
UNIVERSITE DE BAMAKO

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE
REPUBLIQUE DU MALI

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2009 – 2010

N°.....

ASPECT CLINIQUE EPIDEMIOLOGIQUE ET PRISE
EN CHARGE DES KYSTES OVARIENS AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI
A PROPOS DE 120 CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le200

dans la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par M. **RAIMON KAMPHY MAGASSA**

Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr Salif Diakité

Membre : Dr Boubacar Traoré

Codirecteur de thèse : Dr Issa Diarra

Directeur de thèse : Pr Sy Assitan Sow

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

- A DIEU le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux que par sa grâce j'ai pu mener à terme ce travail.
- A mon père

Très tôt, tu m'as enseigné les vertus de l'honneur, du courage, du travail bien fait. Tu seras toujours pour moi un modèle dans la vie.

Ta sagesse et ta conviction religieuse font de toi un père respecté par tous.

Tes enfants sont fiers de toi pour l'éducation reçue. Puisse Dieu te donner longue vie. Amen.

- A ma mère

Femme courageuse, infatigable, patiente et pieuse, tu as tout fait pour la réussite de tes enfants.

J'ai toujours bénéficié de ton affection qui m'a beaucoup consolé dans la vie, surtout dans des moments difficiles. Sans tes sacrifices, tes conseils et encouragements, tes prières et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Je promets avec l'accord de Dieu, de ne jamais faillir à mon devoir de fils.

Puisse ce travail récompenser tous tes sacrifices.

Très chère mère, 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 tes enfants. Amen.

- A mes frères et sœurs

Pour les liens qui nous unissent et pour encourager les plus jeunes à la persévérance et à l'endurance, parce que le chemin de la réussite dans ce monde impitoyable est long et plein d'embûches. Vous pouvez faire mieux pour le bien être de notre famille. Ce travail est aussi le vôtre. Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

-A mon oncle Sara Kanouté

Aucun mot ne pourrait exprimer sincèrement mes sentiments. J'ai constamment trouvé auprès de vous une tendresse parentale sans pareille. Votre soutien moral et matériel, vos conseils et encouragements ne m'ont jamais fait défaut.

En reconnaissance des sacrifices consentis, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- A mon oncle Feu Mankan Konaté

Cher oncle, c'est le moment pour moi de me prosterner sur votre tombe. Vous avez cultivé en nous l'amour et le respect pour les autres. Vous vous êtes battu pour notre réussite. Vous nous avez quitté pendant que j'étais au lycée.

Ce travail est le fruit de votre sacrifice. Que Dieu vous accueille dans son paradis. Amen.

- A Mme Timbo Oumou Touré

Que vous dire Oumou ?

Aucune expression ne peut sincèrement traduire mes sentiments à votre égard.

Votre humanisme profond sans pareil fait de vous la femme adorée de toutes. Je ne saurai vous remercier pour votre soutien moral sans égal.

En gardant au fond de moi le souvenir des services rendus, je serais heureux que vous trouviez ici le témoignage de ma très grande reconnaissance et ma profonde gratitude.

Remerciements

- Au Docteur KIRE Almamy Mohamed

Pour votre disponibilité et votre contribution de qualité qui ont permis la réalisation de ce travail. Des simples mots ne suffisent pas pour vous exprimer toute ma reconnaissance et mon amitié. Ce travail est aussi le votre.

- A mon cousin Frédéric Oumar Kanouté

La considération, l'estime, les conseils et l'aide que vous m'avez apportés m'ont été d'un grand soutien, puisse ce travail te témoigner ma forte reconnaissance et ma profonde gratitude.

- Aux Docteurs : Sega Konaté, Boubacar Cissé, Modibo Doumbia.

Vos conseils et vos encouragements de tous les jours n'ont jamais fait défaut tout au long de ce travail, je vous remercie infiniment pour cette amitié sincère.

- A tous mes camarades de promotion, en souvenir de nombreuses difficultés partagées tout au long de notre cycle.

- A Mme Traoré Feue Adizatou Touré

- A la famille Timbo à Bamako

- A mes amis : Harouna Traoré, Karim Keita, Emile Sissoko, Abou Sangaré, Boureima Touré, Sekouba Keita, Boubacar Konaté, Kadidia Diarra, Bintou Sogoba, Florence Dembélé, Moussa Sacko, Amadou Goita, Bakary Traoré, Karim Sémé, Ismaël Santara. Je ne saurais oublier cette sincère amitié qui force admiration qu'il me soit permis de vous réitérer ma gratitude.

- A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune VI tout en vous priant de m'excuser pour certains désagréments dans le cadre du travail, recevez à travers ce passage l'expression de ma parfaite reconnaissance.

- A ma cousine Hawa Konaté : Les mots me manquent pour t'exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Merci pour tout.

- A ma tante Mme Konaté Assitan Dembélé.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

- A mon Ami Diguidian Nomogo : Compagnon de tous les combats, merci pour m'avoir assisté dans ma vie de tous les jours et en souvenir des moments de bonheur et de peine partagés.

Puisse Allah, le miséricordieux, renforcer davantage nos liens d'amitié, j'allais dire de fraternité.

- Feu ABBE SYLVAIN CAMARA.
- A tous ceux qui de près ou de loin ont investi en moi ou contribué pour que ce travail soit réalisé.
- A tous ceux dont les noms n'ont pas été mentionnés, veuillez croire a mes sincères sentiments de reconnaissance.

En fin, au peuple malien tout entier, qui a consenti d'énormes sacrifices pour notre formation. Puisse ce travail être l'amorce des récompenses de tes sacrifices.

*H*ommages
AUX
*M*embres
DU
*J*ury

A notre Maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

❖ **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la
Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto
stomatologie (F.M.P.O.S)**

❖ **Gynécologue accoucheur au Centre Hospitalier
Universitaire Gabriel Touré**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduits par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité.

A notre Maître et Juge

Docteur Boubacar TRAORE

❖ **Gynécologue obstétricien**

❖ **Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune VI.**

❖ **Trésorier général de la SOMAGO**

Cher Maître, nous vous remercions de votre confiance en nous acceptant dans votre service.

A coté de vous, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique, à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens élevé du travail bien fait. Aussi, nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Vous êtes et restez pour nous, un exemple à suivre.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Co-directeur :

Docteur Issa DIARRA

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**
- ❖ **Médecin colonel de l'armée Malienne**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher maître, nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de co-diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre dynamisme qui font de vous un maître admiré et respecté.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Puisse ALLAH vous accorder santé et succès.

A notre Maître et Directrice de thèse

Professeur Sy Assitan SOW

- ❖ **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique a la FMPOS**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- ❖ **Chef de service de gynécologie-obstétrique au centre de sante de référence de la commune II du District de Bamako**
- ❖ **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**

Cher maître,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves.

Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre simplicité, votre disponibilité, l'esprit de tolérance et la compréhension sont au tant de qualités que vous incarnez.

Merci chère tante pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de gynécologie et d'obstétrique.

ABREVIATIONS

ACE = antigène carcino embryonnaire

A.C.T.H. = adrèno corticotrophique hormone

ADH = antidurétique hormone

AFP = alpha foeto protéine

AUG.VOL.ABDO = augmentation du volume de l'abdomen

CA125 = cancer antigène 125

CHIR = chirurgie

CNGOF campus national de gynécologie obstétrique français

CY = cyclophosphate

EXPLOR = exploration

F.I.G.O. = fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

FSH = hormone de stimulation folliculaire

FU = 5.fluoro uracile

GYNECO = gynécologie

HCG = hormone gonado tropine chorionique

H.T. = hysterectomie totale

AT = annexectomie totale

LB = lavement baryté

LH = hormone luthéinisante

O.M.S. = organisation mondiale de la santé

RC = réponse complète

RNA = acide ribo nucléique

RP = réponse clinique partielle

RX = radiographie

TA = tension artérielle

T. = tumeur

UIV = urographie intra-veineuse

I^{RE} = primaire

II^{RE} = secondaire.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION ET OBJECTIFS :	-----13
II – GENERALITES :	-----16
II – METHODOLOGIE :	-----35
IV – RESULTATS :	-----44
V - COMMENTAIRES ET DISCUSION :	-----54
VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	-----59
VII - REFERENCES :	-----61
VIII – ANNEXES :	-----68

I INTRODUCTION

L'ovulation consiste en la libération d'un ovule (parfois deux) par l'ovaire.

Avant cela, l'ovule est recruté au sein d'une poche de liquide appelée follicule et y connaît une période de croissance. Il arrive parfois qu'au cours du cycle normal de l'ovulation on observe une hypertrophie du follicule qui présente une taille supérieure à sa taille normale de trois centimètres. On parle alors de kyste de l'ovaire.

La pathologie annexielle constitue l'un des motifs les plus fréquents de consultation Gynécologique, comme l'une des indications les plus fréquentes en chirurgie gynécologique : 5 à 7% des femmes développent une tumeur ovarienne au cours de leur vie [1]

Les kystes ovariens peuvent être :

- fonctionnels
- Ou organiques (lésions vraies), bénins ou malins

. Un grand nombre de ces kystes sont dits **fonctionnels**, correspondant soit à des gros follicules pré ovulatoires ou anovulatoires (> à 3cm, il est à noter que le follicule ovulaire De Graaf mesure 22mm), soit à des corps jaunes kystiques. Ils disparaissent spontanément. Ils constituent les kystes les plus fréquents, avec une prévalence de 20% chez les femmes en période d'activité génitale et 5% après la ménopause. Ils sont favorisés par les inductions de l'ovulation.

Ces kystes régressent spontanément dans 90% des cas, en quelques semaines.

Il a longtemps été classique de dire que les kystes fonctionnels n'existaient pas après la ménopause. Pourtant, il a été montré que 5% des patientes ménopausées présentent un kyste fonctionnel. Les kystes uniloculaires doivent donc être correctement évalués avant d'être opérés [1]

. **Les kystes ovariens organiques sont le plus souvent bénins.** Seules 5% des masses annexielles organiques diagnostiquées avant la ménopause sont néoplasiques ; et environ 15% après la ménopause (CNGOF : Campus National de Gynécologie Obstétrique : Kyste des Ovaires Item 342 Module 11 P7). Les kystes ne constituent pas des lésions pré néoplasiques et doivent être pris en

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI charge de façon simple afin de ne pas altérer la vie ultérieure des femmes, en terme de fertilité, de douleurs séquellaires ou d'exérèse inutile d'organes sains.

