



Journal Homepage : [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI :10.21474/IJAR01/12524

DOI URL : <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12524>



RESEARCH ARTICLE

LARGE BENIGN OVARIAN TUMOR MIMICKING LATE STAGE MALIGNANT OVARIAN TUMOR

M. Bendahhou Idrissi, K. Aboufath, S. Errarhay, N. Mamouni, C. Bouchikhi and A. Banani

Service de Gynéco-Obstétrique I - CHU Hassan II de Fes.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 23 December 2020

Final Accepted: 25 January 2021

Published: February 2021

Key words:

Fibrothécôme, Syndrome De Deimon -
Meigs, Ascite, Pleurésie

Abstract

Ovarian fibrothecoma is a rare, benign neoplasm of the sex cords and stroma of the ovary. Patients may present with abdominal pelvic pain and / or distension, and sometimes postmenopausal bleeding. Large tumors (> 10cm) are often associated with pleural and peritoneal effusion mimicking an advanced ovarian malignancy (Deimon –Meigs syndrome). We report 2 cases of giant fibrothecoma associated with ascites and pleurisy. Both patients were postmenopausal. The ovarian tumor was discovered during an increase in abdominal volume in the first patient and as part of the etiological workup of encysted pleurisy in the second. The clinical examination made it possible to objectify a tumor with abdominopelvic development of size greater than 10 cm, the clinical examination also noted, in the two patients, a right basithoracic dullness in favor of a pleurisy and an ascites of average abundance suggesting in the first place a malignant tumor of the ovary, with peritoneal carcinoma. the two patients underwent a pelvic ultrasound, supplemented by an abdominal pelvic CT scan objectifying the presence of a large ovarian mass with pleural and peritoneal effusions. Exploratory laparotomy was required in both patients and underwent an extemporaneous examination which was consistent with the definitive pathological examination in both patients. Both patients underwent total hysterectomy with bilateral adnexectomy and omentectomy with multiple biopsies as the clinical picture was highly suggestive of malignancy. The postoperative follow-up was simple with total regression of peritoneal and pleural effusions in the two cases of Demons-Meigs syndrome. The definitive pathological examination revealed a fibrothecoma. Fibrothecal tumors remain a real challenge from a diagnostic and therapeutic point of view. The fear of cancer is even greater in the presence of Demons-Meigs syndrome. The management of these tumors requires a good clinical and radiological analysis, and it is the histological examination that confirms the diagnosis. The surgery corresponds, in post-menopausal patients, to a hysterectomy with bilateral adnexectomy, while conservative treatment by unilateral adnexectomy is entirely justified in young women who still want fertility.

Copy Right, IJAR, 2021, All rights reserved.

Corresponding Author: M.Bendahhou Idrissi

Address :Service de Gynéco-Obstétrique I - CHU Hassan II de Fes.

Introduction:-

Le syndrome de Demons-Meigs a été décrit pour la première fois au Mali en 1887 par Albert Demons [1]. Meigs et al, en 1937 ont découvert des cas identiques et ont fait de pertinentes études [1,2]. Le traitement définitif des épanchements, repose sur l'exérèse chirurgicale de la tumeur ovarienne [1,2]. Les tumeurs les plus fréquemment rapportées sont les fibromes et les thécomes [3]. Avant l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, ce syndrome rare fait souvent craindre une néoplasie ovarienne du fait de la taille tumorale, de l'existence de l'ascite et de l'élévation importante du CA 125 [4]

Observation N°1 :

