

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI**

**ANNEE 1985**

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES  
DERMOÏDES DE L'OVAIRE  
( A propos de 9 cas et revue générale  
de la littérature )**

Présentée et soutenue publiquement le .....  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Par :

**Yahaya DOUMBIA**

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

Examineurs de la thèse :

**Professeur M.L. TRAORE**

**Président**

**Professeur Siné BAYO**

**Docteur Issa TRAORE**

**Professeur Aly GUINDO**

**Membres**

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1984 - 1985

-----

Directeur .....	Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint.....	Professeur Bocar SALL
Conseiller Technique .....	Professeur Philippe RANQUE
Secrétaire Général.....	Monsieur Demba DOUCOURE
Econome .....	Monsieur Philippe SAYE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur MILLIET .....	O.R.L.
Professeur Francis MIRANDA .....	BIOCHIMIE
Professeur Alain GERAULT.....	BIOCHIMIE
Professeur Michéf QUILICI.....	Immunologie
Docteur François RONX .....	BIOPHYSIQUE
Professeur Humbert GIONO-BARBER.....	PHARMACODYNAMIE
Professeur Oumar SYLLA .....	PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Jean REYNIER.....	PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Mlle. Marie Hélène ROCHAT.....	PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Guy BECHIS .....	BIOCHIMIE
Docteur Mme. GIONO-Paulette BARBER.....	ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES
Monsieur El Hadj Maktar WADE.....	BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO :

Professeur Aliou BA .....	OPHTALMOLOGIE
Professeur Bocar SALL.....	ORTHOPEDE-TRAUMATOLOGIE
Professeur Philippe RANQUE .....	PARASITOLOGIE
Professeur Mamadou DEMBELE .....	CHIRURGIE GEN ERALE
Professeur Souleymane SANGARE.....	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Professeur AG-RHALY.....	MEDECINE INTERNE
Professeur Aly GUINDO.....	GASTRO-ENTEROLOGIE
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE.....	CARDIOLOGIE
Professeur Yaya FOFANA .....	HEMATOLOGIE
Professeur Mamadou MAIGA .....	NEPHROLOGIE
Professeur Mamadou Lamine TRAORE.....	CHIRURGIE GENERALE MEDECINE LEGA
Professeur Abdel Karim KOUMARE .....	ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
Professeur Baba KOUMARE.....	Psychiâtrie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO.....	MEDECINE INTERNE

.../...

Professeur Sambou SOUMARE;.....	Chirurgie Générale
Professeur Bréhima KOUMARE.....	MICROBIOLOGIE
Professeur Sinè BAYO.....	HISTO-EMBRYOLOGIE-ANATOMIE PATHOLOGIE.
Professeur Sidi Yaya SIMAGA .....	SANTE PUBLIQUE
Professeur Mamadou KOUMARE.....	PHARMACOLOGIE-MATIERE MEDICALE
Professeur Yéya Tiémoko TOURE .....	BIOLOGIE
Professeur Amadou DIALLO.....	GENETIQUE-ZOOLOGIE
Professeur Bouba DIARRA.....	BACTERIOLOGIE
Professeur Moussa ARAMA .....	CHIMIE ORGANIQUE ANALYTIQUE
Professeur Niamanto DIARRA.....	MATHEMATIQUES
Professeur N'Golo DIARRA.....	BOTANIQUE
Professeur Salikou SANOGO.....	PHYSIQUE
Professeur Souleymane TRAORE.....	PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Massa SANOGO.....	CHIMIE ANALYTIQUE
<u>ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE</u>	
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA.....	PARASITOLOGIE
Docteur Sory Ibrahima KABA.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur Balla COULIBALY>.....	PEDIATRIE
Docteur Boubacar CISSE.....	DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Issa TRAORE .....	RADIOLOGIE
Docteur Sidi Yéya TOURE .....	ANESTHESIE-REANIMATION
Docteur Boubacar CISSE.....	TOXICOLOGIE
Docteur Jean Pierre COUDRAY.....	PSYCHIATRIE
Docteur Elimane MARIKO.....	PHARMACODYNAMIE
Docteur Mamadou Marouf KEITA .....	PEDIATRIE
Docteur Toumani SIDIBE .....	PEDIATRIE
Docteur Moussa TRAORE .....	NEUROLOGIE
Docteur Eric PICHARD .....	SEMIO-MEDICALE -HEMATOLOGIE
Docteur Gérard GROSSETE.....	DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Marc JARRAUD .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Bénitiéni FOPANA .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Mme. SY Aïda SOW .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Amadou Ingré DOLO.....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Kalilou OUATTARA.....	UROLOGIE
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA .....	STOMATOLOGIE
Docteur Massaoulé SAMAKE .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Salif DIAKITE .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Abdou Alassane TOURE .....	CHIRURGIE-SEMIO-CHIRURGICAL

Wdcteur Djibril SANGARE..... CHIRURGIE  
 Docteur Pascal FABRE..... SANTE PUBLIQUE  
 Docteur LE DU ..... PARASITOLOGIE  
 Docteur Moussa Issa DIARRA..... BIOPHYSIQUE  
 Docteur Mme. THIAM Aïssata SOW ..... BIOPHYSIQUE  
 Docteur Daouda DIALLO..... CHIMIE MINERALE  
 Docteur Abdoulaye KOUMARE.....CHIMIE GENERALE ORGANIQUE  
 ANALYTIQUE  
 Docteur Hama CISSE..... CHIMIE GENERALE  
 Docteur Sanoussi KONATE..... SANTE PUBLIQUE  
 Docteur Georges SOULA ..... SANTE PUBLIQUE

**CHARGES DE COURS**

Docteur Gérard TRUSCHEL.....ANATOMI-SEMILOGIE CHIRURGICALE  
 Docteur Boulkassoum HAIDARA..... GALENIQUE  
 Professeur N'Golo DIARRA..... BOTANIQUE  
 Professeur Souleymane TRAORE ..... PHYSIOLOGIE GENERALE  
 Professeur Niamanto DIARRA..... MATHEMATIQUES  
 Professeur Boubou DIARRA.....BACTERIOLOGIE  
 Docteur Boubacar KANTE..... GALENIQUE  
 Docteur Abdoulaye DIALLO..... GESTION  
 Docteur Bakary SACKO ..... BIOCHIMIE  
 Docteur Souleymane DIA ..... PHARMACIE CHIMIQUE  
 Docteur Modibo DIARRA.....BIOCHIMIE-NUTRITION  
 Docteur Jacqueline CISSE..... BIOLOGIE ANIMALE  
 Docteur Sory Ibrahima KABA ..... SANTE PUBLIQUE  
 Monsieur Cheick Tidiani TANDIA ..... HYGIENE DU MILIEU  
 Monsieur Ibrahima CAMARA..... HYGIENE DU MILIEU

JE DEDIE CE TRAVAIL

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Pour tout ce qu'ils ont fait pour moi depuis mon enfance et durant mes dures et exaltantes périodes d'études afin que je sois ce que je suis aujourd'hui.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon affection et ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES GRANDS PARENTS

- MM. Moussa DIARRA
- Fousseni DIARRA
- Mme. Hadja Ténin TRAORE
- Mme. Hadja Nana TRAORE

Pour leur remercier de tous les conseils qu'ils ont bien voulu me prodiguer durant toute cette période.

A TOUS MES FRERES, SOEURS, COUSINS ET COUSINES

- Mme. KONATE Mariam DOUMBIA
- Mr. le Sergent-Chef Mamadou DOUMBIA
- Mr. Cheick DOUMBIA
- Mme. TRAORE Djénébou DOUMBIA
- Mme. BAGAYOGO Aminata DOUMBIA
- Mr. Mamadou DOUMBIA
- Mr. Issa KANE
- Mme. KANE Fanta TRAORE
- Mr. Sidi Lamine TRAORE

Pour tout le soutien moral et matériel qu'ils ont bien voulu apporter à ma modeste personne.

A MON BEAU FRERE

Mr. Fankélé KONATE

Pour le remercier de tous les services rendus.

A TOUS MES AMIS

- MM. Mamadou TOURE
- Cheick Oumar DIARRA
- Amadou TRAORE
- Chaka SAMAKE
- Sidi Mohamed TOURE
- Cheick DIAKITE
- Seydou COULIBALY
- Sékou SACKO

Pour un témoignage de ma profonde amitié.

A MON AMIE AWA SACKO

Pour un témoignage de ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION NOTAMMENT

- Le Dr. Ba Alti TAMBOURA
- Le Dr. Sékou Idrissa TRAORE
- Le Dr. Thierno Amadou KEITA
- Le Dr. Abdoulaye TOURE
- Le Dr. Adama Tiémoko SIDIBE

A TOUTE LA FAMILLE ABDOUL KARIM TOURE A NIARELA

Pour la sollicitude, la bienveillance et l'attention qu'ils m'ont accordées durant ces années d'étude.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE GASTRO ENTEROLOGIE DE L'HOPITAL G. TOURE

- Le Dr. Moussa MAIGA
- Le Major Adama CISSE
- Mme. MALLE Altiné KARAMBE
- Mr. Amadou YALCOUYE
- Mr. Mamadou Lamine TRAORE

Pour leur concours précieux qui ne m'a nullement fait défaut pour la réalisation de ce travail. Pour toute leur hospitalité durant cette longue période que j'ai passée parmi eux.

A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN ONT BIEN VOULU APPORTER LEUR CONCOURS POUR LA REUSSITE DE CE TRAVAIL.

A M O N J U R Y

AU PRESIDENT DE MON JURY

Le Professeur Mamadou Lamine TRAORE

En acceptant la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations, Vous nous faites honneur et confiance .

L'enseignement de qualité que nous avons reçu de vo  
en matière de chirurgie générale et de médecine  
légale , nous servira dans l'exercice de notre  
fonction.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude et  
veuillez croire Cher Professeur à l'expression de  
notre haute considération.

AU PROFESSEUR SINE BAYO

Votre esprit de critique , de méthode et d'organisation qui résumant par " Faire et bien faire" nous ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance que ce soit pour votre franche collaboration que pour l'enseignement de qualité que nous avons reçu de vous.

AU DOCTEUR ISSA TRAORE

Votre assistance qui ne nous a jamais fait défaut que ce soit à l'Ecole que pour la réalisation de ce travail, nous oblige à votre endroit.

L'esprit de dévouement pour la cause des autres se traduisant par une gentillesse en nulle autre pareille fait de vous un homme respectable et un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

AU PROFESSEUR ALY GUINDO

Le respect que vous avez pour l'homme quel que soit son âge ou son rang social;  
Votre esprit de méthode et d'organisation;  
Votre esprit de franche collaboration qui se résume le plus souvent par :

" Il n'y a pas de Mohamed Ali en Médecine, ce qui compte, c'est la vie du malade ";

Votre savoir , votre savoir faire mais et surtout votre savoir être ; font de vous un homme respectable et respecté.

Soyez rassuré que tous les conseils que vous avez bien voulu nous prodiguer pour l'exercice de cette fonction seront suivis.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour la réussite de ce travail.

- S O M M A I R E -

---

- I. INTRODUCTION
- II. DEFINITION DES KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE $\mu$
- III. HISTORIQUE DES KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE
- IV. ETIOLOGIE
  - A. La Fréquence
  - B. L'Age
  - C. Les Facteurs favorisants
  - D. L'Hérédité
- V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE
  - A. Etude macroscopique
    - 1. La localisation
    - 2. La taille
    - 3. Aspect macroscopique
  - B. Etude microscopique
  - C. La Dégénérescence
- VI. ETUDE CLINIQUE
  - A. Les signes révélateurs
    - La douleur
    - L'augmentation du volume de l'abdomen.
    - Les troubles génitaux .
      - Les hémorragies utérines
      - D'autres symptômes moins classiques:
        - a . La dysmenorrhée
        - b. La dyspareunie
        - c. Les signes urinaires.
  - B. EXamen clinique
    - 1. Kyste de l'ovaire libre
      - kyste pelvien
      - kyste abdomino-pelvien
    - 2. Kyste de l'ovaire fixe

C. Les formes cliniques particulières

1. Kyste dermoïde et grossesse.
2. Kyste dermoïde et anémie clinique
3. Goitre ovarien et dysthyroïdie
  - a- Le goitre ovarien sans modification du corps de la thyroïde
  - b- Le goitre ovarien avec modification thyroïdienne

C. Les complications

1. La Torsion
  - La torsion aigue
  - La torsion chronique
2. La Rupture ;
  - dans le péritoine.
  - dans un organe creux.
3. L'Infection.

VII. DIAGNOSTIC

- A. La clinique
- B. Les Examens complémentaires
  1. L'A.S.P.
  2. L'U.I.V.
  3. Le Lavement Baryté
  4. L'Hystero-Salpingographie
  5. L'Echographie
  6. La coelioscopie, la ponction et la biopsie percoelioscopique

VIII. TRAITEMENT

- A. Les méthodes
  1. L'Enucléation
    - a. Les bases an atomiques
    - b. La Technique
    - c. Les avantages
    - d. Les Inconvénients
  2. L'Ovariectomie
  3. Les autres méthodes
- B. La Voie d'abord
- C. Les Indications.

1. Les cas non compliqués
2. Les cas compliqués
  - a . La Torsion
  - b. La rupture
  - c. L'infection
3. Kyste dermoïde et grossesse
4. La Dégénérescence

**IX. ETUDE DE NOS CAS**

1. Les Observations
2. Commentaires

**X. CONCLUSION**

**XI. BIBLIOGRAPHIE**

---

---

---

I. INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont des tumeurs bénignes qui représentent à peu près 10 % de l'ensemble des néoformations ovariennes.

Si la littérature mondiale abonde au sujet de cette affection, elle a quand même été moins étudiée en Afrique . Cette tumeur ovarienne dont le diagnostic repose sur la découverte d'une masse annexielle latéro-utérine n'est pas à l'abri de complications et, elle pose bien souvent des problèmes thérapeutiques assez complexes.

Notre observation porte sur 9 cas recensés dans 2 hôpitaux de Bamako. Cette étude est une première au Mali, elle n'a aucune prétention de vouloir résoudre tous les problèmes soulevés par cette affection .

---

II. DEFINITION

Les Kystes dermoïdes de l'ovaire sont des tumeurs ovariennes provenant des cellules de la lignée germinale; ce sont des tumeurs à tissus multiples ou embryomes ou encore tératomes uni ou bilatéraux où l'on trouve :

- des productions ectodermiques ( cheveux, poils, dents);
- des productions mésodermiques ou mésenchymateuses (os, cartilage, muscle, conjonctif);
- des productions endodermiques ( Thyroïde, muqueuse intestinale de nature non douteuse lorsqu'on y trouve des cellules de PANETH ou des cellules argentaffines) .

Le tout noyé dans un sébum mal odorant et inclus dans une capsule close qui en permet l'énucléation . Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont des tumeurs bénignes..

---

III. HISTORIQUE

Il semble que l'on puisse attribuer avec JULIUS PAULY ( 60 ), 1875, le premier cas à Johannes Scultetus qui, en 1659, a donné la description nécropsique d'une tumeur de l'ovaire convenant parfaitement à un kyste dermoïde.

En 1831, LE BLANC fut le premier à utiliser le terme de " Kyste dermoïde " à propos d'une tumeur de la base du crâne d'un cheval.

