

Ministère de l'Éducation Nationale

Direction Nationale des Enseignements  
Supérieurs et de la Recherche Scientifique

ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

ANNÉE 1986

N°.....

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DE  
L'OVAIRE EN MILIEU HOSPITALIER BAMAKOIS  
(A PROPOS DE 38 CAS)

# THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

PAR :

MAMADOU NAMORY *TRAORE*

EXAMINATEURS :

President	Professeur	<i>Siné Bayo</i>
Membres	{	Prof. <i>Mamadou L. Traoré</i>
		Docteur <i>Salif Diakité</i>
		Docteur <i>Mme Sy Aida Sow</i>

Soutenu publiquement  
le ..... Décembre 1986

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1985 - 1986

---

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 François MIRANDA .....	BIOCHIMIE
Professeur Alain GERAULT.....	BIOCHIMIE
Professeur Michéf QUILICI.....	Immunologie
Docteur François ROMX .....	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.....	ORTHOPEDIE-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 LEG/
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 AN ALYTIQUE
<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	TOXYCOLOGIE
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 FOFANA	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

Docteur 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 CHIRURGICAL  
 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 CETTE THESE

A LA MEMOIRE DE FEU MON PERE

J'aurais tant aimé que tu savoures le  
couronnement de tes efforts. Mais la mort  
t'a précocement arraché à mon affection.  
Pour l'amour paternel que tu m'as porté.

A MA MERE

En signe de reconnaissance pour m'avoir  
comblé d'amour, de tendresse et d'affection  
Tu as été pour moi un exemple de travail et de  
courage.  
Puisse ce travail modeste t'apporter la joie et  
le bonheur que tu mérites et être pour toi le  
témoignage de mon profond amour.

À MES FRÈRES ET SŒURS

En remerciement de l'assistance que vous m'avez toujours portée.

À NASSIAMAN TRAORE

Ce travail est aussi le tien. C'est l'occasion pour moi de te rappeler la valeur d'un serment d'amitié. Je te prie d'accepter l'expression de ma profonde sympathie.

À MON AMI SOUMAILA TRAORE ET MADAME

En remerciement de l'assistance et de l'affectation que vous m'avez portées.

- ▲ Mr Daouda SISSOKO et famille
- Yacouba TOURE
- La Famille FAURE

Pour votre contribution morale et matérielle dans la réussite de ce travail.

- ▲ Mr Mamadou Balla TRAORE
- Fodé TRAORE
- Bloncoum CALARA
- Naman TRAORE

Merci infiniment pour votre contribution

- ▲ - Amadou DIAKITE
- Siraman KANTE
- Boubacar Lamine DOUMBIA
- Ousmane DIALLO
- Ténincouran KEITA
- Abdoulaye Konimba DIARRA
- Bassirou DIARRA
- Yaya KANE

Trouvez ici l'expression sincère de mon attachement



A TOUS LES COLLEGUES DE NOTRE PROMOTION ET EN PARTICULIER :

- Lemine TRAORE
- Yiriba SAMKE
- Kalifa Abdoulaye TRAORE

En souvenir de longues années passées ensemble.

- AU CORPS PROFESSORAL DE L' E. N. M. P. ET NOS CHEFS DE SERVICE  
Hommage pour la qualité de la formation pratique et de l'enseignement reçus.

- AU PERSONNEL DU SERVICE DE CHIRURGIE C DE L' H P G ET AU  
PERSONNEL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTRIQUE DE L' H G T

Nos remerciements les plus sincères.

- A Mme TRAORE Mariam DIALLO

Qu'il me soit permis de vous remercier pour avoir accepté de dactylographier cette thèse. Toute ma reconnaissance pour votre disponibilité constante.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

LE PROFESSEUR SIN2 DAYO

CHEF DU SERVICE D'HISTOPATHOLOGIE DE L' I N R S P

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites d'accepter la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations.

Vous avez su par votre enseignement dynamique et pratique nous montrer l'importance de l'anatomie-pathologie

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre gratitude et l'assurance de notre profonde reconnaissance.

AU DOCTEUR SALIF DIAKITE

CHEF DU SERVICE DE GYNECO - OBSTETRIQUE DE L' H G T

Nous sommes très fiers et heureux de vous voir siéger aujourd'hui parmi nos juges.

Votre simplicité et la gentillesse de votre abord font de vous un maître admirable.

En acceptant de nous juger vous nous donnez l'occasion une fois de plus de vous témoigner toute notre profonde gratitude.

AU DOCTEUR MME SY

Nous vous remercions d'avoir voulu siéger à ce jury.  
Nous avons été séduits par la simplicité et la clarté  
de votre enseignement.  
Votre contact facile, votre disponibilité constante,  
votre persévérance dans le travail demeurent pour nous  
un exemple à suivre.  
Nous avons l'honneur de vous témoigner toute notre  
profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE DE THESE

LE PROFESSEUR MAMDOU LAMINE TRAORE  
CHIEF DE SERVICE ; CHIRURGIE C HOPITAL DU POINT G

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse en  
vous confiant ce travail.  
Vous nous avez fait un grand honneur et surtout vous  
avez prouvé la confiance que vous nous portez.  
Nous avons bénéficié de votre culture et de votre  
expérience au cours de nos études.  
Votre ardeur au travail et votre rigueur pour le  
travail bien fait nous ont beaucoup aidés.  
Veuillez acceptez, l'expression de notre profonde  
gratitude et de nos vifs remerciements.

S O M M A I R E

	<u>PAGE</u>
I - <u>INTRODUCTION</u> :	
II - <u>GENERALITES</u> :.....	1
1- <u>Définition</u> : .....	1
Rappel anatomique :.....	1
Rappel embryologique .....	6
Rappel histologique .....	7
III - <u>ETUDES CLINIQUE</u> : .	
1- Etiologie .....	10
2 - Circonstances de découverte .....	18
3 - Aspect cliniques .....	21
4 - Complication .....	25
5 - Diagnostic positif et éléments de malignité	28
6 - Examens complémentaires dans le diagnostic	31
IV - <u>A N A P A T H</u> :	
1 - Revue d'ensemble des tumeurs de l'ovaire et essais de classification .....	35
2 - Etude de nos cas .....	44
V - <u>TRAITEMENT</u> :	
VI - <u>NOS OBSERVATION</u> .....	57
VII - <u>COMMENTAIRES</u> .....	60
VIII - <u>CONCLUSION</u> .....	64
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	

## I N T R O D U C T I O N

Parmi les différentes tumeurs de la femme, les tumeurs ovariennes occupent une place importante au niveau de l'appareil génital. Et malgré de nombreuses publications qui leur ont été consacrées, ces tumeurs posent encore un certain nombre de problèmes souvent difficiles à résoudre.

Leur étude clinique offre un avantage certain car c'est elle qui permet de poser l'indication thérapeutique. En outre l'évaluation approximative de la nature de la tumeur à l'entre ouvert et la connaissance du bilan des adhérences de la lésion sont des éléments importants pour la conduite thérapeutique.

L'étude anatomopathologique représente le centre d'intérêt de tout premier plan car c'est elle qui, devant le problème pronostic nous donne les résultats les plus précis, les plus sûrs et les plus scientifiques. Ainsi de nombreux auteurs ont utilisé tout au long de leur travail des critères morphologiques, histologiques et endocrinologiques pour établir une classification de ces tumeurs. Mais il apparaît qu'aucune de ces classifications ne fait l'unanimité sur la question.

La question de tumeur de l'ovaire soulève enfin de nombreux problèmes thérapeutiques. Tous les auteurs s'accordent à donner la première place à l'acte chirurgical, les modalités de traitement complémentaire par la chimiothérapie et la radiothérapie sont loin d'être résolues.

Cette étude qui porte sur 38 cas n'a pas la prétention de résoudre les problèmes complexes que nous venons d'évoquer. Nous nous proposons de faire le point de nos connaissances sur la question à la lumière de ce qui a été publié dans la littérature et de ce que nous avons été amenés à découvrir au cours de notre étude. Ainsi nous allons d'abord préciser dans une préface la définition l'étendue et les limites du terme "tumeur de l'ovaire", ensuite après un rappel anatomique, embryologique, histologique et physiologique de l'ovaire nous aborderons l'étude clinique et anatomopathologique avant d'envisager les considérations thérapeutiques.

## G E N E R A L I T E S

### DEFINITION :

#### RAPPELS ANATOMIQUES

- 1°) Anatomie descriptive
  - situation
  - forme et orientation
  - dimensions moyennes
  
- 2°) Rapports
  - rapports péritonéaux et fixité
  - rapports avec les organes
  
- 3°) Vaisseaux et Nerfs

#### RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

#### RAPPEL HISTOLOGIQUE

#### RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

GENERALITES :

DEFINITION

Nous entendons par tumeur de l'ovaire toute néoformation développée au dépens de celui-ci, qu'elle qu'en soit la forme évolutive, bénigne ou maligne ou la forme anatomo-clinique

Clinique : solide, liquide ou mixte. Le mot tumeur est donc pris dans son sens le plus large englobant tout ce qui en dehors de l'inflammation crée le syndrome du gros ovaire.

RAPPELS ANATOMIQUES

1°) Anatomie descriptive

- Situation

L'ovaire est situé :

dans la grande cavité péritoréale entre la paroi pelvienne, un peu au dessous du détroit supérieur en arrière du ligament large.

Il est situé un peu plus bas et postérieur chez la multipare que chez la femme n'ayant pas eu d'enfants.

- Forme et Orientation

L'ovaire est ovoïde, un peu aplati, vertical et presque sagittal chez la multipare. Son grand axe est très oblique en bas et en dedans après plusieurs grossesses. Il présente :

- deux faces, externe et interne convexés
- deux bords :

+ Postérieur, convexe et épais

+ antérieur, rectiligne, qu'abordent les vaisseaux et nerfs de la glande ; c'est le hile de l'ovaire.

- deux extrémités ou pôles : supérieur et inférieur

L'ovaire a une consistance ferme. Son aspect varie au cours des phases de la vie génitale :

- avant la puberté, il est lisse et régulier

- pendant la période d'activité génitale la surface de l'ovaire est mamelonnée par les follicules de DE GRAAF évolutifs, leurs cicatrices, un éventuel corps jaune.

- Après la ménopause, l'ovaire s'atrophie et les irrégularités cicatricielles s'atténuent.



- Dimensions moyennes (pendant la période d'activité génitale)

- longueur : 3,5 cm
- largeur : 2 cm
- épaisseur : 1 cm
- poids : 8 grammes

2°) Rapports

- Rapports péritonéaux et fixité

• L'ovaire n'est pas enveloppé par du péritoine viscéral : il est libre dans la grande cavité péritonéale entre :

- en arrière et en dehors : le péritoine pariétal pelvien
- en avant et en dedans : le péritoine du ligament large

Mais de nombreux replis péritonéaux l'entourent et forment une "bourse péri ovarienne"

• L'ovaire est en connexion étroite avec la trompe de fallope qui conduit l'ovule à l'utérus. Ces connexions sont maintenues par deux ligaments formés de fibres conjonctives et musculaires lisses :

+ le ligament tubo-ovarien unit le pôle supérieur de l'ovaire à la surface extérieure du pavillon de la trompe.

+ le ligament utéro-ovarien unit le pôle inférieur de l'ovaire à l'angle latéral du corps utérin où il s'implante au dessous et en arrière de la trompe.

L'ovaire est uni à la face postérieure du ligament large et à la paroi par deux ligaments qui le maintiennent en position normale :

- le mésovarium qui est un ligament court péritonéal

- le ligament lombo - ovarien qui est formé par le repli péritonéal que soulèvent les vaisseaux ovariens et par les fibres conjonctives et musculaires lisses qui les entourent

• Ces deux ligaments assurent la fixité de l'ovaire

Le mésovarium ne permet que des "mouvements de charnière" (Rouvière)

Le ligament lombo - ovarien est un véritable ligament "suspenseur" de l'ovaire.

• Cependant la position de l'ovaire reste un peu variable :

- Chez la multipare, il est un peu plus bas et en arrière et plus oblique, dans la fossette sousovarienne de Claudius.

Rapports avec les organes

- Face externe

Elle répond au péritoine pariétal déprimé en fossette et par son intermédiaire à l'uretère et aux éléments vasculo-nerveux qui cheminent sur la paroi latérale du bassin :

- l'uretère
- l'artère hypogastrique et ses branches
- les veines et lymphatiques satellites
- le nerf obturateur
- le plexus nerveux hypogastrique

### Face interne

Elle répond

- à la trompe utérine
- au mésosalpinx
- aux viscères pelviens

Par l'intermédiaire de la trompe et du mésosalpinx l'ovaire répond également aux anse grêles

- au colon pelvien
- à droite parfois : au cœcum et à l'appendice en situation basse
- Bord antérieur

Il répond aux mésovarium

- à la face antérieure du ligament large par l'intermédiaire du mésovarium

- Bord post

Il répond à la limite postérieure de la fossette ovarienne ou sous-ovarienne. La fossette ovarienne est limitée par :

- en arrière, l'uretère et les vaisseaux hypogastriques
- en avant et en bas, le ligament large
- en haut, les vaisseaux iliaques externes

La fossette sous-ovarienne de Claudius est limitée par :

- en avant, l'uretère
- en arrière, la paroi pelvienne postérieure
- en bas et en dedans, le ligament utero-sacré

### Pôle Supérieur

Il répond : - à l'extrémité ovarienne des ligaments tubo-ovarien et lombo-ovarien et aux vaisseaux ovariens

- en dedans à l'extrémité externe de l'ampoule tubaire et au mésosalpinx
- En dehors sous le péritoine, un peu au dessus aux vaisseaux iliaques externes et au pédicule vasculo-nerveux obturateur.

### Pôle inférieur

Il répond - à l'extrémité inférieure du ligament utéro-ovarien  
- au plancher pelvien

Anormalement un ovaire peut cependant être prolapsé dans le cul de sac de Douglas.

### 3°) Vaisseaux et Nerfs

- Les Artères

L'ovaire est vascularisé par les artères ovarienne et utérine

L'artère ovarienne :

- Origine : face antérieure de l'aorte au niveau de L 2 entre les artères rénales et mésentérique inférieure

- Trajet : oblique en bas et en dehors dans le ligament lombo-ovarien entre :

En avant de haut en bas

- A droite successivement :

- + le mésocôlon ascendant accolé par le fascia de Toldt droit
- + la racine du mésentère
- + le péritoine pariétal

- A Gauche

- + le mésocôlon descendant accolé par le fascia de Toldt gauche
- + la racine secondaire du mésocôlon pelvien

- En arrière

- le psoas sous le fascia iliaca
- l'uretère que l'artère croise de dedans en dehors au niveau de L 3
- la veine cave inférieure à droite que l'artère croise par en avant,

rarement par en arrière

- l'artère iliaque externe que l'artère croise en dehors de l'uretère.

- TERMINAISONS :

+ au pôle inférieur de l'ovaire, dans le mésovarium souvent en s'anastomosant avec l'artère utérine

- BRANCHES COLLATERALES :

- rameaux pour la capsule adipeuse du rein et l'uretère
- rameaux coliques
- artère tubaire externe qui naît au pôle supérieur de l'ovaire

puis donne quelques rameaux à la glande ensuite forme avec l'artère tubaire interne, branche de l'utérine l'arcade tubaire.

- branches ovariennes, le long du hile.

L'ARTERE UTERINE

Branche de l'artère hypogastrique, satellite de l'uretère qu'elle croise et abandonne sous le ligament large, c'est avant tout l'artère de l'utérus. Cependant elle atteint le rôle inférieur de l'ovaire en suivant le ligament utéro-ovarie donne des rameaux ovariens et s'anastomose souvent à l'artère ovarienne.

En définitive la vascularisation de l'ovaire est variable :

- Le plus souvent les artères qui pénètrent dans le hile de l'ovaire naissent :

- soit de l'arcade anastomotique formée par les artère utérine et ovarienne

- soit de chacune de ces artères qui ne s'anastomosent pas.

- Beaucoup plus rarement la vascularisation de l'ovaire est entièrement assurée par l'artère ovarienne ou l'artère utérine seule. Cependant cette éventualité explique la nécessité de respecter l'artère utérine dans le mésosalpinx au cours de la salpinjectomie avec conservation de l'ovaire.

- LES VEINES :

- les veines ovariennes sont formées :  
essentiellement par les veines de l'ovaire qui forment un volumineux dans le hile et le mésovarium
- + les veines de la trompe utérine
- + les veines du ligament rond
- + la partie supérieure du plexus utérin.

Elles forment le plexus pampiniforme : satellite de l'artère ovarienne dans le ligament lombo - ovarien se réduisant progressivement en un seul tronç.

La veine ovarienne terminant le plexus pampiniforme se jette :

- à droite, dans la veine cave inférieure
- à gauche, dans la veine rénale gauche.

SYMPHATIQUES

- Les lymphatiques de l'ovaire sont satellites des vaisseaux ovariens et aboutissent aux ganglions juxta-aortiques voisins du pédicule rénal :

- à droite, ganglions latéro et pré-aortiques sous - pédiculaires et pédiculaires
- à gauche, ganglions latéro-aortiques sous-pédiculaires
- des lymphatiques accessoires peuvent aboutir à un ganglion de la chaîne moyenne iliaque externe.

LES NERFS :

Le plexus nerveux ovariens est satellite de l'artère ovarienne et vient du plexus solaire par le plexus intermésentérique.

## RAFFEL EMBRYOLOGIQUE

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

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

### L'EMINENCE GENITALE

A la face interne du corps de WOLFF, l'ébauche primitive de l'ovaire apparaît sous forme d'une masse de mésenchyme rattaché au rein et que l'on appelle l'éminence génitale. L'épithélium coelomique qui recouvre cette ébauche reçoit un certain nombre de gonocytes primaires. Pourvu ainsi de cellules il devient alors épithélium germinatif. - L'épithélium germinatif prolifère et envoie en profondeur dans la masse mésenchymateuse des cordons épithéliaux formés de gonocytes secondaires entourés de cellules petites dites germinatives.

Dans la formation de l'ovaire, cette première poussée de cordons épithéliaux germinatifs s'atrophie se nécrose et disparaît dans l'espèce humaine. Cette première poussée peut être à l'origine de certaines tumeurs ovariennes solides ou kystiques dites "excréto génitales". Masson cité par Vilane (44). Dans ce groupe on décrit les kystes Wolffiens uni ou multiloculaires, les kystes végétants, les épithéliomas Wolffiens végétants ou massifs.

