
UNIVERSITE DE BAMAKO

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto–Stomatologie

Année Universitaire 2005 – 2006

N°.....

**Etude épidémio-clinique, échographique et
anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire dans le
Service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U. du
Point « G »**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le2006

dans la Faculté de Médecine, de Pharmacie

et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par **M. Boubacar DICKO**

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

JURY :

Président : **Professeur Amadou Touré**

Membre : **Professeur Djibril Sangare**

Codirecteur de thèse : **Docteur Bouraïma MAÏGA**

Directeur de thèse : **Professeur SY Aïda SOW**

Dédicace

Je dédie ce travail à :

ALLAH LE TOUT PUISSANT, LE CLEMENT LE MISERICORDIEUX ;

par sa grâce et sa bonté il m'a été possible de mener à terme ce travail si long.

Mon père **Ibrahima DICKO**

Merci pour les sacrifices que tu as consentis afin de me donner une bonne si éducation. Tu m'as enseigné le sens de l'honneur, du devoir et de la dignité. Ton sens élevé du travail bien fait, ta rigueur et ta grande simplicité m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Cette thèse est le faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance. Ce travail est tien ; que Dieu te donne longue vie.

Ma mère **Aye DICKO**

Tu as consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Ton amour pour le prochain, ta simplicité, ta sympathie et ta gentillesse ont payé ce jour maman. Tu es une mère exemplaire qui a su être toujours à côté de nous dans les moments difficiles. Tu es aujourd'hui notre grande fierté ; que Dieu t'accorde une longue vie.

A ma tante **Awa DICKO**

Je n'oublierai jamais le sacrifice énorme que tu as fait pour moi dans l'enfance.

Merci de ton amabilité, de ta générosité et de ta sympathie ; que Dieu t'accorde une longue vie.

Mes frères et sœurs

Hamadoun, Fatoumata, Abdoulaye Sory, vous m'avez soutenu durant toute la durée de mes études. Que le bon Dieu nous laisse unis par ces liens fraternels qui ont existé de tout temps entre nous.

Trouvez ici l'expression de mon amour fraternel. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes cousins

Docteur **DICKO Bouraima**

Tu m'as soutenu vivement par tes livres et multiples conseils. Je n'oublierai jamais ta grande gentillesse. Tout le mérite de ce travail te revient

Hama TRAORE

Merci de ton soutien, et trouve ici dans cette thèse l'expression de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Au Docteur SIMA Mamadou

Merci encore de nous avoir encadrés tout au long de notre séjour dans le Service. Votre qualité de travailleur et votre rigueur m'ont beaucoup impressionné. J'ai également beaucoup appris de vos côtés.

A mes camarades de promotion

Dramane TRAORE, Adama KONE, Jean-Marie L. DIAKITE, Chieck BAH, Gaoussou DIAKITE, Youssouf DIAKITE et feu Ibrahima LY, Hamou SOUMARE, vous avez tous été pour moi une source d'émulation.

A mes amis de Bamako

F. KONARE Apha, Barrou Oumar TRAORE, O. KONTE Bathily, Moustapha, Hanou, Souma Boubacar KEITA, Yamadou KEITA, A. TOURE, Sory PAMATA, Modibo MAIGA, Isaac, Fatou ATJI, Awa Doumbia, Docteur Maïlé, Fifi Maïga, Docteur Mallé, Chatou et à tout le personnel du service de la gynécologie obstétrique de l'Hôpital universitaire du Point G ; je n'oublierai jamais nos bons moments.

A mes amis d'Europe et des Etats Unis d'Amérique

Markus HAUBER, Marko, Pauline, Christine, Cédric, Docteur Herrik, Julien, Romain, Hellen Wodey, je suis très fier de vous.

**HOMMAGES PARTICULIERS AUX
HONORABLES MEMBRES DU JURY**

A notre maître et Président du jury
Professeur Amadou TOURE

Maître de conférence agrégé d'histo-embryologie

Directeur général adjoint de l'Institut National de Recherche en Santé Publique

Cher maître nous avons été marqué par votre humilité et votre disponibilité. Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse
Professeur SY AÏSSATA SOW

Professeur en gynécologie obstétrique

Chef de l'unité de gynécologie obstétrique du Centre de référence de la Commune II.

Cher maître, votre disponibilité et vos connaissances en gynécologie obstétrique, vos qualités de mère et de maître nous ont véritablement séduits. Vous êtes un modèle de simplicité et d'humanisme.

Veillez trouver ici, cher maître et tante, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse
Docteur Bouraïma MAIGA

Gynécologue obstétricien

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'enfant ;

Responsable de la filière sage-femme à l'Institut National en sciences de la Santé (INFIS) ;

Chef du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Universitaire du Point G ;

Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Et nous avons été touchés par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme.

Nous avons bénéficié de votre savoir en gynécologie et en obstétrique, surtout lors des staffs quotidiens et des E.P.U. bimensuels ; nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves. Les mots nous manquent, pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Cher maître et père, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Que le bon Dieu vous donne longue vie !

A notre maître et juge
Professeur Djibril SANGARE

Maître de conférence agrégé en chirurgie générale ;

Chargé de cours de séméiologie chirurgicale ;

Colonel de l'armée malienne ;

Vous nous honorez en acceptant de juger ce travail ; vos qualités d'homme de science, votre rigueur dans le travail, votre modestie envers vos collègues et étudiants ont forcé l'admiration de tous. Veuillez accepter cher maître nos sentiments de reconnaissance et de respect.

ABREVIATIONS

AC = adriamycine

ACE = antigène carcino embryonnaire

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

ADH = antidurétique hormone

AFP = alpha foeto protéine

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

CA125 = cancer antigène 125

CHIR = chirurgie

CRH = compte rendu histopathologique

CY = cyclophosphate

EXPLOR = exploration

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

FSH = hormone de stimulation folliculaire

FU = 5.fluoro uracile

GYNECO = gynécologie

HCG = hormone gonado tropine chorionique

H.T. = hysterectomie totale

AT = annexectomie totale

LB = lavement baryté

LH = hormone luthéinisante

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

RC = réponse complète

RNA = acide ribo nucléique

RP = réponse clinique partielle

RX = radiographie

S-DHA = sulfate de déshydroépiandrostérone

T. = tumeur

T.M.LIMITE = tumeur à malignité limite

UIV = urographie intra-veineuse

I^{RE} = primaire

II^{RE} = secondaire.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION ET OBJECTIFS

II - GENERALITES

II - METHODOLOGIE

IV - RESULTATS

V - COMMENTAIRES ET DISCUSIONS

VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII - REFERENCES

VIII - ANNEXES

INTRODUCTION

On entend par tumeur de l'ovaire, tout processus proliférant primitif ou secondaire bénin ou malin, d'aspect kystique, solide ou végétant, dont la croissance n'est pas directement liée à un dysfonctionnement hormonal [6]. Cette définition exclut les hyperplasies du stroma, le lutéome de la grossesse, les kystes folliculaires uniques ou multiples, les kystes du corps jaune.

Les tumeurs de l'ovaire représentent un des problèmes les plus difficiles de la pathologie gynécologique sur le plan de la clinique, de l'histologie, de la thérapeutique et du pronostic [6, 26, 41,48].

Sur le plan clinique le principal problème est l'absence de symptomatologie spécifique d'appel. La majorité des tumeurs de l'ovaire est représentée par les kystes de l'ovaire, ils sont généralement de nature bénigne. Mais il ne faut pas oublier que les cancers de l'ovaire, exceptionnellement diagnostiqués de façon précoce, sont au début de leur évolution le plus souvent kystiques.

Sur le plan histologique, le grand nombre de variétés histologiques fait surgir des difficultés nosologiques insurmontables.

En matière de tumeurs de l'ovaire, les critères histologiques habituels sont parfois pris à défaut ; d'où les tumeurs "non-classées" et les tumeurs de malignité incertaine de la classification de L'O.M.S.

Sur le plan de la thérapeutique et du pronostic, les tumeurs malignes de l'ovaire restent peu portées [26, 41].

Malgré les moyens thérapeutiques utilisés (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), la survie à 5 ans n'a pas été essentiellement améliorée.

Ceci témoigne de la gravité de l'affection dont le diagnostic est en général posé trop tardivement, aux stades déjà avancés de la maladie.

Le diagnostic des tumeurs de l'ovaire est à l'heure actuelle facilité par l'apport de l'échographie.

Ces notions impliquent donc que devant toute tumeur de l'ovaire, deux règles s'imposent :

- La laparotomie dès que le diagnostic est fait ;
- L'examen histologique de toute pièces d'exérèse.

Les tumeurs de l'ovaire, surtout les cancers de l'ovaire sont une affection dont la fréquence est en augmentation [23, 28, 41]. Cette fréquence est variable selon les études [35, 41, 47, 49]. Les études montrent une plus grande fréquence des tumeurs bénignes par rapport aux tumeurs malignes [26, 36, 46, 47].

Au Mali, très peu d'études ont été faites sur les tumeurs de l'ovaire de façon spécifique. Notre étude vient en appui à la première étude faite sur le sujet et qui a porté sur un nombre assez restreint de cas de tumeurs de l'ovaire recensés dans les hôpitaux de Gabriel Touré et du Point-G [47].

En menant cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etude épidémiologique-clinique, échographique et anatomo-pathologique des tumeurs de l'ovaire dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G, de janvier 2004 à septembre 2005.

Objectif spécifique :

- 1 - Déterminer la fréquence des tumeurs de l'ovaire par rapport aux autres tumeurs du tractus génital ;
- 2 - Décrire les caractéristiques socio démographiques des patientes ;
- 3 - Décrire les aspects anatomopathologiques de ces tumeurs ;
- 4 - Rapporter les différentes images échographiques dans l'approche diagnostique des tumeurs de l'ovaire.

GENERALITES

EMBRYOLOGIE DE L'OVAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HISTOLOGIE DE L'OVAIRE

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

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

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

1/ L'épithélium ovarique

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

Le rôle de cet épithélium est un rôle de protection.

2/ La corticale

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

2-1/ L'appareil folliculaire

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

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

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

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

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

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

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

2-2/ L'appareil progestatif

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

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

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

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

3/ Le stroma

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

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

4/ La médullaire

Molle, rouge, spongieuse, très vascularisée, elle a une importance physiologique moins grande.

Au milieu de fibres élastiques, conjonctives et musculaires lisses, on trouve :

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

ANATOMIE DE L'OVAIRE

Organes pairs, les ovaires constituent les glandes génitales femelles

1/ Situation générale, forme, dimensions, orientation

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

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

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

2/ Les moyens de fixité de l'ovaire

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

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

2-1/ Le ligament suspenseur de l'ovaire

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

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

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

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

2-2/ Le ligament infundibulo ovarique

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

2-3/ Le ligament propre de l'ovaire

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

2-4/ Le mésovarium

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

3/ Les rapports de l'ovaire

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

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

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

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

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

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

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

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

En avant par l'uretère et artère utérine ;

En arrière par le bord du sacrum ;

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

3-2/ La face médiale

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

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

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

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

3-4/ Le bord libre

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

3-5/ L'extrémité tubaire

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

3-6/ L'extrémité utérine

Plus proche du plancher pelvien

4/ Vaisseaux et nerfs

4-1/ Vaisseaux sanguins

4-1-1/ Les artères

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

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

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

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

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

4-1-2/ Les veines

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

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

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

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

4-2/ Les vaisseaux lymphatiques

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

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

4-3/Les nerfs_

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

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

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

PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE

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

1/ La folliculogenèse

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

- Une période de différenciation pendant le début de la vie embryonnaire qui conduit à la construction d'une réserve de follicules primordiaux regroupant autour d'un ovocyte quelques cellules somatiques.
- Une période de développement inachevé où à partir de cette réserve se dégagent régulièrement de follicules qui entament leur croissance mais sans pouvoir la conduire à son terme qui est l'ovulation (c'est la période de l'enfance qui du point de vue de la fonction ovarienne commence avant la naissance et s'étend jusqu'à la puberté).
- Une période d'activité fonctionnelle complète qui permet le déroulement d'environ 300 cycles ovulatoires chez la femme et qui se termine quand le nombre de follicules primordiaux devient très faible ou nul : c'est la ménopause.

