

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 26 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

## **Directeur de publication**

Namory Keita

## **Rédacteur en chef**

Telly Sy

## **Comité de parrainage**

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

## **Comité de rédaction**

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## **Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

## **Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

## **Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

**Page de titre** : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

**Résumé** : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

**Références** : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et  
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de  
la SAGO2002; 3(2):7-11  
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.  
Un état de choc en début de travail:  
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique  
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.  
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations  
obstétricales : aspects épidémiologiques et  
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique  
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry  
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être  
réduit au strict minimum nécessaire à la  
compréhension du texte. Les tableaux seront  
numérotés en chiffres romains et les figures en  
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le  
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des  
modifications mineures portant sur le style et les  
illustrations pourront être apportées par le comité  
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer  
la parution dudit article.

**Le comité de rédaction**



BP: 3470 Conakry  
Rue KA 028 Almamya  
Tel: +224 664289196  
Site web : [www.guinee-harmattan.fr](http://www.guinee-harmattan.fr)

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX

- Les facteurs associés à l'accouchement prématuré en milieu urbain africain: à propos d'une étude cas témoins au CHU-YO et au centre médical Saint Camille de Ouagadougou**  
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 5
- Efficacité comparée de la nifedipine et de l'alpha méthyldopa dans la prise en charge de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse : à propos d'un essai randomisé ouvert dans la ville de Bamako**  
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 6- 13
- La stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) est-elle efficace dans nos hôpitaux? Une étude longitudinale de janvier 2013 à décembre 2014 dans une maternité du nord-est Bénin.**  
Tshabu Agumon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....14 - 19
- La subvention des accouchements et soins obstétricaux et néonataux d'urgence : analyse à partir de l'expérience d'un hôpital universitaire au Burkina Faso**  
Dembélé A, Zamané H, Somé DA, Ouattara S, Sanon BG, Ouédraogo C, Sawadogo L, Bicaba I, Bambara M, Thieba B, Lankoandé J.....20 - 24
- Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement à terme dans les utérus unicatriciels de césarienne dans une maternité universitaire CHU de Cotonou au Bénin**  
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Agumon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX .....25 - 30
- Prise en charge des hémorragies du post-partum dans les pays à revenus limités: lier ou hystérectomiser?**  
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S..... 31 - 36
- Fibromes ovariens: aspects cliniques et anatomo-pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée**  
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

## CAS CLINIQUE

- Avortements spontanés répétés chez une patiente présentant une intervillite chronique histiocytaire placentaire.**  
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS..42 - 44

# CONTENTS

## ORIGINAL PAPERS

- Factors associated with preterm birth in african urban: about a case-control study at the university teaching hospital of Ouagadougou (UTH) and saint camille medical center***  
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A , Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 4
- Compared efficiency between nifedipine and alpha methyl dopa in the management of high blood pressure during pregnancy: an opened randomized trial in bamako.***  
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 5 - 12
- Is the elimination of the transmission of the HIV from the mother to child (eTME) efficient in our hospitals? A longitudinal study from january 2013 to december 2014 in a maternity of the north-eastern Benin***  
Tshabu Aguemon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....13 - 17
- The grant of deliveries and emergency obstetric and neonatal care: an analysis from an experience in a university hospital in Burkina Faso***  
A Dembélé, H Zamané, DA Somé, S Ouattara, BG Sanon, C Ouédraogo, L Sawadogo, I Bicaba, M Bambara, B Thieba, JLankoandé.....18 - 22
- Maternal and perinatal prognosis of full term birth in uteruses with a cesarean section scar at the university maternity of CHU in Cotonou-Benin***  
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX .....23 - 28
- Management of severe postpartum haemorrhage in less developed countries: conservative or radical surgery?***  
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S .....29 - 34
- Ovarian fibroids: clinical and anatomo-pathological aspects at the university teaching hospital of Conakry, Guinea***  
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

## **CASE REPORT**

- Spontaneous abortion repeated at a patient with a chronic chronic intervillitis histiocytic of the placenta***  
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS....39 - 41