En 1853, avec LEBERT ( 65 ), ce terme prit sa signification entière, en qualifiant tous les kystes caractérisés par une structure ressemblant à celle de la peau.

L'étude de la constitution est passée par 2 étapes :

- La constitution unitissulaire évoquée par KOHLRAUSH en 1843( 62 ), parlant de l'analogie avec celle de la peau;

- La constitution multitissulaire est apparue ensuite avec les travaux de GRAY ( 54 ), qui notait l'existence de fibres nerveuses, ensuite VIRCHOW, signalant d'autres fractions tissulaires, à savoir des structures de type cérébelleux, et des fibres musculaires. Mais PAULY, en reprenant les mémoires de VIRCHOW, réfute la description donnée par ce dernier, car elle ne correspondait pas, semble-t-il à celle d'un Kyste dermoïde. A la même époque, d'autres auteurs ont décrit l'existence de tissus multiples :

HESHL, 1860, pièces osseuses;

BLAND SUTTON ( 11) 1880, glande mammaire;

POMMER, 1890, tissu intestinal.

La présence du tissu thyroïdien n'a été signalé qu'en 1895 par WILMS (105), ensuite en 1899 par BOETTLIN. Mais il a fallu attendre 1902 pour pouvoir définir la présence de tissu thyroïdien dans une tumeur de l'ovaire sous le nom de goître ovarien, ou Struma Ovarii pour les Anglo-Saxons.

Le problème de la dégénérescence a été étudié par certains auteurs :

- DEBUCHY, 1889 (36), dans sa thèse inaugurale, a colligé 31 cas de kystes dermoïdes dégénérés.
- COUNSELLER, WELLBROCK, 1934 (30) trouvent, sur 408 teratomes kystiques bénins, 7 carcinomes.
- CAILLOT et VILLARD, 1935 (22), à propos de trois cas personnels.
- PETTERSON, 1955 (85), sur une série de 1007 cas, observe une dégénérescence dans 0,8 % des cas. Deux ans plus tard, le même auteur, colligeant 222 cas de dégénérescence maligne, fait une revue générale de la question.

La radiologie a été un appoint considérable au diagnostic.

- WILMS (105) semble avoir été le premier en 1900 à publier la radiographie d'un kyste opéré par BRICH-HIRSCHFELLED.

- L'Ecole lyonnaise a effectué plusieurs travaux sur l'étude de la radiologie :

. En 1913, GOSSET (53), en pratiquant une radiographie simple à une malade, remarque l'existence d'une tâche suspecte évoquant l'image de deux dents.

. En 1922, CHARLES DUN-ET (40) présente à Lyon les Radiographies de 2 Kystes dermoïdes bilatéraux qui contenaient chacun 17 à 18 dents.

. En 1924, BRUN, CASSUTO et JAUBERT de BEAUJEU (16) suspectent chez une jeune fille de 19 ans un kyste dermoïde d'après un examen radiologique. La même année, COTTE et MARION (28) affirment par la radiologie le diagnostic d'un kyste dermoïde d'une jeune fille de 25 ans montrant l'image très nette de 2 dents.

. En 1938, BURTHIAULT (19) étudie le Radiodiagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Le traitement chirurgical conservateur, envisagé dans la littérature française et consacré par l'Ecole lyonnaise : d'une part la thèse de CAILLOT , 1930 (21 ), inspirée par VILLARD; d'autre part les publications de COTTE ( 29 ), de POLLOSSON, 1912-1946.

En 1945, GUIGOU (56), et en 1943, BRODSCHII (15 ) dans leur thèse, insistent de nouveau sur les tumeurs kystiques bénignes de l'ovaire et leur traitement chirurgical conservateur.

---

IV. ETIOLOGIE

A. FREQUENCE : La fréquence des kystes dermoïdes de l'ovaire par rapport aux néoformations ovariennes est assez variable. Elle va de 5 à 40 % selon les auteurs.

- En Afrique, deux études méritent de retenir notre attention:  
ES GRECH (43) en Ouganda sur 387 cas de néoformations ovariennes note 90 Kystes dermoïdes soit une fréquence de 23,2 %.

A Dakar, VILANE ( ABABACAR) (102) sur 225 tumeurs ovariennes trouve 25 Kystes dermoïdes, la fréquence est donc de 9,9 %.

Il est à noter, qu'une fréquence moyenne serait difficile à établir vu le nombre assez restreint des études faites à ce sujet en Afrique.

- En Europe et ailleurs, les différents auteurs trouvent les résultats suivants :

TABLEAU "A"

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE
1943	DIEULANGARD	-	5 à 10 %
1946	BLACKWELL	225 cas	5 %
1949	BARZALAI	-	10 à 20 %
1955	PETERSON	1007 cas	18 %
1963	SLOAN	55 cas	10 %
1965	VARANGOT	-	3 à 6 %
1967	MALKASSIAN	581 cas	5 à 23 %
1971	ROCHET	100 cas	40 %

Cette divergence semble être due à des séries relativement modérées, le chiffre moyen serait à peu près de 10 %.

.../...

- Fréquence du Kyste dermoïde en Afrique et ailleurs :

TABLEAU "B"

	ES. GRECH ( OUGANDA )	BARZALAI ( U.S.A. )	VARANGOT ( FRANCE )	VILAN E (A) ( DAKAR )
KYSTE DERMOÏDE	23, 2 %	10 à 20 %	3 à 6 %	9,9 %

L'analyse du tableau B, montre une forte incidence du kyste dermoïde en Ouganda avec ES.GRECH suivi de BARZALAI aux U S A et de VILANE (A) à Dakar. Le chiffre le plus bas se trouve avec VARANGOT en France.

Il serait très difficile d'affirmer que l'incidence du kyste dermoïde de l'ovaire est plus forte en Afrique que dans les autres continents tel qu'on serait tenté de le croire avec ES.GRECH. En effet, ce chiffre très élevé en Ouganda retombe à 9,9 % à Dakar avec VILANCE (A).

D'autre part, la comparaison des chiffres moyens n'est du reste pas possible vu le nombre peu élevé des études faites en Afrique.

Il serait intéressant de voir la fréquence du goitre ovarien avec BORI-ES AZEAU (12) qui, sur 11 114 Kystes ovariens dans la littérature note 72 goitres ovariens soit 0,64 %.

Il a colligé ensuite 1182 tératomes empruntés à 17 auteurs et a constaté que la fréquence moyenne est de 8,9 %.

Quant à BENNANI-HASSAN (8), il retrouve qu'un seul cas de goitre ovarien sur 40 Kystes dermoïdes.

La fréquence du goitre ovarien est donc variable.

Dans les séries africaines, avec ES. GRECH et VILANE (A), aucun cas de goitre ovarien n'est cependant rapporté.

.../...

B. AGE : Les Kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent s'observer à tous les âges avec une nette prédominance entre 15 et 50 ans .

PETERSON sur 1007 cas trouve 91,7 % dont les âges varient entre 15 et 50 ans et la majorité se situe entre 20 et 30 ans avec seulement 18 cas au-dessous de 14 ans.

Dans la série de BENNANI- HASSAN ( 8 ), la plus jeune à 17 ans et la plus âgés 51 ans, le maximum de cas se trouve entre 20 et 39 ans soit 30 cas sur 40.

Pour VILANE (A) également , le maximum de cas se retrouve entre 31 et 40 ans avec une forte majorité entre 0 et 40 ans. Ceci semble rejoindre les constatations de POURCEL et FRANCAIS cités par DIEULANGARD (39 ) qui affirment que le Kyste dermoïde de l'ovaire est une tumeur de l'enfance et de la femme jeune; BARZALAI ( 7 ) en situe le maximum de fréquence entre 20 et 30 ans.

Nous rejoignons ces différents auteurs car dans notre série également le maximum de cas se trouve entre 20 et 30 ans soit 6 cas sur 9; la plus jeune à 15 ans et la plus âgée 37 ans.

TABLEAU "C"

A G E	< à 20 ANS	20 à 30 ANS	> à 30 ANS
NOMBRE DE CAS.	1	6	2

L'âge de survenue du goitre ovarien diffère légèrement: le nombre de goitre ovarien s'accroît rapidement vers 30 ans, atteint son maximum entre 15 et 55 ans, puis diminue rapidement. Il s'agit donc de malades souvent en période préménopausique, rarement post-ménopausiques ou avant la puberté.

### C. LES FACTEURS FAVORISANTS ;

Il ne semble pas exister de facteurs favorisant l'éclosion des kystes dermoïdes de l'ovaire. Cependant un fait curieux, c'est la fréquence des antécédents tuberculeux chez les malades atteintes de kyste dermoïde. 10 cas rapportés par BENNANI-HASSAN qui se répartissent de la façon suivante :

- Primo-Infektion..... 6 cas.
- Annexites tuberculeuses.....2 cas
- Péritonite tuberculeuse.....1 cas
- Tuberculose rénale.....1 cas .

La même constatation avait été faite par SNEGUIREFF dans 30 % de ses observations.

### D. HEREDITE

Certains auteurs se sont intéressés à ce problème; notamment CORFMAN ( 27 ) en 1964 et SERR ( 95 ) en 1969.

Il était admis que l'hérédité ne semblait pas être un facteur déterminant dans la genèse des Kystes dermoïdes.

Cependant , en 1984, il parut dans Lancet qu'aucune caractéristique génétique n'a pu être identifiée dans un Kyste dermoïde qui ne soit présente chez l'hôte, ce qui montre que ces kystes proviennent uniquement des cellules germinales de la patiente et qu'ils ne proviennent pas d'un ovule fécondé.

La même année, PARRINGTON (80) et coll. dans un document publié à partir du MRC HUMAN Biochemical genetics unit ont étudié les caractéristiques des chromosomes et enzyme<sup>s</sup> dans 21 tératomes ovariens bénins de 14 patientes.

Les caractéristiques furent trouvées homozygotes dans 52 % des tératomes et hétérozygotes dans 19 %. Les autres 29 % des tératomes étaient homozygotes pour certaines caractéristiques et hétérozygotes pour d'autres.

+Ces résultats peuvent s'expliquer à partir du moment où les tératomes ovariens ne proviennent pas tous des cellules germinales de la même manière. Un défaut de méiose I peut expliquer les tératomes avec centromères hétérozygotes. Quelques tumeurs avec centromères homozygotes peuvent dépendre d'un défaut de méiose II, mais à cause du bas niveau des caractéristiques des enzymes.....

...hétérozygotes, un autre mode de dérivation par duplication d'un ovule mûr fut postulé. En effet ce mode de dérivation est analogue à celui trouvé dans le môle hydatiforme tel que PARRINGTON et coll. l'ont démontré.

---

V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## A. ETUDE MACROSCOPIQUE

1. La localisation : Le Kyste dermoïde peut être uni ou bilatéral.

L'Unilatéralité semble la plus fréquente, VILANE ( 102 ) la retrouve 18 fois sur 25. Dans notre série également, elle se se retrouve 6 fois.

La bilatéralité peut se voir d'emblée, mais elle peut être différée et à ce sujet, 2 cas ont été rapportés par BENNANI-HASSAN ( 8 ).

L'association est possible avec les autres affections kystiques de l'ovaire; la seconde affection pouvant siéger sur l'ovaire controlatéral ou sur le même ovaire que le kyste dermoïde. Dans notre observation, on rapporte un cas de kyste séreux renfermant un kyste dermoïde (Observation n°8 ).

2. La taille : Elle est extrêmement variable. Le plus souvent de la dimension d'un citron ou d'une mandarine, mais pouvant atteindre la taille d'un ballon de basket, ou d'une tête d'adulte.

3. Aspect macroscopique : Les kystes dermoïdes sont le plus souvent uniloculaires ( 80 % des cas); mais on peut en trouver plusieurs.

Le Kyste dermoïde a le plus souvent une forme globulaire ou ovoïde, parfois périforme. La surface paraît habituellement bleutée, lisse, parcourue souvent par des vaisseaux, sanguins saillants. Elle peut être blanche et nacréée, avec des zones jaunâtres communiquées à la paroi par le contenu du kyste. Celle-ci peut être rose, voire hémorragique en cas de torsion du pédicule.

Sa consistance molle est en fait variable, suivant la présence de pièces osseuses, de cartilage, de dents ou de calcification de la paroi.

Le contenu est huileux et gras, mélangé avec des masses de cheveux et fréquemment de dents, de l'os.

Les dents sont le plus souvent des molaires ou des incisives, rarement des canines, qui sont enchassés la plupart des cas dans la paroi du kyste, ou de l'os rudimentaire ressemblant grossièrement à un maxillaire.

A l'intérieur de la paroi, on trouve une masse arrondie, blanchâtre, s'étendant de la paroi vers le centre du kyste sur une longueur variable appelée processus dermoïde, ou protubérance de ROKITANSKI, ou "mamelon", ou encore "papille". Ces zones sont parfois multiples. Le reste de la surface intérieure est habituellement mou, parfois granuleux, poilu et ulcéréux.

De nombreuses études, en particulier celle V.R. WHEATLEY (104) ont montré que le liquide graisseux du Kyste dermoïde est en fait du sébum produit par un processus pathologique.

#### B. ETUDE MICROSCOPIQUE :

On admet que toutes les structures dérivées de l'ectoderme, du mesoderme ou de l'endoderme peuvent être rencontrées dans les proportions suivantes :

- Structure ectodermique .....100 % des cas
- Structure mesodermique . . . . . 90 %
- Structure endodermique ..... 70 % des cas

Ce fait a été confirmé par BLACKWELL ( 9 ) et MARCIAL ROJAS (69 ). Le groupement de ces différents contingents peut réaliser deux aspects :

- aspect de Kyste épidermique, ne comprenant que la peau, ses annexes et du tissu nerveux;
- aspect des Kystes dermoïdes vrais dans lesquels le contingent cutané est en général prédominant, mais toutes les autres structures peuvent s'y trouver, qu'il s'agisse de dents, de tissu cartilagineux, respiratoire, intestinal....

Ces différents constituants peuvent ébaucher parfois une structure organoïde

La présence d'un contingent thyroïdien pose un problème ; il peut être associé aux autres éléments, mais il peut être largement prédominant ou même paraître unique, portant alors le nom de goitre ovarien.

Il est cependant capital de noter que tous les tissus observés sont matures, ce qui permet de classer les kystes dermoïdes dans le cadre des dysembryomes matures simplifiés ou complexes (CABANNE). La découverte d'un contingent tissulaire immature doit hautement faire suspecter la malignité.

#### C. LA DEGENERESCENCE :

La dégénérescence maligne d'un Kyste dermoïde est signalée, elle doit s'entendre comme la cancérisation d'un des tissus adultes du tératome bénin et non pas comme sa transformation en tératome malin immature. Elle est exceptionnelle, elle n'est citée que dans l'ordre de 0,8 à 1,2 %.

...L'Anatomopathologiste doit donc faire la différence entre la dégénérescence maligne d'un Kyste dermoïde et un dysembryome immature surtout dans le cadre d'une biopsie restreinte. Il doit de plus éliminer l'envahissement de ce Kyste dermoïde par un cancer distinct du même ovaire ou par une métastase.

