ovaire tiennent aux Etats-Unis et au Canada le 5e rang après les tumeurs du sein, du colon, du col et corps de l'utérus. En France, 3 000 nouveaux cas par an environ sont diagnostiqués [19, 20]. L'incidence est faible en Asie et en Afrique qu'en Europe et aux Etats-Unis [21]. Les Tumeurs Epithéliales étant de loin les plus fréquentes, on peut considérer que ces chiffres représentent sensiblement les taux d'incidences des cystadénocarcinomes de l'ovaire [21].

### **4-2-Mortalité :**

Les tumeurs de l'ovaire représentent environ 5% des causes de décès par cancer de la femme : Elles occupent ainsi le 5e rang. Le taux de mortalité augmente régulièrement entre 1 à 3 % par an selon les pays. En France 2 50 à 300 décès par an sont enregistrés. Le cancer de l'ovaire reste redoutable puisque le taux de survie à 5 ans pour tous stades confondus ne dépasse pas

30% [18- 21]. Le ratio mortalité/Incidence est très élevé : c'est l'un des cancers les plus redoutables après ceux de l'estomac et du poumon.

## **5-ETUDE CLINIQUE DES TUMEURS BENIGNES DE L'OVAIRE**

### **5-1-Circonstances de découverte**

Les tumeurs ovariennes peuvent se révéler par :

- Des troubles des règles : aménorrhée ou une dysménorrhée
- Des métrorragies
- Une douleur à type de pesanteur ou de tiraillements pelviens
- Désire d'enfant
- Des signes de complication à type de troubles vésicaux et rectaux
- Lors d'une consultation gynécologique

### **5-2-Examen physique**

Il permet de préciser les caractéristiques de la tumeur, en particulier son volume, sa consistance, sa sensibilité et sa mobilité :

- **L'inspection** : peut mettre en évidence une voussure pelvienne
- **La palpation** peut retrouver une masse pelvienne. Elle apprécie son volume, sa consistance, sa sensibilité, sa mobilité, ses limites.
- **L'examen au spéculum** permet de rechercher une déviation latérale du col (tumeur latérale)
- **Au toucher vaginal** :

Le col et le corps sont déviés latéralement par une masse latéraux-utérine de volume variable.

Cette masse tumorale est arrondie et son pôle supérieur est parfois palpé par la main abdominale. Cette masse est souvent indolore. Sa consistance est variable : Rénitente, à surface lisse (évoquant un kyste séreux) et ou dure et bosselée (évoquant un kyste dermoïde). Cette masse est indépendante de l'utérus car séparée par un sillon.

Elle est mobilisable séparément et ne suivant pas les mouvements imprimés à l'utérus.

- **Le toucher rectal** : est un grand intérêt dans l'examen des tumeurs enclavées dans le cul de sac de Douglas. A l'examen, elles perdent leur individualité par rapport à l'utérus ainsi que leur mobilité. Le diagnostic clinique devient alors difficile mais le recours aux examens complémentaires permettra de faire le diagnostic. [22]

### **5-3-Les examens complémentaires**

Ils doivent être pratiqués après avoir systématiquement revu la malade à un autre moment de son cycle pour juger de la permanence de la tumeur et après avoir demandé une réaction biologique de grossesse

### **5-3-1-L'échographie**

C'est l'examen le plus utilisé pour l'exploration des tumeurs ovariennes. L'échographie va permettre d'affirmer la nature solide, liquide ou mixte de la tumeur ovarienne. Mais elle ne permet que de suspecter la nature bénigne de la tumeur par les signes échographiques en faveur de la bénignité :

- Taille du kyste inférieur à 50 mm
- Kyste uniloculaire, unilatéral
- Paroi fine et régulière
- Absence de végétation intra kystique
- Contenu anéchogène du kyste
- Absence d'ascite associée.

L'échographie vaginale couplée au doppler couleur est actuellement la meilleure technique d'imagerie des tumeurs ovariennes. Elle est très fiable pour apprécier leur caractère fonctionnel ou organique. Le doppler couleur est particulièrement utile pour apprécier le degré de vascularisation des kystes organiques (un kyste vasculaire est généralement bénin). Il permet de différencier les zones tumorales (cloisons, végétations) des hémorragies intra-kystiques (caillots, cloisons fibrineuses).

Les formes malignes ont une forte composante tissulaire des contours irréguliers, des cloisons, des végétations intra ou extra tumorales et une lame d'ascite.

### **5-3-2-La cœlioscopie**

Elle présente un double intérêt :

- ✓ Confirmation du diagnostic en cas de problèmes diagnostiques avec d'autres masses pelviennes (hydrosalpinx, GEU, endométriose, adhérences péri tubo-ovariennes)
- ✓ Détermination de la nature de la tumeur :
  - Les kystes fonctionnels sont à paroi mince et translucides peu vascularisés ;
  - Les kystes dermoïdes sont opaques avec des zones denses jaunâtres plus dures ;
  - Les kystes endométrioïdes s'accompagnent d'adhérences péri ovariennes et d'autres signes d'endométriose pelvienne. La ponction ramène un liquide chocolat typique ;
  - Les kystes séreux et mucineux sont plus difficiles à différencier sans les ponctionner ;
  - La présence de végétations extra kystiques, de granulations péritonéales, d'ascite est signée de malignité.

### **5-3-3-L'hystérogaphie**

Elle n'est plus utilisée pour le diagnostic des tumeurs de l'ovaire du fait de l'échographie. Il faut savoir reconnaître les signes indirects de tumeur de l'ovaire :

- Image arrondie formée par le produit de contraste qui passe dans le péritoine
- Trompe étirée cerclant une masse ovarienne
- Refoulement du corps utérin

Cet examen est surtout utile pour rechercher l'existence d'un néoplasie intra-utérin primitif ou secondaire à la tumeur ovarienne.

### **5-3-4-La radiographie**

La radiographie sans préparation peut montrer des opacités évoquant le kyste dermoïde (os, dents)

### **5-3-5-L'IRM**

Elle est beaucoup plus performante que la TDM.

## **6-Diagnostic positif**

### **6-1-Clinique :**

- Palpation d'une masse abdominale déformant l'abdomen, accompagnée ou non d'ascite (dans les tumeurs ovariennes à développement abdominal).
- Au toucher pelvien : la perception d'une masse latéraux-utérine indépendante de l'utérus et séparée de lui par un sillon, elle est mobilisable séparément, ne suivant pas les mouvements imprimés à l'utérus.

### **6-2-Para clinique**

Ils doivent être pratiqués après avoir systématiquement revu la malade à un autre moment de son cycle pour juger de la permanence de la tumeur et après avoir demandé une réaction biologique de grossesse [6]

**6-2-1-Echographie :** qui met en évidence une tumeur ovarienne à contenu, soit liquidien, soit solide, soit mixte (kyste dermoïde).

**2-2-Radio de l'ASP :** met en évidence de calcifications ou des dents, évoquant ainsi le diagnostic d'un kyste dermoïde.

**6-2-3-La cœlioscopie** qui permet de confirmer le diagnostic de tumeur ovarienne et de déterminer sa nature.

**6-2-4-L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire** permet de confirmer le diagnostic de tumeur bénigne de l'ovaire.

## 7-COMPLICATIONS DES TUMEURS BENIGNES DE L'OVAIRE

### 7-1-COMPLICATION MECANIQUES

**7-1-1- La compression pelvienne :** Elle survient lorsque la tumeur est très volumineuse. Les signes cliniques dépendent du siège de la tumeur :

- ❖ Une tumeur à développement abdominal peut comprimer les organes abdominaux, voire thoracique.
- ❖ Une tumeur enclavée dans le Douglas : compression rectale et vésicale
- ❖ Une tumeur enclavée dans le ligament large : compression latente de l'uretère, risquant d'entraîner une distension pyélo-calicielle puis mort du rein. L'urographie intraveineuse s'impose explorant la sécrétion et la morphologie des reins, ainsi que l'état des uretères.
- ❖ La compression vasculaire est rare (compression veineuse responsable d'un œdème unilatéral d'un membre inférieur)
- ❖ La compression nerveuse est exceptionnellement (sciatalgies).

**7-1-2-La torsion tumorale** est une urgence chirurgicale. Les kystes lourds à long pédicule la favorisent. Elle se caractérise par : un début brutal marqué par des douleurs abdomino-pelviennes intenses associées à des nausées et des vomissements et parfois dans un tableau d'état de choc avec pâleur, sueurs froides et tachycardie, la température est normale.

