

RÉPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
CHARGÉ DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE ET SUPÉRIEUR



FACULTÉ DE MÉDECINE

Service de gynécologie obstétrique
CHU - TREICHVILLE

ANNÉE 1989 - 1990

N°

MEMOIRE

présenté en vue de l'obtention du

Certificat d'Études Spéciales
de Gynécologie Obstétrique

Diplôme d'État
par

Docteur TOURE Boubakar

*Grossesse et Tumeurs Ovariennes
à propos de 10 cas
observés au CHU de Treichville*

Directeur de mémoire

Docteur QUENUM Guillaume

1990

S O M M A I R E

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'ASSOCIATION GROSSESSE ET TUMEURS DE L'OVAIRE

I.- RAPPEL HISTOLOGIQUE DES TUMEURS OVARIENNES

I.1.- Tumeurs épithéliales communes

I.2.- Tumeurs à cellules germinales

II.- RAPPEL ANATOMO-CHIRURGICAL

II.1.- Kystes de l'ovaire non compliqués,
cliniquement bénins

II.2.- Tumeurs cliniquement malignes

II.3.- La voie d'abord

II.4.- L'annexectomie unilatérale

II.5.- L'hystérectomie

II.6.- La kystectomie

DEUXIEME PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'ASSOCIATION GROSSESSE ET TUMEURS OVARIENNES

I.- LA FREQUENCE

II.- CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

III.- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

IV.- INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUMEUR DE L'OVAIRE

V.- INFLUENCE DE LA TUMEUR DE L'OVAIRE SUR LA GROSSESSE

VI.- LES PROBLEMES THERAPEUTIQUES

TROISIEME PARTIE : EXPERIENCE DU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE
DU C.H.U DE TREICHVILLE A PROPOS DE 10 CAS

I.- MATERIEL ET METHODES

II.- NOS RESULTATS

III.- DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

IV.- CONCLUSIONS DE NOTRE ETUDE

RESUME DU MEMOIRE

BIBLIOGRAPHIE

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

Définition

Nous entendons par tumeur de l'ovaire, tout processus prolifératif primitif ou secondaire, bénin ou malin, d'aspect kystique, solide ou végétant (1) se développant aux dépens du tissu ovarien. Ces tumeurs, dans notre étude sont associées à la grossesse intra-utérine.

Intérêt

L'association Tumeur ovarienne et Grossesse est rare (5) et pose un problème diagnostique et thérapeutique.

- Problème diagnostique, parce que souvent silencieuse (5) et surtout par l'impossibilité de réaliser certains examens paracliniques pendant la grossesse (6).
- Problème thérapeutique, du fait qu'il faut prendre en considération l'avenir du fœtus et le futur obstétrical de la patiente (5),

Présentation

A la lumière de ce travail, nous allons évaluer :

- la fréquence en milieu hospitalier,
- les circonstances de découverte de cette association,
- le traitement,
- le pronostic maternel,
- le pronostic foetal.

PREMIERE PARTIE

**GENERALITES SUR L'ASSOCIATION
GROSSESSE ET TUMEURS
DE L'OVAIRE**

I.- RAPPEL HISTOLOGIQUE DES TUMEURS OVARIENNES

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 des techniques (microscopie électronique et immuno-histo-enzymatologie).

Les tumeurs de l'ovaire reproduisent les possibilités évolutives :

- . de leur revêtement épithélial,
- . des cellules germinales promises aux développements embryologiques les plus compliqués,
- . des formations spécifiques destinées aux fonctions endocrines.

I.1.- TUMEURS EPITHELIALES COMMUNES

Ainsi nommées, car elles ont pour origine l'épithélium de surface de l'ovaire et le stroma adjacent, elles sont classées en fonction de leur type cellulaire épithélial, de leur degré de malignité (maligne, bénigne, à malignité atténuée), leur quantité relative entre la composante épithéliale et stromale et le mode de croissance des éléments épithéliaux.

I.1.1.- Les tumeurs séreuses

Il peut s'agir de tumeurs bénignes, de tumeurs à malignité atténuée et de tumeurs malignes. On distingue par ailleurs des cystadénomes, des cystadénomes papillaires séreux, des papillomes de surface, des adénofibromes et des cystadénofibromes.

*.- Cystadénomes séreux (tumeurs bénignes)

Leur volume est variable. Leur revêtement peut être lisse ou papillaire, composé de cellules cylindriques, ciliées. Quand elles sont disposées en surface, leur noyau est de petite taille, situé à la base et assez souvent encoché, le cytoplasme est basophile, clair.

Des calcifications intra-épithéliales ou intra-conjonctives sont fréquentes, assez nombreuses parfois pour donner au palper l'impression de sable.

*.- Tumeur bordeline (tumeurs à malignité atténuée)

Elles sont caractérisées par une prolifération variable des cellules tumorales : formation de papilles et d'ilôts plus ou moins solides qui se détachent de l'épithélium, atypies nucléaires, mitoses, psammomes sont plus ou moins importants suivant les cas.

Le seul critère de malignité se situe au niveau de l'ovaire : invasion du stroma par des lobules ou des cellules tumorales, qui n'existe que dans le carcinome.

*.- Cystadéno-carcinomes séreux

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs composées de végétations exophytiques contenant en général des parties solides.

Pour l'essentiel, leur constitution histologique est celle des cystadénomes mais la prolifération cellulaire est plus importante et plus désordonnée. Les anomalies cellulaires sont la règle, les mitoses atypiques fréquentes. La paroi des kystes n'est plus sertie par le conjonctif. Des végétations apparaissent en surface et gagnent le péritoine.

I.1.2.- Tumeurs muqueuses

Caractérisées par la présence de cellules tumorales contenant de la mucine intracytoplasmique, certains cystadénomes muqueux contiennent des cellules de Paneth et/ou de Kulchisky et pourraient en fait être des tératomes simplifiés.

*.- Tumeurs bénignes

Les kystes sont généralement volumineux, bordés de cellules en "gobelet" contenant du mucus. Souvent le stroma adjacent est abondant.

Parfois, il existe des petites papilles intrakystiques. La microscopie électronique montre l'analogie de ces cellules avec celles de l'endocal.

*.- Tumeurs à malignité atténuée

Plus difficiles à différencier des tumeurs malignes que les tumeurs séreuses, car les atypies cellulaires, la pluristratification, l'abondance des papilles et des lobules sont plus importantes.

Il faut souligner l'association possible avec un pseudo-myxome péritonéal ou ascite gélatineuse en cas de tumeur bénigne, mais surtout de tumeur à malignité atténuée et de tumeur maligne.

*.- Tumeurs malignes

C'est la présence de foyers massifs tumoraux invasifs dans le stroma et la quantité d'atypies nucléaires très importantes qui signent la malignité.

1.1.3.- Tumeurs endométrioïdes

Ce sont des tumeurs composées de cellules épithéliales et/ou de cellules stromales identiques aux cellules de l'endomètre.

*.- Tumeurs bénignes

Kystes endométriosiques, endométriose ovarienne caractérisée par la présence de glande de type endométrial et d'un stroma présentant une activité sécrétoire. Les remaniements hémorragiques du stroma, la fibrose, la présence de muscle lisse, l'existence d'une métaplasie malpighienne sont habituellement observés. Les adénomes endométrioïdes, les adéno-acanthomes endométrioïdes doivent être considérés comme des lésions endométriales.

*.- Tumeurs à malignité atténuée

Leur diagnostic est difficile car il existe peu de critères de diagnostic. Il est préférable de les considérer comme une étape entre la tumeur bénigne et le carcinome.