Le follicule destiné à ovuler a commencé sa croissance environ 3 mois auparavant et formé son antrum 2 mois plutôt. Il est ainsi possible de tracer les grandes lignes d'une cinétique de la croissance folliculaire :

1 Apparition de l'antrum ;

2 Le recrutement ;

3 La sélection ;

4 La maturation folliculaire ;

5 L'ovulation ;

6 La formation du corps jaune.

Chez la femme il y a alternance d'une phase conduisant l'ovulation ou PHASE FOLLICULAIRE et d'une phase préparatoire à la nidation éventuelle d'un œuf fécondé ou PHASE LUTEALE. La phase folliculaire est variable. La phase lutéale dure 2 semaines.

Croissance folliculaire, formation et maturation du corps jaune sont déterminées par un ensemble complexe d'actions hormonales où contrôle et rétrocontrôle se mêlent .ainsi LES GONADOTROPHINES HYPOPHYSAIRES FSH ET LH commande directement l'activité cyclique de l'ovaire. Mais en retour elles sont soumises à la modulation que les sécrétions

stéroïdiennes et protéiques de l'ovaire exercent sur le fonctionnement hypothalamo-hypophysaire gonadotrope.

De même au sein de la structure composite qui est le follicule, chacun des éléments constitutifs (ovocyte, cumulus, granulosa, thèque) exerce des influences régulatrices sur chacun des autres.

2/ La stéroïdogénèse

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

Le rôle essentiel du follicule ovarien dans la sécrétion oestrogènes et celui du corps jaune dans la sécrétion de la progestérone sont connus depuis fort longtemps, ainsi que les variations au cours du cycle menstruel du taux urinaire des métabolites correspondants. L'existence d'une sécrétion physiologique d'androgènes par l'ovaire humain est de découverte plus récente.

Divers types de cellules ovariennes capables de synthétiser des stéroïdes ont alors été identifiées :

- Cellules interstitielles du stroma
- Cellules lutéales du corps jaune
- La fonction stéroïdogène de l'ovaire est sous le contrôle de l'antéhypophyse. Les

deux hormones peptidiques FSH ET LH assurent au cours de chaque cycle le développement, la maturation et la sécrétion du follicule, la rupture du follicule, la formation, le maintien et la sécrétion du corps jaune et enfin la sécrétion du stroma. Les cellules ovariennes présentent vis-à-vis de ces stimulines hormonales une réceptivité inégale qui varie au cours du cycle et qui est principalement conditionnée par la présence des récepteurs spécifiques correspondants.

De plus, on a récemment découvert dans le fluide folliculaire des facteurs peptidiques capables de moduler l'action des gonadotrophines hypophysaires sur leurs cellules cibles.

Les organes cibles des stéroïdes ovariens sont essentiellement l'endomètre, le col utérin, le vagin, et les glandes mammaires.

EXPLORATION DE L'OVAIRE

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

1/ Exploration ultrasonique

La gynécologie-obstétrique est un domaine d'application large de L'ECHOGRAPHIE. L'intérêt de cet examen est double : d'une part l'innocuité des ultrasons de même que la présence de milieux favorable de propagation que constituent la vessie et le liquide amniotique, d'autre part l'étude raffinée de la structure des organes et des lésions.

Les plans de coupe de base sont longitudinaux et transversaux complétés par les incidences obliques omnidirectionnelles pour parvenir à une relation TRIDIMENSIONNELLE aussi complète que possible du volume exploré.

L'examen Echographie gynécologique est fait vessie pleine.

2/ La tomodesitométrie ou scanner

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

3/ L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Elle est également absente dans notre pays. En Imagerie IRM les ovaires sont repérables dans les trois plans de coupe. Leur forme et leurs dimensions sont celles obtenues par les autres méthodes d'exploration [41]. Les 2 ovaires sont visibles (dans le plan frontal) dans 30% des cas. Il peut y avoir des interférences digestives. L'anatomie IRM montre que l'ovaire apparaît homogène, de signal comparable au myomètre.

4/ La cœlioscopie

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

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen Anato-pathologique des tumeurs de l'ovaire est absolument nécessaire car chaque forme histologique a son évolution propre. Il soulève des difficultés souvent insurmontables.

La complexité des tumeurs de l'ovaire n'a pas changé et la difficulté de les classer et souvent de les identifier persiste malgré les progrès techniques (microscopie, électronique et Immunohisto-Enzymologie). J. VARANGOT rapporte qu'aux Etats-Unis, parmi 720 néoplasmes de l'ovarian Tumor Registry, 79 ont été considérés par les experts comme impossibles à classer [6,48].

Dans la classification de l'O.M.S, il existe des tumeurs dites à malignité atténuée ou tumeurs border-line.

Plusieurs classifications des tumeurs de l'ovaire ont été proposées. Nous adopterons la classification de l'O.M.S.

Classification des tumeurs de l'ovaire

Cette classification de l'O.M.S, basée sur des données purement morphologiques a le grand avantage d'être claire, d'emploi relativement facile et de permettre l'unification des terminologies [28].

Pour être fiable et reproductible, la classification nécessite de la part du pathologiste un certain nombre de précautions d'ordre technique [28] :

- Un examen macroscopique minutieux précisant la taille, le poids, la consistance, l'existence ou non de végétations néoplasiques de surface ;
- Les prélèvements doivent porter sur toutes les zones d'aspect différent. Jamais de prélèvements inférieurs à 10.

L'intérêt des prélèvements multiples est de pouvoir individualiser des groupes de tumeurs ovariennes dites à la « limite de la malignité » dont le diagnostic repose sur l'absence d'envahissement du stroma.

La classification de l'O.M.S regroupe neuf catégories (tableau I) parmi lesquelles les tumeurs épithéliales communes représentent deux tiers 2/3 de l'ensemble des tumeurs ovariennes chez l'adulte.

**TABLEAU I : CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS
OVARIENNES. .O.M.S.**

I – Tumeurs épithéliales communes
II – Tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel
III – Tumeurs à cellules lipidiques (lipoïdiques)
IV – Tumeurs des cellules germinales
V – Gonadoblastome
VI – Tumeurs des tissus mous spécifiques
VII – Tumeurs non classées
VIII – Tumeurs secondaires métastatiques
IX – Lésions pseudo-tumorales.

I/ Les tumeurs « épithéliales communes » ou tumeurs du revêtement ovarien

Elles représentent 60% environ de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire [10] et si l'on considère uniquement les cancers, les tumeurs épithéliales communes forment 90% de l'ensemble [33]. Elles comprennent 8 catégories figurées dans le tableau II.

**TABLEAU II : TYPES HISTOLOGIQUES DES TUMEURS EPITHELIALES COMMUNES.
(O.M.S) [28].**

TUMEURS SEREUSES
TUMEURS MUCINEUSES
TUMEURS ENDOMETRIOÏDES
TUMEURS A CELLULES CLAIRES
TUMEURS DE BRENNER
TUMEURS MIXTES EPITHELIALES
TUMEURS NON CLASSEES

Pour chaque catégorie de ces tumeurs, à l'exception des deux dernières (carcinomes indifférenciés, tumeurs non classées), il faut individualiser les tumeurs bénignes, les tumeurs malignes, les tumeurs à la limite de la malignité.

TABLEAU III : PRINCIPALES FORMES DES TUMEURS DU REVETEMENT OVARIEN [10].

type tumoral	caractères généraux
tumeur séreuse	cellules séreuses ressemblant à celles du revêtement ovarien ou de l'épithélium tubaire contenu séreux architecture kystique, papillaire ou massive.
tumeur mucineuse	cellules à mucus ressemblant à celles de l'épithélium endocervical utérin ou de l'épithélium intestinal contenu mucineux architecture kystique ou massive
tumeur endométrioïde	cellules ressemblant à celles de l'endomètre. Contenu varie. architecture kystique ou massive
Tumeur à cellules "claires"	cellules mésonéphroïdes ressemblant à celles des vestiges mésonéphrotiques ou de la tumeur de grawitz au contenu varié. architecture kystique ou massive
tumeur de brenner architect	cellules ressemblant a celles des îlots de walthard architecture massive parfois kystique.
tumeur "mixte" épithéliale.	Tumeur faite de deux au moins des cinq types précédents (tumeur séromucineuse par exemple). contenu séromucineux, architecture kystique ou massive.
Carcinome indifférencié	Polymorphisme cellulaire extrême Architecture massive parfois kystique
Tumeur épithéliale non classée	Cellules épithéliale dont le type ne peut être précisée

LES TUMEURS BENIGNES

- CYSTADENOME SEREUX
- CYSTADENOME MUCINEUX
- KYSTE ENDOMETRIAL BENIN
- LES FORMES BENIGNES DES TUMEURS A CELLULES CLAIRES, DES TUMEURS DE BRENNER ET DES TUMEURS MIXTES EPITHELIALES

LES TUMEURS MALIGNES

- LES CYSTADENOCARCINOMES ET CARCIOMES SEREUX
- LES CYSTADENOCARCINOMES ET CARCINOMES MUCINEUX
- ADENOCARCINOMES ENDOMETRIOIDES
- ADENOCARCINOMES A CELLULES CLAIRES
- TUMEURS DE BRENNER MALIGNES.

LES TUMEURS A LA LIMITE DE LA MALIGNITE

Les variétés les plus fréquentes sont les tumeurs séreuses et les tumeurs mucineuses. Ces tumeurs dites à la limite de la malignité (tumeurs à faible potentiel de malignité ou tumeurs

border-line ou encore tumeurs frontières) présentent des caractéristiques histologiques communes avec les adénocarcinomes mais s'en distinguent par. [10, 28, 29, 40].

- L'ABSENCE D'ENVAHISSEMENT DU STROMA SURTOUT ;
- LE BOURGEONNEMENT EPITHELIAL ;
- LA PLURI-STRATIFICATION ;
- L'ACTIVITE MITOTIQUE ;
- LES ATYPIES NUCLEAIRES.

L'expression "tumeur à malignité frontière" concerne les carcinomes de faible potentiel de malignité et ce diagnostic doit être porté exclusivement sur la tumeur ovarienne primitive. Mais une pareille notion est encore au stade des investigations. [10].

Aux variétés séreuses et mucineuses, on y associe le PSEUDO-MYXOME OVARIEN. Les TUMEURS à la LIMITE DE LA MALIGNITE ENDOMETRIOIDES, à CELLULES CLAIRES ET DE BRENNER.

II/ Les tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels

Homologues des tumeurs testiculaires de même dénomination, ces tumeurs associent des dérivés des cordons sexuels et du mésenchyme. Ces différents éléments peuvent apparaître indifférenciés dans leur aspect architectural ou cytologique, mais il existe toujours presque un certain degré de différenciation dans le sens ovarien (tumeur de la granulosa, ou thecome) ou dans le sens testiculaire (tumeurs de sertoli-leydig) ces tumeurs représentent 4-6% des tumeurs ovariennes [10, 28].

Toutes ces tumeurs dérivent des cordons sexuels et du mésenchyme de la gonade embryonnaire.

Macroscopiquement, il s'agit de tumeurs habituellement unilatérales, plus solides que kystiques, à surface externe le plus souvent lisse. A la coupe, leur aspect peut parfois orienter vers un type particulier [28].

- Caractère fasciculé des tumeurs de groupe fibro-thécal
- Caractère hémorragique des tumeurs de la granulosa
- Coloration jaunâtre évoquant une surcharge lipidique dans les androblastomes.

Histologiquement, à l'exception des tumeurs du groupe fibro-thécal, d'histopronostic relativement facile à déterminer, les autres variétés histologiques sont toutes potentiellement malignes [28].

Les éléments péjoratifs à l'examen anatomo-pathologique sont :

- Un diamètre moyen important
- L'existence d'une rupture capsulaire

- Un degré de différenciation faible.

Ces tumeurs sont parfois responsables de syndromes hormonaux cliniques et/ou de sécrétions anormales diagnostiquées par des dosages biologiques. L'élément STROMA peut se différencier en cellules sécrétant des hormones stéroïdes.

LES TUMEURS A CELLULES LIPIDIQUES

Ce sont des tumeurs très rares qui surviennent pendant la période d'activité génitale et entraînent en général un certain degré de virilisation [28, 31]. Environ 20% sont malignes et disséminent dans la cavité péritonéale [28].