C. Inversement le cancer de l'ovaire est une pathologie de mauvais pronostic, qui nécessite un traitement adapté.

Ceci nous motiva à initier un travail sur les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des kystes ovariens au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

OBJECTIFS :

Objectif Général :

Etudier les aspects cliniques, épidémiologiques, et prise en charge des kystes ovariens au centre de santé de référence de la commune VI.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des kystes ovariens
- Déterminer le profil sociodémographique des patientes
- Décrire les manifestations cliniques
- Donner les aspects cliniques et les modalités de prise en charges des kystes ovariens

II GENERALITES

A-) EMBRYOLOGIE DE L'OVAIRE

Les connaissances embryologiques sur l'organogenèse des gonades sont imparfaites du fait de l'existence de deux ébauches communes aux deux sexes d'une part, et la coexistence dans le blastème génitale de deux éléments de valeur différente d'autre part [23].

- La lignée de cellules germinales ;
- La lignée de cellules nourricières.

La différenciation des blastomères en lignée somatique et en lignée germinale est précoce. La cellule germinale primordiale ou GONOCYTE est une cellule arrondie à noyau vésiculeux avec un cytoplasme riche en graisse vitelline et de dimension supérieure à celle des cellules somatiques [3, 23] de 20 à 25 µm.

Les GONOCYTES PRIMORDIAUX proviennent du mésoblaste extra embryonnaire. L'origine ENTOBLASTIQUE était habituellement admise [3] certains biologistes les considèrent comme transitoires. Ils seront remplacés par des GONOCYTES SECONDAIRES dérivés de l'ébauche gonadique précocement isolés chez l'homme avant la formation des premiers somites et situés dans une région derrière la ligne primitive appelée croissant génital [23] ; la destruction précoce de cette zone empêcherait l'apparition ultérieure des gonocytes chez l'embryon. Le fœtus sera castré.

Au 21^e jour les gonocytes sont vus en zone située entre l'ébauche de l'allantoïde et la partie voisine de la jeune vésicule ombilicale.

Par des mouvements amiboïdes [3, 23] ; ils migrent vers la paroi latérale et dorsale de l'intestin. Ils atteignent l'EPITHELIUM COELOMIQUE qui recouvre la face antéro-interne du CORPS DE WOLFF. La nidation se fait dans l'épaisseur de cet épithélium vers la 6^e semaine, ils s'y multiplient jusqu'à atteindre un nombre de 5 à 6 millions à la 30^e semaine. Si les gonocytes s'arrêtaient au cours de leur migration, cela entraînerait la formation de certaines tumeurs tels que les TERATOMES [23].

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

Ce sont les gonocytes qui induisent la formation des gonades. Chez l'embryon de 5mm de long l'épithélium qui recouvre la face antero-interne du corps de WOLFF se dispose en deux ou trois assises cellulaires, devient L'EPITHLIUM GERMINATIF DE WALDEYER. L'épithélium germinatif continue à s'épaissir, devient plus proéminent, bombe dans la cavité coelomique et forme la CRETE GENITALE qui est vite colonisée par les gonocytes.

La différenciation de la GONADE FEMELLE survient quand l'Embryon atteint 20mm de long.

L'épithélium de la crête génitale prolifère et donne naissance à des cordons sexuels : LES CORDONS OVIGENES OU de VALENTIN PFLUGER. Ceux-ci se ramifient et s'anastomosent entre eux. La prolifération se poursuit, les OVOGONIES se forment et jusqu'aux derniers mois de la grossesse où les cordons de valentin-pfluger se fragmentent et donnent des unités morphologiques appelées FOLLICULES PRIMORDIAUX entourés de cellules folliculeuses d'origine mésenchymateuse.

Le nombre de follicules PRIMORDIAUX à la naissance est de 3 à 400.000. Le plus grand nombre dégénère chez la fillette.

Les autres évoluent les uns après les autres à partir de la puberté. La persistance de quelques débris de cordons épithéliaux au centre de l'ovaire entraîne la formation de tumeurs ovariennes rappelant les tumeurs testiculaires : les SEMINOMES [23].

Vers la 6^e semaine les ovaires ovoïdes sont en rapport avec les canaux de WOLFF& de MÜLLER par sa face interne. Au 3^e mois verticaux, ils se positionnent transversalement. Au 5^e mois, gros de 20mm de long et 5 mm d'épaisseur ils se trouvent au-dessus de la crête iliaque. Aux 9^e -10 mois ils pénètrent dans le petit bassin.

B-) HISTOLOGIE DE L'OVAIRE

Une coupe parallèle aux deux faces de l'ovaire fait apparaître deux zones distinctes : une zone périphérique qui est la corticale et une zone centrale la médullaire.

Le péritoine ne recouvre pas l'ovaire. La surface de l'ovaire est recouverte par un épithélium appelé EPITHELIUM OVARIQUE. L'ovaire comporte essentiellement quatre parties :

- L'Epithélium Ovarique ;
- La Corticale ;
- Le Stroma ;
- La Médullaire.

1/ L'épithélium ovarique

Il enveloppe l'ovaire. Il se continue avec le péritoine au niveau du hile selon une ligne sinueuse appelée LIGNE DE FARRE WALDERYER. Polymorphe, il est formé d'une assise de cellules cubiques, parfois cylindriques ciliées ou endotheliformes. Sous l'épithélium, le Stroma Ovarique sous-jacent se condense en une lame conjonctive c'est L'ALBUGINEE (de grande importance dans le syndrome de Stein-Leventhal).

Le rôle de cet épithélium est un rôle de protection.

2/ La corticale

Elle est blanche, ferme, constituée d'un stroma dans lequel on rencontre dans un ordre dispersé de multiples organites. Les organites sont les follicules de DEGRAAF et les structures qui en dérivent. Ainsi on y distingue deux groupes d'appareils : l'un folliculaire, l'autre progestatif.

2-1/ L'appareil folliculaire

Tissus noble de l'ovaire, il est constitué par les follicules qui sont à des stades évolutifs différents dans l'ovaire :

- *Les follicules primordiaux* : ils sont jeunes, 50 à 80 μ diamètre, formés d'un ovocyte de 1^{er} ordre d'une assise cellulaire épithéliale, d'une vitrée qui est l'ébauche de la membrane de Slavjanski.

- *Les follicules évolutifs ou gamétogénèse* ils comprennent les follicules primaires ou follicules en voie de croissance, les follicules secondaires plus volumineux, et les follicules mûrs.

L'évolution en follicule mûr est marquée par l'apparition d'une cavité ou ANTRUM pleine de liquide dans le massif des cellules folliculeuses, l'apparition des thèques (interne et externe), l'accroissement de l'ovocyte (150 à 200 μ), la formation de la GRANULOSA, du CUMULUS OOPHORUS (DISCUS PROLIGER) et de la membrane de Slavjanski (qui sépare la granulosa de la thèque).

Seuls 300 à 400 follicules primordiaux subissent le cycle complet de la maturation à partir de la puberté.

Les follicules involutifs : la majorité des follicules dégénèrent et meurent. Ils entraînent la présence d'organites nouveaux dans l'ovaire. Les follicules primordiaux et primaires disparaissent par histolyse totale sans laisser de traces durables ce sont des follicules dégénératifs. Les autres, selon leur morphologie et leur mode de dégénérescence, se transforment en follicules atrésiques (ou follicules déformés), FOLLICULES KYSTIQUES (souvent siège d'hémorragie intra cavitaire), FOLLICULES PLISSES (follicules rompus, vidés et ridés).

Parfois la dégénérescence s'annonce par l'apparition de corps de CALL & EXNER qui sont de petits corpuscules de liquide folliculaire inclus dans la granulosa et autour desquels un rang de cellules folliculeuses s'ordonne en rosette régulière.

2-2/ L'appareil progestatif

Après l'ovulation, le follicule déhiscent donne naissance à un organe spécial nommé CORPS JAUNE. On l'appellera corps progestatif (ou Menstruel) durant la période où il prépare la gestation, CORPS Jaune gestatif (ou gravidique) durant la grossesse. L'appareil progestatif évolue successivement en :

- *Corps progestatif jeune* : formé quelques heures après l'ovulation

- *Corps progestatif mûr* : qui est un organites sphéroïdal de 20mm de diamètre une dizaine de jours après la ponte et qui comprend trois parties : le coagulum central (masse fibreuse avec une couche périphérique vascularisée) ; la couche glandulaire dérivée de la granulosa et de la thèque interne ; la membrane externe fortement vascularisée dérivée de la thèque externe.

- *Corps progestatif involué* : L'involution commence vers le 25^e ou le 26^e jour d'un cycle menstruel de 28 jours. La dégénérescence se fait par lyse rapide et totale de toute la masse du corps. Le plus souvent l'involution donne naissance soit au corps lipoïde (chargé de grasse et imprégné de lutéine) ou corps jaune vrai de Malpighi, soit au corps fibrohyalin dit de RABL. Au stade ultime on a le corpus ALbicans de MALPIGHI.

3/ Le stroma

Il est presque uniquement formé d'éléments cellulaires fusiformes groupés en faisceaux et enchevêtrés. Ce sont essentiellement des cellules conjonctives jeunes, des polyblastes qui entretiennent la RENOVATION du contingent cellulaire en constant remaniement du fait de l'évolution des follicules. Se glissent entre les cellules :

- De fines fibres collagènes
- Des vaisseaux sanguins clairsemés
- Des lymphatiques uniquement au moment de la formation du follicule mûr
- Parfois des îlots nécrotiques et calcifiés, plus souvent sclérotiques.

4/ La médullaire

Molle, rouge, spongieuse, très vascularisée, elle a une importance physiologique moins grande. Au milieu de fibres élastiques, conjonctives et musculaires lisses, on trouve :

- Quelques relicats Embryonnaires (le Rete ovarii, les débris de cordons médullaires) ;
- Des vaisseaux : les ramifications des artères ovariennes, un système veineux un réseau lymphatique riche et stable ;
- Des filets nerveux.

C-) ANATOMIE DE L'OVAIRE

Organes pairs, les ovaires constituent les glandes génitales femelles

1/ Situation générale, forme, dimensions, orientation

Les ovaires sont situés dans le petit bassin ; un à droite un à gauche. Ils constituent avec les trompes ce qu'on appelle les annexes.