*.- Tumeurs malignes

Elles ressemblent à l'adénocarcinome de l'endomètre, tant en microscopie optique qu'en microscopie électronique : formations glandulaires tubulées, évidées, de cellules pluristratifiées. On peut observer des aspects papillaires et nécrotiques, leur pronostic serait moins favorable.

Le problème de l'association avec une tumeur de l'endomètre doit être souligné.

Il faut également citer :

- . le sarcome stromal endométrial,
- . l'adénosarcome mésodermique,
- . les tumeurs mixtes mésodermiques qui sont des tumeurs extrêmement rares, identiques à celles de l'utérus et très malignes.

I.1.4.- Tumeurs de Brenner

Ce sont des tumeurs solides, de taille très variable, de consistance ferme, arrondies ou bosselées. Cet aspect peut cependant être modifié par des kystes lisses ou papillaires contenant du mucus.

Elles sont histologiquement constituées par des plages cellulaires plus ou moins étendues, disposées dans un conjonctif dense. Les cellules sont en général de type pavimenteux, paramalpighien.

Les tumeurs de Brenner peuvent s'accompagner d'un syndrome endocrinien fonctionnel en rapport avec la transformation stéroïdienne du stroma qui les accompagne.

On décrit des formes malignes dans lesquelles c'est l'épithélium bordant les nids cellulaires ou les kystes qui devient carcinomateux.

Les formes à malignité atténuée sont de diagnostic très difficile.

I.1.5.- Tumeurs à cellules claires

Ces tumeurs ont été décrites par SCHILLER en 1939. Elles sont solides, formées de proliférations papillaires, tubulaires, trabéculaires désordonnées dans lesquelles SCHILLER avait discerné des structures rappelant l'hypernéphrome du rein.

Les cellules sont d'assez grande taille ; leur cytoplasme paraît vide. Certaines, possédant un noyau en protrusion élargissant la région apicole, ont été comparées à des clous à grosse tête.

On doit savoir distinguer certaines formes bénignes bien limitées, désignées sous le nom d'adénome à cellules claires.

I.1.6.- Tumeurs épithéliales mixtes

Association d'une ou plusieurs formes précédemment décrites, la plus connue est l'association tumeur séreuse ou tumeur de Brenner et endométriose.

1.1.7.- Carcinomes indifférenciés : carcinomes solides

Ces tumeurs se distinguent artificiellement des variétés malignes précédentes par leur caractère massif. Elles sont compliquées de nécrose et d'hémorragies. Elles sont composées de cellules variées, très souvent atypiques et monstrueuses, agencées d'une façon anarchique.

1.1.8.- Tumeurs épithéliales inclassables

I.2.- TUMEURS A CELLULES GERMINALES

Elles représentent environ 25 % des tumeurs de l'ovaire. La forme bénigne, c'est-à-dire le kyste dermoïde représente le tiers des tumeurs bénignes de l'ovaire.

Chaque type peut être isolé mais également imbrigué avec un autre type, en particulier avec un type embryonnaire, d'où la nécessité de faire de très nombreuses coupes de chaque tumeur.

I.2.1.- Dysgerminomes

Ce sont des tumeurs constituées de cellules identiques aux cellules germinales primordiales. Elles sont massives, formées de plages de cellules arrondies ou polyédriques par pression réciproque, bien limitées, pourvues d'un cytoplasme d'apparence vide, mais contenant en réalité du glycogène. Le noyau est plus ou moins atypique, à chromatine réticulée et volumineux nucléole. Les mitoses

sont nombreuses. Le stroma conjonctif est le siège généralement d'une forte réaction lympho-histiocytaire et parfois de follicules tuberculoïdes.

Comme dans le testicule, le dysgerminome peut être associé à un dysembryome malin, sa présence modifie radicalement le pronostic.

I.2.2.- Tumeurs des sinus endodermiques

Ces tumeurs reproduisent le mésoblaste extra-embryonnaire et pour TEILUM, les sinus endodermiques d'origine vitelline apparaissent chez l'embryon au moment de la différenciation des villosités choriales.

Elles comprennent des zones lacunaires, des cavités et des formations d'apparence papillaire périvasculaire. Les cellules sont claires et contiennent des gouttelettes hyalines Schiff positives. En microscopie électronique, ces inclusions apparaissent comme des dilatations du réticulum endoplasmique.

I.2.3.- Carcinomes embryonnaires

Tumeurs composées de cellules embryonnaires atypiques disposées en nappes, cordons, papilles. On peut y retrouver quelques structures, ébauche de tissu embryonnaire primitif, de corps embryonnaires. Des éléments trophoblastiques sont quelquefois associés (H.C.G. positif).

Il s'agit de tumeurs très malignes, n'assurant que quelques mois de survie.

I.2.4.- Polyembryomes

Tumeurs très exceptionnelles : aspect de boutons embryonnaires reproduisant les premières segmentations de l'oeuf dans un tissu mésoblastique extra-embryonnaire.

Association au trophoblaste. Tumeurs très malignes entraînant le décès en quelques mois.

I.2.5.- Chorio-carcinomes

Le chorio-carcinome de l'ovaire, rarement pur, a les mêmes caractéristiques que les chorio-carcinomes extra-ovariens et ce même mauvais pronostic.

I.2.6.- Tératomes

Ils sont constitués de tissus provenant des différents feuilletts embryonnaires.

I.2.6.1.- Tératomes immatures malins

Ce sont des tumeurs solides, parfois nécrosées et semées de petites cavités leur donnant un aspect spongieux. Elles sont composées d'ébauches tissulaires somatiques, immatures depuis les premiers stades du développement embryonnaire jusqu'à la période

foetale. Ils peuvent aussi contenir du mésoblaste extra-embryonnaire et du trophoblaste. Leur malignité est considérable.

Un tératome composé dans sa plus grande partie de tissu mature, s'il contient une petite partie de tissu immature, doit être considéré comme malin. On sait par ailleurs, que les métastases des tératomes immatures peuvent acquérir une certaine maturité, voire même une totale maturité. La constatation de ce fait est en faveur d'un meilleur pronostic.

1.2.6.2.- Tératomes matures bénins

Ils constituent à peu près le quart des tumeurs de l'ovaire. Ils sont le plus souvent kystiques mais peuvent être solides. Le type le plus fréquent est le kyste dermoïde.

1.2.6.3.- Tératomes complexes

Les tissus composant ces tératomes matures ont une constitution histologique adulte parfaite. Ce sont :

- . des tissus d'origine ectodermique : peau avec épiderme et annexes pilo-sébacées en proportion désordonnée, produisant des cheveux et du sébum en abondance : Epithélium gingival avec formations dentaires et dents adultes, tissu nerveux dans lequel on peut reconnaître du cortex cérébral ou cérébelleux, des cavités épendymaires, des méninges, des ganglions sympathiques ;

- . des tissus d'origine endodermique : thyroïde, muqueuse intestinale ;
- . des tissus d'origine mésodermique : muscle, conjonctif, cartilage, os sont presque toujours représentés.

On ne trouve jamais de tissu rénal , hypophysaire ou trophoblastique, ces derniers étant l'apanage des tératomes malins.

I.2.6.4.- Tératomes simplifiés

Ils sont formés d'un seul tissu :

- Goître ovarien ; formé de tissu thyroïdien macro ou microvésiculaire, il s'accompagne parfois d'un syndrome d'hyperthyroïdie et survient fréquemment dans les régions d'endémie goitreux.
- Carcinoïdes constituant l'ensemble du tératome. Ils peuvent provoquer un syndrome clinique carcinoïdien, alors que son évolution bénigne ne se complique pas de métastases.

I.2.6.5.- Cancérisation des tératomes

Elle doit s'entendre comme la cancérisation d'un des tissus adultes du tératome bénin et non pas comme sa transformation en tératome malin immature.