IV/ Les tumeurs germinales

Elles sont développées à partir des cellules germinales primordiales issues de la gonade embryonnaire. Elles représentent 15 à 20% de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire [28, 31].

Les noyaux du séminome ovarien dysgerminome et presque toujours ceux des autres tumeurs germinales ovariennes sont munis d'un corpuscule chromatinien [31] ; ce qui laisse penser que leur caryotype correspond à 46 XX.

Les tumeurs germinales sont fréquentes au cours des deux premières décennies de la vie (60% des tumeurs de l'ovaire [6, 28]).

95P.100 sont représentées par des tératomes kystiques bénins ; 5P.100 sont malignes et constituent 5P.100 de toutes les tumeurs malignes de l'ovaire. chez l'enfant on remarque une prédominance de ces tumeurs.

Les aspects macroscopiques varient notablement en fonction du type histologique.

Les formes histologiques sont également très diverses. Les types les plus fréquemment rencontrés sont le dysgerminome ou séminome et les tératomes.

1/ Le dysgerminome

Tumeur maligne survenant chez les femmes jeune dans la première décade de la vie génitale. Elle est de très bon pronostic [6, 28]. La survie est supérieure à 80% à 5ans [28]. C'est une tumeur faite de grandes cellules arrondies à cytoplasme clair rappelant les cellules germinales primordiales.

2/ Les tératomes

Ils sont soit :

Matures : ils sont pluritissulaires complexes, c'est le kyste dermoïde, ou uni tissulaires simplifiés, comprenant des vésicules thyroïdiennes souvent (goitre ovarien ou STRUMA OVARII [10].

Le kyste dermoïde, dans sa forme simple est un kyste uniloculaire variant de 1 à 2cm jusqu'à 10-20cm, à surface externe lisse, blanc nacré, de consistance pâteuse, dont la lumière renferme une substance pâteuse jaunâtre faite de squames cornées et de sécrétions sébacées ou autres dans laquelle flottent de nombreux poils. Il est BENIN, bilatéral dans 10% des cas [10]. Il peut être solide ou mi-kystique mi-solide. Y sont toujours présents : un épithélium malpighien kératinisant avec annexes pilo-sébacées et sudoripares et tapissant la face interne du kyste, des amas de névroglie, des dents libres ou insérées sur une baguette osseuse.

Peuvent s'associer : cartilages, os, faisceaux musculaires lisses ou striés, lobules adipeux, des petites cavités revêtues d'un épithélium digestif, respiratoire ou excréto-urinaire.

Parfois l'organisation est si poussées, qu'elle aboutit à une architecture histologique quasi-normale : paroi gastrique, intestinale, bronchique, lobule cérébral, rétine [10].

Immatures ils sont malins, très souvent solides ou polykystiques. Ils peuvent être purement immatures faits de tissus incomplètement différenciés. Des structures neuroblastiques et gliales embryonnaires y sont fréquentes [10, 28]. Lorsque le contingent immature est constitué de tissus nerveux embryonnaires la quantification en trois grades devra être faite selon la classification de NORRIS et ZIRKIN [28]. Les grades 2 et 3 nécessitent des traitements complémentaires

La **GLIOMATOSE PERITONEALE** est une entité histologique particulière qui s'associe parfois aux tératomes nerveux immatures de l'ovaire [28]. Elle constitue un implant miliaire diffus de tissu nerveux mature dans le péritoine.

Elle réalise cliniquement un tableau de carcinose péritonéale. Son évolution spontanée est favorable.

LA CANCERISATION SECONDAIRE D'UN TERATOME MATURE

La cancérisation secondaire du kyste dermoïde est une éventualité exceptionnelle. Les deux formes histologiques les plus fréquentes sont le CARCINOME EPIDERMOÏDE et L'ADENOCARCINOME [28].

V/ Le gonadoblastome

Très exceptionnel, il est composé à la fois de cellules germinales et de cellules de la granulosa et sertoli. Il est souvent classé dans les tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels [10].

Il survient chez l'enfant et le jeune. Le caryotype comporte généralement un chromosome y [28]. Le gonadoblastome peut être considéré comme une lésion précancéreuse. Mais en elle-même, elle est bénigne.

VI/ Tumeurs des tissus mous non spécifiques

Elles représentent 5 à 10% des tumeurs de l'ovaire et peuvent être bénignes ou malignes [10]. Le FIBROME peut être la forme vieillie d'un thécome ou d'une tumeur de Brenner ou encore provenir du tissu conjonctif commun de l'ovaire. il peut être responsable d'un syndrome de DEMONS-MEIGS.

LE LYMPHOME MALIN est exceptionnel. Il est soit primitif de l'ovaire, soit une localisation précoce ou non d'une affection générale (Hémopathie maligne) [28].

LE LYMPHOME DE BURKITT de localisation ovarienne infiltre toujours les 2 ovaires de la fillette [10].

LES RHABDOMYOSARCOMES EMBRYONNAIRES de l'enfant, LEIOMYOSARCOMES, MELANOMES PRIMITIFS [28].

VII/ Les tumeurs secondaires de l'ovaire ou tumeurs métastatiques

Ces tumeurs représentent environ plus de 15% de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire [6, 10]. Il s'agit de métastases ovariennes pouvant provenir de tout cancer. Les sièges primitifs les plus fréquents sont les cancers du corps utérin, du tube digestif, du sein, du col utérin.

Les métastases ovariennes d'un cancer de l'endomètre font discuter la localisation primitive (ovarienne ou utérine).

LA TUMEUR DE KRUKENBERG est bilatérale le plus souvent dans 80% des cas, elle est consécutive à un carcinome digestif avec fréquemment une localisation gastrique [10, 28].

VIII/ Les pseudo-tumeurs Il s'agit de :

- Dystrophie kystique ;
- Lutéose gravidique ou hyperthecose ;
- L'œdème massif de l'ovaire ;
- Endométriose ovarienne
- Kyste germinatif par invagination ou kyste par inclusion de l'épithélium de surface.

Ces types de tumeurs ne sont pas concernés par la présente étude donc ne seront pas envisagés.

EPIDEMIOLOGIE

1/ Incidence

Les tumeurs de l'ovaire sont une affection dont la fréquence est actuellement en augmentation. Le taux d'incidence est d'environ 10 pour 100 000 femmes par an dans les pays développés [6, 26, 28].

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

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

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

2/ Mortalité

Les tumeurs de l'ovaire représentent environ 5P.100 des causes de décès par cancer de la femme : Elles occupent ainsi le 5^e rang [28]. Le taux de mortalité augmente régulièrement entre 1 à 3 P.100 par an selon les pays. En France 2 500 à 300 décès par an sont enregistrés [6].

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

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

3/ Facteurs de risque

3-1/ ENVIRONNEMENT

Les tumeurs de l'ovaire sont plus fréquentes dans les pays à haut niveau socio-économique et à l'intérieur de ces pays, parmi les classes les plus favorisées [6, 26, 28].

3-2/ LES FACTEURS FAMILIAUX

Les antécédents familiaux de cancer de l'ovaire, le risque relatif est de 3 à 18 [28]. De même parmi les femmes ayant des antécédents familiaux de cancers, un groupe particulier très peu nombreux est représenté par une famille à cancer de l'ovaire.

On retrouve presque à chaque génération un cancer de l'ovaire ; le risque cumulé de cancer est très élevé et l'âge de survenue est plus précoce. Le mode de transmission semble être autosomique dominant à pénétrance variable [28].

3-3/ FACTEURS PERSONNELS

L'AGE

Les Tumeurs de l'ovaire sont rares avant la puberté et le cancer de l'ovaire se voit surtout chez la femme ménopausée. Il faut dire que les tumeurs de l'ovaire peuvent survenir à tout âge. 50 p.100 de ces tumeurs se voient entre 45 et 50 ans surtout dans les pays à haut niveau de vie

[26]. L'âge moyen de l'incidence des cancers de l'ovaire est de 59 ans ; la moyenne d'âge de mortalité par cancer de l'ovaire est de 65 ans.

FACTEURS ALIMENTAIRE

Dans les pays industrialisés les facteurs de risque tels que l'obésité, l'hypernutrition lipidique (consommation de graisse d'origine animale) ou un déficit en consommation de lipides insaturés sont discutés [6, 28].

FACTEURS MEDICAUX

L'Amiante et le talc, les inducteurs de l'ovulation, les Radiations ionisantes, les maladies infectieuses telles les infections ourliennes et rubeolique sont mis en cause.

FACTEURS GYNECO-OBSTETRICAUX

La contraception orale oestroprogestative semble diminuer de façon significative le risque de survenue d'un cancer de l'ovaire [6, 26, 28]. Cette protection est en relation avec la durée de la prise de contraceptifs.

La nulliparité et/ou la pauciparité seraient des facteurs de risque, de survenue des tumeurs de l'ovaire.

I/ Les signes d'appels

En dehors des complications et à l'exception des rares cas de tumeurs endocrines, les tumeurs de l'ovaire n'ont pas de symptomologie spécifique. Les signes d'appel sont longtemps discrets et le diagnostic des tumeurs de l'ovaire va se poser dans des circonstances variables.

Dans la forme habituelle, ce sont les douleurs pelviennes signes précoces et fréquents signalées dans 70 à 80% des cas [6, 22, 47] ; des troubles de règles telles qu'une aménorrhée ou une dysménorrhée, les hémorragies post-ménopausiques. L'augmentation du volume de l'abdomen se voit dans 22% des cas selon D'ARGENT [6]. L'ascite est retrouvée dans 30% des cas et sa constitution est de mauvais pronostic sauf dans l'exception syndrome de DEMONSTRATION.

Les signes de voisinage tels les troubles intestinaux, les troubles urinaires (dysurie, pollakiurie, rétention urinaire) ; les oedèmes des membres inférieurs ; une altération de l'état général peuvent se voir et occuper le devant de la scène.

Les tumeurs de l'ovaire peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen systématique (30% des cas) et c'est surtout le cas des tumeurs bénignes.

II/ Les formes cliniques

Au stade de découverte habituelle, l'examen clinique est habituellement suffisant pour affirmer la présence d'une masse annexielle. Dans certains cas la malignité semble évidente : Tumeur massive, infiltrante parfois bilatérale. La bénignité en revanche ne peut jamais être affirmé même en présence d'une tumeur unilatérale kystique et mobile. La plupart des tumeurs malignes de l'ovaire sont en effet kystiques au début de leur évolution.

1/ Kystes de l'ovaire cliniquement bénins

Eventualité la plus fréquente, ils se rencontrent à tout âge mais sont plus fréquents chez la femme jeune. Selon leur siège leur mobilité ou volume, plusieurs aspects cliniques sont classiquement décrits.

1-1/ LES KYSTES DE L'OVAIRE LIBRES

Les kystes pelviens : de volume inférieur à 15 cm de diamètre, entièrement logés dans le pelvis ils ne sont pas perçus à la palpation de l'abdomen. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal repère le col et le corps utérins souvent refoulés d'un côté. Dans un cul de sac vaginal latéral, on perçoit une masse arrondie, rénitente, mobile et indolore. Elle est

indépendante de l'utérus car séparée de lui par un sillon. Les mouvements imprimés à l'utérus ne sont pas transmis à la masse.

L'examen gynécologique doit se faire vessie et rectum vides. Mais toute masse pelvienne présentant ces différents caractères n'est pas toujours un kyste de l'ovaire.

L'hydrosalpinx, le fibrome pédiculé, la tumeur sigmoïdienne, les kystes méésentériques sont difficiles à éliminer. On admet qu'au premier examen, 15 à 30% des tumeurs ovariennes sont confondues avec d'autres masses pelviennes.

1-2/ Les kystes de l'ovaire fixes

Ils peuvent être fixés soit parce qu'ils sont inclus dans le ligament large ou enclavés dans le cul-de-sac de Douglas soit à cause des adhérences inflammatoires.

A l'examen, ils perdent leurs caractères essentiels qui sont leur individualité par rapport à l'utérus ainsi que leur mobilité. Leur diagnostic clinique avec le Fibrome est de ce fait très difficile nécessitant des examens spécifiques ou une laparotomie.