Les ovaires ovoïdes de volume variable selon les conditions physiologiques (activités génitales grossesses ménopause) il pèsent 6 à 8 g et mesures de long 2 cm de large 1cm d'épaisseur. Ils sont de couleur blanc rouge ou grisâtre. L'aspect extérieur varie au différent âge de la vie : en forme de languette blanche aplatie de 2 à 3cm chez le nouveau né ; il est irrégulier et mamelonné chez l'adulte et a une tendance à l'atrophie pendant la ménopause (il devient alors lisse et de dureté ligneuse).

Si l'utérus et le bassin sont dans leur inclinaison normale, le grand axe de l'ovaire est sensiblement vertical chez la nulligeste. Chez la multigeste le grand axe est franchement oblique en bas et en dedans.

2/ Les moyens de fixité de l'ovaire

Les moyens de fixité de l'ovaire sont constitués par quatre ligaments.

La faiblesse de ces ligaments donne une mobilité importante de l'ovaire

2-1/ Le ligament suspenseur de l'ovaire

C'est le moyen de fixité le plus efficace. IL est constitué de fibres conjonctives et de fibres musculaires entourant les vaisseaux ovariens.

IL se confond à son origine avec le tissu sous péritonéal de la région lombaire .IL porte en bas en avant et en dedans. Franchissant les vaisseaux iliaques externes à 2cm en avant de l'uretère, il entre dans le bassin, et forme sur une courte longueur le bord supérieur du ligament large. Très élastique il sur croise l'uretère au-dessous du détroit supérieur.

Dans le ligament large, il s'épanouit en trois faisceaux [23]. :

- Un faisceau externe qui se fixe au pavillon ;
- Un faisceau moyen qui gagne la trompe et l'extrémité tubaire de l'ovaire ;
- Un faisceau interne qui se continue dans le ligament large jusqu'au bord latéral de l'utérus.

2-2/ Le ligament infundibulo ovarique

Il se confond avec le faisceau externe du ligament suspenseur de l'ovaire. Il est tendu au pavillon tubaire au pôle tubaire de l'ovaire. Il constitue l'axe de la frange ovarique (FRANGE DE RICHARD). C'est le ligament de captation qui assure le contact entre l'ovaire et le pavillon.

2-3/ Le ligament propre de l'ovaire

C'est un cordon arrondi, constitué de fibres conjonctives et de fibres musculaires d'origine utérine. Il mesure 30 à 35mm de long. Il naît de la corne utérine en arrière et en dessous de la trompe. Il se fixe au pôle inférieur de l'ovaire.

2-4/ Le mésovarium

C'est un court méso qui unit l'ovaire au feuillet postérieur du ligament large. Les deux feuillets de ce méso se fixent sur les lèvres du hile ovarien suivant la ligne limitante du péritoine de FARRE WALDEYER. Il assure les mouvements de charnière à l'ovaire.

3/ Les rapports de l'ovaire

Etudié en place, l'ovaire est situé dans une loge ouverte en dedans, limitée par la trompe, le mésosalpinx et la paroi. Le mésosalpinx souvent très long en dehors se rabat en arrière avec la trompe et masque l'ovaire. Dans ce cas l'ovaire est encapuchonné par le mésosalpinx qui détermine deux recessus :

- En dedans le recessus tubo-ovarique d'un grand intérêt physiologique au cours de la ponte ovarique ;
- En dehors le recessus ovaro pariétal en regard de la paroi.

3-1/ La face latérale de l'ovaire répond :

a) chez la nullipare à la fossette ovarique (dite de KRAUSE) définie par en arrière : le vaisseaux iliaque internes et l'uretère ; en avant : l'attache pelvienne du ligament large ;

En haut : les vaisseaux iliaques externes qui la séparent du psoas ;

En bas : l'origine des artères ombilicale et utérine.

Dans l'aire de la fossette sous le péritoine cheminent le nerf et les vaisseaux obturateurs.

b) chez la multipare à la fossette infra-ovarique (dite de Claudius) limitée :

En avant par l'uretère et artère utérine ;

En arrière par le bord du sacrum ;

En bas par le bord supérieur du piriforme dans le tissu cellulaire sous péritonéal, cheminent les vaisseaux et les nerfs gluteaux.

3-2/ La face médiale

Cette face répond soit directement soit par l'intermédiaire du mesosalpinx : aux anses grêles, caecum et appendice à droite le côlon pelvien à gauche.

3-3/ Le bord mésovariique ou hile de l'ovaire

Il est limité par la ligne d'attache du mésovarium ou ligne limitante du péritoine de Farre Waldeyer.

En avant il répond à la fossette pré-ovarique qui est une dépression formée en avant par le pli antérieur et en arrière le pli supérieur du ligament large.

3-4/ Le bord libre

Il longé en dedans par la frange ovarique de RICHARD et entre en contact avec l'uretère lorsqu'il est situé dans la fossette ovarique ; avec le sacrum lorsqu'il est la fossette infra ovarique.

3-5/ L'extrémité tubaire

Elle est située à un centimètre au-dessous des vaisseaux iliaques externes chez la nullipare. Elle s'en éloigne progressivement chez la multipare. Elle entre en rapport avec les organes des fosses iliaques en particulier l'appendice qui peut être très proche de l'extrémité tubaire de l'ovaire droit.

3-6/ L'extrémité utérine

Plus proche du plancher pelvien

4/ Vaisseaux et nerfs

4-1/ Vaisseaux sanguins

4-1-1/ Les artères

Deux artères assurent principalement la vascularisation de l'ovaire. L'artère ovarique et l'artère utérine.

Jusqu'à l'âge de 25 ans l'artère ovarique constitue la principale artère d'irrigation de l'ovaire. Entre 25 et 45 ans les artères assurent de façon proportionnelle cette vascularisation et après 45 ans, l'artère utérine constitue la seule vascularisation de l'ovaire sénile.

a) L'artère ovarique naît dans 80% des cas de la face antérieure de l'Aorte entre l'artère rénale en haut et la mésentérique inférieure en bas. Selon Notkovich [23] dans 14% des cas elle naît de l'artère rénale.

Elle se dirige vers l'extrémité tubaire de l'ovaire et se divise en deux branches annexielles L'artère tubaire et l'artère ovarienne qui peuvent s'anastomoser avec les branches homonymes de l'artère utérine.

b) L'artère utérine se termine au niveau de la corne utérine classiquement en trois branches dont une destinée à l'ovaire : c'est la branche ovarique interne qui longe le ligament propre de l'ovaire et aborde le hile.

4-1-2/ Les veines

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

- Une arcade infra-ovarique simple en dehors ; elle devient plexiforme et s'anastomose en dedans avec les veines utérines
- Le système afférent constitué par deux groupes de veines :
- En dehors les veines longues étirées se résumant en un ou deux troncs ; 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 :

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

Une ascendante c'est le plexus péri artériel qui, à une dizaine de centimètre de sa terminaison se résout en une seule veine ovarienne qui se jette à droite dans la VEINE CAVE INFÉRIEURE et à gauche dans la VEINE RENALE GAUCHE. Ces veines ovariennes croisent l'uretère au niveau de L4-L5 et donnent comme complications des pyélonéphrites récidivantes pendant la grossesse par le phénomène de compression. C'est le syndrome de la veine ovarienne ;

Une descendante par l'anastomose de l'extrémité de l'arcade infra-ovarienne avec les veines utérines.

4-2/ Les vaisseaux lymphatiques

Les vaisseaux lymphatiques quittent l'ovaire avec les vaisseaux sanguins. Important plexus au niveau du hile, ils deviennent moins denses en montant. Ils quittent les vaisseaux ovariens au niveau du pôle inférieur du rein. Ils se terminent dans leurs relais nodaux ; à droite ils aboutissent aux nœuds lymphatiques lombaux latéraux et pré-aortiques localisés du pédicule rénal à l'artère iliaque commune gauche.

La diffusion lymphatique peut se faire directement à la citerne de PECQUET d'où la gravité des cancers ovariens. Une voie lymphatique accessoire se jette dans les nœuds de la chaîne iliaque externe.

4-3/Les nerfs

L'innervation des ovaires a une double origine : Le plexus ovarien et le plexus hypogastrique inférieur.

Le plexus ovarien naît de deux racines : le ganglion coeliaque et les racines supérieures du nerf splanchnique pelvien. Le nerf latéral de l'utérus, branche du plexus hypogastrique donne deux filets situés dans l'épaisseur du ligament propre de l'ovaire.

Les deux systèmes nerveux présentent entre-eux une anastomose infra ovarienne.

D-) PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE

L'ovaire abrite les ovocytes formés très tôt au cours de la vie embryonnaire. C'est à partir de la puberté et jusqu'à la ménopause qu'il assure pleinement ses deux fonctions essentielles : la libération d'un ovocyte prêt à être fécondé et la sécrétion des stéroïdes sexuels.

1/ La folliculogénèse

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

- 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.
- 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).
- 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 formé son antrum 2 mois plutôt. Il est ainsi possible de tracer les grandes lignes d'une cinétique de la croissance folliculaire :

1 Apparition de l'antrum ;

2 Le recrutement ;

3 La sélection ;

4 La maturation folliculaire ;

5 L'ovulation ;

6 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 LUTEALE. La phase folliculaire est variable. La phase lutéale dure 2 semaines.

Croissance folliculaire, formation et maturation du corps jaune sont déterminées par un ensemble complexe d'actions hormonales où contrôle et rétrocontrôle se mêlent .ainsi LES GONADOTROPHINES HYPOPHYSAIRES FSH ET LH commande 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 (ovocyte, cumulus, granulosa, thèque) exerce des influences régulatrices sur chacun des autres.

2/ La stéroïdogénèse

L'ovaire humain sécrète trois types d'hormones stéroïdes : les hormones oestrogènes, progestatives et androgènes.

Le rôle essentiel du follicule ovarien dans la sécrétion oestrogènes 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 :

- Cellules interstitielles du stroma
- 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

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI
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.

E-) EXPLORATION DE L'OVAIRE

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

1/ Exploration ultrasonique

La gynécologie-obstétrique est un domaine d'application large de L'ECHOGRAPHIE. L'intérêt de cet examen est double : d'une part l'innocuité des ultrasons de même que la présence de milieu favorable 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.

L'examen Echographie gynécologique est fait vessie pleine.

