

Localisations atypiques de fibromyomes (ovaire et ligament large): A propos de deux cas

[Atypical locations of fibromyomas (ovarian and large ligament): About two cases]

F. Abdeddine, J. Meddah, M. El Youssfi, S. Amrani, and S. Bargach

Service de gynécologie obstétrique cancérologie et grossesse à haut risque, Maternité Souissi, Université Mohamed V, Rabat, Morocco

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Uterine fibroids or leiomyomas are benign myometrial tumors. They are found in 20% of women of reproductive age. Outer uterine localization is rare and of poorly understood pathophysiology, and poses a diagnostic problem. Only the pathological examination can establish the diagnosis. We report two cases of ectopic localization, the ovary and the broad ligament, the diagnosis of which was not made in the first place.

KEYWORDS: Fibroids, leiomyomas, tumors, myometrium.

RESUME: Les fibromes utérins ou léiomyomes sont des tumeurs bénignes du myomètre. Elles sont retrouvées chez 20 % des femmes en âge de procréer. La localisation extra utérine est rare et de physio-pathogénie mal connue, et elle pose un problème diagnostique. Seul l'examen anatomopathologique peut établir le diagnostic. Nous rapportons deux cas de localisation extra-utérine, l'ovaire et le ligament large dont le diagnostic n'a pas été posé en premier lieu.

MOTS-CLEFS: Fibromes, léiomyomes, tumeurs, myomètre.

1 INTRODUCTION

Les fibromes sont les tumeurs solides bénignes les plus fréquentes de la femme; leur fréquence en Europe est de l'ordre de 20 % des femmes à partir de 30 ans et de 40 % des femmes à 50 ans. Cette fréquence augmente chez les femmes noires. La physiopathologie des léiomyomes reste à ce jour encore mal connue. Plusieurs équipes ont montré l'origine monoclonale des myomes utérins [3]. Certaines études ont mis en évidence le fait qu'au sein du même utérus, chaque fibrome se développe de manière indépendante. La localisation extra utérine est encore de physiologie mal connue, elle pose souvent un problème de diagnostic préopératoire. Nous rapportons deux cas, le premier est celui d'un myome du ligament large où le diagnostic d'un myome sous séreux a été posé en premier temps, le deuxième est celui d'un fibrome ovarien chez une patiente prise en charge pour masse ovarienne tissulaire dans un contexte d'algies pelviennes.

2 OBSERVATIONS

2.1 CAS N°1

Patiente de 36 ans, sans antécédent pathologique notable, consultant pour infertilité primaire. La patiente n'avait ni trouble de cycles ni signes de compression urinaire ou digestif, juste quelques épisodes d'algies pelviennes. L'examen clinique objectivait une masse latéro utérine droite faisant corps avec l'utérus indolore, dure et mobile par rapport aux deux plans. Nous avons réalisé une échographie pelvienne qui a objectivé un myome isthmique faisant 85mm / 75mm, nous avons programmé la patiente pour laparotomie durant laquelle l'exploration mettait en évidence un fibrome du ligament large droit. Nous avons réalisé une myomectomie et envoyé la pièce à l'anatomie pathologique qui a confirmé le diagnostic du léiomyome du ligament large. Les suites opératoires étaient sans anomalie.