2/ Les tumeurs cliniquement malignes

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 tumeurs bilatérales.

2-1/ LES FORMES FRUSTES

Cliniquement muettes, parfois quelques douleurs pelviennes erratiques (signes révélateurs dans 80% des cas), quelques métrorragies irrégulières, une légère atteinte de l'Etat général sont les seuls signes d'alerte. Il y a là chez toute femme, à la cinquantaine, qui précise que son ventre a croit-elle augmenté de volume, un signe d'alarme pour le clinicien et un examen complet avec Toucher vaginal et toucher rectal sera fait.

Dans un second cas, il y a présence d'une tumeur abdomino-pelvienne, arrondie, régulière ou non, de consistance diverse et de volume variable, mobile ou fixée non douloureuse au palper. Au toucher vaginal, la tumeur est souvent bien individualisée par rapport à l'utérus plus tard si elle atteint un volume considérable elle se confond à lui.

Ici toutes les erreurs sont possibles d'autant plus que l'état général est très peu atteint.

2-2/ TUMEUR OVAIRIENNE ASSOCIEE A ASCITE

Elle s'observe dans trois conditions précises :

Tumeur et Ascite ont évolué de pair : Il s'agit généralement de malades chez qui la tumeur a été méconnue et qui subissent des ponctions répétées d'ascite.

Souvent le diagnostic de péritonite tuberculeuse ou de cirrhose du foie a été posé. Le diagnostic de syndrome tumoral ovarien est posé par :

- Le signe du glaçon à la palpation ;
- Le signe de Fourrestier à la percussion (la percussion lombaire est sonore dans les tumeurs et mate dans l'ascite chez une malade en position assise)
- L'examen gynécologique quand on y pense perçoit la tumeur de façon nette après ponction de l'ascite.

Tumeur s'associe à l'ascite : si généralement le clinicien cherche le syndrome de DEMONS-MEIGNS ; il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Parfois on rencontre cette association symptomatique dans les cas nets de tumeurs malignes de l'ovaire. Il existe alors habituellement de cellules néoplasiques dans l'épanchement pleural.

L'Ascite parait isolée : La recherche même après ponction de quelque chose de tumorale dans le ventre est négative. Ici tout se passe dans le fond du petit bassin. Il s'agit là le plus souvent de femmes âgées présentant le CANCER PRIMITIF BILATERAL OVARIEN : Petite tumeur dure, bilatérale dont le signe capital est le comblement du Douglas.

Au toucher vaginal il y a infiltration et blocage complet d'un Douglas cimenté ; induration sans limites précises remplissant les culs-de-sacs vaginaux. Le toucher rectal précise la prise du rectum dans cette gangue et son pseudo-retrécissement. Le petit bassin devient alors méconnaissable où tout est soudé, indissécable et hémorragique à la moindre manœuvre.

En résumé les signes de mauvais augure sont :

- Les douleurs vives (névralgies, sciatiques et obturatrices) ;
- L'amaigrissement avec œdème des membres inférieurs ;
- La présence d'une ascite surtout sanglante ou contenant des cellules néoplasiques ;
- La bilatéralité de la tumeur ;
- La fixité de la tumeur, des indurations vagues et surtout la prise du douglas ou du haut rectum et de la vessie ;
- Les métastases hépatiques, pulmonaires et ganglionnaires.

III/ Cas particuliers

1/ LE SYNDROME DE DEMONS-MEIGS

Décrit par DEMONS (1903) puis MEIGS (1937) il est constitué par l'association d'une tumeur ovarienne solide et bénigne, une ascite et un hydrothorax. La dissociation est possible : soit l'ascite est seule soit l'hydrothorax est seul.

Le tableau clinique est celui d'une malade qui consulte pour une ascite importante et récidivante associée à un épanchement pleural uni ou bilatérale général intarissable.

Les tumeurs les plus souvent rencontrées sont les fibromes et les thécomes. Cependant d'autres types de tumeurs peuvent se voir. Lorsque on y pense, la recherche et l'ablation de la tumeur entraîne une guérison immédiate.

2/ Syndrome de l'ovaire rémanent

On définit le syndrome de l'ovaire rémanent comme l'apparition chez une femme qui a une ovariectomie bilatérale, d'une formation pelvienne dont l'examen histologique confirme l'origine ovarienne [24].

Deux variétés nosologiques existent : celle d'un tissu ovarien délibérément laissé en place lors d'une annexectomie bilatérale chez une femme jeune (OVARIAN RESIDUAL SYNDROME) [24].

Cliniquement, l'ovaire rémanent se manifeste sous forme d'une formation tumorale associée à des phénomènes douloureux. Parfois la malade consulte pour une complication urologique de type obstruction urétérale. L'Echographie et le SCANNER sont d'un grand secours et posent le diagnostic de masse pelvienne.

L'histologie précisera la nature ovarienne de la néoformation après ablation chirurgicale de la tumeur. Certains auteurs proposent un traitement hormonal ou Radiothérapique visant à mettre l'ovaire au repos ou à supprimer son activité.

La cancérisation secondaire est possible [22, 24], mais rare car constitue 4% de l'ensemble des cancers de l'ovaire et 80% se découvrent plus de 5 ans après l'intervention [22]

LES COMPLICATIONS DES TUMEURS DE L'OVAIRE

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.

1/ Les compressions

- Compression de la vessie entraînant des troubles mictionnels : dysurie, pollakiurie, rétention urinaire ;
- Compression du rectum ;
- Compression des uretères avec pour conséquence une hydronéphrose ;
- Soit même une compression des vaisseaux pelviens responsable des troubles circulatoires ;
- Un envahissement néoplasique entraîne une atteinte des plexus nerveux source de douleurs vives.

2/ La torsion

Complication la plus fréquente, la torsion de la tumeur de l'ovaire réalise un syndrome abdominal aigu à point de départ pelvien. Le tableau associe des douleurs brutales avec vomissements parfois un état de choc avec sueurs froides

L'examen retrouve la douleur surtout pelvienne, une défense plutôt qu'une vraie contracture. LE TOUCHER VAGINAL peut retrouver le pôle inférieur d'un kyste très douloureux.

La torsion subaiguë entraîne des douleurs pelviennes brèves, spontanément résolutive pouvant s'accompagner de LIPOHTYMIE et de vomissements. L'examen clinique met en évidence une masse latéro-utérine douloureuse.

Le diagnostic le plus souvent évoqué est la grossesse extra-utérine, une péritonite ou une occlusion. Dans tous les cas, une Laparotomie s'impose.

3/ Les hémorragies et la rupture

Elles s'associent souvent à la torsion réalisant un tableau d'épanchement péritonéal avec douleur brutale et vive, une contracture généralisée des signes de choc, une douleur du Douglas au toucher vaginal, évoquant alors une Grossesse Extra-utérine (GEU) rompue.

La fissuration est en général asymptomatique. 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 (rupture des tératomes malins), des péritonites granulomateuses (rupture des kystes dermoïdes). La fissuration des

kystes muqueux est responsable d'une ascite muqueuse réalisant le mucopéritone ou ascite gélatineuse de PEAN : c'est le PSEUDO MYXOME DE WERTH.

4/ L'infection et la suppuration

Il s'agit d'une éventualité rare. C'est souvent le fait de kyste dermoïdes. L'infection peut être aiguë évoquant un PYOSALPINX (fièvre, frissons, altération de l'état général, polynucleose). Le mode de contamination septique peut se faire par voie hématogène lors d'une infection générale. La contamination peut se faire également par continuité lors d'une infection salpingienne ou une diverticulité colique. Le tableau réalisé est celui d'une pelvi-péritonite. Le traitement antibiotique étant insuffisant, une Laparotomie est nécessaire.

5/ Œdème aigu de l'ovaire

Très rare, il survient sur des tumeurs solides de l'ovaire principalement sur des fibromes de l'ovaire.

LES EXAMENS PARACLINIQUES

1/ L'échographie

Indispensable à l'heure actuelle, l'échographie permet :

- de confirmer l'origine ovarienne de la tumeur ;
- de donner des renseignements sur la structure de la tumeur ;
- d'affirmer parfois la malignité de la tumeur et de préciser son extension aux organes de voisinage.

Ainsi nous étudierons les différents aspects échographiques de la pathologie tumorale organique de l'ovaire.

Les tumeurs de l'ovaire peuvent présenter tous les aspects échographiques depuis la structure totalement transonique jusqu'à celui d'une masse pleine échogène. Pour une masse ovarienne on mesure la taille, on notera sa forme spécifique ou polylobée, l'aspect des parois fines ou épaisses régulières ou non la présence d'éventuelles cloisons fines ou épaisses voire des végétations. On étudiera le contenu liquidien pur ou finement échogène ou même franchement échogène on notera la présence de zone calcifiée (plages très échogène survie d'une ombre postérieure). La recherche d'ascite d'adénopathies de métastase hépatiques d'uretero-hydronephrose doit être systématique

2/ L'imagerie par résonance magnétique

Ce examen a un double intérêt : c'est le diagnostic de la tumeur ovarienne en précisant de façon très nette, les limites de la dite tumeur, la mise en évidence s'il y en a des avènements de contiguïté des tumeurs malignes.

3/ Examens radiologiques

3.1. ASP Abdomen sans préparation : Il permet de montrer l'existence des calcifications intratumorales. Les structures embryonnaires (dents, os) évoquant ainsi le diagnostic des kyste dermoïdes de l'ovaire.

3.2/ L'hysterosalpingographie

C'est un examen qui a perdu du terrain depuis l'avènement de l'échographie. Le produit de contraste hydrosoluble passe dans la péritoine et cerne la tumeur, ou lorsque le produit passe dans la trompe celle-ci s'étire et vient cercler la lésion ovarienne.

L'intérêt de cet examen radiologique est surtout la recherche de néoplasme intra-utérin associé à la tumeur de l'ovaire.

4/ Cœlioscopie

Elle restera indiquée et sera surtout intéressante lorsque l'échographie ne sera pas formelle et si l'on doute de l'organicité de la lésion. Elle élimine les lésions non ovariennes, confirme la tumeur de l'ovaire et tente de trouver le diagnostic étiologique ; enfin elle permettra de réaliser les ponctions et les biopsies percoelioscopiques.

5/ Les dosages hormonaux

Ce bilan biologique concerne surtout les tumeurs endocrines de l'ovaire. Le diagnostic de syndrome tumoral est posé par les examens échographiques et parfois coelioscopiques, le syndrome endocrinien fera l'objet de hormonaux qui seuls feront le diagnostic certain des tumeurs endocrines de l'ovaire.

Les marqueurs tumoraux.

On distingue principalement 3 marqueurs de cancers de l'ovaire le CA 125, le CA 19-9 l'ACE [36] seul le CA 125 s'est primordial car significativement augmenté quelque soit le type histologique [21b 28-36]. On considère qu'un taux supérieur à 35 μ /ml est significatif et le taux est proportionnel à la taille de la tumeur et au degré de différenciation (moins la tumeur est différenciable plus le taux est augmenté).

D'où Malkasaian et coll [36] un taux de CA 125 supérieur à 65 μ /ml à une valeur prédictive de malignité dans 98% des cas de taux bas n'a une valeur prédictive de bénignité dans 72% des cas.

NB : Le taux de CA 125 peut s'élever en cas d'autres cancers (col, endomètre tube digestif).

Bilan d'extension des cancers de l'ovaire

Les cancers de l'ovaire sont souvent de haute malignité envahissant non seulement les organes de voisinages mais peuvent également se métastaser à distance. Ce bilan d'extension à aussi bien un but thérapeutique que pronostique.

1/ L'urographie intra-veineuse (UIV)

Donne des renseignements concernant le retentissement sur le haut appareil urinaire, de même le refoulement, la compression et/ou la sténoses des urètres (l'uretero-hydronephrose).

2/ Le lavement

Apprécie le retentissement sur le rectum et recherche une lésion primitive du côlon.

3/ Radiographie du thorax

A la recherche de métastases pulmonaires

4/ La lymphographie

La fréquence des métastases ganglionnaires dans les cancers de l'ovaire est bien connue. Deux signes sont notés dans la sémiologie lymphographique [6] :

- L'existence d'une lacune ganglionnaire de taille variable non traversée le premier jour de la lymphographie par des cancers lymphatiques ;
- Le blocage lymphatique avec l'exclusion ganglionnaire et circulation collatérale.

