



À propos d’un cas : tumeur fibrothécale de l’ovaire

Dr. Niboucha Dr. Djennadi Pr.Bendaoud Pr.kaci cheffe de service

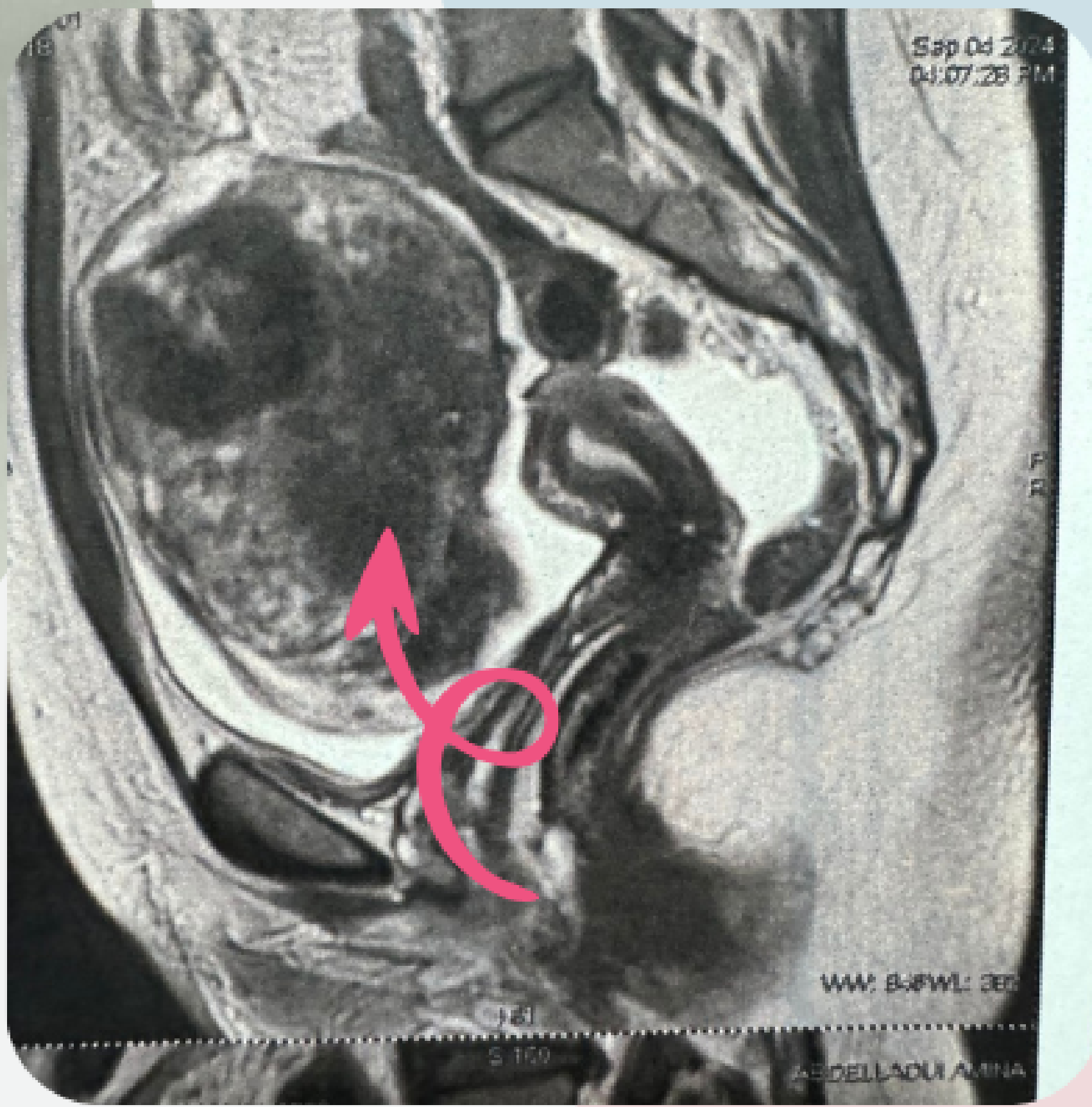
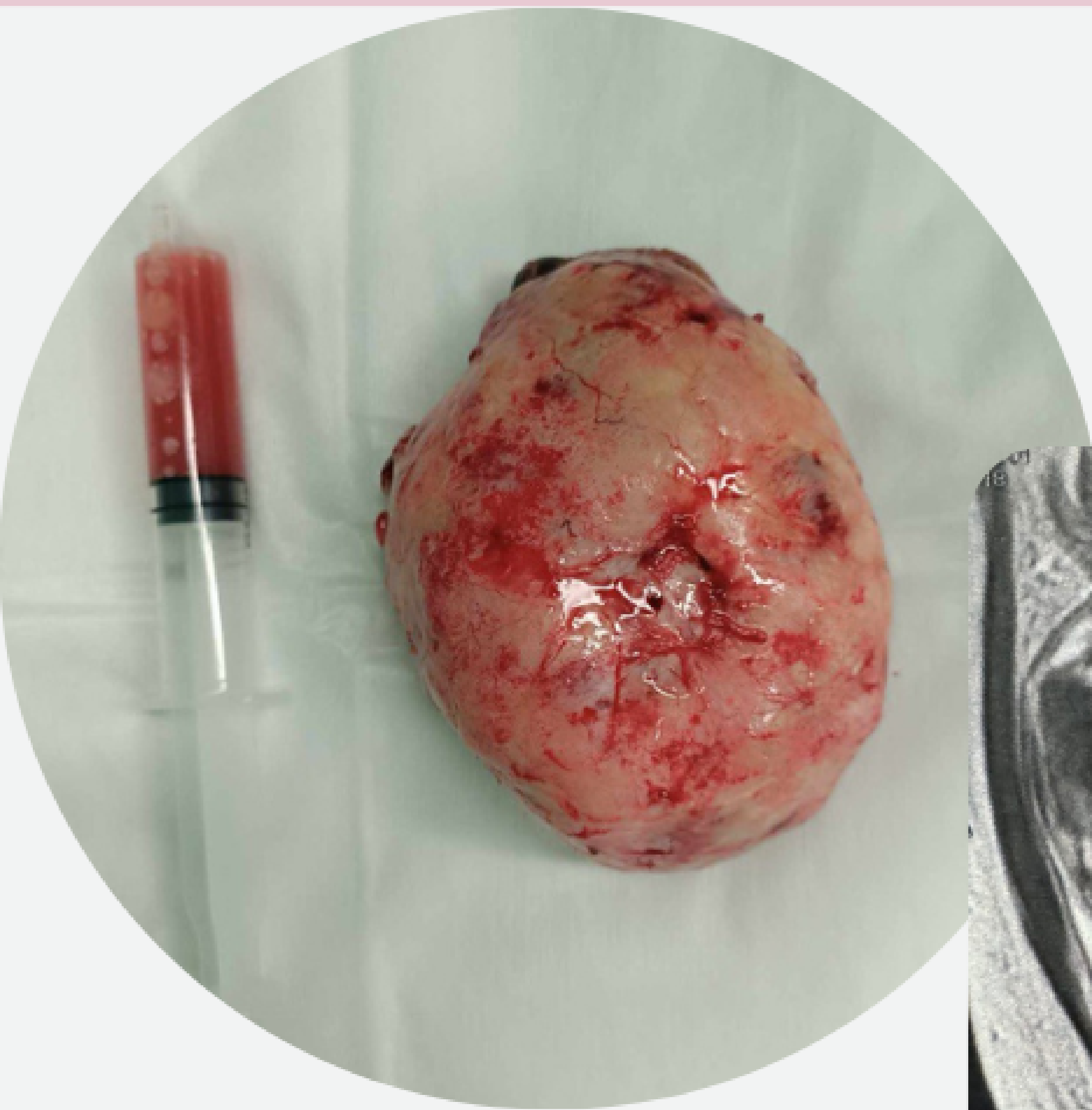
EPH BACHIR MENTOURI -KOUBA

