

Les tumeurs fibrothécales de l'ovaire : démarche diagnostique et thérapeutique - A propos de deux cas

[Ovarian fibrothecoma: diagnosis and treatment - About two cases]

Abdelkader Akharraz, Hicham El Fazazi, Farid Kassidi, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui, and Mohammed Dehayni

Service de Gynécologie Obstétrique,
Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V,
Rabat, Maroc

Copyright © 2016 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: The fibrothecoma ovarian tumors are rare tumors representing less than 4% of all ovarian tumors. These tumors are observed in elderly and postmenopausal patients. The diagnosis is difficult because they are often mistakenly diagnosed as uterine fibromas or malignant ovarian tumors. Their diagnostic approach is guided by the clinical and Para clinical elements, but it is mainly based on histopathological evaluation. Conservative surgery is the treatment of choice in young women. Radical treatment is reserved for patients in perimenopause or postmenopausal period. We report two cases of this tumor, which were presented as advanced ovarian cancer, to identify diagnostic and therapeutic features. These are tumors with a good prognosis and a final recovery after surgery.

KEYWORDS: fibrothecoma, ovarian mass, diagnosis, histology, surgery.

RESUME: Les tumeurs fibrothécales de l'ovaire sont des tumeurs rares représentant moins de 4 % de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire. Ces tumeurs s'observent chez des patientes âgées et volontiers ménopausées. Leur diagnostic est difficile car elles sont souvent diagnostiquées à tort comme des myomes utérins ou des tumeurs malignes de l'ovaire. Leur démarche diagnostique est orientée par les données cliniques et paracliniques mais elle repose surtout sur l'examen anatomopathologique. La tumorectomie est le traitement de choix chez la femme jeune. Le traitement radical est réservé aux patientes en péri- ou en post-ménopause. Nous rapportons deux observations de cette tumeur, se présentant sous la forme d'un cancer ovarien avancé, afin de dégager leurs particularités diagnostiques et thérapeutiques. Ce sont des tumeurs de bon pronostic avec une guérison définitive du malade après la chirurgie.

MOTS-CLEFS: fibrothécôme, masse ovarienne, diagnostic, histologie, chirurgie.

1 INTRODUCTION

Les tumeurs fibrothécales de l'ovaire sont des tumeurs rares développées à partir du stroma ovarien et contiennent en proportion variée des cellules conjonctives fusiformes et des cellules thécales [1]. Elles représentent 1 à 4,7 % de l'ensemble des tumeurs organiques de l'ovaire [2]. Ces tumeurs sont dans la majorité des cas bénignes et peuvent être responsables d'une hormono-sécrétion, le plus souvent oestrogénique [3]. Elles peuvent être responsables des complications à redouter telle que la torsion d'annexe (urgence chirurgicale). Nous rapportons deux observations d'une patiente de 43 ans et l'autre âgée de 57 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.

2 OBSERVATIONS

2.1 LE PREMIER CAS

Il s'agissait de Mlle E F, âgée de 43 ans, nulligeste, suivie pour rhinite allergique en péri ménopause, venue consulter pour une augmentation progressive de volume abdominal avec sensation de douleurs pelviennes paroxystiques depuis six mois 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 avec présence de masse pelvienne au toucher vaginal ferme très probablement au dépend de la paroi antérieure utérin, bien limitée, mobile et faisant 6 cm sur 5 cm. L'échographie pelvienne a montré une masse hypoéchogène homogène d'allure tissulaire faisant 53 mm sur 59mm au dépend de l'ovaire gauche sans autres anomalies visibles. Le marqueur tumoral CA 125 est élevé à 745UI/L par contre les autres marqueurs demandés (CA19-9, ACE et α foetoprotein) étaient normaux. L'IRM pelvienne : a montré une masse pré utérine sus vésicale tissulaire associée à un discret épanchement pelvien liquidien, cette masse est bien limitée, peu rehaussée après injection gadolinium faisant 60 mm sur 57 mm avec un effet de masse sur le toit vésical. (Fig. 1)