Une patiente âgée de 71 ans, multipare, sans antécédents personnels ou familiaux, adressée du service de pneumologie pour une masse abdominopelvienne découverte à la suite d'un épanchement pleural droit enkystée. L'examen clinique révélait une ascite importante et une masse palpable abdominopelvienne latéralisée à droite. Cette masse était cliniquement bien limitée, dure, mobile, mesurant 25 cm. L'examen pulmonaire montrait un syndrome d'épanchement pleural droit. À l'échographie, cette masse apparaissait tissulaire, hétérogène, multilobée, d'origine probablement ovarienne. Il existait, de plus, une ascite importante. Le complément d'imagerie par TDM TAP montrait un hydro-pneumothorax droit compressif, un épanchement péritonéal important et la tumeur ovarienne de 24 cm sur 15 cm. Le CA 125 sérique n'a pas été réalisé. Une laparotomie exploratrice était réalisée. L'exploration chirurgicale notait une tumeur dure, lisse, développée aux dépens de l'ovaire droit, sans végétation exokystiques ni lésions péritonéales associées. L'ovaire controlatéral paraissait sain. Il n'y avait pas de carcinose péritonéale ni de lésions hépatiques. Après évacuation du liquide d'ascite (1500 mL), sérohématique, et prélèvement pour analyse cytologique, une ovariectomie droite était réalisée. La pièce était examinée en extemporané suggérant le diagnostic de fibrothécome bénin ovarien, de taille 29/21 cm, ovulaire, d'aspect homogène avec présence de zones jaunâtres d'autres brunâtres, de consistance dure. Une totalisation par un traitement radical (hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, omentectomie, biopsies multiples et cytologie péritonéale) était faite le jour même vu que le tableau clinique était très évocateur de malignité. Les suites opératoires étaient simples, avec sortie à j3 postopératoire. Le diagnostic anatomopathologique définitif confirmait le diagnostic de fibrothécome ovarien. La régression totale de l'hydrothorax et de l'ascite étaient spectaculaires, un mois après l'intervention. Avec un recul de deux ans, ni l'hydrothorax, ni l'ascite n'étaient reconstitués et aucune récurrence n'était notée.