INTRODUCTION:

Les tumeurs fibrothécale de l’ovaire sont des tumeurs rares, issues du stroma ovarien, et composées en proportions variables de cellules conjonctives fusiformes et de cellules thécales, Elles représentent 1 à 4,7 %de l’ensemble des tumeurs organiques de l’ovaire [1]. Ces tumeurs sont dans la majorité des cas bénignes et peuvent être responsables d’une hormono-sécrétion, le plus souvent oestrogénique [2]. Elles peuvent être responsables des complications à redouter telle que la torsion d'annexe (urgence chirurgicale). Nous rapportons une observation d’une patiente de 46 ans dont le diagnostic de tumeur fibrothécale n’a été réalisé qu’après examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Nous discutons la démarche diagnostique et thérapeutique de ces tumeurs en décrivant leurs différents aspects cliniques et paracliniques afin de les différencier des tumeurs ovariennes malignes, dont la chirurgie est carcinologique.

OBSERVATION:

Il s’agissait de Mlle A A, âgée de 46 ans, célibataire, sans antécédents médico-chirurgicaux , venue consulter pour une augmentation progressive de volume abdominal avec sensation de douleurs pelviennes aigues sans autres signes associés le tout évoluant dans un contexte de conservation de l’état général. L’examen clinique a trouvé une patiente en bon état général, conjonctives normo colorés, eupnéique, normo tendue et apyrétique, légère sensibilité au niveau du flanc et la fosse iliaque droite. L’échographie pelvienne a montré une masse hypoéchogène homogène d’allure tissulaire faisant 120 mm sur 80mm au dépend de la corne utérine droite avec une ascite de petite abondance sans autres anomalies visibles. les marqueurs tumoraux CA125, CA19-9, ACE et α foetoprotein étaient normaux, L’IRM pelvienne : a montré un volumineux myome pédiculé de la corne droite de 126mm, en nécrobiose par torsion de son pédicule avec une ascite libre de moyenne abondance et signes d’irritation pelvi péritonéale. la patiente était mise sous antibiothérapie pendant 7jours On a réalisé chez elle une laparotomie exploratrice avec une incision type pfannenstiel , L’exploration chirurgicale notait une tumeur dure, à surface régulière, faisant 12 cm à son grand diamètre, blanchâtre, bien limitée, au dépend de l’ovaire droit tordu, avec une ascite de moyenne abondance. on a réalisé une tumorectomie après la détorsion, avec un prélèvement du liquide d’ascite. anapath revenait en faveur d’un fibrothécome de l’ovaire droit avec une cytologie bégnine.



Les circonstances de découverte des tumeurs fibrothécales de l’ovaire sont très variables et dominées par les algies pelviennes, distension abdominale et les métrorragies [2], [3]. Ces métrorragies seraient en rapport avec un syndrome endocrinien lorsque la tumeur est hormonosécrétante entraînant une hyperplasie de l’endomètre justifiant la recherche d’un adénocarcinome associé [8]. Chez les femmes ménopausées, et en l’absence de syndrome endocrinien, les métrorragies sont le plus souvent en rapport avec une atrophie endométriale [3]. Dans notre étude, nous n’avons pas relevé de syndromes endocriniens. Sur le plan clinique, la tumeur se présente sous forme d’une masse solide, mobile, à surface régulière et de taille très variable [6]. L’exploration paraclinique de ces tumeurs fibrothécales de l’ovaire, repose essentiellement sur l’échographie. Les images le plus souvent rencontrées sont des images échogènes ou mixtes, mais des images anéchogènes sont également rapportées [9]. Sur la tomodensitométrie, ces tumeurs ont été décrits comme des masses solides avec accumulation tardive de produit de contraste [9]. L’imagerie par résonance magnétique permet de reconnaître 82 % des fibrothécome ovariens ; ces derniers se manifestent par un hyposignal sur les séquences pondérées en T2 du fait de leur composante fibreuse [10]. Le traitement de ces tumeurs ovariennes est chirurgical. La tumorectomie est l’intervention de choix chez les femmes jeunes alors que l’annexectomie, souvent bilatérale se justifie chez les femmes en péri- ou post ménopause [10]. La certitude diagnostique repose sur l’examen histologique.