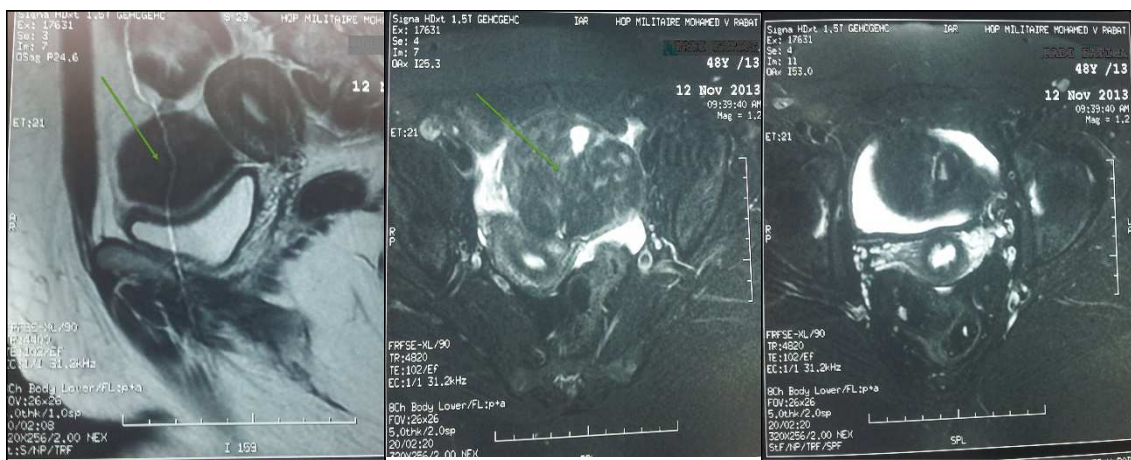


Fig. 1. IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE PELVIENNE (IRM) APRES INJECTION GADOLINIUM

La Figure 1 montre (flèche verte) une formation pelvienne pré utérine tissulaire à parois épaissies, peu rehaussée après injection de gadolinium.

On a réalisé chez elle une laparotomie exploratrice médiane sous ombilicale. L'exploration chirurgicale notait une tumeur dure, à surface régulière, faisant 6 cm à son grand diamètre, blanchâtre, bien limitée, au dépend de l'ovaire gauche tordu, on a réalisé une annexectomie droite avec biopsie de l'ovaire controlatéral qui paraissait sain. Il n'y avait pas de carcinose péritonéale ni de lésions hépatiques (Fig 2).

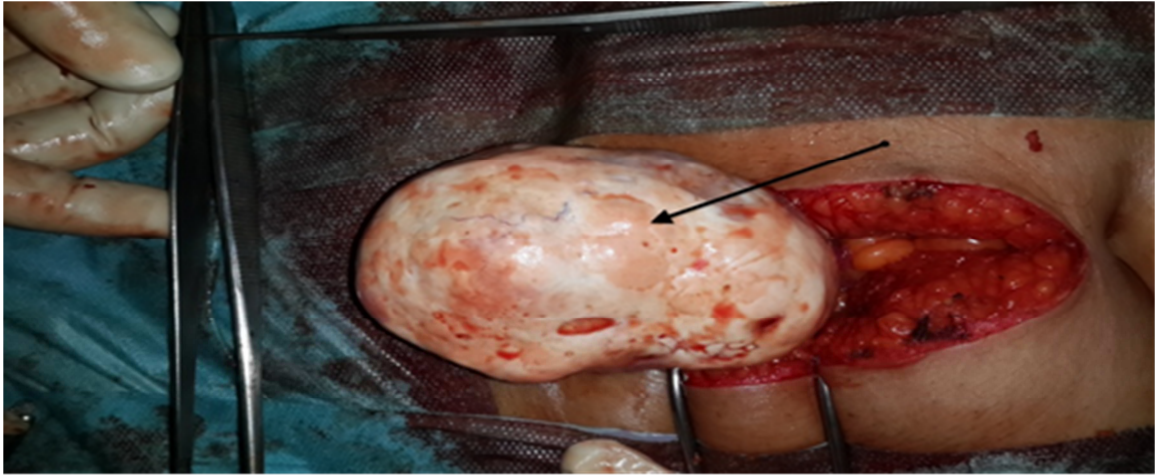


Fig. 2. La flèche désigne la tumeur de l'ovaire droit

L'examen anatomopathologique était en faveur d'une tumeur bénigne de l'ovaire gauche cadrant avec un fibrothécome. Le parenchyme de l'ovaire controlatéral est de morphologie normale (Fig 3).

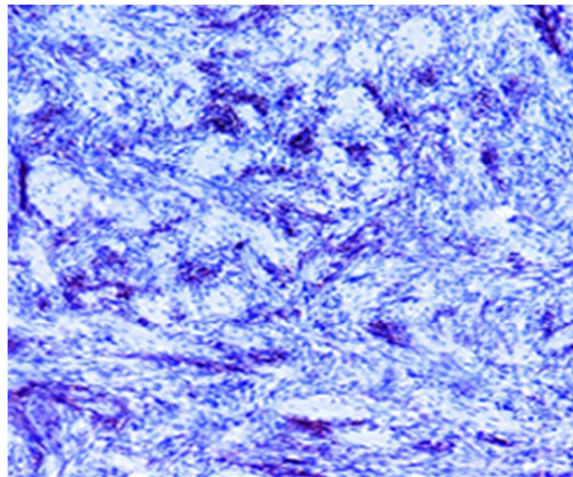


Fig. 3. Coupe histologique montrant un aspect d'un fibrothécome (x 40)

2.2 LE DEUXIEME CAS

Il s'agissait de Mme G L, âgée de 57 ans, troisième geste et troisième part, ayant trois enfants vivants, ménopausée depuis dix ans. Elle a consulté pour une apparition de douleurs pelviennes avec sensation d'une pesanteur pelvienne et une augmentation progressive du volume abdominal sans métrorragie associée ni signes digestifs ou urinaires associés le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement chiffré à 7 kilogrammes. L'examen clinique a objectivé un abdomen souple avec une masse latérotérine gauche ferme mal limitée douloureuse à la palpation faisant 17 sur 10 centimètres arrivant à l'ombilic et le reste de l'examen est sans particularité. L'échographie pelvienne a objectivé une masse ovarienne gauche échogène et hétérogène faisant 14 sur 10 centimètres avec un utérus de taille normale et un épanchement pelvien minime.

Une tomodensitométrie pelvienne a objectivé une masse tissulaire ovarienne gauche faisant 8.5 sur 12.6 centimètre d'allure suspecte (Fig. 4).

Nous avons réalisé une laparotomie dont l'exploration chirurgicale a mis en évidence une masse ovarienne gauche blanchâtre dure faisant environ 10 sur 12 centimètres avec une ascite jaune citrin de faible abondance que nous avons prélevée pour étude cytologique. L'utérus, la trompe gauche, l'annexe droite, péritoine pariétal étaient sains. Nous avons réalisé une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale (Fig. 5) dont l'examen anatomopathologique a montré un aspect en faveur d'un fibrothécome ovarien unilatéral (Fig. 6). Les suites post opératoires étaient simples.