L'Etude faite par PETERSON (84) sur une série de 222 cas de dégénérescence maligne trouve les résultats suivants :

- entre 20 et 49 ans : 42 % de dégénérescence
- entre 50 et 70 ans : 39 %           "
- entre 40 et 60 ans : 49 %           "

L'Aspect macroscopique des Kystes dermoïdes dégénérés est très important à connaître surtout pour le chirurgien. Il est parfois manifeste dès l'ouverture de l'abdomen: la paroi du Kyste est envahie par le processus malin ; des greffes néoplasiques sur les organes de voisinage sont trouvées. Mais, ceci ne se voit que dans des cas malheureusement évolués. Dans l'ensemble, l'aspect d'un Kyste dermoïde dégénéré est absolument identique à celui d'un kyste dermoïde banal.

Le chirurgien se doit d'ouvrir la pièce opératoire et s'attacher à examiner la région du "polype", dont l'inspection et la palpation soigneuse pourront déceler une excroissance ferme, parfois friable, voire même nécrotique. A ce sujet, il faut rappeler que PETERSON (35) sur 8 cas n'a reconnu qu'un seul en per-opératoire. Autant dire que seul l'examen microscopique permet d'avoir un diagnostic précis, à condition de confier la totalité de la pièce à l'anatomopathologiste, qui l'examinera de manière attentive.

L'aspect microscopique réalisé est varié. Le plus souvent il s'agit de carcinome épidermoïde spinocellulaire ou de l'épithélioma pavimenteux. Mais, suivant les données de la carcinologie, on admet que n'importe quel contingent tissulaire puisse donner naissance à une tumeur maligne.

VI. ETUDE CLINIQUE

Les Kystes dermoïdes sont le plus souvent latents, parfois même de découverte d'examen systématique. PETERSON (86) sur 1007 cas trouve 234 Kystes dermoïdes asymptomatiques, soit 23,22 %; il a réuni d'autre part 1078 cas de 5 auteurs et a noté 255 cas asymptomatiques.

Dans la série des 40 cas colligés par BENNANI-HASSAN (8) un kyste dermoïde était découvert de façon systématique chez 2 malades venues pour tuméfaction du sein.

On peut dire qu'il n'y a pas de signes pathognomoniques qui puissent faire penser à un kyste dermoïde. Les symptômes sont ceux produits par une néoformation de l'ovaire: le plus souvent douleur, augmentation du volume de l'abdomen, troubles génitaux et des signes urinaires.

#### A. LES SIGNES REVELATEURS :

- La douleur est le signe le plus fréquemment retrouvé.

Dans la littérature, on la retrouve dans 30 à 90 % des cas. BENNANI HASSAN (8) la retrouve 14 fois sur 40 soit dans 35 %.

Dans notre série, elle a motivé la consultation 4 fois sur 9 (observation n°2, n°3, n°5, n°8).

Cette douleur peut prendre tous les types. Elle peut être modérée, sourde, entraînant une sensation de pesanteur pelvienne. Le caractère qui doit faire penser à une douleur ovarienne est le fait qu'elle soit plus volontiers à projection postérieure plutôt qu'antérieure. Ces douleurs peuvent rester longtemps isolées et ne pas être rapportées à leur cause, sauf si un examen gynécologique soigneux trouve une néoformation ovarienne. Elle peut prendre un caractère aigu qui, associé à quelques troubles du transit à type de constipation avec petite élévation thermique, peut faire penser à tort à une appendicite.

Dans la littérature, nombreuses sont les malades qui ont subi une appendicectomie avec un appendice sain à l'opération, et devant la persistance de la douleur, les mêmes malades ont été réopérées, ce qui a permis de découvrir un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Nous jugeons donc nécessaire, avant de pratiquer une incision de MAC BURNEY, de faire un examen gynécologique soigneux sous anesthésie générale.

- Augmentation du volume de l'abdomen : Il s'agit d'un signe revelateur dans 22 % des cas pour DARGENT ( 32). Elle amène parfois la première consultation, qui permet de découvrir une masse abdominale. C'était le cas pour 2 des 40 cas de BENNANI-HASSAN ( 8 ) quant à nous, nous la retrouvons 3 fois sur 9 ( Observations n°1, n°4 , n°9 ).

- Les troubles génitaux :

. Les hémorragies utérines à type de métrorragies sont peu fréquentes. Quand elles existent, elles font plutôt penser à un fibrome, ou quand l'âge de la malade est avancé, à un cancer.

Les irrégularités menstruelles sont rares, et ceci s'explique par le fait que le parenchyme cortical, s'il est refoulé et même comprimé par le Kyste dermoïde, reste néanmoins fonctionnel.

. D'autres symptômes moins classiques sont à noter cependant :

a. La dysmenorrhée n'est pas un symptôme courant dans les kystes dermoïdes. Si elle apparaît, elle peut être habituelle pour la malade car facile à supporter au départ. Elle peut finir par s'aggraver et motiver une consultation. C'était le cas de l'observation n°7 de notre série.

Il faut noter qu'elle disparaît toujours après l'opération.

b. La dyspareunie : c'est un symptôme assez curieux dans les kystes dermoïdes. Elle peut être d'apparition récente et peut exister du même côté que le Kyste dermoïde. Mais le plus généralement cette dyspareunie est une dyspareunie de fond. Ceci s'explique par le fait que le Kyste dermoïde de siège plus volontiers pelvien et bas situé, se trouve traumatisé à l'occasion des rapports sexuels.

c. Les signes urinaires : quand ils prennent le devant de la scène clinique, peuvent être assez trompeurs. Les troubles urinaires, même associés à des symptômes plus évocateurs d'un kyste dermoïde, sont susceptibles d'égarer le diagnostic.

La fréquence des signes urinaires est difficile à apprécier. DAVIDSON, en 1964 ( 33 ), étudiant une série de 32 malades hospitalisées pour une complication d'un kyste ovarien, trouve l'existence de signes urinaires se manifestant par une dysurie dans 40 % , par une pollakiurie ( 34 % ) ou par des douleurs lombaires dans 31 % , Il fait remarquer par ailleurs que sur 12 torsions, 11 avaient des troubles urinaires.

Cet auteur conclut donc que les signes urinaires, au sein d'une scène douloureuse pelvienne, doivent attirer l'attention sur la possibilité d'un kyste dermoïde compliqué. La découverte d'autre part, de signes urinaires à type de cystite (avec pollakiurie, douleur à la miction, pyurie) ne doit pas toujours faire penser à une compression vésicale, elle doit faire évoquer l'éventualité d'une fissuration dans la vessie et faire demander les examens complémentaires.

#### B. EXAMEN CLINIQUE :

Le problème diagnostique d'un Kyste dermoïde de l'ovaire est en fait celui que pose la découverte d'une masse latéro-utérine dont les circonstances révélatrices ont été étudiées plus haut.

Selon le siège, la mobilité ou le volume de la néoformation, plusieurs aspects cliniques sont classiquement décrits :

1. La masse Latéro utérine peut être libre: suivant le siège, elle peut être:
  - d'une part purement pelvienne, de volume < à 15 cm. de diamètre. Entièrement logée dans le pelvis elle n'est pas perceptible à la palpation abdominale.

Le toucher vaginal associé au palper abdominal repère le col et le corps utérin, souvent refoulés d'un côté ou de l'autre. Dans un cul de sac vaginal, on perçoit une masse arrondie, rénitente, mobile et surtout indépendante de l'utérus car séparée de lui par un sillon et les mouvements imprimés à l'utérus ne sont pas transmis à la masse.

Dans quelques cas, elle est irrégulière et l'examen perçoit en un ou plusieurs points, une induration douloureuse correspondant au " polype " ou à une calcification, ou encore à une dent. C'est un signe qui doit faire évoquer la nautre dermoïde de la masse latéro-utérine, symptôme sur lequel POLLOSSON avait déjà insisté. C'est une tumeur mobile mais ascensionne difficilement, et quand elle le fait, retombe tout de suite dans le pelvis après l'examen.

Si ces signes existaient au complet, il serait assez facile de faire le diagnostic probable du kyste dermoïde de l'ovaire. Mais toute masse pelvienne présentant ces différents caractères n'est pas toujours un kyste de l'ovaire à fortiori un kyste dermoïde de l'ovaire.

La vessie pleine ou le coecum distendu ne résistent pas à un examen gynécologique bien conduit.

L'examen vessie vide est très souvent nécessaire et la répétition de l'examen gynécologique peut toujours se faire quelques jours plus tard au moindre doute après administration d'un laxatif.

Par contre, sont pratiquement impossibles à éliminer par la simple clinique l'hydro Salpinx, le fibrome pédiculé, la tumeur sigmoïdienne, etc... Ainsi on admet qu'au premier examen, 15 à 30 % des tumeurs de l'ovaire sont confondues avec d'autres masses pelviennes.

- D'autre part, la masse peut être abdomino-pelvienne, réalisant une masse hypogastrique, mais parfois située dans la fosse iliaque, mate à la percussion, à bord > bien délimité, mais dont le bord < plonge dans le pelvis, n'étant perçu que par le T.V. ou le T.R.. C'est une masse qui est mobile dans le sens transversal et de bas en haut.

2. La masse latéro-utérine peut être fixée: soit parce qu'elle est incluse dans le ligament large, ou enclavée dans le cul-de-sac du Douglas, soit à cause d'adhérences inflammatoires ou néoplasiques.

A l'examen, elle perd ses caractères essentiels qui sont son individualité par rapport à l'utérus ainsi que sa mobilité.

### C. LES FORMES CLINIQUES PARTICULIERES :

#### 1. Kyste dermoïde et Grossesse :

La fréquence de cette association est assez variable. Elle va de 10 à 20 % selon les auteurs.

Cette association a depuis longtemps soulevé la curiosité, car c'est là où le problème de traitement est difficile, surtout si les Kystes dermoïdes sont bilatéraux. Une notion ancienne voulait que les femmes atteintes de kyste dermoïde soient stériles dans une grande majorité des cas ( SIMPSON, cité par BOURDIN ) ( 14 ).

Pour d'autres auteurs, cette association permet au contraire une grande fécondité. En fait, aucune des deux notions n'est extrêmement satisfaisante, car on sait que les kystes dermoïdes, en se développant, laminent le tissu cortical ovarien, mais celui-ci reste fonctionnel.

Le diagnostic de cette association se fait dans deux circonstances :

- fortuitement, à la suite d'une consultation prénatale;
- soit à l'occasion d'une complication du kyste dermoïde au cours de la grossesse, ou inversement, une complication de la grossesse par le kyste.

L'accroissement de volume du kyste dermoïde par la grossesse a été signalé par les uns et nié par les autres.

On admet classiquement que la grossesse favorise les complications des kystes dermoïdes. En effet, la fréquence des complications au cours de la grossesse est de 24 %; elle est donc significativement supérieure aux complications en dehors de la grossesse ( 19 % pour PETERSON ).

La torsion du pédicule est la complication la plus fréquente, elle est à redouter à tous les moments au cours de la gestation; elle est observée surtout dans la première moitié de la grossesse et, semble-t-il, entre le 2ème et le 4ème mois, puis pendant le travail et dans les suites de couches..

La rupture vient au second rang des complications. Elle peut se faire dans le péritoine libre, mais aussi dans le vagin, ou dans un viscère creux.

Cliniquement, cette rupture se traduit en général par un tableau dramatique, et la rupture n'est décelée qu'à la laparotomie. L'infection est rare au cours de la grossesse; elle se voit plus volontiers dans le postpartum.

L'influence du kyste sur la grossesse peut être néfaste en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré. Si la grossesse est menée au voisinage du terme, le kyste dermoïde surtout à développement abdominal favorise les présentations irrégulières ( épaule ou procidence du cordon). En cas de kyste dermoïde pelvien, la grossesse peut évoluer normalement, mais le risque de dystocie est là, très grand, car les kystes dermoïdes constituent des tumeurs proevia. Ne pas en faire le diagnostic et laisser continuer le travail expose d'une part à la rupture utérine, d'autre part à la mort foetale et à la rupture du kyste dermoïde.

## 2. Kyste dermoïde et Anémie hémolytique :

Cette association est rare, puisque BARRY ( 6) en 1957 n'en colligeait que 10 cas dans la littérature mondiale. Actuellement 20 autres cas sont cités et, il semble être admis que cette anémie est de mécanisme auto-immun. Les signes cliniques de ces 20 cas publiés ont été attentivement revus par De BRUYERE et associés ( 35); DAWSON et collègues (34) et, plus près de nous par PAYNE et collaborateurs (83) :

.../...

Chez ces patientes, l'anémie hémolytique auto-immune a été corrigée avec efficacité par l'exérèse de la tumeur, alors que la réponse de ces patientes aux corticostéroïdes était soit négligeable soit de brève durée.

D'autre part, chaquefois que cette entité morbide n'avait été promptement considérée, la splénectomie avait été pratiquée sans effet notable sur l'anémie. En somme, les patientes ont été définitivement soignées seulement par une ablation de la tumeur ovarienne.

Cependant, plus récemment, il a été signalé une anémie hémolytique auto-immune en association avec des kystes dermoïdes non ovariens, attachés au hile de la rate (98) ou au mésentère; ou encore parmi les signes cliniques d'un kyste bronchique énorme.

Il faut donc dire, que l'anémie hémolytique auto-immune compliquant les tératomes est considérée actuellement comme une entité mal définie. Mais, certaines hypothèses ont été suggérées pour élucider le mécanisme auto-immun de cette anémie.

a. La tumeur pourrait produire des substances qui peuvent à leur tour altérer les érythrocytes, les rendent anti-géniques pour l'hôte.

b. Les tissus du tératome et les érythrocytes de l'hôte, peuvent partager quelques an-tigènes communs. Des anticorps produits par les antigènes du kyste, réagiraient contre les érythrocytes de la patiente.

c. La tumeur elle même pourrait pour des raisons inconnues, produire des auto-anticorps anti-érythrocytes.

La seconde hypothèse semble être soutenue par quelques preuves. En effet, le tissu de la tumeur pourrait mettre à jour une réaction de type B-Cells, avec production d'anticorps anti-tumeurs qui sont capables de réagir contre les érythrocytes de la patiente. Bien sûr, des auto-anticorps libres disparaissent communément après l'ablation de la tumeur, avec une demi-vie qui concorde bien avec la demie-vie du serum IgG (35). En outre, dans quelques cas, des anticorps anti-érythrocytes ont été détectés dans le liquide de kyste en concentration plus élevée que dans les sérums de la patiente (35, 83), et des accumulations lymphoïdes ont été observées à l'intérieure des tissus des kystes. Ces recherches, montrant des cellules immunocompétentes à l'intérieur de la paroi du kyste, prêtent plus de soutien à la seconde hypothèse.

### 3. Goitre ovarien et Dysthyroïdie \*

PLAUCHU (88) en 1948 répartissait les goitres ovariens de la façon suivante :

- Les goitres ovariens avec modification cervicale concomitante;
- Les goitres ovariens muets, qui sont de beaucoup les plus fréquents;
- Les goitres ovariens avec thyrotoxicose guérie par l'ovariectomie

BORIES AZEAU (12) et ses collaborateurs, analysant 347 cas de goitre ovarien, trouvent la répartition suivante :

- Goitre ovarien avec dysthyroïdie, associé ou non à un goitre cervical, 32, soit 9,6 %;
- Goitre ovarien muet, 24 cas, soit 64,3 %.