Ces signes peuvent être précédés d'épisodes douloureux intermittentes, correspondant à des crises de sub-torsion. A l'examen Physique :

- ❖ L'abdomen ne présente pas de contracture vraie ;
- ❖ Le toucher vaginal est difficile en raison de la douleur, mais peut percevoir une masse latéraux-utérine très douloureuse et fixée ou un cul de sac comblé et douloureux.

Dans les formes trompeuses, la symptomatologie peut simuler à une péritonite, une occlusion, une rupture de grossesse extra-utérine ou une appendicite.

**7-1-3-La rupture :** peut-être traumatique ou spontanée. La rupture aiguë primitive d'un kyste de l'ovaire non tordu est très rare. Elle offre le curieux tableau d'une péritonite franche par perforation dont tous les signes peuvent s'amender jusqu'à disparaître. Le danger de la perforation n'est pas pour l'immédiat celui de la péritonite, mais pour l'avenir celui de la greffe péritonéale.

- ❖ De sécrétion gélatineuse, aboutissant à la curieuse « maladie gélatineuse du péritoine » qui évolue lentement, mais inexorablement malgré des opérations répétées, car la persistance des greffes de végétations sécrétantes assure la récurrence. La maladie gélatineuse du péritoine est une complication propre aux kystes mucoïdes.

❖ Citons la péritonite granulomateuse qui est une complication propre aux kystes dermoïde suite à une rupture intra péritonéale.

#### **7-2-Les complications hémorragiques :**

Elles s'associent souvent à la torsion, réalisant un tableau d'épanchement péritonéal avec des signes de choc et d'anémie, évoquant une GEU, ou à la rupture donnant alors un tableau dramatique de péritonite aiguë par perforation :

- ❖ Douleur brutale et vive ;
- ❖ Etat de choc ;
- ❖ Contracture généralisée avec douleur du Douglas (cri du douglas) au TV.

#### **7-3-Les complications infectieuses :**

C'est une complication rare. Elle est le plus souvent le fait d'un kyste dermoïde.

Ce tableau évoque le pyo-salpinx avec douleur pelvienne, fièvre, leucocytose.

Sous antibiotique les signes ne régressent pas, la suppuration se précise et l'intervention d'urgence s'impose avant la rupture dans un viscère ou rarement dans la grande cavité péritonéale, donnant un tableau de péritonite. Lorsque l'infection évolue sous forme chronique, elle aboutit à une péritonite plastique péri kystique. L'intervention devient difficile, des fistules internes peuvent se constituer.

**7-4-La dégénérescence maligne :** Elle est la plus grave des complications.

7-4-1-Tantôt, elle se manifeste :

Des douleurs, troubles de compression chez une femme âgée ; altération de l'état général ; ascite d'abondance variable, où la ponction montre un liquide hémorragique contenant des cellules tumorales ; une tumeur bilatérale, dure, fixée, irrégulière, volumineuse avec des métastases et le pronostic est très mauvais ;

7-4-2-Tantôt, c'est une tumeur en apparence bénigne et la dégénérescence est une surprise opératoire :

On trouve des végétations sur le péritoine à distance, sur les parois du kyste, à l'intérieur du kyste à l'ouverture per opératoire et il peut même s'agir d'une surprise histologique, voire évolutive.

#### **7-5-Les complications obstétricales :**

La grossesse peut favoriser les complications mécaniques du kyste de l'ovaire (torsion dans les suites de couches, en particulier). Le kyste de l'ovaire prédispose de son côté aux présentations vicieuses et peut entraîner une dystocie redoutable par obstacle prævia.

## **8-PRISE EN CHARGE**

### **8-1- BUT :**

Prévenir les éventuelles complications de ces tumeurs (mécanique et surtout leur transformation maligne) par une ablation chirurgicale et corriger les désordres fonctionnels causés par ces tumeurs ovariennes.

### **8-2. MOYENS :**

Le traitement est médical pour les kystes fonctionnels et il est chirurgical pour les autres.

**8-2-1-Kystectomie :** Consiste à réaliser une exérèse du kyste tout en conservant le parenchyme sain restant. L'exérèse se fera sans risque de dissémination du contenu dans la cavité péritonéale. Ce qui est la meilleure prévention de la maladie gélatineuse du péritoine (complication de cystadénome pseudo muqueux) ou de la péritonite granulomateuse (complication des kystes dermoïdes). [23].

**8-2-2-Ovariectomie :** Consiste à réaliser une exérèse de l'ovaire porteur de la tumeur.

**8-2-3-Annexectomie :** Consiste à enlever la trompe et l'ovaire porteur de la tumeur.

**8-2-4-Hystérectomie sans conservation des annexes :** Consiste à réaliser une exérèse de l'utérus avec les deux annexes.

### **8-3. INDICATIONS :**

Elles dépendent essentiellement de l'âge de la patiente, de son désir de procréation, du volume de la tumeur, de l'existence ou non d'un plan de clivage, de son uni ou bilatéralité, d'un doute à l'examen histologique extemporané.

#### **8-3-1-Chez la femme en période d'activité génitale**

##### **8-3-1-1-La kystectomie :**

Est indiquée lorsqu'il existe un plan de clivage de la tumeur, surtout chez la femme jeune désirant des enfants. Elle est réalisée le plus souvent par voie per cœlioscopie, trans-pariétale, ou par laparotomie selon la taille de la lésion, sa nature, la facilité d'exérèse et les habitudes de l'opérateur. Pour les kystes dermoïdes on explorera soigneusement l'autre ovaire afin de faire l'exérèse si nécessaire d'un deuxième dermoïde (35% des cas).

##### **8-3-1-2-Une ovariectomie ou une annexectomie :**

Est indiquée si on ne peut être conservateur du fait du volume de la tumeur, de son état (nécrose par torsion), de l'absence d'un plan de clivage, si l'on a un doute sur la nature bénigne de la lésion et de l'âge de la patiente (si la femme a plus de 50 ans).

### **8-3-1-3-Hystérectomie totale sans conservation :**

Peut se justifier, surtout chez une femme en péri ou post ménopausique, en cas de lésion bilatérale, ou de doute sur la nature bénigne de la lésion chez une femme proche de la ménopause ou ménopausée.

### **8-3-2-Chez la femme ménopausée :**

Le traitement comporte le plus souvent une hystérectomie sans conservation annexielle. Toute fois un kyste purement liquidien, ne présentant aucun caractère suspect, peut autoriser une kystectomie, ou mieux une annexectomie per-coelioscopique avec extériorisation de la pièce dans un sac.

### **8-3-3-Chez la femme enceinte :**

Le traitement peut être réalisé par coelioscopie tant que l'utérus n'atteint pas l'ombilic (16 – 17 SA), au-delà par la laparotomie. L'exérèse de la lésion doit être systématique, sa nature (conservatrice autant que possible) dépend des constatations per opératoires.

### **8-3-4-En cas de complications aiguës ou subaiguës :**

- Compression pelvienne : exérèse de la tumeur
- Torsion : détorsion et conservation de l'annexe par une kystectomie si son état le permet, ou une annexectomie dans le cas contraire,
- Lorsqu'il s'agit d'un kyste infecté, après tentative de refroidissement par les antibiotiques, l'exérèse doit être globale en évitant l'effraction qui favoriserait l'essaimage microbien.
- Hémorragie : Le traitement comporte l'évacuation de l'hémo-péritoine et un lavage péritonéal simple quand l'hémorragie est tarie, associée+ à une coagulation bipolaire ou à une kystectomie intra péritonéale d'hémostase en cas d'hémorragie persistante (surtout s'il existe un doute avec une grossesse ovarienne).

### **8-3-5-Kystes fonctionnels :**

Le traitement habituel des kystes fonctionnels doit donc être l'abstention thérapeutique (en dehors du traitement d'éventuels symptômes associés au kyste), dans la mesure où ce diagnostic est très probable et qu'il n'y a aucun signe de suspicion de malignité (âge, circonstance de survenue, sémiologie, échographique fine, marqueurs tumoraux plasmatiques...). L'expectative avec un contrôle à trois mois constitue un test, fréquemment utilisé en pratique courante, permettant de confirmer le diagnostic de kyste fonctionnel.

NB : La mise au repos de l'activité ovarienne si nécessaire (Stérile) pendant 3mois

### **9-PRONOSTIC :**

Le pronostic de la tumeur bénigne de l'ovaire est en général bon après un traitement radical (ablation chirurgicale de la tumeur). Mais le risque de dégénérescence maligne reste présent, d'où l'intérêt de l'examen histologique systématique de toute pièce d'exérèse ainsi que la surveillance (clinique et para clinique) régulière de toute femme ayant présentée une tumeur bénigne de l'ovaire) [24 - 26].