- Une deuxième poussée proliférative de l'épithélium germinatif apparaît ensuite et constitue les cordons de Valentin - P. Flüger. La masse mésenchymateuse colonisée par ces cordons en pleine prolifération devient l'ovaire embryonnaire. Les cordons de Valentin Pflüger se scindent en petites formations ou unités que l'on appelle follicules primordiaux, ils sont eux mêmes formés d'un ovocyte entouré d'une couche de cellules aplatisés mésenchymateuses correspondant aux premières cellules folliculeuses. Le mésenchyme environnant deviendra plus tard le stroma cortical de l'ovaire. C'est pendant la période fœtale que se constitue le stock des follicules primordiaux soit 3 ou 400 000 dans l'ovaire humain. Si beaucoup d'entre eux dégèrent tout au long de l'existence, il en reste 6 000 à 7 000, nombre suffisant pour donner naissance aux follicules gonogènes ou involutifs de la vie génitale. Après la ménopause, les follicules disparaissent.

Dans les tissus créés par la 2<sup>e</sup> poussée germinative, prend naissance un bon nombre de tumeurs ovariennes. Avec Masson, Peyron, Montpellier cités par Vilane (44) on y fait entrer les adénomes et épithéliomas pflugériens issus des restes des cordons de Valentin Pflüger, l'oophorome folliculaire de Brenner, les folliculomes et les lutéomes.

## RAPPEL HISTOLOGIE

L'ovaire est un organe en perpétuelle évolution dans lequel s'édifient et se détruisent des structures complexes et transitoires aboutissant à l'évènement le plus important au cycle génital : l'ovulation.

Le tissu ovarien définitif possède une structure très complexe.

1°) LA ZONE CORTICALE : d'épaisseur variable est la zone fonctionnelle de l'ovaire. Elle est revêtue par l'épithélium ovarien et contient dans un stroma conjonctif cellulaire, les éléments ovariens à des stades différents de leur évolution.

L'épithélium ovarien est un épithélium cubique simple dont les cellules, petites, ont un cytoplasme peu abondant et un noyau hyperchromatique. Certaines sont ciliées. L'épithélium repose sur une lamelle dense de fibrilles collagènes appelée albuginée.

Les organites ovariens sont constitués essentiellement par :

- a) les follicules ovariens : certains évoluent jusqu'à la maturation et la ponte ovulaire et sont appelés follicules évolutifs ou gamétogènes. D'autres arrêtent leur développement à une phase quelconque, puis dégèrent : ce sont les follicules involutifs.
- b) Le corps jaune issu des follicules rompus.
- c) Les reliquats : formations organisées, vestiges de tout âge, d'organites gamétogènes ou involutifs en voie de disparition, auxquels s'ajoutent des parois vasculaires ramifiées.

### 2°) LA ZONE MEDULLAIRE :

Elle comprend du stroma et des vaisseaux pénétrant dans l'ovaire au niveau du hile, zone de jonction entre ovaire et mésovarium, également habitée par des reliquats vasculaires. On y distingue une zone parenchymateuse contiguë au stroma cortical et une zone hilare. La zone parenchymateuse est une masse conjonctivo - vasculaire, malléable, facilement déprimée par la croissance des organites de la zone corticale.

\* Le follicule de DE GRAAF est une structure cyclique qui se voit chez la femme en période d'activité génitale.

Macroscopiquement le follicule mûr fait saillie à la surface de l'ovaire et mesure 15 à 20 mm de diamètre dont l'apparence montre qu'il contient du liquide.

Microscopiquement on y distingue 2 parties :

1°) Une partie centrale cavitaire limitée par une membrane très mince anhiste qui est la vitrée de Slavianky. Un épithélium polystratifié formé de cellules cubiques s'appuie sur cette membrane ; Cet épithélium pluristratifié est le stratum granulosum.

Les cellules du stratum granulosum sont cubiques au départ mais à cause de l'augmentation de l'antrum elles prennent une forme stratifiée et disposées de façon parallèle.

2°) Une partie périphérique formée de 2 couches :

- la couche la plus interne est formée de 2 à 3 assises de cellules cubiques dont le cytoplasme est basophile avec un gros noyau clair vésiculeux.

Cette couche interne est la thèque interne qui est une glande à sécrétion interne. Elle élabore des œstrogènes.

- la couche externe entoure la thèque interne. Elle se perd insensiblement avec le tissu ovarien. C'est la thèque externe constituée de tissus conjonctifs, de vaisseaux sanguins de filets nerveux et lymphatiques.

Cette thèque externe a un rôle de soutien et n'a aucune signification sécrétoire. Elle n'a qu'un rôle de protection et de nutrition du follicule.

Après la ponte ovulaire, la cavité du follicule s'affaisse, les capillaires de la thèque interne franchissent la lame basale qui les sépare de la granulosa. Les cellules se différencient pour prendre l'aspect typique des cellules sécrétrices de stéroïdes. Dès lors 2 types d'hormones apparaissent :

- la progestérone, sécrétée par les grandes cellules lutéiniques dérivées des cellules de la granulosa

- les œstrogènes, toujours sécrétés par les cellules de la thèque interne devenues les petites cellules lutéiniques.

Mais il n'existe plus de barrière entre granulosa et thèque interne et c'est l'ensemble, richement vascularisé par les capillaires qui forme le corps jaune.

### RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

À la fin du 5<sup>e</sup> mois de grossesse (vie intra-utérine) l'ovaire dispose d'un capital oocytaire de 7 million d'ovules. Il n'en a plus que 700 000 à 2 millions à la naissance, 300 000 à la puberté. De nombreux ovocytes dégèrent avant d'entrer en méiose. Les phénomènes de croissance folliculaire surviennent chez le Fœtus après la 32<sup>e</sup> semaine de la gestation. Il en résulte l'apparition de follicules antraux avec développement de cellules thécales, développement des cellules de la granulosa et production d'astradiol au sein de l'ovaire fœtal.

De la puberté à la ménopause, l'ovaire présente une évolution cyclique jusqu'à épuisement du capital folliculaire. Cette évolution fait intervenir une succession de mécanismes intra-ovariens parfaitement régulés. Le premier de ces mécanismes est l'apparition d'ondes de croissance folliculaires successives.

C'est à partir des follicules primaires ainsi individualisés que la sécrétion gonatrophique va contribuer à favoriser la sélection d'un follicule : le follicule dominant. Les différentes étapes qui vont suivre, tant au niveau de l'ovaire (régulation courte) qu'au niveau hypophysaire (régulation longue) ont pour finalité le développement du follicule dominant, préovulatoire, qui va produire et les gamètes, et les stéroïdes sexuels indispensables à la préparation de la muqueuse utérine pour que l'œuf fécondé puisse s'implanter et conjointement l'atrésie de tous les autres follicules. Ces notions de maturation d'un ovocyte, d'atrésie des autres ovocytes font intervenir des facteurs de régulation locale intra-ovariens mal connus associant la production de certains stéroïdes, mais également la sécrétion locale de petits peptides.



# E T U D E C L I N I Q U E

## A - E T I O L O G I E

### I / F A C T E U R S D E R I S Q U E

- Age
- Milieu socio - économique
- Le parité
- La contraception orale
- Les facteurs génétiques
- Autres facteurs
- Etude de nos cas

## ETUDE CLINIQUE

### A - ETIOLOGIE

#### I - FACTEURS DE RISQUE

Le diagnostic précoce des tumeurs de l'ovaire est difficile et la connaissance des facteurs de risque pourrait peut être permettre de sélectionner des groupes à haut risque susceptible de bénéficier d'une surveillance particulière.

AGE : La fréquence maximale des tumeurs de l'ovaire tous types confondus se situe entre 50 et 60 ans P. Curie (12). Cette constatation est confirmée par l'étude réalisée par Péjovic (36) qui trouve que le pic d'incidence atteint 61 pour 100 000 femmes dans la tranche d'âge 65 - 69.

Toutefois les tumeurs ovariennes peuvent se situer à tout âge et certains types histologiques se rencontrent électivement à un âge plus jeune. Ainsi, une grande partie des tumeurs des cellules germinatives de l'ovaire surviennent chez les enfants et les adolescents : Breen cité par P. Curie (12). Les dysgerminomes peuvent survenir à tout âge mais sont plus fréquents chez les jeunes femmes en âge de procréer (moyenne 22 ans) et ils sont rares à près l'âge de 50 ans. Il en est de même pour les tumeurs du sinus endodermique et les tératomes immatures. Par contre la dégénérescence des tératomes kystiques bénins se produit plus fréquemment chez les femmes âgées, alors que ces tumeurs s'observent aussi chez des adolescents et des enfants. Les gonadoblastomes surviennent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Les tumeurs de la granulosa dont l'incidence est de 0,9 à 1,7 (36) pour cent mille femmes ne se voient pratiquement pas avant la puberté. En revanche les tumeurs épithéliales de l'ovaire qui sont de loin les plus fréquentes se rencontrent surtout dans la période de péri et de post-ménopause avec une moyenne d'âge de 50 ans.

Sur les 38 tumeurs de l'ovaire que nous avons répertoriées, l'âge minimum de nos patientes se situe à 20 ans et l'âge maximum est de 49 ans. La moyenne d'âge de nos patientes est de 30 ans.

#### MILIEU SOCIO ECONOMIQUE :

Les tumeurs ovariennes touchent surtout les femmes de classe socio - économique favorisée (12). Les incidences les plus élevées sont observées dans les pays riches et industrialisés (1). Le fait que l'incidence des tumeurs de l'ovaire et leur taux de mortalité soient 3 à 5 fois plus importants dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, suggère qu'il existe des facteurs d'environnement dans son étiologie (28). De la même façon, les habitants des régions urbaines sont exposés à un risque supérieur par rapport à la population générale : LIN R. S, KESSLER cités par P. Curie (12). Ces constatations font penser qu'il existe des facteurs inhérents au

### LA PARITE :

La majorité des enquêtes a montré que la **nulliparité** ou la **pauciparité** sont plus fréquentes chez les femmes atteintes d'une tumeur de l'ovaire que chez des femmes témoins.

Selon Pejovic (36) le risque de tumeur ovarienne est multiplié par 1,30 à 2,20 pour les femmes ayant eu un ou deux enfants, et par 1,70 à 5,01 pour les nullipares par rapport aux femmes ayant eu au moins trois enfants. De nombreux auteurs s'accordent à reconnaître l'effet protecteur de la grossesse dans la survenue des tumeurs ovariennes comme le témoignent les données suivantes de la littérature :

- Les tumeurs de l'ovaire sont des maladies qui se développent dans les nations où la limitation de la famille est traditionnelle (12)
- Comparées à des femmes enceintes avant l'âge de 20 ans, une patiente nullipare présente un risque multiplié par cinq de développer une tumeur épithéliale de l'ovaire (27)
- Selon Casagrande et Col (12 Curie), il existe une relation entre le risque de tumeur ovarienne et le nombre d'années d'activité ovarienne ininterrompue par des grossesses ou par l'utilisation de la contraception orale.
- La mortalité par tumeur ovarienne est inversement proportionnelle au nombre d'enfant (28)
- L'hypofertilité, qu'elle soit diagnostiquée par un médecin ou rapportée comme une difficulté à concevoir par les femmes ou encore évaluée par un long intervalle de temps séparant le mariage de la première naissance, est associée à une multiplication du risque de tumeur ovarienne par un facteur 2 à 6 dans deux enquêtes sur quatre (36)
- A. Gorins et collaborateurs citent que l'incidence de tumeur de l'ovaire est élevée chez les femmes Parsi en Inde peu fertile car mariées avec des proches parents.

### LA CONTRACEPTION ORALE

Le rôle protecteur des contraceptifs oraux semble admis par la plupart de auteurs. Plusieurs études ont montré qu'il existe une baisse du risque de tumeur de l'ovaire chez les femmes qui utilisent une contraception orale ; Celles qui ont développé une tumeur ovarienne ont, de manière significative, utilisé moins de contraceptifs oraux que les groupes témoins (12, 23).

Selon F. Guichard (24) 1 700 cas de tumeurs ovariennes seraient évitées chaque année aux U.S.A. grâce à la contraception orale.

Le risque de tumeur ovarienne est multiplié par 1,59 à 2,83 pour les femmes n'ayant pas utilisé de contraceptifs oraux (36).

Ces données suggèrent un effet protecteur des contraceptifs oraux, qui apparaît même si l'utilisation des contraceptifs a été brève et qui persiste longtemps après arrêt.

En ce qui concerne la prise d'hormones non contraceptives, les conclusions ne sont pas formelles quant à leur rôle protecteur (22) et même parfois très contradictoires (12, 36).

Pour expliquer l'effet protecteur des grossesses et des contraceptifs oraux, l'hypothèse de "l'ovulation ininterrompue" a été proposée par Fathalla cité par Péjovic (36) puis appliquée par Casagrande et Col. Fathalla a fait l'hypothèse que chaque ovulation représentait un traumatisme pour l'épithélium ovarien, qui est rompu, puis réparé. Les mécanismes de réparation pourraient entraîner une prolifération aberrante conduisant à une transformation néoplasique. Toute inhibition de l'ovulation aurait donc un rôle protecteur sur l'épithélium ovarien. Casagrande et col ont calculé "un temps ovulatoire" égal au temps écoulé entre la puberté et l'arrêt de l'ovulation par ménopause naturelle ou artificielle, diminué du temps pendant lequel l'ovaire était "protégé" par une grossesse menée ou non à terme, ou par l'utilisation de contraceptifs oraux. Le risque de tumeur de l'ovaire augmente exponentiellement avec ce temps ovulatoire. Hildreth et Coll cité par Pejovic (36) ont également montré que la durée du temps ovulatoire était significativement liée au risque de tumeur ovarienne.

Par contre Risch et Coll (36) en utilisant un index combinant le nombre de grossesse, le nombre d'avortements, la durée des périodes d'allaitement et la durée de la prise des contraceptifs oraux, n'ont pas trouvé de liaison entre cet index et le risque de survenue de tumeur de l'ovaire.

A l'issue de ces études, il apparaît que les facteurs hormonaux semblent jouer un rôle fondamental dans la pathogénie des tumeurs de l'ovaire. Mais la certitude n'est pas quasi-absolue.

#### LES FACTEURS GÉNÉTIQUES :

Les antécédents familiaux de tumeur ovarienne (mère et sœurs) augmentent considérablement le risque. Et ce risque est augmenté de 18 fois chez les femmes qui ont une mère ou une sœur porteuse d'une tumeur épithéliale de l'ovaire (12)

Un certain nombre de maladies génétiques semblent prédisposer aux tumeurs de l'ovaire : les femmes atteintes de dysgénéésie des gonades (46 X Y) développent plus fréquemment des gonade - blastomes (43).

Barlow et collaborateurs cité par P. Curie (12) ont montré que le déficit d'un enzyme, l'alpha - L - fucosidase s'associe avec la présence de Tumeur de l'ovaire. Le rôle éventuel des affections thyroïdiennes, de l'obésité, des affections vésiculaires de l'H T 4, du diabète, des infections virales (oreillons et rubéole) n'est pas totalement établi (36)

#### AUTRES FACTEURS :

Il semble que les facteurs chimiques interviennent dans la genèse des tumeurs de l'ovaire notamment le talc qui a suscité beaucoup d'études. L'hypothèse est qu'il existe une relation chimique entre le talc et l'asbestose qui est à l'origine de mésothéliome. Une étude très documentée (12) a montré qu'il existait un risque important chez les femmes qui utilisent régulièrement le talc mis directement sur le périnée, ou sur les serviettes hygiéniques ; Celui - ci pourrait gagner la cavité péritonéale par voie ascendante à partir du vagin et jouer le rôle d'initiateur dans le développement des tumeurs ovariennes.

Enfin, il a été décrit chez certains enfants épileptiques absorbant des anticonvulsivants, l'apparition de thécomes ovariens. En fait les enquêtes menées chez les patientes épileptiques prenant des anticonvulsants au long cours n'ont pas permis de démontrer une fréquence élevée d'une quelconque néoplasie ovarienne.

ETUDE DE NOS CAS

La répartition de nos femmes porteuses d'une tumeur ovarienne selon l'âge, le niveau socio économique, les activités professionnelles, l'ethnie et la parité se retrouve dans les tableaux suivants :

REPARTITION DE NOS TUMEURS SELON L'AGE

Age (ans)	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 et +	Tot.
Nombre	0	9	8	10	8	1	2	0	38
Pourcentage	0	23,68 %	21,05 %	26,31 %	21,05 %	2,63 %	5,26 %	0	100

L'âge minimum de nos patientes est de 20 ans et l'âge maximum est de 49 ans avec une parité de 30 ans.

- 9 patientes sur 38 ont un âge compris entre 20 - 24 ans ce qui représente 23,68 %.
- 8 de nos patientes sont dans la tranche 25 - 29 ans soit 21 %
- 10 de nos malades sur un total de 38 se situent dans la tranche d'âge 30 - 34 ans soit 26,31 %
- 8 patientes également se trouvent dans la fourchette 35 - 39 ans (21 %)
- 1 patiente seulement se trouve dans la tranche 40 - 44 ans soit 2,63 % et 2 patientes

On note donc une légère prédominance dans la tranche d'âge 30 - 34 ans. En fait la majorité de nos patientes ont un âge compris entre 20 et 39 ans c'est à dire 35 patientes sur un total de 38 ce qui représente 92,10 % de l'ensemble de nos tumeurs.

Vilane (44) trouve des résultats à peu près similaires à Dakar. Sur un total de 251 cas de tumeurs ovariennes, 204 patientes sont dans la tranche 20 - 50 ans soit 81,27 %.

De même, une étude Camérounaise (Atangana cité par Vilane (44) a montré que 64 % des malades atteintes de tumeurs ovariennes ont moins de 40 ans.