**FIBROMES OVARIENS: ASPECTS CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES AU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CONAKRY, GUINEE**  
*OVARIAN FIBROIDS: CLINICAL AND ANATOMO-PATHOLOGICAL ASPECTS AT THE  
UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF CONAKRY, GUINEA*

**T SY<sup>1</sup>, A SYLLA<sup>2</sup>, DWA LENO<sup>3</sup>, EM BAH<sup>3</sup>, IK BAH<sup>1</sup>, I CONTE<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

<sup>2</sup> Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital national Donka, CHU de Conakry

<sup>3</sup> Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital national Donka, CHU de Conakry

**Correspondances :** Sy Telly Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry, BP : 1263- Tél. : +224 622.21.70.86 E-mail : [sytelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

**RESUME**

**But :** Décrire les aspects cliniques et anatomo-pathologiques des fibromes ovariens au CHU de Conakry  
**Matériels et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective, de type descriptif, d'une durée de douze années, réalisée dans le service d'anatomie pathologie du CHU de Conakry. Les fiches de compte rendu de l'examen anatomopathologique avec le diagnostic de masse tumorale ovarienne ont constitué notre population d'étude. Ont été incluses, les fiches de compte rendu de l'examen anatomopathologique sur lesquelles est retenu le diagnostic histologique de fibrome ovarien. Nos variables étaient socio démographiques, cliniques et anatomopathologiques. Nous avons réalisé une analyse descriptive simple avec calcul des pourcentages et des moyennes.

**Résultats :** la fréquence des fibromes ovariens dans notre série était de 8,65%. L'âge moyen des femmes était de 42,6 ans avec des extrêmes de 26 ans et 71 ans. La masse abdomino-pelvienne a été le motif principal de consultation chez toutes les femmes (100%). Dans 44,44% des cas, le diagnostic de tumeur ovarienne avait été évoqué. L'annexectomie a été le type de prélèvement le plus réalisé (33,33%). L'aspect macroscopique était celui d'une tumeur solide dans 70% des cas et l'histologie retrouvait un fibrome cellulaire dans 44,44% des cas.

**Conclusion :** le fibrome ovarien est une tumeur solide dont le diagnostic clinique est souvent difficile en raison de son caractère asymptomatique. Le diagnostic est suspecté en per opératoire et confirmé à l'histologie. Le traitement consiste en l'ablation chirurgicale du fibrome. Le pronostic est habituellement favorable.

**Mots clés :** Fibrome ovarien, clinique, anatomopathologie, Conakry, Guinée

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the clinical and anatomopathological aspects of fibroids at the Conakry Teaching Hospital

**Materials and methods:** This was a retrospective, descriptive, twelve-year study carried out in the department of anatomy pathology at the CHU in Conakry. The data sheets of the anatomopathological examination with the diagnosis of ovarian tumor mass constituted our study population. Included were the histopathological examination report cards on which the histological diagnosis of ovarian fibroid is retained. Our variables were socio-demographic, clinical and pathological. We carried out a simple descriptive analysis with calculation of percentages and averages.

**Results:** The frequency of ovarian fibroids in our series was 8.65%. The average age of women was 42.6 years with extremes of 26 years and 71 years. The abdomino-pelvic mass was the main reason for consultation among all women (100%). In 44.44% of the cases, the diagnosis of ovarian tumor was mentioned. Adnectectomy was the most successful type of sampling (33.33%). The macroscopic aspect was that of a solid tumor in 70% of the cases and the histology found a cellular fibroid in 44.44% of the cases.

**Conclusion:** Ovarian fibroid is a solid tumor whose clinical diagnosis is often difficult because of its asymptomatic character. The diagnosis is suspected in peroperative and histologically confirmed. Treatment involves surgical removal of the fibroid. The prognosis is usually favorable.