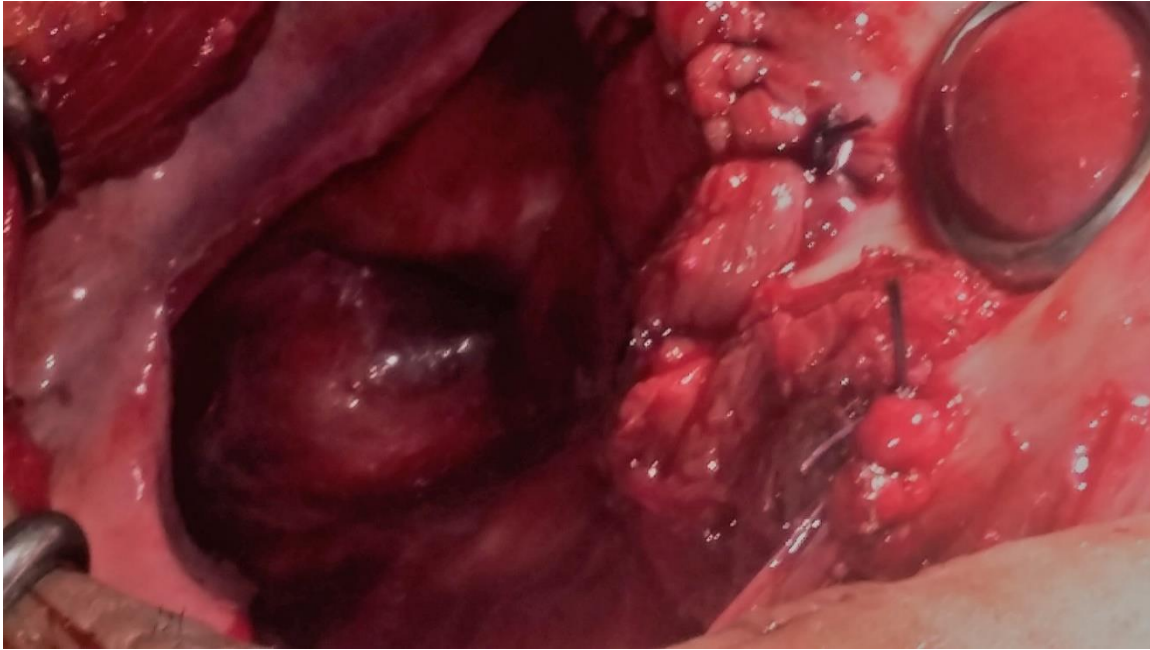


Fig. 1. Cavité résiduelle après résection du fibrome du ligament large

2.2 CAS N°2

Il s'agit d'une patiente de 24 ans, sans antécédent pathologique notable, nullipare, présentant depuis plus de 6 mois des douleurs pelviennes intermittentes à type de pesanteur sans irradiation particulière, avec notion de spanioménorrhée. L'examen clinique révélait une masse latéro utérine gauche, indépendante de l'utérus, dure, mobile par rapport aux deux plans faisant environ 7 cm de grand axe. Nous avons réalisé une échographie pelvienne qui a objectivé une masse ovarienne gauche solide inhomogène à contenu dense, à contours irréguliers mesurant 67 mm sur 53 mm, l'utérus était de taille normale mesurant 65 mm sur 52 mm et 35 mm; il en était de même de l'ovaire droit qui mesurait 32 mm sur 19 mm. Un dosage de la CA-125 a été réalisé est revenu normal. Nous avons programmé la patiente pour laparotomie où l'exploration a montré une masse tissulaire au dépend de l'ovaire gauche isolée, non adhérentielle. Nous avons réalisé une annexectomie gauche, et dont l'étude histologique a révélé un fibrome ovarien. Les suites opératoires étaient sans anomalies.



Fig. 2. Fibrome ovarien après résection

3 DISCUSSION

Le myome utérin ou léiomyome est une tumeur bénigne du tissu musculaire lisse de l'utérus [4]. Il est aussi désigné sous le terme de fibromyome ou fibrome (lésion conjonctive bénigne). Il est retrouvée chez 20 % des femmes en âge de procréer [1]. La localisation extra utérine est rare et de physio-pathogénie mal connue, et elle pose un problème diagnostique [2,3].

Les complications (hémorragie, infertilité, complications obstétricales, douleurs, nécrobiose, torsion) sont rares [5]. L'échographie est l'examen diagnostique de référence des fibromes et permet une cartographie des lésions. La localisation extra-utérine est rare, voire controversée [6]. Les localisations extra-utérines de myomes rapportées dans la littérature sont les léiomyomes métastatiques bénins, les léiomyomatoses péritonéales disséminées, les léiomyomatoses intraveineuse, et les léiomyomes rétro-péritonéaux [2]. Roue et al [6] ont décrit trois cas de léiomyomes extra-utérins au niveau du ligament rond, du ligament large et de l'ovaire. Ziouziou et al [7] rapporte un cas de léiomyomerétropéritonéal (LRP), tandis Poliquin et al [8] dans une revue de littérature rapporte 105 cas de LRP entre 1941 et 2007. Kinda et al a aussi décrit deux localisations atypiques de fibrome, notamment le segment sigmoïde de l'intestin et la paroi interne du muscle transverse de l'abdomen [2].