# **MATERIEL ET METHODES**

## IV MATERIEL ET METHODES

### 1-CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI (CS Réf VI) du District de Bamako.

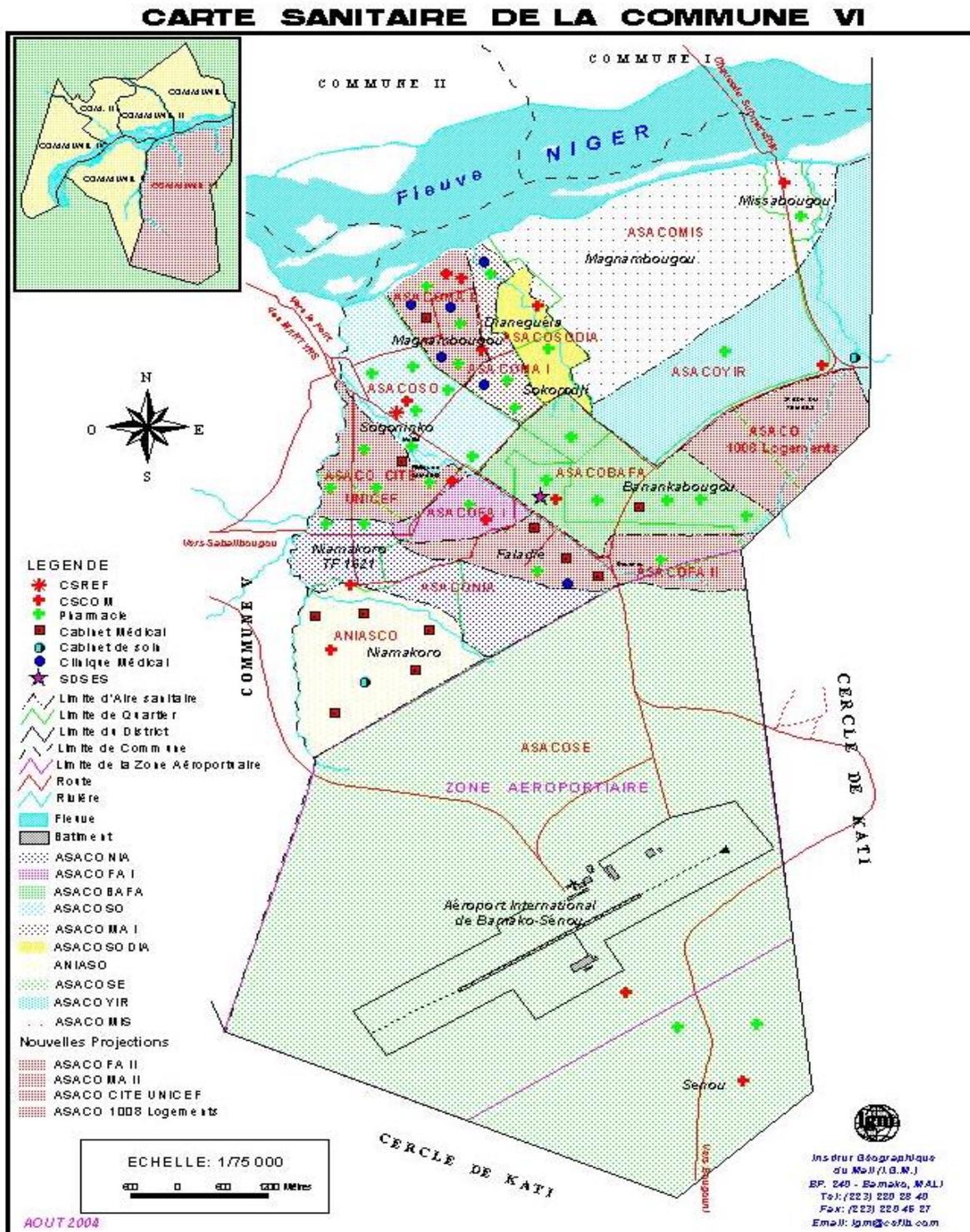
**1-1-Présentation de la Commune VI du District De Bamako :** Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

En 2009, la population de la commune VI s'élevait à 470269 habitants (source RGH 2009) répartie en 10 quartiers qui sont Banakabougou, Yirimadjo, Missabougou, Magnambougou, Sokorodji, Djandjiguila, NiamaKoro, Sogoniko, Faladiè et Sénou. Chaque quartier contient un centre de santé communautaire à l'exception de Niamakoro et Yirimadio qui a deux centres de santé. La majorité des ethnies du Mali sont représentés en commune VI à savoir les Senoufos les Bambara les Peuls les Malinkés les Dogons les Sonhaï les Soninkés et les ressortissants des autres pays.

### 1-2-Les CSCOM et leurs distances par rapport au Centre de santé de référence

Nom des aires de santé	Quartier	Distance CSCOM/CSRéf (en km)
ASACOMA	Magnambougou	3
ASACONIA	Niamakoro	6
ANIASCO	Niamakoro	8
ASACOBABA	Banakabougou	5
ASACOSE	Sénou	15
ASACOSO	Sogoniko	0,3
ASACOFA	Faladiè	4
ASACOYIR	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Sokorodji-Djandjiguila	6
ASACOMIS	Missabougou	12
ASACOCY	Cité des logements Sociaux	7

**1-3-Situation Sanitaire** Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants. Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).



**Tableau I : Carte sanitaire du district**

#### **1-4-Les ressources du centre de santé de référence :**

##### **1-4-1 Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :**

###### **1-4-1-1-Le bloc opératoire composé de :**

- Deux salles d'opération.
- Une salle de réveil.
- Une salle de préparation pour les chirurgiens.
- Une salle de consultation pré-anesthésique.
- Une salle de nettoyage des instruments.
- Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.

###### **1-4-1-2-La maternité composée de :**

Au rez-de-chaussée :

La salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et dix (10) lits, on y réalise en moyenne quinze - vingt accouchements par jour.

Une salle des nouveaux nés.

Une salle d'observation des femmes.

Une grande salle d'hospitalisation des femmes césariées.

Une salle de garde pour sage- femme.

Une salle de garde pour Médecin.

Une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne.

Une salle de garde pour les infirmières.

Une salle de consultation gynécologique.

Trois (3) salles de consultation prénatale.

Une salle de consultation planning familial ;

Une salle de SAA

Et six toilettes.

###### **1-4-2-Service de la néonatalogie**

##### **1.5-Ressources Humaines et financières :**

**1-5-1-Au niveau du CSRéf : il y a les différentes catégories de personnels : les fonctionnaires, les conventionnaires de l'Etat, les conventionnaires de l'INPS, les contractuels du CSRéf, les contractuels de la Mairie, les thésards**

**1-5-2-Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :** La tarification des actes, les collectivités, l'Etat et les partenaires techniques et financiers.

### **1-5-3-L'organisation du service :**

Au plan technique : Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Une consultation gynécologique quotidienne est réalisée tous les jours ouvrables,

Les explorations échographique et Radiographique sont réalisées tous les jours ouvrables,

Le programme des actes opératoires est mis en œuvre les jours suivants : Mardi, Mercredi Jeudi et vendredi

### **2-TYPES D'ETUDES :**

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique à recours des données rétrospectives et prospectives

### **3-PERIODE D'ETUDE :**

Notre étude s'est étalée sur une période de 4 ans, allant du 1er décembre 2018 au 1er décembre 2022.

### **4-POPULATION ETUDIEE :**

Il s'agissait de l'ensemble des patientes atteintes d'une tumeur de l'ovaire pendant notre période d'étude.

### **5- ECHANTILLONNAGE :**

#### **5-1. Les critères d'inclusion :**

- Toute tumeur bénigne de l'ovaire cliniquement diagnostiquée et/ou confirmée après laparotomie et examen histologique ;
- Les kystes fonctionnels ;
- Les kystes organiques.

#### **5-2. Les critères de non inclusion :**

Ne font pas partis de notre étude :

- Les pseudos tumeurs de l'ovaire ;
- Les Pyo-ovaires ;
- Les tumeurs pelviennes dont l'origine n'a pas été déterminée ;
- Les tumeurs ovariennes diagnostiquées en dehors de la période d'étude ;
- Les tumeurs malignes de l'ovaire.

### **6 – VARIABLES ETUDIEES**

-Variables socio démographique : L'âge, la profession, la résidence, l'ethnie, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et l'année du diagnostic

-Variables anatomo-cliniques : la localisation de la tumeur, la nature du prélèvement, les aspects macroscopiques, la taille de la tumeur, la nature de la tumeur.

## **7-COLLECTES DES DONNEES :**

Les données ont été recueillies à partir :

- Des registres de consultation externe ;
- Des dossiers d'hospitalisation ;
- Des registres de compte-rendu opératoire.