Dans les goitres ovariens associés à une dysthyroïdie, le corps thyroïdien peut être modifié ou non.

a. Les goitres ovariens sans modification du corps thyroïde :

Les symptômes peuvent être :

- . de type mineure avec dystonie neurovegetative, hyperémotivité, palpitation, tachycardie, tremblement et léger amaigrissement;
- . de type majeure associant une néoformation ovarienne à tous les signes cliniques et biologiques d'une thyrotoxicose, qui n'est guérie habituellement que par l'ablation de la tumeur.

b. Les goitres ovariens avec modification thyroïdienne :

Ils comportent le plus de danger de méconnaître la néoformation ovarienne car les signes endocriniens sont alors mis sur le simple compte du goitre cervical c'est dire la nécessité d'un examen gynécologique de principe en présence du toute dysthyroïdie.

Citons de passage l'association du goitre ovarien avec le syndrome de DEMONS-MEIGS ou la maladie de HASHIMOTO. A ce sujet, une observation rapportée par SEREZ mérite d'être connue :

Il s'agit d'une malade âgée de 41 ans, opérée une première fois pour énucléation d'un nodule de l'isthme thyroïdien isolé sans manifestation clinique ou biologique remarquable, la malade accuse des douleurs pelviennes droites et la radiographie pratiquée décèle la présence de deux dents. L'examen microscopique de la pièce opératoire découvre un kyste dermoïde typique, avec à un endroit du tissu thyroïdien évoquant un aspect de thyroïdite. Le tissu thyroïdien est infiltré par des lymphocytes et des plasmocytes. Le test ultérieur de la malade par le serum anti-thyroïdien donne un résultat négatif.

Dans notre série de 9 cas dont seulement 5 ont été l'objet d'un examen anapath., aucun cas de goitre ovarien n'est décelé.

D. LES COMPLICATIONS Ce sont la torsion, la rupture et l'infection.

1. La Torsion : La fréquence de la torsion dans les kystes dermoïdes de l'ovaire est de l'ordre de 10 %.

Elle surviendrait plus volontiers sur les kystes dermoïdes de volume moyen et libres de toutes adhérences. Cette conception a été confirmée par PETERSON (86) qui trouvent que 39 % de torsion se voit pour les kystes dermoïdes qui ont un diamètre variant entre 5 à 15 cm.

La zone de torsion peut être le pédicule ovarien, mais elle est le plus souvent tuboŕovarienne.

La torsion peut être incomplète ( un demi tour de spire) ou complète (un tour ou plus).

Incomplète, elle modifie peu la vascularisation, elle bloque la circulation de retour sans empêcher l'apport artériel, ce qui détermine une congestion, une tase. La torsion serrée interrompt complètement la circulation sanguine et détermine la nécrose suivie de sphacèle de la tumeur. Le mécanisme de la torsion n'est pas encore élucidé. On n e peut donc qu'avancer des hypothèses faisant intervenir le péristaltisme intestinal, les changements de pression abdominale ou un traumatisme.

La torsion peut aller jusqu'à l'amputation du kyste, qui va devenir parasitaire au sein de la cavité abdominale.

A ce sujet, BLACKWELLE (9) poŕle de 2 cas dont l'un était attaché au pŕitoine pariétal antérieur et l'autre aux uteroŕsacrés.

Sur le plan clinique, on distingue deux grands tableaux :

- La Torsion aigue :

Elle réalise un syndrome abdominal aigu, à point de départ pelvien, avec douleur brutale et vomissements. L'examen retrouve une douleur surtout pelvienne, une défense plutôt qu'une contracture; la température peut s'élever. Quand ces symptômes sont réunis dans la fosse iliaque droite, la malade est adressée avec le diagnostic d'appendicite. Du fait de la douleur et du météorisme, la tumeur est rarement perçue.

Le T.V. associé au T.R., permettent parfois de redresser le diagnostic quand ils découvrent le pôle < de la masse annexielle qui est très douloureuse.

Très souvent, on peut être amené à poser le diagnostic de grossesse extra utérine, de péritonite ou d'occlusion. L'erreur n'est pas grave car une laparotomie s'impose dans tous les cas.

- La Torsion chronique : Elle entraîne des crises douloureuses pelviennes, brèves, spontanément résolutive, pouvant s'accompagner de lipothymie et de vomissements. L'examen clinique permet de mettre en évidence une masse latéro-utérine douloureuse qui impose l'intervention.

Dans l'observation n°3 de notre série, des crises douloureuses pelviennes survenant par intermittence, avec quelquefois des vomissements, étaient décelées plusieurs semaines avant l'intervention et, à l'intervention, on découvre une torsion à deux tours de spire sur l'ovaire gauche.

2. La rupture : Elle surviendrait dans 3 % de l'ensemble des kystes de l'ovaire et la fréquence dans les kystes dermoïdes est de l'ordre de 0,4 à 1,3 % selon les auteurs . Elle peut se faire dans le péritoine ou dans un organe creux. Il est difficile d'évaluer la fréquence respective.

- La rupture intrapéritonéale: Elle a un début brutal. Elle se manifeste par des douleurs en plein ventre, associées à des vomissements et parfois à un état de choc.

L'examen physique quand le kyste dermoïde est connu, révèle la disparition de la tumeur, de même qu'une extrême sensibilité du Douglas.

Pour PATEL (81), la mobilité utérine exagérée coïncidant avec une grosse tumeur ovarienne, serait en faveur de la rupture d'une tumeur kystique.

Mais, la rupture ne réalise un tableau clinique aigu que dans un petit nombre de cas et, pour PETERSON, la rupture réalise un tableau bâtarde. Les malades ne consultent en effet que tardivement, parfois même plusieurs années, pour une augmentation progressive de l'abdomen associée à des nausées, des vomissements, de la diarrhée et l'installation d'une anorexie. L'examen trouve alors une masse abdominale dont l'étiologie est difficile à établir. Le diagnostic n'est alors fait que par la laparotomie exploratrice.

A l'ouverture de l'abdomen, on est en général en présence d'une péritonite granulomateuse aux nodules multiples et adhérents, baignant dans un liquide huileux. Cet aspect est difficile à distinguer d'une péritonite tuberculeuse ou même d'une carcinose pelvienne. Seule la biopsie permettra de lever le doute.

- La rupture dans un organe creux peut se faire d'une part dans le sigmoïde ou le rectum, d'autre part dans la vessie.

La rupture dans le rectum se traduit par des hémorragies rectales, une émission du mucus par l'anus et de la diarrhée; un cas rapporté en 1983 par MITUI A.H., et al ( 73).

... Le diagnostic n'est le plus souvent évoqué que si la malade a remarqué l'émission de cheveux dans les selles. L'observation de BACON (4) à ce sujet est fort intéressante: Il s'agissait d'une fille de 7 ans présentant des hémorragies rectales, avec au T.R. la perception d'une masse polypoïde paraissant adhérer à la paroi latérale droite du rectum; et, c'est la rectoscopie qui a permis de découvrir une longue mèche de cheveux blonds. L'intervention a confirmé le diagnostic de Kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Cette rupture dans l'intestin peut être isolée tout comme elle peut être associée à une rupture intravésicale d'après BACON et EISENBERG (4).

La rupture intravésicale est de connaissance ancienne. Elle a été décrite successivement par DELBET dans son traité des suppurations pelviennes en 1890, CLADO en 1895, ROY en 1900; GERMAIN en 1909; GILLOZ A en 1954 et plus près de nous par KONDON et al en 1983 ( 63).

Anatomiquement dans ces kystes perforés, les lésions inflammatoires sont constantes, de même que les adhérences aux organes voisins, où ils peuvent s'y perforer simultanément avec la vessie. La perforation dans la paroi vésicale est de dimension variable, parfois punctiforme mais pouvant être plus large. De la perforation émergent soit des touffes de poils calcifiés, soit des dents.

Trois mécanismes peuvent expliquer la rupture intra vésicale du dysembryome mature de l'ovaire.

a. Par analogie avec la tendance migratrice des kystes hydatiques du foie vers la cage thoracique, le kyste dermoïde se perforé du fait de la perforation vers le point de moindre résistance.

b. Elle peut être due à un kyste dermoïde dégénéré. Ce mécanisme semble extrêmement rare, du fait même de la rareté de la dégénérescence.

c. Enfin, elle peut être due à la suppuration qui est beaucoup plus fréquente avec les kystes dermoïdes de l'ovaire que tous les autres kystes.

Sur le plan clinique, GERMAIN dans sa thèse décrivait 2 grandes classes de malades :

. Les " génitales " chez lesquelles on connaît l'existence d'une tumeur de l'ovaire et chez qui l'apparition de poussée de cystite, ou même de vomique vasculaire, éveillent l'idée d'une complication d'un kyste dermoïde.

. Les "Vésicales ", chez qui le symptôme clé est la pilimiction, ou évacuation de poils dans les urines.

Le diagnostic repose donc sur les signes cliniques déjà décrits mais aussi sur l'examen des urines qui peut révéler l'existence de produits dermoïdes.

L'ASP et l'UIV avec cystographie peuvent permettre la visualisation de la calcification extra ou intravesicale mais ils permettent aussi d'apprécier la valeur fonctionnelle des reins.

Le cystogramme pourrait aussi injecter la tumeur et visualiser sa communication avec la vessie.

C'est en fait la cystoscopie qui apporte le plus d'appoint au diagnostic en montrant l'existence de mèches de cheveux.

Dans notre série aucun cas de rupture, ni dans le péritoine libre, ni dans un organe creux ne sera signalé.

3. L'infection : La fréquence est variable, elle va de 0,4 % à 4 % selon les auteurs mais l'incidence moyenne semble être de 1,5 %.

L'infection peut se faire par voie hématogène lors d'une infection générale, par voie lymphatique ou par continuité lors d'une infection salpingienne.

Les facteurs favorisant l'infection sont la torsion, la grossesse et surtout les suites de couche.

Cliniquement, elle se manifeste par des douleurs pelviennes avec de la température. A l'examen, on découvre une masse annexielle douloureuse qui fait plutôt penser à un pyosalpinx.

VII. D I A G N O S T I C

Il repose sur :

A. LA CLINIQUE : qui comprendra, les éléments de suspicion à savoir la douleur, l'augmentation du volume de l'abdomen, les troubles génitaux et l'examen clinique bien conduit de la malade.

La conjonction de ces différents éléments qui font penser à un kyste dermoïde de l'ovaire doit cependant s'aider d'examen complémentaires pour confirmer le diagnostic.

B. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1. L'A.S.P., est le premier examen auquel on doit penser. Il est utilisé depuis longtemps dans le diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. BURTHIAULT (9) dans le "Lyon Chirurgical" insistait déjà en 1939 sur sa valeur. L'auteur rapporte une observation dans laquelle les clichés permirent d'affirmer rapidement le diagnostic éliminant du même coup la grossesse d'abord envisagée. Le résultat fut obtenu rapidement avant même les résultats biologiques.

L'A.S.P. tire son intérêt de la composition même du kyste dermoïde; en effet, ce procédé simple et rapide garde toute sa valeur lorsqu'il permet de découvrir des ossifications intrakystiques, voire le profil d'une dent.

Malheureusement il ne s'adresse qu'à un très petit nombre de cas.

A Dakar, sur 255 cas de néoformation ovarienne rapportés par VILANE (A) (102); 25 kystes dermoïdes ont été retrouvés et, l'A.S.P., pratiqué 57 fois n'a permis de poser un seul diagnostic.

Cependant CUSMANO (31) en 1956, à propos de 35 cas, avait fait un diagnostic ferme de kyste dermoïde dans 17 cas du fait de l'existence des dents, soit dans une proportion de 50 % des cas. Dans les autres cas, il existait une image ronde, radiotransparente avec une coque de 1 à 3 mm qui faisait penser à une néoformation ovarienne sans préjuger de sa nature.

SLOAN (96) pour sa part en 1963, à propos de 43 malades, classait les signes radiologiques en 3 groupes :

- groupe 1 : 40 % des cas où le kyste dermoïde est affirmé sûrement;
- groupe 2 : 24 % ; le tératome est visible radiologiquement sans préjuger de sa nature;
- groupe 3 : 36 %; il n'y avait aucun signe radiologique.

Pour lui, il existe une relation entre la taille du kyste dermoïde et la visibilité radiologique

- . Les kystes qui ont 5 cm. de diamètre ou moins, ne sont pas visibles habituellement.
- . Au delà de 5 cm., ils donnent une image typique d'autant plus s'il existe des calcifications ou des dents.

Quant à BENNANI-HASSAN (8) ; sur 40 observations, l'ASP a été pratiqué six fois et a montré :

- . La présence de dents et même d'une mâchoire dans 3 observations.
- . La présence de calcifications dans 2 cas.

L'A.S.P. a donc permis le diagnostic dans le rapport 5/6.

Dans notre série, cet examen a été demandé seulement 2 fois ( observations n°3, n°6). Dans les autres cas, le diagnostic de masse annexielle sans préjuger de sa nature a conduit à l'intervention chirurgicale.

Dans l'observation n°3, il a permis de poser le diagnostic en montrant  $\mu$  l'image d'une dent par contre dans l'observation n°6, il était sans particularité.

Il est peut être bon d'insister sur la valeur de cet examen, chaque fois que le praticien est en face d'une tumeur pelvienne vu sa simplicité et son apport diagnostique non négligeable.

Les images d'un kyste dermoïde révélées à l'A.S.P. sont assez variées. Elles peuvent aller de la présence d'une dent à des images claires circonscrites ou une ombre homogène en passant par, la présence de fragments osseux ou de calcifications pariétales. VOYONS avec CACAULT (20) les différents signes radiologiques des kystes dermoïdes de l'ovaire qui sont classés en 4 groupes :

a. On découvre une image calcifiée : il peut s'agire soit des dents, soit de fragments osseux ou de calcifications pariétales.

- La présence de dent rend le diagnostic du kyste dermoïde certain, car la forme et la densité de l'image dentaire offrent peu d'éléments de discussion, et ceci d'autant plus si leur architecture réalise un maxillaire.

On élimine du même coup les phlébolites, les calcifications de la tuberculose annexielle, et peut être difficilement une dent avalée accidentellement lors de l'extraction.

- Quant à la présence de fragments osseux, la traduction radiologique est très variable tant dans la forme que dans la densité, et leur identification du squelette voisin reste difficile.

- Les calcifications pariétales réalisent un dépôt calcaire, se traduisant par une opacité uniforme, ronde, marquée par une ligne plus dense. Elles posent aussi des problèmes, car cette opacité doit être distinguée d'une lithiase vésicale, d'un fibrome utérin calcifié, ou encore d'un ganglion calcifié.

En résumé, on peut dire que seule la présence de dents permet un diagnostic formel permettant de se passer de tout autre examen radiologique complémentaire. Tel était le cas dans une de nos observations (Obs. n°3).

b. D'autres images ; si elles sont moins typiques, peuvent être évocatrices. Il s'agit d'images claires circonscrites par des ombres plus denses, limitées par une ligne qui représente la paroi du kyste dermoïde. Les images correspondent aux masses graisseuses et sébacées que contient le kyste dermoïde ( signe de S.ROBINS et WHITE G.). Elles doivent être discutées cependant car pouvant être prises pour des images coliques; c'est là que la répétition des clichés à quelques jours d'intervalle et après évacuation intestinale est intéressante. En effet, cette image reste immuable sur les différents clichés.

c. La présence d'un Kyste dermoïde peut se traduire encore simplement par une ombre homogène arrondie, peu dense, située dans le pelvis. Elle ne permet donc pas de préjuger de la nature de cette tumeur ovarienne. " Et là encore, les examens radiologiques doivent être poussés pour éliminer quand même une lésion rectale ou sigmoïdienne. Le lavement Baryté doit faire partie du bilan général pour éliminer une tumeur prolapsée dans le Douglas ".

d. Enfin la radiologie simple peut rester muette - c'est dans ces 2 derniers cas que les examens radiologiques doivent être approfondis et comprendre une U I et un lavement baryté.