Elle est exceptionnelle et surtout citée pour l'épithélioma pavimenteux dérivé du kyste dermoïde.

I.2.7.- Gonadoblastomes

Ces tumeurs, décrites par SCULLY, surviennent chez des sujets qui sont presque toujours génétiquement mâles, plus rarement porteurs de mosaïque, exceptionnellement féminins. Les gonades atteints sont toujours malformés mais, il existe le plus souvent un utérus et un vagin plus ou moins normaux.

Les gonadoblastomes sont composés de formations appartenant aux deux sexes : cordons de cellules granuleuses ou corpuscules de COLL-EXNER et/ou cordons et tubes de Sertoli. Ces formations contiennent des gonocytes. Le conjonctif contient des cellules interstitielles thécales ou leydigiennes. Enfin, il existe toujours des nappes plus ou moins importantes de cellules claires gonocytaires évoquant le dysgerminome.

Les métastases sont exceptionnelles mais malheureusement, dans 10 % des cas publiés, les gonadoblastomes sont associés à des tératomes malin homo ou controlatéraux. Ces diverses constatations conduisent à la résection systématique de ces gonades dystrophiques.

I.2.8.- Tumeurs métastatiques

Leur fréquence varie de 2 à 16 % des tumeurs de l'ovaire suivant que les statistiques proviennent d'un Centre Anti-cancéreux, d'un service de Gynécologie ou d'un laboratoire d'Anatomie Pathologique. Elles sont d'ordinaire bilatérales et s'accompagnent dans la moitié des cas d'une ascite.

Les métastases peuvent se faire par voie sanguine ou lymphatique, mais plus certainement par voie péritonéale. L'implantation se réalise à la faveur de la situation déclive des ovaires d'une part, de la plaie produite par la porte ovulaire d'autre part.

- Métastases nodulaires

Elles sont constituées par plusieurs nodules blanchâtres, rosés de taille très variables, insérés dans l'ovaire. Leur origine est très variée, les carcinomes digestifs et mammaires en fournissent le contingent le plus important.

- Métastases diffuses

Elles méritent le nom classique de tumeurs de KRÜKENBERG. Elles proviennent de cancers digestifs, en général méconnus. Elles sont composées de cellules tumorales isolées, dispersées dans un stroma hyperplasique ou groupées en petits amas dans lesquels une différenciation glandulaire peut apparaître.

L'évolution des carcinomes métastatiques est rapidement fatale.

1.2.9.- Tumeurs de l'ovaire non spécifiques

Elles se développent à partir des tissus ovariens qui n'ont pas de fonction gonadique :

- tumeurs vasculaires
- tumeurs nerveuses
- tumeurs musculaires.

II.- RAPPEL ANATOMO-CHIRURGICAL

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 affirmée même en présence d'une tumeur unilatérale kystique et mobile.

Si les explorations paracliniques et tout particulièrement l'Echographie permettent une approche plus fine de l'étude structurale de ces tumeurs, la laparotomie exploratrice avec étude histologique de la pièce opératoire reste encore l'étape obligatoire devant toute tumeur organique de l'ovaire.

II.1.- KYSTES DE L'OVAIRE NON COMPLIQUES, CLINIQUEMENT BENINS

C'est l'éventualité la plus fréquente. Leur présence est découverte à la suite d'un toucher pelvien : l'utérus apparaît déplacé d'un côté ou semble de taille normale pour l'âge gestationnel (5). Passé le premier trimestre, la présence du kyste est plus difficile à déceler par le toucher ou les ultrasons puisque, à ce stade, la tumeur est entièrement abdominale (5).

Selon leur siège, leur mobilité ou leur volume, plusieurs aspects cliniques sont classiquement décrits (1).

II.1.1.- Les kystes de l'ovaire libres

II.1.1.1.- Les kystes pelviens

Leur volume est inférieur à 15 cm de diamètre. Ils sont entièrement logés dans le pelvis. On ne les perçoit pas à la palpation de l'abdomen. Le toucher vaginal associé au palper abdominal repère le col et le corps utérins, souvent refoulés d'un côté ou de l'autre.

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 et les mouvements imprimés à l'utérus ne sont pas transmis à la masse.

Un diagnostic différentiel devra exclure la présence :

- d'un fibrome,
- de masses inflammatoires,
- d'un hématome,
- d'un utérus didelphe,
- d'un rein pelvien (5).

II.1.1.2.- Les kystes abdominaux

Passé le premier trimestre, la présence du kyste est plus difficile à déceler par le toucher ou les ultrasons puisque, à ce stade, la tumeur est entièrement abdominale. Elle peut cependant

se manifester par des signes cliniques plus ou moins caractéristiques :

- douleurs abdominales chroniques,
- difficultés à la miction ou à la défécation.

Les épisodes de torsion, d'hémorragie intra capsulaire, de rupture ou d'infection sont associés à un tableau d'abdomen aigu, situation qui peut avoir des conséquences dramatiques, car, alors, la perte du fœtus est fréquente, la morbidité de la patiente elle-même est augmentée et, si le diagnostic est posé tardivement, sa vie est mise en danger (5), (11).

Dans certains cas, le kyste n'est découvert que pendant le travail.

II.1.2.- Les kystes de l'ovaire fixés

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 d'adhérences inflammatoires ou néoplasiques.

II.2.- 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 redoubler en cas de tumeurs bilatérales.

II.2.1.- Les tumeurs massives et infiltrantes

Elles se rencontrent habituellement chez les femmes âgées. L'état général est altéré. Dès la palpation, on peut percevoir sous l'ombilic une tumeur dure, étendue, fixée pouvant réaliser avec l'appareil génital et les viscères un bloc polymorphe.

II.2.2.- Ascite et tumeur de l'ovaire

Cette association est toujours péjorative. L'ascite traduit une dissémination péritonéale.

II.2.3.- Les tumeurs bilatérales

Elles doivent inquiéter parce que peuvent évoquer non seulement une grossesse molaire, mais aussi un cancer des ovaires associé à la grossesse.

II.3.- LA VOIE D'ABORD

L'incision doit être médiane (1), sous ombilicale, dépassant l'ombilic de 2 cm. On n'hésitera pas à l'agrandir en incision xypho-pubienne si les conditions locales s'imposent.

L'exploration de la cavité pelvienne est le premier temps, c'est après que débute celle de la cavité abdominale (foie, grand épiploon, viscères abdominaux).

II.4.- L'ANNEXECTOMIE UNILATERALE

Elle est pratiquée si la femme est jeune et que le désir de conserver la grossesse est émis. C'est l'intervention de base.

Quand les arguments cliniques sont en faveur de la bénignité de la tumeur, il est à noter qu'au cours de la grossesse, on ne pratique pas de résection cunéiforme de la trompe pour des raisons évidentes.

II.5.- L'HYSTERECTOMIE

S'il y a évidence d'invasion ou de bilatéralité, le choix entre la thérapeutique immédiate (avec sacrifice de la grossesse) ou le délai du traitement jusqu'au moment où le foetus sera viable, devra être discuté en détail avec le couple intéressé (5).

Pour DALLAY et MONNIER J.C. et Collaborateurs (4), (11), avant 20 semaines on fera une annexectomie, une biopsie controlatérale et omentectomie si la tumeur est au stade IA et de faible potentiel évolutif. Si elle est de haut grade de malignité, il faut faire une hystérectomie avec castration et sacrifier la grossesse.

Après 20 semaines, ils pensent qu'il faut laisser la grossesse se développer et faire une césarienne dès que l'enfant est viable, suivie d'une hystérectomie avec annexectomie et omentectomie.