Après le diagnostic clinique, les examens para cliniques (échographie laparoscopie) et confirmation par les comptes rendus histopathologies, les patientes ont été enregistrées sur les dossiers du service à partir des quelles, chacune a pu bénéficier d'une fiche d'enquête individuelle. A part les urgences, toutes les patientes programmées ont bénéficié d'un bilan préopératoire : Groupage rhésus ; une numération de la formule sanguine (NFS) ; un bilan de la crase sanguine (temps de saignement ; temps de coagulation ou temps de céphaline-kaolin) ; azotémie ; la glycémie ; une consultation anesthésiologie.

## **8-SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :**

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur le logiciel SPSS 22. La saisie des textes a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word 2016.

Le dressage des tableaux et des graphiques a été réalisé à l'aide du logiciel Excel 2016

Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher avec  $P=0.05$

## **9-CONSIDERATION ETHIQUE ET DEONTOLOGIQUE :**

La confidentialité des données recueillies sera observée et les résultats obtenus seront publiés au besoin

## **10-Définitions opérationnelles :**

**-L'Ovaire :** est un organe pair symétrique, placé dans la cavité pelvienne et fixé à la face postérieure du ligament large.

**-Le Kyste :** est une tumeur bénigne formée dans un organe par une cavité remplie d'une substance liquide, molle ou rarement solide

**-Kyste fonctionnelle :** Ils correspondent à une formation liquidienne pure (sans composition solide) anéchogène, à paroi fine et régulière.

**-Kyste organique :** Ils correspondent à une formation liquidienne, solide ou mixte, échogène, à paroi fine et régulière.

**-Folliculogénèse :** est un processus de formation, du développement, de la croissance et la maturation des follicules.

**-Ovogenèse :** c'est la formation des gamètes femelles ou ovules

**-Tumeur :** est définie comme toute tuméfaction déformant un organe qu'elle qu'en soit l'étiologie.

**-Tumeur bénigne :** est une néoformation tissulaire très proche des tissus normaux par sa structure, à croissance lente, et dont l'évolution spontanée et strictement locale, n'aboutit pas à la mort du sujet sauf en dehors des complications mécaniques ou métaboliques.

**-Tumeur maligne :** est une prolifération indéfinie d'une lignée cellulaire dont l'évolution spontanée est la mort de l'individu porteur, habituellement liée à l'extension de la tumeur à tout l'organisme.

**-Laparotomie :** est un acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens/

**-Kystectomie :** Consiste à réaliser une exérèse du kyste tout en conservant le parenchyme sain restant.

**-Ovariectomie :** Consiste à réaliser une exérèse de l'ovaire porteur de la tumeur.

**-Annexectomie :** Consiste à enlever la trompe et l'ovaire porteur de la tumeur.

**-Hystérectomie sans conservation des annexes :** Consiste à réaliser une exérèse de l'utérus avec les deux annexes.

# RESULTATS

## V-RESULTATS

### 1-Fréquence :

Notre étude s’est déroulée au CSREFCVI de Décembre 2018 au Janvier 2022 avec un total de 219 cas colligés sur 4288 consultations dont les tumeurs bénignes de l’ovaire représentent 4,80% qui nous a permis d’obtenir les résultats suivants.

**Tableau II : Répartition des patientes par année du diagnostic**

Année du diagnostic	Effectifs	Pourcentage (%)
2018	53	25,7
2019	70	34,0
2020	17	8,3
2021	26	12,6
2022	40	19,4
Total	206	100

La majorité des cas a été enregistrée en 2019 soit 34% des cas.

### 2-Characteristiques sociodémographiques des patientes :

**Tableau III : Répartition des patientes selon les tranches d’âge**

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
16 à 30	118	57,3
31 à 45	78	37,9
46 à 60	4	1,9
61 et plus	6	2,9
Total	206	100

La tranche d’âge la plus représentée était celle de 16 - 30 ans avec 57,3% des cas. La moyenne d’âge était de 30,63 ans avec des extrêmes de 16 ans et 80 ans et l’âge médian était de 28,32 ans.

**Tableau IV: Répartition des patientes selon leur résidence.**

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Commune VI	164	82,3
Autre commune de Bamako	25	9,4
Hors de Bamako	17	8,3
Total	206	100

Autres commune de Bamako : commune V, Baguinéda

La majorité des patientes résidait de la commune VI du District de Bamako avec 82.3% des cas.

**Tableau V: Répartition des patientes selon les ethnies.**

Ethnies	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	85	41,3
Dogon	14	6,8
Malinké	22	10,7
Mianka	2	1,0
Peulh	40	19,4
Sénoufo	12	5,8
Soninké	21	10,3
Sonrhäï	4	1,9
Autres	6	2,9
Total	206	100

Autres : Kassoké, Somono, Touareg, Bobo

Les Bambaras étaient les plus nombreux avec 85 cas soit 41,3% des cas.

**Tableau VI: Répartition des patientes selon les professions.**

Professions	Effectifs	Pourcentage (%)
Artisan	5	2,4
Commerçante	16	7,8
Elève-Etudiante	21	10,2
Fonctionnaire	35	17,0
Ménagère	115	55,9
Vendeuse	10	4,9
Autre	4	1,9
Total	206	100

Autre : teinturière couturière Aides soignante

Les ménagères étaient les plus fréquentes soit 55,9% des cas.

**Tableau VII: Répartition des patientes selon le statut Matrimonial.**

Etats Matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Mariée	182	88,3
Célibataire	22	10,7
Total	206	100

Les mariées avaient représentées avec 88,3% des cas.

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de gestité.**

Nombre de Gestité	Effectifs	Pourcentage (%)
0	54	26,2
1-5	117	56,8
≥ 6	35	17,0
Total	206	100

Dans 56,8% des cas, les patientes avaient le nombre de gestité comprise entre 1-5 grossesses.

**3-ASPECTS CLINIQUES****Tableau IX: Répartition des patientes selon le cycle menstruel.**

cycle menstruel	Effectifs	Pourcentage (%)
Irrégulier	137	66,5
Régulier	69	33,5
Total	206	100

Les patientes avaient un cycle menstruel irrégulier dans 66,5% des cas.

**Tableau X: Répartition des patientes selon la durée du cycle menstruel.**

Durée du cycle	Effectifs	Pourcentage (%)
≤7 jours	168	81,6
>7 jours	38	18,4
Total	206	100

La durée du cycle menstruel était inférieure ou égale à 7jours chez 81,6% des patientes.

**Tableau XI: Répartition des patientes selon l'infertilité.**

Infertilité	Effectifs	Pourcentage (%)
Primaire	39	18,9
Secondaire	167	81,1
Total	206	100

L'infertilité secondaire a été retrouvée chez 81,1% des patientes.

**Tableau XII: Répartition des patientes selon les motifs de consultation.**

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Algie pelvienne	140	68,1
Aménorrhée	2	1,0
Dysménorrhée	12	5,8
Dyspareunie	2	1,0
Dysurie	6	2,9
Leucorrhée	20	9,7
Ménométrorragie	2	1,0
Métrorragie	2	1,0
Pâleur conjonctivale	4	1,9
Prurit vulvaire	16	7,8
Total	206	100

La douleur pelvienne était le principal motif de consultation dans 68,1% des cas.

**Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'état physiologique.**

Ménopause	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménopause	25	12,1
En activité génital	181	87,9
Total	206	100

Les patientes en activité génitale étaient les plus représentées avec 87,9% des cas

**Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'utilisation de la contraception.**

Contraception	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	47	22,8
Non	159	77,2
Total	206	100

Les patientes qui n'utilisaient pas de contraception étaient mieux représentées à 77,2% des cas.

**Tableau XV: Répartition des patientes selon la taille de la tumeur de l'ovaire.**

Taille de la tumeur	Effectifs	Pourcentage (%)
> 60 mm	73	35,4
≤60 mm	133	64,6
Total	206	100

La taille de la tumeur de l'ovaire était inférieure ou égale à 60mm dans 64,6% des cas.

**Tableau XVI: Répartition des patientes selon localisation de la tumeur de l'ovaire.**

Localisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Droite	120	58,3
Gauche	76	36,9
Gauche et Droite	10	4,9
Total	206	100

La tumeur de l'ovaire siégeait à droite dans 58,3% des cas.

**Tableau XVII: Répartition des patientes selon la douleur abdominale.**

Douleur Abdominale	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	186	90,3
Absence de douleur abdominale	20	9,7
Total	206	100

La majorité des patientes soit 90,3% avaient une douleur abdominale.

**Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le volume abdominal.**

Volume Abdominal Augmenté	Effectifs	Pourcentage (%)
Augmenté	38	18,4
Normal	168	81,6
Total	206	100

Le volume de l'abdomen n'était pas augmenté chez 81,6% des cas.