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/ L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Elle est également absente dans notre pays. En Imagerie 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 [41]. Les 2 ovaires sont visibles (dans le plan frontal) dans 30% des cas. Il peut y avoir des interférences digestives. L'anatomie IRM montre que l'ovaire apparaît homogène, de signal comparable au myomètre.

4/ La cœlioscopie

Réalisée, elle constitue un moyen d'exploration de certitude. Elle permet de réaliser les ponctions percoelioscopiques, les Biopsies et actuellement la chirurgie percoelioscopiques. Elle est contre-indiquée en cas de masse pelvienne importante ou suspicion d'adhérences pelviennes.

F-) EPIDEMIOLOGIE DES KYSTES OVARIENS

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.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI
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 [6, 26, 28].

Les tumeurs de l'ovaire tiennent aux Etats-Unis et au Canada le 5^e rang après les tumeurs du sein, du colon, du col et corps de l'utérus [26]. En France, 3 000 nouveaux cas par an environ sont diagnostiqués [26, 28].

L'incidence est faible en Asie et en Afrique qu'en Europe et aux Etats-Unis [15].

Les Tumeurs Epithéliales étant de loin les plus fréquentes, on peut considérer que ces chiffres représentent sensiblement les taux d'incidence des cystadénocarcinomes de l'ovaire [28].

2/ Mortalité

Les tumeurs de l'ovaire représentent environ 5P.100 des causes de décès par cancer de la femme : Elles occupent ainsi le 5^e rang [28]. Le taux de mortalité augmente régulièrement entre 1 à 3 P.100 par an selon les pays. En France 2 50 à 300 décès par an sont enregistrés [6].

Le cancer de l'ovaire reste redoutable puisque le taux de survie à 5 ans pour tous stades confondus ne dépasse pas 30% [6, 26, 28, 41].

Le ratio mortalité/Incidence est très élevé : c'est un des cancers les plus redoutables après ceux de l'estomac et du poumon.

G-) CLINIQUE

Les kystes de l’ovaire sont très souvent latents et découverts par la perception d’une masse pelvienne ou remontant au dessus de la symphyse ou encore lors d’un examen échographique systématique dans la période péri ménopausique. Parfois, c’est a l’occasion d’un examen décidé devant :

- une sensation de pesanteur,
- tiraillement dans le petit bassin,
- des anomalies des règles,
- des troubles urinaire : dysurie, pollakiurie,
- une infécondité.

2.1. L’examen révèle

Une masse pelvienne d’abord qui est tendue, indolore, mais surtout indépendante de l’utérus. Les mouvements du col, pris entre deux doigts vaginaux, n’entraînent pas le déplacement de la main abdominale posée sur le pôle supérieure de la masse. Un doigt vaginal dans le cul-de-sac latéral s’interpose facilement entre le corps utérin et le kyste donnant l’impression d’un sillon entre l’utérus et la masse annexielle.

Si le kyste est volumineux ou évolué, il a alors une localisation abdomino-pelvienne voire abdominale. Il convient alors de le distinguer cliniquement de l’ascite par l’existence :

- d’une matité convexe en haut
- d’un vide sous-costal en position demi assise
- et par l’absence de matité dans le flanc.

Toutefois, le diagnostic est très difficile cliniquement car il peut être gêné par des adhérences ou encore par un kyste enclavé dans le Douglas ou inclus dans le ligament large.

2.2. Les complications

2.2.1. Les complications dégénératives

Actuellement l'ensemble des auteurs modernes, F. CABANNE (Dijon), R.E. SCULLY (Boston), estiment que le caractère bénin ou malin des tumeurs ovariennes est fixé d'emblée et que les formes de passage de l'une à l'autre de ces états, bien qu'encore admis es pour les tumeurs « borderline », soient de plus en plus rarement rencontrées. Le problème reste donc posé des kystes présentant des végétations intra mais surtout extra kystiques qui doivent être considérées comme des tumeurs « borderline ».

2.2.2. Les complications non dégénératives

- la torsion du kyste de l'ovaire

La torsion du kyste de l'ovaire est le plus fréquemment rencontrée. Il s'agit d'un accident aigu, avec de violentes douleurs abdominales constantes, vives, sans colique véritable. Un état de choc s'installe rapidement et le ventre se météorise sans que la défense pariétale soit évidente. L'examen échographique reconnaît la présence d'une tumeur kystique en localisation soit pelvienne, soit abdominale.

- L'hémorragie

L'hémorragie : elle est le plus souvent intra kystique mais elle peut être intra-péritoneale.

- La rupture

La rupture : la rupture du kyste ovarien, même volumineux, se traduit cliniquement par une violente abdomino-pelvienne et la disparition à l'examen clinique de la masse pelvienne. Il existe des ruptures :

- Aseptique s'accompagnant d'un syndrome abdominal aigu, rappelant à l'étage hypogastrique celui de la perforation de l'ulcération duodénale,
- Septique qui surviendra à la suite, d'une torsion du pédicule du kyste et du sphacèle qui en résultera et/ou de la perforation d'un kyste infecté.

- L'infection subaiguë

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI
L'infection subaiguë : elle évolue aussi par poussées successives qui résisteront aux traitements médicaux.

- Compressions
 - Compression vésicale avec une pollakiurie digestive avec des constipations et un état sub-occlusif.
 - Les développements monstrueux de certains kystes, atteignant plusieurs décalitres avec oedème des membres inférieurs, compression de la veine cave, menant au faciès de Spencer Wells.
- Au cours de la grossesse

Au cours de la grossesse :

- Les kystes peuvent se compliquer : torsion, infection, voire rupture. Il faut y penser dans les suites de couches.
- Un kyste abdominal peut déterminer une présentation dystocique.
- Les kystes pelviens praevia forment des obstacles irréductibles car ils n'ascensionnent pas contrairement aux fibromes.

L'intervention se justifie au cours du quatrième mois (après le relais placentaire).

3. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Trois examens sont particulièrement importants :

3.1. L'échographie

L'échographie qui va permettre de préciser qu'il s'agit bien d'un kyste dont on précise les dimensions et les caractères : uni ou multiloculaire, l'épaisseur des parois, l'existence ou non de végétations endo ou exo kystiques. Les caractéristiques échographiques font évoquer en présence d'un kyste la possibilité d'une dégénérescence maligne.

3.2 La radiographie simple de l'abdomen

La radiographie simple de l'abdomen peut être utilisée pour rechercher des calcifications lorsqu'il y a un kyste dermoïde.

3.3. La coelioscopie.

La coelioscopie sera indiquée pour préciser la nature histologique du kyste et procéder à l'exérèse endoscopique de la paroi du kyste.

4. TRAITEMENT

4.1. La coeliochirurgie représente le traitement préférentiel des kystes ovariens. L'endoscopie gynécologique permet de contrôler l'état de la paroi du kyste, de procéder à son exérèse dans le même temps opératoire : kystectomie par coeliochirurgie. La présence d'une endométriose évoluée avec de très nombreuses localisations péritonéales et des adhérences digestives indiquera un traitement antigonadotrope mettant au repos complet les ovaires permettant d'obtenir une régression des kystes et facilitera leur exérèse endoscopique ultérieure, après 6 à 9 mois de traitement. L'examen histologique extemporané de la tumeur apporte le diagnostic POSITIF.

4.2. La laparotomie

La laparotomie n'est indiquée que lorsqu'il existe une suspicion de malignité ou pour les tumeurs à la limite de la malignité.

La laparotomie permet d'effectuer un contrôle de l'ensemble de la cavité abdominale et, en cas de signes de malignité, une intervention élargie et radicale de sécurité.

III METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Présentation du centre de référence de la commune VI.

Historique :

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 de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-Est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM excepté Sokorodji et Dianéguela qui ont en commun un CSCOM, Niamakoro et Yirimadio qui en ont deux chacun.

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI
Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

2. Organisation du service :

a) Infrastructure du service

Le service se compose de deux bâtiments :

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire,est composé de :
 - Deux salles d'opération,
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgien
 - Une salle de consultation pré-anesthésique,
 - Une salle de nettoyage des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
 - Au rez-de-chaussée on a :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
 - Une unité de consultation prénatale
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
 - Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
 - Une unité ORL.
 - Une unité ophtalmologique

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

- Une unité odonto-stomatologique.
- Un laboratoire
- Une salle d'injection.
- Une salle de pansement
- Une unité PEV
- Une pharmacie pour médicaments génériques
 - A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
 - Une salle de consultation gynécologique
 - Une salle de consultation pédiatrique
 - Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
 - Une unité de planning familial.
 - Une unité de consultation post natale.
 - Une salle de réunion
 - Des toilettes.

Ailleurs, on a :