II.6.- LA KYSTECTOMIE

Pour FIRKET C. (5), après la 13^e et 14^e semaine, si la tumeur est asymptomatique et est un simple kyste, une laparotomie et une kystectomie doivent être entreprises.

DEUXIEME PARTIE

CONSIDERATIONS GENERALES
SUR L'ASSOCIATION GROSSESSE
ET TUMEURS OVARIENNES

I.- LA FREQUENCE

La fréquence des tumeurs de l'ovaire découvertes pendant la grossesse varie selon les études.

Ces divergences sont surtout dues au fait que certains auteurs incluent les kystes lutéaux dans leurs statistiques, et d'autre pas (5).

Par contre, on admet que la fréquence des néoplasmes persistant au delà du premier trimestre est de 1/700 (11). 2,5 à 5 % de ceux-ci sont malins.

II.- CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Dans 50 % des cas, ces tumeurs sont asymptomatiques (5), (11). Leur présence peut être découverte à la suite d'un toucher pelvien : l'utérus apparaît déplacé d'un côté, ou semble d'une taille anormale pour l'âge de la grossesse.

Ces tumeurs peuvent être découverte au cours d'une Echographie systématique au premier trimestre.

Les ultrasons sont particulièrement utiles pour les identifier si la gestation en est encore à son premier trimestre. L'utérus et les ovaires étant encore dans la cavité pelvienne, passé le premier trimestre, la présence du kyste est plus difficile à déceler par le toucher ou les ultrasons puisque, à ce stade, la tumeur est entièrement abdominale. Elle peut cependant se manifester par des signes cliniques plus ou moins caractéristiques.

Dans certains cas, le kyste n'est découvert que pendant le travail : il y a alors malprésentation foetale persistante et retard de progrès dans la descente (5).

Quelque soit la période, les complications suivantes peuvent être observées :

- Douleurs abdominales chroniques ou difficulté à la miction ou à la défécation,
- Métrorragies,
- Les épisodes de torsion,
- Les épisodes d'hémorragie intra-capsulaire
- Les épisodes de rupture ou d'infection souvent associés à un tableau d'abdomen aigu, situation qui peut avoir des conséquences dramatiques car, alors, la perte du fœtus est fréquente. La morbidité de la patiente est augmentée.

III.- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La plupart des examens habituellement demandés dans les tumeurs de l'ovaire sont sans intérêt ou inutilisables du fait de la grossesse.

III.1.- EXAMEN AUX ULTRASONS

En pratique, c'est l'Echographie qui représente l'examen capital, indispensable en cas de découverte d'une tumeur pelvienne

ou abdominale chez une femme enceinte, sans dangers, facilement renouvelable, utilisable à n'importe quelle époque de la grossesse, l'échographie présente plusieurs pôles d'intérêt (11), (6).

- Elle permet d'affirmer le plus souvent la nature ovarienne de la tumeur surtout si celle-ci est à contenu liquidien ;
- Elle permet d'éliminer un kyste fonctionnel et d'affirmer la nature organique du kyste ;
- Bien qu'il n'y ait pas d'aspect pathognomonique de malignité, l'échographie permet de suspecter celle-ci, en particulier lorsqu'existent des végétations intrakystiques. Cet examen a cependant ses limites en particulier dans les lésions de petite taille ou dans les tumeurs solides.

III.2.- LA COELIOSCOPIE

Elle est impossible à réaliser après 15 semaines (4). Elle permettrait de confirmer l'origine ovarienne et de faire l'extension. En fait, sa place est peu importante, compte tenu des circonstances tardives du diagnostic et de l'évolution de la tumeur qui, le plus souvent, impose d'emblée une laparotomie par ailleurs, PEDERSEN et FINSTER signale le danger de l'anesthésie général pour le fœtus.

III.3.- LA PONCTION D'ASCITE

A la recherche de cellules néoplasiques.

III.4.- L'EXAMEN EXTEMPORANE

Il est essentiel. Malheureusement, les erreurs sont possibles en particulier sur le grade de malignité.

Il permet de choisir le traitement immédiat en évitant une nouvelle laparotomie pour compléter un acte chirurgical insuffisant (4).

IV.- L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUMEUR DE L'OVAIRE

Les opinions sont ici très partagées (11), (4).

Certains auteurs estiment que la gestation exerce toujours un véritable coup de fouet évolutif (PALLIEZ-AMBONVILLE), d'autres au contraire ont constaté une remarquable latence du processus tumoral durant la grossesse (DEHAUT-LOFFREDO). Pour TOURA, l'influence essentielle de la grossesse serait d'augmenter de façon importante le nombre de complications aiguës de ces tumeurs (18 %).

V.- INFLUENCE DE LA TUMEUR DE L'OVAIRE SUR LA GROSSESSE

Le plus souvent, à moins d'une évolution particulièrement foudroyante (AMBONVILLE) ou d'un volume très important, le cancer de l'ovaire ne gêne guère le développement de la grossesse. Ceci explique la proportion relativement élevée des formes asymptomatiques.

La masculinisation du fœtus par une tumeur sécrétante est exceptionnelle. Les problèmes essentiels semblent être d'ordre mécanique.

VI.- LES PROBLEMES THERAPEUTIQUES

La présence du fœtus modifie sensiblement l'attitude classique adoptée en dehors de la grossesse. Elle est basée sur :

- l'âge gestationnel et le désir de maternité,
- la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

Nous rappelons ici la classification des cancers de l'ovaire selon la F.I.G.O.

- STADE IA : Lésions limitées à un ovaire sans ascite
 - IA1 : Capsule intacte. Pas de tissu tumoral en surface
 - IA2 : Avec effraction capsulaire et végétation extra-tumorale
- STADE IB : Tumeur atteignant les deux ovaires sans ascite
 - IB1 : Capsule intacte
 - IB2 : Avec effraction capsulaire
- STADE IC : Tumeur stade IA et IB mais avec ascite ou cytologie péritonéale positive

- STADE II : Tumeur atteignant un ou deux ovaires avec extension pelvienne
 - IIA : Extension ou métastase à l'utérus et/ou aux trompes
 - IIB : Extension aux autres organes pelviens
 - IIC : Tumeur des stades IIA et IIB avec ascite positive ou cytologie péritonéale positive

- STADE III : Tumeur atteignant un ou deux ovaires avec des métastases péritonéales hors du pelvis ou des ganglions rétro-péritonéaux positifs ou une tumeur pelvienne avec envahissement histologique du grêle ou de l'épiploon.

- STADE IV : Tumeur atteignant un ou deux ovaires avec des métastases à distance.

VI.1.- KYSTES BENINS

Si la tumeur est asymptomatique et est un simple kyste découvert pendant le premier trimestre, une politique d'attente est recommandée.

Après la 13^e ou 14^e semaine, si la tumeur persiste, une laparotomie et une kystectomie doivent être entreprises. La taille du kyste est à prendre en considération pour le traitement : plus elle est grande, plus cela risque d'être source de difficultés (5).

Tous les auteurs soulignent que :

- La manipulation du kyste doit être prudente, de crainte de provoquer une rupture per-opératoire,
- Les déplacements, tiraillements ou torsions de l'utérus doivent être proscrits pour diminuer le risque d'un avortement spontané.

Si le kyste n'est découvert que pendant le troisième trimestre, les auteurs recommandent une politique d'attente jusqu'à la délivrance, sauf bien entendu, si un tableau clinique d'abdomen aigu se présente. Vu la taille de l'utérus, l'accès au kyste est généralement devenu difficile, par ailleurs, les risques de déclenchement précoce du travail, de rupture spontanée des membranes, et par conséquent de prématurité, d'infection intra-utérine et de mortalité périnatale augmentent.