**Tableau XIX: Répartition des patientes selon Aspect du col utérin.**

Aspect du col utérin	Effectifs	Pourcentage (%)
Normal	194	94,2
Inflammatoire	12	5,8
Total	206	100

La majorité de nos patientes avaient un col normal avec 94.8% des cas.

**Tableau XX: Répartition des patientes selon la consistance du col utérin.**

Consistance du col	Effectifs	Pourcentage (%)
Molle	24	11,7
Ferme	182	88,3
Total	206	100

Le col utérin était de consistance ferme chez 88,3% des cas.

**Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'état de l'utérus.**

Utérus	Effectifs	Pourcentage (%)
Normal	180	87,4
Globuleux	26	12,6
Total	206	100

Dans 87,4% des cas l'utérus avait gardé une forme normale.

**Tableau XXII: Répartition selon la douleur annexielle à la palpation.**

Annexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Douloureux	188	91,3
Non douloureux	18	8,7
Total	206	100

Les annexes étaient douloureuses dans 91,3 % des cas.

**Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le contour du kyste.**

Contour du kyste	Effectifs	Pourcentage (%)
Régulier	198	96,1
Irrégulier	8	3,9
Total	206	100

Plus de la majorité de nos patientes avaient un contour du kyste régulier dans 96,1% des cas.

**Tableau XXIV: Répartition des patientes selon les moyens diagnostiques.**

Moyens Diagnostique du kyste	Effectifs	Pourcentage (%)
Clinique	15	7,3
Echographie abdominale	188	91,3
TDM abdominale	3	1,5
Total	206	100

L'échographie abdominale était le moyen diagnostique le plus pratiqué avec 91,3% des cas.

**Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'aspect macroscopique du kyste.**

Aspect macroscopique du kyste	Effectifs	Pourcentage (%)
kyste sans végétation	128	62,1
Kyste avec végétation	50	24,3
kyste solide avec végétation	28	13,6
Total	206	100

Dans 62,1% des cas, les kystes étaient sans végétation.

**Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la description échographique du kyste.**

Description échographique du kyste	Effectifs	Pourcentage (%)
Kyste Fonctionnel	109	53
Kyste Organique	97	47
Total	206	100

L'échographie abdominale avait permis de mettre en évidence des kystes fonctionnels chez 53% des patientes.

**Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon l'attitude thérapeutique.**

Attitude thérapie	Effectifs	Pourcentage (%)
Médicale	121	58,7
Chirurgicale	85	41,3
Total	206	100

Le traitement médical était utilisé dans 58,7% des cas.

**Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon les méthodes thérapeutiques utilisées.**

Méthodes thérapeutiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Hormonothérapie	121	58,7
Kystectomie	59	28,6
Ovariectomie	8	3,9
Annexectomie	18	8,7
Total	206	100

Plus de la moitié de nos patientes avaient reçu une hormonothérapie avec 58,7% des cas

**Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon l'association de kystes de l'ovaire et grossesse.**

Kyste de l'ovaire et grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	4	1,9
Non	202	98,1
Total	206	100

L'association de kyste ovarien et grossesse était observée chez 1,9% des cas

**Tableau XXX: Répartition des Signes fonctionnels en fonction de la taille des kystes.**

Signe fonctionnel	Taille	
	$\leq 60$	$> 60$
Algie pelvienne	33(25,4%)	97(74,6%)
Aménorrhée	2(100%)	0(0%)
Dysménorrhée	4(33,3%)	8(66,7%)
Dyspareunie	0(0%)	2(100%)
Dysurie	2(33,3%)	4(66,7%)
Leucorrhée	14(77,8%)	4(22,2%)
Ménométrorragie	0(0%)	2(100%)
Métrorragie	2(50%)	2(50%)
Non	6(50%)	6(50%)
Pâleur	0(0%)	4(100%)
Prurit vulvaire	10(71,4%)	4(28,6%)
Total	73	133

$\text{Khi}^2 = 37,3$

ddl = 10

p = 0,000

Il y'a une relation entre les signes fonctionnels et la taille des kystes.

**Tableau XXIXI: Répartition des Signes fonctionnels en fonction de type de kyste.**

Signes fonctionnels	Type kyste		Total
	Kystes fonctionnels	Kystes organiques	
Algie pelvienne	57(52,3%)	73(75,3%)	130
Aménorrhée	00(0,0%)	02(2,1%)	02
Dysménorrhée	08(7,3%)	04(4,1%)	12
Dyspareunie	02(1,8%)	00(0,0%)	02
Dysurie	04(3,7%)	02(2,1%)	06
Leucorrhée	16(14,7%)	02(2,1%)	18
Ménometrorragie	02(1,8%)	00(0,0%)	02
Métrorragie	02(1,8%)	02(2,1%)	04
Pâleur conjonctivale	00(0,0%)	04(4,1%)	04
Prurit vulvaire	10(9,2%)	04(4,1%)	14
Aucun	08(7,3%)	04(4,1%)	12
Chi <sup>2</sup> = 28,15	ddl =10	P = 0,002	

Nous avons retrouvé une relation entre les types de kystes et les signes fonctionnels



**Tableau XXXII: Répartition de la taille en fonction de l'infertilité.**

Infertilité	Taille	
	≤ 60	> 60
Primaire	16(41%)	23(59%)
Secondaire	57(34,1%)	110(65,9%)
Total	73	133
<hr/> Khi <sup>2</sup> = 0,657                      ddl =1                      p= 0,418		

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre l'infertilité et la taille des kystes.

**Tableau XXXIII: Répartition de l'infertilité en fonction du type de kyste.**

Type de kyste	Infertilité	
	Primaire	Secondaire
Kyste fonctionnel	17(15,6%)	92(84,4%)
Kyste organique	22(22,7%)	75(77,3%)
Total	39	167
<hr/> Khi <sup>2</sup> = 1,67                      ddl =1                      P=0,195		

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre les types de kystes et l'infertilité.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les kystes ovariens constituent une pathologie fréquente en milieu gynécologique. L'échographie abdominale et la coélio-chirurgie ont transformé durant cette dernière décennie, la prise en charge de ces tumeurs. L'approche diagnostique reste dominée par deux points importants : confirmer leur organicité pour éviter d'opérer les kystes fonctionnels et exclure leur malignité éventuelle afin de ne pas sous-traiter un cancer de l'ovaire.

Notre étude a porté sur les kystes ovariens fonctionnels et organiques comme définies précédemment [27]. Nous avons procédé à une description des kystes ovariens rencontrés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI sur une période de 4 ans (janvier 2018 - décembre 2022). Nous nous sommes basés sur les critères cliniques et échographiques.

### 1- La fréquence des kystes ovariens:

Dans notre étude nous avons retrouvé 4,8% de kystes, soit 206 kystes sur 4288 consultations. Ce taux est légèrement supérieur à celui de TRAORE [25] qui avait retrouvé 3,8% de kystes au CHUGT.

### 2. Caractéristiques socio démographiques des patientes :

- **Age :** Dans 53% de nos patientes avaient un âge compris entre 16 à 30 ans. Ce résultat est supérieur à celui de *Zeinab D* [28] qui a trouvé une tranche d'âge de 31 à 45 ans soit 33% de l'effectif sur les 230 cas en 2019 au CHUPG et légèrement proche à ceux de *Mr Bagayogo Moussa* en 2015 au CHUGT qui a retrouvé une tranche d'âge de 20 à 30 ans soit 34,61% de l'effectif de 104 cas [28,29]

- **Résidence :** Dans notre série la majorité des patientes formulées venaient de la commune VI soit 82,3% des cas. Ce résultat est influencé par le lieu de recrutement et l'accessibilité rapide du centre

- **Ethnies :** Les bambaras avaient représenté 41,3% des cas dans notre étude. Ce résultat est similaire à ceux de *Raimon Kamphy M* et *Traoré H* qui avaient retrouvé respectivement 38,3 et 25,67% des cas [30, 31]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les bambaras constituent l'ethnie majoritaire à Bamako

- **Profession :** Les ménagères étaient les plus fréquentes au cours de notre étude à 55,9%. Ce résultat est inférieur à ceux de *Dikongue F* et *Raimon Kamphy M* qui avaient retrouvé 80 et 63,3% des cas [32,30].