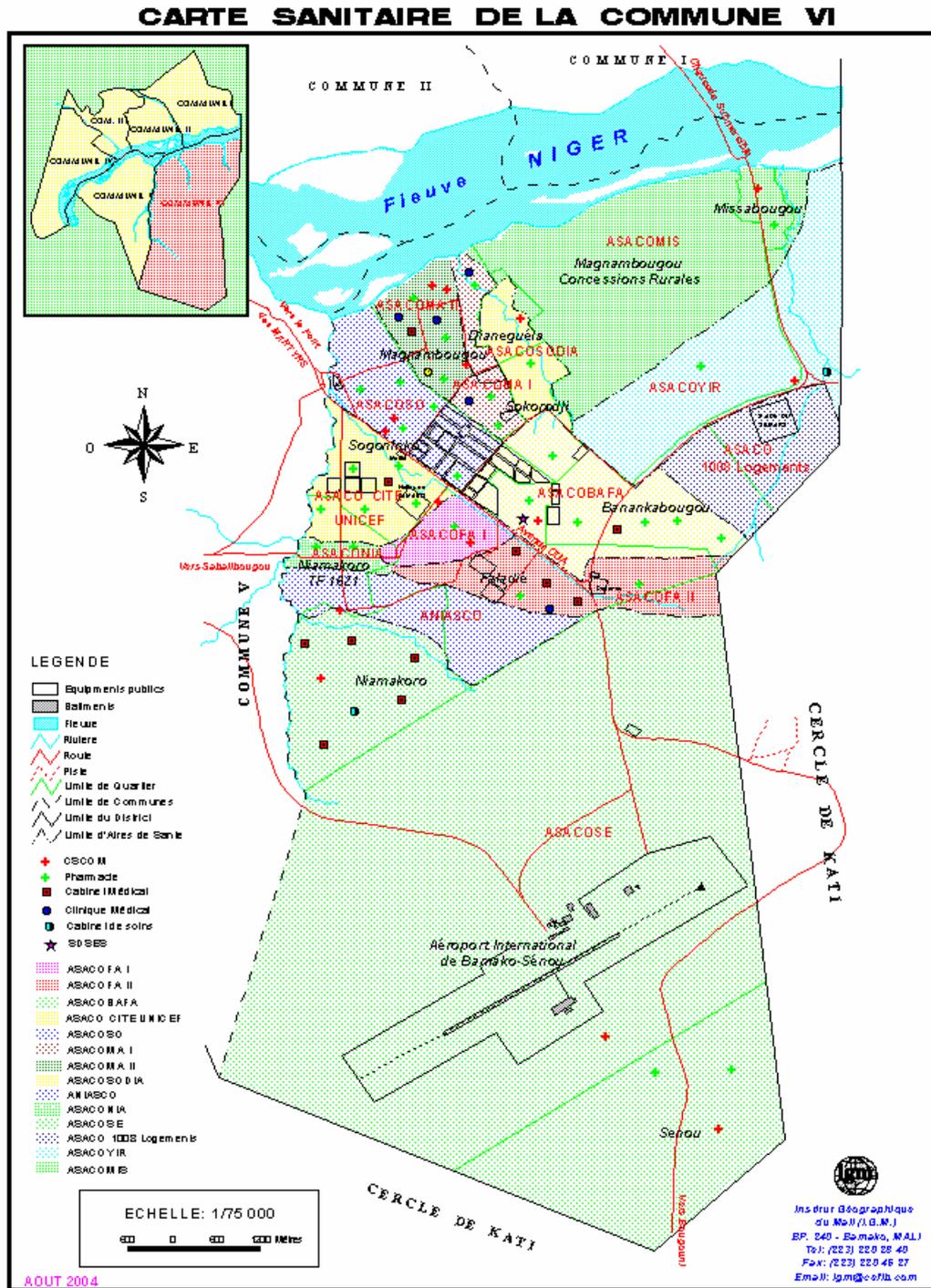
- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

b) Le personnel :

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	1
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
Radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

Gardiens	2
Chauffeurs	3
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manceuvres + gardien	9
Total	139



c) Fonctionnement du service :

Une réunion se tient tous les jours à huit trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service

Des consultations gynécologiques les Lundis et Mardis

Le dépistage du cancer du col les Mercredis

Deux séances d'échographies par semaine

Un programme opératoire réservé aux jeudis

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi

⇒ *Une salle de réveil,*

⇒ *Une salle de préparation pour chirurgien*

⇒ *Une salle de consultation pré anesthésique,*

⇒ *Une salle de nettoyage des instruments,*

⇒ *Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.*

⇒ *Un second bâtiment en étage :*

⇒ *Au rez-de-chaussée on a :*

⇒ *La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.*

⇒ *Une unité de consultation prénatale*

⇒ *Deux salles de consultation pour médecin généraliste.*

⇒ *Une salle de consultation pour médecin chirurgien.*

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

⇒ *Une unité ORL.*

⇒ *Une unité ophtalmologique*

⇒ *Une unité odonto-stomatologique.*

⇒ *Un laboratoire*

⇒ *Une salle d'injection.*

⇒ *Une salle de pansement*

⇒ *Une unité PEV*

⇒ *Une pharmacie pour médicaments génériques*

⇒ *A l'étage on a :*

⇒ *Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, système informatique sanitaire, service d'hygiène}*

⇒ *Une salle de consultation gynécologique*

⇒ *Une salle de consultation pédiatrique*

⇒ *Une salle d'hospitalisation pédiatrique.*

⇒ *Une unité de planning familial.*

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale.

3. Période d'étude :

Janvier 2007- janvier 2009 soit une période de 2 ans

4. Population cible :

Toutes les patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique du CSREF de la commune VI.

5. Critères d'inclusion :

Toutes femmes présentant un kyste de l'ovaire fonctionnel ou organique bénin.

6. Critères de non inclusion :

Ne font pas partir de notre étude :

Les tumeurs malignes de l'ovaire.

7. Collecte des données :

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête a travers :

- des registres de consultations externes
- le registre de protocole opératoire,
- des dossiers d'hospitalisations,
- la fiche de référence / évacuation,

8. Traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word et analysées sur le logiciel EPI info version 6.

IV RESULTATS

Au cours de la période de deux ans Janvier 2007 à Janvier 2009, nous avons recensé 120 kystes de l’ovaire sur 4136 patientes collectées, soit une fréquence de 2,90 %.

CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES

TABLEAU I : REPARTITION DES PATIENTES SELON LES TRANCHES D’AGE

Tranche d’âge	Effectifs	%
15 – 19 ans	16	13,33
20 – 24 ans	24	20
25 – 34 ans	76	63,3
35 – 44 ans	3	2,5
45 – 67 ans	1	0,8
Total	120	100

63,3 % des patientes avaient un age compris entre 25-34 ans

TABLEAU II : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA PARITE

Parité	Effectifs	%
Nullipare	38	31,7
Primipare	26	21,7
Paucipare	43	35,8
Multipare	8	6,7
Grande multipare	5	4,2
Total	120	100

Nullipare : aucun accouchement.

Primipare : un seul accouchement.

Paucipare : 2 à 4 accouchements.

Multipare : 5 à 7 accouchements.

Grande multipare : plus de 7 accouchements.

35,8 % des patientes étaient des paucipares

TABLEAU III : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA GESTITE.

Gestité	Effectifs	%
Nulligeste	29	24,2
Primigeste	24	20,0
Paucigeste	30	25,0
Multigeste	23	19,2
Grande multi geste	5	4,2
Total	120	100,0

25% des patientes étaient des pauci gestes, suivies des nulligestes (24,2%)

Tableau IV REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETAT
PHYSIOLOGIQUE .

Etat Physiologique	Effectifs	%
Activité génitale	119	99,2
Ménopause	1	0,8
Total	120	100

99,2% de nos patientes étaient en activité génitale

TABLEAU V : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETAT
MATRIMONIAL.

Etat Matrimonial	Effectifs	%
Mariée	109	90,8
Célibataire	11	9,2
Total	120	100

90,8% des patientes étaient des femmes mariées.

TABLEAU VI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA
RESIDENCE.

Résidence	Effectifs	%
Commune VI	87	72,5
Autres commune de Bamako	16	13,3
Hors de Bamako	17	14,2
Total	120	100

72,5% des patientes venaient de la commune VI.

TABLEAU VII: REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETHNIE.

Ethnies	Effectifs	%
Bambara	46	38,3
Peulh	18	15,0
Soninké	11	9,2
Sonhrai	7	5,8
Malinké	9	7,5
Bozo	4	3,3
Senoufo	8	6,7
Dogon	7	5,8
Bobo	6	5,0
Autres	4	3,3
Total	120	100

Autres : Kassonké, Evé, Somono, Touareg.

38,3% des patientes étaient des bambaras

TABLEAU VIII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PROFESSION.

Profession	Effectifs	%
Ménagère	76	63,3
Commerçante	11	9,2
Fonctionnaire	12	10,0
Elève/Étudiant	12	10,0
Autre	9	7,5
Total	120	100,0

Autres : Teinturière, couturière, Aide soignante.

63,3% des patientes étaient des ménagères.

ASPECT CLINIQUES

TABLEAU IX : REPARTITION DES PATIENTES SELON LES PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION.

Motifs de consultations	Effectifs	%
Algie Pelvienne	38	31,7
Pelvialegie+ Dyspareumie+Stérilité Secondaire	1	0,8
Pelvialegie+Ecoulement Vaginal	3	2,5
Pelvialegie+Masse Pelvienne	1	0,8
Pelvialegie+Menometrorragie	2	1,7%
Pelvialegie+Stérilité primaire	3	2,5
Pelvialegie+Stérilité secondaire	4	3,3
Pelvialegie+trouble du cycle	5	4,2
Trouble du cycle	17	14,2
Prurit Vulvaire	1	0,8
Résultat Echographique	12	10,0
Avortement a répétition	1	0,8
Dépistage Cervical	1	0,8
Désir d'enfant	5	4,2
Dyspareumie	2	1,7
Menace d'avortement	1	0,8
Métrorragie	2	1,7
Mortalité infantile	1	0,8
Stérilité primaire	6	5,0
Stérilité secondaire	10	8,3
Trouble du cycle+Stérilité Secondaire	4	3,3
Total	120	100

31,7% des patientes avaient une algie Pelvienne.

TABLEAU X : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DE STERILITE.

Stérilité	Effectifs	%
Primaire	22	18,3
Secondaire	43	35,8
Total	65	54,1

35,8% des patientes avaient une stérilité secondaire.

TABLEAU XI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA REGULARITE DU CYCLE.

Cycle	Effectifs	%
Régulier	55	45,8
Irrégulier	65	54,2
Total	120	100,0

54,2% des patientes avaient un cycle irrégulier

TABLEAU XII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA MASTODYNIE COMME MANIFESTATION PREMENTRUELLE

MASTODYNIE	Effectifs	%
Non	117	97,5
Oui	03	2,5
Total	120	100,0

97,5 % de nos patientes n'avaient pas de mastodynie comme syndrome prémenstruel.

TABLEAUX XIII : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'AUGMENTATION DU VOLUME ABDOMINAL

Augmentation du volume abdominal	Effectifs	%
Oui	02	1,67
Non	118	98,33
Total	120	100,0

98,33 % de nos patientes n'avaient aucune augmentation du volume abdominal

TABLEAUX XIV : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'EMPLOI D'UNE METHODE DE CONTRACEPTION.

Contraception	Effectifs	%
Oui	9	7,5
Non	111	92,5
Total	120	100,0

92,5 % des patientes n'avaient pas utilisé la contraception

TABLEAU XV : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'EXAMEN CLINIQUE

a-) Examen au spéculum : état du col de l'utérus

Etat du col de l'utérus	Effectifs	%
Sain	103	85,8
Inflammatoire	17	14,2
Total	120	100,0

85,8% de nos patientes avaient un col sain

TABLEAU XVI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA SENSIBILITE DES ANNEXES AU TOUCHER VAGINAL.