5/ Tomodensitométrie (scanner)

C'est l'un des meilleurs examens paracliniques pour bien apprécier l'extension des cancers au terme de ce bilan diagnostique et pronostique un seul attitude s'impose : c'est laparotomie exploratrice qui permet l'identification des lésions suivant la classification internationale de FIGO.

6/ Examen biologique et cytologique du liquide tumoral

Les tests biologiques des liquides de kystes de l'ovaire seraient possible pour distinguer les kystes fonctionnels des kystes organiques [16]. Ces tests biologiques portant sur le dosage des antigènes CA 125, CA 19-9 et l'ACE, l'estradiol et la progestérone dans le liquide des kystes, sont capables de différencier les kystes avec 93% de sensibilité et 95% de spécificité et que 20% des tumeurs liquidiennes de l'ovaire sont des kystes fonctionnels persistants [16].

La faible sensibilité (26%) et la valeur prédictive négative (76%) de l'examen cytologique du liquide tumoral empêche l'utilisation de cet examen dans la distinction entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de l'ovaire [34].

Traitement

Le traitement des tumeurs de l'ovaire est différent selon qu'il s'agisse de tumeur bénigne ou de tumeur maligne.

Malheureusement cette distinction qui constitue la première étape à franchir avant toute décision n'est pas toujours évidente. De même le secours de l'histologiste pour un examen extemporané manque le plus souvent au cours de l'acte chirurgical.

La connaissance des critères microscopiques en faveur de la bénignité ou de la malignité est indispensable tout en sachant que aucun n'a de valeur absolue la voie d'abord chirurgicale doit être large. Cette laparotomie permettra de faire un bilan complet de la cavité abdomino-pelvienne, des ganglions paraaortiques du foie et des coupes diaphragmatiques.

Toute tumeur après son ablation doit être sérieusement examinée, disséquée et envoyée pour un examen anatomo-pathologique.

Le liquide péritonéal sera prélevé pour l'analyse cytologique avant toute mobilisation. Les indications thérapeutiques dépendant [6-21a 26].

- de la nature de la tumeur
- de l'âge de la patiente
- du désir de procréation
- de la taille de la tumeur de son clivage possible ou non de l'uni ou de la bilatéralité de la tumeur
- de l'état général de la patiente.

METHODOLOGIE

CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital National du Point G.

A) Présentation du service de gynéco obstétrique du CHU du Point G ;

1) Historique :

La première pierre de l'hôpital du Point G a été posée en 1906 et l'hôpital inauguré en 1912. C'était un hôpital militaire : la seule formation sanitaire du Haut Sénégal – Niger.

L'actuelle maternité représentait :

- à l'étage le pavillon des officiers ;
- au rez – de – chaussée, l'administration.

La maternité était intégrée dans la structure des services de chirurgie. Les interventions chirurgicales gynéco – obstétricales étaient pratiquées par des chirurgiens non gynécologues dans les différents services.

En 1980, les services de chirurgie ont été scindés en chirurgie A, B, C et D (urologie) et le service de gynécologie est devenu autonome. La maternité fut dotée d'un bloc opératoire en 1983 avec l'arrivée des premiers gynécologues obstétriciens maliens.

2) Structure actuelle du service de Gyneco-obstétrique(voir organigramme)

Le service comporte actuellement plusieurs sections et unités qui sont :

Les sections :

- La Section Recherche et Formation,
- La Section Chirurgie.

Il existe également la section Gynécologie avec ses différentes unités :

- L'unité Fertilité,
- L'unité Oncologie,
- L'unité planification familiale et post natale,
- L'unité consultation externe.

Pour la section obstétrique : nous avons :

- L'unité accouchement / suites de couches pathologiques,
- L'unité grossesse à risque,
- L'unité bloc opératoire,
- L'unité hospitalisation.

Chaque unité est dirigée par un chef d'unité qui rend compte au chef de service.

Le service compte :

- Gynécologues obstétriciens = 2 dont le chef de service.
- Médecin généraliste à tendance chirurgicale : 1
- Infirmier d'Etat = 1
- Infirmières obstétriciennes = 2
- Assistant médical = 1
- Technicien supérieur de santé = 1
- Technicien de santé = 1
- Aide soignante = 2
- Sage femme = 10
- Garçons de salles = 4
- Les étudiants faisant fonctions d'internes

Nous avons 9 salles et 28 lits.

- Les gardes du service sont assurées par une équipe comprenant :
 - Un médecin à tendance chirurgicale,
 - Deux étudiants en Médecine faisant fonction d'interne,
 - Une sage femme,
 - Une aide soignante,
 - Un Technicien supérieur en anesthésie
 - Un instrumentiste (Aide de bloc opératoire),
 - Un garçon de salle assurant la propriété permanente du service.

Cette équipe dispose de 2 tables d'accouchement, 1 bloc opératoire fonctionnel, un stock de sang et un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences gyneco-obstétricales.

Période d'étude

Durant la période allant du 1^{er} Janvier 2004 au 30 octobre 2005, 74 patientes porteuses de tumeur de l'ovaire ont été recensées dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Universitaire du Point-G.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective.

Echantillonnage

a) Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été :

- Toute tumeur organique de l'ovaire confirmée à la laparotomie n'ayant pas fait l'objet d'un examen histopathologique mais dont le diagnostic macroscopique ne peut prêter à confusion avec d'autres tumeurs ;
- Toute tumeur de l'ovaire confirmée par l'examen histopathologique de la pièce opératoire.

b) Les critères de non inclusion

Ne font pas partir de notre étude :

- Les pseudo tumeurs de l'ovaire ;
- Les pyo-ovaires ;
- Les tumeurs pelviennes dont l'origine n'a pas été déterminée ;
- Les kystes fonctionnels.

Collecte de données

Les données ont été recueillies à partir :

- Des registres de consultation externe ;
- Des dossiers d'hospitalisation ;
- Des registres de protocole opératoire ;

Après diagnostic clinique et confirmation par les examens paracliniques (échographie, laparoscopie), les patientes ont été enregistrées sur une fiche d'enquête individuelle. La majorité des tumeurs de l'ovaire diagnostiquées a subi une laparotomie.

A part les urgences, toutes les patientes programmées ont bénéficié d'un bilan préopératoire minimum :

Groupage rhésus, une numération de la formule sanguine (NFS), un bilan de la crase sanguine (temps de saignement, temps de coagulation ou temps de céphaline-kaolin), azotémie, la glycémie, une consultation anesthésiologique.

Traitement des données

Les données ont été saisies sur Word 2000 et analysées sur le logiciel Epi info version 6.

RESULTATS

Tableau IV : Fréquence des Tumeurs de l'ovaire par rapport aux autres tumeurs du tractus génital de janvier 2004 à octobre 2005

Pathologie	Effectif	%
Fibromes	96	34,9
Cancer du col	91	33
Tumeur de l'ovaire	74	26,9
Tumeur du sein	14	5

Tableau V : Fréquence des différentes pathologies dans le service de gynécologie et d'obstétrique de janvier 2004 à octobre 2005.

Pathologies	Nombre	%	
Anomalies de la grossesse et de l'accouchement	Césarienne	447	36,63
	Pathologies de la grossesse	203	16,63
	Rupture utérine	24	1,96
	Béance cervico- isthmique	25	2,04
	Menace d'avortement	14	1,14
Lésions organiques du col	Cancer du col	86	7,04
	Dysplasie du col	05	0,40
Infections génitales	84	6,88	
Fibrome	96	7,86	
Tumeur de l'ovaire	74	6,06	
Infécondité d'origine tubaire	63	5,16	
Tumeur du sein	14	1,14	
GEU	46	3,77	
Prolapsus	39	3,19	
Total	1220	100%	

Caractéristiques socio démographiques des patientes

Tableau VI : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	%
18 ans	3	4.05
19-50 ans	57	77.02
>50 ans	14	18.93
Total	74	100

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectifs	%
Nullipare	4	5,4
Primipare	7	9,4
Paucipare	34	45,94
Multipare	20	27.02
Grande multipare	9	12
Total	74	100%

- Nullipare = parité nulle ;
- Primipare = 1
- Paucipare = parité égale à 2 et 3 ;
- Multipare = parité comprise entre 4 et 6 ;
- Grande multipare = supérieur à 6.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectifs	%
Primigeste	11	14,86
Paucigeste	34	45,9
Multigeste	20	27,02
Grande multigeste	9	12
Total	74	100

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de l'état physiologique

Etat physiologique	Effectifs	%
Activité génitale	59	79.72
Ménopause	15	20.27
Total	74	100

Tableau X : Répartition des patientes selon état matrimonial

Etat matrimonial	Effectifs	%
Mariée	57	77.02
Célibataire	17	22.97
Total	74	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectifs	%
Milieu urbain	61	82.43%
Milieu rural	13	17.56%
Total	74	100%

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'ethnie :

Ethnie	Effectifs	%
---------------	------------------	----------

Bambara	19	25.67
Peuhl	18	24.32
Sarakolé	10	13.51
Malinké	9	12,16
Sonraï	7	9,45
Dogon	5	6,75
Sénofo	4	5,40
Bozo	3	4,04
Total	74	100%

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	%
Ménagère	42	56.75
Fonctionnaire	12	16.21
Artisan	11	14,86
Commerçante	9	12,16
Total	74	100%

Aspects cliniques

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les principaux motifs de consultation

Motif de consultation	Effectifs	%
PELVIALGIE	54	72.97
AUGMENTATION DU VOLUME DE ABDOMEN	26	35.13
METRORRAGIE	8	10.81
Cycles irréguliers	10	13.51
ASCITE	12	16.21
STERILITE SECONDAIRE	6	8.10
LEUCORRHEE	24	32.43
DYSPAREUNIE	15	20.27

Tableau XV : Pathologies tumorales associées.

Pathologie tumorale	Effectif
Fibrome utérin	5
Adénocarcinome de l'endomètre	1
Carcinome malpighien peu mature du col	1
Total	7

Résultat échographique

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction des différentes images échographiques

Tableau XVI-a : Contour des Tumeurs.

Contours	Nombre	%
Réguliers	62	83.78
Irréguliers	12	16.2

Tableau XVI-b : Echostructure des Tumeurs.

Echostructure	Nombre	%
Homogène	57	77.02
Hétérogène	17	22.97
Solide	33	44.59
Liquide	41	55.4

Tableau XVI-c : Taille des Tumeurs.

Taille	Nombre	%
= 60mm	5	6,75
>60mm	69	93.24

Tableau XVII : Spécificité de l'examen échographique dans la détermination de la nature de la tumeur.

Nature de la tumeur	Nombre	%
Déterminée	15	20.27
Non déterminée	59	79.72
Total	74	100

RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du type histologique

TYPE HISTOLOGIQUE	EFFECTIFS	%
KYSTE SEREUX	32	43.89
KYSTE DERMOÏDE	18	24.32
KYSTE FIBREUX	2	2.7
ADENOFIBROME ENDOMETRIOÏDE	1	1.35
FIBROME	3	4.05
TUMEUR DE BRENNER	1	1.35
CARCINOME SEREUX	5	6.75
CARCINOME INDIFFERENCIE	2	2.7
CARCINOME PEU DIFFERENCIE	1	1.35
LYMPHOME LYMPHOBLASTIQUE	2	2.7
LYMPHOSARCOME	2	2.7
NON PRECISE	5	6.75
TOTAL	74	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la classe histologique :

Classe histologique	Nombre	%
Tumeur épithéliale commune	42	56.75
Tumeur germinale	18	24.32
Tumeur du mésenchyme et cordon sexuel	5	6.75
Tumeur des tissus non spécifiques	2	2.7
Tumeur secondaire	2	2.7
Tumeur de classe non précisée	5	6.75
Total	74	100%

Tableau XX : Répartition des patientes selon la nature de la tumeur :

Nature de la tumeur	Nombre	%
Bénin	57	77.02
Malin	12	16,21
Non précisée	5	6.75
Total	74	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le siège uni ou bilatéral de la tumeur

Siège de la tumeur		Nombre	%
Unilatérale		60	81.08
Bilatérale	Kystes dermoïdes	07	18.92
	Kystes séreux	04	
	Lymphomes lymphoblastiques	01	
	Carcinome	01	
	Carcinome indifférencié	01	
Total		74	100

Tableau XXII : Répartition de la nature de la tumeur en fonction de l'âge des patientes

Tranche d'âge	Tumeur bénigne		Tumeur maligne		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
18	3	4,34	0	0	3	4,35
19-50	47	68,11	5	07,24	52	75,36
>50	7	10,14	7	10,14	14	20,29
Total	57	82,77	12	17,23	69	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du stade de la tumeur

STADE	NOMBRE	TUMEURS OVARIENNES
STADE 1	9	CARCINOME INDIFFERENCIE
		CARCINOME SEREUX
		LYMPHOLME LYMPHOBLASTIQUE
STADE 2	1	CARCINOME PEU DIFFERENCIE
STADE 4	2	LYMPHOSARCOME
		LYMPHOBLASTIQUE
TOTAL	12	

Stade 1 : lésions limitées aux ovaires

Stade 2 : tumeurs avec extension pelvienne

Stade 3 : tumeurs avec extension abdominale en dehors du petit bassin, même microscopiques, foie exclu.