DISCUSSION:

Les tumeurs fibrothécales de l’ovaire sont presque toujours des tumeurs bénignes ; elles doivent être différenciées des thécomes malins et les fibrosarcomes qui représentent moins de 1 % des cas et dont la chirurgie est carcinologique [2]. Ces tumeurs fibrothécales de l’ovaire sont rares ; leur fréquence varie de 1 à 4,7 % des tumeurs organiques de l’ovaire [3]. La survenue plus fréquente de ces tumeurs chez des patientes âgées et volontiers ménopausées est soulignée par la plupart des auteurs [4]. Sur le plan anatomopathologique, les thécomes sont en général bénins. Ils sont susceptibles d’une sécrétion estrogénique ou plus exceptionnellement androgénique responsable d’un syndrome endocrinien. Macroscopiquement, la tumeur est solide, jaune et ferme. A l’histologie, la tumeur est formée de cellules allongées, claires et spumeuses [5] : Il s’agit de tumeurs unilatérales dans 90 %des cas, les formes bilatérales sont souvent observées dans le cadre d’un syndrome de Gorlin Goltz ou nævomatose basocellulaire [3], [6]. Il peut être associé à une ascite et un hydrothorax dans le cadre de syndrome de Démons Meigs représentant 1 à 10 % des fibromes ovariens [7] ou à une polypose rectocolique dans le cas du syndrome de Gardner et Richard et le syndrome de Peutz-Jeghers [8]. Nous n’avons pas objectivé de syndrome endocrinien, de lésions digestives ou de syndrome de Demons Meigs. Des cas de fibrothécomes rétropéritonéaux extraovariens ont été rapportés présentant des symptômes et des résultats similaires à un cancer épithélial de l'ovaire métastatique avec ascite et une élévation du CA-125[10].

RREFERENCE:

[1] Jung SE, Rha SE, Lee JM, Park SY, Oh SN, Cho KS, et al. CT and MRI findings of sex cord-stromal tumor of the ovary. AJR 185:207–15, 2005.[2] Outwater EK, Wagner BJ, Mannion C, McLarney JK, Kim B. Sex cord-stromal and steroid cell tumors of the ovary. Radiographics 18:1523–1546, 1998. [3] Troiano RN, Lazzarini KM, Scoutt LM, Lange RC, Flynn SD, McCarthy S. Fibroma and fibrothecoma of the ovary: MR imaging findings. Radiology 204:795-798, 1997. [4] Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhlouf T, Koubaa A. Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. Am J Obstet Gynecol 199:1–4, 2008. [5] Bazot M, Ghossain MA, Buy JN, Deligne L, Hugol D, Truc JB, et al. Fibrothecomas of the ovary: CT and US findings. J Comput Assist Tomogr 17:754-759, 1993. [6] Takeshita T, Shima H, Oishi S, Machida N, Yamazaki K, Imamura T, et al. Ovarian fibroma (fibrothecoma) with extensive cystic degeneration: unusual MR imaging findings in two cases. Radiat Med 23:70-74, 2005. [7] Mak CW, Tzeng WS, Chen CY. Computed tomography appearance of ovarian fibrothecomas with and without torsion. Acta Radiol 50:570-575, 2009. [8] Angeles RM, Salem FL, Sirota RL. A right ovarian mass in a 71-year-old woman with ascites and elevated CA 125 level. Fibrothecoma of the right ovary. Arch Pathol Lab Med 129:701–702, 2005. [9] Liu H, Hao SH, Li WM. Giant malignant ovarian fibrothecoma involved with retroperitoneal structures mimicking a retroperitoneal sarcoma. Arch