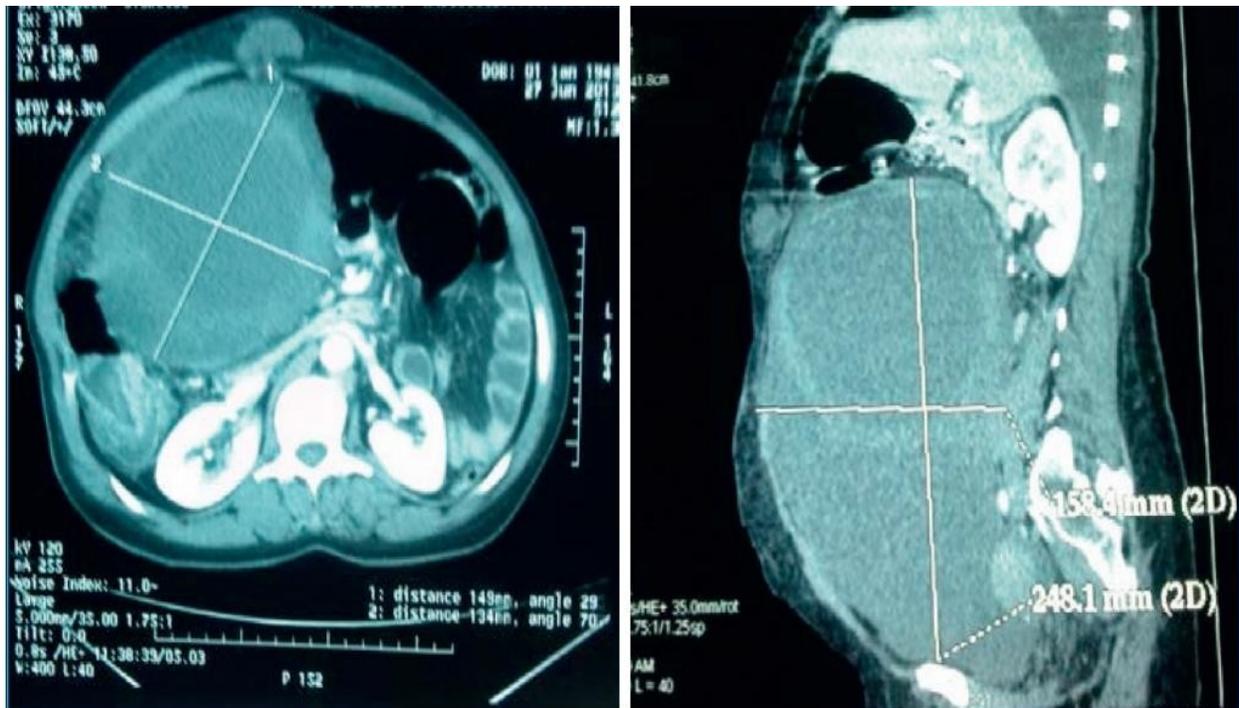


Figure 1:- TDM abdomino pelvienne montrant la présence d'une volumineuse formation tumorale abdomino pelvienne de 27*22*18 cm à parois épaissies et multicloisonnées associée à une ascite et une suspicion de carcinose péritonéale.

Observation N°2:

Une patiente âgée de 53 ans, multipare, ATCD personnel de thyroïdectomie partielle, qui présente des douleurs pelviennes chroniques type pesanteur associées à une augmentation progressive du volume abdominopelvien. L'examen clinique révélait une ascite importante et une masse palpable abdominopelvienne. Cette masse était cliniquement dure, mobile, mesurant 15 cm latéro utérine droite au toucher vaginal. À l'échographie, cette masse apparaissait solidokystique, hétérogène, multilobée, d'origine probablement ovarienne associée à un épanchement péritonéal important. Une TDM TAP a été réalisée montrant un épanchement péritonéal important avec une pleurésie bilatérale et la tumeur ovarienne de 17 cm sur 11 cm. Le CA 125 sérique n'a pas été réalisé. Une laparotomie exploratrice était de mise avec à l'exploration : présence d'une tumeur dure, lisse, développée au dépend de l'ovaire droit, sans végétation exokystiques ni lésions péritonéales associées. L'ovaire controlatéral d'aspect macroscopiquement sain. Un prélèvement de l'ascite a été prélevé pour analyse cytologique, une ovariectomie droite était réalisée, adressée pour examen extemporané suggérant le diagnostic de fibrothécome bénin ovarien, d'aspect hétérogène avec présence de zones blanchâtres à la coupe et d'une composante kystique. Un traitement radical fait d'hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, omentectomie, biopsies multiples et cytologie péritonéale a été fait le jour même vu que l'aspect était très évocateur de malignité. Les suites opératoires étaient simples. Le diagnostic anatomopathologique définitif confirmait le diagnostic de fibrothécome ovarien. La régression des épanchements pleural et péritonéal était totale après l'intervention. Avec un recul de trois ans, on ne note pas de récurrence.

