

Fixe : MGOP

# PATHOLOGIE TUMORALE BENIGNE EN GYNECOLOGIE

## I/- Kyste ovariens bénins

Il existe plusieurs variétés de tumeurs ovariennes à contenu liquidien et l'on distingue en général :

- les kystes fonctionnels : qui doivent être respectés (Folliculaire)
- les kystes organiques : qui doivent être étudiés histologiquement car ils peuvent se compliquer voire dégénérer.

Les kystes organiques bénins sont classés en quatre catégories principales :

- les kystes séreux (les plus fréquents)
- les kystes dermoïdes (ou dermatome mature)
- les kystes mucineux
- les kystes endométriosiques (endométriome) à contenu hémorragique.

Les kystes de l'ovaire sont très souvent latents. Ils sont découverts par :

- la perception d'une masse pelvienne ou remontant au dessous de la symphyse pubienne ou encore au toucher vaginal.
  - Ou lors d'un examen échographique systématique dans la période pré-ménopausique, parfois c'est à l'occasion d'un examen décidé devant :
    - o Une sensation de pesanteur
    - o Tiraillement dans le petit bassin
    - o Des anomalies des règles
    - o Des troubles urinaires, dysurie, pollakiurie
    - o Une infécondité
  - 2 examens complémentaires sont particulièrement importants :
    - o L'échographie : elle permet de préciser :
      - Qu'il s'agit bien d'un kyste
      - Ses caractéristiques :
        - Taille (bénin si < 6cm)
        - Caractères uni ou multiloculaire
        - l'épaisseur des parois
        - contenu homogène ou non
        - végétations endo ou exokystiques ou de cloisons
        - vascularisation anarchique au Doppler
      - Les caractéristiques échographiques font évoquer en présence d'un kyste la possibilité d'une dégénérescence maligne.
    - o La coelioscopie : elle permet de préciser la nature histologique du kyste et procéder à l'exérèse endoscopique de la paroi du kyste. L'analyse histologique définitive (anatomopathologie) apporte seul la certitude diagnostique.
- Indications devant une tumeur ovarienne suspecte :

- Patiente ménopausée
- Kyste simple persistant après 3 mois de blocage ovarien
- Aspect suspect (hétérogène, végétations,
- Bilatéral.

Les complications dégénératives sont rares. Seuls les kystes présentant des végétations intra mais surtout extra kystiques qui doivent être considérées comme des tumeurs « borderline » c'est-à-dire pouvant devenir malins.

Les complications non dégénératives :

- la torsion du kyste de l'ovaire : le plus fréquemment rencontrée. Il s'agit d'un accident aigu, avec de violentes douleurs abdominales constantes, vives, sans colique véritable. Un état de choc s'installe rapidement et le ventre se météorise sans que la défense pariétale soit évidente.
- L'hémorragie : elle est le plus souvent intra kystique mais elle peut être intra péritonéale.
- La rupture : violente abdomino pelviennes et la disparition à l'examen clinique de la masse pelvienne.
- L'infection subaigue : rare
- Compression :
  - Compression vésicale avec une pollakiurie digestive avec des constipations et un état sub-occlusif
  - Les développement monstrueux de certains kystes, atteignant plusieurs décalitres avec œdème des membres inférieurs, compression de la veine cave,...

Le traitement : la coellichirurgie :

- traitement préférentiel des kystes ovariens
  - permet de contrôler l'état de la paroi du kyste, de procéder à son exérèse dans le même temps opératoire : kystectomie par coellichirurgie .
  - La présence d'une endométriose évoluée avec de très nombreuses localisations péritonéales pourra aider à poser un traitement médical complémentaire

L'examen histologique extemporané de la tumeur apporte le diagnostic NEGATIF.

La laparotomie est réservée aux tumeurs importantes et suspectes.

## **II/- les Fibromes utérins :**

Ce sont des tumeurs bénignes qui correspondent à une prolifération dégénérative d'éléments fibreux conjonctifs et de tissu musculaire lisse, disposés en tourbillons qui s'associent en des proportions variables.

Ce sont des tumeurs bénignes qui aboutissent soit à :

- une fibromatose diffuse
- soit à la constitution de nodules multiples (fibryomes) développés aux dépens des fibres musculaires lisses.

Leur répartition topographique peut être variable.

Ce sont des tumeurs hormono-dépendantes, l'hyperoestrogénie favorise leur croissance.

Les fibromyomes utérins sont fréquents :

- 20 à 40% des femmes blanches
- 50% des femmes noires chez qui la croissance est plus rapide.
- 20% des femmes de 30 ans et 40% des femmes de 50 ans en sont porteuses.

Les signes fonctionnels : ils restent longtemps muets, le maître symptôme est représenté par l'hémorragie. Les hyperménorrhées d'abord puis les ménorragies, représentent le signe principal.

Les règles se rapprochent progressivement, durent plus longtemps et leur émission plus abondante peut s'accompagner de caillots donnant lieu à des coliques expulsives.

Autres signes :

- pesanteurs pelviennes
- pollakiuries
- exceptionnellement, ils peuvent se manifester une infertilité.

L'examen au spéculum montre un col sain. Le toucher vaginal permet de reconnaître :

- l'augmentation du volume de l'utérus, sa consistance ferme caractéristique ,
- sa surface déformée par des bosselures de fibrome plus ou moins exubérant
- la pédiculisation d'un léiomyome.....

Le maître examen est représenté par l'échographie pelvienne. Elle permet d'identifier la localisation et la taille des kystes.

On compte aussi sur l'hystérogaphie qui recherche :

- un agrandissement de la cavité utérine
- un léiomyome à localisation intra cavitair
- l'association à des polypes muqueux

L'hystérocopie opératoire est indiquée pour les léiomyomes intracavitaires.

Les complications :

- métrorragies +++ : qui peuvent être de grande abondance avec une anémie chronique ou aigue et pouvant nécessiter un curetage hémostatique et parfois une hystérectomie.
- Des compressions : de la vessie avec pollakiurie, dysurie et rétention d'urines, de l'uretère, de veines (oedèmes, varices, hémoroïdes, ..), des nerfs (névralgies, sciatique obturatrice), du rectum et du sigmoïde avec constipation.
- Des torsions : de fibromes pédiculés à développement péritonéal, douleurs locales brutales plus ou moins permanentes, état de choc avec réaction péritonéale marquée.
- Nécrobioses aseptiques : arrêt du flux sanguin apporté par l'artère nourricière et favorisée par la grossesse. Douleurs pelviennes spontanées, exacerbées par le toucher, accroissement du volume du fibromyome auparavant identifié.
- Dégénérescences :
  - o Dégénérescence hyaline fibrokystique bénigne
  - o Malignes c'est la transformation en sarcome.

Le traitement médical est représenté par les progestatifs oraux, du 14<sup>ème</sup> au 16<sup>ème</sup> jour du cycle, et pour les analogues de la LH, RH (DECAPEPTYL ou ENANTONE) qui provoquent une ménopause artificielle réversible.

L'embolisation est une autre alternative à la chirurgie. Elle provoque une ischémie du ou des myomes entraînant leur nécrose et leur régression de taille.

La chirurgie avec des myomectomies coelio ou laparo (faible nombre). Hystérocopie opératoire pour les intra cavitaires. Hystérectomie radicale pour les cas compliqués en particulier en péri ménopause.