Avançant l'argument que les accidents dus à la présence du kyste sont plus fréquents au cours du travail, ROTHMAN et Collaborateurs recommandent une césarienne élective et l'enlèvement de la tumeur immédiatement après la délivrance.

Il va de soi que si la patiente doit subir une césarienne en urgence, la tumeur doit être excisée au cours de la même laparotomie.

VI.2.- KYSTES MALINS

Si la tumeur est soupçonnée de malignité, elle doit être enlevée sans délai, quelque soit le stade de la gestation selon C. FIRKET. Mais KARLEN et Collaborateurs recommandent de ne pas biopsier l'ovaire controlatéral par crainte de disséminer une lésion microscopique dans la cavité abdominale.

Pour DALLAY et Collaborateurs, la décision thérapeutique est prise en tenant compte de l'âge de la grossesse, du type histologique de la tumeur, de son extension et du désir de la famille.

*.- Avant 20 semaines

Il faut opérer toutes les tumeurs ovariennes par incision médiane sous-ombilicale, sans faire de ponction et en faisant une cytologie péritonéale dès l'ouverture.

- Au stade IA, on fera une annexectomie et une omentectomie (11), (4), (13).

Si la cytologie péritonéale a confirmé l'absence de cellule tumorale et si la tumeur est de faible potentiel évolutif, on laissera la grossesse se développer jusqu'à viabilité pour faire une césarienne, puis une hystérectomie avec annexectomie controlatérale.

- Aux autres stades, selon les résultats de l'examen histologique, l'on doit sacrifier la grossesse et prodiguer si possible, une hystérectomie totale avec castration et omentectomie. Une cobalthérapie ou une chimiothérapie complémentaire serait envisagée selon le stade évolutif et éventuellement, les résultats de la lymphographie.

- Après 20 semaines

En dehors de complications aiguës toujours possibles, on laissera évoluer la grossesse jusqu'au terme ou aux alentours du terme. (4), (11), (13).

Pour DALLAY et Collaborateurs, une césarienne sera faite dès que l'enfant est viable, suivie d'une hystérectomie avec annexectomie et omentectomie, ce protocole est complété par une chimiothérapie et/ou une radiothérapie.

Pour Mac GOWAN et MONNIER et Collaborateurs. S'il s'agit d'une tumeur à localisation pelvienne et praevia, l'on pratique une césarienne et dans le même temps, une hystérectomie totale avec castration et omentectomie.

En cas de tumeur à localisation abdominale, on laissera l'accouchement se dérouler par voie basse, puis dans le post-partum, l'on pratique l'hystérectomie avec castration et omentectomie. Bien entendu selon le type histologique et l'extension de la tumeur, Chimiothérapie ou Cobalthérapie seront envisagées au décours de l'intervention.

En définitive, quelque soit l'âge gestationnel, le pronostic foetal est dominé par la fréquence relative des avortements et des accouchements prématurés liés aux gestes chirurgicaux et aux problèmes mécaniques éventuels. Quant au pronostic maternel, il est très difficile à apprécier, il paraît superposable à ce qu'il est en dehors de la grossesse, il dépend bien sûr essentiellement du stade évolutif et du type histologique de la tumeur.

TROISIEME PARTIE

EXPERIENCE DU SERVICE
DE GYNECO-OBSTETRIQUE
DU C.H.U. DE TREICHVILLE
A PROPOS DE 10 CAS

I.- MATERIEL ET METHODES

Notre étude repose sur l'analyse rétrospective de dix dossiers de tumeur ovarienne et grossesse, colligés dans le service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U de Treichville, de Janvier 1985 à Juillet 1990, soit une période de 5 ans et 7 mois.

Voici d'abord les résumés de ces observations cliniques.

OBSERVATION N° 1

Mme N. H., 33 ans, G₈P₆, Ivoirienne, est reçue à la consultation de Gynécologie pour pesanteur pelvienne sur une aménorrhée de 16 semaines.

L'examen clinique objective une grossesse évolutive de 16 semaines et une volumineuse masse latéro-utérine gauche. L'Echographie faite, montre un volumineux kyste de l'ovaire de 14 à 15 cm de diamètre.

Un bilan pré-opératoire est pratiqué et la patiente est opérée à la 20^e semaine d'aménorrhée (Kystectomie gauche). Les suites opératoires sont simples, elle sort le 7^e jour post-opératoire et est suivie aux grossesses à risque.

Elle accouche à terme par voie basse d'un enfant de sexe masculin, pesant 2 960 grammes, taille 48 cm, apgar 9 + 9 en 5 minutes en présentation céphalique.

OBSERVATION N° 2

Mme K. M. ..., 33 ans, Ivoirienne, G₅P₄ est évacuée de la maternité de Koumassi pour utérus cicatriciel.

L'examen obstétrical fait conclure à un gros foetus sur utérus cicatriciel. L'indication de césarienne est donc posée.

En per-opératoire on a la surprise de tomber sur un volumineux kyste de l'ovaire droit, séreux, taille 10 à 15 cm de diamètre.

On fait une césarienne, puis une kystectomie droite. La Césarienne Segmentaire Transversale (C.S.T.), deuxième itérative, permet d'extraire un enfant de sexe masculin, pesant 4 000 grammes taille 57 cm, apgar 6 → 7 en 5 minutes puis 8 en 10 minutes en présentation céphalique.

OBSERVATION N° 3

Mme D. A. ... Malienne, 40 ans, G₇P₆ est reçue en urgence pour douleurs pelviennes sur aménorrhée de 10 semaines. L'examen clinique permet de diagnostiquer un hémopéritoine.

En per-opératoire, on découvre un kyste hémorragique droit rompu et un utérus gravide de taille 10 semaines.

On pratique une Kystectomie droite. Les suites opératoires sont compliquées de douleurs pelviennes et un avortement à J₄ post-opératoire. La patiente est sortie 9 jours après l'intervention.

OBSERVATION N° 4

Mme L. A.T.... Ivoirienne, 22 ans, G₄P₂. est admise pour douleurs abdominales sur aménorrhée de 15 à 16 semaines.

L'examen clinique suspecte une tumeur ovarienne en torsion. A la Laparotomie, on découvre un ovaire droit tumoral (3,5 Kg) avec de nombreuses digitations et une grossesse de 16 semaines.

On pratique une Annexectomie droite. Les suites opératoires sont simples. La patiente est sortie le 8^e jour post-opératoire.

Elle accouche à terme d'un enfant de sexe féminin, pesant 2 680 grammes, taille 50 cm, apgar 6 → 7 en 5 minutes en présentation céphalique.

OBSERVATION N° 5

T. A. ... Ivoirienne, 25 ans, G₂P₁ est vue en consultation de Gynécologie pour pelvialgie chronique.

L'examen clinique suspecte une tumeur ovarienne bilatérale. L'Echographie faite, objective une tumeur ovarienne bilatérale avec une grossesse de 22 semaines.

Un bilan pré-opératoire est fait et la patiente est opérée à la 24^e semaine. On découvre une tumeur ovarienne kystique à gauche (4,7 Kg) et une tumeur ovarienne à droite. On pratique une Kystectomie à droite et une Annexectomie gauche.

Les suites opératoires sont simples. La patiente sort au 8^e jour post-opératoire.

Elle accouche à terme d'un enfant de sexe féminin, pesant 2 620 grammes, taille 48 cm, apgar 8 → 9 en 5 minutes.

OBSERVATION N° 6

Z. A. ... Ivoirienne, 29 ans, G₃P₂ est reçue en urgence pour menace d'avortement.

A l'examen clinique, on suspecte un kyste de l'ovaire en torsion sur grossesse de 12 semaines.

En urgence, il est pratiqué une Kystectomie (15 cm de diamètre en torsion, 2 spires). Les suites opératoires sont compliquées de douleurs pelviennes (en fait, menace d'avortement). Elle sort 10 jours après l'intervention.

Elle accouche par voie basse à terme d'un enfant de sexe masculin, pesant 3 900 grammes, taille 52 cm, apgar 6 → 7 en 5 minutes puis 8 en 10 minutes.

OBSERVATION N° 7

O. M. ... Burkinabé, 18 ans, G₂P₁ est reçue à la 35^e semaine d'aménorrhée pour hauteur utérine excessive.

L'examen clinique objective une grossesse de 35 semaines avec ascite. L'Echographie n'a pas pu être faite. On pose donc une indication de césarienne à la 37^e semaine.

En per-opératoire, on découvre une volumineuse tumeur ovarienne kystique de 20 cm de diamètre, sans adhérence.

On fait une Césarienne Segmentaire Verticale (C.S.V.) et une Annexectomie droite. La césarienne permet d'extraire un enfant de sexe masculin, pesant 2 800 grammes, de taille 48 cm, d'apgar 7 → 8 en 5 minutes en présentation céphalique. Les suites opératoires sont simples, la patiente sort à J₈ post opératoire.

OBSERVATION N° 8

K. M. A. ... Ivoirienne, 27 ans, G₃P₀ avec deux antécédents d'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) est évacuée de la maternité de Port-Bouët pour Souffrance foetale en première phase du travail.

A l'admission, le Liquide Amniotique était purée de pois. On pose l'indication de césarienne et en per opératoire, on découvre un kyste dermoïde de l'ovaire gauche de 7 cm de diamètre.

On pratique une Césarienne Segmentaire Verticale et une Annexectomie gauche. On extrait par C.S.V. un enfant de sexe féminin, pesant 1 820 grammes, prématuré, de taille 46 cm, d'apgar 3 + 5 en 5 minutes puis 7 en 10 minutes, en présentation céphalique. Suites opératoires compliquées de suppuration pariétale, la patiente sort le 15^e jour post-opératoire.

OBSERVATION N° 9

A. J. ... Ivoirienne, 20 ans, G₁P₀, évacuée de la Maternité Ivoirio-Libanaise (Treichville) pour Souffrance foetale.

L'examen obstétrical objective une souffrance foetale avec un bassin limite. On pose donc une indication de césarienne. En per-opératoire, on découvre une tumeur de l'ovaire gauche de 14 cm de diamètre.

On pratique une C.S.V, puis une Annexectomie. La C.S.V permet d'extraire un enfant de sexe féminin, pesant 2 620 grammes, taille 47 cm et d'apgar 4 + 5, puis 5 en 10 minutes, en présentation céphalique.

Les suites opératoires sont simples. La patiente est sortie le 8^e jour post-opératoire.

OBSERVATION N° 10

Mme D. L. ... Burkinabé, 22 ans, G₃P₂, est reçue en consultation pour pesanteur pélvienne, anorexie sur grossesse de 17 semaines.

L'examen obstétrical suspecte une grossesse avec une tumeur annexielle. Une Echographie est faite et montre cette grossesse de 18 semaines avec un kyste de l'ovaire droite de 17 cm de diamètre. Un bilan pré-opératoire est fait et la patiente est opérée dans la 20^e semaine d'aménorrhée.

Les suites opératoires sont simples. Elle sort le 7^e jour post-opératoire.

Elle n'a pas encore accouché au moment où on écrit ce mémoire.

II.- NOS RESULTATS

II.1.- CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

II.1.1.- Fréquence de l'affection

L'association Grossesse et Tumeurs ovariennes paraît rare : 10 cas en 5 ans et 7 mois, recrutées dans les unités de consultations et d'urgence de Gynécologie Obstétrique du C.H.U de Treichville.

Si l'on considère que 60 patientes par jour en moyenne sont reçues dans l'ensemble de ces deux unités, on comprend que l'association Grossesse et Tumeur ovarienne constitue un recrutement faible dans notre service.

II.1.2.- L'âge

Toutes les patientes sont pubères. L'âge varie de 18 ans à 40 ans.

Le tableau n° 1 nous résume la répartition selon l'âge.

TABLEAU N° 1 Répartition des patientes selon l'âge

AGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
18 ans	1	10 %
20 ans	1	10 %
21 ans	1	10 %
22 ans	2	20 %
25 ans	1	10 %
29 ans	1	10 %
33 ans	2	20 %
40 ans	1	10 %
TOTAL	10	100 %

II.1.3.- La gestité

Le tableau n° 2 nous donne la répartition des patientes selon la gestité.

TABLEAU N° 2 Répartition des patientes selon la gestité

GESTITE	NOMBRE	%
Primigeste	1	10 %
Deuxième geste	2	20 %
Troisième geste	3	30 %
Quatrième geste	1	10 %
Cinquième geste	1	10 %
Septième geste	1	10 %
Huitième geste	1	10 %
TOTAL	10	100 %

Nous remarquons dans ce tableau que la fréquence de l'association est plus importante chez les troisièmes gestes.

II.1.4.- La parité

Le tableau n° 3 nous donne la répartition selon la parité.

TABLEAU N° 3 Répartition des patientes selon la parité

PARITE	NOMBRE	POURCENTAGE
Nullipare	2	20 %
Primipare	2	20 %
Deuxième pare	3	30 %
Quatrième pare	1	10 %
Sixième pare	2	20 %
TOTAL	100	100 %

Nous constatons dans ce tableau que les deuxièmes pares sont les plus nombreuses et que l'affection semble plus fréquente chez elles.

11.1.5.- Selon la nationalité

Le tableau n° 4 nous résume la répartition selon la nationalité.

TABLEAU N° 4 Répartition des patientes selon la nationalité

NATIONALITE	NOMBRE	POURCENTAGE
Ivoirienne	7	70 %
Burkinabé	2	20 %
Maliennne	1	10 %
TOTAL	10	100 %

II.2.- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

II.2.1.- Les symptômes

TABLEAU N° 5 Répartition des Symptômes

SYMPTOMES	NOMBRE	POURCENTAGE
Douleur	4	40 %
Pesanteur	2	20 %
Asymptomatique	4	40 %

Dans 60 % des cas, il y a des signes cliniques qui amènent la patiente à consulter et , dans 40 % des cas, il n'y a aucun signe clinique ; la découverte de l'association Grossesse et Tumeur ovarienne est fortuite dans ce dernier cas.

II.2.2.- L'âge gestationnel

L'âge gestationnel est divisé en trois périodes :

- Premier trimestre
- Deuxième trimestre
- Troisième trimestre

TABLEAU N° 6 Répartition selon l'âge gestationnel

AGE GESTATIONNEL	NOMBRE	POURCENTAGE
Premier trimestre	2	20 %
Deuxième trimestre	4	40 %
Troisième trimestre	4	40 %
TOTAL	10	100 %

La découverte de l'association Tumeur ovarienne et Grossesse se fait le plus souvent au deuxième et troisième trimestre de la grossesse (80 % des cas).

II.3.- LES COMPLICATIONS

Les complications de l'association Grossesse et Tumeurs ovariennes peuvent être une circonstance de découverte. Nous avons relevé les complications suivantes :

- un hémopéritoine dans un cas
- une torsion de kyste dans deux cas.

II.4.- LE MODE D'ACCOUCHEMENT

Nous avons noté le mode d'accouchement dans les cas où l'association Grossesse et Tumeurs ovariennes est arrivée à terme ou au voisinage du terme. Le tableau n° 7 nous donne le résumé du mode d'accouchement.

TABLEAU N° 7 Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

MODE D'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Par voie basse	4	40 %
Par voie haute	4	40 %
Indéterminé	1	10 %

Dans 40 % des cas, l'accouchement se fait par voie basse, dans 40 % des cas il se fait par voie haute. Nous avons par ailleurs noté un avortement après l'annexectomie fait en urgence pour torsion d'annexe ; et une patiente n'a pas encore accouché au moment où nous écrivons ce mémoire.

11.5.- LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES NOUVEAU-NES

Ceci est résumé à tableau n° 8.

TABLEAU N° 8 Les caractéristiques cliniques des nouveau-nés

L E S C O N S T A N T E S		N O M B R E
P O I D S	> 4 000 grammes	1
	Entre 2 500 et 3 000 grammes	6
	< 2 500 grammes	1
T A I L L E	47 - 50 cm	5
	> 50 cm	2
	< 47 cm	1
S E X E	Masculin	4
	Féminin	4
I N D I C E D ' A P G A R en 5 minutes	0 - 2	0
	3 - 6	2
	7 - 10	6

11.6.- LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

Toutes nos patientes ont bénéficié du même traitement qui consiste en :

- Une laparotomie médiane sous ombilicale ou prolongée en sus ombilicale
- une annexectomie ou au minimum une kystectomie
- un traitement antispasmodique qui débute au cours de l'intervention et qui se poursuit après l'intervention

- une antibiothérapie prophylactique à base d'ampicilline ou d'amoxicilline.

Nous analyserons successivement :

- les complications post-opératoires que nous avons observées
- le délai au bout duquel il y a reprise effective du transit
- la durée du séjour hospitalier après tumorectomie.

II.6.1.- Les complications post-opératoires

Leur nature, leur fréquence et leur date de survenue sont résumées dans le tableau n° 9.

TABLEAU N° 9 Fréquence des complications observées après tumorectomie

NATURE DE LA COMPLICATION	DATE DE SURVENUE	NOMBRE	FREQUENCE
Avortement	J ₄	1	10 %
Hyperthermie non explorée	J ₃ → 2 cas J ₄ → 1 cas	3	30 %
Brûlures mictionnelles non explorées	J ₂ → 2 cas	2	20 %
Douleurs pelviennes	J ₁ → 7 cas J ₂ → 2 cas	9	90 %

De ce tableau, il ressort que les douleurs pelviennes représentent 90 % des complications, puis viennent les hyperthermies.

II.6.2.- Délai de la reprise du transit

Ce délai est représenté par le tableau n° 10

TABLEAU N° 10 Reprise du transit

DATE DE LA REPRISE DU TRANSIT	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
J ₃ post opératoire	5	50 %
J ₄ post opératoire	3	30 %
J ₅ post opératoire	1	10 %
Non précisé	1	10 %

II.6.3.- Durée du séjour hospitalier après la laparotomie

Cette durée est résumée au tableau n° 11

TABLEAU N° 11 Durée du séjour hospitalier après
la laparotomie

DUREE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
7 jours	2	20 %
8 jours	4	40 %
9 jours ou plus	3	30 %
Non précisé	1	10 %

11.7. - L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les résultats d'Anatomie-Pathologique sont résumés au tableau n° 12.

TABLEAU N° 12 Résultats d'Anatomie-Pathologique

	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Kyste séreux et folliculaire	6	60 %
Kyste dermoïde	3	30 %
Cystadénome séreux ovarien	1	10 %
TOTAL	10	100 %

Il ressort de ce tableau que nous avons 9 tumeurs bénignes et une tumeur bord-ligne. Cette dernière est l'objet d'une surveillance attentive.

III.- DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

L'analyse de nos observations cliniques et de nos résultats suscite les commentaires suivants :

III.1.- S'AGISSANT DE L'EPIDEMIOLOGIE DE L'AFFECTION

III.1.1.- Fréquence (2) (4) (5) (6) (7) (11) (12) (13)

Notre étude confirme le caractère rare de l'affection retrouvée dans la littérature. En effet FIRKET C. (5) trouve 1/700 grossesses, GREASMAN cité par FRAISSE E., 34 cas en 80 ans.

Tous les auteurs insistent sur la rareté de l'association Tumeur ovarienne et Grossesse.

Dans notre étude, nous avons 10 cas en 5 ans dans un service qui réalise au cours de la même période 28 753 accouchements et 132 laparotomies pour kyste ovarien.

III.1.2.- L'âge

L'âge varie de 18 ans à 40 ans, couvre donc la période de fécondité. La moyenne est de 25,7 ans.

III.1.3.- La nationalité

L'affection comme nous l'avons déjà vue, touche

- 7 Ivoiriennes
- 2 Burkinabés
- 1 Malienne.

Nous constatons que l'affection touche dans 70 % des cas les nationaux et dans 30 % des cas les étrangers.

Est-ce que les nationaux fréquentent plus les C.H.U ? Nous ne pouvons pas l'affirmer. Mais des études ultérieures pourraient le confirmer.

III.2.- LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES

III.2.1.- Les symptômes (5), (11)

Les Cancers de l'ovaire comme les kystes séreux sont volontiers silencieux au début de leur évolution. C'est ainsi que MONNIER et Collaborateurs (11) trouvent 66,33 % des cas où l'association Tumeur ovarienne et Grossesse est de découverte fortuite, FIRKET (5) retrouve 50 % des cas où l'association Tumeur ovarienne et Grossesse est asymptomatique.

Dans notre étude, nous retrouvons 40 % des cas où cette association est asymptomatique. Dans 40 % des cas de notre étude cette association est découverte au cours de complications. Ces faits expliquent en partie l'absence d'examen complémentaire comme l'Echographie obstétricale dans nos observations. Cet examen n'a été demandé

que dans 40 % des cas de notre étude, alors qu'en Europe toutes les patientes bénéficient de cet examen qui est systématique dès l'aménorrhée.

III.2.2.- L'âge gestationnel (5), (11)

Dans notre travail, nous avons fait le diagnostic de l'association Tumeur ovarienne et Grossesse dans 80 % au 2^e et 3^e trimestre de la grossesse, ce qui nous fait dire qu'il y a un retard important dans le diagnostic.

En effet, pour MONNIER et FIRKET (11), (5), la découverte de l'association devrait être faite dès le premier trimestre pour un meilleur suivi et surtout une meilleure surveillance.

III.3.- LES RESULTATS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Nous avons retrouvé :

- 6 kystes séreux,
- 3 kystes dermoïdes bénins,
- 1 cystadénome séreux ovarien (bord-line)

Certains auteurs excluent les kystes luteaux dans leurs études.

Pour FIRKET (5), 2,5 % des tumeurs sont malignes.

Notre étude, en accord avec la littérature (5, 6, 8, 9, 10, 14) note la rareté de l'association Cancer de l'ovaire et Grossesse.

III.4.- LE MODE D'ACCOUCHEMENT

Dans notre travail, 40 % des femmes accouchent par voie basse et 40 % par voie haute. La fréquence élevée des césariennes dans ce type d'association s'explique par le fait que dans 30 % des cas de notre étude, la tumeur ovarienne n'est découverte qu'au cours de la césarienne et de façon fortuite.

III.5.- NOS RESULTATS THERAPEUTIQUES

Nos résultats thérapeutiques sont :

1°) Les complications post-opératoires

- 1 avortement qui s'explique par le fait que nous avons opéré cette patiente au cours d'une complication (torsion d'annexe),
- 3 hyperthermies non explorées et 2 brûlures mictionnelles en rapport probablement avec un accès palustre ou une infection urinaire, ce qui est fréquent dans cette région d'endémicité palustre.
- 9 cas de douleurs pelviennes en post-opératoire, ce qui s'explique aisément chez ces patientes laparatomisées.