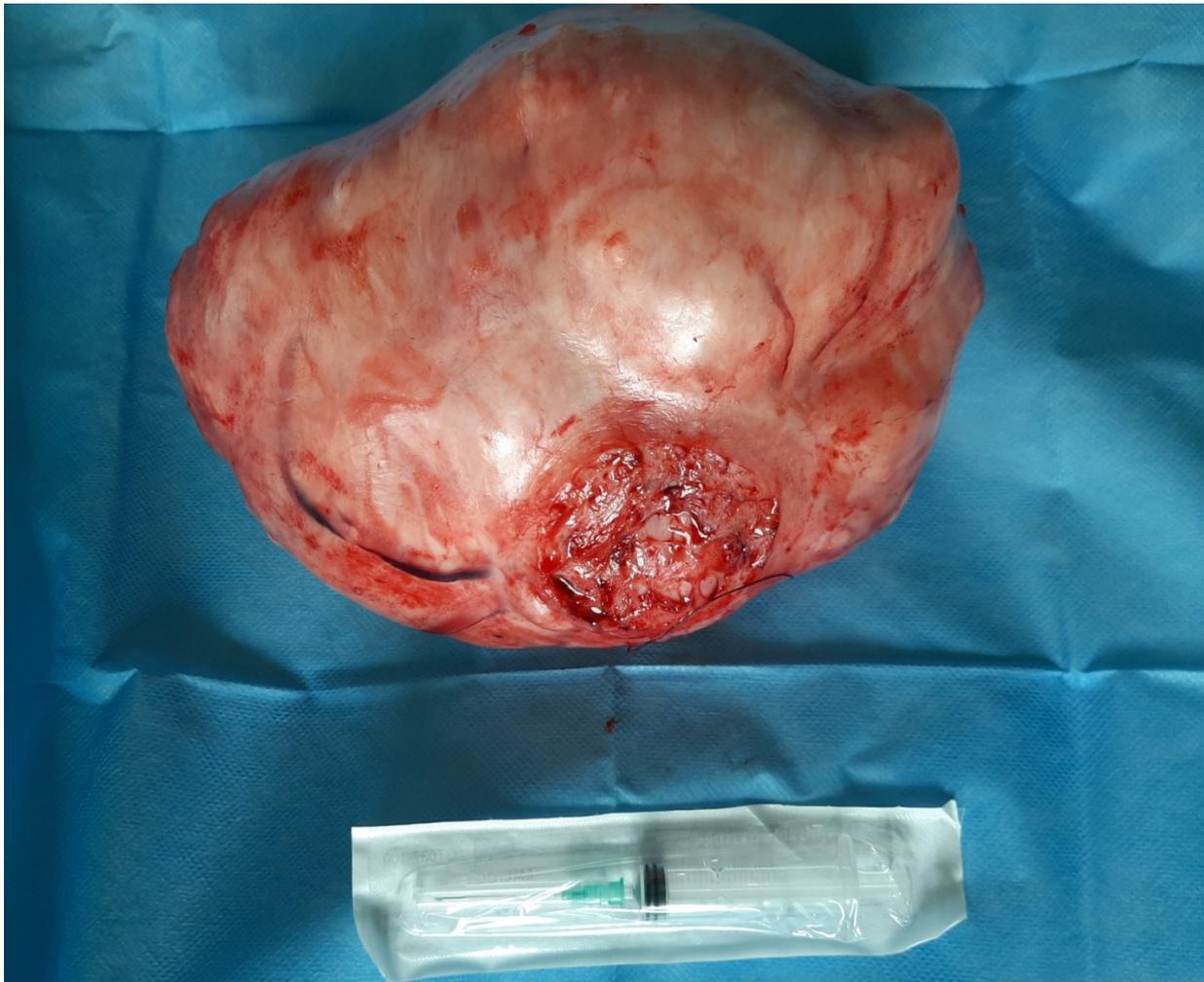


Figure 2:- Masse abdominopelvienne de taille 17*11 cm, ovulaire, d'aspect homogène avec présence de zones blanchâtres, de consistance dure, à parois lisses.

Discussion:-

Les tumeurs fibrothéciales de l'ovaire sont rares ; leur fréquence varie de 1 à 4,7 % des tumeurs organiques de l'ovaire, ils sont en général unilatéraux sauf lorsqu'ils rentrent dans le cadre d'un syndrome de Gorlin-Goltz [5]. Elles surviennent chez des patientes âgées et ménopausées.

Les circonstances de découverte sont très variables, dominées par les algies pelviennes et les métrorragies ; celles-ci seraient en rapport avec un syndrome endocrinien lorsque la tumeur est hormonosécrétante. Chez nos deux patientes nous n'avons pas relevé de syndromes endocriniens.

Sur le plan clinique, la tumeur se présente sous forme d'une masse solide, dure, mobile, à surface régulière et de taille très variable avec un diamètre moyen supérieur à 10 cm.