Par contre notre étude s'écarte de celle de F. Curie (12) et collaborateurs qui estiment que la fréquence maximale des tumeurs ovariennes tous types confondus se situe entre 50 et 60 ans. Il semble que cette précocité relative d'apparition des tumeurs ovariennes constatée par la plupart des auteurs en Afrique soit liée au jeune âge de la population africaine où l'espérance de vie moyenne n'atteint pas 65 - 69 ans : âge préférentiel d'apparition des tumeurs de l'ovaire (Péjovic)

REPARTITION DE NOS CAS SELON LE NIVEAU SOCIO - ECONOMIQUE

Dans notre étude, nous avons noté que sur les 38 cas, 23 patientes habitent en zone urbaine (District ou chefs-lieux de région) ce qui représente 60 % contre 15 habitants en zone rurale soit 40 %. Ceci reflète peut être tout simplement le recrutement en milieu hospitalier Banakois de nos malades.

REPARTITION SELON LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

Activités	Ménagères	Fonctionnaires	Commerçantes	Elèves - Etudiantes	Non Précisé	Total
Nombre	30	2	1	1	4	38
Pourcentage	78,94 %	5,26 %	2,63 %	2,63 %	10,52 %	100 %

On note une nette prédominance de tumeurs ovariennes chez les femmes exerçant des activités ménagères : 30 patientes sur 38 soit 78,94 %. Cette fréquence élevée de tumeurs ovariennes chez les ménagères s'expliquerait par le fait que cette catégorie professionnelle constitue la majorité de la population consultante.

REPARTITION DE NOS CAS SELON L'ETHNIE

ETHNIES	NOMBRE	POURCENTAGE
Bambara	13	34,21 %
Malinké	6	15,78 %
Sarakolé	6	15,78 %
Peulh	5	13,15 %
Sonraï	2	5,26 %
Bobo	2	5,26 %
Autres	4	10,52 %
Total	38	100 %

Nous avons trouvé 13 Bambara sur 38 cas ce qui représente 34,21 %

Malinké : 6 cas soit 15,78 %

Les Sarakolés sont retrouvés avec un même pourcentage que les Malinkés c'est à dire 15,78 %

Les Peulhs représentent 13,15 % de notre étude

Les plus faibles pourcentages sont observés dans l'ethnie Sonraï et Bobo 2 cas pour chaque ethnie pour l'ensemble de nos patientes soit 5,26 %.

Les autres représentent 10,52 % de notre étude (4 cas sur 38).

Dans cette catégorie nous avons une patiente d'origine Burkinabé ; une d'origine Ghanaéenne et deux patientes dont l'ethnie n'est pas précisée.

Cette répartition par groupe ethnique ne permet de tirer aucune conclusion fondamentale à part une relative incidence élevée dans l'ethnie Bambara (34,21 %) suivie par les Malinkés, les Sarakolés (15,78 %) puis les Peulh (13,15 %). Ceci s'expliquerait par le fait que ces groupes ethniques semblent constituer la majorité de la population qui consulte à Bamako. En effet il semblerait que l'incidence de l'ethnie dans les tumeurs ovariennes n'ait été précisée par aucun auteur Vilane (44)

ANTECEDENTS DE NOS PATIENTES :

- Dans les antécédents médicaux, nous n'avons pas noté d'éléments prédisposant aux tumeurs ovariennes. Seul un cas d'II T A a été signalé dans le passé médical d'une de nos patientes.

- Dans les antécédents chirurgicaux nous avons retrouvé :

une parotomie pour stérilité secondaire

une hystérectomie subtotale pour rupture utérine

une occlusion intestinale

une ovariectomie associée à une salpingectomie pour grossesse extra uterine rompue

dans certaines pathologies pelviennes, protège l'ovaire restant d'une éventuelle néoplasie ovarienne F. Curie (12)

- Antécédents gynécologiques :

Antécédents gynécologiques	Nombre	Pourcentage
règles normales en durée (3 - 7 jours)	33	91,66 %
règles abondantes en durée (plus de 7 j)	3	8,33 %
cycle régulier	29	80,55 %
cycle irrégulier	7	19,44 %
Aménorrhée primaire	1	-
Ménopausée	1	-
Présence de caillot	21	55,26 %
Prurit vulvaire	20	52,63 %

Les pourcentages concernant la durée, la régularité ainsi que la présence de caillot sont calculés sur 36 cas.

Il semble que les tumeurs ovariennes n'entraînent pas de perturbations significatives de la menstruation. Même dans les cas de tumeurs ovariennes de malignité confirmée on ne note pas de perturbations importantes. N<sup>o</sup> G. Curie F (31) ne trouve que 6 % de métrorragie sur 60 cas de tumeurs malignes de l'ovaire et Vilane ne note que 5 irrégularités des règles parmi ses cas.

- LA CONTRACEPTION :

Dans notre étude nous avons retrouvé la notion de prise de contraceptifs oraux dans les antécédents de 4 patientes seulement sur un total de 38 cas ce qui ne représente que 10,52 %. Par contre 34 patientes soit 89,47 % n'ont jamais utilisé la contraception orale en aucun moment de leur activité génitale. Nous ne notons pas de contradiction entre nos résultats et ceux des enquêtes épidémiologiques (24, 36, 12) concernant un éventuel rôle protecteur des contraceptifs oraux contre les tumeurs ovariennes. Néanmoins certains auteurs estiment qu'il serait imprudent d'en conclure à un effet protecteur car selon eux, le taux élevé de femmes stériles développant ensuite une tumeur de l'ovaire peut expliquer à lui seul la faible prise de contraceptifs.

- RÉPARTITION DE NOS MALADES SELON LA PARITÉ

Parité	0 Pare	I Pare	II Pare	III Pare	IV Pare	V Pare	VI Pare	Plus	Total
Nombre	8	10	6	4	4	0	1	5	38
%	21,05 %	26,31 %	15,78 %	10,52 %	10,52 %	0	2,63 %	13,15 %	100 %



Nous avons noté que :

8 de nos patientes sont nullipares soit 21,05 %

30 de nos malades ont eu au moins un enfant, soit 78,94 %

16 patientes ont moins de 3 enfants soit 42,10 %

6 malades ont un nombre d'enfants supérieur à 4 soit 15,78 % dont 3 septième pare ;

Une dixième pare et une onzième pare.

Nos chiffres sont comparables à ceux de Vilane (12) qui trouve 21,5 % de nulliparité sur l'ensemble de ses tumeurs ; 78,4 % de femmes ayant eu un enfant ; 40,32 % de femmes ayant moins de 3 enfants.

Par contre nos résultats s'écartent de ceux de Parker cité par Vilane (12) qui trouve 27 % de nulliparité ; 62 % de femmes ayant moins de 3 enfants. Il semble également que les chiffres publiés par Buka (Vilane) 50 % de nullipares, 78 % de femmes ayant moins de 3 enfants soient comparables à ceux de Parker et différents de nos résultats.

Nous remarquons néanmoins qu'il existe une incidence relativement élevée de nulliparité et de pauciparité parmi nos patientes atteintes de tumeurs ovariennes comme l'ont notée certaines études (36).

B/ CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- La douleur
- Les troubles génitaux
- L'augmentation du volume de l'abdomen
- L'Ascite
- Les signes de voisinage
- Circonstances de découverte pour nos malades

## B / CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE:

En dehors des complications et à l'exception des rares cas de tumeurs endocrines, les tumeurs de l'ovaire n'ont pas de symptomatologie spécifique. Les signes d'appels sont longtemps discrets et n'inquiètent pas la patiente ou sont trompeurs et n'incitent pas le médecin à pratiquer un examen gynécologique. C'est la raison pour laquelle un délai de trois à six mois s'écoule souvent entre le début des signes cliniques et la décision thérapeutique. Lorsque les signes fonctionnels sont évocateurs, ils traduisent généralement des complications ou correspondent à une tumeur à un stade déjà avancé.

### - LES DOULEURS :

C'est le signe le plus précoce et le plus fréquent. Elles sont signalées dans 70 à 80 % des cas. Il s'agit généralement d'une sensation de pesanteur pelvienne. Mais cette douleur peut prendre tous les types. 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. Plus rarement, ce sont des névralgies crurales, sciatiques ou inguinale par envahissements des plexus nerveux ou des douleurs abdomino - pelviennes aiguës traduisant une complication mécanique.

### - LES TROUBLES GENITAUX :

• Les troubles menstruels et les métrorragies postménopausiques se retrouvent dans 24 % des cas Blanc (5). Des hémorragies post-ménopausiques sont notées dans 44 % de cystadénocarcinomes séreux. Dans les cystadénomes et cystadénocarcinomes muqueux on retrouve des irrégularités menstruelles dans 50 % des cas et des métrorragie post ménopausiques dans 20 % des cas.

Ainsi les tumeurs bénignes et surtout malignes de l'ovaire peuvent s'accompagner de métrorragies. Ces saignements sont parfois l'expression d'un " stroma fonctionnel " péritumoral que les examens para - cliniques habituels ne mettent pas toujours en évidence.

D'autres symptômes moins classiques comme la dysménorrhée et la dyspareunie méritent d'être signalés.

### - L'AUGMENTATION DU VOLUME DE L'ABDOMEN :

Il s'agit d'un signe révélateur dans 22 % Des cas pour Dargent cité par Blanc B (5). Elle peut être occasionnée soit par le volume important de la tumeur, soit par la production d'une ascite.

- L'ASCITE :

Elle serait dans 30 % des cas, le signe revelateur d'une tumeur ovarienne. Sa constatation est de mauvais pronostic, sauf dans l'exceptionnel syndrome de Demons - Meigs (19). Lorsqu'elle paraît isolée, elle conduit la malade plus souvent chez le gastro-entérologue, puis chez le gynécologue témoin un cas publié par le Pr A. GUINDO (17) où la patiente fut admise d'abord en Médecine avant d'être confiée au gynécologue pour kyste dermoïde de l'ovaire.

- LES SIGNES DE VOISINAGE :

. Les troubles intestinaux sont signalés par 16 à 35 % des malades. Il s'agit le plus souvent d'une constipation. Plus rarement, une occlusion intestinale inaugure la maladie : 4 % sur 172 cas (5).

. Les signes urinaires, quand ils prennent le devant de la scène clinique, peuvent être très trompeurs. Ces troubles urinaires, même associés à des symptômes plus évocateurs sont susceptibles d'égarer le diagnostic. Il s'agit le plus souvent de dysurie de pollakurie et rarement de rétention d'urine.

. Enfin, des œdèmes des membres inférieurs, une altération de l'état général peuvent également occuper le devant du tableau clinique.

Les circonstances de découverte pour l'ensemble de nos malades ont été les suivantes :

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE POUR NOS MALADES :

Motifs de la Consultation	Nombre	Fourcentage
Douleur Abdomino pelvienne isolée	18	47,36 %
Constatation d'une masse pelvienne isolée	2	5,26 %
Douleur + masse pelvienne	5	13,15 %
Douleur + M <sup>2</sup> trorragie et ou M <sup>2</sup> norragie	2	5,26 %
Masse pelv + M <sup>2</sup> trorragie et ou M <sup>2</sup> norragie	1	2,63 %
Masse pelv + douleur + M <sup>2</sup> trorragie	2	5,26 %
Douleur + Leucorrhée	1	2,63 %
Decouverte fortuité	7	18,42 %
TOTAL	38	100 %

- Sur ce tableau il ressort que 18 de nos patientes sur 38 ont consulté pour douleur soit pelvienne soit abdomino pelvienne isolée ce que represente 47,36 %. Mais il faut noter que la douleur a été signalé 29 Fois par nos patientes soit 76,31 % de présence de la douleur.

On note une fréquence relativement élevée de masse pelvienne ou abdomino pelvienne constatée par les patientes. Ainsi 2 malades sont venues consulter pour constatation d'une masse pelvienne isolée. Dans 8 cas la constatation d'une masse était associée à d'autres signes. Au total la masse abdominale et pelvienne est signalée dans 10 cas sur l'ensemble de nos malades soit 26,31 %

- Les troubles génitaux sont signalés par 6 de nos patientes c'est à dire 15,78 %. A remarquer cependant que dans notre étude nous n'avons pas noté de cas où la maladie a été découverte à la suite de troubles isolés des règles mais ces troubles étaient toujours en association avec d'autres symptômes.

- Par contre les troubles urinaires sont fréquemment associés aux tumeurs ovariennes. Nous avons trouvé que sur 38 patientes, 24 présentaient des signes urinaires soit 63,15 %. Il s'agit essentiellement de brûlure mictionnelle et de pollakiurie. Nous n'avons pas trouvé de cas de rétention d'urine.

- Dans 7 cas, la découverte de la tumeur ovarienne a été fortuite. Les patientes n'ont présenté aucun signe en faveur de l'existence d'une tumeur ovarienne. La découverte des 7 cas a été la suivante :

- + 4 cas de découverte lors d'un examen gynécologique pour stérilité
- + 1 cas de découverte lors d'un examen gynécologique pour fistule recto vaginale.
- + 1 cas lors d'une intervention pour grossesse extra utérine.
- + Enfin dans un dernier cas le diagnostic évoqué fut une grossesse extra - utérine rompue. Mais la parotomie révéla l'existence d'un kyste ovarien rempli d'un liquide jaune citrin.

### C/ LES ASPECTS CLINIQUES

- 1°) Les formes asymptomatiques
  - 2°) Les formes topographiques
    - Les tumeurs à développement pelvien
    - Les tumeurs à développement abdominal
  - 3°) Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant
  - 4°) Tumeurs de l'ovaire et grossesse
  - 5°) syndrome de Demons - Meigs
  - 6°) Autres associations
- Etude de nos cas

### C/ LES ASPECTS CLINIQUES

#### 1°) LES FORMES ASYMPTOMATIQUES :

Elles correspondent à 30 % des cas. C'est surtout le cas des tumeurs bénignes. Ces tumeurs ne s'accompagnent d'aucune expression clinique et leur découverte est fortuite lors d'un examen gynécologique systématique ou lors d'une laparotomie pratiquée pour tout autre motif.

La rareté des tumeurs malignes de l'ovaire fait que les chances d'en découvrir une au cours d'un examen systématique sont estimées à une pour 10.000 examens.

#### 2°) LES FORMES TOPOGRAPHIQUES :

• Les tumeurs à développement pelvien : leur volume est habituellement inférieur à 15 cm de diamètre. Elles sont entièrement logées dans le pelvis. On ne les perçoit pas ou très difficilement à la palpation de l'abdomen. Mais le toucher vaginal associé au palper abdominal repère le col et le corps utérins qui sont souvent refoulés d'un côté ou de l'autre.

Dans un cul-de-sac vaginal latéral, on perçoit une masse latérale arrondie, renitente, mobile et indolore. Elle est 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. Ces caractéristiques sont propres aux tumeurs bénignes. Pour les tumeurs malignes dès la palpation on peut percevoir sous l'ombilic une tuméfaction dure, polylobée, asymétrique. Le toucher vaginal perçoit une masse dure, étendue, fixée, souvent bilatérale, pouvant réaliser avec l'appareil génital et les viscères voisins un bloc polymorphe empêchant de préciser ce qui revient en propre à la tumeur. Par toucher rectal, on peut parfaitement percevoir les coulées néoplasiques dans le cul-de-sac de Douglas et l'infiltration des paramètres.

#### • Les tumeurs à développement abdominal :

Ce sont des tumeurs dont le volume peut atteindre des dimensions très importantes allant de la taille d'une grosse pamplemousse à celle d'un ballon de football voire plus. Dès l'inspection l'abdomen apparaît déformé par une tuméfaction médiane pouvant simuler un utérus gravide ou une ascite. La palpation permet de retrouver la sensation de flot et précise les contours qui sont souvent réguliers, plus rarement bosselés sauf en cas de tumeur maligne où l'infiltration et l'envahissement des organes voisins font perdre ces caractères essentiels.

La limite supérieure séparée du thorax par un vide sous costal est assez nette. La limite inférieure se perd dans le pelvis et le classique vide sus-pubien sur la patiente en Trendelenburg est rarement retrouvé. Sur la malade couchée, la matité dessine une limite supérieure convexe en haut, sur la malade assise, les lombes et les flancs restent sonores. Enfin, l'aire de matité ne varie pas lors des changements de position. Le toucher vaginal apporte peu de renseignements : le col est souvent attiré très haut, l'examen au speculum est malaisé. On ne perçoit pas toujours la tumeur en bout de doigt.

Elles entraînent très souvent une gêne fonctionnelle. Dans les cas extrêmes, chez la femme âgée, elles peuvent avoir des conséquences cardio - respiratoires.

### 3°) Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant :

Elles sont rares avant la puberté (6 % de toutes les tumeurs de l'ovaire) : (42).

Elles sont malignes dans 20 % des cas.

Elles peuvent se rencontrer dès la naissance, mais leur fréquence est nettement supérieure dans la période prépubertaire. Cette notion de rareté est parfaitement bien illustrée par FORSHILL (5) qui, sur 100.000 hospitalisations en dix ans dans deux services pédiatriques de Liverpool, ne rapporte que 21 cas. DARMAILLACQ, cité par Blanc (5) recense 10 cas en 50 ans à l'hôpital d'enfants de Bordeaux.

Toutes les variétés histologiques ont été décrites, mais ce sont les tumeurs germinales qui caractérisent cette période. Parmi elles 30 % sont des tératomes kystiques ou des kystes dermoïdes.

Enfin, les tumeurs malignes représentent 20 % des cas soit une proportion deux fois plus importante que chez l'adulte.

Sur le plan clinique, leur rareté et leur symptomatologie inhabituelle font que dans la moitié des cas, le diagnostic n'est porté qu'au moment de l'intervention. La symptomatologie dépend de la taille de la tumeur, de son caractère bénin ou malin, de son activité endocrinienne ou non et de l'âge de la patiente.

Cependant un certain nombre de points particuliers sont à signaler :

- Les douleurs : elles constituent le signe le plus fréquent. Leur siège est volontiers abdominal, péri ombilical ou dans la fosse iliaque droite. Elles surviennent par paroxysmes et s'accompagnent souvent de signes d'irritation péritonéale (nausée, vomissement). Elles sont dues à des phénomènes de subtorsion et à la mise en tension des ligaments lombo-ovarien occasionnée par le siège abdominal de ces tumeurs. Cette situation fréquente est liée à leur volume généralement important et à l'étroitesse de la cavité pelvienne à cet âge.

- Chez l'enfant les rétentions aiguës d'urine par compression sont particulièrement fréquentes ainsi que les troubles respiratoires et l'attération de l'état général chez le nouveau né.