Stade 4 : atteinte hépatique ou sus-diaphragmatique

Tableau XXIV : Tableau récapitulatif des tumeurs de l'ovaire

Type histologique	Nombre	%	Classes histologiques	Nature
Kyste séreux	32	43,24	Tumeur épithéliale commune	Bénigne
Adénofibrome endométriöide	1	1,35	Tumeur épithéliale commune	
Tumeur de Brenner	1	1,35	Tumeur épithéliale commune	
Fibrome	3	4,05	Tumeur du mésenchyme et du cordon sexuel	
Kyste fibreux	2	2,7	Tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel	
Kyste dermoïde	18	24,32	Tumeur germinale	
Carcinome	5	6,75	Tumeur épithéliale commune	Maligne
Carcinome peu différencié	1	2,35	Tumeurs épithéliales communes	
Carcinome indifférencié	2	2,7	Tumeurs épithéliales communes	
Lymphome lymphoblastique	2	2,7	Tumeur du tissu mou non spécifique	
Lymphosarcome lymphoblastique	2	2,7	Tumeur secondaire	

ATTITUDES THERAPEUTIQUES**Tableau XXV : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DES ATTITUDES THERAPEUTIQUES**

Méthodes Chirurgicales	Nombre	%
kystectomie	31	41.89
ovariectomie	16	21.62
annexectomie	14	18.91
Hystérectomie totale +annexectomie totale	13	17.56
Abstention thérapeutique	4	5.40
Total	74	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

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

Notre étude a porté sur les seules tumeurs organiques de l'ovaire comme définies précédemment [6]. Nous avons essayé de faire une description des tumeurs organiques de l'ovaire rencontrées dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National du Point G sur une période de 22 mois. Nous nous sommes basés sur les critères de l'examen anatomopathologique.

A/ La fréquence des tumeurs dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU du Point G.

La fréquence des tumeurs de l'ovaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Point G est de 6,06 en considérant toutes les pathologies gynécologiques obstétricales. Ce taux est légèrement supérieur à celui de TRAORE [52] qui est de 3,8% (étude portant également sur les tumeurs de l'ovaire).

Cette fréquence s'élève à 26,9 en considérant seulement les pathologies du tractus génital. Nous remarquons que les tumeurs de l'ovaire viennent en troisième position après le fibrome et le cancer du col ; nos constatations rejoignent l'affirmation de certains autres auteurs, [6, 26, 28, 41].

B/ Les caractéristiques socio démographiques

1/ Age

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

L'âge moyen de nos patientes est de 34 ans.

81,02 de nos patientes ont moins de 50 ans.

Notre série est constituée dans sa majorité d'une population jeune.

Nous n'avons pas trouvé de tumeurs de l'ovaire chez les enfants ; ces résultats sont confirmés par d'autres auteurs africains [47, 49]

2/ Parité

Les patientes paucipares constituent la majorité de l'échantillon avec un taux de 45,94. Des auteurs sont d'accord sur le rôle de la faible parité dans la survenue des tumeurs de l'ovaire [6, 28, 47] ; nos taux faibles de parité représentent 64,8% de l'échantillon (nullipares, primipares et paucipares).

3/ Période de la vie génitale

Dans notre service les patientes en activité génitale prédominent, avec 79,72 % des cas ; les femmes ménopausées représentent 20,2% des cas ; nos résultats concordent avec ceux de TRAORE O. [52] qui a eu un taux de 83, 3%. Ceci s'explique par le fait que la majeure partie de nos patientes étaient jeunes.

4/ Etat matrimonial

Dans la littérature [26] nous avons trouvé que le taux de tumeur de l'ovaire semble plus élevé chez les femmes célibataires ; notre échantillon est constitué de 77,02% de femmes mariées. Les études africaines [17, 35, 47, 49, 52] confirment ces résultats (avec un taux de 70 à 80%). La différence des résultats des études africaines et des études européennes, nous semble en rapport avec la pratique de mariage précoce en Afrique.

5/ Profession

56,75% de nos patientes sont des ménagères ; d'autres auteurs [6, 26, 28] trouvent une plus grande fréquence des tumeurs de l'ovaire chez des populations à haut niveau de vie socio-économique. Ce paramètre donne une idée sur le niveau de vie de nos patientes, mais ne pourrait correctement le définir.

6/ Résidence

La prédominance est urbaine (82,43%) ; ce résultat est influencé par le lieu de recrutement.

7/ Antécédents

Nous n'avons retrouvé aucun antécédent (personnel et familial) de tumeur de l'ovaire chez nos patientes. Un rôle de protection est conféré aux oestroprogestatifs par différents auteurs [6, 26, 28], s'ils sont utilisés longtemps.

Nous avons noté que 86,24% de nos patientes n'ont jamais utilisé ces médicaments. Par contre 8,10% de nos patientes ont reçu un inducteur d'ovulation.

Ce produit est cité par certains auteurs comme facteur favorisant la survenue des tumeurs de l'ovaire.

C/ Circonstances de découverte

Les douleurs pelviennes ont été les plus fréquentes ont été :

- - douleurs pelviennes avec 72,9% :
- - augmentation du volume de l'abdomen avec un taux de 35,13% ;
- - métrorragie avec 13,51%.

D/ Résultats échographiques

74 de nos patientes, soit 100%, ont bénéficié d'une échographie avec des images échographiques différentes.

Les contours des tumeurs étaient réguliers chez 83,78% de nos patientes.

L'échostructure était homogène chez 77,02% de nos patientes et hétérogène chez 29,97%.

Chez 20,27% de nos patientes on a reçu un examen détaillé de la tumeur ovarienne (le type histologique a été déterminé). Par contre dans 79,72% l'examen échographique n'a pas été spécifique dans la détermination de la nature de la tumeur.

Notre taux est nettement inférieur à celui de Bachard I. [53] (thèse portant sur 256 cas de tumeurs de l'ovaire en Tunisie) qui a trouvé une spécificité de 95,4%, et à ceux publiés dans la littérature [28-44] dont le taux varie entre 80-89%.

Cette spécificité est bonne et certaines raisons peuvent expliquer cette situation. En effet, la qualité de l'examen échographique est fonction des paramètres suivants :

- 1- Les conditions optimales d'examen (la bonne réplétion vésicale) ;
- 2- Une bonne définition des images ;
- 3- Un échographiste expérimenté.;

La bonne spécificité de l'échographie peut fournir des renseignements importants sur la tumeur à explorer et peut orienter l'indication thérapeutique [1-9-11-13-16].

E/ Résultats anatomopathologiques

.L'étude anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire a concerné 69 patientes qui ont bénéficié d'un examen histologique de leur tumeur.

Ainsi nous avons enregistré en nombre absolu 74 tumeurs de l'ovaire.

Sur les 69 types histologiques 12 sont des tumeurs malignes soit 14,86%.

78,37% des tumeurs étaient bénignes. Le taux de tumeurs bénignes dans notre étude est proche de ceux de nombreux auteurs. [6, 26, 36, 44, 46, 47, 49] La très grande fréquence des tumeurs bénignes s'explique par le fait que nous avons rencontré beaucoup plus de kystes séreux bénins 43,89%, et de kystes dermoïdes bénins (24,32%) qui sont les types histologiques les plus fréquentes [6, 10, 21, 36, 44, 47, 52].

Les types histologiques rares et bénins de notre série sont les tumeurs de Brenner [2, 10] avec un taux 1,35% et l'adenofibrome endometrioïde, avec un taux 1,35% ; nos résultats sont comparables à ceux de TRAORE [52] qui a trouvé un taux de 2,7%.

Notre taux de fibrome de l'ovaire est de 4,05%, alors que les fréquences rapportées par les auteurs sur cette variété sont variables : 1,36 pour VILAN Ababacar [49], 3,12% pour TRAORE N. [47], 10% pour PINET C. [36], 7,95 pour TRAORE O. [52].

Dans notre étude, les tumeurs malignes sont essentiellement constituées par les carcinomes (10,8%), qui sont les types histologiques les plus fréquents.

Nous avons rencontré :

- Les Carcinomes avec un taux de 6,75 % ;
- Les Carcinomes indifférenciés avec un taux de 2,7% ;
- Les Carcinomes peu différenciés avec un taux 1,35%.

La revue de la littérature [6-21 26 28 35 36 41 49] trouve une fréquence élevée du cystoadenocarcinome séreux.

Les types histologiques rares et malins de notre série sont :

- Lymphome lymphoblastique avec un taux de 2,7 % ;
- Lymphosarcome lymphoblastique à localisation secondaire dans notre série avec un taux de 2,7 %.

Dans notre étude nous avons pu définir cinq classes histologiques.

Les tumeurs épithéliales communes représentent 56,75% de l'ensemble des tumeurs. C'est la classe la plus fréquente des tumeurs. Ceci est confirmé par d'autres auteurs [10-26-28 41 48 49] dont le taux varie de 60 à 80% de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire. Ces résultats s'expliquent par le fait que cette catégorie comprend les kystes séreux, les carcinomes ovariens la tumeur de Brenner, et l'adenofibrome endometrioïde

Les tumeurs germinales dans notre série viennent après les tumeurs épithéliales communes, avec un taux de 22,97%. Elles sont essentiellement constituées de kystes dermoïdes. Notre observation se rapproche de celle de nombreux auteurs [6, 10 26 28 49] qui estiment ce taux entre 10-20% .

Les tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel elles, sont essentiellement composées de fibromes ovariens et de kystes fibreux dans notre série ; le taux est de 6,75 % ; ce taux est très variable selon les auteurs [26-36-47 49].

Les tumeurs du tissu mou non spécifiques sont représentées dans notre étude par le lymphome lymphoblastique avec un taux de 2,7%, une variété rare [10 25].

Les tumeurs secondaires (métastatiques) : sont représentées par le lymphosarcome lymphoblastique. Selon la littérature, ces tumeurs constituent 15-20% de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire [6-20-26 49] en Europe.

Les types histologiques de notre série dans cette association ont été, par ordre de fréquence, les kystes séreux avec un taux de 43,24% suivies de kystes dermoïdes avec un taux de 24,32%. Certains auteurs [6] classent les kystes dermoïdes avant les kystes séreux.

En ce qui concerne le stade des tumeurs malignes de l'ovaire, 12 patientes ont développé une tumeur maligne ; 9 patientes avaient un stade I une patiente avait un stade II ; 2 patientes avaient un stade III. Les métastases étaient plutôt digestives et péritonéales. Ces métastases s'expliquent par le fait que la majeure partie de nos patientes consultent tardivement.

F/ Les moyens thérapeutiques

94,59 des patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical exclusif (sans traitement adjuvant). Le traitement chirurgical a été dans la mesure du possible une chirurgie d'exérèse de la tumeur et d'autres organes tels l'utérus, les annexes et l'épiploon si nécessaire. Nos taux se rapprochent de ceux de certains auteurs [35 47 49] qui trouvent 80-95% d'intervention chirurgicales réalisées. Nos attitudes thérapeutiques n'en diffèrent pas moins selon revue de la littérature [5 ; 6 ; 18 ; 21a ; 21b ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 36 ; 41 ; 44]. Le traitement chirurgical semble le plus indiqué en matière de tumeur de l'ovaire.