2. L'U.I.V. : Elle permet :

- de montrer le refoulement de l'uretère lors de calcifications pariétales réalisant un dépôt calcaire à l'A.S.P. en cas de kyste dermoïde de l'ovaire;
- d'éliminer un calcul vésical ou urétéral ;
- d'apprécier la valeur fonctionnelle des 2 reins.

Dans l'observation n°3 de notre série, l'U.I.V. est venue en complément de l'A.S.P. dans le but d'éliminer un calcul de la vessie ou même de l'urethère pelvien gauche.

### 3. Le Lavement Baryté :

En tant qu'examen simple, efficace et anodin, est pratiqué selon la technique habituelle. Les clichés seront pris sous diverses incidences: face et profil, la malade étant d'abord en décubitus dorsal, puis debout, enfin de face en décubitus latéral.

Les résultats, s'ils ne sont pas absolument spécifiques des kystes de l'ovaire, n'en permettent pas moins d'éliminer bon nombre de diagnostics chirurgicaux en affirmant l'existence d'une tumeur abdominale et singulièrement les tumeurs prolabées dans le Doublas.

Cet Examen montre selon RANGE (91) 4 ordres de signes :

- a. Elargissement du cadre colique dans tous ses diamètres par refoulement vers l'extérieur de ses différentes portions.
- b. Aspect concave vers l'intérieur du côlon droit, du côlon transverse et du côlon gauche qui épousent les contours de la masse.
- c. Un écrasement contre le bassin du côlon sigmoïde aplati d'avant en arrière par la masse kystique.
- d. Sur les clichés obtenus grâce à un rayonnement mou, l'opacité du kyste apparaît clairement au centre du cadre colique refoulé et injecté de Baryté.

### 4. L'Hystéro-Salpingographie : Elle permet :

- de montrer l'intégrité de l'utérus en cas de kyste dermoïde de l'ovaire;
- d'éliminer un fibrome, surtout s'il est pédiculé ou calcifié;
- d'éliminer une endométriose.

### 5. L'Echographie : Son intérêt est multiple :

- Elle permet dans la majorité des cas d'affirmer l'origine ovarienne de la tumeur;
- Elle apporte des renseignements sur sa structure;
- Elle affirme parfois la malignité de la tumeur et peut préciser son extension aux organes de voisinage;
- Son intérêt est d'autant plus grand quand il s'agit d'une association kyste dermoïde et grossesse.

A l'Echographie, l'image réalisée par un kyste dermoïde de l'ovaire est celle d'un élément liquido-solide dont les limites sont nettes et de transsonicité diminuée. La structure liquide est prédominante, mais on retrouve quelques zones d'échostructure plus ou moins importantes en périphérie ou au centre de la tumeur qui correspondent aux éléments solides.

Pour l'instant, cet examen demeure irréalisable à Bamako.

6. La Coelioscopie : Elle n'est indiquée que dans les tumeurs pelviennes à petit volume. Dès que le volume de la tumeur dépasse celui d'une grossesse de trois mois, elle devient très dangereuse car le pôle supérieur de la masse est trop près de la paroi abdominale et peut être blessé par la pointe du trocart lors de son introduction. Ce qui rend son application très limitée en cas de suspicion de Kyste dermoïde de l'ovaire quand on sait que le volume de ce dernier est très variable, allant d'une orange kystique à une tête d'adulte.

Mais, quand on parvient à la faire, le kyste dermoïde apparaît comme une néoformation à surface lisse, nacréée ou jaunâtre, non transparente. La paroi est souvent parcourue par de nombreux vaisseaux. Il paraît souvent lourd sous le palpateur. Il n'est pas exempt d'adhérence, ce qui rend encore plus difficile la pratique de cet examen.

Cependant, certains auteurs en particulier PALMER (79) et GAUJOUX (49) trouvent que l'intérêt de la coelioscopie est évident tant pour la ponction percoelioscopique en vue d'un examen cytologique du liquide, que pour permettre un second Look, 6 à 18 mois après opération.

Qu'on soit permis de dire que la ponction percoelioscopique comporte déjà dans son principe des dangers certains en cas de kyste dermoïde de l'ovaire: surinfection du kyste et surtout greffe péritonéale qui, bien que théorique, ne peut être complètement écartée car le kyste dermoïde de l'ovaire dégénère dans une proportion de 0,8 à 1,2 %. Il en est de même pour la biopsie percoelioscopique, qui présente aussi des dangers de dissémination du contenu kystique dans le péritoine à travers la brèche de la paroi.

Le traitement est toujours chirurgical. Pour MOULONGUET(75) " toute tumeur ovarienne quelque soit son aspect doit être opérée et enlevée sans attendre".

Le problème qui se pose est, plutôt que de savoir s'il faut opérer ces malades que d'avoir une ligne de conduite opératoire : opération conservatrice ou radicale. Mais, avant d'aborder l'étude de ce dilemme, voyons en revue les différentes méthodes thérapeutiques.

#### A. LES METHODES :

1. L'Enucléation : représente l'opération conservatrice par excellence dans les kystes dermoïdes de l'ovaire.

##### a. Les bases anatomiques de l'Enucléation :

Les Kystes dermoïdes en se développant respectent le plus souvent la corticale ovarienne qui est altérée au minimum. En effet le tissu ovarien, refoulé, laminé par les gros kystes dermoïdes peut garder encore des organes fonctionnels qui sont visibles au niveau de l'un des pôles de la tumeur, le plus souvent près du hile, mais parfois loin de celui-ci. Une recherche minutieuse permet donc de découvrir du tissu ovarien conservable. A ce sujet, l'étude de 7 pièces opératoires d'ovariectomie dans la thèse de GUIGOU (56) a permis de conclure, que la conservation d'un fragment ovarien eut été possible si elle avait été tentée. BENNANI-HASSAN (8) avait fait la même remarque sur plusieurs pièces opératoires.

b. La Technique : A l'aide d'un bistouri, on fait une incision de l'ovaire à la surface du kyste dermoïde, elle doit être superficielle. Il faut éviter d'utiliser le bistouri électrique. La dissection est poursuivie aux ciseaux dissecteurs et au tampon monté permettant de trouver le bon plan de clivage. Ceci peut être difficile dans les gros kystes dermoïdes du fait de **remaniement** et de leur adhérence; dans ce cas, il est peut être utile de réaliser une véritable énucléo-résection en " quartier d'orange " à la surface du kyste.

La suture se fait en deux plans: un premier plan fait de points de BLAIR DONATI, allant jusqu'au contact du hile et faisant donc un capitonnage serré de l'ovaire. Les points suivant la vascularisation longitudinale de la corticale ovarienne altèrent donc au minimum cette dernière.

La suture sera terminée par un surjet au Cat gut double zéro et à l'aiguille sertie fine.

c. Les Avantages :

Elle permet la conservation d'un parenchyme ovarien qui garde ses fonctions ovulatoire et sécrétrice interne; ceci est d'autant plus important si les lésions sont bilatérales surtout chez une femme jeune.

d. Les Inconvénients \_ \_ sont :

- d'une part la perte du plan de clivage. Il ne faut donc pas se décourager et continuer une dissection douce et s'acharner à retrouver le bon plan de clivage

- d'autre part l'hémorragie qui peut être d'origine corticale, elle n'est pas dramatique car des ligatures fines au cat gut double zéro en arrivent à bout. A l'opposé, elle peut être d'origine hilare, elle aussi peut être facilement contrôlable par une hémostase minutieuse à l'aiguille sertie. Mais, malheureusement, dans certains cas elle peut être importante et conduire à une castration.

2. L'Ovariectomie : On ne cessera d'insister sur la recherche du tissu cortical sain. Le chirurgien doit toujours le chercher et éviter une ovariectomie dans la mesure du possible. Mais, cette technique s'impose chaque fois qu'on est en face d'un ovaire complètement nécrosé;

3. Les autres méthodes à savoir l'annexectomie et l'hystérectomie avec ou sans conservation sont plutôt destinées à traiter les lésions associées.

B. LA VOIE D'ABORD : Elle dépend du volume de la tumeur, de son siège pelvien ou abdomino-pelvien, de l'adiposité de la malade.

Les kystes dermoïdes de volume moyen sont facilement enlevés par pfannenstiel.

Avec les kystes dermoïdes volumineux, la laparotomie médiane sous ombilicale ne se discute pas.

En cas de grossesse, la tumeur peut être haut située dans une fosse iliaque ou même remonter jusqu'à l'hypochondre, il serait alors bon d'opérer par voie para\$rectale.

C. LES INDICATIONS :

L'indication opératoire est formelle, car la diagnostic d'un kyste dermoïde n'est souvent pas établi avec certitude, on parle de tumeur de l'ovaire et toute néoformation ovarienne doit être opérée égard don né la relative fréquence des complications et la dégénérescence qui, bien que rare existe néanmoins.

Plusieurs cas sont à distinguer :

1. Les cas non compliqués :

L'énucléation est la méthode de choix. Elle doit être faite chez une femme jeune pour préserver l'avenir et surtout si les kystes dermoïdes sont bilatéraux.

Elle ne doit sûrement être pratiquée en présence d'une femme ménopausée surtout si elle a été opérée pour une autre affection ( fibrome par exemple).

Chez une femme à l'approche de la ménopause, elle est à discuter. On doit renoncer à l'énucléation s'il existent des remaniements infectieux ou inflammatoires dans le kyste dermoïde car le risque d'infection de l'ovaire est assez grand . Il ne faut pas non plus la faire en cas de kyste dermoïde ayant démesurément étiré la trompe; l'annexectomie dans ce cas semble préférable. L'énucléation est à éviter aussi en cas de grossesse.

Quant à la castration, elle est inévitable en cas d'hémorragie ovarienne incontrôlable au cours de l'énucléation. De même elle doit être faite systématiquement si l'ouverture de la pièce montre des végétations suspectes.

Chez une femme ménopausée, plus qu'une énucléation ou une castration, l'hystérectomie sans conservation de principe est la conduite de choix.

Dans tous les cas, que l'on ait pratiqué une énucléation ou une castration, d'autres gestes associés nous paraissent importants à discuter :

L'Ovaire controlatéral doit être examiné avec soin, et surtout faire, même si l'examen macroscopique semble normal, une ovariectomie controlatérale. Cette pratique sur laquelle ABELL et ses collaborateurs ( 1) ont insisté, leur a permis de découvrir à trois reprises des petits tératomes bénins kystiques de l'ovaire qui auraient échappé au simple examen de surface de l'ovaire.

Quant à BENNANI-HASSAN (8) sur 17 ovariectomies contro-latérales, il a trouvé 2 petits kystes dermoïdes. Cette conduite permet donc de résoudre le problème de bilatéralité différée, mais elle ne peut être pratiquée au cours de la grossesse car il est difficile de savoir là où se trouve le corps jaune.

L'ovariopexie est utile pour éviter le prolapsus pelvien de l'ovaire conservé. Elle permet en plus de faciliter la surveillance de cet ovaire par l'examen clinique ou la coelioscopie.

La ligamentopexie, en plus du rôle joué par l'ovariopexie, permet d'éviter l'apparition d'une retro version utérine. En effet la fosse pelvienne laissée vide par le kyste dermoïde est un facteur très favorable à l'apparition d'une retroversion. L'utilité de ce geste a été déjà soulignée par POLLOSSON (29).

## 2. Les cas compliqués :

a. La Torsion : La torsion aiguë ne permet autre chose que la castration ou l'annexectomie. La torsion chronique permet parfois l'énucléation.

### b. La Rupture :

- En péritoine libre nécessite dans la mesure du possible l'ablation du kyste dermoïde rompu et un lavage très soigneux de la cavité péritonéale, qui sera refermée sur un drainage type MICKULICZ.

- Dans un viscère creux : La conduite est variable avec l'organe où s'est rompu le kyste dermoïde.

En cas de perforation dans le rectum ou le sigmoïde, l'ablation de la tumeur est souvent difficile. Quand on y arrive, il reste le problème de la fermeture de la perforation rectale ou sigmoïdienne. Si la perforation est petite, avec des parois intestinales en état satisfaisant, la suture simple paraît un geste suffisant. Au contraire si la perforation est large ou si la paroi rectale ou sigmoïdienne n'inspirent pas confiance, la suture, si elle est tentée, devrait être protégée soit par un anus de proche amont, soit par un anus transversal droit.

En cas de perforation de la vessie, l'indication opératoire est formelle, car si la guérison spontanée est possible, elle est quand même exceptionnelle. L'intervention ne peut donc attendre, car l'évolution se fait par poussée inflammatoire avec formation de lithiases massives et d'hématurie.

Le traitement médical à savoir antibiotiques, sonde urétérale à demeure, instillation vésicale ne seront que des compléments au traitement chirurgical.

Le traitement sera donc radical et il consistera à traiter d'une part le kyste dermoïde et d'autre par la perforation vésicale. L'intervention sera conduite par voie intra-péritonéale avec ablation du kyste dermoïde, drainage et sur la vessie, plusieurs possibilités se présentant :

.../....

La perforation vésicale peut être simplement suturée et enfouie, mais l'intensité des adhérences peut obliger à faire une cystectomie partielle pour enlever la totalité des tissus malades. La brèche vésicale sera refermée sur une sonde à demeure, après évacuation des produits dermoïdes.

c. L'Infection :

En cas d'infection du kyste dermoïde, il serait bon de refroidir les lésions avec un traitement antibiotique et de la glace sur le ventre, et, de n'opérer que dans un deuxième temps. L'énucléation est à proscrire dans ce cas. L'indication est sans doute la castration ou l'annexectomie.

3. Kyste dermoïde et Grossesse :

L'association avec la grossesse rend l'indication opératoire encore plus formelle; seule la date de l'intervention peut être discutée.

Si la majorité des auteurs sont d'accord pour opérer tous les kystes dermoïdes de l'ovaire découverts dans le 1er trimestre de la gestation, les opinions divergent quant à la conduite à tenir après le 4ème mois. Certains conseillent de surveiller la grossesse et de n'opérer qu'en cas de complication. Si la grossesse évolue normalement jusqu'à terme, le travail sera une période à surveiller plus particulièrement. Si une dystocie survient, l'indication est celle d'une césarienne avec ablation du kyste dermoïde par ovariectomie ou annexectomie, car une énucléation sera difficile voire même dangereuse à cause du risque hémorragique. Au cas où l'accouchement s'est passé normalement par voie basse, le post partum est encore une période critique pour l'évolution des kystes dermoïdes; on a vu en effet qu'ils se compliquent très volontiers de rupture et surtout d'infection. PETERSON conseille ainsi d'opérer ces malades très rapidement après l'accouchement et ne pas attendre pour voir survenir les complications. En effet cette attitude " attentiste " doit être évitée pour des raisons qui sont les suivantes :

- les complications du kyste dermoïde sont plus grandes avec le développement de la grossesse; celle-ci, pour sa part, peut être perturbée ( avortement, accouchement prématuré, présentation anormale, dystocie).

- Les risques pour la mère et pour l'enfant d'une opération ne sont pas plus grands au cours de la grossesse qu'au cours du travail et pour la mère le post partum immédiat.

- L'argument de valeur est surtout l'impossibilité de se rendre compte avec certitude de la bénignité de la tumeur au cours de la grossesse.

#### 4. La Dégénérescence

Si le diagnostic est fait en pré-opératoire avec certitude, l'hystérectomie sans conservation ne se discute pas. Mais, on sait que cette certitude ne repose que sur un examen histologique sérieux et la malignité n'est très souvent révélée que plusieurs jours après le résultat de l'examen anatomopathologique. Que faut-il faire dans ce cas ?

Si pour PETERSON il faut réopérer ces malades quelque soit l'âge et pratiquer une castration chez une femme jeune et une hystérectomie sans conservation chez une femme proche de la ménopause, d'autres auteurs estiment que l'âge de la malade doit conduire l'indication et pensent qu'une surveillance périodique et coelioscopique sont suffisantes. Quant aux problèmes de la radiothérapie post-opératoire, il semble que les résultats ne soient pas suffisants. Mais cette méthode aurait donné à TIXIER (100) des survies inespérées.

---

IX. ETUDE DE NOS CAS

1. LES OBSERVATIONS :OBSERVATION n°1 :

Mlle. K.K., 21 ans, célibataire, étudiante, malienne résidant à Koulikoro consulte le 13-5-1984 au Point G<sup>o</sup> pour masse annexielle découverte par elle même le 20 -4-1984.

Cette masse, ne rapporte aucune symptomatologie à ce jour.

La dernière date des règles se situe en Avril 1984.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont sans particularité.

La malade avait fait auparavant 4 grossesses dont 3 parités et 1 fausse couche. Elle possédait 1 enfant vivant âgé de + 2 ans et elle avait perdu 2 autres respectivement à 3 et 8 mois.

Elle avait un cycle régulier de 30 jours pour 4 jours de règles. Les règles étaient normales et sans douleurs. Elle n'était soumise à aucune forme de contraception.

L'examen général retrouve un B.E.G.

Au spéculum, le vagin est propre, large; le col est sain, long, postérieur.

Au T.V., l'utérus est de taille normale, mobile en avant. Il est refoulé en arrière par la masse. Au niveau des annexes, on perçoit à droite une masse de la taille d'une orange kystique et à gauche, une masse de la taille d'un citron ferme. Le cul-de-sac du Douglas est normal.

Conclusion : Masse annexielle bilatérale dont la conduite à tenir sera une cure chirurgicale.

L'intervention aura lieu le 22/5/84 et le compte rendu sera le suivant :

- Incision de Pfannenstiel sous AG.
- Découverte d'un envahissement des 2 ovaires par une masse tumorale grosse comme un<sup>e</sup> orange à droite et comme un citron à gauche.
- Décision d'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.
- Hystérectomie de type VIARS.
- Vaginopexie
- Péritonisation après hémostase.
- F.P.P.P.
- Redon sous aponévrotique
- Pansement.

L'examen macroscopique des pièces opératoires, retrouve les différents éléments d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

La malade sort de l'hôpital le 20/6/84 . Les suites sont simples.

OBSERVATION N° 2 :

Mme.D.G., 20 ans, mariée, menagère, malienne de nationalité consulte à la date du 14/7 84 au Point "G" pour douleurs abdominales localisées au flanc droit. La dernière date des règles se situe aux environs du 2/7/84.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont normaux. Comme antécédents obstétricaux, elle a fait 2 grossesses et 2 parités. Les 2 enfants sont vivants et bien portants.

Son cycle menstruel est régulier de 28-30 jours pour 3 jours de menstrue. Les règles sont normales, mais elles sont précédées de vives douleurs du petit bassin depuis bientôt 6 mois.

La malade ne prenait aucun contraceptif jusque là.

L'état général de la malade est satisfaisant.

L'examen au spéculum retrouve un vagin propre, large, un col sain, court et postérieur.

Au T.V., l'utérus est de taille normale. Les annexes gauches sont normales. Les annexes droites par contre sont le siège d'une tumeur de la taille d'un gros citron.

Conclusion : Masse annexielle droite

C.A.T. : Cure chirurgicale

L'intervention aura lieu le 29/7/84 et le compte rendu opératoire sera comme suit :

- Sous A G L.M.S.O. On retrouve :
- Un utérus de taille normale.
- Des annexes gauches saines.
- Un ovaire droit augmenté de volume gros comme un citron.
- Une trompe droite saine.
- On procède à une tumerectomie ( ovariectomie droite).
- Appendicectomie de principe.

Conclusion : Ovariectomie droite + Appendicectomie de principe.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire retrouve des cheveux et des poils. Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

La malade sort de l'hôpital. Les suites opératoires sont simples.

OBSERVATION N 3.

Mlle. R.S., 15 ans, célibataire, élève, de nationalité malienne est adressée le 11/4/85 au Service de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Gabriel TOURE pour douleurs abdominales et pesanteurs hypogastriques.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux ne révèlent rien de particulier. Elle était normalement réglée jusque là.

L'Examen général révèle une anémie modérée.

L'Examen de l'abdomen découvre une masse hypogastrique dont le pôle < se perd dans le pelvis. Cette masse est mobile transversalement et de bas en haut.

Une situation particulière, en rapport avec l'assurance-vie de la malade, oblige son évacuation en France sur la demande de sa compagnie d'assurance.

En France, la malade est hospitalisée à l'hôpital COCHIN.

A l'admission, le diagnostic de masse hypogastrique est confirmé. Il s'y associe un syndrome inflammatoire avec une V.S. à 63mm. à la 1ère heure, une discrète anémie, une élévation modérée des LDH et des CPK.

Les radios du petit bassin montrent une dent. Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

La conduite à tenir sera une intervention chirurgicale.

L'intervention <sup>aura</sup> lieu le 23/4/85.

Le compte rendu opératoire sera comme suit :

- Incision de Pfannenstiel
- Pas d'adhérences pariétales
- Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire gauche d'environ 10 X 8 cm., en situation médiane adhérent à gauche au sigmoïde et en haut et en arrière au grand épiploon et au grêle.
- Ces adhérences sont progressivement libérées tantôt au doigt, tantôt aux ciseaux. L'ovaire est le siège d'une torsion ( 2 tours de spires) intéressant en fait l'annexe dans son ensemble, la trompe étant entièrement nécrosée.
- Détorsion
- Annexectomie gauche
- l'Uterus apparaît de forme, de taille et de coloration normales
- La trompe droite est parfaitement normale.
- L'ovaire droit est d'allure normale
- Ovariectomie longitudinale pas d'autre kyste dermoïde.
- Capitonage de l'ovaire par 2 points de P D S 4/0
- Surjet cortical au PDS 4/0
- Toilette péritonéale
- Paroi plan par plan.

L'Examen anatomopathologique de la pièce opératoire et de la biopsie d'ovaire droit donne les résultats suivants à la date du 10/6/85

I. Ce kyste de 7 cm. de diamètre limité par une paroi lisse, d'aspect hémorragique, à contenu pilo-sébacé, présente les caractères macroscopiques d'un kyste dermoïde.

A l'examen histologique, la paroi de ce kyste d'aspect infractoïde et nécrotique ne montre que quelques structures pileaire identifiables, la face externe fibreuse est exempt de végétations.

La trompe de 5 cm. de long également nécrotique est occupée par un caillot organisé, ponctué de cellules inflammatoires, la tunique étant dissociée par des raptus hémorragiques.

II. Le fragment d'ovaire droit de 1 cm. abrite de multiples follicules primordiaux et un corps jaune kystique en régression.

Conclusion :

- Annexe gauche en voie de nécrose et kyste dermoïde.
- Ovaire droit: Bon capital folliculaire et corps jaune kystique.
- Les suites sont simples.

OBSERVATION N°4

Mme. A.D., 25 ans, mariée, ménagère résidant à Koulikoro est hospitalisée le 8/7/1985 à Gabriel TOURE pour masse abdomino-pelvienne évoluant depuis 6 ans avec douleurs abdominales.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont normaux.

Elle est mère de 2 enfants, tous deux vivants et bien portants.

Son cycle menstruel présente une certaine irrégularité depuis bientôt 7 mois avec des douleurs pelviennes en période de menstrue.

Elle n'était sujette à une contraception depuis la puberté.

A l'examen, la malade présente un état général satisfaisant, une anémie clinique importante.

Au niveau de l'abdomen, on perçoit une énorme masse en situation médiane dont le pôle < se perd dans le pelvis et la limite > à convexité < est perçue presque au niveau de l'épigastre.

Au Spéculum, le col est sain, aplati, en situation postérieure.

Au T.V., l'examen est malaisé, la taille de l'utérus est difficile à apprécier à cause de la masse.

L'Examen des annexes retrouve un énorme kyste de l'ovaire gauche et un autre kyste de l'ovaire droit, de taille moyenne.

La radiographie d'abdomen sans préparation est sans particularité.

Conclusion : Kyste bilatéral de l'ovaire.

C.A.T. : Cure chirurgicale

L'intervention a eu lieu le 21/7/85 et le compte rendu opératoire est le suivant :

- Sous AG et intubation trachéale
- Incision sous ombilicale, hémostase, soigneuse sous cutanée.
- Incision de la ligne blanche, suivie d'une incision du péritoine.
- L'exploration retrouve un énorme kyste de l'ovaire gauche de 15 cm. obligeant à aggrandir en para-ombilicale.
- Existence d'un autre kyste de taille moyenne développé au dépend de l'ovaire droit et d'un kyste de petite taille.
- On procédera à une kystectomie bilatérale
- Ligature hémostase au niveau du ligament lombo-ovarien gauche; le ligament lombo-ovarien droit a été respecté par la présence d'un ovaire droit surnuméraire, de même que les 2 trompes qui sont légèrement hypertrophiées.

- L'utérus est de taille et de coloration normales
- Ligature section du mesosalpinx des 2 côtés à l'arcadex, hémostase soignée
- Réparation de la paroi plan par plan
- Aggrafes sur la peau.

L'Examen macroscopique des pièces opératoires retrouve les différents éléments d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Conclusion : Kyste dermoïde bilatéral.

La malade sort de l'hôpital le 3/9/85. Les suites sont simples.

OBSERVATION N°5 :

/Mme. T.T., 34 ans, mariée, bambara résidant à Bamako est adressée le 12. 2/86 à l'Hôpital Gabriel TOURE pour douleurs abdominales + amenorrhée de 1 mois et 1/2 et vertiges.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont sans particularité.

Son cycle menstruel était régulier de 30 jours pour 7 jours de règles.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, Elle ne prenait aucun contraceptif. Elle a fait auparavant 4 grossesses dont 2 menées à termes et 2 avortements à 2 et à 2 mois et 1/2.

A l'Admission, son E G était + bon.

L'Examen général retrouve une pâleur conjonctivale, un pouls accéléré, une TA à 80 mm Hg/60 une T° à 37,7.

A l'examen gynécologique, le col est sain, en situation postérieure. L'utérus est retroversé. L'examen des annexes retrouve à droite une masse annexielle douloureuse, de consistance dure, à surface irrégulière, de la taille d'un citron. A gauche, une masse annexielle sessile grosse comme une orange. La ponction du Douglas ramène du sang non coagulé.

Conclusion : Masse annexielle gauche + G.E.U.

L'Intervention chirurgicale aura lieu le même jour et voici un résumé du C.R.O.

- Sous A.G.

- Ovariectomie gauche pour kyste et salpingiectomie droite pour G.E.U. avec conservation de l'ovaire droit.

L'examen macroscopique du kyste retrouve un contenu kystique huileux avec des cheveux enchassés sur toute la paroi interne.

Conclusion :- Kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

- G.E.U. droite.

La malade sort de l'Hôpital le 28/2/86 avec un état de santé satisfaisant. Les suites sont simples.

OBSERVATION N°6 :

Mme. N.T. , 22 ans, mariée, ménagère résidant à Bamako consulte le 19/2/86 à Gabriel TOURE pour stérilité II.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont normaux. Le cycle menstruel est régulier de 30 jours pour 3 jours de règles. Elle ne prenait aucun contraceptif, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans. Elle a déjà fait une grossesse il y a 5 ans, cette grossesse sera l'objet d'un avortement à 4 mois.

Elle ne présente pas de prurit vulvaire, pas de brûlure à la miction, pas d'incontinence urinaire, ni de pollakiurie.

L'Examen général, révèle un B.E.G., un Ht à 68/mm.; une T.A. à 130/80.

Au Spéculum, le col est sain, long, postérieur.

Au T.V. l'utérus est de taille normale; les annexes droites sont le siège d'un hydro-Salpinx et d'une tumeur sessile. Les annexes gauches sont normales.

La Coelioscopie à la date du 27/2/86 permet de découvrir un kyste de l'ovaire droit dont la ponction ramène un liquide jaune citron.

Conclusion : Masse annexielle droite = hydro-Salpinx droit.

C.A.T. : Cure chirurgicale

L'Intervention aura lieu le 13/3/86 et voici le résumé de C.R.O.:

- Incision de Pfannenstiel sous A.G. On retrouve :
- Un utérus de taille normale
- Des annexes gauches normales
- Un kyste de l'ovaire droit de la taille d'une grosse orange.
- Un hydro-Salpinx droit.

On procède à une ovariectomie droite + une Salpingiectomie droite.

L'Examen anapath de la pièce opératoire présente les résultats suivants:

- Macroscopie : Kyste rempli d'une substance gélatineuse contenant de nombreux poils

- Microscopie : paroi kystique présentant les principaux éléments de la peau : épiderme, poils, glandes sébacées.

Conclusion : Kyste dermoïde de l'ovaire droit.

OBSERVATION N°7 :

Mme. M.R.S., 37 ans, mariée, aide comptable résidant à Ségou consulte le 4/4/86 au Point-"G" pour dysménorrhée.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont sans particularité.

Elle a fait 5 grossesses dont 4 enfants vivants et une fausse couche.

Son cycle menstruel était de 28 jours, mais il est assez irrégulier depuis plusieurs mois avec des métrorragies. Les règles sont douloureuses. Comme contraceptif, elle était soumi<sup>se</sup> à des oestroprogestatifs.

La dernière date des règles se situe au 12/3/86.

L'Examen général de la malade retrouve un état général satisfaisant.

A l'Examen de l'abdomen, le ventre est souple, respire. On perçoit une masse annexielle à gauche, elle est mobile.

Au Spéculum, on retrouve une vaginité avec une abondante leucorrhée, des lésions de grattage, le col est sain, long et postérieur.

Au.T.V. l'utérus est de taille normale. Les annexes gauches sont le siège d'une masse de la taille d'un pamplemousse. Les annexes droites sont libres. Le Douglas est sans particularité.

Conclusion : Masse annexielle gauche

C.A.T. : Cure chirurgicale

- L'intervention aura lieu le 3/6/86. Le compte rendu est le suivant :
- Sous A.G.
- Laparotomie médiane sous ombilicale
- Ouverture du péritoine
- Découverte d'un kyste de l'ovaire gauche gros comme un pamplemousse
- Kystectomie
- F.P.P.P. au masuture I
- Blaire Donati sur la peau
- Pansement.

La pièce opératoire sera l'objet d'un examen anapath dont voici le résultat :

Les coupes examinées montrent une paroi kystique bordée par un épithélium de type malpighien avec de nombreux follicules pileux.

Conclusion : Kyste dermoïde de l'ovaire

La malade sort de l'hôpital le 24/6/86. Les suites sont simples.

OBSERVATION N°8 :

Mme. T.S., 28 ans, Sarakolé, monagère résidant à Yélimané consulte le 2/6/86 au Point-"G" pour douleurs abdominales.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont sans particularité.

Elle a un cycle régulier de 28-30 jours pour 5 -6 jours de règles.

Les règles sont sans douleur. Elle a été réglée pour la lère fois à l'âge de 13 ans.

Elle a fait une grossesse et une parité; l'enfant est vivant et bien portant L'enfant a actuellement 3 an s.

A l'Examen général, la malade présente un bon état général.

Au Spéculum, le vagin est propre, le col est sain, long et postérieur.

Au toucher vaginal combiné au palper hypogastrique, l'utérus est de taille normale; on perçoit au niveau des annexes droites une tumeur de la taille d'une grosse orange et, une autre tumeur de la taille d'un citron kystique dans les annexes gauches.

Conclusion : Kyste de l'ovaire bilatéral

C.A.T. : Cure chirurgicale

Résumé du C.R.O. : Découverte d'une tumeur droite de la taille d'une grosse orange et d'une tumeur gauche de la taille d'un citron.

- Ovariectomie bilatérale.

Le compte rendu anapath sera le suivant :

1er Ovaire : Kyste de la taille d'une orange rempli d'un liquide sero-albineux coagulé. Cette formation renfermait un autre petit kyste de la taille d'un citron rempli de poils. Au total, il s'agit d'un kyste séreux renfermant un kyste dermoïde.

2ème Ovaire : Kyste dermoïde

Les suites sont simples.

OBSERVATION N°9 :

Mlle. K.C., 23 ans, Bambara, ménagère, Célibataire résidant à Kati, consulte au Point-"G" le 29/7/86 pour masse abdomino-pelvienne évoluant depuis près de 8 mois.

Les antécédents chirurgicaux sont sans particularité.

Elle n'a jamais fait de grossesse. Les cycles menstruels sont réguliers de un mois et les règles durent 4 jours. Elle n'est sujette à aucune forme de contraception.

La malade présente B.E.G., une pâleur conjonctivale modérée.

Au Spéculum, le col est sain, en situation postérieure.

Au T.V. combiné au palper hypogastrique, l'utérus est de taille normale; les annexes droites sont libres; les annexes gauches sont le siège d'une énorme masse, de la taille d'un ballon de foot, arrondi et dont le pôle < est mal perçu.

Conclusion : Masse anxielle unilatérale gauche.

C.A.T. : Cure chirurgicale

L'intervention aura lieu le 20 /8/86. Le compte rendu est le suivant :

- Sous A.G.
- Laparotomie médiane sous ombilicale
- Ouverture du péritoine
- Découverte d'un kyste de l'ovaire gauche de la taille d'un ballon de foot
- Kystectomie ( ovariectomie gauche)
- F.P.P.P.

La pièce opératoire sera l'objet d'un examen anatomopathologique qui donnera les résultats suivants :

- Macroscopie : formation kystique à paroi externe lisse sur laquelle on voit nombreux trajets vasculaires.

A l'intérieur, on a un bougonnement charnu calcifié et contenant des poils.

Conclusion : Kyste dermoïde de l'ovaire

- Microscopie : Paroi kystique présentant tantôt des végétations avec un revêtement cylindrique, tantôt une bordure revêtue par un épithélium malpighien. Le resge est constitué par une importante fibrose collagène enserrant les follicules pileux.

Conclusion : Kyste dermoïde de l'ovaire.

Les suites sont simples.

## 2. COMMENTAIRES :

Notre étude porte sur 9 cas recensés dans 2 Hôpitaux de Bamako ( L'Hôpital du Point-"G" et l'Hôpital Gabriel TOURE ).

Cette étude s'étend sur 26 mois ( de Mars 1984 à Juillet 1986 ). Elle n'englobe pas certainement tous les cas de Kystes dermoïdes diagnostiqués et opérés dans les différents services de gynéco-obstétriques de ces hôpitaux puisque, certains dossiers non exploitables ont été écartés.

Toutes nos malades sont des femmes jeunes. Leurs âges varient de 15 à 37 ans et se répartissent de la façon suivante :

T A B L E A U "D"

AGE	15 à 20 ans	20 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 35 ans	35 à 40 ans
NOMBRE DE CAS	1	4	2	1	1

Le maximum de cas se retrouve entre 20 et 30 ans, soit 6 cas sur 9; avec une forte majorité dans la tranche d'âge de 20 à 25 ans.

La douleur abdominale a été le symptôme le plus fréquemment rencontré (4 cas), elle est suivie de l'augmentation du volume de l'abdomen (3 cas). Quand à la dysmenorrhée et la stérilité, elles représentent chacune 1 cas dans notre série.

La douleur peut être de tous les types. Elle peut souvent faire penser à certaines affections gastro-entérologiques surtout si elle accompagne une masse abdomino-pelvienne. Il faut rappeler que bon nombres de tumeurs ovariennes avec ou sans douleur sont le plus souvent conduites vers le gastro-entérologue d'abord pour finalement être adressées par celui-ci aux gynécologues obstétriciens; il n'en est pas de même pour la dysmenorrhée ou la stérilité.

En effet les tumeurs ovariennes de moyen volume peuvent le plus souvent faire penser à une néoformation du rectum ou du sigmoïde. Les kystes géants occupant tout l'abdomen sont souvent pris pour une ascite car présentant quelques caractères communs avec elle. Quand la symptomatologie clinique ne trouve localisée dans la fosse iliaque droite avec une note douloureuse prononcée ou des troubles du transit à type de constipation, on peut être amené à poser le diagnostic d'appendicite.

.../..

En ce moment, un examen clinique minutieux ou même des examens complémentaires tels que l'A.S.P., le Lavement Baryté permettent le plus souvent de lever le doute et d'adresser la malade au gynécologue-obstétricien. C'était le cas dans l'observation n°3 de notre série où l'A.S.P. qui a été le premier examen complémentaire à être pratiqué a permis de poser le diagnostic en montrant l'image d'une dent. Cette image offrait peu d'éléments de discussion.

Nous pensons donc, que chaque fois que les éléments de suspicion sont en faveur d'un kyste dermoïde de l'ovaire, cet examen est l'examen de choix car, il est facile à réaliser et le diagnostic peut être posé rapidement.

Mais, l'A.S.P. n'étant révélateur d'image typique que dans l'ordre de 55,5 % des cas selon les auteurs, d'autres examens peuvent être nécessaires et à notre avis, la hiérarchie des examens complémentaires dans le contexte malien doit être la suivante :

- 1°) L'A.S.P.
- 2°) L'U.I.V.
- 3°) Le Lavement Baryté
- 4°) L'Hystéro-Salpingographie.

L'Echographie, vu la facilité de sa réalisation et son innocuité surtout en cas de grossesse pourrait se discuter la première place avec l'A.S.P.. Mais, pour l'instant, on ne dispose pas d'Echographe à Bamako.

Une fois le diagnostic posé, l'indication opératoire est formelle et la voie d'abord dépend du volume de la tumeur.

Dans notre série, 3 cas ont été opérés par Pfannenstiel et 6 cas par laparotomie médiane sous ombilicale. Les Kystes enlevés vont de la taille d'un citron à celle d'un ballon de foot.

L'ovariectomie a été pratiquée dans tous les cas. Dans l'observation n°1, plus que cette méthode, l'hystérectomie totale plus annexectomie bilatérale ont été pratiquées. Dans l'Observation n°2 une appendicectomie de principe a été pratiquée, car on sait qu'une douleur ovarienne droite peut être prise pour une crise appendiculaire et inversement.

L'ovariotomie, pratiquée seulement une fois, n'a pas révélé de micro kyste à l'histologie.

Après l'intervention, sur les 9 cas, seulement 5 ont été l'objet d'un examen anatomopathologique. Les 4 autres ont été diagnostiqués sur la base d'un examen macroscopique de la pièce par les chirurgiens eux-mêmes. Il serait alors bon d'insister encore sur la valeur de la microscopie en face d'un kyste dermoïde car on sait qu'un kyste dermoïde bien que classé parmi les tumeurs bénignes de l'ovaire peut dégénérer. L'aspect d'un kyste dermoïde dégénéré étant identique à celui d'un kyste dermoïde non dégénéré, seule la microscopie peut apporter la précision.

Quant à l'ovariotomie controlatérale, elle permet toujours de résoudre le problème de la bilatéralité différée.

---

X. CONCLUSION

Les Kystes dermoïdes qui représentent environ 10 % des tumeurs ovariennes sont une affection de la femme jeune et de l'enfance. Ils peuvent être uni ou bilatéraux. La bilatéralité peut se voir d'emblée ou être différée.

Sur le plan anatomo-pathologique, on distingue le kyste épidermique, qui ne contient que de la peau avec ses annexes et du tissu nerveux et le kyste dermoïde vrai, qui comporte toujours de la peau associée à n'importe quelle structure dérivée de l'endoderme, de l'ectoderme et du mésoderme.

La présence de tissu thyroïdien est possible. Quand il est prédominant ou unique, on parle de goitre ovarien.

Sur le plan clinique, les kystes dermoïdes sauf complication se manifestent par les signes assez banaux d'une néoformation ovarienne, qu'il s'agisse de douleur, de masse abdominale ou abdomino-pelvienne; d'autres symptômes comme la dysmenorrhée ou la dyspareunie peuvent se voir.

La radiographie apporte un appoint considérable au diagnostic; dans la littérature, elle a révélé des signes typiques ou évocateurs dans au moins 50 % des cas.

Les complications sont fréquentes: elles peuvent être une torsion, une rupture ou une infection. La dégénérescence est cependant rare puisqu'elle n'est citée que dans 0,8 % à 1,2 % des cas; le pronostic de cette dégénérescence semble effroyable.

Le traitement est habituellement chirurgical. La conservation de l'ovaire par énucléation et clivage est très souvent possible. Elle doit en tout cas toujours être tentée chez la femme jeune. L'ovariectomie et l'amexectomie sont à réserver aux contre-indications ou à l'impossibilité de l'énucléation. La relative fréquence de la bilatéralité différée pose le problème de l'ovariotomie controlatérale exploratrice de principe.

XI. BIBLIOGRAPHIE

1. ABBEL et Coll.  
Ovarian neoplasm in childhood and adolescent.  
Amer.J.Obst. and Gynéco, 1985, 92, p. 1059-1081.
2. ALZNANER (R.L.);  
Cancer Spino-cellulaire prenant naissance dans un teratome kystique bénin de l'ovaire: Compte rendu de 3 nouveaux cas et revue de la littérature.  
Am. J. Obst.Gyn, Juin 1953, 65, n°6, P.1238-1247, b fig.
3. AMOR CALLEJA (L.) et al.  
Dermoid cyst With the ultra sonographic appearance of an ectopic pregnancy.  
Ginecol Obstet.1982 Nov; 50 ( 307): 307-9 (Eng Abstr).
4. BACON H.E. et EISENBERG ( S.W.);  
Ovarian dermoïd cyst perforating the rectum in a child-excision.  
Ann.Sug. U.S.A., Mars 1951, Vol.133, n°3, p.408-412.
5. BAKER (L.R.I., BRAIN (M.C.), AZZOPARDI (J.G.), WORLLEDGE (S.M.);  
Autoimmune hemolytic anemia associated With ovarian der-moïd cyst.  
J.Clin.Pathol. 1968; 26 626-630.
6. BARRY (K.G. et CROSBY (N.H.);  
Autoimmune hemolytic anaemia arrested by removal of ovarian of teratoma.  
review of litterature and report of case.  
Ann. Int. Med., 1957, 47, p.1002-1007.
7. BARZALAI (G.);  
Atlas of ovarian Tumors prefaced by Fred W. Stewart, New York,  
Grune and Stratton, 1949 In 4, 261 pages  
( ANAPATH ).
8. BENNANI-HASSAN (A.);  
Contribution à l'études kystes dermoïdes de l'ovaire chez l'adulte.  
+A propos de 40 Observations - Lyon, Imp.Bosc.  
Fr. 1971-24 cm, 111 p. fig.  
(Thèse Méd. Lyon 1971 n°232)
9. BLACKWELL (W.J.) et Coll.  
Kystes dermoïdes de l'ovaire leur signification clinique et pathologique.  
Am. J.Obst. Gynéc., Février 1946, 51, p.151-172.
10. BLANC (B.), GAMERRE (M.), MARTIN (P.M.), JOUVE (M.P.), THOMAS (M.)et SERMENT (H);  
Tumeurs non endocrines de l'ovaire.  
Encycl.Méd. Chir. (Paris, France), Gynécologie, 680B<sup>10</sup>, 11- 1985, 22p.
11. BLAND (S.) cité par MASSO (N.P.
12. BORIES AZEAUX et Coll.  
Montpellier Chirurgical.
13. BORISOVA-KHROMENKO (V.M.) et al.  
Dermoïd cyst of the retroperitoneal space.  
Urol. Nefrol. (Mosk) 1985. May\$Jun; (3) :67.
14. BOURDIN  
Kystes dermoïdes de l'ovaire dans leur rapport avec la grossesse.  
Thèse de Paris, 1927, n°266.

15. BRODSCHII (A.);  
Contribution à l'étude des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et leur traitement.  
Thèse de Lyon, 1943.
16. BRUN, CASSUTO et JAUBERT DE BEAUJEU ;  
Kystes dermoïdes des deux ovaires. Diagnostic radiologique.  
In Revue Tun. Scien.Méd., 1924, p.159-162.
17. BUNVEL (G), VALCALVETE (E), GOMEZ (M.T.), LAPENA (J.M.);  
Anemia hemolitica autoimmune Secundaria a quiste dermoide de ovario.  
Sangre 1976; 21: 163-170.
18. BUONANNO (G.) et al.  
Autoimmune hemolytic anemia and dermoïd cyst of the mesentery. A case report.  
Cancer 1984, Déc 1;54 (11) 2533-6.
19. BURTHIAUL (D.);  
Le radiodiagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire .  
Thèse Lyon, 1938.
20. CACAULT (J.);  
Diagnostic radiologique des kystes dermoïdes de l'ovaire.  
Sem. des Hôp., 1969, n°17, p. 1114-1118.
21. CAILLOT (J.);  
Conservation parcellaire de l'ovaire.  
Thèse Lyon, 1930.
22. CAILLOT (J.) et VILLARD ;  
3 cas de dégénérescence maligne de kyste dermoïde de l'ovaire.  
Lyon Chir.Comm. Soct. Chirur. Lyon, Séan. 24-1-1935.
23. CARVZO (A.) et coll.  
An intense clinico-pathologie study of 305 teratoma of the ovary.  
Cancer, Février 1971, 27, n°2, p.343-348.
24. CHALMERS (J.A.) et KURRIN (F.)  
Un kyste dermoïde géant.  
J.Obst. Gyn. Brit. Common, av 1961, 68, n°12, p.64.
25. CLADO  
Traité des tumeurs de la vessie, 1895.
26. COIQUAUD ;  
Sur 2 kystes de l'ovaire rendus opaques par injection intraveineuse de Ténébryl ( Maroc Méd. 7 51 )
27. COREFMAN (Ph. (A); et RICHARD (R.M.);  
Le nombre et la morphologie des chromosomes des tératomes kystiques bénins de l'ovaire.  
New England J. Med., 10 déc. 1964, 271, n°24, 1241-1244.
28. COTTE et MARION ;  
Le radiodiagnostic en gynécologie.  
Gynéc. et Obst., 1931, n°2, p.195.
29. COTTE (G.) et POLLOSSON  
La Chirurgie conservatrice des kystes dermoïdes de l'ovaire.  
Lyon Chirurg. 1946 XVI, p.594.