### 4°) TUMEUR DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

Leur fréquence est en moyenne de 1/1000 grossesses. Les tumeurs malignes représentent 5 % des tumeurs de l'ovaire au cours de la grossesse alors que 15 à 20 % des tumeurs ont une évolution maligne en dehors de la grossesse. Cette différence est liée d'une part à la forte proportion des tumeurs fonctionnelles induites par la grossesse et au jeune âge des gestantes d'autre part.

Toutes les variétés histologiques ont été rapportées, mais les kystes dermoïde viennent en premier rang (43 %) puis les kystes séreux (26 %) et les kystes muqueux (7,7 % selon Blanc B (5)).



Le diagnostic est en général facile en début de grossesse où la plupart des tumeurs de l'ovaire sont découvertes vers le troisième mois. Il devient plus difficile avec l'évolution de la grossesse car le volume utérin gêne l'examen clinique des annexes.

La grossesse augmente la fréquence des complications mécaniques. Par contre elle ne semble pas entraîner la poussée évolutive des tumeurs malignes (13). Enfin, les tumeurs à stroma fonctionnel peuvent entraîner, au cours de la grossesse, un syndrome devirilisation très marqué, lié à une lutéinisation excessive du stroma par les gonadotrophines.

L'influence de la tumeur sur la grossesse est représentée par les avortements spontanés (10 % des cas) qui surviennent surtout au cours des accidents aigus. Ces avortements sont plus fréquents en cas de tumeurs malignes. En fin de grossesse les risques sont représentés par les dystocies mécaniques au moment de l'accouchement ou des présentations irrégulières (épaule ou procidence du cordon).

#### 5°) SYNDROME DE DEMONS - MEIGS :

Ce syndrome dut décrit par Demons 1903 puis par Meigs en 1937. Il est constitué par l'association d'une tumeur ovarienne solide et bénigne avec une ascite et un hydrothorax. Il peut être dissocié : ascite seule ou hydrothorax seul. Les tumeurs les plus souvent rapportées sont les fibromes et les thécomes. On peut cependant rencontrer des kystes dermoïdes, des adénofibromes, des cystadénomes non papillaires, des tumeurs de Brenner et des goitres ovariens.

Si la tumeur de l'ovaire est encore ignorée, la malade consulte alors pour une ascite importante et récidivante associée à un hydrothorax. L'épanchement pleural est en général unilatéral, mais peut être bilatéral. L'abondance de l'ascite dissimule la tumeur ovarienne dont la taille peut ne pas être importante. Le liquide clair a le caractère d'un exsudat.

L'ablation de la tumeur, dont le diagnostic est facile lorsqu'on y pense entraîne une guérison immédiate.

Lorsque la tumeur est connue le diagnostic est affirmé après l'étude biochimique et cellulaire du liquide de ponction. Le diagnostic du cancer de l'ovaire avec métastase péritonéale et pleurale peut être discuté en l'absence des résultats d'analyse du liquide de ponction.

#### 6°) AUTRES ASSOCIATIONS :

La tumeur de l'ovaire peut être associée à un fibrome utérin, à une endométriose, à une salpingite. Enfin il faut signaler surtout la fréquente association tumeur de l'ovaire et stérilité qu'elle soit primaire ou secondaire.

#### ETUDE DE NOS CAS :

- Dans notre série, les formes asymptomatiques sont estimées à 18,42 % (7 cas sur 38). Et tous ces cas asymptomatiques concernent essentiellement les tumeurs bénignes.
- Dans notre étude nous n'avons pas eu de cas d'association tumeur ovarienne et grossesse.
- Nous n'avons pas pu non plus recensé de cas de tumeur ovarienne chez l'enfant au cours de cette enquête.

Pour les autres formes cliniques nos résultats sont les suivants :

1°) REPARTITION SELON LES VARIÉTÉS TOPOGRAPHIQUES :

- Dans notre étude nous avons noté que 29 tumeurs avaient un développement pelvien soit 76,31 % dont la taille varie de celle d'un citron à celle d'une pamplemousse. Parmi ces tumeurs à développement pelvien toutes les variétés histologiques sont concernées.

- 6 tumeurs avaient un développement abdomino pelvien

- et 3 tumeurs avaient un développement abdominal parmi lesquelles un kyste dermoïde ;

1 adénocarcinome ovarien et 1 cystadéno carcinome muqueux. Ces tumeurs avaient le volume d'un ballon de football environ voire plus.

2°) ASSOCIATIONS

Éléments associés à la tumeur ovarienne	Nombre	Pourcentage
Fibrome utérin	1	2,63 %
Salpingite	6	15,78 %
Endométriose	0	0 %
Grossesse	0	0 %
Stérilité I ou II	18	47,36 %
Malformation utérine	1	2,63 %
Bilharziose ovarienne	1	2,63 %

On note un nombre de cas élevé de stérilité parmi nos patientes porteuses de tumeur ovariennes : 18 sur 38 soit un pourcentage de 47,36 %. Vilane a noté 77 cas de stérilité sur 251 cas de tumeurs ovariennes soit 30,67 %.

F.J Gautier (21) pour expliquer la survenue de stérilité dans les tumeurs ovariennes fait intervenir non seulement la réduction du tissu ovarien mais aussi le retentissement néfaste sur le parenchyme restant qui fonctionnerait mal.

D/

COMPLICATIONS

- 1°) Les torsions
- 2°) Les Hémorragies
- 3°) Les ruptures et les fissurations
  - a) la rupture
  - b) les fissurations
- 4°) Les compressions
- 5°) L'infection et la suppuration

Etude de nos cas

## D/ COMPLICATIONS

Toute tumeur de l'ovaire peut être le siège de complications. Celles-ci dépendent du volume, de la situation, de la mobilité et de la nature de la tumeur. Il est habituel d'envisager les complications mécaniques et infectieuses. Elles se rencontrent essentiellement avec les kystes de l'ovaire libres. Elles constituent presque toujours une circonstance de découverte. Elles posent des problèmes de diagnostic d'urgence résolus le plus souvent à la parotomie. Enfin leur terrain de prédilection est l'enfant ou la femme enceinte.

### 1°) LES TORSIONS :

Cette éventualité survient dans 10 % des kystes de l'ovaire, mais beaucoup d'entre elles n'ont pas de traduction clinique et sont des constatations opératoires.

Cette complication ne peut se produire que sur des kystes libres d'adhérences et de volume modéré. La zone de torsion peut être le pédicule ovarien, mais elle est le plus souvent tube - ovarienne. Selon le degré de torsion l'ischémie est plus ou moins complète. Ce sont plus fréquemment les kystes lourds (kystes dermoïdes ou kystes muqueux) qui sont concernés. Ainsi dans la thèse d'Abdelhak Bernani Hassan (4) on trouve les résultats suivants pour les seuls kystes dermoïdes.

Auteurs	Année	Pourcentage de torsion
GHEIST S.M.	1942	7,4 %
BLACKWELL	1946	7,6 %
PETERSON	1955	16,1 %
SLOAN	1963	13 %
MALKASSIAN	1967	3,4 %
ROCHET	1971	5 %

Ces torsions sont, la plupart du temps, la source des autres complications : rupture, hémorragie ou infection.

Il faut signaler que le mécanisme exact de la torsion n'est pas encore élucidé. A ce sujet, on ne peut donc avancer que des hypothèses faisant intervenir le péristaltisme intestinal, les changements de pression int. - abdominale ou un traumatisme (4).

On distingue classiquement deux grands tableaux cliniques :

- La torsion Aigue :

Elle réalise un syndrome abdominal aigu, à point de départ pelvien avec douleurs brutales et vomissements. L'examen retrouve une douleur surtout pelvienne, une défense plutôt qu'une vraie contracture. Du fait de la douleur et du météorisme, la tumeur est

En fait, le plus souvent, le diagnostic évoqué est celui de grossesse extra utérine, de péritonite ou d'occlusion. L'erreur n'est pas très grave car une laparotomie d'urgence s'impose dans tous les cas.

- La torsion subaiguë :

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

2°) Les HÉMORRAGIES :

Les complications hémorragiques pures sont exceptionnelles. Elles surviennent le plus souvent au cours de phénomènes de torsion ou en cas de kyste du corps jeune rompu. Lorsqu'elles sont intrakystiques, elles s'accompagnent de douleurs aiguës et d'une augmentation de volume du kyste.

L'hémorragie intra péritonéale simule la grossesse extra - utérine.

3°) Les ruptures et les Fissurations :

Elles se rencontrent dans 3 % des kystes environ. Ces deux complications sont souvent confondues, mais la symptomatologie et les conséquences sont totalement différentes.

a) La rupture : C'est un phénomène brutal qui va entraîner un syndrome abdominal aigu par irritation péritonéale qui évoque une torsion de kyste ou une perforation digestive. Seule, la connaissance préalable du kyste peut permettre d'affirmer le diagnostic quoi qu'il en soit, ce tableau clinique impose la laparotomie. Si celle-ci n'est pas réalisée l'évolution va dépendre du contenu du kyste : guérison en cas de kyste séreux bénin, dissémination péritonéale dans le cas contraire, péritonite en cas de kyste supp<sup>uré</sup>, ou hémorragie péritonéale s'il y a rupture vasculaire.

b) La Fissuration : Elle est en général asymptomatique et son danger vient de la dissémination péritonéale des cellules tumorales responsables de greffes à distance. On décrit, selon le contenu du kyste, des péritonites gliomateuses lors de la rupture des tératomes malins, des péritonites granulomateuses lors de la rupture des kystes dermoïdes. Mais, les cas les plus fréquents sont les fissurations de kystes muqueux bénins encore appelées tumeurs muco - sécrétantes survenant dans 35 % des cas. Ils peuvent alors être responsables d'une ascite muqueuse évoquant cliniquement une ascite cloisonnée. Quelle que soit la nature des végétations greffées sur le péritoine l'aspect réalisé est celui d'une gelée rosée collant tous les viscères qu'il est impossible d'évacuer en entier ; c'est le mucopéritoine ou ascite gélatineuse de Fean, encore appelée pseudo - myxome de WERTH.

4°) LES COMPRESSIONS :

Leur mécanisme est peut être double : compression extrinsèque par une tumeur volumineuse dans un espace inextensible ou compression par envahissement néoplasique.

Cliniquement, en cas de kystes géants on peut observer des troubles digestifs, respiratoires, métaboliques, qui parfois réalisent l'exceptionnel syndrome de cachexie ovarienne. En cas de tumeur enclavée dans le cul - de - sac de Douglas on peut observer une pollakiurie par compression vésicale, et constipation rectale. En cas de kyste inclus dans le ligament large, la compression urétérale peut entraîner une hydro-néphrose. En cas de compression par envahissement néoplasique, on peut observer une atteinte des plexus nerveux, source de douleurs : cruralgies, sciatalgies...

5°) L'INFECTION ET LA SUPPURATION :

C'est une éventualité rare. Le mode de contamination septique peut se faire par voie hématogène lors d'une infection générale soit par continuité lors d'une infection salpingienne ou d'une diverticulité colique. Les kystes demoides se surinfectent le plus fréquemment. La période la plus favorable est celle des suites de couches. Le tableau réalisé est celui d'une pelvipéritonite avec pyosalpinx.

Le traitement antibiotique est généralement insuffisant et une laparotomie est nécessaire

Dans notre étude nous avons trouvé les résultats suivants :

Complications	Torsion	Abcès de l'ovaire
Nombre de cas		
Nombre	2	1
Pourcentage	5,26 %	2,63 %

- 2 cas de torsions
- 1 cas d'abcès de l'ovaire

E / DIAGNOSTIC ET ELEMENTS DE MALIGNITE :

I - DIAGNOSTIC POSITIF

II - ELEMENTS DE MALIGNITE

E/ DIAGNOSTIC ET ELEMENTS DE MALIGNITE :

I / DIAGNOSTIC POSITIF :

Dans ce chapitre nous parlerons essentiellement du diagnostic des kystes de l'ovaire non compliqués car les cas de complications constituent presque toujours une circonstance de découverte. Quand aux tumeurs malignes leur découverte est faite dans des circonstances très diverses.

Dans tous les cas deux conditions essentielles doivent être rigoureusement observées dans la conduite de l'examen gynécologique :

- 1°) La femme doit avoir uriné et même dans ce cas, lorsque l'examen montre une tuméfaction antérieure de consistance molle et élastique. Il faut évacuer la vessie par sondage c'est la seule façon d'éviter de prendre pour une tumeur la vessie distendue.
- 2°) L'intestin devrait être vide : rien n'est gênant et trompeur comme un côlon plein, perçu dans le pelvis comme une tumeur par-utérine. En cas de doute, il faudra refaire l'examen après avoir prescrit un lavement évacuateur.

L'examen se déroule selon le rite habituel et le toucher vaginal recherche le col, le fondutérin : solidaire des mouvements du col, cette mobilité transmise est un signe fondamental, une masse quelle qu'en soit la taille ou le siège, mobilisée par le doigt vaginal est l'utérus. A moins que n'étant pas l'utérus, elle ne lui soit solidarisée anatomiquement par adhérence intime.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire repose sur la perception d'une masse indépendante de l'utérus.

Affirmer qu'il existe une tuméfaction peut sembler évident lorsque l'on perçoit dans le ventre le contour supérieur d'une masse dont le doigt vaginal palpe le pôle inférieur :

- à condition que la vessie soit évacuée
- et que l'on se méfie des masses pâteuses qui peuvent être aussi bien un kyste dermoïde qu'un colon plein ; et des masses élastiques que simule si bien un cœcum gonflé de gaz

- que l'on se méfie des masses pariétales gauches qui sont peut être une sigmoidite diverticulaire enflammée.

Affirmer que la masse est distincte de l'utérus peut sembler évident lorsque la masse et l'utérus sont bien distincts, perçus à distance ou séparés par un sillon et surtout lorsque les mouvements imprimés au col utérin ne sont pas transmis à la masse.

Cela peut devenir difficile ou cliniquement insoluble si l'on perçoit deux masses accolées solidaires, bien que séparées par un sillon. Il suffit de penser à un fibrome sous-séreux pédiculé qui peut sembler séparé de l'utérus et à un kyste ovarien cliniquement tordu qui semble solidaire de l'utérus.



Affirmer que la masse est annexielle est affaire de probabilité. On peut tout rencontrer dans la cavité pelvienne : une rate à long pédicule ptosée, un lymphangiome kystique du mésentère, un rein pelvien, utérus double ...

Une masse annexielle n'est pas toujours un ovaire: On peut méconnaître quelque temps une grossesse tubaire. Inversement un ovaire kystique peut être pris pour une grossesse tubaire. En l'absence de tout signe aigu, on ne peut faire cliniquement le diagnostic entre un kyste de l'ovaire et un hydrosalpinx ou un abcès froid tubaire.

Toutes les masses ovariennes ne sont pas des kystes Ce fait est capital pour une raison de pronostic.

Certaines tuméfactions ne sont pas des tumeurs Parmi elles, les gros ovaires porteurs du corps jaune de grossesse ; les ovaires dystrophiques ; les kystes folliculaires et surtout les kystes hématiques et l'endométriase.

Certaines tumeurs ne sont pas bénignes. Or, rien n'est pire que de trouver un cancer de l'ovaire où l'on avait annoncé une lésion bénigne et un pronostic excellent. Aussi il faut renoncer au diagnostic réflexe de kyste de l'ovaire et savoir demander les examens complémentaires nécessaires afin que le diagnostic de tumeur maligne cesse d'être une mauvaise surprise opératoire.

Et lors de l'intervention, il faut ouvrir la pièce et la donner en entier au laboratoire afin que le diagnostic de malignité cesse d'être une mauvaise surprise histologique avec son cortège de discussion. Thérapeutiques, de réinterventions mutilantes et de désarroi pour l'opérée, sa famille et le médecin.

Le diagnostic des gros kystes de l'ovaire à développement abdominal est tout différent. Le symptôme majeur est ici, un gros ventre.

Il n'est pas toujours facile de savoir si une obèse a une masse abdominale ou si elle a une ascite. En principe, les masses et les ascites sont mates lorsqu'elles atteignent un certain volume.

- La grossesse est généralement facile à reconnaître avec son aménorrhée, sa consistance particulière, les mouvements fœtaux, les bruits du cœur, le squelette fœtal visible sur les clichés à mi-grossesse. Cependant il faut signaler que la notion d'aménorrhée n'est pas toujours précise ; qu'il existe des grossesses molaires qui saignent, qui n'ont pas de bruits du cœur, ni de squelette fœtal. Les réactions biologiques de la grossesse s'imposent donc au moindre doute.

- L'ascite est, en principe, mate, à concavité supérieure ; la matité est déclive ; on la retrouve dans les fosses lombaires ; l'ascité déplisse l'ombilic, elle s'accompagne de circulation veineuse collatérale. Alors que le kyste de l'ovaire a des caractères opposés.

Quelquefois cependant une ascite et un kyste ovarien ne s'excluent pas, mais peuvent être associés : cas des tumeurs végétantes à un stade généralement tardif de leur évolution, cas rares de certains kystes bénins ; cas du syndrome de Demons - Meigs...

## II / ELEMENTS DE MALIGNITE :

La malignité d'une tumeur de l'ovaire s'impose cliniquement lorsqu'il s'agit d'une tumeur massive et infiltrante, elle est à peu près certaine en cas d'ascite ; elle est à redouter en cas de tumeur bilatérale.

- Les tumeurs massives et infiltrantes : Elles se rencontrent habituellement chez les femmes âgées. L'état général est souvent altéré. Les signes fonctionnels peuvent être absents, mais c'est dans ces cas que les douleurs et les signes de compression sont les plus fréquemment observés. A ventre ouvert on trouve des végétations exokystiques, des adhérences aux organes voisins ; des greffes à distance. La tumeur elle même est de consistance inégale avec souvent des zones nécrotiques, des plages jaunâtres, des dépressions ombiliquées...

Ces constatations ne peuvent correspondre chez la femme âgée qu'à une tumeur maligne de l'ovaire. Chez une femme en période d'activité génitale, seule une importante endométriose pelvienne peut donner un aspect comparable.

### - Ascite et Tumeur de l'ovaire :

Cette association, en dehors du rarissime syndrome de Demons - Meigs, est toujours péjorative. L'ascite traduit une dissémination péritonéale. Cliniquement la perception de "gâteaux épiploïques" est en faveur de la malignité.

### - Les Tumeurs bulatérales :

Elles se rencontrent surtout chez la femme âgée ; elles doivent inquiéter et évoquer, lorsqu'elles sont dures et irrégulières, une tumeur de Krukenberg.