L'abstention chirurgicale a été observée chez 4 patientes de notre série du fait de lésions tumorales très étendues et du mauvais état générale de ces patientes.

La polychimiothérapie n'a pas été utilisée chez nos patientes comme traitement adjuvant par faute de moyens

Nous ne disposons pas de radiothérapie dans notre pays dans le traitement des tumeurs de l'ovaire. La majorité des auteurs [6 21a 21b 25 28 29 36 44] tendent vers une attitude commune, la chirurgie exclusive en cas de tumeur bénigne, une triple association chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie en cas de tumeur maligne.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au cours de notre étude dans le Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Universitaire du Point-G, nous avons constaté que :

1- Les tumeurs de l'ovaire représentent 6% de l'ensemble des pathologies rencontrées dans le service, et 26,9 si l'on considère seulement les pathologies du tractus génital.

2- La population touchée présente les caractéristiques suivantes :

- Le jeune âge ;
- La faible parité ;
- L'absence d'antécédent particulier ;
- L'apparition de la pathologie pendant la période de la vie génitale active et la ménopause ;
- La non utilisation des oestroprogestatifs.

3 - L'existence d'un polymorphisme anatomopathologique : on distingue une fréquence élevée des tumeurs bénignes essentiellement constituées de kystes séreux et de kystes dermoïdes. Les tumeurs malignes sont peu représentées, dominées par les carcinomes ovariens.

Deux principales classes histologiques sont rencontrées : les tumeurs épithéliales communes et les tumeurs germinales, avec une très grande fréquence des premières. Les tumeurs secondaires sont rares ; on voit apparaître le lymphome lymphoblastique ovarien, type histologique rare.

4 - L'échographie est examen clé du diagnostic, elle est indispensable. On remarque qu'elle est très sensible mais de moindre spécificité. Malgré tout elle est à l'heure actuelle irremplaçable dans le diagnostic des tumeurs ovariennes.

5- Le traitement chirurgical reste le traitement de base des tumeurs de l'ovaire ; d'indication large, il est le moyen thérapeutique de premier choix. Il est complété par la chimiothérapie et la radiothérapie, si l'indication s'impose.

Recommandations

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

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

2 – Au personnel socio sanitaire : gynécologues et sages femmes

- Protéger les jeunes femmes célibataires non désireuses de grossesse et, en absence de contre indication, par les oestroprogestatifs cela en collaboration avec le service de planification familiale.
- Inciter les femmes à venir consulter au moins une fois par an, afin de dépister les tumeurs précocement et de faire une prise en charge rapide.

3 A la direction du C.H.U. du Point G :

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 – Audra P., Dargent D., Akiki S., Lane Y., Malvotib., Rebaud A.

Ponction écho guidée des kystes de l'ovaire. Possibilités et limites.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1991, 86 : 672-5.

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

La tumeur de Brenner à propos de 3 cas récents.

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

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

Embryologie de l'appareil génital féminin.

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

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

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

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

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

Tumeurs endocrines de l'ovaire.

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

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

Tumeurs non endocrines de l'ovaire.

Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Gynécologie, 680 B¹⁰, 11-1985, 22p.

7 – Borel P.

Le syndrome échographique ovarien.

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

8 – Boubili L., Durbec I., Mollard P. et al :

Le traitement conservateur du cancer de l'ovaire.

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

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

Le traitement coeloscopique des kystes ovariens. Indications technique. Résultats à propos de 650 cas.

Chir. 1991 ; 117 : 390-7.

10 – Cabane F., Bonenfant J.L.

Ovaire.

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

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

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

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

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

Complications de la coelio-chirurgie gynécologique. Etude multi centrique à partir de 7604
coelioscopies.

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

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

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

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

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

Benefit of operative laparoscopy for ovarian tumors suspect of benignity

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

15 – De Gramont A., Marpeau L., Demuynck B. et al :

Résultats de la chimiothérapie intra péritonéale du cancer de l'ovaire.

J. gynécol. obstét. biol. reprod ; 1991, 20 : 387-392.

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

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

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

17 – Doumbia Y.

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

Thèse méd., Bamako (Mali) 1986.

18 – El Mansouri A., Aderdour M.

Cancer de l'ovaire et grossesse.

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

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

Tumeurs de l'ovaire et grossesse.

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

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

Chirurgie per coelioscopique des kystes ovariens.

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

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

21 – Jean- Bernard Truc

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

Rév. Prat. (Paris), 1990 40, 4.

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

Rév. Prat. (Paris), 1990 40, 4.

22 - Jean V.

Les tumeurs malignes primitives et secondaires de l'ovaire

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

23 - Kamina P.

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

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

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

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

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

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

Lymphome mailn non hodgkinien à localisation ovarienne primaire.

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

26 - Lansac J., Lecomte P.

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

Thèse de Doctorat en médecine soutenue par DICKO Boubacar

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

E., Kaufman pH. , Dauplat J.

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

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

28 - Les tumeurs malignes de l'ovaire.

Revue du praticien (Paris), 1989, 39.

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

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

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

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

Le traitement cœlioscopie des kystes ovariens.

Indication, technique, résultats.

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

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

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

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

Pelviscopic treatment of ovaire Cysts in premenopausal women.

Gynecologic and obstetric investigation, 1992 ; 32 : 36-42.

33 - Merger R., Lévy J., Melchior J.

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

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

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

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

35 - Ngoma P.

Contribution à l'étude des cancers ovariens à Dakar (60 cas de 1959 à 1969).

Thèse Med ; Dakar (Sénégal), 1971.

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

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

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

37 - Poitier A.

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

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

38 - Querleu D.

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

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

Gynécologie, 680 A²⁰, 1992, 6P.

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

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

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

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

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

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

41 - Rakar S., Rainer S.

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

Actualités gynécologiques, 1986, 17 : 147-153.

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

La chimiothérapie intra péritonéale pour adénocarcinome ovarien : pharmacocinétique du cisplatine

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

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

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

44 - Robert H. Williams

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

45 - Tay SK., Tan YY.

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

46 - Traoré B.

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

Thèse Med ; Bamako (Mali), 1986.

47 - Traoré M. N.

Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire en milieu Hospitalier Bamakois (à propos de 38 cas).

Thèse Med ; Bamako (Mali), 1986.

48 - Varangot J.

Classification générale des tumeurs ovariennes.

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

49 - Vilane A.

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

Thèse Med., Dakar (Sénégal), 1975.

50 - Vuillard E, Taboury J.

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

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

Les traitements intrapéritonéaux des tumeurs de l'ovaire.

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

52 – Traoré O.

Etude épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire à propos de 38 cas.

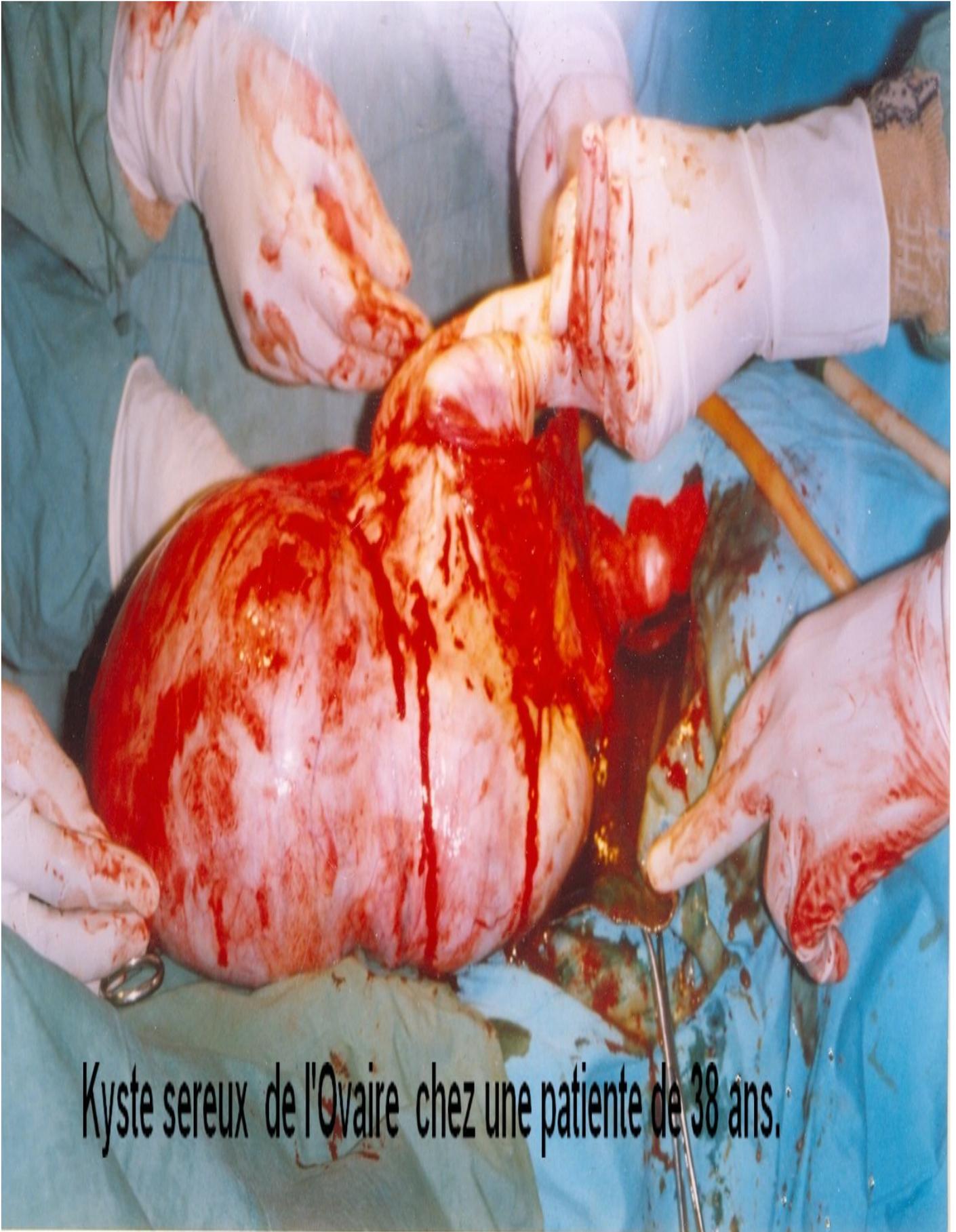
Thèse de médecine, Bamako. M-33 1995.

53 – Bachard I.

Etude des tumeurs de l'ovaire, à propos de 256 cas

Thèse de médecine 2000 Tunis, Tunisie.

ANNEXES



Kyste sereux de l'Ovaire chez une patiente de 38 ans.

Photo 1

**Kyste Hémorragique de l'ovaire Gauche + Kyste sereux de l'Ovaire Droit.
Chez une Patiente de 56 Ans.**



Photo 2

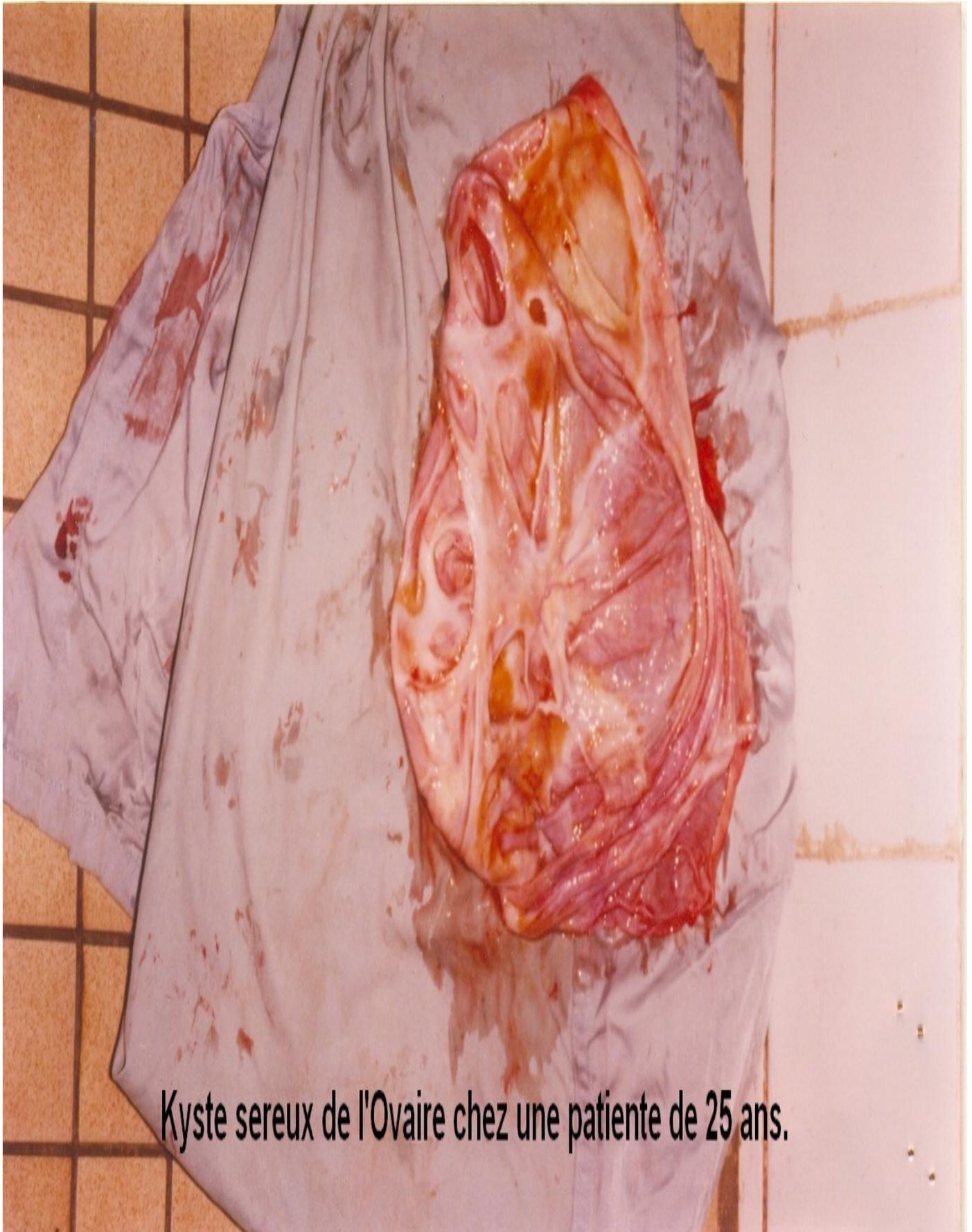
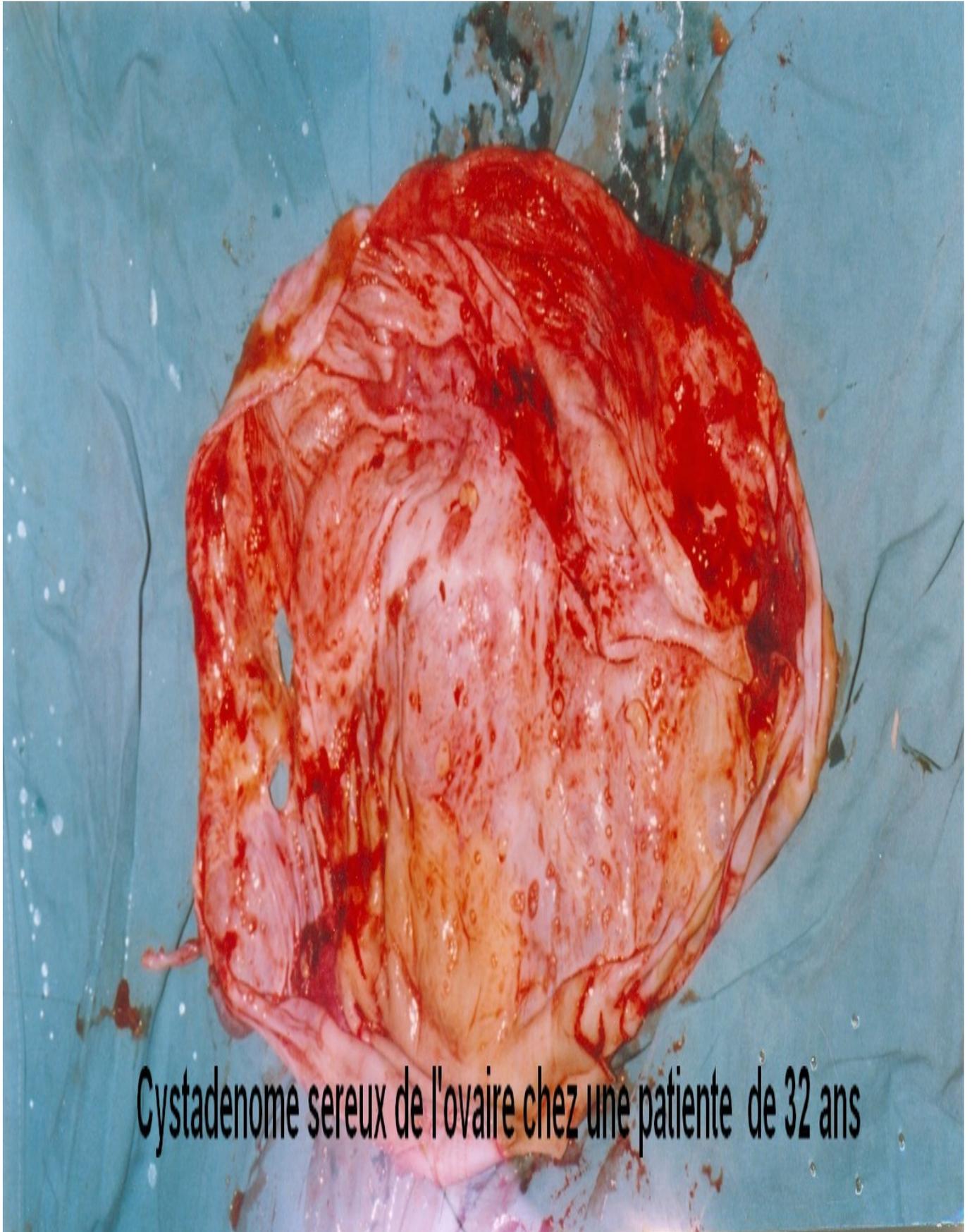


Photo 3



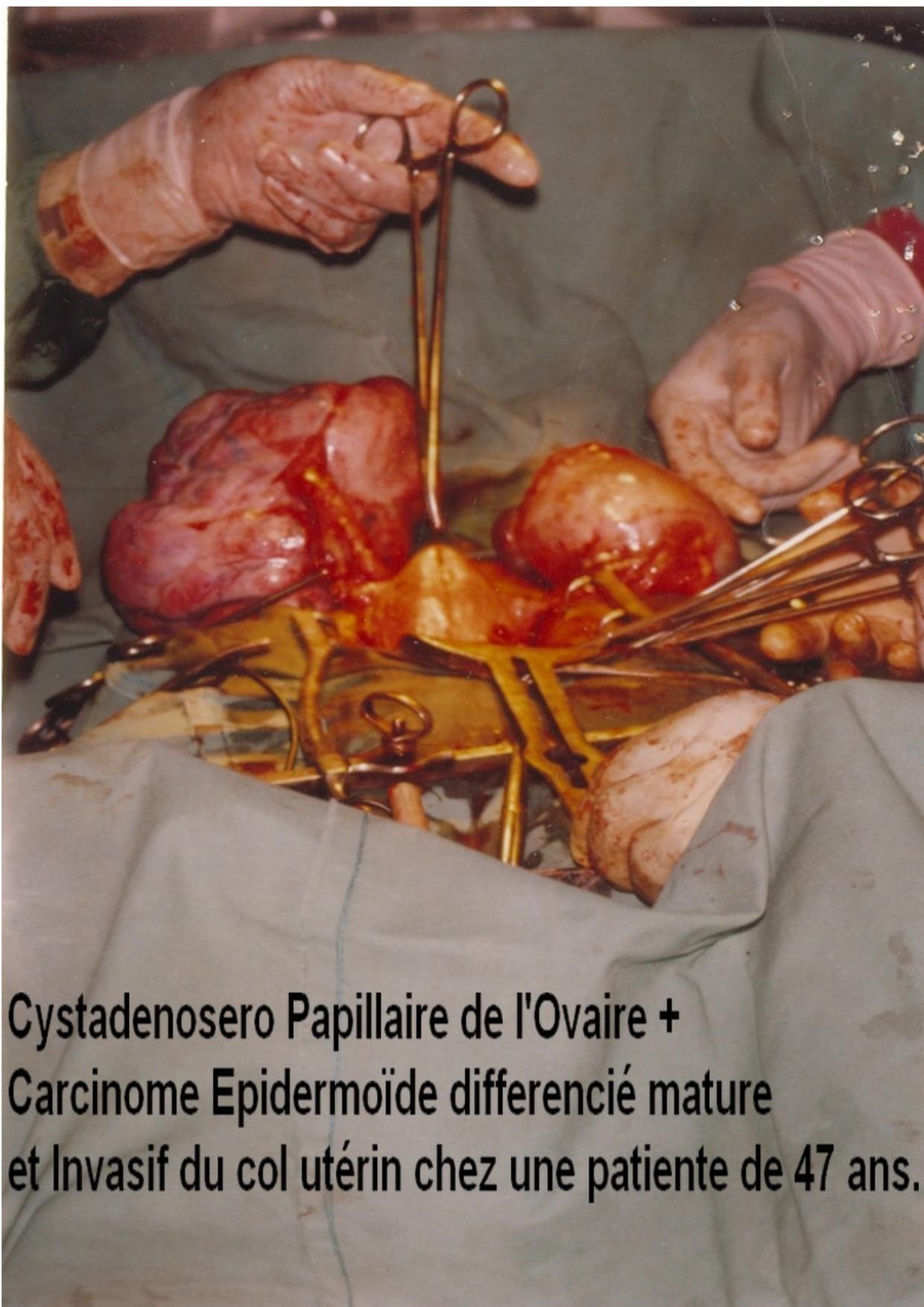
Kyste dermoïde géant de l'Ovaire chez une patiente de 23 Ans.

Photo 4



Cystadenome sereux de l'ovaire chez une patiente de 32 ans

Photo 5



**Cystadenosero Papillaire de l'Ovaire +
Carcinome Epidermoïde différencié mature
et Invasif du col utérin chez une patiente de 47 ans.**

Photo 6



**Kyste Hémorragique volumineux de l'Ovaire droit
chez une Patiente de 39 Ans.**

Photo 7

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DICKO

PRENOM : BOUBACAR

TITRE DE LA THESE : Etude épidémiologique - clinique, échographique et anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'H.N du point « G »

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005-2006

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque

SECTEUR D'INTERET : Gynéco-obstétrique, service d'anatomo-pathologie, radiologie

RESUME

Il s'agit d'une étude longitudinale du 1^{er} Janvier 2004 au 30 Octobre 2005 portant sur 74 patientes porteuses de tumeurs de l'ovaire.

La fréquence de tumeur de l'ovaire dans le service est de 6,06 % en considérant toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales. Cette fréquence s'élève à 26,9% en considérant seulement les pathologies du tractus génital.

Les tumeurs épithéliales communes sont les plus fréquentes avec un taux de 56,75%.

Les tumeurs bénignes prédominent avec un taux de 78,37% composées essentiellement de kystes séreux 43,27% et kystes dermoïdes 24,32%.

Les tumeurs malignes dominées par les carcinomes représentent 14,86% des tumeurs de l'ovaire.

Les types histologiques rares (lymphome lymphoblastique, lymphosarcome lymphoblastique, tumeur de Brenner et adénofibrome endométrioïde) sont retrouvés.

L'échographie a été l'examen clé du diagnostic avec une confirmation du diagnostic clinique dans 95,4% des cas.

La chirurgie constitue la base du traitement de tumeur de l'ovaire.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes **chers condisciples**, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je le jure, au nom de l'**ETRE SUPREME**, 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les 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.

Je le jure