Le fibrome de l'ovaire ne représente que 1% des tumeurs ovariennes [9], Le fibrome de l'ovaire peut être asymptomatique et de découverte opératoire; parfois il est associé à un épanchement pleural préférentiellement localisé à droite et à une ascite libre plus ou moins abondante réalisant ce qu'on appelle le syndrome de Demons-Meigs [10]. Ils représentent une variété anatomopathologique des tumeurs fibrothécales de l'ovaire, qui sont des tumeurs stromales, contenant des cellules conjonctives fusiformes, des cellules thécales ou les deux types cellulaires associées. Ils sont en général unilatéraux [11].

Les fibromes du ligament large sont des tumeurs rares. Sans grandes spécificités cliniques qui permettent de les différencier des lésions annexielles, et malgré les progrès réels de l'imagerie, leur diagnostic n'est encore souvent porté qu'à la laparoscopie ou la laparotomie [12]. Ils représentent les tumeurs les plus fréquentes des tumeurs du ligament large, et sont parfois de résection difficile [12].

Par rapport à ces localisations extra utérine de fibrome, plusieurs théories ont été avancées, selon Christin-Maitre et al., les myomes sous-muqueux et sous-séreux peuvent se détacher exceptionnellement du myomètre et se développer grâce à leur accollement aux tissus voisins [4]. En effet Kho et al [13] dans leur série avaient constaté que 67% des localisations extra-

utérines avaient des antécédents chirurgicaux de myomectomie tandis que Poliquin et al constatent que 40% de localisations rétropéritonéales avaient des antécédents d'hystérectomie. Mais nous n'écartons pas la possibilité de lésion primaire.

4 CONCLUSION

Les fibromes ovariens et ceux du ligament large sont rare, le diagnostic préopératoire est très difficile, on a recours à la chirurgie avec étude histologique pour établir le diagnostic. Un recueil de revue de littérature actualisé devrait permettre de décrire l'incidence de ces tumeurs afin de lever la controverse sur leur existence, car elles sont de plus en plus révélées dans la littérature.

REFERENCES

- [1] Vollenhoven B. Introduction: the epidemiology of uterine leiomyomas. In: Vollenhoven B, editor. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynecology*. London: Baillière Tindall 1998. p. 169-175.
- [2] Boureima Kinda, Charlemagne Ouédraogo, Localisation atypique de myomes en peropératoire: à propos de deux cas dont un dans un contexte d'urgence. *Pan Afr Med Jv*.22; 2015PMC4732623.
- [3] Mashal R, Fejzo ML, Friedman AJ et al. Analysis of androgenreceptor DNA reveals the independent clonal origins of uterine leiomyomata. *Genes, chromosomes and cancer* 1994; 11: 1-6.
- [4] Christin-Maitre S, Wirthner D. Fibromes utérins: classification et physiopathologie. *J. Gynecol Obstet Biol reprod*. 1999 Novembre; 28 (7): 707–14.
- [5] Pachy F, Lemerrier D, Dommergues M, Sibony O. Complication rare d'un léiomyome utérin: énucléation spontanée avec hémopéritoine. *J Gynécol Obstet Biol Reprod*. 2009 Mai; 38 (3): 239–41.
- [6] Roue A, Laboisie C, Winer N, Darnis E, Bouquin R, Lopes P, Philippe HJ. Léiomyome pelvien extra-utérin: diagnostic et prise en charge. *J Gynécol Obstet Biol Reprod*. 2007 Juin; 36 (4): 403–8.
- [7] Ziouziou I, Bennani H, Zouaidia F, El Ghaouti M, Haddan A, Mahassini N, et al. Léiomyome rétro-péritonéal: à propos d'un cas. *Prog Urol*. 2014 Avril; 24 (5): 262–65.
- [8] Poliquin V, Victory R, Vilis GA. Epidemiology presentation and management of retroperitoneal leiomyomata: systematic literature review and case report. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008 Mar-Apr; 15 (2): 152–60.
- [9] Walker JL, Manette A, Manuel RS, Liao SY. Cellular fibromas masquerading as ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 530-1.
- [10] Rouzier R, Berger A, Cugnenc PH. Syndrome de Demons-Meigs: peut-on faire le diagnostic en préopératoire ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 27: 517-22.
- [11] Boufettal H, Zaghba N, Morad S, Bakhtar A, Yassine N, Bahlaoui A, et al. Syndrome de Demons-Meigs: une nouvelle observation. *Rev Pneumol Clin* 2011; 67: 121–3.
- [12] Eric Leblanc, Tumeurs du ligament large et du ligament rond – EMC gynécologie 01/01/97 [687-A-10].
- [13] Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas. *Obstet Gynecol*. 2009 Septembre; 114 (3): 611–5.