**Key words:** Ovarian fibrosis, clinical, anatomopathology, Conakry, Guinea



## INTRODUCTION

Les fibromes ovariens sont classés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant des tumeurs bénignes de l'ovaire [1]. Il s'agit de tumeurs solides les plus fréquentes de l'ovaire, représentant 1 à 4% de toutes les tumeurs de l'ovaire [2, 3]. En France, Omrani et coll. rapporte que le fibrome ovarien représente 5 à 6% des tumeurs bénignes de l'ovaire dans la population générale [4]. Selon Berment et coll., le fibrome ovarien représente 4% des tumeurs ovariennes et il survient chez 17% des femmes atteintes du syndrome de Gorlin [5]. La problématique des FO est liée à leurs difficultés diagnostiques par ce que qu'ils sont très souvent asymptomatiques. Le diagnostic est souvent suspecté en per opératoire et confirmé à l'examen anatomo-pathologique. Sur le plan histologique, les FO constituent des tumeurs mésoenchymateuses, caractérisées par une prolifération des cellules fusiformes et ou arrondies du stroma ovarien ayant des caractères anatomopathologiques de bénignité [6]. Le traitement est chirurgical et le pronostic généralement favorable.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée en Guinée sur les fibromes ovariens. Le but de notre étude était de contribuer à l'étude des fibromes ovariens. Spécifiquement, il s'agissait de déterminer la fréquence des fibromes ovariens et décrire leurs aspects cliniques et anatomopathologiques.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective, de type descriptif, d'une durée de douze années (1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2015) réalisée dans le service d'anatomie pathologie du CHU de Conakry. Ce service est situé dans l'enceinte de l'hôpital national Donka, est la référence pour les examens anatomopathologiques. Il reçoit ainsi la grande majorité des prélèvements anatomopathologiques. La population cible a concerné les fiches de compte rendu d'examen anatomopathologique du service. Les fiches de compte rendu de l'examen anatomopathologique avec le diagnostic de masse tumorale ovarienne ont constitué notre population d'étude. Ont été incluses, les fiches de compte rendu de l'examen anatomopathologique sur lesquelles est retenu le diagnostic histologique de fibrome ovarien. Ont été non incluses, toutes les fiches de compte rendu de l'examen anatomopathologique ne retenant pas le diagnostic histologique de fibrome ovarien. Nos variables étaient socio démographiques, cliniques et anatomopathologiques. Les informations étaient recueillies sur une fiche de collecte pré établie. Les

données collectées ont été saisies avec le logiciel Microsoft Word et Excel du pack 2010. Nous avons ensuite réalisé une analyse descriptive simple avec calcul des pourcentages et des moyennes. Nous avons reçu l'autorisation du comité national d'éthique pour la réalisation de cette étude.

## RESULTATS

**1. Fréquence:** au cours des douze années, nous avons enregistré 27 cas de fibromes ovariens sur un total de 312 pièces de tumeurs ovariennes examinées, soit une fréquence de 8,65%.

### 2. Aspects socio démographiques:

Tableau I : Répartition des fibromes ovariens selon les aspects socio-démographiques des femmes

Aspects socio-démographiques	Nombre	%
<i>Tranches d'âge:</i>		
< 30 ans	03	11,2
30-39 ans	06	22,3
40-49 ans	07	25,9
50-59ans	05	8,5
>59 ans	06	22,3
<i>Profession :</i>		
Ménagères	09	33,4
Fonctionnaires	06	22,3
Libérales	04	14,8
Retraitées	06	22,3
Etudiantes/Elèves	02	07,5

*Age moyen : 42,6 ans Ages extrêmes : 26 ans et 71 ans*

### 3. Aspects cliniques

Tableau II. Répartition des fibromes ovariens selon les aspects cliniques de la femme

Aspects cliniques	Nombre	%
<i>Parité :</i>		
Nullipare	05	18,5
Primipare	06	22,3
Paucipare	08	29,7
Multipares	04	14,8
Grande multipare	04	14,8
<i>Motif de consultation</i>		
Masse abdomino-pelvienne	27	100
Troubles des règles	15	55,6
Douleur abdomino-pelvienne	10	37,0
Pesanteur pelvienne	08	29,7
<i>Diagnostic clinique</i>		
Tumeur ovarienne	12	44,4
Kyste ovarien	08	29,7
Tumeur maligne	06	22,3
Tumeur bénigne	01	03,6