30. COUNSELLER (V.S.) et WELLBROCK (W.L.A.);  
Squamous cell. epitheliomas, in dermoïd cysts of the ovary.  
Am. J. Obst. Gynec. 1934, 28, p-40.
31. CUSMANO (J.V.);  
Dermoïd cyst of ovary roetgen features.  
Radiology, 1956, 66, p. 719-722.
32. DARGENT (M.) DARGENT (D.) et LANSAC (J.);  
Traitement des tumeurs malignes de l'ovaire. Etude retrospective de  
349 observations recueillies entre 1948 et 1966 au centre anticancereux de  
Lyon I. Résultats d'ensemble.  
J.Gynécol. Obst. Biol. Reprod. 1973, 2, n°3, 283-299.
33. DAVIDSON (A.P.G.) et MATHESONN (A.);  
Kystes ovariens et symptômes urinaires.  
Brit. J.Surg., déc.1964, 51, n°12, p.908-910.
34. DAWSON (M.A.), TALBERT (W.), YARBRO (J.W.);  
Hemolytic anemia associated with an ovarian tumor.  
Am. J.Med. 1971; 50: 552-556.
35. DEBRUYERE (M.), SOKAL (G.) DEVOITVILLE (J.M.) FAUCHET-DUTRIEUX (C.)  
de SPA (V.);  
Auto immune hae molytic an aemia and ovarian tumor.  
Br. J.Haematol 1971; 20: 83-94.
36. DEBUCHY (A.);  
Kystes dermoïdes de l'ovaire et leur dégénérescence maligne.  
Thèse Méd. , Paris, 1899.
37. DELBET :  
Traité des suppurations pelviennes, 1890.
38. DEMOT (G.), MULLER (G.), BOOG (E.), PHILIPPE et GANDAR (R.) ;  
De l'intérêt de l'exploration per-opératoire de l'ovaire controlatéral en  
cas de tératome bénin kystique.  
Bull. Fed. Soc. de Gyn.Obst., 1971, tome 2, 3, n°9 p.120-121.
39. DIEULANGARD (P.);  
Les tumeurs de l'ovaire.  
Etude clinique et thérapeutique.  
Thèse Méd., Marseille 1943 n°383.
40. DUNET (C.);  
Radiographie des kystes dermoïdes dentifères bilatéraux de l'ovaire.  
Lyon Méd., 1922, p.815-816.
41. EISENSTADER(D);  
Monatsschr Geburtsh  
V. Gynak, 1921, 54, 360
42. ENGEL (T), GREELEY (A.V.) et SWEENEY (W.S.)  
Recurrent dermoïd cysts of the ovary (2 cas)  
Obst.Gyn., 1965, 26, 5, p. 757-759.
43. ES GRECH : Cité par VILANE (A.)
44. FARRAR (J.R.);  
Equilateral distribution of ovarian tumors.  
Amer J.Obst. Gyn., 1960, 80, p.1085-1088.

45. FELD (D.), LABES (J.) et NATHAUSSON ;  
Bilateral ovarian dermoïd apt in triplets.  
Obst. Gyn., 27, 4, p.525-528.
46. FOURESTIER  
Ascite ou kyste de l'ovaire ( 2 signes trop méconnus)  
Press. Med. 20 (11) (43.)
47. FOX (H.) LANGLEY (F.A.);  
Tumours of the ovary.  
London : Heinemann, 1976-210-14.
48. FRACK (R.T.);  
Gynécological and obstetrical pathology.  
New York, 1926, D. Appleton et Compagny, p.381-428.
49. GAUJOUX (J.R.) PORTO;  
La coelioscopie dans le diagnostic d'une masse pelvienne .  
Concours Méd. 96è année, n°24, 15 Juin 1974 pp. 3831-3840.
50. GEIST (S.H.);  
Ovarian tumors.  
New-York, 1942, Paul B. Hoeber, Inc., p.307-339.
51. GERMAIN ;  
Les kystes dermoïdes de l'ovaire perforés dans la vessie .  
Thèse de Lyon, 1909.
52. GILLOZ (A.);  
Kystes dermoïdes de l'ovaire perforés dans la vessie .  
J.Urol., 1954, 60, n°12, p. 906-923.
53. GOSSET ;  
Kyste dermoïde de l'ovaire pris pour un calcul de l'uretère.  
In Bull. et Mém. de la soc. de Chirur. de Paris, mai 1913.
54. GRAY et HENRY  
Lancet, 1853, 2, 196.
55. GROEBER (W.R.);  
Ovarian tumors during enfancy and childhood.  
Amer. J. Obst.Gyn. 1969, 86p., 1027-1035.
56. GUIGOU (P.)  
De la conservation de l'ovaire dans les tumeurs kystiques de l'ovaire.  
Thèse Lyon, 1945.
57. HASAN (A.) et al.  
Ovarian tumors complicating pregnancy.  
Int J. Gynaecol Obstet 1983 Aug; 21(4):279-82.
58. HOGAN (M.L.)  
Dermoïd cyst in Supernumery ovary of the quater omentum, report of a case.  
Obst.Gyn. 1967, 29, n°3, p. 405-408.
59. ISRAEL (S.) et LEON (M.D.);  
Ovarian cystectomy a neglected operation.  
Am.J. Obst and Gyn., 15 Janv. 1971, 109, 2, p.307.
60. JULIUS (P.);  
Amer. J.Obst.,8, 1875, p. 404.

61. KELLY (R.R.) et SEYLLYRE ;  
Evolution cancéreuse des kystes dermoïdes de l'ovaire.  
Rapport de 8 cas parmi lesquels une tumeur carcinoïde et un léiomyosarcome.  
Cancer, Sept-Oct.1961, 14, n°5, p.989-1000.
62. KOHLRAUSH (O.);  
Arch. f. Anat. physiol.V. Wissensch. Med, 1843 p.355.
63. KONDON (N.) et al.  
A case of ovarian dermoïd cyst with bladder perforation.  
Minyokika Kiyo 1983 Aug; 29 (8): 883-9 ( Eng-Abst).
64. LACROIX (C.);  
Cytologie des liquides péritonéaux et des formations parautérines ponctionnées  
sous coelioscopie.  
Paris, AG.E.M.P., 1967. 27 cm. , 47 p, fig. Tabl.  
Thèse Méd. Toulouse - 1967 N°29.
65. LEBERT cité par PAULY
66. LINDER (D.) KAISER -(Mc ) CAW (B.); HECHT (F.);  
Parthenogenic origin of benign ovarian teratomas.  
N.Engl. J. Med. 1975; 292: 63-66
67. MALKASSIAN (G.) DOCKERTY (M.B.) et SYMONDS (R.F.);  
Teratomes kystiques bénins.  
Obstand Gyn. mais 1967, 29, 719, in Internat Surgey Deg., Sept. 1967,  
76, n°9, p. 354.
68. MARCHALL ( J.M.);  
Porc.Staff. Mect.  
Mayo\$clin., 1928, 3,4.
69. MARCIAL ROJAS (R.A.);  
Cystic teratomas of the ovary. A clinical and pathological an alysis of  
two hyndred sixty-eight tumors.  
Amer. Arch. Path., 1958, 66, 4, p. 577-589.
70. MARGUIER (R.);  
Méthode et résultats de la coelioscopie et plus particulièrement résultats  
des ponctions de kystes ovariens et para ovariens.  
Paris, Imp. R. Foulon, 1967. 24 cm.; 58 p. Tabl.  
( Pr. Higuier, 7-6- 1967)
71. MILEWSKI (J.) et al.;  
Ovarian Tumors in pregnancy.  
Gine kol Pol 1983 Juin ; 54 (6): 417-22 (Eng.Abstet).
72. MINTZ(M.) et DE BRUX (J.);  
La ponction per-coelioscopique et la cytologie de 347 kystes intra-pelviens.  
Etude critique de ses indications diagnostiques et thérapeutqieus.  
Gynécologie, 1974, 25, n°1, 63-75.
73. MITUI (A.H.) et al.  
A case of ovarian dermoïd cyst with malignant transformation perferated  
into the rectosigmoid colon and small intestine.  
Endoscopy 1983 Sep; 15 (5): 331-3.
74. MOIRAUD ;  
Sur les volumineux kystes de l'ovaire simulant une ascite.  
Press. Med. 19/6/43).

75. MOULONGUET ;  
Cancer de l'ovaire restant. Statistique à partir de 114 cas .  
Gynec.Obstet. 1959- 4 Bis 303-305.
76. NIELSEN(V.T.);  
A benign cystic teratoma of the ovary with chronic thyroïditis.  
Am. J.Obstet gynecol. 1984 apr. 15; 48 (8): 1152-4
77. NOGUCHIT (T.) et LONSE (E.R.);  
Unusual terratoma of the ovary with implantation in abdominal cavity.  
Am. J.Obst. Gyn., 1967, 82, p. 381.
78. NOWOTWORY et Coll.  
Neoplasms in ovarian dermoïd cysts.  
Path. Pol.; 1963, 1412, p. 297-304.
79. PALMER (R.) ;  
Radiographie et la coelioscopie dans les tumeurs de l'ovaire.  
Rev. Prat. XV, 16 Juin 1965. pp. 2143-2153.
80. PARRINGTON (J.M.); WESTLF, POVEY (S.);  
The origin of ovarian teratomas.  
Med. Genet 1984; 21: 4-12.
81. PATEL  
Signes cliniques des ruptures pathologiques des kystes de l'ovaire.  
In Bull. de Soc. de Gyn. et Obst., 1925, p.320.
82. PATIL (S.R.) KAISER (Mc.), CAW (B.) HECHT (F.) LINDER (D.) LAURIEN (E.W.);  
Human bening ovarian teratomas. Chromosomal and electropheretic enzyme studies.  
Birth Defects 1978; 14: 297-301.
83. PAYNE (D.) MUSS (H.B.), HOMESLEY (H.D.) JOHSON (V.W.), BAY (R.D.);  
Autoimmune hemolytic anemia and ovaïian dermoïd cyst: case report and Review of the literature.  
Cancer 1981; 48 : 721-724.
84. PETERSON(W.F.);  
Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary.  
A collective review of the literature .  
Obstet Gynec Survey 1957; 12: 793-830.
- 85; PETERSON (W.F.) et coll.  
Cancer épidermoïde apparaissant dans un teratome kystique bénin.  
Am.J. Obst-Gyn., Janv. 1956, 71, n°1, p. 173-189
86. PETERSON (W.F.), PREVOST (E.C., EDMUNDS (F.T., HUNDLEY (J.M.) (J.R. et MORRIS (F.K.  
Teratome kystique bénin de l'ovaire.  
Amer J.Obst gyn., août 1955, 70, n°2, p. 368-389
87. PHILIPPE (E.) et DEMOT  
Etude anatomo\$clinique de 481 cas de tératomes kystiques de l'ovaire.  
Sous press. Bull. de la Féd. Soc. Gyn. et Obst. de la lgu.franç.1971, tome 23, n 1 p.120.
88. PLAUCHU ;  
A propos de deux cas de goitre ovarien.  
J.Méd. Lyon, mars 1948, n 667, p.219-222.
89. POURCEL (J.);  
Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant.  
Marseille , Impr. Ged. , 1940, 48 pages.  
Thèse Méd.; Marseille, 1940, n 22).

90. PREZIOSI (P.) et al.  
Echographic demonstration of dermoïd cysts of the ovary during pregnancy  
Minerva Ginecol 1984- May; 36(5): 245-50(Eng-ABst)
91. RANGE (J.P.);  
Le radiodiagnostic des gros kystes de l'ovaire par le Lavement Varyté.  
Thèse Med. Paris 1964 n°393, Ed. AGEMP 8, rue Dante Paris V.
92. ROY :  
Kystes dermoïdes du petit bassin ouvert dans la vessie .  
Thèse de Lyon, 1900.
93. SELENK (E.) SEREZ et Coll.;  
Hashimoto's disease in a benign cystic teratoma of the ovary.  
Am. J. Obstet Gyn., 1965, 92/2, p.273-276.
94. SERMENT (H.), GAUJOUX (J.), VALETTE (C.) et PORTO (R.);  
Place et limite de la coelioscopie dans les tumeurs de l'ovaire.  
Rev. Fr. Gynécologie, 1972, 67, n°11, 611-619.
95. SERR (D.M.) PADEH (Ch.B.) MASHIACH (S.) et SHAKI (R.);  
Chromosomal studies in tumors of embryonic origin.  
Obst. and gynec. Fév. 69, 33, 3, p. 324-332.
96. SLOAN (R.D.);  
Teratome kystique dermoïde de l'ovaire.  
Radiology, nov. 1963, 81, n°5, 847-853.
97. SNEGUIREFF (G.);  
Contribution à l'étude des kystes dermoïdes.  
Ann. de Gynec. et Obst. 1905, t. 112, p.265-272.
98. SUAREZ (C.V.) ETCHEVERRY (M.A.);  
A ciste dermoïdea del hilio esplenico: Esplenomegalia icterica hemolitica y anemica grave.  
Arch. Argent. Enferm Dig. Nutr. 1936; 12. 168-175.
99. SUSNEA (G.);  
Kyste de l'ovaire droit et appendicite (à propos de quelques cas frustrés de kystes compliqués de torsions pris pour des crises appendiculaires et opérés comme tel).  
Montpellier, Imp. du progrès 1939 In, 40p.  
Thèse , Méd; Montpellier, 1939, n°7.
100. TIXIER et LABRY ;  
Rapport au congrès de chirurgie de Paris en 1924.
101. VARANGOT ;  
Classification générale des tumeurs ovariennes.  
Rev. Prat. t. WV n°16, Juin 1965, p.2119-2130.
102. VILANE (A.) ;  
Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire.  
A propos de 255 cas observés à l'Hôpital "A". Le Dantec.  
Dakar , 1975 - 27 cm., 112p-Tabl.  
Thèse Med Dakar 1975, n°30)
103. WASSENAAR (H) et al.  
Auto immune hemolytic anemia caused by a dermoïde cyst of the ovary.  
Ned tijdsch Gynaesk 1984 Jan 21; 128(3) 113-7 ( Eng-Abst.)

## 104. WHEATLEY (V.R.)

Composition of some sebaceous materials of human origin (especially form dermoid cyst).

Bioch. J., 1954, 58, p. 167-172.

## 105. WILMS (D.A.)

In beitr. Z. Geburtsh und gynäk., 1900, 3, p. 367.

Wewertung der röntgenographie zum studium der geschwulste.

-----

-----

-----

- S E R M E N T     D ' H I P P O C R A T E -

---

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples 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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 leur père.

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.

---

---