Annexes	Effectifs	%
Sensibles	72	60,0
Non sensibles	48	40,0
Total	120	100,0

60,0% des patientes avaient une douleur des annexes

TABLEAU XVII : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA CONSISTANCE DU COL

Consistance du col	Effectifs	%
Mou	03	02,5
Ferme	117	97,5
Total	120	100,0

97,5 % de nos patientes avaient un col ferme

TABLEAU XVIII : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'ETAT DE L'UTERUS

ETAT DE L'UTERUS	Effectifs	%
Normal	95	79,2
Globuleux	25	20,8
Total	120	100,0

79,2% de nos patientes avaient un utérus normal.

TABLEAU XIX : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'ASPECT ECHOGRAPHIQUE DES CONTOURS DES KYSTES OVARIENS.

TABLEAU XX : CONTOURS DES KYSTES.

Contours	Effectifs	%
Réguliers	119	99,2
Irréguliers	1	0,8
Total	120	100,0

99,2% des kystes étaient réguliers.

TABLEAU XXI : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA TAILLE DES KYSTES.

Taille des kystes	Effectifs	%
≤ 60 mm	118	98,33
> 60 mm	02	1,67
Total	120	100,0

98,33 % de nos patientes avaient un kyste ≤ 60 mm de taille

TABLEAU XXII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA DESCRIPTION ECHOGRAPHIQUE.

Description	Effectifs	%
Echographique		
Kyste organique	10	8,3
Kyste fonctionnel	110	91,7
Total	120	100,0

91,7% des kystes étaient fonctionnels

RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES A PROPOS DE 10

KYSTES ORGANIQUES

TABLEAU XXIII : REPARTITION DES PATIENNTES EN FONCTION DU TYPE HISTOLOGIQUE.

Type histologique	Effectifs	%
Kyste séreux	5	50
Kyste dermoïde	3	30
Adenofibrome endometrique	1	10
Tumeur de Brenner	1	10
Total	10	100

50% des kystes étaient séreux.

ATTITUDES THERAPEUTIQUES

TABLEAU XXIV : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DES ATTITUDES THERAPEUTIQUES.

Prise en charge	Effectifs	%
Médicale	110	91,67
Chirurgicale	10	8,33
Total	120	100,0

91,67 % des kystes étaient traités médicalement

TABLEAU XXV METHODE CHIRURGICALE EMPLOYEE

Méthode chirurgicale	Effectifs	%
Kystectomie	07	70
Ovariectomie	00	00
Annexectomie	03	30
Total	10	100,0

8,33 % 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.

V-) COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les kystes ovariens constituent une pathologie fréquente en milieu gynécologique. L'échographie 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, organiques et les kystes lutéiniques comme définies précédemment [6]. Nous avons essayé de faire 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 2 ans (janvier 2007-janvier 2009). Nous nous sommes basés sur les critères de l'échographie et de la clinique.

A. La fréquence des kystes ovariens dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de la commune VI.

La fréquence des kystes de l'ovaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI est de 2,90% en considérant toutes les pathologies gynécologiques obstétricales, soit 120 kystes sur 4136 consultations. ce taux est légèrement inférieur a celui de TRAORE [52] qui est de 3,8%, étude portant également sur les tumeurs de l'ovaire au CHU GABRIEL TOURE en 1995.

B. caractéristiques socio démographiques des patientes

1. Age : il est considéré comme facteur de risque de survenue des tumeurs de l'ovaire par de nombreux auteurs [2,6,22,26,28,29,36].

L'âge moyen de nos patientes est de 34 ans, 96,6% de nos patientes ont moins de 35 ans. Notre série est constituée dans sa majorité d'une population jeune. notre taux est supérieur a celui de VILANE A qui est de 91,6%, étude portant sur les tumeurs de l'ovaire a propos de 225 cas a l'hôpital A le DANTEC DAKAR (Sénégal) 1975. Nous n'avons pas trouvé de tumeurs de l'ovaire chez les enfants. Ces résultats sont confirmés par d'autres auteurs africains [47 ; 49].

- 2. PARITE :** les patientes paucipares représentent 35,8% dans notre étude ; ce résultat est identique à celui observé dans la littérature où les auteurs ont décrit la faible parité dans la survenue des tumeurs de l’ovaire [6, 28,47], nos taux faibles de parité représentent 89,2% de l’échantillon (nullipare, primipare, et paucipare). ce taux est supérieur à celui de M.N. TRAORE 47 qui est de 64,8%, étude portant sur les tumeurs de l’ovaire en milieu hospitalier Bamakois à propos de 38 cas en 1986.
- 3. ETAT MATRIMONIAL :** dans la littérature [26] nous avons trouvé que le taux de tumeur de l’ovaire semble plus élevé chez les femmes célibataires, notre échantillon est constitué de 90,8% de femmes mariées. Les études africaines [17, 35, 47, 49,52] confirment ces résultats avec un taux de 70 à 80%. La différence des résultats des études africaines et des études européennes nous semblent en rapport avec la pratique de mariage précoce en Afrique. notre taux est cependant supérieur à celui de DICKO BOUBACAR (53) qui est de 77,02%, étude portant également sur les tumeurs de l’ovaire au CHU POINT –G en 2006 à propos de 74 cas.
- 4. LA RESIDENCE :** la prédominance est la commune VI où l’étude a été effectuée 72,5%. Ce résultat est influencé par le lieu de recrutement et l’accessibilité rapide du centre.
- 5. PERIODE DE LA VIE GENITALE :**
Dans notre service les patientes en activité génitale prédominent avec 99,2% des cas, les femmes ménopausées représentent 0,8% des cas. Nos résultats concordent avec ceux de TRAORE [52] qui a eu un taux de 83,3%. Ceci s’explique par le fait que la majeure partie de nos patientes était jeune.
- 6. LA PROFESSION :** 63,3% de nos patientes sont des ménagères, d’autres auteurs [6, 26,28] trouvent une plus grande fréquence des tumeurs de l’ovaire chez des populations à haut niveau de vie socio économique. Ce paramètre donne une idée sur le niveau de vie de nos patientes, mais ne pourrait correctement le définir.

7. ASPECTS CLINIQUES

7.1 LES ANTECEDENTS : Nous n'avons retrouvé aucun antécédents (personnel et familial) de tumeurs de l'ovaire chez nos patientes. Un rôle de protection est conféré aux oestroprogestatifs par différents auteurs [6, 26, 28] s'ils sont utilisés longtemps. Nous avons noté que 92,5% de nos patientes n'ont jamais utilisé ces médicaments. Par Contre 7,5% de nos patientes ont reçu un inducteur d'ovulation. Ce produit est cité par certains auteurs comme facteur favorisant la survenue des tumeurs de l'ovaire. Notre taux est supérieur a celui de DICKO [53] qui est de 86,24% au CHU POINT –G en 2006.

7.2 CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

- les douleurs pelviennes ont été les plus fréquentes :
- 1. douleurs pelviennes avec 31,7%
- 2. augmentation du volume de l'abdomen avec un taux de 1,67%.
- 3. métrorragie avec 1,7%.

Nos taux sont inférieurs a ceux de DICKO BOUBACAR [53] ; respectivement :

- Douleurs pelviennes 72,9%.
- Augmentation du volume de l'abdomen avec un taux de 35,13%.
- Métrorragie avec 13,51%.

Etude portant également sur les tumeurs de l'ovaire au CHU POINT –G en 2006 a propos de 74 cas.

7.3 Principaux motifs de consultation : 31,7% de nos patientes avaient comme motif de consultation une algie pelvienne aigue ou chroniques.

Une étude faite par Alain Audebert (USA) trouve 50% de cas d'algie pelvienne sur 1 000 kystes ovariens lors d'une étude rétrospective.

7.4 Type de stérilité : 65 de nos patientes soit 54,1% avaient un problème de stérilité (primaire 18,3%, et secondaire 35,8%). Hassan MA et Killick SR dans une étude de cohorte rétrospective en 2002 dans les Hôpitaux de HULL et de l'East yorkshire, au Royaume Uni ont trouvé 69% d'hypofertilité. [15]

Nos résultats sont comparables à ceux de Hassan MA et Killick SR.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

7.5 Régularité du cycle : 54,2% de nos patientes avaient une irrégularité du cycle menstruel. Actuellement l'ensemble des auteurs modernes F.CABANNE (Dijon), RE. SCULLY (Boston) estiment qu'environ 50% des kystes ovariens sont à l'origine des irrégularités menstruelles lors d'une étude prospective.

7.6 Emploi de la contraception : 92,5% 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 de A VILANE [49] qui est de 98% DAKAR (SENEGAL) en 1975.

7.7 Sensibilité des annexes : 60% 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.

7.8 Image échographique : chez 99,2% de nos patientes, les contours de kystes étaient réguliers. Il est à noter que 100% de nos patientes ont bénéficié d'une échographie. **91,7% de nos patientes présentaient un kyste fonctionnel de l'ovaire.** Des auteurs confirment ce résultat [1] et estiment que 90% des kystes ovariens sont dits fonctionnels. 8,3% des kystes étaient organiques bénins. ce taux est supérieur à celui de B DICKO [53] qui est de 83,78%, étude portant sur les tumeurs de l'ovaire au CHU POINT –G en 2006 à propos de 74 cas.

7.9 Résultats anatomopathologiques : L'étude anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire a concerné dix (10) patientes qui ont bénéficié d'un examen histologique de leur tumeur. Dans notre étude nous n'avons pas eu de tumeurs malignes. Les 10 kystes organiques sur les 120 kystes ovariens (fonctionnels et organiques) étaient des kystes bénins. Le taux de tumeurs bénignes dans notre étude est proche de ceux de nombreux auteurs [6, 26, 44, 49]. La très grande fréquence des tumeurs bénignes s'explique par le fait que nous avons rencontré beaucoup de kystes séreux bénins **50%** et de kystes dermoïdes bénins **30%** qui sont les types histologiques les plus fréquents [6, 10, 21, 36].

Les types histologiques rares et bénins de notre série sont les tumeurs de Brenner [2, 10] avec un taux de **10%** et l'adenofibrome endométrioïde avec

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI un taux de **10%**. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Traoré [52]** qui a trouvé un taux de **2,7%**.

9-) ATTITUDES THERAPEUTIQUES

ATTITUDES THERAPEUTIQUES :

– traitement médical :

91,67% de nos patientes ont reçu un traitement hormonal freinateur (pilule mini dosé ou d'analogie de la GnRH) mais son indication n'est pas validée par de nombreux auteurs [1], certains proposent l'abstention thérapeutique devant un kyste fonctionnel.