2°) La durée de séjour

Nous avons observé seulement 3 cas où les patientes ont séjourné plus de 8 jours, à l'hôpital. En général, la durée de séjour

est de 7 à 8 jours, ce qui est conforme à la durée de séjour des césariennes, des kystes de l'ovaire et des Grossesses Extra-Utériniens (G.E.U.) dans notre service.

3°) Délai de reprise du transit

Ce délai est de 3 à 4 jours. Seul dans un cas, nous avons noté un délai de 5 jours. Ce cas serait-il dû à l'abus des anti-spasmodiques ? Nous ne pouvons pas l'affirmer.

IV.- CONCLUSIONS DE NOTRE ETUDE

Au terme de notre étude et à la lumière des données de la littérature, nous pouvons retenir les points suivants :

1°) L'affection est rare en milieu ivoirien. En effet, nous n'avons noté que 10 cas d'association Tumeur ovarienne et Grossesse en 5 ans sur 28 753 accouchements et 120 laparotomies pour kyste de l'ovaire.

2°) L'affection touche tous les âges de 18 à 40 ans avec une moyenne de 25,7 ans.

3°) Elle est asymptomatique dans 40 % des cas de notre étude et découverte le plus souvent soit au cours d'une complication, soit au cours d'une césarienne (30 %). Ceci nous amène à proposer l'institution de l'Echographie obstétricale qui doit être systématique dès l'aménorrhée pour permettre non seulement de faire le diagnostic de cette association, mais aussi d'avoir un âge gestationnel exact.

4°) Au plan thérapeutique, l'annexectomie sans résection cunéiforme de la trompe est le traitement de choix associé aux anti-spasmodiques en perfusion et aux antibiotiques par voie général. Mais dans un certain nombre de cas non négligeable, nous avons pratiqué une Kystectomie. Les suites opératoires ont été le plus souvent simples et il n'a pas été observé de récurrences.

5°) Au plan histologique, nous avons dans 9 cas sur 10 une tumeur bénigne et dans un seul cas une tumeur bord-line.

R E S U M E D U M E M O I R E

NOM ET PRENOMS : TOURE BOUBAKAR

TITRE DU MEMOIRE : GROSSESSE ET TUMEURS DE L'OVAIRE
(A PROPOS DE 10 CAS COLLIGES DANS LE SERVICE DE GYNECO-
OBSTETRIQUE DU C.H.U DE TREICHVILLE, DE JANVIER 1985
A JUILLET 1990).

ANNEE : 1989 N° : PAGINATION : 56

VILLE DE SOUTENANCE : Abidjan

PAYS D'ORIGINE : COTE D'IVOIRE

SECTEUR D'INTERET : OBSTETRIQUE

RESUME : L'association Grossesse et Tumeurs ovariennes est rare, et se rencontre chez la femme en âge de procréer. Il n'existe pas de facteur racial prédisposant. Son étiopathogénie n'est pas encore élucidée.

L'intérêt de l'affection n'est pas sa rareté, mais la difficulté que peut présenter son diagnostic et surtout la conduite thérapeutique. En effet, elle est silencieuse et n'est découverte qu'au cours d'une complication, d'une césarienne ou de façon systématique au cours du bilan prénatal. Le traitement doit tenir compte, non seulement du caractère bénin ou malin de la tumeur ovarienne, mais aussi de l'avenir du fœtus.

Dans le service de Gynéco-obstétrique du C.H.U de Treichville (Abidjan), l'annexectomie sans résection cunéiforme de la corne tubaire correspondante ou la kystectomie au minimum associée aux antispasmodiques, a permis une évolution favorable dans la plupart des cas.

Mots clés :

Grossesse et Tumeurs ovariennes - Annexectomie - Césarienne - Kystectomie
Ovariectomie - Torsion d'annexe - Malin - Bénin.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- BLANC (B.), GAMERRE (M.), MARTIN (P.M.), JOUVE (M.P.),
THOMAS (M.), SERMENT (H.),

Tumeurs endocrines de l'ovaire.

Encycl. Méd. Chir. (Gynéc.), 680 A10.

- 2.- BLANC (B.), GAMERRE (M.), MARTIN (P.M.), JOUVE (M.P.),
THOMAS (M.), SERMENT (H.),

Tumeurs endocrines de l'ovaire

Encycl. Méd. Chir. (Gynéc.), 680 B 10.

- 3.- CHARLES (G.), MARHIC (C.), PONTIES (J.E.), MEYRAN (M.),

Cancer avancé de l'ovaire et grossesse.

A propos de deux cas.

J. Gynécol.-Obstet. Biol. Reprod., 1989, 18, (1), 61 - 68.

- 4.- DALLAY (D.), CHABRAND (S.), GONNET (J.M.), SOUMIREU-MOURAT (J.),

Cancer de l'ovaire et grossesse.

A propos de 4 cas.

Rev. Fr. Gynécol.-Obstét., 1985, 80, (12) 867 - 870.

- 5.- FIRKET (C.),

Grossesse et tumeurs de l'ovaire.

Rev. Méd. Liège, 1989, 54, (7) 263 - 266.

6.- FRAISSE (E.), BERRADA (A.), PHILIPPE (H.J.), GRALL (J.Y.),

Cancer de l'ovaire et grossesse.

A propos d'un cas.

Rev. Fr. Gynécol.-Obstét., 1986, 81, (6-7) 381 - 384.

7.- GILAD BEN-BARUCH (M.D.), YEHEZKEAL MENASHE (M.D.),
HERCZEG (E.), MENCZER (J.),

Pure primary ovarian squamous cell carcinoma

Gynécol. Oncolog., 1988, 29, 257 - 262.

8.- HUNTER (V.), BARNHILL (D.), JADWIN (D.), CROOKS (L.),

Ovarian mucinous cystadenocarcinoma of low malignant
potential associated with a mature cystic teratoma

Gynécol. Oncolog., 1988, 29, 250 - 254.

9.- LANSAC (J.),

Les indications thérapeutiques dans les cancers de l'ovaire
chez l'adulte.

J. Gynécol.-Obstét. Biol. Reprod., 1983, 12, 309 - 314.

10.- LEE (R.B.), KELLY (J.), ELG STEVEN (A.), BENSON (W.L.),

Prenancy following conservative chemotherapy for stage III
immature teratoma of the ovary.

Obstet. Gynécol. 1989, 73, (5) 853 - 854.

- 11.- MONNIER (J.C.), FRANCKE-MAUROY (B.), LANCIAUX (B.),
BOULOGNE (M.), FARINE-LAMBIN (M.O.), VANBESIEN (L.),

Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire au cours
de la gravido-puerpéralité. A propos de 3 cas.
J. Gynecol.-Obstét. Biol. Reprod., 1979, 8, 143 - 150.

- 12.- SALAT-BAROUX (J.), ZYLBERBERG (B.),

Cancer de l'ovaire et Grossesse
Bull. Cancer, 1982, 69, (3) 301 - 303.

- 13.- SALAT-BAROUX (J.), SYLBERBERG (B.),

Cancer de l'ovaire et Grossesse, circonstances de
découverte, traitement diagnostique, étiologique et pronostic.
J. Gynécolog.- Obstét. Biol. Reprod., 1983, 12, 277-281.

- 14.- SCHNEIDER (J.), ERASUN (F.), HERVAS (J.L.), OLGA ACINAS,
GONZALEZ-RODILLA (I.),

Normal pregnancy and delivery two years after adjuvant
chemotherapy for grade III immature ovarian teratoma.
Gynecol. oncolog., 1988, 29, 245 - 249.