L'exploration paraclinique de ces tumeurs repose sur l'échographie. Elle permet d'orienter et de redresser les hypothèses diagnostiques en montrant une masse ovarienne, surtout dans les cas de tumeur de petite taille. Dans les cas où cette dernière prête à équivoque, l'IRM permettrait de poser le diagnostic de fibrothécome ovarien dans 82 % des cas [8]. Les images les plus souvent rencontrées sont des images échogènes ou mixtes, mais des images anéchogènes sont également rapportées par Stephenson [6]. Les images échographiques de nos deux patientes étaient échogènes ou mixtes.

Le syndrome de Demons-Meigs, qui associe fibrome de l'ovaire, ascite et hydrothorax s'observe dans 1 à 10 % des fibromes ovariens [4] ; l'épanchement pleural et péritonéal régresse en général rapidement après l'ablation chirurgicale de la tumeur.

Le taux élevé de CA125 peut être en rapport avec la quantité de l'ascite, elle-même en rapport avec la taille tumorale [3].

Macroscopiquement, la tumeur est solide, jaune et ferme ; elle se compose, en microscopie, de cellules rondes de grande taille, avec un cytoplasme modéré à abondant, pâle, avec parfois la présence de vacuoles contenant habituellement des lipides [5].

Les fibrothécomes sont des tumeurs du stroma des cordons sexuels ayant des aspects histologiques intermédiaires entre ceux des fibromes et ceux des thécomes. Dans la dernière classification de l'Organisation mondiale de la santé, ils sont intégrés dans la classe des tumeurs du « groupe thécomes-fibrome » [5].

Le traitement de ces tumeurs ovariennes est chirurgical [7], La voie coelioscopique est la meilleure voie d'abord. À l'exploration, ces tumeurs paraissent le plus souvent suspectes, imposant un examen extemporané. La tumorectomie est l'intervention de choix chez la femme jeune alors que l'annexectomie, souvent bilatérale, se justifie chez les femmes en péri- ou post-ménopause.

La certitude diagnostique repose sur l'examen histologique, qui a conclu à un fibrothécome chez les deux patientes.

Conclusion:-

Le syndrome de Demons-Meigs qui comporte essentiellement une grosse tumeur bénigne de l'ovaire, une ascite et un épanchement pleural, garde encore une étiologie et une physiopathologie obscure. Le seul critère du syndrome demeure la qualité du pronostic, à savoir sa bénignité et la guérison définitive du malade et la disparition de tous les signes après intervention chirurgicale.

Références:-

1. Meigs JV, Cass JW. Fibroma of the ovary with ascites and hydro-thorax. Am J ObstetGynecol1937; 33:249—67.
2. Massoni F, Carbillon L, Azria E, Uzan M. Demons-Meigs syndrome: a propos of 1 case. GynecolObstetFertil2001; 29:905—7
3. Boufettal H, Elkerroumi M, Kamri M, Mikou F, GhazliM, Matar N. Syndrome de Demons-Meigs avec élévation importante du CA125. Imagerie de la Femme 2009; 19:125—8.
4. Brun JL. Demons syndrome revisited: a review of the literature. Gynecol Oncol 2007; 105:796—800

5. Prat J, Scully Re. Cellular fibromas and fibrosarcomas of the ovary: a comparative clinicopathologic analysis of seventeen cases. *Cancer*1981;47: 2663-70.
6. Houssine Boufettal, Mohammed Elkerroumi, Zakaria Kamri, Fawzi Mikou, MahjoubGhazli, Noureddine Matar. Syndrome de Demons- Meigs avec élévation importante du CA 125. *Imagerie de la Femme*
7. Chechia A, Koubâa AT. Les tumeurs fibrothécales de l'ovaire. À propos de 12 observations. *GynécolObstétFertil* 2001 ; 29 : 349-53.