- traitement chirurgical : 8,33% de nos 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 les annexes. Nos taux sont inférieurs à ceux de certains auteurs [35, 47, 49] qui trouvent 80-95% d'intervention chirurgicales réalisées, études portant seulement sur les kystes organiques.

Nos attitudes thérapeutiques n'en diffèrent pas moins selon revue de la littérature [5, 6, 25] le traitement chirurgical semble le plus indiqué en matière de tumeurs de l'ovaire. Tout kyste organique est à opéré [1].

VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

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. Ils apparaissent surtout chez les femmes jeunes et de faible parité

L'échographie est l'examen clé du diagnostic.

Le traitement chirurgical reste le traitement de base des kystes ovariens organiques.

Recommandations

1 – Aux autorités sanitaires : Ministère de la santé et Direction nationale de la santé

Procéder à une large campagne de sensibilisation dans les cinq années à venir. Elle concernera aussi bien les femmes en activité génitale que les femmes ménopausées, en les amenant à se faire consulter au moins une fois par an par un médecin ou un gynécologue. Ceci permettra de déceler précocement les pathologies et d'appliquer un traitement adéquat.

- Développer la pratique de l'examen échographique en dotant le Service de gynécologie-obstétrique d'un appareil d'échographie de très bonne qualité, en mettant aussi l'accent sur la formation du personnel. Ceci permettra de fournir des renseignements importants sur la tumeur à explorer, et orientera l'indication thérapeutique.
- Construire un laboratoire d'anatomie pathologique permettant l'introduction dans la pratique courante de l'examen histologique extemporané lors des laparotomies pour tumeur de l'ovaire.
- Formation du personnel socio sanitaire en anatomie pathologique.

2 – Au personnel socio sanitaire : gynécologues et sages femmes

- sensibiliser les jeunes femmes célibataires non désireuses de grossesse à pratiquer la planification familiale.
- Inciter les femmes à venir consulter au moins une fois par an, afin de dépister les tumeurs précocement et de faire une prise en charge rapide.
- Eviter l'acharnement chirurgical en ce qui concerne les kystes ovariens fonctionnels.

VII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 – campus national de gynécologie obstétrique (CNGOF): kyste des ovaires

Item 342- module 11 P 7.

2 – Balouet P., Von Theobald P., Herlicoviez M., Mandard J., Levy G.

La tumeur de Brenner à propos de 3 cas récents.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1990, 85 : 263-266.

3 – Barrière P. ; L'Hermite A. et Lopez P.

Embryologie de l'appareil génital féminin.

Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) – Gynécologie, 110A¹⁰, 3-1990, 11p.

4 – Benifla J.L. ; Hauuy J.P. ; Guglielmina J.N. et al

Kystectomie per cœliscopique : découverte fortuite d'un carcinome ovarien. A propos d'un cas.

J. gynécol. obstét. biol. reprod ; 1992, 21 : 45-9.

5 – Blanc B. ; Gamerre M. ; Martin P.M. ; Jouve M.P. ; Thomas M. et Serment H.

Tumeurs endocrines de l'ovaire.

Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Gynécologie, 680 A¹⁰, 4-1986, 8p.

6 – Blanc B. ; Gamerre 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.

7 – Borel P.

Le syndrome échographique ovarien.

Petit Atlas d'échographie ovarienne, Pratique médicale, 1985, 9 : 9-29.

8 – Boubili L. ; Durbec I. ; Mollard P. et al

Le traitement conservateur du cancer de l'ovaire.

Rév. Fr. gynécol obstét ; 1992, 87 : 255-259.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

9 – Bruhat M. A. Mage G., Bagory G. et al:

Le traitement cœlioscopique des kystes ovariens. Indications techniques.

Résultats à propos de 650 cas.

Chir. 1991 ; 117 : 390-7.

10 – Cabane F. ; Bonenfant J.L.

Ovaire.

Anatomie pathologique principes de pathologie générale, spéciale et d'aetopathologie, 1986 ; 2^{ème} éd. 1096-1112.

11 – Caspi B.; Zalel Y.; Lurie S.; Elchlal U.; Katz Z.

Ultra-sound guided aspiration for relief of pain generated by simple ovarian cysts.

Gynecologic and obstetric investigation, 1993; 35: 121-2.

12 – Charpon C.; Querleu D., Mage G. et al :

Complications de la cœlio-chirurgie gynécologique. Etude multi centrique à partir de 7604 cœliosopies.

J. gynécol. obstét. biol. reprod ; 1992, 21 : 207-213.

13 – Cohen M., Quilichini J., Boubli L., Erny R., Bautrat E., Blanc B.

Place actuelle de la cœliosopie dans le diagnostic et traitement des kystes ovariens.

Rév. Fr. gynécol obstét ; 1992, 87 : 248-52.

14 – Cristalli B., Cayal A., Izard V., Le Vardon M.

Benefit of operative laparoscopy for ovarian tumors suspect of benignity

Journal of laparoendoscopic surgery 1992, 2 : 69-73.

15 – Hassan MA, Killick SR.

Evaluation de l'effet de la présence des kystes ovariens sur la fertilité, étude de cohorte rétrospective. Hopitaux de Hull et de l'est yorkshire, au Royaume Uni. 2002, 20 : 387-392.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

16 – De Meeus J.B., Magnin G., Bounaud M.P. Babin M.

Place de la ponction écho guidée dans l'évaluation des tumeurs liquides de l'ovaire.

Rév. Fr. gynécol obstét ; 1993, 88 : 142-5.

17 – Doumbia Y.

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire. (à propos de 9 cas et revue générale de la littérature), page 39

Thèse méd., Bamako (Mali) 1986.

18 – El Mansouri A., Aderdour M.

Cancer de l'ovaire et grossesse.

Rév. Fr. gynécol obstét ; 1993, 88 : 257-260.

19 – Gamerre M., Blanc B., Martin P.M., Jouve M.P., Thomas M. et Serment H.

Tumeurs de l'ovaire et grossesse.

Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) Obstétrique, 5047 S¹⁰, 6-1985, 8p.

20 – Hauuy J.P., Madelenat P., Bouguet de la Jolinière J., Dubuisson J.B.

Chirurgie per cœlioscopique des kystes ovariens.

Indications et limites à propos d'une série de 169 kystes.

Journal de gynécologie d'obstétrique et biologie de la reproduction, 1990, 19 : 209-16.

21 – Jean- Bernard Truc

a – Kyste de l'ovaire. Diagnostic, évolution et pronostic, principe du traitement.

Rév. Prat. (Paris), 1990 40, 4.

b – Cancer de l'ovaire. Diagnostic, évolution et pronostic.

Rév. Prat. (Paris), 1990 40, 4.

22 - Jean V.

Les tumeurs malignes primitives et secondaires de l'ovaire

Revue du praticien, 1965 ; xv : 2173-2183.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

23 - Kamina P.

Ovaire ; organogenèse, Anatomie macroscopique, Anatomie microscopique, Exploration.

Anatomie gynécologique et obstétricale, 1979 ; 3 éditions, maloine SA. (Paris) 7^{ème} parties.

24 - Kazadi B. J., Laparte Escorza M.C., Lopez Garcia G.

Le syndrome de l'ovaire remanent à propos d'une observation maligne

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1992 ; 21 : 769- 772.

25 - Kazadi Buanga J., Villamizar N. De Alava E., Jurado M.

Lymphome mailn non hodgkinien à localisation ovarienne primaire.

Rev. FR. Gynécol. Obstét. 1993 ; 88 : 104 – 107.

26 - Lansac J., Lecomte P.

Tumeurs de l'ovaire. Gynécologie pour le praticien, 1989 ; 3 éd., 175 – 187.

27 - Le bouedec G., Glowaczower E., De La Tour M. ; Fondrinier

E., Kaufman pH. , Dauplat J.

Le syndrome de Demons-Meigs à propos d'un fibrothécome et d'un fibrome ovariens.

J. Genécol Obstét. Biol. Reprod. , 1992 ; 21 : 651 – 654.

28 - Les tumeurs malignes de l'ovaire.

Revue du praticien (Paris), 1989, 39.

29 - Lehtai N. ; Bouquet de Jolinière J., Senèze J.

Les tumeurs séreuses de l'ovaire à malignité limite. Mise au point à partir d'une revue de la littérature internationale à propos d'un cas.

Rev. FR. Gynécol. Obstét. , 1990 ; 85 ; 467 – 472.

30 - Mage G., Bagory G., Canis M.

Le traitement cœlioscopie des kystes ovariens.

Indication, technique, résultats.

Revue du praticien, 1991 ; 41 : 2552-7.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

31 – Mauvais-Jarvis P., Sitruk Ware R.

Médecine de la reproduction ; gynécologie endocrinienne, 1986 ; 2^{ème} édition, Flammarion Médecine-sciences.

32 - Mecke H., Lehmann-Willenbrock E., Ibrahim M., Semm K.

Pelviscopic treatment of ovaire Cysts in premenpausal woumen.
Gynecologic and obstetric investigation, 1992 ; 32 : 36-42.

33 - Merger R., Lévy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique, 1989 ; 5^{ème} éd., 388-392.

34 - Moran O ; Menczer J., Benbaruch G., Lipitz S., Goor E.

Cytologic examination of ovarian cyst fluide for the distinction between benign and malignant tumor.

Obstetrics & Gynécology, 1993 ; 82 : 444-6.

35 - Ngoma P.

Contribution à l'étude des cancers ovariens à Dakar (60 cas de 1959 à 1969).
Page 62. Thèse Med ; Dakar (Sénégal), 1971.

36 - Pinet C., Felgères A., Colau J.C.

Tumeurs et kystes Ovariens après 50 ans – Etude Rétrospective des années 1979 a 1989 au CMC Foch.

J. Gynécol. Obstétr. Biol. Reprod., 1991 ; 20 : 669-674.

37 - Poitier A.

Application de l'Echographie au diagnostic d'une masse pelvienne.

J.E.M.U., 1985 ; 6 :053-27.

38 - Querleu D.

Tumeurs bénignes (non endocrines) et kystes de l'ovaire.

Editions Techiques-Encycl. Med. chir. (Paris, France),

Gynécologie, 680 A²⁰, 1992, 6P.

39 - Radrianja.N.S., Gasser B., Philipe E.