- **Statut matrimonial :** Dans la littérature [23] nous avons trouvé que le taux de tumeur de l'ovaire semble plus élevé chez les femmes célibataires. Notre échantillon est constitué de

88,3% des femmes mariées. Les études africaines [26 - 35] confirment ces résultats avec un taux de 70 à 80%. Les différences des résultats entre les études africaines et celles européennes s'expliquent en partie par la pratique du mariage précoce en Afrique. Notre taux est inférieur à celui de RAIMON KAMPHY M [30] qui avait retrouvé 90,8% des cas au CS Réf CVI en 2010 à propos de 120 cas

- **Gestité** : Des patientes qui avaient contracté 1 à 5 Grossesses, étaient représentées à 56,8% des cas

- **Trouble du cycle menstruel** : Les patientes ayant une irrégularité du cycle menstruel représentaient 66,5 % des cas dans notre série.

- **Infertilité** : Dans notre étude nous avons retrouvé 81,1% des cas d'infertilité secondaire. Ce résultat est comparable à ce de Raimon Kamphy M [30] Qui avait trouvé 35 ,8% des cas.

- **Motifs de consultation** : Les patientes qui manifestaient une algie pelvienne étaient les plus représentées avec 68,1% des cas. Ce résultat s'approche de Bagayogo M et Raimon Kamphy M qui avaient retrouvé respectivement 59,6 et 31,7% des cas d'algies pelviennes. Ainsi les algies pelviennes représentent le principal motif de consultation.

- **Activité génital** : Dans notre étude les patientes en activité génitale prédominaient avec 87,9% des cas. Les femmes ménopausées représentent 12,1% des cas. Nos résultats concordent avec ceux de TRAORE H [30] qui a eu un taux de 83,3% des cas. Ceci s'explique par le fait que la majeure partie de nos patientes était jeune.

- **Utilisation de la contraception** : Dans 77,2 % de nos patientes n'étaient pas sous contraception. Les résultats contradictoires des études rétrospectives ne permettent pas de conclure quant à l'influence de la contraception sur l'apparition des kystes ovariens [1]. Ce taux est légèrement inférieur à celui d'A VILANE [35] qui avait retrouvé 98% à DAKAR (SENEGAL) en 1975.

### **3-Données anatomopathologiques :**

- **La taille de la tumeur de l'ovaire** : Dans 64 ,6% de nos patientes avaient un kyste de taille inférieure ou égale à 60mm

- **Localisation de la tumeur de l'ovaire** : Dans notre étude, l'ovaire droit était plus atteint à 58,3% des cas. Ce résultat est contraire à ceux d'autres auteurs dont les études ont montré que les deux ovaires étaient les plus atteints [29 - 36].

-**Douleur abdominale** : Dans 90,3% de nos patientes avaient une douleur des annexes au toucher vaginal. Cela pourrait s'expliquer par une infection secondaire ou d'autres complications non dégénératives.

- **Aspect du col utérin :** Les patientes qui avaient un col normal, représentaient à 94, 2% des cas.
- **L'état de l'utérus :** L'utérus ne change pas de forme dans 87,4% des cas. Cela s'explique par le fait que les kystes ovariens n'influencent pas sur l'utérus
- **Moyens diagnostique:** L'échographie était la première option pour le diagnostic des kystes de l'ovaire dans 91,3% des cas.
- Contour du kyste :** Dans 96,1% de nos patientes avaient un contour régulier à l'échographie.
- **La description échographique du kyste** a pu clarifier 53% de nos patientes qui avaient des kystes fonctionnels. La bonne spécificité de l'échographie peut fournir des renseignements importants sur la tumeur à explorer et peut orienter l'indication thérapeutique.
- **L'aspect macroscopique du kyste :** L'aspect macroscopique le plus représenté était l'aspect kystique sans végétation avec 206 cas, soit 62,1%. Ce résultat est proche de celui de Zeinab D au Mali qui a retrouvé le même aspect macroscopique dans 77,7% de ses cas [28]. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence plus élevée des kystes séreux parmi les tumeurs ovariennes.
- **L'association du kyste de l'ovaire et grossesse :** La présence de tumeur de l'ovaire aux cours de la grossesse était plus faible à 1,9% des cas contre 98,1% sans grossesse. Ceci démontre que les kystes n'excluent pas la présence de grossesse

#### **4-Attitudes thérapeutiques :**

- **Traitement médical :** Dans notre série 58,7% des patientes ont reçu un traitement hormonal freinateur (pilule mini dosé ou d'analogue de la GnRH). Cependant son indication n'est pas validée par de nombreux auteurs [1]. Certains proposent l'abstention thérapeutique devant un kyste fonctionnel.
- **Traitement chirurgical :** Dans notre étude 41,3% des patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical exclusif. Le traitement chirurgical a été dans la mesure du possible, une chirurgie d'exérèse de la tumeur et d'autres organes tels que les annexes. Nos taux sont inférieurs à ceux de certains auteurs [33-35] qui avaient retrouvé 80-95% d'intervention chirurgicales réalisées. Il est à noter que ces études portaient uniquement sur les kystes organiques. Nos attitudes thérapeutiques sont similaires à celles décrites dans la littérature [37-39]. Le traitement chirurgical semble le plus indiqué en matière de tumeurs de l'ovaire. Tout kyste organique est à opéré [1]

# CONCLUSION

## **VII. CONCLUSION**

Au cours de notre étude dans le Service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako, nous avons constaté que les kystes de l'ovaire sont relativement fréquents. La pathologie survient pendant la période de la vie génitale et la ménopause. Les kystes de l'ovaire peuvent atteindre les deux ovaires. Nous avons retrouvé une fréquence élevée des tumeurs bénignes essentiellement constituées de kystes fonctionnelles par rapport au kyste organique. Ils apparaissent à tout âge après la puberté et de faible gestité. L'échographie abdominale est l'examen clé du diagnostic. Le traitement chirurgical reste le traitement de base des kystes ovariens organiques.

# **RECOMMANDATIONS**

## VIII RECOMMANDATIONS

### **1- Aux autorités sanitaires :** Ministère de la santé et Direction nationale de la santé

- Adopter un plan quinquennal de sensibilisation et de dépistage des pathologies ovariennes ;
- Construire et équiper des laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques dans les CHU et hôpitaux régionaux permettant l'introduction dans la pratique courante de l'examen histologique extemporané lors des laparotomies pour tumeur de l'ovaire dans les centres de santé de référence. Pour permettre l'accès aux résultats d'anatomopathologie. En fin d'éviter le non-respect des rendez-vous après laparotomie ;
- Recruter des médecins pathologistes ;

### **2- Direction du csref cvi**

- Doter les services de gynécologie-obstétrique d'un appareil d'échographie de très bonne qualité ;
- Doter la structure en TDM ;
- Doter la structure en service d'anatomopathologie ;
- Construire un bloc opératoire au centre.

### **3 – Au personnel socio sanitaire :**

- Remplir rigoureusement les dossiers médicaux des patientes en général et des cas de tumeur en particulier ;
- Demander systématiquement un examen anatomie pathologique de toutes les pièces opératoires ;
- Fixer correctement les pièces en entier au formol 10% ;
- Sensibiliser les patientes aux différents signes d'appel ;
- Eviter l'acharnement chirurgical en ce qui concerne les kystes ovariens d'allure fonctionnelle ;
- Se regrouper en association pour une prise en charge collective.

### **4- Au gestante**

- Fréquenter les services de santé de reproduction en venant au moins deux fois par an, afin de dépister les tumeurs précocement et de faire une prise en charge rapide ;

## REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. campus national de gynécologie obstétrique) CNGOF) : kyste des ovaires Item 342 module 11p7
2. Kamina P. Ovaire ; organogenèse, Anatomie macroscopique, anatomie microscopique, Exploration. Anatomie gynécologique et obstétricale, 1979 ; 3 éditions, maloine SA. (Paris) 7ème partie
3. Mehdi. K. Tumeurs de l'ovaire chez la femme ménopausée à propos de 100 cas et revue de la littérature. Pan African Journal 2014 ; 19 :235 doi.10.11604/Pamj. This article available online at. [http://www.panafrican méd. Journal.com/content/article/19/235/full](http://www.panafrican_méd. Journal.com/content/article/19/235/full)
4. Ateilah H. Les tumeurs épithéliales de l'ovaire Aspects anatomopathologiques. Thèse de Médecine N°044/08 Université SIDI Mohamed BEN Abdellah Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès (Maroc).
5. Florent Y. Profil des cancers gynécologiques et Mammaires à Yaoundé Cameroun Received 06 /10/2013 Accepte d= 17/01/2004 Pan African Journal 2014 ; 17 :28 doi.10.11604/Pamj. This article available online at. [http://www.panafrican méd. Journal.com/content/article/17/28/full](http://www.panafrican_méd. Journal.com/content/article/17/28/full)
6. Fanomezantsoa R. Une étude rétrospective sur le cancer de l'ovaire avec un recul médian de 42 cas. Service de chirurgie Générale et vasculaire CHUJRA Antananarivo Madagascar. Thèse de méd. N ° 067MDGR 44 : 2012
7. Dicko B. Etude épidémio-clinique échographique et anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Point G 2006 (Mali). Thèse de médecine 2006 N°06M197
8. Barrière P., L'Hermite A., et Lopez P. Embryologie de l'appareil génital féminin. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) – Gynécologie, 110A 10 ; 3-1990 ; 11p
9. Campus embryologie de l'ovaire humaine collègue universitaire des histologistes, embryologiste, cytologistes (CHEC)
10. VILLANE A. Contribution l'étude des tumeurs ovariennes à propos de 255 cas observé à l'hôpital de DANTEC thèse de Méd. DAKAR 1970 N30
11. Kamina P. Ovaire, ovogénèse, anatomie macroscopique, anatomie microscopique TOME 4 204 Exploration Anatomie gynécologique et obstétricale
12. Dicko B. Tumeurs de l'ovaire CHU Point G à propos de 74 cas. Pages 35 2006
13. Rakar S. Rainer S. Valeur pronostique de l'examen histologique dans le cancer de l'ovaire.

14. Blanc B; Gamberre M. ; Martin P.M. ; Jouve M.P. ; Thomas M. et Serment H. Tumeurs non endocrines de l'ovaire. *Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Gynécologie*, 680 B10, 11-1985, 22p *Actualités gynécologiques*, 1986,17 :147 ; 153
15. Lansac J., Lecomte P. Tumeurs de l'ovaire. *Gynécologie pour le praticien*, 1989 ; 3 éd., 175 – 187.
16. EL Idrissi F ; Fadli A ; Ounejma S ; Zeraidi N ; Barhmi RS ; Achour M ; Chaoui A. Les tumeurs malignes de l'ovaire. *Revue du praticien (Paris)*, 1989, 39.
17. Hassan MA, Killick SR. Evaluation de l'effet de la présence des kystes ovariens sur la fertilité, étude de cohorte rétrospective. *Hôpitaux de Hull et de l'East yorkshire*, au Royaume Uni. 2002, 20 : 387-392.
18. F. Laffargue, L. Lafont. *Gynécologie, Tumeurs bénignes de l'ovaire* P 320-328
19. H. G. Robert, R. Palmer, C. Boury-Heyler, J. Cohen : *Précis de gynécologie* P 731-764
20. QUERLEU D. Tumeurs de l'ovaire, Classification et histologie Editions Techniques-*Encycl. Méd. Chir. (Paris, France). Gynécologie*, 680-A-10, *Cancérologie*, 60-650-A-10, 1993, 4P.
21. SARFATI R et Magnin G. Traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'ovaire. *Encycl. Méd. Chir Gynécologie*, 620-H-10, 2000, 8P
22. Lansac, J et Bonnamy L. Présentation clinique des tumeurs bénignes et malignes de l'ovaire. *Encycl. Méd. Chir Gynécologie*, 630-D-10, 2000, 4 P
23. Lansac J, Lecomtel. Tumeurs de l'ovaire gynécologie pour le praticien, 1989 ; 3 éd, 175-187
24. Service d'Anatomie et Cytologie pathologiques du CHU du point G. Rapport d'analyse des données du registre des cancers du Mali : 2014-
25. Traore O. Etude épidémio-clinique et anatomopathologie des tumeurs de l'ovaire à propos de 38 cas Thèse de médecine à Bamako M 33 ; 1995 20p
26. Doumbia Y. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire. (À propos de 9 cas et revue général de la littérature), page 39. Thèse méd., Bamako (Mali) 1986
27. Blanc B; Gamberre M. ; Martin P. M ; Jouve M. P ; Thomas M. et Serment H. Endocrines de l'ovaire. *Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Gynécologie*, 680 B10, 11-1985, 22p *Actualités gynécologiques*, 1986,17 :147 ; 157
28. Zeinaba D. Tumeur de l'ovaire : Aspects épidémiologique et anatomopathologiques dans le service d'anatomie et cytologie pathologique du CHU Point G Thèse Médecine USTTB 19M 62P

29. Bamako M. Tumeur ovarienne Aspects épidémiologique clinique histologique et thérapeutique dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Médecine, USTTB16M N°89p
30. Raimon Kamphy M. Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CS Réf de la commune VI Thèse médecine USTTB 10M 76
31. Traoré H. Tumeur de l'ovaire Aspect épidémiologique et anatomopathologique dans le service de cytologie et anatomie pathologique au Mali Thèse de Médecine USTTB 17M N°57p
32. Dikongue F. Microsoft Word 08M 177 doc 08M177pdf (internet). Bamako FMPOS ; 2008 disponible sur [http:// www.keneya.net /fmpos /thèse/2008/méd./PDF/08M177](http://www.keneya.net/fmpos/thèse/2008/méd./PDF/08M177)
33. Ngoma P. Contribution à l'étude des cancers à Dakar (60 cas de 1959 à 1969). Page 62. Thèse Méd., Dakar (Sénégal).1971
34. Traoré MN. Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire en milieu hospitalier Bamakois (à propos de 38 cas) page 33 ; 34. Thèse Med ; Bamako (Mali).1986
35. Vilane A. Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire 255cas observés à hôpital A. Lesantec. Page 03 ; 32. Thèse Méd. Dakar (Sénégal) 1975
36. Dicko B. Etude épidémiologique clinique échographie et anatomopathologie des tumeurs de l'ovaire dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU Point G FMPOS, USTTB 06M ; 77p
37. Blanc B. ; Gannerre M. Martin P.M. ; Jouve MP. ; Thomas M. et Serment H. Tumeur non endocrine de l'ovaire. Encycl. Méd. Chir (Paris. France) Gynécologie 680A° 4-1986, 08p
38. Blanc B Gannerre M. Martin P.M. ; Jouve MP Thomas M.et Serment H. Tumeur non endocrine de l'ovaire. Encycl. Méd. Chir (Paris. France) Gynécologie 680 B° 11-1985, 22p
39. Kazadi Buanga J. Villamizan N. De A lava E JuradaM. Lymphome malin non Hodgkinien à localisation ovarienne primaire.Rev.FR. Gynécol. Obstét.1993 ; 88 ; 104-107
40. Contamin R. ; Bernard P. ; Ferrieux J. Gynécologie générale Partie 2. P573
41. Radrianja N.S. ; Gasser B., Philippe E. Du potentiel malien de l'Adéno-fibrome et du Cystadenofibrome et 5 carcinomateux. Gynéco.Obstét. biol. Reprod. ; 1993 ; 22 :33; 38

FICHE D’ENQUETE

Numéro /

Date :

Identité :

Nom :

Prénom :

Age :

1- CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

1-1. Ethnie : / / 1 : Bambara 2 : Peulh 3 : Soninké 4 : Sonhaï 5 :  
Kassonké 6 : Malinké 7 : Bozo 8 : Sénoufo 9 : Autres

1-2. Profession : / / 1 : Ménagère 2 : Commerçante 3 : Fonctionnaire 4 : Artisan  
5 : Elève Etudiant 6 : Autres

1-3. Etat matrimonial : / /

1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve 5. Inconnu

1-4. Résidence : .....

1-5. Mode d’entrée

A: Venu d’elle-même : OUI NON

B: Référé : NON OUI

Fiche de Référence .....

CSCOM.....

Privé.....

Autres.....

C : Evacuation

Provenance : / / 1 : CSCOM 2 : Structure  
privée .....

3-Autre précisé.....

2- EXAMENS CLINIQUES :

2-1-INTERROGATOIRE :

2-1-1-MOTIFS DE CONSULTATIONS.....

2-1-2- ANTECEDENTS

2-1-3. Les ATCD PERSONNELS – Gynéco Obstétriques :

2-1-3-1. Parité / / 2-1-3- 2. Gestité / / 2-1-3-3. Vivant / / 2-1-3-4. Décès / /

2-1-3-5. Avortement / / 2-1-3-6- Infertilité / / OUI NON

Précisez : / / a : Primaire b : Secondaire c : Nombre d’année de  
Traitement.....

2-1-3-7. Contraception / / 1 OUI 2 NON

- a- Si OUI TYPES.....
- b-Durée d'utilisation:.....
- c-Effet Secondaire
- 2-1-4-Age de Dernier Enfant / /
- 2-1-5-Trouble du cycle :
- Précisez : / a : Régulier      b : Irrégulier      c: Durée .....
- 2-1-6-SIGNE : / /
1. Aménorrhée      2. Spanioménorrhée 3. Dysménorrhée      4. Autre.....
6. Ménopause / / OUI      NON
- 2-1-7. ATCD Chirurgicaux / /
1. Kystectomie      2. Ovariectomie      3. Autres à préciser.....
- 2-1-8. ATCD Familiaux / /
1. Kyste de L'ovaire      2. Cancer de L'ovaire      3. Autres à préciser.....
- 3- EXAMEN GYNECOLOGIQUE OBSTETRICAL :
- 3-1-Signes Généraux / /
- 1 : Conscience      2 : Pouls      3 : T.A      4 : Température      5 : Poids      6-  
Taille
- 3-2-Examen des seins .....
- 3-4-Examen de l'Abdomen.....
- 3-4-Examen de la Vulve .....
- 3-5-Examen au spéculum      1. Etat du col / /      a : Sain      b : Inflammatoire      c : Autres  
à préciser .....
- 3-6-Toucher Pelvien :
- Consistance du col / /      1 : Mou      2 : Ferme
- Utérus / /      1 : Normal      2 : Globuleux
- Annexes / /      1 : Sensible      2 : Non sensible      3 : rénitent
- 4- Moyens Diagnostiques
- 4-1-Clinique  
.....
- 4-2-Echographie  
.....
- 4-3-IRM.....
- 4-4-Biologie .....
- 4-5-Cœlioscopie.....

5-Prise en Charge

5-1-Médicale

Type.....

Précision.....

5-2-Chirurgicale

Type.....Précision .....

6- EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

6-1- Localisation de la tumeur : / /

a. Unilatérale droite    b-Unilatérale gauche    c. Bilatérale

6-2- Nature de L'intervention :

a. Ovariectomie    b-Kystectomie    c- Annexectomie.

6-3- Taille tumorale : //

1. T < 5cm 2.T > 5 cm

6-4- Aspect macroscopique

1. Kystique avec végétations 2. Kystique sans végétations 3. Solide avec végétations

Type Histologique.....

7- Surveillance :

7-1-Simple

7-2-Complication

Type .....

7-3-Grossesse Après :

a- Accouchement Type.....

b- Nouveau-né / / 1-Vivant    2-Mort-né

## **Fiche Signalétique**

NOM : BENGALY

PRENOM : MOUSSA

TITRE : Etude des Tumeurs Bénignes de L'ovaire au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

Tel : 79 82 79 49

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie

Secteur d'étude : Gynécologie-obstétrique

## **RESUME**

Introduction : Les tumeurs bénignes de l'ovaire est l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie gynécologique sur le plan de la clinique, de l'histologie, et du pronostic, étant donné le polymorphisme qu'elles revêtent. Elles sont bénignes dans 90% des cas. Environ 80% d'entre elles appartiennent au groupe des tumeurs épithéliales commune. Le taux d'incidence est environ 10 pour 100000 femmes dans les pays développés. En Afrique: 17% en Tunisie 2009, 6,20% au Cameroun en 2013, 0,9% à Madagascar, 6,06% au Mali en 2006. Notre étude avait pour but d'étudier les tumeurs bénignes de l'ovaire au centre de santé de référence de la commune VI. Au terme de cette étude rétrospective du janvier 2018 au décembre 2022 ; il apparaît 206 cas de tumeurs bénignes de l'ovaire. Le plus nombre a été enregistré en 2019 soit 34%. La tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon est celle de 16 à 30ans (soit 57,3%). Les patientes qui avaient un cycle menstruel irrégulier étaient plus présentées à 66,5% et 82,3% de nos patientes venaient de la commune VI. L'infertilité secondaire domine plus de 81,1% contre 18,9% pour le primaire et 87,9% de nos patientes étaient en activité. L'ovaire droit était le plus atteint avec 58,3% des cas. L'échographie abdominale était la première option pour le diagnostic des kystes de l'ovaire dans 91,3% des cas. La connaissance des facteurs de risque nous apparaît comme une nécessité car, elle permettra d'identifier les populations cibles qui devraient bénéficier de biopsie au moindre doute. Par ailleurs, l'éducation des femmes est une mesure préventive précieuse qui pourrait avoir des résultats non négligeables.

Conclusion : Les Kystes de l'ovaire sont relativement fréquents. La Pathologie survient pendant la période de la vie génitale et la ménopause. Les kystes de l'ovaire peuvent atteindre les deux ovaires.

**Mots clés** : Tumeur de l'ovaire, bénigne

Material Safety Data Sheet

NAME: BENGALY

FIRST NAME: MOUSSA

TITLE: Study of Benign Tumors of the Ovarian at the Reference Health Center of Commune VI of the District of Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: Mali

Tel: 79 82 79 49

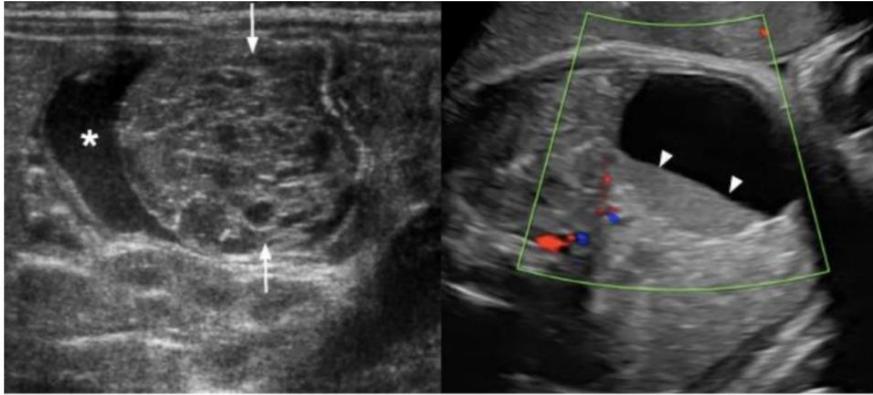
Place of deposit: Library of the faculty of medicine odontostomatology

Sector of study: Gynecology-obstetrics

SUMMARY

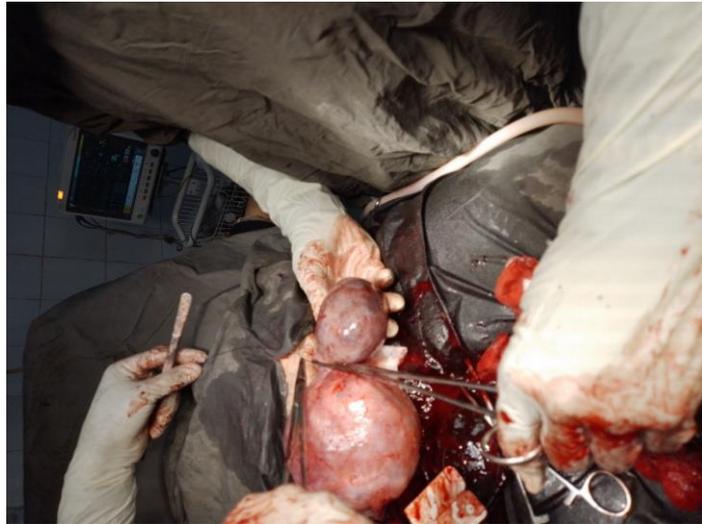
Introduction: Benign ovarian tumors are one of the most difficult problems in gynecological pathology in terms of clinic, histology, and prognosis, given the polymorphism they present. They are benign in 90% of cases. About 80% of them belong to the group of common epithelial tumors. The incidence rate is approximately 10 per 100,000 women in developed countries. In Africa: 17% in Tunisia 2009, 6.20% in Cameroon in 2013, 0.9% in Madagascar, 6.06% in Mali in 2006. Our study aimed to study benign tumors of the ovary in reference health center of commune VI. At the end of this retrospective study from January 2018 to December 2022; 206 cases of benign ovarian tumors appear. The highest number was recorded in 2019, i.e. 34%. The age group most represented in our sample is that of 16 to 30 years old (i.e. 57.3%). Patients who had an irregular menstrual cycle were more present at 66.5% and 82.3% of our patients came from commune VI. Secondary infertility dominates more than 81.1% compared to 18.9% for primary and 87.9% of our patients were active. Right ovary was the most affected with 58.3% of cases. Abdominal ultrasound was the first option for the diagnosis of ovarian cysts in 91.3% of cases. Knowledge of risk factors appears to us to be a necessity because it will make it possible to identify target populations who should benefit from biopsy if there is the slightest doubt. Furthermore, the education of women is a valuable preventive measure which could have significant results.

Conclusion: Ovarian cysts are relatively common. The pathology occurs during the period of genital life and menopause. Ovarian cysts can affect both ovaries.



A gauche kyste échogène (flèche) avec croissance liquidien (étoile)

A droite kyste anéchogène avec présence d'un niveau liquidien (têtes de flèche)



### **Torsion d'un kyste ovarien droit**



### **Serment d'Hippocrate :**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure. !**