Il faut enfin considérer l'âge avancé (après 50 ans) comme facteur de mauvais pronostic dans ce chapitre d'éléments de malignité des tumeurs ovariennes.

Dans notre étude nous avons été amenés à observer les résultats suivants concernant les éléments de malignité dans les tumeurs ovariennes :

- La Bilatéralité a été retrouvée 16 fois soit 42,10 % de nos tumeurs.
  - L'ascité étaient présente dans un cas
  - Les Adhérences aux organes voisins sont les plus nombreuses :
- Ainsi nous avons noté :

! Adhérences aux différents! ! organes !	Nombre	! Pourcentage !
! Trompe !	7	! 18,42 % !
! Utérus !	10	! 26,31 % !
! Vessie !	2	! 5,26 % !
! Anses intestinales !	2	! 5,26 % !
! Douglas !	7	! 18,42 % !
! Ligament large !	1	! 2,83 % !
! Rectum !	1	! 2,83 % !
! Grand Epiploon !	1	! 2,83 % !
! Sigmoides !	1	! 2,83 % !

F/ LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS OVARIENNES :

- 1°) Le cliché sans préparation de l'abdomen
- 2°) L'hystérosalpingographie
- 3°) L'Urographie intraveineuse
- 4°) Le lavement baryté
- 5°) La Coelioscopie

## F/ LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE DIAGNOSTIC DE TUMEURS OVARIENNES

Si les signes fonctionnels et surtout l'examen clinique permettent de poser dans bien des cas le diagnostic de tumeur ovarienne il n'en demeure pas moins que les explorations paracliniques occupent une place de choix pour affirmer l'origine ovarienne de la tumeur, sa structure, sa malignité et son extension aux organes de voisinage.

Au premier plan de ces examens complémentaires se situe l'échotonographie qui n'est malheureusement pas encore réalisable au Mali. En effet cet examen présente un triple intérêt :

- il affirme généralement l'origine ovarienne de la tumeur.
- il donne des renseignements sur la structure de la tumeur
- il peut affirmer dans certains cas la malignité de la tumeur.

Les autres examens qui présentent également un intérêt réel et surtout réalisables au Mali sont les suivants :

### 1°) LE CLICHE SANS PREPARATION DE L'ABDOMEN :

En cas de kyste dermoïde, il peut montrer des images de calcification (dents, fragments osseux...). Il permet parfois de suspecter un kyste haut situé dans une gouttière pariéto-colique et mal perçu à l'examen clinique. En cas de cancer papillaire de l'ovaire il peut dans certains cas rares montrer des calcifications de faible densité disséminées dans la masse tumorale ou répartie à travers l'abdomen.

### 2°) L'Hystérosalpingographie :

Son intérêt s'est considérablement effrité. Elle ne doit pas en particulier être prescrite en cas de cancer de l'ovaire à développement rapide avec ascite. Cependant elle conserve ses indications :

- chez la jeune femme désirant procréer en excluant une éventuelle cause de stérilité organique due à la tumeur.
- chez la femme âgée présentant des métrorragies de manière à ne pas ignorer un cancer de l'endomètre associé.

Les tumeurs ovariennes entraînent des signes radiologiques indirects :

- Déviation de l'utérus du côté opposé à la tumeur
- Encorbellement de la partie distale de la trompe qui coiffe le pôle supérieur de l'ovaire tumoral auquel il est relié par la frange de Richard. Cet étirement est à distinguer de celui provoqué par les fibromes qui soulèvent la portion proximale de la trompe. Dans certains cas, cependant, la distinction est impossible avec un fibrome souséreux pédiculé
- Entre l'utérus dévié et la trompe soulevée existe une zone vide correspondant aux dimensions de la masse ovarienne.

### 3°) L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE :

Elle est indispensable en cas d'un kyste ovarien de volume important inclus dans le ligament large. Elle est par ailleurs indiquée dans le bilan des tumeurs malignes de l'ovaire pour dépister une obstruction et rechercher un refoulement urétéral par une volumineuse adénopathie lombo - aortique.

### 4°) Le lavement baryté :

Il montre souvent des images de compression extrinsèque de déroulement du sigmoïde, un aspect rectiligne de certains segments. Par contre, les images d'envahissement de la muqueuse sont beaucoup plus rares. Les images de virole ou de bourgeons sont plus en faveur d'un cancer primitif du côlon ou du rectum que d'une tumeur de l'ovaire et doivent faire réviser le diagnostic.

### 5°) LA COELIOSCOPIE :

Elle présente en théorie de multiples intérêts : dans le diagnostic, le dépistage, le bilan préopératoire et la surveillance post - thérapeutique. Cependant sa fiabilité dans ces diverses rubriques diffère selon les auteurs.

La coelioscopie peut théoriquement être indiquée pour choisir une voie d'abord si l'on est sûr de la bénignité. Cette certitude est en fait exceptionnellement acquise et peut être remise en question par les résultats anatomopathologiques. En vue de pratiquer un bilan d'extension des lésions, elle est souvent insuffisante, dangereuse à cause des adhérences possibles. Enfin il ne faut jamais perdre de vue que c'est une méthode qui a ses accidents propres et ceux de l'anesthésie générale, qu'elle nécessite.

Les renseignements apportés par la coelioscopie sont les suivants :

#### \* Élimination des lésions non ovariennes :

- La coelioscopie permet de reconnaître ainsi des masses génitales non ovariennes. :
- Les hydrosalpinx, lorsqu'ils sont distendus, peuvent en imposer même en coelioscopie pour une tumeur séreuse de l'ovaire. Il faut s'efforcer dans ces cas de voir l'ovaire
- Les kystes du para - ovaire sont en général développés en avant et refoulent l'ovaire en arrière.
- Les fibromes sous séreux et les fibromes pédiculés ne posent pas de difficultés pour les reconnaître.
- Certaines formations pseudo-kystiques développées aux dépens du péritoine pelvien, de nature inflammatoire, sont facilement reconnues.

#### \* Diagnostic de lésions ovariennes non tumorales :

- Les kystes endométriosiques ; le diagnostic est facilité par l'issue du liquide colorant hors de la tumeur et par les lésions de voisinage.
- Lorsqu'ils sont fermés le diagnostic avec une tumeur organique est souvent difficile.
- Le kyste fonctionnel est un kyste à parois minces, sans vaisseaux, transparent, paraissant souvent bleuté, parfaitement mobile, libre de toute adhérence. Le diagnostic n'est cependant pas évident avec un kyste séreux.

\* Confirmation de la tumeur ovarienne et essai de diagnostic étiologique

Lorsque la tumeur est ovarienne la cœlioscopie peut-elle affirmer la nature de la tumeur.

1°) Les tumeurs kystiques

- les kystes dermoïdes ont une surface lisse, nacré ou jaunâtre, non transparente. La paroi est souvent parcourue par de nombreux vaisseaux.

Ils paraissent souvent lourds sous le palpateur

- les kystes sereux donnent souvent l'impression d'une masse bleutée. La paroi est plus épaisse que dans les kystes fonctionnels. Les adhérences peuvent également être nombreuses. La présence d'une formation végétante extra - kystique affirme la nature néoplasique de ce kyste. Mais en son absence le diagnostic avec un kyste fonctionnel est impossible.

- Les kystes mucoïdes se présentent sous l'aspect d'une masse multinodulaire, lisse, grisâtre.

- Les cystadéno - carcinomes sont des masses lourdes, paraissant kystiques, mais de nombreuses taches donnant l'impression d'un épaissement sont visibles. Ils correspondent aux végétations intrakystiques.

2°) Les tumeurs massives :

Certains aspects sont évocateurs, tel le thécome avec sa coloration jaune chamois. Quant aux autres tumeurs massives de l'ovaire : fibromes, séminome, épithélioma massif de l'ovaire, tumeur de Krukenberg les nuances qu'elles peuvent présenter les unes par rapport aux autres sont peu importantes et inconstantes mais inquiètent toujours suffisamment pour imposer la laparotomie.

3°) Les tumeurs végétantes :

L'épithélioma végétant de l'ovaire se présente comme une masse bosselée, parsemée d'éléments papillaires blancs, d'aspect friable, débordant souvent l'ovaire, pouvant parfois donner l'image classique du " Chou - Fleur ".

En conclusion, si la cœlioscopie confirme le diagnostic de tumeur ovarienne, elle est souvent insuffisante pour préciser la structure de la tumeur qu'elle visualise. En effet tous les auteurs ont connu des aspects cœlioscopiques identiques qui après la laparotomie, se sont révélés de nature histologique et de pronostic totalement différents. D'autre part, même dépourvue d'adhérences, même lorsqu'elle semble transparente, la paroi d'un kyste masque le plus souvent l'aspect et la nature de son contenu. D'ailleurs les chiffres rapportés par SEMM cité/Blanc (5) sont évocateurs : sur 40 tumeurs malignes confirmées par la laparotomie, 16 avaient été étiquetées bénignes à la cœlioscopie (40 % de faux négatifs). C'est la raison pour laquelle, pour parfaire le diagnostic certains auteurs ont proposé deux temps complémentaires au cours de la cœlioscopie : la ponction de kyste et la biopsie ovarienne (32). Mais, les avis sont très partagés sur ce point. (21)

Enfin il faut remarquer que la coelioscopie a ses contre - indications, entre autres les masses abdomino - pelviennes. Compte tenu de la fréquence relativement élevée de ce symptôme dans notre série, la coelioscopie présentait un gros inconvénient qui en limitait son utilité dans le cadre de cette étude.

Dans notre étude, nous avons constaté que les examens complémentaires sont très peu demandés pour affirmer le diagnostic de tumeur ovarienne. La constatation à l'examen clinique d'une masse pelvienne suffit le plus souvent à poser l'indication de la laparotomie. Ainsi nous n'avons noté que :

- 2 Hystérosalpingographies, demandées dans le cadre d'un bilan de stérilité qui n'ont montré aucun signe indirect d'existence d'une tumeur pelvienne.
- 4 Coelioscopies : 3 pour bilan de stérilité ont montré l'existence d'une tumeur ovarienne et une autre pour douleur pelvienne persistante devrait révéler l'existence de la tumeur.
- Les autres explorations parachimiques n'ont pas été effectuées.

A N A P A T H

- Revue d'ensemble des tumeurs de l'ovaire et essais de classification
- Etude anatomopathologique de nos cas



REVUE D'ENSEMBLE DES TUMEURS DE L'OVAIRE ET ESSAIS DE CLASSIFICATION

Au cours de l'étude des tumeurs de l'ovaire, on s'est plu à opposer les conceptions dictées par l'organogénèse, l'histologie ou l'endocrinologie. Ces conceptions prises isolément ou conjointement s'avèrent toutes insuffisantes pour donner la clé d'une classification idéale.

Nous n'avons pas la prétention d'établir une nouvelle classification des tumeurs ovariennes. Nous voulons seulement rappeler quelques méthodes de classification proposées tour à tour par certains auteurs presque toutes basées sur l'embryogénèse ou l'histogénèse.

Ainsi Claude Gompel a proposé une classification tendant à rendre un hommage plus large à la méthode embryologique.

Voici sa classification :

I/ TUMEURS ISSUES DE L'EPITHELIUM COELOMIQUE

- 1 - Kyste séreux :
- 2 - Kyste pseudo - mucineux
- 3 - Pseudo - myxome péritonéal
- 4 - Tumeur de Brenner
- 5 - Epithélioma primitif
- 6 - Epithélioma massif
- 7 - Epithélioma kystique
  - a) épithélioma séreux ou végétant
  - b) épithélioma pseudo mucineux ou kystique papillaire
- 8 - Mésonéphrome

II/ TUMEURS ISSUES DES CORDONS OU DU MESENCHYME

- 1 - Tumeur de la granulosa
- 2 - Les Thécomes
- 3 - Folliculome lipidique
- 4 - Lutéome
- 5 - Sont classées ici les tumeurs conjonctives massives bénignes ou malignes
  - a) tumeurs bénignes massives
    - fibrome
    - syndrome de Demons - Meigs
  - b) tumeurs malignes : Sarcomes
    - sarcomes à cellules rondes
    - sarcomes à cellules monstrueuses
    - sarcomes à disposition cellulaires palissadique
    - fibro sarcome

III/ TUMEURS ISSUES DE RESIDUS EMBRYONNAIRES

- 1 - Tumeurs des cellules hilaires
- 2 - Arrhénoblastome
- 3 - Dysgeminomes
- 4 - Gonado blastome

IV / TERATOME

- 1 - Teratome thyroïdien : struma ovarii
- 2 - Tératome malin

V / TUMEURS METASTATIQUES

- Tumeur de Krukenberg

VI / TUMEURS ET KYSTES PARA - OVARIENS

- kyste de l'épiphore
- kyste du rété ovarii
- léiomyome du ligament large et du ligament rond

Dockery et Macarty établissent une classification des tumeurs solides de l'ovaire où ils distinguent :

- 1 - Adénocarcinome primaire
- 2 - Sarcome
- 3 - Tératome
- 4 - Tumeur de Krukenberg (métastatique)
- 5 - Tumeur à cellule thécale
- 6 - Fibrome
- 7 - Tumeur de Brenner
- 8 - Archénoplastomes
- 9 - Séminomes

Novak a divisé les tumeurs de l'ovaire en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes dans sa classification :

#### TUMEURS BENIGNES

##### I / KYSTIQUES

- a) Non néoplasique
- kyste folliculaire
  - kyste lutéinique (kyste du corps jaune  
(kyste de la thèque interne
  - kyste à inclusion germinale
  - endométriose

- b) Néoplasique
- (pseudomucineux (simple  
(papillaire
  - 1° Adénome (simple  
(séreux (papillaire

2° Kyste dermoïde

##### II / SOLIDES :

a) Papillome, fibroadénome, fibrome, fibromyome, angiome, lymphangiome, chondrome, ostéome.

b) Tumeur de BRENNER

c) Masculinoblastome

TUMEURS MALIGNES

1°) Carcinomes

a) carcinome solide primaire

- Adénocarcinome (non papillaire  
                          (papillaire)

- carcinome médullaire

- carcinome simple

- carcinome fibreux

- carcinome alvéolaire

- carcinome plexiforme

- mésonéphrome

( adénocarcinome à cellules claires  
( thécome  
( lutéome

- carcinome embryonnaire

( arrhénoblastome  
( dysgeminome

- chorio épithéliome

b) carcinome kystique ( carcinome pseudo mucineux  
                          ( carcinome séreux papillaire  
                          ( carcinome moide

c) Carcinomes métastatiques

- adénocarcinome simple

- tumeur de Krukenberg

- carcinome épidermoïde

- chorio épithéliome

- hypernéphrome

2°) Tératome

3°) Sarcome

4°) Mélanome

Nous pouvons enfin parler de celle de la Fédération Internationale de la Gynécologie et d'obstétrique (FIGO) quoiqu'elle concerne en principe les tumeurs malignes

STADE I : tumeur limitée aux ovaires

I A : tumeur limitée à un ovaire sans ascite

I A 1 : capsule ovarienne intacte

I A 2 : capsule ovarienne atteinte

I B : tumeur limitée aux deux ovaires sans ascite

I C : tumeur limitée à un ou deux ovaires, mais ascite présente avec cytologie positive

STADE II : tumeur uni ou bilatérale avec extension pelvienne

II A : extension à l'utérus et / ou aux trompes

II B : extension aux autres structures pelviennes

STADE III : tumeur uni ou bilatérale avec iné<sup>u</sup>stases péritonéales ou viscérales intra-abdominales étendues au-delà du petit bassin

STADE IV : tumeur uni ou bilatérale avec iné<sup>u</sup>stases à distance extra - abdominales.

Cette classification comme toutes les autres n'est pas exempte d'insuffisances. ~~Si~~ elle a l'avantage de la simplicité et surtout du pronostic, elle ne tient pas compte de l'envahissement ganglionnaire. Elle est surtout adaptée aux tumeurs du revêtement. Elle a moins de valeur en cas de séminomes très lymphophiles. En plus cette classification concerne essentiellement les tumeurs malignes de l'ovaire.

Devant la complexité et l'insuffisance des différentes classifications proposées par les auteurs ; l'O.M.S. a proposé une classification internationale des tumeurs de l'ovaire qui devrait être admise par tous.

La Voici

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES TUMEURS OVARIENNES ; O . M . S . .

I/ TUMEURS "ÉPITHÉLIALES" COMMUNES

A - TUMEURS SÉREUSES

1 - Bénignes

- a) cystadénome et cystadénome papillaire
- b) papillome de surface
- c) adénofibrome et cystadéno fibrome

2 - A la limite de la maligne (carcinomes de faible potentiel de malignité)

- a) cystadénome et cystadénome papillaire
- b) papillome de surface
- c) adénofibrome et cystadénofibrome

3 - Malignes

- a) adénocarcinome, adénocarcinome papillaire et cystadéno - carcinome papillaire.
- b) carcinome papillaire de surface
- c) adénofibrome et cystadénofibrome malins.

B - TUMEURS MUCINEUSES

1 - Bénignes

- a) cystadénome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome

2 - A la limite de la malignité (carcinome de faible potentiel de malignité)

- a) cystadénome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome

3 - Malignes

- a) adénocarcinome et cystadénocarcinome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome malin

C - TUMEURS ENDOMETRIQUES

1 - Bénignes

- a) adénome et cystadénome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome

2 - A la limite de la malignité (carcinome de faible potentiel de malignité)

- a) adénofibrome et cystadénome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome

3 - Malignes

a) carcinome

- adénocarcinome
- adénocanthome
- adénofibrome malin et cystadénofibrome malin

b) sarcomes endométrioïdes du type stromal

c) tumeurs mixtes mésodermiques (mülleriennes) homologues et hétérologues

D - TUMEURS A CELLULES CLAIRES (Mésonephroïdes)

1 - Bénéignes : adénofibrome

2 - A la limite de la malignité (carcinome de faible potentiel de malignité)

3 - Malignes : carcinome et adénocarcinome

E - TUMEURS DE BRENNER

1 - Bénéignes

2 - A la limite de la malignité

3 - Malignes

F - TUMEURS MIXTES EPITHELIALES

1 - Bénéignes

2 - A la limite de la malignité

3 - Malignes

G - CARCINOMES INDIFFERENCIES

II - TUMEURS EPITHELIALES NON CLASSEES

II - TUMEURS DU MESENCHYME DES "CORDONS SEXUELS "

A - TUMEURS A CELLULES DE LA GRANULOSA ET STROMALES

1 - Tumeur à cellules de la granulosa

2 - Tumeurs du groupe fibro - thécal

a) thécome

b) fibrome

c) non classées

B - ANDROBLASTOME ; TUMEURS A CELLULES DE SERTOLI ET LEYDIG

1 - Tumeurs bien différenciées

a) androblastome tubulaire ; tumeur à cellules de sertoli (adénome tubulé de Pick)

b) androblastome tubulaire, à cellules lipidiques, tumeur à cellules de sertoli lipidique (follicule lipidique de Lecène)

c) tumeur à cellules de sertoli et de leydig

d) tumeur à cellules de leydig ; tumeur à cellules du hile

- 2 - A différenciation intermédiaire
- 3 - Peu différenciées (sarcomatoïdes)
- 4 - Avec éléments hétérologues

C - GYNANDROBLASTOME

D - NON CLASSEES

III / TUMEURS A CELLULES LIPIDIQUES (LIPOIDIQUES)

IV / TUMEURS DES CELLULES GERMINALES

A - DYSGERMINOMES

B - TUMEUR DU SINUS ENDODERMIQUE

C - CARCINOME EMBRYONNAIRE

D - POLYEMBRYOME

E - CHORIOCARCINOME

F - TERRATOMES

1 - Immature

2 - Mature

a) Solide

b) kystique

- kyste dermoïde

- kyste dermoïde avec transformation maligne

3 - Monodermiques et hautement spécialisés

a) goitre ovarien (struma ovarii)

b) carcinoïde

c) goitre ovarien et carcinoïde

d) autres

G - FORMES MIXTES

V GONADOBLASTOME

A - FUR

B - Associé avec un dysgerminome ou d'autres formes de tumeur des cellules germinales

VI TUMEURS DES TISSUS MOUS NON SPECIFIQUES

VII TUMEURS NON CLASSEES

VIII TUMEURS SECONDAIRES (METASTATIQUES)



IX LESIONS PSEUDO - TUMORALES :

- A - LUTEOME DE LA GROSSESSE (Hyperplasie modulaire lutéino-thécale)
- B - HYPERPLASIE DU STROMA OVARIEN ET HYPERTHECOSE
- C - OEDEME MASSIF DE L'OVAIRE
- D - KYSTE FOLLICULAIRE SOLITAIRE ET KYSTE DU CORPS JAUNE
- E - KYTES FOLLICULAIRES MULTIPLES (ovaires polykystiques, ovaires de stéin - leventhal)
- F - FOLLICULES KYSTIQUES LUTEINISES MULTIPLES ET/OU CORPS JAUNES MULTIPLES
- G - ENDOMETRIOSE
- H - KYSTES PAR INCLUSION DE L'EPITHELIUM DE SURFACE (KYTES GERMINATIFS PAR INVAGINATION)
- I - KYTES SIMPLES
- J - LESIONS INFLAMMATOIRES
- K - KYSTES PAROVARIEUX

ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE DE NOS CAS

Nous avons effectué un prélèvement anatomopathologique dans 35 cas. Dans 3 cas l'examen anapath n'a pas été effectué. Sur les 35 cas soumis à l'anapath il n'a pas été possible de tirer une conclusion histopathologique parce que les prélèvements ne présentaient pas toutes les conditions nécessaires pour la lecture. EN particulier le revêtement épithélial faisait défaut. Notre étude histologique porte donc sur 32 cas qui se répartissent de la façon suivante :

Nature histol	Kyste séreux	Kyste demoïde	Kyste mucineux	Lutéome	Fibrome de l'ovaire	Adéno - carcinome	Cystadéno carcinome muqueux
Nombre	14	8	3	1	1	1	1
%	47,75 %	25 %	9,37 %	3,12 %	3,12 %	3,12 %	3,12 %

- 1 cas de Bilharziose ovarienne
- 1 cas d'apoplexie ovarienne
- Dans un autre cas de parenchyme ovarien était infiltré de polynucléaire plus ou moins altérés.

Ainsi : on note

- 14 kystes séreux sur 32 étudiés soit 47,75 % et 36,84 % de l'ensemble de nos tumeurs
- 8 kystes demoïdes soit 25 % et 21,05 % de l'ensemble de nos tumeurs
- 3 kystes mucineux soit 9,37 % et 7,89 % de l'ensemble des tumeurs
- 1 lutéome soit 3,12 % et 2,63 % de l'ensemble des tumeurs
- et 1 Fibrome 2,63 %
- Nous avons trouvé 2 cas de tumeurs malignes ce qui représente 6,25 % de nos tumeurs étudiées histologiquement et 5,26 % de l'ensemble de nos tumeurs. Ces 2 tumeurs malignes sont représentées par un adénocarcinome ovarien et un cystadéno carcinome muqueux
- A Dakar (Vilane) on trouve 22,6 % de kystes sereux sur l'ensemble des tumeurs, chiffres qui s'écartent de nos résultats 36,84 %
  - 17,12 % de kystes demoïdes contre 21,05 % que nous avons trouvés.
  - 4,1 % de kystes mucoïdes contre 7,89 %
  - 1,36 % fibrome contre 2,63 %

- En Ouganda : E. S. GRECH cité par Vilane (44) trouve les résultats suivants :
  - . 9,2 % de kystes séreux
  - . 5,2 % de kystes mucineux
  - . 23,2 % de kystes dermoïdes
  - . 5,4 % de fibromes
- Une étude française Varangot cité par Vilane trouve :
  - . 20 % de kystes séreux
  - . 55 à 75 % de kystes mucineux
  - . 3 à 6 % de kystes dermoïdes

REPARTITION HISTOLOGIQUE SUIVANT LA BENIGNITE OU LA MALIGNITE

1°) Tumeurs bénignes :

Sur les 32 cas sur lesquels notre étude histologique a porté nous avons noté 30 tumeurs bénignes soit 93,75 %. Ce qui représente pour l'ensemble de nos tumeurs 78,94 % de bénignité

A titre comparatif on note :

A Dakar 57,25 %.

A Kampala ( E. S. GRECH) 58,1 %

2°) Tumeurs malignes

Nous avons trouvé 2 cas de tumeurs malignes 6,25 % soit 5,26 % pour l'ensemble de nos tumeurs. Toutes ces 2 tumeurs étaient des tumeurs malignes du revêtement ovarien ce qui dénote une fréquence particulière de ces tumeurs malgré notre faible échantillonnage dans ce domaine.

En effet la prépondérance des tumeurs malignes épithéliales au sein des cancers ovariens semble être admise par tous les auteurs Vilane (44) Guichard F. (24)

Les chiffres de cancers ovariens trouvés par Vilane et E. S. GRECH sont nettement supérieurs aux nôtres. Ainsi

Vilane trouve 42,7 % de tumeurs malignes parmi les tumeurs ovariennes  
E. S. GRECH trouve 41,9 %

QUELQUES REFERENCES DE CANCERS DE L'OVAIRE

(par rapport aux cancers d'autres organes)

Pays	Dakar	Nigéria (Ibadan)	Afrique du Sud (Bantou)	Ouganda (Kyadondo)	Congo (Brazza)
Ovaires	5,49 %	10 %	4,9 %	7,8 %	3,8 %

## T R A I T E M E N T

### - Traitement des tumeurs Bénignes

#### I / Les méthodes thérapeutiques

A - La chirurgie

#### II / Les Indications

#### III/ Les Résultats

### Traitement des Tumeurs Malignes

#### I/ Les méthodes

A - La chirurgie

B - La radiothérapie

C - La chimiothérapie

D - L'hormonothérapie et l'Immunothérapie

#### II / Les Indications

#### III / Les Résultats thérapeutiques

### NOS RESULTATS THERAPEUTIQUES

### LES SUITES OPERATOIRES

## T R A I T E M E N T

Le traitement est très différent selon qu'il s'agit d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne. Malheureusement, cette distinction qui constitue la première étape à franchir avant toute décision, n'est pas toujours évidente. On est privé la plupart du temps du concours de l'histologie au moment de l'acte opératoire. Il faut donc bien connaître les critères macroscopiques en faveur de la bénignité ou de la malignité en sachant qu'aucun n'a de valeur absolue.

### TRAITEMENT DES TUMEURS BENIGNES

#### I / LES METHODES THERAPEUTIQUES :

##### A - LA CHIRURGIE :

L'acte chirurgicale demeure la seule sanction thérapeutique pour les tumeurs bénignes de l'ovaire. En effet tous les auteurs s'accordent à donner à l'acte chirurgical la première place dans le traitement des tumeurs bénignes de l'ovaire en l'absence contre indication: opératoire Four Guichard " toute masse annexielle persistant plus de trente jours doit être opérée ".

Les techniques opératoires proposées par les auteurs dans le traitement des tumeurs bénignes de l'ovaire sont nombreuses. Cette pluralité semble être le fait de la présence de lésions associées et des cas de bilatéralité des tumeurs. Ces méthodes thérapeutiques chirurgicales sont représentées essentiellement par :

- la Kystectomie simple ou bilatérale
- l'hémi-ovariectomie
- l'ovariectomie uni ou bilatérale
- Résection cunéiforme de l'ovaire
- L'hystérectomie subtotale ou totale enlevant également les annexes et la tumeur elle même.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire ne sont en principe pas justiciables de la chimiothérapie ni de la radiothérapie.

#### II / LES INDICATIONS :

Elles dépendent essentiellement de l'âge de la malade, de son désir de procréation, mais également de la taille de la tumeur, de son clivage possible ou non, de son uni ou bilatéralité, de son aspect macroscopique et de l'importance des adhérences avec les éléments de voisinage.

a) Chez la femme jeune il faut s'efforcer d'être conservateur. La kystectomie, souvent possible, est l'intervention la plus pratiquée. Le volume important d'un kyste peut nécessiter une ovariectomie, voire une annexectomie lorsque la trompe, très étirée par le kyste, est lésinée.

Cependant, il faut savoir que, même en cas de kyste volumineux, si le parenchyme ovarien en surface paraît totalement écrasé, dans sa partie profonde, il conserve très souvent des organités fonctionnels et après kystectomie, le parenchyme ovarien restant est doué d'une étonnante faculté de réparation.

Les tumeurs solides bénignes, pour autant que l'on en fait le diagnostic, imposent une ovariectomie ou une annexectomie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur bilatérale, il faut s'efforcer de réaliser une kystectomie quel que soit l'état apparent du parenchyme ovarien restant.

Enfin en cas de kystes dermoïdes, vu leur fréquente bilatéralité, l'ovaire controlatéral doit toujours être examiné.

b) Chez la femme plus âgée :

Entre 40 et 45 ans, l'appréciation de la féminité est une affaire de cas individuels et les indications varieront de pair. Par contre, après 45 ans, et à fortiori après la ménopause, l'hystérectomie totale est souhaitable. Elle met à l'abri des erreurs toujours possibles et des récurrences.

### III / LES RESULTATS :

Les résultats thérapeutiques demeurent bons pour les tumeurs bénignes en général. En dehors des complications liées à la chirurgie elle-même, la mortalité dans les suites opératoires sont très faibles. Ainsi pour Vilane (44), sur 132 malades porteuses d'une tumeur bénigne de l'ovaire, les suites opératoires se sont avérées excellentes pour 130 malades, qui ont été évacuées dans un délai variable d'une semaine à 3 semaines. Cependant le même auteur a enregistré 2 cas de décès inexplicables dans les suites opératoires à propos de 2 malades dont l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à la bénignité du néoplasme ovarien.

### TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

#### I / LES METHODES :

##### A - LA CHIRURGIE :

Elle reste la méthode de base du traitement des tumeurs malignes de l'ovaire. Sa valeur diagnostique ainsi que son mérite dans l'évaluation du bilan d'extension sont reconnus (7). La diversité des techniques opératoires laisse entrevoir la complexité des problèmes qui se posent au chirurgien au moment de l'acte opératoire en particulier l'appréciation macroscopique de la malignité afin de proportionner le geste à cette présomption diagnostique.

Aux techniques chirurgicales proposées dans le traitement des tumeurs bénignes s'associent ici des interventions beaucoup plus étendues.

B - LA RADIOTHERAPIE :

C'est un traitement adjuvant de la chirurgie. Son but est de stériliser les lésions microscopiques après une intervention satisfaisante ou d'éradiquer des lésions résiduelles. Elle peut avoir également un rôle palliatif antalgique et ou décompressif dans les stades avancés.

C- LA CHIMIOTHERAPIE :

Tout comme la radiothérapie, la chimiothérapie complète les résultats de l'acte opératoire. Il faut cependant souligner le rôle important de la chimiothérapie qui peut entraîner une réduction tumorale telle qu'une intervention irréalisable initialement peut être pratiquée (16).

Les protocoles de la chimiothérapie sont très variées et les publications abondent dans ce domaine. Les travaux récents semblent accorder une large place à la polychimiothérapie qui serait beaucoup plus efficace que la monochimiothérapie (10) et relativement bien tolérée.

D / L'HORMONOTHERAPIE ET L'IMMUNOTHERAPIE :

Elles n'ont pas fait l'objet de beaucoup d'études.

L'hormonothérapie n'étant jamais employé sauf dans un but palliatif dans les cancers très évolués, il est difficile de juger de son efficacité. Cependant Brigg et Col cités par DILLIUYDY J.M. (16) ont obtenu des rémissions objectives au cours de leur étude.

Concernant l'immunothérapie, des études randomisées paraissent nécessaires pour préciser son intérêt dans les tumeurs solides, pour comparer l'efficacité du BCG et de *Corynebacterium parvum*, pour situer leur indication exacte en fonction des stades.

Il nous paraît ici utile de citer sommairement quelques produits utilisés dans la chimiothérapie des tumeurs malignes



PRODUITS UTILISES DANS LA CHIMIOTHERAPIE DES TUMEURS MALIGNES

I / AGENTS ALKYLANTS

Moutarde d'azote ( HN 2 )  
Tréthylénamine (TEA)  
Thiotépa  
Moutarde à la thénylalanine  
Myléran

II ANTIBIOTIQUES

Actinomyoine D  
Mytocine C  
Streptovitasine  
Privanycine  
Sangivamycine

III VEGETAUX

Vincaléucoblastine  
Vinoristine (oncovin)  
Colchicine  
Podophylline

IV HORMONE

Gestrogènes (Stilboestriol)  
Androgènes (Testostérone)  
Progesterones (Drafutin)  
Corticostéroïdes (Prednisone)

V ANTIMETABOLITES

1°) Antagonistes de foliques

Aminoptérine  
Améthoptérine (Méthotrexate)  
Fyriméthamine (Daraprim)

2°) Antagonistes des Purines et Fyrimidines

6 - Mercaptopurine ( 6 M F )  
5 - Fluo Uracile ( 5 F U )  
5 - Fluo Uracile Désoxyriboside  
( F U D R )  
Iodo Uracile Désoxyriboside ( I U D R )

VI DIVERS

Hydroxyurée  
Urethane  
Iode 131  
Phosphore 32

## II / LES INDICATIONS :

A / Les indications des différentes techniques opératoires font l'objet de beaucoup de discussions et la difficulté majeure du traitement chirurgical semble être le problème essentiel de l'étendue de l'exérèse, surtout chez les jeunes femmes.

Faut-il faire une chirurgie très mutilante ? Dans quelles mesures peut-on se contenter d'une chirurgie conservatrice dans les néoplasies ovariennes ?

A ces questions les auteurs répondent parfois de façon très différente.

- Selon Dergelet cité par Vilane (44) il faut faire une exérèse chirurgicale aussi complète que possible même pour les cancers ovariens au stade I, associant l'ovariectomie de principe, celle-ci devant être totale en raison de la fréquence des métastases ou récidives utérines.

- Beaucoup d'auteurs insistent sur l'indication absolue de l'hystérectomie totale qui doit être préférée à la subtotale en raison des risques d'envahissement secondaire du col restant (7 ; 30 ; 5)

- Gautier C (20) estime qu'il faut s'efforcer d'être conservateur dans le traitement chirurgical des cancers de l'ovaire chez la jeune femme, désireuse de maternité, présentant une tumeur encapsulée au stade I a. Dans ces cas une annexectomie unilatérale, voire une tumorectomie simple suivie de radiothérapie dans certaines formes peuvent être tentées. Il est rejoint en cela par Villar cité par Vilane.

- Certains auteurs préconisent l'omentectomie systématique (7) en raison des fréquentes métastases épiploïques qui peuvent également constituer une source d'occlusion par sténose du colon transverse.

- Barker cité Brun G (7) propose l'appendicectomie dans les cures chirurgicales des cancers ovariens compte tenu de la fréquence des métastases au niveau de cet organe.

- Cependant l'omentectomie n'est pas acceptée par tous.

En effet Dargent et Col (Brun G (7) attribuent à l'épiploon un rôle dans les défenses de l'organisme et la prévention des occlusion en évitant les accollements pariétaux de l'intestin.

- De même l'école lyonnaise préconise l'hystérectomie subtotale en cas d'ascite (7) de façon à prévenir les écoulements péritonéo-vaginaux et les infections ascendantes.

- Mounier et Col cité par Gautier C (20) préconisent une thérapeutique chirurgicale conservatrice en cas d'association cancer de l'ovaire et grossesse s'il s'agit d'une tumeur au stade I a.

- En se référant sur la classification histologique proposée par la F I G O des tumeurs ovariennes d'origine épithéliale, certains auteurs ont dégagé des attitudes thérapeutiques. On distingue trois groupes dans cette classification :

le groupe I correspond aux cystadénomes bénins

le groupe II aux cystadénocarcinomes

Le groupe III<sup>I</sup> aux cystadénomes avec activité proliférative des cellules épithéliales et des anomalies nucléaires sans potentiel invasif.

Ce groupe III représente ce qu'on appelle le "borderline".

. Pour les tumeurs du groupe III au stade I a, Julian et Noodruff (Gautier C (20) proposent l'annexectomie simple ce qui leur a permis de laisser évoluer favorablement 8 grossesses.

. Pour le groupe II, Martin (Gautier C (20) estime que 5 types histologiques peuvent être concernés par la chirurgie conservatrice :

- les cystadénocarcinomes mucineux
- les cystadénocarcinomes séreux
- les adénocarcinomes endométrioïdes
- les dysgerminomes

- parfois les tumeurs de la granulosa

- Rubin (44) établit une classification opératoire basée sur la stadification macroscopique de la FIGO :

. Stade I : l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale est recommandée dans tous les cas.

. Stade II : L'hystérectomie radicale avec annexectomie bilatérale est recommandée.

. Stade III : l'exérèse aussi étendue de la tumeur que possible associant une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale s'impose.

. Stade IV : Souvent, seule une biopsie est faisable, mais une exérèse aussi étendue de la tumeur que possible est conseillée.

- La chowsky (44) rapporte les cas de 2 jeunes femmes opérées d'une tumeur ovarienne, dont la nature maligne n'était pas soupçonnée au cours de l'intervention et qui bénéficieront d'une simple ovariectomie unilatérale qui fut suivie de grossesse avec accouchement normal. Cet auteur suggère une attitude aussi conservatrice que possible chez les sujets jeunes.

- Enfin Varango (44) propose la classification suivante :

+ Tumeurs justiciables d'une simple ovariectomie :

. kystes ne présentant aucune végétation intra ou extra kystiques

. kystes dermoïdes

. tumeurs solides fibreuses à parenchyme homogène sans foyers de nécrose, fibrome ou thécome.

+ Tumeurs justiciables d'une simple ovariectomie quand la femme désire encore avoir des enfants et où la fonction ovarienne doit être conservée : Ce sont les tumeurs solides dans lesquelles la capsule est intactes et où la surface de section ne montre pas de zone de nécrose. Il s'agit généralement des tumeurs de la granulosa ou des séminomes.

+ Les tumeurs justiciables d'une hystérectomie totale avec ovariectomie bilatérale : Ce sont les autres, mais il faut préciser le degré de l'envahissement. On distingue les tumeurs avec adhérences aux organes voisins ; les tumeurs avec envahissement superficiel du péritoine ; avec atteinte de l'autre ovaire, avec métastases ganglionnaires, ascite ; les tumeurs secondaires à un néoplasme génital ou surtout digestif.

B / Les indications de la radiothérapie et de la chimiothérapie trouvent toute leur importance dans les formes inextirpables chirurgicalement, dans les formes disséminées. L'objectif ici est de prendre le relais de l'acte opératoire par une thérapeutique susceptible d'atteindre les cellules tumorales laissées en place.

- La radiothérapie sur des lésions étendues doit être abdomino-pelvienne, ce qui entraîne des désordres digestifs ; des désordres hématologiques. Bien souvent, le traitement chez les malades fatigués ne peut atteindre des doses tumoricides. Et après radiothérapie à doses curatives, tout acte chirurgical devient dangereux, voire impossible, éliminant toute possibilité d'exérèse en cas de récurrence.

Enfin, elle déprime dangereusement les défenses immunitaires de types tissulaire.

- La chimiothérapie pour être efficace doit être plus ou moins prolongée associant souvent plusieurs drogues. Tout comme la radiothérapie, la chimiothérapie n'est pas sans danger car les produits utilisés comportent souvent de nombreux effets secondaires pouvant limiter leur emploi chez un certain nombre de malades.

### III LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

La chirurgie a toujours donné des résultats satisfaisants à condition qu'elle ne soit pas pratiquée à un stade trop avancé.

Elle doit toujours être pratiquée en première intention dans le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire.

Les suites post-opératoires sont fonction du stade de la tumeur ; du volume résiduel tumoral restant.

Les résultats radiothérapeutiques sont également fonction non seulement du volume de la tumeur résiduelle, de sa localisation (41 ; 48 ; 16 ; 24) mais aussi et surtout de son stade.

Ainsi il est admis que la radiothérapie externe complémentaire n'apporte pas de bénéfice dans les stades I (16). Pour les stades II, les résultats colligés sont nettement favorables à la séquence - chirurgie - radiothérapie (29 ; 37).

Pour les stades III, la radiothérapie apporte certes quelques résultats mais qui sont moins significatifs (48 ; 16).

Certains auteurs ont récemment souligné l'intérêt de la radiothérapie pré-opératoire pour les stades III inopérables d'emblée qui peuvent devenir partiellement ou complètement opérables. Mais la survie des patientes opérées après radiothérapie est comparable à celle des malades opérées d'emblée (16).

Quand à la chimiothérapie elle ne semble pas également avoir d'intérêt dans les stades I à l'exclusion des stades I c (Lewis et Blessing cité par Dilhuydy (16) Par contre dans les stades II, III son efficacité est admise par la plupart des auteurs ( 33 ; 48 ; 16 ; 29 ).

Dans les stades IV et les récurrences, le rôle de la chimiothérapie est essentiel ( 16 )

Dans l'ensemble il ressort que malgré les différents protocoles thérapeutiques proposés, la mortalité globale par tumeurs malignes de l'ovaire reste élevée. Ainsi Vilane sur 91 malades présentant une tumeur maligne de l'ovaire a enregistré 50 c de décès soit 55 % de mortalité.

Références de taux de survie à 5 ans recueillis dans la littérature (Vilane)

Auteurs	Nombre de malades	Malades % de survie à 5 ans
Allan et Hertig	265	35 %
Meigs	154	15 %
Kent et MC Kay	349	36,4 %
Buka N.	100	31 %

NOS RESULTATS THERAPEUTIQUES

Au cours de notre étude nous avons noté que l'acte chirurgical a été la seule sanction thérapeutique tant pour les tumeurs bénignes que pour les tumeurs malignes.

A / TUMEURS BENIGNES :

Type d'intervention	Kystectomie simple	Kystectomie bilatérale	Hemi-ovariectomie simple	Hemi-ovariectomie bilatérale	Hemi-ovariectomie simple + kystectomie contrôlatérale	Ovariectomie totale unilatérale
Nombre	14	5	5	0	2	7

Type d'intervention	Ablation du fibrome de l'ovaire + kystectomie	Ovariectomie totale bilatérale	Hystérectomie totale + ovariectomie bilatérale
Nombre	1	0	1

CASES ASSOCIES : Parallèlement à la cure de la tumeur ovarienne il a été associé :

- une salpingectomie simple dans 12 cas
- une plastie tubaire dans 2 cas
- une salpingectomie bilatérale dans 2 cas
- une résection cunéiforme de l'ovaire contrôlatéral dans 3 cas.

B / TUMEURS MALIGNES :

Nos 2 tumeurs histologiquement malignes ont été traitées de la façon suivante :

- 1er cas : une ovariectomie totale unilatérale a été pratiquée
- 2è cas : une hystérectomie subtotala + ovariectomie totale unilatérale + kystectomie controlatérale s'imposaient.

Aucune de ces patientes n'a bénéficié d'un traitement adjuvant (chimiothérapie ou radiothérapie).

Dans l'étude de Vilane on note 87 cas d'intervention conservatrice dans les tumeurs bénignes. Annexectomie simple : 48

Résection cunéiforme de l'ovaire + myomectomie 17

kystectomie simple : 22

Dans 56 cas une hystérectomie a été pratiquée ;

Une annexectomie bilatérale fut effectuée dans 3 cas.

Concernant le traitement des tumeurs malignes on note chez le même auteur 33 cas d'hystérectomie totale sans conservation des annexes.

33 tumeurs inextirpables complètement

6 Annexectomies simples ou bilatérales

3 hystérectomies totales + kystectomie

Un traitement complémentaire (chimiothérapie) a été institué chez 73 malades présentant une tumeur maligne.

LES SUITES OPERATOIRES

Elles ont été bonnes pour l'ensemble de nos patientes.

Nous n'avons noté aucun cas de décès dans les suites opératoires immédiates ou lointaines.

Les malades ont été exécutées dans un délai variable de 2 à 3 semaines.

Les 2 cas de cancers histologiquement confirmés ont été revus 6 mois après l'intervention et se portaient toujours bien.



N O S   O B S E R V A T I O N S

### NOS OBSERVATIONS

Nous avons pu colliger 38 observations de tumeurs ovariennes de malades que nous avons suivies nous-mêmes pendant ce travail de notre thèse.

Nous avons estimé nécessaire de faire ici mention de quelques cas de nos observations compte tenu de leurs caractéristiques souvent particulières.

#### OBSERVATION N° 1 : Cystadénome séreux

Nom Frénom : T.M. ; 31 ans ; Sarakolé, commerçante  
consulte pour douleur abdomino pelvienne aigue. On hospitalise la patiente et une ponction du Douglas est pratiquée qui s'avère positive. Le diagnostic évoqué est celui d'une grossesse extra utérine rompue. Et la malade est très vague quand il s'agit de situer la date de ses dernières règles. Devant cette urgence une laparotomie est pratiquée. On découvre un kyste de l'ovaire droit de la taille d'une orange rempli d'un liquide jaune - citrin et un utérus bicorne. L'ovaire gauche présente un aspect polykystique. On pratique une hémiovariectomie droite et une résection jonctiforme de l'ovaire gauche.

Compte rendu anatomo pathologique du fragment d'ovaire droit : cystadénome séreux de l'ovaire. Suites op : simples.

#### OBSERVATION N° 2 : kyste dermoïde

T. N. 22 ans ; Feulh , ménagère

consulte pour stérilité II

Antécédents médicaux : néants ; antécédents chirurgicaux : néant

antécédents gynécologiques : cycle régulier, durée des règles 3 jours avec présence de caillot,

N'a jamais pris de contraceptifs.

Antécédents obstétricaux : grossesse : 1; Parité : 0, Avortement : 1 spontané à 4 mois  
compte rendu de l'hystéro salpingographique : opacification homogène d'une cavité utérine de taille normale et de volume normal.

L'opacification des trompes décèle un hydrosalpinx droit et une obstruction de la trompe gauche. On pratique une cœlioscopie qui confirme les données de l'H S G mais en plus révèle un kyste de l'ovaire droit. Une ponction du kyste est effectuée et l'anapath conclu à un kyste dermoïde.

OBSERVATION N° 3 : kyste de l'ovaire droit en torsion + inflammation utérine

M. Z. 24 ans ; Sonraï ; profession non précisée. Grossesse 1 parité 1

Consulte pour douleur pelvienne aigue apparue depuis une semaine environ.

L'examen gynécologique pratiqué dans l'immédiat n'a pas permis de poser l'indication d'une laparotomie. La malade est mise en observation sous antibiothérapie et sous antalgiques . 3 jours après l'hospitalisation les signes ne s'amendent pas. Une laparotomie est décidée et on trouve un kyste de l'ovaire gauche plus un kyste de l'ovaire droit en torsion, mais avec des adhérences à la trompe droite, au Douglas ; à l'épiploon et à la face postérieure de l'utérus. On pratique une ovariectomie bilatérale avec sappingectomie bilatérale. Après adhésyolyse au niveau de l'utérus persiste un saignement qui ne s'arrête pas malgré une hémostase minutieuse. On décide alors une hystérectomie totale. Compte rendu anapath : - cystadénome séreux de l'ovaire  
- inflammation utérine . Suites OF simple

OBSERVATION N° 4 : Abscess de l'ovaire

D. J. 40 ans ; Bobo ; Ménagère ; grossesse 10 ; Parité 10

consulte pour douleur abdomino pelvienne intense. L'examen gynécologique conclut à une masse annexielle douloureuse. On pratique une laparotomie qui révèle l'existence d'un abcès de l'ovaire gauche prolabé dans le Douglas. Decollement au doigt de l'abcès et extraction de l'abcès. Lavage péritonéal au serum physiologique.

Compte rendu anapath : Parenchyme ovarien infiltré de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés.

OBSERVATION N° 5 : Torsion de kyste de l'ovaire

K. F : 36 ans ; Bambara ; Ménagère ; G : 7 ; Parité : 6 ; Avortement : 1 spontané

Consulte pour douleur pelvienne intense avec vomissements et métrorragie et constatation d'une masse abdominale. L'examen gynécologique révèle une masse pelvienne douloureuse. La laparotomie pratiquée d'emblée montre une tumeur ovarienne de la taille d'une grosse panplémousse en torsion à droite et un ovaire polykystique à gauche. On pratique une annexectomie totale à droite et une résection cunéiforme de l'ovaire gauche polykystique

Compte rendu anapath : Apoplexie ovarienne . Suites OF simples

OBSERVATION N° 6 : Syndrome de Rokitansky - kuster

T.T. : 20 ans ; Barbara ;

Reçue pour fistule recto - vaginale qui serait survenue au cours d'un rapport sexuel.

AFCO Gynéco : Anénorrhée primaire. A l'examen on note une aplasie vaginale. On pratique une laparotomie pour créer un néovagin. A l'intervention, on découvre un kyste vestigial gauche ; on le résèque. Il s'agit en réalité d'un syndrome de Rokitansky.

Kuster avec aplasie vaginale et utérine. On décide de créer un néovagin.

OBSERVATION N° 7 : Cancer de l'ovaire Dt : adénocarcinome

D.F. : 49 ans ; Feulh ; Ménagère ; Ménopausée depuis 7 ans ; G : 14 ; Parité : 11 ;

Avortement 3 (2 spontanés et 1 provoqué)

Consulte pour Métrorragie ; douleur pelvienne modérée et constatation d'une augmentation du volume de l'abdomen.

L'examen gynécologique révèle une tumeur ovarienne. A l'intervention on découvre une tumeur ovarienne droite de la taille d'un ballon de football avec des bourgeonnements intrakystiques plus des adhérences à la face postérieure de la vessie. On pratique une ovariectomie totale droite plus salpingectomie droite.

Compte rendu anapath : Les coupes examinées montrent une prolifération adénocarcinomatuse, infiltrant tous les prélèvements

Conclusion : Adénocarcinome ovarien.

OBSERVATION N° 8 : Cancer de l'ovaire , Dt + ascite : cystadénocarcinome muqueux

K. M. J. : 27 ans ; Gourounsi (Burkinabé) ; Ménagère ; G : 3 , Parité : 1 , Av : 2

Admise pour volumineuse tumeur ovarienne droite de la taille d'un ballon d'un basket-ball apparue il ya un an environ et considérée par la patiente comme une grossesse de 7 mois (Anénorrhée de 7 mois environ) jusqu'au jour de la consultation. N'a signalé que de très vague et discrète douleur abdominale à type de pesanteur. La laparotomie révèle une masse tumorale droite volumineuse avec des métastases hépatiques et paraaortiques plus une ascite de 4 - 5 litres environ. L'ovaire gauche présente un kyste de la taille d'une mandarine. On pratique une hystérectomie subtotalle + ovariectomie totale droite + kystectomie gauche.

Compte rendu anapath : Les coupes examinées montrent une prolifération de formations kystiques bordées d'un épithélium de type muqueux dont les éléments cellulaires présentent des irrégularités nucléaires.

Conclusion : cystadénocarcinome muqueux de l'ovaire.

- Les suites opératoires ont été simples.

- Revue 6 mois après, la patiente se portait toujours bien.

COMMENTAIRES

CONCLUSION

C O M M E N T A I R E S

- Il est difficile de chiffrer avec certitude l'incidence et la mortalité des tumeurs de l'ovaire. En effet les données de la littérature ne nous ont pas permis d'établir la fréquence et la mortalité de cette pathologie.

Les études Dakaraises (44 ; 31) ne font pas état de la prévalence de cette affection. Seules certaines études européennes (21 - 24) font état de l'incidence et de la mortalité d'une catégorie de tumeurs ovariennes notamment les tumeurs malignes. Or ces travaux effectués sur une seule variété de tumeurs ne nous permettent pas d'établir l'incidence et la mortalité des tumeurs de l'ovaire tous types confondus sur lesquelles notre étude a porté.

Néanmoins nous avons tenté d'apprécier la fréquence de cette pathologie dans le cadre de cette étude en nous référant sur le nombre d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales effectuées dans deux hopitaux de Bamako : Hôpital du Point G et Hôpital Gabriel Touré pendant la durée de notre enquête.

Notre enquête s'étend d'Octobre 1985 à Septembre 1986 soit 12 mois. Au cours de cette période nous avons recensé 38 cas de tumeurs ovariennes. Il s'agit là uniquement de tumeurs ovariennes qui ont été opérées. Durant cette même période nous avons noté les hospitalisations à l'H F G et à l' H G T qui sont respectivement de 3 733 et de 4 819 soit un total de 8 552 hospitalisations dans les deux hôpitaux.

• Les interventions chirurgicales en général sont de 1 219 pour l' H F G et de 2 839 pour l' H G T.

• Les interventions chirurgicales gynécologiques s'élèvent à 587 pour l' H F G et à 752 pour l' H G T.

• Sur les 38 tumeurs ovariennes repertoriées, 13 ont été recensées à l' H F G soit 34,22 % et 25 à l' H G T soit 65,78 %.

Au terme de cette étude nous avons noté que les tumeurs ovariennes représentent 0,44 % de l'ensemble des hospitalisations dans les deux hôpitaux de Bamako et ces hospitalisations concernent tous les services confondus. Au Point G, elles représentent 0,34 % et 0,51 % à l' H G T.

Les tumeurs ovariennes représentent 0,93 % (38 cas/4 058) de l'ensemble des interventions chirurgicales en général et 2,83 % (38/ 1 339) de l'ensemble des interventions gynécologiques en particulier. Leur fréquence est de 1,06 % pour les interventions chirurgicales en général et de 2,21 % pour les interventions gynécologiques en particulier à l'hôpital du POINT G. A l'hôpital Gabriel Touré cette fréquence est de 0,88 % et 3,32 % respectivement pour les interventions chirurgicales générales et les interventions gynécologiques.

Ces données, loin d'être représentatives pour l'ensemble du Mali permettent néanmoins de se faire une idée de la fréquence de cette pathologie dans deux hôpitaux principaux de Bamako.

La mortalité liée à cette affection n'a pu être estimée au cours de cette étude.

- Quand aux étiologies probables des tumeurs ovariennes, elles sont représentées par les facteurs de risque que sont : l'âge supérieur à 50 - 55 ans ; le niveau socio économique, la parité ; la non utilisation des contraceptifs oraux ; les facteurs génétiques, les facteurs physiques et chimiques. Il ressort de notre enquête un certain nombre de points qui méritent d'être examinés.

- L'Age : L'âge avancé est retenu comme facteur de risque dans l'apparition des tumeurs ovariennes par beaucoup d'auteurs (12 ; 36) malgré les cas d'un certains types histologiques qui se voient préférentiellement chez le sujet jeune.

Compte tenu du fait que l'espérance de vie moyenne en Afrique n'atteint pas l'âge de prédilection d'apparition des tumeurs ovariennes, certains auteurs ont conclu à une incidence relativement faible de cette pathologie en Afrique. Or il semble que la population africaine développe les tumeurs ovariennes à un âge relativement précoce comme le montrent les études africaines suivantes :

A Dakar Vilane note que sur 251 cas de tumeurs ovariennes, 204 ont un âge compris entre 20 et 50 ans soit 81,27 %.

Au Cameroun Atangana cité par Vilane (14) trouve que 64 % des malades atteintes de tumeurs ovariennes ont moins de 40 ans.

Dans notre étude 35 patientes sur 38 soit 92,10 % se situent dans la tranche d'âge 20 - 40 ans.

Ces constatations d'une part et la manque d'études approfondies en Afrique d'autre part laissent penser que l'incidence de cette maladie pourrait être plus élevée que l'on ne le pense en Afrique.

- Quand au niveau socio économique, il apparaît que les tumeurs ovariennes ont une fréquence égale sinon plus élevée chez les femmes ayant un niveau socio économique bas : 78 % de nos patientes sont des ménagères.

- La Parité. Nous avons retrouvé chez nos patientes une fréquence relativement élevée de nulliparité et de pauciparité dans les antécédents obstétricaux. D'autres études (36, 12, 22, Buka et Färker cités par Vilane (44)) ont montré qu'il existe une relation entre l'hypofertilité et l'apparition de tumeur ovarienne.

- De même le rôle protecteur des contraceptifs oraux évoqués par des travaux antérieurs (24 ; 12) semble être prouvé dans le cadre de cette étude. En effet sur les 38 malades seules 4 prenaient ou avaient déjà pris des contraceptifs oraux dans notre lot. Ce qui représente 10,52 %

Ce faible pourcentage pourrait bien confirmer les thèses précédemment avancées quand à l'effet protecteur des contraceptifs oraux.

- Les autres facteurs de risque à savoir les facteurs génétiques, les facteurs physiques et chimiques sont difficilement appréciables dans le cadre de cette étude.
- Nous n'avons pas noté de particularités importantes dans la distribution de nos tumeurs par ethnie à part une fréquence relativement élevée dans l'ethnie Bambara qui comme nous l'avons déjà dit serait dû à une forte majorité de cette ethnie à Bamako.
- Du point de vue clinique les circonstances de découverte des tumeurs ovariennes sont pratiquement identiques avec les données de la littérature. Nous avons cependant noté une particulière fréquence des signes urinaires chez nos patientes : 63,15 % de nos malades présentent des troubles urinaires à type de brûlure et de pollakiurie.

Peut-on parler là d'un retentissement de cette pathologie sur l'appareil urinaire à type de compression ou de facteur entretenant l'infection urinaire ? Malgré une forte prévalence de la Bilharziose urinaire au Mali et une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles on serait tenté de répondre par l'affirmative car une telle fréquence des signes urinaires est rarement retrouvée (44 . 5). La seconde particularité clinique est le nombre élevé de stérilité I ou II parmi nos malades. En effet on note 18 cas de stérilité I ou II sur un total de 38 soit 47,36 %. Nous sommes rejoints dans ces constatations par Vilane (44) qui trouve 30,67 % de stérilité. Pour expliquer la stérilité dans les tumeurs ovariennes on a parlé de la réduction du tissu ovarien et son retentissement néfaste sur le parenchyme restant qui fonctionnerait mal (21)

A cela on pourrait ajouter l'atteinte fréquente des trompes au cours des tumeurs ovariennes comme le prouvent nos résultats thérapeutiques :

- 14 cas de salpinxectomie simple ou bilatérale
- 2 cas de plastie tubaire

Ces gestes thérapeutiques associés ont été pratiqués soit pour adhérence à la trompe ce qui était le plus fréquent soit pour pyosalpinx ou hydrosalpinx associée soit pour autre anomalie tubaire.

- Du point de vue diagnostique, le problème essentiel que posent les tumeurs ovariennes est celui de l'appréciation de la bénignité ou de la malignité à ventre ouvert. De cette appréciation découle la sanction thérapeutique. Si certains éléments plaident en faveur de la malignité comme le caractère massif et infiltrant de la tumeur ou la présence d'ascite, il n'en demeure pas moins que dans la majorité des cas seule l'histologie peut trancher.

Il semble que le principal point de divergence entre les auteurs sur la question de tumeur ovarienne soit les indications thérapeutiques et les modalités du traitement. Pour les tumeurs bénignes les modalités du traitement semblent être codifiées. En effet tous les auteurs sont unanimes que l'acte chirurgical doit être la seule sanction thérapeutique. Seules les méthodes chirurgicales envisageables font souvent l'objet de controverse.



• Pour les tumeurs malignes, si la chirurgie première et la chimiothérapie post-chirurgicale ne sont pas remises en cause, la durée de cette chimiothérapie ne fait pas cependant l'objet d'un accord unanime (45). Pour certains elle doit être courte mais intensive, mais pour la majorité elle doit être réalisée sur 6 à 12 mois. Le problème de la réintervention reste posé. Mais en fait la plupart des auteurs admettent le principe de cette réintervention ; sa date peut faire l'objet de discussion, soit en fonction de la durée prévue de chimiothérapie, soit en cas d'exérèse insuffisante lors de la chirurgie initiale.

L'attitude après réintervention pose également un problème.

Certains font systématiquement et uniquement de la chimiothérapie en cas de réintervention négative parcequ'ils estiment qu'elle a été efficace, d'autres la reusent comme étant inutile ou craignent des complications ultérieures, d'autres enfin la réservent au cas où il existe des lésions résiduelles de plus de 2 cm (3).

Quand à la radiothérapie, elle est relativement peu pratiquée à cette phase parcequ'elle est considérée comme dangereuse ou parcequ'elle n'a pas plus de valeur que la chimiothérapie. Au total il est très difficile de se faire une opinion. Cependant la fréquence des récidives après remissions partielle et même complète doit pousser à avoir dans ces cas une attitude agressive (45).

C O N C L U S I O N

Les tumeurs ovariennes constituent dans les deux hopitaux de Bamako une pathologie relativement fréquente et méritent qu'une importance particulière leur soit accordée car la prévalence et surtout la mortalité par tumeur de l'ovaire sont pratiquement inconnue ici.

- Ces tumeurs peuvent se voir à tout âge mais avec une forte fréquence dans la période d'activité génitale 20 - 40 ans.
- Les facteurs qui prédisposent au développement d'une tumeur ovarienne sont représentés essentiellement par la nulliparité ou la pauciparité, la non utilisation des contraceptifs hormonaux et les facteurs génétiques ou familiaux.
- Les circonstances qui amènent une patiente à consulter pour tumeur ovarienne sont très diverses mais restent cependant dominées par la présence d'une douleur pelvienne ou abdomino pelvienne ; 76,31 % dans notre étude. L'augmentation du volume de l'abdomen ou la constatation d'une masse pelvienne ou abdomino pelvienne constituent également un motif fréquent de consultation pour tumeurs de l'ovaire : 26,31 %
- Si les aspects cliniques restent variés dans l'ensemble, nous retiendrons cependant une association fréquente de stérilité, qu'elle soit primaire ou secondaire, aux tumeurs ovariennes 47,36 %.
- Le diagnostic positif de ces tumeurs est facile par l'examen clinique. Cependant nous pensons qu'il est préférable de réunir le maximum d'examen complémentaires réalisables à Bamako pour l'évaluation exacte du bilan préopératoire. En effet le diagnostic de kyste de l'ovaire porte avant l'intervention chirurgicale peut parfois exposer à des surprises désagréables per - opératoires. Or rien n'est pire que de trouver un cancer de l'ovaire là où on avait annoncé une lésion bénigne et un pronostic excellent Aussi il faut renoncer au diagnostic reflexe de kyste de l'ovaire. En présence d'une masse cliniquement annexielle il faut savoir demander les examens complémentaires nécessaires : Radiographie de l'abdomen sans préparation ; lavement baryté ; urographie intraveineuse et surtout la coelioscopie quand elle n'est pas contre indiquée afin que le diagnostic de tumeur maligne cesse d'être une mauvaise surprise opératoire.

Nous pensons également que toute patiente opérée pour kyste de l'ovaire doit bénéficier d'un examen anatomopathologique et doit être revue par le médecin qui pourra envisager si possible une réintervention en fonction d'une part du compte rendu anatomopathologique et d'autre part de la méthode thérapeutique utilisée lors de l'intervention initiale.

Sur le plan thérapeutique le traitement des tumeurs bénignes doit rester strictement chirurgical. Les indications thérapeutiques doivent dépendre essentiellement de l'âge de la malade, de son désir de procréation mais aussi du volume de la tumeur. Chez la femme jusqu'à 40 ans nous sommes d'avis qu'il faut s'efforcer d'être conservateur, entre 40 et 45 ans l'appréciation de la féminité est une affaire de cas individuels et les indications varieront de pair. Par contre après 45 ans et à fortiori après la ménopause, l'intervention radicale doit s'imposer dans tous les cas.

Pour les tumeurs malignes, la chirurgie première doit être toujours pratiquée. Les modalités du traitement complémentaire par la chimiothérapie ou la radiothérapie doivent être fonction du caractère massif et infiltrant de la tumeur; du volume résiduel post chirurgical et du stade macroscopique de la FIGO.

Si la radiothérapie est de réalisation difficile au Mali, la chimiothérapie quand à elle peut être envisagée dans certains cas, en complément du traitement chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ANTEBY SO :

Ovarien cancer . Geographical , host and environmental factors  
An over view

2 - BHATTACHARYA . M. ET COL :

Tumor markers for ovarian cancer

Inst Adv Surg Oncol 1979 ; 2 : 155 - 76

3 - BELPOMME D ET COL :

Facteur de Pronostic et traitement des cancers de l'ovaire

Résultats de plusieurs protocoles de chimiothérapie

Gynécol , 1981 , 32 , 367 - 372

4 - BENNANI HASSAN ABDELHAT :

Contribution à l'étude des "kystes dermoïdes" de l'ovaire chez l'adulte.

A propos de 40 observations

Thèse Med ; Lyon : 1971

5 - BLANC B ET COL :

Tumeurs non endocrines de l'ovaire

Encyclopédie Médico - chirurgicale (Paris, France)

Gynécologie , 680 B 10 , 11 - 1985 22 P

6 - BLUN . GF ET COL :

La tumeur de Krukenberg. A propos de 11 observations.

Journal de Gynécologie obstétricale et Biologie de la Reproduction

vol 15 , n° 1 , 1986

7 BRUNG ET COL :

Place de la chirurgie dans le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire

Revue française de Gynécologie 1979, 74, 10 , 549 - 553

8 - BUCHSBAUM HJ ET COL :

Staging and surgical evaluation of ovarian cancer

Semin Oncol 1984 Sep ; 11 (3) : 227 - 37

9 - BULLIARD H :

Abrégé d'histologie. Masson et Cie 1940 5è édition

10 - CAUDRY M ET COL :

Notre expérience d'un traitement pluri disciplinaire dans les tumeurs de l'ovaire

Rev. Française de gynécologie 1979, 74, 10, 563 - 565

11 - CROUET H ET COL :

Hyperplasie kystique lutéinisée des ovaires au cours d'une grossesse normale.

J. Gynécol Obst et Biol Rep. 1985, 14 , 613 - 618

- 12 - C U R I E P ET AL ,  
Facteurs épidémiologiques des tumeurs de l'ovaire  
Rev. Française obst , 1985 , 80 , 6 , 379 - 382
- 13 - D A L L A Y D :  
Cancer de l'ovaire et grossesse. A propos de 4 cas  
Rev. Fr. Gynéco Obst. 1985, 80, 12, 867 - 870
- 14 - D A R G E N T D ET COL :  
Table ronde : les ovaires polykystiques  
Rev. Fr. Gynécol. Obst : 1984 , 79, 4, 307 - 318
- 15 - D E G R A M O N T A :  
Chimiothérapie dans les cancers épithéliaux avancés de l'ovaire.  
J. de Gynécol-obst et Biol de la Réprod vol 15, n° 1, 1986
- 16 - D I L H U Y D Y , J M ET COL :  
Le traitement non chirurgical des carcinomes ovariens. Rev de la littérature  
Rev Fr. Gynécol . 1979, 74, 10, 555 - 562
- 17 - D O U M B I A :  
18 - D U B O I S J B ET COL :  
Les tumeurs épithéliales de l'ovaire  
Résultats thérapeutiques à propos de 165 cas Stades II et III.  
J. Gynécol - Obst et Biol de la Réprod. 1985, 14, 627 - 632
- 19 - F R A I S E E ET COL :  
Le syndrome de Demons - Meigs. A propos d'un cas. Revue de la littérature.  
Rev. Fr. Gynéco - Obst 1984, 79, 7-9, 579 - 580
- 20 - G A U T I E R C ET COL :  
Les possibilités de la chirurgie conservatrice dans les cancers de l'ovaire.  
Rev Fr; Gynéco - Obst, 1981, 76, 6, 427 - 431
- 21 - G A U T I E R P J :  
Réflexions sur les kystes dermoïdes de l'ovaire  
Gynécol, 1979, 30, n°2
- 22 - G O R I N S A ET COL :  
Epidémiologie des tumeurs de l'ovaire  
Gynécologie. 1985, 36, 2 bis, 92 - 94
- 23 - G R E E N E M H :  
The epidemiology of ovarian cancer  
Serim Oncol 1984 sep ; 11 (3) 209 - 26

- 24 - G U I C H A R D F E R C O L :
- Tumeurs malignes de l'ovaire  
 \* Gazette Médicale 1985 , 92 n° 31
- 25 - H A I J E W G :
- Biochemical markers in ovarian cancer - possibilités and limitations  
 ANN CLIN Biochem 1982 Jul; 19 ( Pt 4) 258 - 62
- 26 - H E I N T Z E T C O L :
- Epidemiology and etiology of ovarian cancer :  
 A Review. Obstet gynecol 1985 Jul ; 66 (1) : 127 - 35
- 27 - L A V E C C H I A C :
- The clinical relevance of the epidemiology of ovarian cancer.  
 Eur J cancer clin oncol 1984 Feb ; 20 (2) : 175 - 82
- 28 - L I N G E M A N C H :
- Environmental factors in the etiology of carcinoma of the human ovary :  
 a review  
 M J Ind Med 1983 ; 4 (1-2) : 365 -79
- 29 - L O N G O I L :
- The natural history and treatment of ovarian cancer  
 Ann Rev Med 1981 ; 32 : 475 - 90
- 30 - M A R O U T E A U D :
- Cancer de l'ovaire 5 ans après hystérectomie associé à une annexectomie  
 pour lésion bénigne. A propos d'un cas  
 J. Gynécol - obst et Biol de la Reprod 1985, 14, n°2
- 31 - N ' G A N G O C E C I L I A :
- La biopsie ovarienne par ocolioscopique. A propos de 115 observations ;  
 thèse med : Lyon 1972
- 32 - N ' G O M A P I E R R E I L D E F O U R E :
- Contribution à l'étude des cancers ovariens à Dakar à propos de Coes  
 recueillis de 1959 à 1969  
 thèse med : Dakar : 1971 ; 9
- 33 - O L I V E R A C O S T A F :
- Chimiothérapie cytoreductrice dans le carcinome disséminé de l'ovaire.  
 Gynécol, 1985, 36, 2 bid, 101 - 102
- 34 : O Z O L S R F E T C O L :
- High - dose cisplatin therapy in ovarian cancer. Semin Oncol, 1985 dec.  
 12 (4 suppl 6) : 21 - 30
- 35 - P E R L E M U T E R L W A L I G O R A J :
- Anatomie du petit Bassin : cahiers d'anatomie 3è édition, Masson et Cie  
 N° 5, 1975

- 36 - PEJOVIC MH ;  
 Etiologie des tumeurs de l'ovaire  
 Contraception - fertilité - sexualité - 1986 vol 14, N°7 - 8, pp 745 - 754
- 37 - PIVER MS ;  
 Ovarian carcinoma. A decade of progress  
 Cancer 1984 dec 1 ; 54 ( 11 suppl) : 2706 - 15
- 38 - FOIRIER J ;  
 Abrégé d'histologie Masson et Cie 1974
- 39 - SIBELLA P ET COL ;  
 102 cas de cancers primitifs de l'ovaire traités depuis 1974. Les facteurs de pronostic. Rev fr. Gynécol 1979, 74p 10, 569 - 576
- 40 - SMITH LH ET COL ;  
 Detection of malignant ovarian neoplasms : a review of the literature.  
 I. Detection of the patients at risk ; clinical, radiological and cytological detection. Obst gynecol surv 1984 Juin ; 39 (6) : 313 - 28
- 41 - TAVARES AIDA M ET COL ;  
 Cancer de l'ovaire Radiothérapie gynécol, 1985, 36, 2 bis, 95 - 100
- 42 - TREUNER J ;  
 Malignant ovarian tumors during childhood.  
 Prog pediatr surg 1983 ; 16 : 121 - 6
- 43 - TROCHE V ET COL ;  
 Neoplasia arising in dysgenetic gonads.  
 obst gynecol surv 1986 feb ; 41 (2) : 74 - 9
- 44 - VILANE ABACAR ;  
 Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire à propos de 255 cas observés à l'hôpital Le Dantec  
 thèse Med : Dakar ; 1975 , N° 30
- 45 - WOLFF JP ET COL ;  
 Le cancer de l'ovaire étendue  
 Traitement et Résultats  
 J. Gynécol obstet et Biol de la Reprod 1986, 15, 231 - 237
- 46 - YOUNG RH ET COL ;  
 Ovarian sertoli - leydig cell tumors  
 A clinicopathological analysis of 207 cas  
 Am J surg Pathol 1985 Aug ; 9 (8) ; 543 - 69
- 47 - ZOLLINGER HU ;  
 Abrégé d'anatome pathologie  
 Tome II ; Masson et Compagnie, 1971



48 - Z Y L B E R B E R G B :

Résultats thérapeutiques de 65 cas de cancer communs de l'ovaire  
stade II b et III. Rev française de gynécol obstet,  
1981, 76, 6, 433 - 440

- 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.

---

---