Du potentiel malien de l'Adenofibrome et du Cystadenofibrone et 5 carcinomateux.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1993 ; 22 : 33-38.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

40 - Randrianjafisamindrakotroka N.S., hedeling. Philippe E., Schaffer P.

Les carcinomes ovariens à faible potentiel de malignité, étude rétrospective de 132 cas.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1992; 21: 761-767.

41 - Rakar S., Rainer S.

Valeur Pronostique de l'examen histologique dans le cancer de l'ovaire.

Actualités gynécologiques, 1986, 17 : 147-153.

42 - Ravina J.H., SZYLLER A., Mintz PH. Et Al :

La chimiothérapie intra péritonéale pour adénocarcinome ovarien :
pharmacocinétique du cisplatine

J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod., 1992 ; 21 :193-197.

43 - Robert H.G., palmer R., Boury Helyer C., Cohenj

Précis de gynécologie; Masson 1979, 2^e éd. 96-98.

44 - Robert H. Williams

Traité d'endocrinologie, Flammarion Médecine- Sciences 1972; 4^e éd. 376 - 377.

45 - Tay SK., Tan YY.

Risk factors and a Risk Scoring system for the prediction of malignancy in ovarian cysts.

46 - Traoré B.

Bilan de l'activité chirurgicale du Service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du Point G, Mai 1984-Avril 1986. Pages 47

Thèse Med ; Bamako (Mali), 1986.

47 - Traoré M. N.

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.

48 - Varangot J.

Classification générale des tumeurs ovariennes.

Revue du praticien, 1965 ; XV : 2119-2130.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

49 - Vilane A.

Contribution à l'étude des tumeurs l'ovaire 255 cas observés à l'hôpital A. Le Dantec. Page 03, 32

Thèse Med., Dakar (Sénégal), 1975.

50 - Vuillard E, Taboury J.

Guide pratique d'échographie Obstétricale et gynécologique, Masson 1991 ; 3^e éd.

51 - Wendling C., Dufour P., Oberling F.

Les traitements intrapéritonéaux des tumeurs de l'ovaire.

J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod., 1992 ; 20 : 241-247.

52 – Traoré O.

Etude épidémio-clinique et anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire à propos de 38 cas. Page 20

Thèse de médecine, Bamako. M-33 1995.

53 – Dicko Boubacar

Tumeurs de l'ovaire CHU Point G à propos de 74 cas. Pages 35 2006

VIII ANNEXES

FICHE D'ENQUETE 1

Aspects cliniques épidémiologiques et prises en charge des kystes ovariens au centre de santé de référence de la commune VI.

Date :

I Identité :

Nom :

Prénom :

Age :

II CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

1. Ethnie : / / 1 : Bambara 2 : Peulh 3 : Soninké 4 : Sonhaï
5 : Kassonké 6 : Malinké 7 : Bozo 8 : Sénoufo 9 : Autres
2. Profession : / / 1 : Ménagère 2 : Commerçante 3 : Fonctionnaire
4 : Artisan 5 : Elève Etudiant 6 : Autres
3. Etat matrimonial : / / 1 : Marié 2 : Célibataire
4. Résidence : / /
5. Niveau socio économique : / / 1 : bas 2 : moyen 3 : élevé

III. EXAMENS CLINIQUES :

1. INTERROGATOIRE

A. MOTIF DE CONSULTATION

B. ANTECEDENTS

B.1. ATCD PERSONNELS

- Gynéco Obstétricaux

1. parité / /

2. Gestité / /

3. Infécondité, précisez : / / a : Primaire b : Secondaire

4. Troubles du cycle, précisez : / / a : Régulier b : Irrégulier

5. Ménopause / / 1 : oui 2 : non

6. Contraception / / 1 : oui 2 : non

- Chirurgicaux / /

1. Kystectomie 2. Ovariectomie 3. Autres à précisez

Echo structure : / / 1 : Hétérogène 2 : Homogène

B2. ATCD Familiaux / / 1. Kyste de L'ovaire 2. Cancer de L'ovaire

3. Autres à précisez

2. EXAMENS PHYSIQUES :

2.1. Signes Généraux / / 1 : Conscience 2 : Pouls 3 : T.A 4 :

Température

5 : Poids 6 : Taille

2.2. Signes Cliniques / /

1. Pelvialgies 2. Augmentation volume abdomen 3. Mastodynie

4. Ballonnement 5. Galactorrhée 6. Leucorrhée 7. Dyspareunie

8. Trouble Digestif 9. Autres à précisez

2.3 Examen au spéculum

1. Etat du col / / a : Sain b : Inflammatoire c : Autres à précisez

2.4 Toucher Pelvien

- Consistance du col / / 1 : Mou 2 : Ferme

- Utérus / / 1 : Normal 2 : Globuleux

- Annexes / / 1 : Sensible 2 : Non sensible 3 : rénitent

2.5 Moyens Diagnostiques / / 1 : Clinique 2 : Echographie

3 : Exploration Chirurgicale

- Résultat Echographique :

Contenu : / / 1 : Solide 2 : liquide

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au CSREF-C VI

Taille : / / 1 : > à 60 mm 2 : < à 60 mm

Contours / / 1 : Régulier 2 : Irrégulier

Echo structure / / 1 : Hétérogène 2 : Homogène

IV Prise en Charge / /

1. Médicale 2. Chirurgicale

V. Surveillance / /

1. Examens Gynécologiques

2. Echographique

Fiche Signalétique

NOM : MAGASSA

PRENOM : RAIMON KAMPHY

TITRE DE LA THESE : Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des kystes ovariens au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008 - 2009

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE

SECTEUR D'INTERET : GYNECO- OBSTETRIQUE, SERVICE D, ANATOMO- PATHOLOGIE – RADIOLOGIE

RESUME : il s'agit d'une étude rétrospective du 1^{er} JANVIER 2007 AU 1^{er} JANVIER 2009 , soit une période de 2ans portant sur 120 patientes porteuses de kystes de l'ovaire fonctionnel ou organique bénin.

La fréquence des kystes ovariens dans le service est de 2,90% en considérant toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales, soit 120 kystes ovariens sur 4136 consultations.

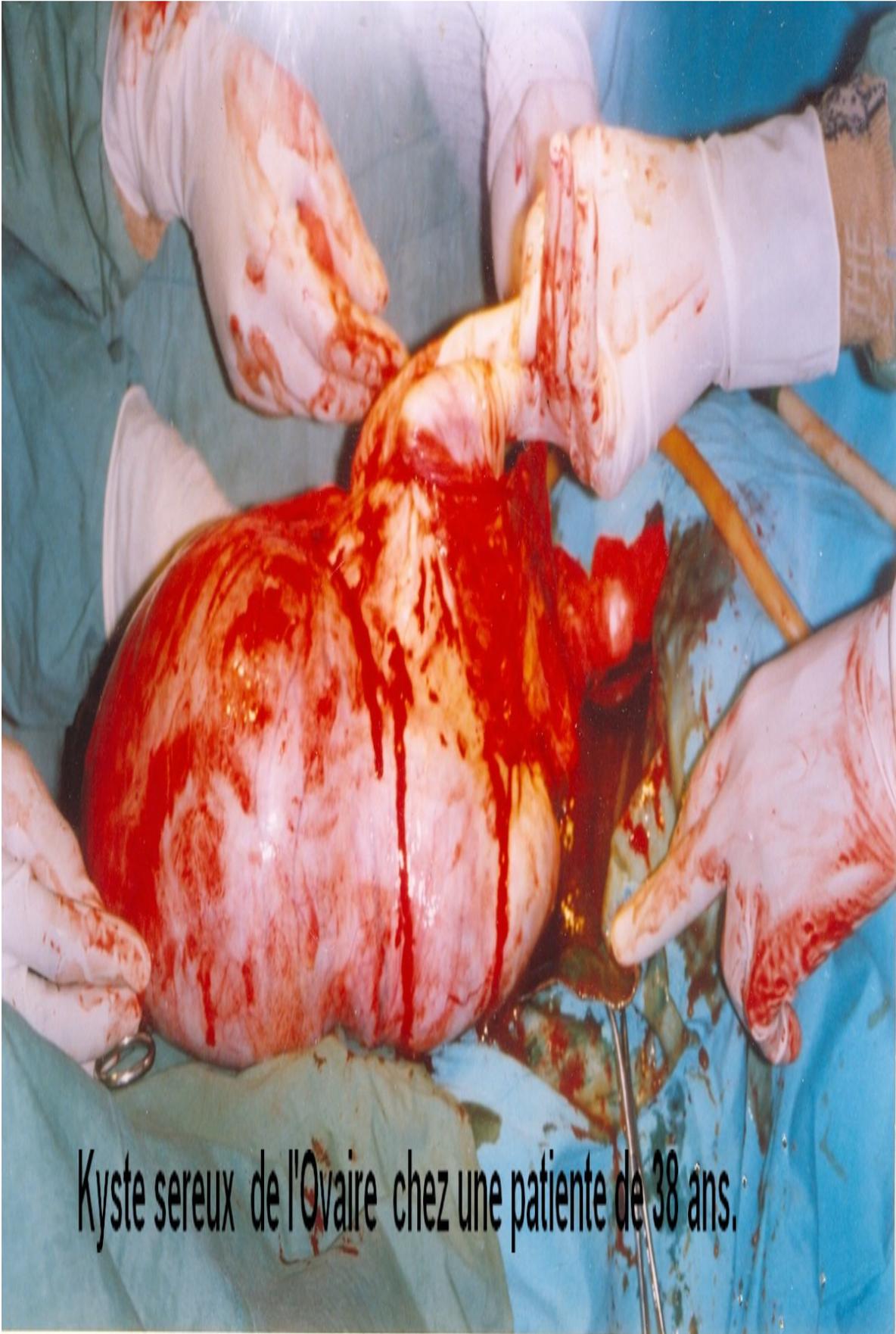
Les kystes fonctionnels sont les plus fréquents avec un taux de 91,7%.

Les kystes organiques bénins représentent 8,3% des kystes ovariens.

L'échographie a été l'examen clé du diagnostic avec une confirmation du diagnostic clinique dans 100% des cas.

La chirurgie constitue la base du traitement des kystes organiques bénins.

Mots clés : tumeur de l'ovaire, anatomie pathologie, Echographie, Chirurgie.







Kyste dermoïde géant de l'Ovaire chez une patiente de 23 Ans.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !