

Twisted Ovarian Fibroma: About A Case

F.Abu Mattar,Z.TAZI, Fatima Zohra Fdili Alaoui, Sofia Jayi , Hikmat Chaara Mouly Abdelilah Melhouf

Service de gynéco obstétrique II CHU Hassan II Fès

Auteur correspondant : Fadi Abu Mattar

Email : fadiabumattar1@gmail.com

Adresse : haya mal, rue mariage, Fès, Maroc

Télé : 212650012235

Abstract: Ovarian fibroma is a solid tumor of the gonadal stroma representing 1 to 4% of all ovarian tumors (1, 4, 5, 6) often posing diagnostic problems on the one hand to affirm their organicity in order not to over-treat and on the other hand to appreciate their benign or malignant character. It is difficult to diagnose preoperatively and generally mistaken for a uterine fibroid due to the similar echogenicity of the two lesions. Magnetic resonance imaging is more effective in confirming the uterine or ovarian nature of a laterouterine solid mass (4, 5, 7). The treatment of ovarian fibroma is surgical and the anatomopathological study confirms the diagnosis (4, 8).

Keywords: rare case, ovarian fibroma, ultrasound, surgery

Mots clés : cas rare, fibrome ovarien, échographie, chirurgie

RESUME

Le fibrome ovarien est une tumeur solide du stroma gonadique représentant 1 à 4% de l'ensemble des tumeurs ovariennes (1, 4, 5, 6) posant souvent des problèmes diagnostiques d'une part pour affirmer leur organicité afin de ne pas sur traiter et d'autre part pour apprécier leur caractère bénin ou malin. Il est difficile de diagnostiquer en préopératoire et généralement pris pour un fibrome utérin en raison de l'échogénicité similaire des deux lésions. L'imagerie par résonance magnétique est plus performante pour affirmer la nature utérine ou ovarienne d'une masse solide latéro-utérine (4, 5, 7). Le traitement du fibrome ovarien est chirurgical et l'étude anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic (4,8)

Introduction

Le fibrome ovarien est une tumeur solide du stroma gonadique représentant 1 à 4% de l'ensemble des tumeurs ovariennes (1, 4, 5, 6) posant souvent des problèmes diagnostiques d'une part pour affirmer leur organicité afin de ne pas sur traiter et d'autre part pour apprécier leur caractère bénin ou malin. Il est difficile à diagnostiquer en préopératoire et généralement pris pour un fibrome utérin en raison de l'échogénicité similaire des deux lésions. L'imagerie par résonance magnétique est plus performante pour affirmer la nature utérine ou ovarienne d'une masse solide latéro-utérine (4, 5, 7). Le traitement du fibrome ovarien est chirurgical et l'étude anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic (4,8), le retard de prise en charge peut causer des complications graves comme la nécrobiose, l'infections, les complications thrombo emboliques

Observation médicale

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans, multipare : quatrième geste, quatrième part, toujours réglée qui consulte aux urgences pour des douleurs pelviennes évoluant depuis un mois mais devenant intenses plus marquées à droite chez qui l'examen trouve une défense au niveau de la fosse iliaque droite avec perception à la palpation d'une masse de 5 cm de consistance ferme. L'examen gynécologique par ailleurs était sans particularités. Les examens paracliniques ont trouvé une BHCG négative et à l'échographie pelvienne la trompe est siège d'un hydrosalpinx de 3 cm associé à une image hypoechogène à centre hétérogène de 7x7 cm Le tableau clinique faisant suspecter une torsion d'annexe, la patiente a bénéficié d'une mini laparotomie avec découverte d'une masse solide à contours réguliers ronde de 8x6cm attachée à la trompe et l'ovaire droit avec deux tours de spires (figure 1 et 2).

Le geste a consisté à une détorsion puis d'une résection de la masse en conservant l'ovaire droit. Les suites post opératoires étaient simples et l'examen anatomopathologie définitif après immunohistochimie est revenu en faveur d'un fibrome ovarien

Figure 1 et 2 : Images peropératoires du fibrome ovarien droit tordu avec 2 tours de spires chez la patiente

Figure 1



Figure 2



Figure 3: image après détorsion et résection de la masse montrant un ovaire droit en bon état.



Discussion :

Le fibrome ovarien représente 5 à 6 % des tumeurs bénignes de l'ovaire (9). Il se développe à partir de fibres musculaires et de cellules conjonctives en proportion variable. Il est entouré d'une pseudocapsule de nature vasculaire (7). Les circonstances de découverte sont très variables : fortuite au cours d'un bilan d'exploration d'une masse pelvienne ou devant des symptômes non spécifiques (douleurs pelviennes chroniques ou aiguës comme c'est le cas dans notre observation, retentissement sur l'appareil urinaire, digestif, vasculaire ou nerveux) (8).

La survenue plus fréquente de ces tumeurs chez des patientes âgées (entre 20 et 65 ans) et volontiers ménopausée est soulignée par la plupart des auteurs (1, 11- 13). Sur le plan clinique, le fibrome ovarien géant se présente sous forme d'une masse solide, mobile, à surface régulière de taille très variable (11). La difficulté majeure est de différencier entre le fibrome de l'ovaire et les autres tumeurs ovariennes solides (1). Il peut s'agir d'une tumeur unilatérale le plus souvent dans 90% des cas, comme elle peut être bilatérale chez 4-8 % des patients et multiple dans 10 % de cas et spécialement dans le cadre du syndrome de Gorlin (14). Cette tumeur bénigne peut être associée à une ascite et pleurésie entrant dans le cadre du syndrome de Démons Meigs qui vont disparaître après son exérèse (11, 15). L'exploration radiologique est souvent insuffisante pour donner un diagnostic précis. L'aspect échographique est celui d'une masse échogène associée à de multiples cônes d'ombre qui ne sont pas liés à des calcifications mais à l'atténuation du faisceau ultrasonore produit par les tissus fibreux (8, 16). Si la formation n'apparaît pas dépendante de l'utérus ou de l'ovaire le doppler couleur permet souvent de faire la différenciation. En effet, il existe une hyper vascularisation périphérique dans le myome sous séreux qui n'existe pas dans le fibrome ovarien.