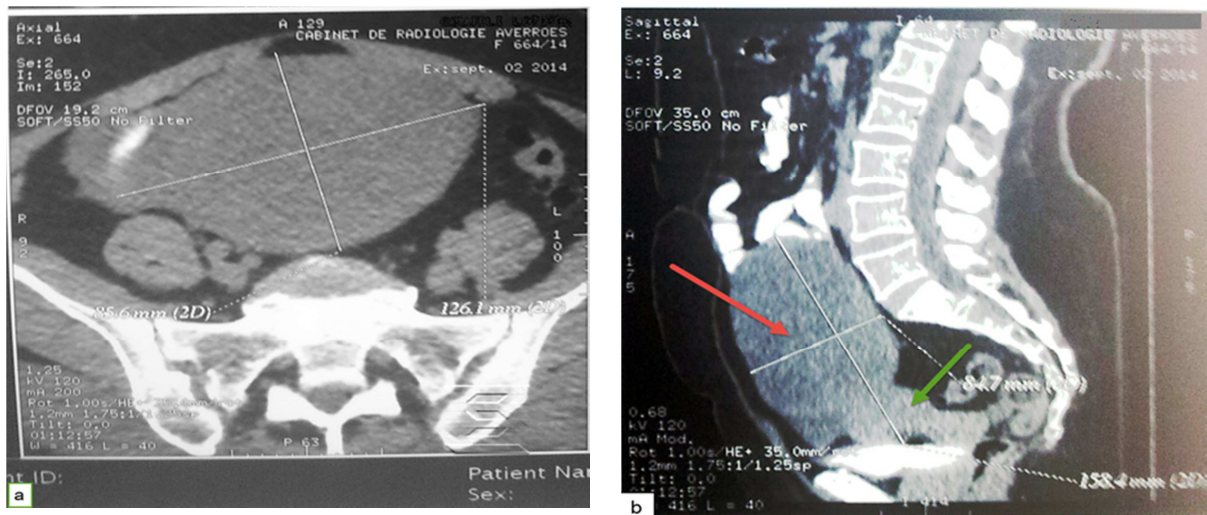


Fig. 4. Examen tomodensitométrique du pelvis

La Figure 4 montre une coupe tomodensitométrique axiale (a) et une autre sagittale (b) avec une flèche rouge désignant la tumeur et la flèche verte montrant l'utérus.

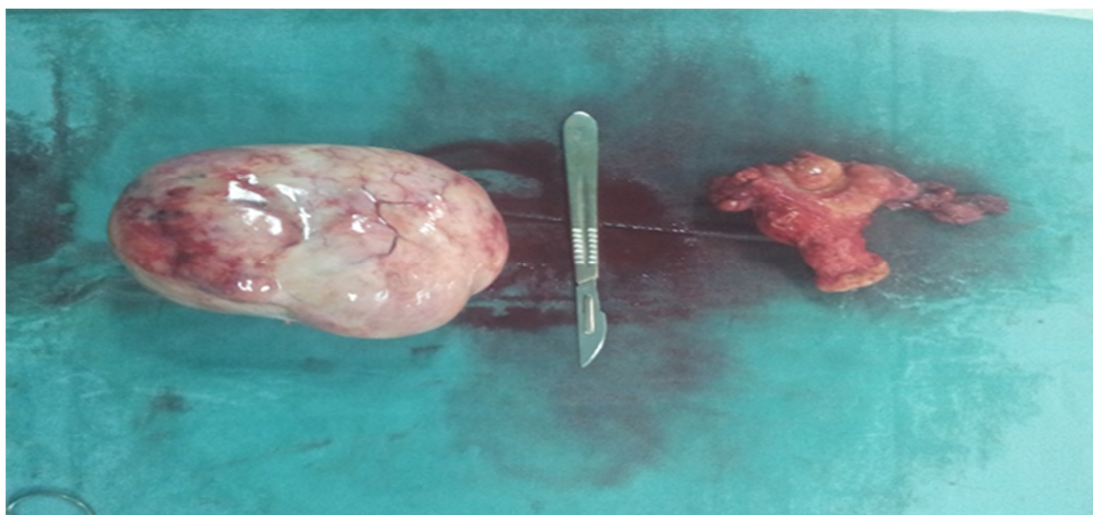


Fig. 5. La pièce opératoire comportant la tumeur, l'utérus et ses annexes

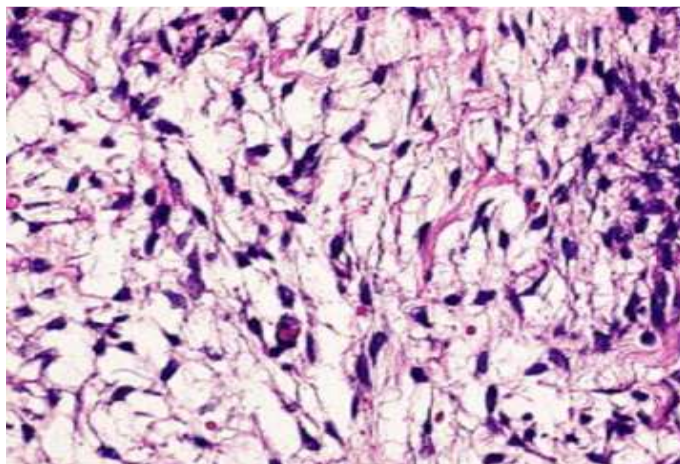


Fig. 6. *La coupe histologique montrant un aspect de fibrothécome (x100)*

3 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 [3]. Ces tumeurs fibrothécales de l'ovaire sont rares ; leur fréquence varie de 1 à 4,7 % des tumeurs organiques de l'ovaire [4]. La survenue plus fréquente de ces tumeurs chez des patientes âgées et volontiers ménopausées est soulignée par la plupart des auteurs [5]. 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 [6] : 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 nævomatosose basocellulaire [4], [7]. 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 [8] ou à une polypose rectocolique dans le cas du syndrome de Gardner et Richard et le syndrome de Peutz-Jeghers [9]. 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]. Les circonstances de découverte des tumeurs fibrothécales de l'ovaire sont très variables et dominées par les algies pelviennes, distension abdominale et les métrorragies [1], [3], [4]. 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 [9]. Chez les femmes ménopausées, et en l'absence de syndrome endocrinien, les métrorragies sont le plus souvent en rapport avec une atrophie endométriale [1-4]. Dans notre étude, nous n'avons pas relevé de syndromes endocriens. Sur le plan clinique, la tumeur se présente sous forme d'une masse solide, mobile, à surface régulière et de taille très variable [7]. 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 [10]. Sur la tomодensitométrie, ces tumeurs ont été décrits comme des masses solides avec accumulation tardive de produit de contraste [10]. 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 [11]. 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 [11]. La certitude diagnostique repose sur l'examen histologique.

4 CONCLUSION

Les fibrothécomes ovariens sont des tumeurs bénignes, rares et fréquente chez les femmes en péri ménopause ou ménopausée. Ils se manifestes essentiellement par des algies pelviennes avec des métrorragies dont le diagnostic repose

d'abord sur la clinique et les examens paracliniques surtout l'échographie qui est l'examen de première intention à réaliser compléter dans certains cas par l'imagerie par résonance magnétique. Cependant le diagnostic définitif est purement histologique. Sur le plan thérapeutique, la tumorectomie est l'intervention de choix chez la femme jeune et le traitement radical est indiqué chez la femme âgée. Le pronostic est généralement bon.

REFERENCES

- [1] Sfar E, Ben Ammar K, Mahjoub S, Zine S, Kchir N, Chelli H, et al. Caractéristiques anatomo-cliniques des tumeurs fibrothécales de l'ovaire. À propos de dix-neuf cas en douze ans : 1981-1992. *Rev Fr Gynecol Obstet* 89 : 315-321, 1994.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhoulouf T, Koubaa A. Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *Am J Obstet Gynecol* 199:1-4, 2008.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] Mak CW, Tzeng WS, Chen CY. Computed tomography appearance of ovarian fibrothecomas with and without torsion. *Acta Radiol* 50:570-575, 2009.
- [9] 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.
- [10] Liu H, Hao SH, Li WM. Giant malignant ovarian fibrothecoma involved with retroperitoneal structures mimicking a retroperitoneal sarcoma. *Arch Gynecol Obstet* 279:763-765, 2009.
- [11] Imaoka I, Wada A, Kaji Y, Hayashi T, Hayashi M, Matsuo M, et al. Developing an MR imaging strategy for diagnosis of ovarian masses. *Radiographics*; 26:1431-1438, 2006.