Dans notre cas, l'échographie n'a pas permis de conclure, une imagerie par résonance magnétique (IRM) pouvait être proposé mais dans le cadre de l'urgence, cet examen n'a pas pu être réalisé (6, 16). En IRM, il existe deux signes essentiels permettant de faire le diagnostic de fibrome ovarien : la masse apparaît avec un signal faible en T2 et en angiographie IRM, on ne note aucune vascularisation au temps artériel ni aucune prise de contraste au temps parenchymateux, alors qu'il existe une petite prise de contraste au temps tardif. Il peut être siège d'hémorragie, d'œdème, de transformation kystique ou de calcifications (6, 16,17). Néanmoins, le diagnostic différentiel avec les fibromes utérins sous séreux est souvent difficile puisque leurs caractéristiques morphologiques et leur signal sont similaires à ceux des fibromes ovariens (6). Ainsi, la distinction avec une forme maligne demeure difficile d'autant plus qu'il existe une dégénérescence tissulaire au sein du fibrome (8, 18).

Le traitement du fibrome ovarien est chirurgical, la tumorectomie avec conservation du tissu ovarien 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, 19). La certitude diagnostic repose sur l'examen histologique, les fibromes ovariens sont des tumeurs mésoenchymateuses composées de l'intersection de faisceaux de fibroblastes fusiformes produisant du collagène en grande quantité. Les lésions les plus volumineuses peuvent contenir des zones de dégénérescence kystique et des degrés variables de remaniement myxoïdes (6).

Conclusion

Les fibromes ovariens sont des tumeurs bénignes rares, leur diagnostic se base d'abord sur la clinique et les explorations radiologiques dont l'échographie est l'examen de première intention complétée dans certains cas par l'imagerie par résonance magnétique. Néanmoins, le diagnostic définitif est histologique. Sur le plan thérapeutique, la tumorectomie est l'intervention de choix chez la jeune femme.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge des patientes et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

References

1. C-T.Cissé, P-M.Ngom et al :fibrome de l'ovaire associé à un syndrome de Demons-Meigs et à une élévation du CA 125 ; j gynecol obstet biol reprod, 2004 ;1 :251-254.
2. Mine Islimye, E Ozturk et al : primary ovarian leiomyoma : a case report, international journal of surgy case reports5, 2014 ; 2 : 665-668.
3. V C Lema, A.N.Masside et al: bizarre presentation of bilateral ovarian leiomyoma: a case report; Tanzania journal of health research, 2013; 3:vol 15, Num4.
4. S Kojiro, Y Tomioka et al: primary leiomyoma of the ovary: a report of 2resected cases; Kurume medical journal 2003, 4: 169-172.
5. Z Najmi, A Mehdizadehkashi et al: laparoscopic approach to a large ovarian fibroma: a case repport; journal reprod infertile 2014; 5: 57-60.
6. H Berment, A Genevois et al: fibromes ovariens multiples chez une patiente atteinte du syndrome de Golin; J radiol 2010; 6: 917-20.
7. Yves Ardaens : imagerie des fibromes ; journal de gynecologie obstetrique et biologie de la reproduction 2007 ; 7 : 23-30.
8. A Roue, C Laboisie et al : leiomyome pelvien extrauterin : diagbnsic et prise en charge ; j gyneco obst biol reprod 2007 ; 8 : 403-408.
9. H Omrani, I H Bon Hoa et al : fibromes ovariens récidivants dans le cadre du syndrome de Golin : à propos d'un cas ; J gynecol obst biol reprod 2010 ; 9 : 584-587.
10. T Tamada, T Sone et al : MRI appearence of primary giant ovarian leiomyoma in hysterectomised woman ; the biritish journal of radiology 2006 ; 10 :126-128.
11. A Akharraz, H Fazzazi et al: les tumeurs fibrothécales de l'ovaire: demarche diagnostique et thérapeutique : à propos de 2 cas ; international journal of innovation and scientific research 2015 ; 11 : 275-280.
12. C Gurkan Zorlu, S Cengiz et al : primary ovarian leiomyoma: a case repport; gynecol obstet invest 1993; 12: 191-192.
13. B Parikh, Pragna Sharma et al: ovarian fibroma presented as Meigs syndrome: a case repport; GCSMC j med sci 2015; 13:126-127.
14. M Boujoual, I Hakimi et al: large twisted ovarian fibroma in menopausal women: a case repport; pan African journal 2014; 14:322.

15. B Hanane, M Sana et al: pseudo Meigs syndrome: a propos d'un cas; pan African journal 2014;15: 184.
16. J N Buy, D Vadrot : tumeurs primitives non epitheliales de l'ovaire ; la lettre du gynecologue num 337, 2008 ; 16.
17. J P Rouanet, A Maubon et al : l'imagerie des tumeurs benignes de l'ovaire : j radiol 2000 ; 17 :1823-1830.
18. T Yoldemir, K Atazayan et al : a giant extrauterine fibroma originating from an utero ovarian ligament initially diagnosed as an ovarian tumour; marmara medical journal 2014; 18: 132-3.
19. E Tarcoveau, G Dimofte et al: ovarian fibroma in the Era of laparoscopic surgy: a general surgeon's experience; acta chir belg 2007; 19:664-669.