#### 4. Aspects anatomopathologiques

Tableau III. Répartition des fibromes ovariens selon les aspects anatomopathologiques

Aspects anatomopathologiques	Nombre	%
<i>Type de prélèvement :</i>		
Annexectomie	09	33,4
Ovariectomie	08	29,6
Kystectomie	04	14,8
Annexectomie avec	04	14,8
Hystérectomie		
Tumorectomie	02	07,5
<i>Aspect macroscopique de la tumeur</i>		
Solide	19	70,3
Mixte	08	29,7
<i>Topographie de la lésion</i>		
Droite	14	51,9
Gauche	10	37,0
Bilatérale	03	11,2
<i>Type histologique</i>		
Fibrome cellulaire	12	44,4
Fibrome à stroma hyalin	06	22,3
Fibrome myxoïde	05	18,5
Fibrome cellulaire bizarre	04	14,8
<i>Lésions associées?</i>		
Calcification	06	22,3
Fibrose	05	18,5
Ossification	02	07,5

\* n= 13

#### DISCUSSION

La fréquence des fibromes ovarienne observée dans notre étude est supérieure à celles rapportées par la plupart des auteurs [5, 7]. Ce constat pourrait s'expliquer probablement par le nombre de FO enregistrés au cours de notre période d'étude.

La moyenne d'âge des cas de fibrome ovarien rapportés dans la littérature est de 63 ans [9, 10] avec des extrêmes de 52 ans [9] et 76 ans [11]. Notre moyenne d'âge est nettement inférieure à celle observée dans la littérature [12, 13] et proche de celui de 41 ans rapporté par Brun et coll. [10].

Selon nos résultats, une femme sur quatre (25%) présentant un FO avait un âge compris entre 40 à 49 ans. Toutefois, nous avons enregistré 3 cas de fibrome ovarien chez des femmes jeunes de moins de 30 ans. Notre étude montre que, même si les fibromes ovariens sont plus fréquents chez les femmes âgées, ils peuvent aussi se voir chez des femmes jeunes comme le montrent certaines études [7, 14]. Certains auteurs ont décrits des fibromes ovariens chez les femmes jeunes associées à un épanchement pleural et une ascite

dans le cadre d'un syndrome de Demongs-Meigs [6, 12].

L'analyse des aspects cliniques (tableau II) montre que la masse abdomino-pelvienne a été le motif de consultation qu'a présenté toutes les cas dans notre série. Ce constat pourrait s'expliquer par l'évolution silencieuse de ces tumeurs ovariennes, ne se révélant que lorsqu'elle a atteint un volume important. Les fibromes ovariens sont souvent asymptomatiques et de découverte fortuite lors d'un examen de routine [15]. Aussi, plus de la moitié (55,6%) des cas avait consulté pour des troubles des règles. La présence des troubles des règles, courant chez les femmes en âge de procréer, doit attirer l'attention des femmes pré-ménopausées et ménopausées et les amener à consulter. Notre constat est identique à celui fait par Berment et coll. [5] qui ont rapporté une fréquence des masses abdomino-pelviennes de 85% et celle des troubles des règles de 62%. Par contre, Brun et coll. [10] rapportent que le syndrome ascitique avec un ventre de batracien a été le syndrome inaugural des fibromes ovariens dans plus de 50 % des cas. Ceci explique les difficultés du diagnostic préopératoire des fibromes ovariens.

Le diagnostic clinique de tumeur ovarienne a été le plus rapporté dans notre étude (44,4%). Ce résultat est similaire à celui de Omraniet coll. qui rapportent 58,9 % de cas de tumeur ovarienne évoqué [4]. On note également que le diagnostic de tumeur maligne a été évoqué chez 6 patientes (22,3%), et celui de tumeur bénigne chez une seule patiente (3,6%). Les examens complémentaires tels que l'échographie Doppler, le scanner et l'IRM peuvent contribuer au diagnostic préopératoire, en permettant de faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes d'une part et les tumeurs malignes de l'ovaire d'autre part [16, 17, 18].

L'analyse des aspects anatomopathologiques des fibromes ovariens (Tableau III) montre que les pièces d'annexectomie (33,33%) et d'ovariectomie (29,62%) ont été les prélèvements les plus examinés dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer probablement par le volume du FO pendant l'intervention chirurgicale. En effet, Timmerman et coll. rapportent que le volume moyen du fibrome ovarien est de 140 mm [9]. Notre résultat est similaire à ceux observés par certains auteurs [4, 5]. Au Mali, Maïga et coll. [19] ont rapporté que les fibromes ovariens bien que constituant des tumeurs bénignes, peuvent parfois associer un tableau clinique de malignité du fait de la présence d'un tableau d'ascite dans 3 à 5% des cas de tumeurs ovariennes pures et 7 à 10% des tumeurs ovariennes impures. Ainsi, la présence d'un épanchement



pleural avec ascite libre peut faire changer la conduite à tenir, en raison du risque de malignité associé à ce tableau clinique. Notre résultat est contraire à celui de Cissé et coll. [12] qui ont rapporté un cas d'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale chez une femme présentant un fibrome ovarien associé à un syndrome de Demongs-Meigs.

Environ deux FO sur trois (70,3%) avaient un aspect macroscopique solide. Notre résultat est conforme aux données de la littérature [5, 6, 12]. S'agissant de la localisation, il ressort que les formes unilatérales étaient les plus fréquentes, avec une nette prédominance à droite (51,85%). Ce constat est identique à celui de Brun et coll. [10] qui ont relevé 89% de localisation unilatérale dans leur série. Par contre, nous avons retrouvé trois cas (11,2%) de localisation bilatérale. Le FO peut être bilatéral chez 4 à 8% des patientes et multiple dans 10% des cas [20], en particulier dans le syndrome de Gorlin [21, 22], ou associé à un épanchement pleural et à une ascite dans le syndrome de Demongs-Meigs [23]. Les formes bilatérales peuvent être associées à certaines anomalies génétiques telles que le syndrome de Gorlin et/ou aux néoplasies endocriniennes multiples de type 1 ou de type 2 [8]. Selon Berment et coll., les formes sporadiques des fibromes ovariens sont généralement unilatérales, mais les formes associées au syndrome de Gorlin sont bilatérales dans 60% des cas [5]. Quelque fois, le FO peut être associé à un fibrome utérin suggérant une stimulation hormonale identique [24].

En ce qui concerne le type histologique, les fibromes cellulaires de l'ovaire étaient les plus fréquents (44,4%) dans notre série. Notre résultat est similaire à celui de Berment et coll. [5]. Selon certains auteurs [14, 26], le fibrome cellulaire peut être confondu à un sarcome. Dans ce cadre, l'OMS a défini en 2014 les FO comme ayant un index mitotique inférieur à 3 pour 10 champs de haute puissance sans atypie nucléaire sévère, et les sarcomes comme ayant un index mitotique > 4 pour 10 champs de haute puissance avec présence d'atypie nucléaire sévère [25]. Nous avons observé la présence de lésions associées au FO dans 48,1% des cas (13/27) avec une prédominance des calcifications en raison de la nature mésenchymateuse de ces tumeurs ovariennes.

## CONCLUSION

Les fibromes ovariens sont des tumeurs ovariennes bénignes dont le diagnostic clinique est difficile. Ils posent un problème de diagnostic différentiel avec

les autres tumeurs de l'ovaire. Le traitement est chirurgical consistant en l'exérèse de la tumeur. Le pronostic des fibromes ovariens est en général favorable.

## REFERENCES

1. **Tavassoli FA, Devilee P.** WHO classification of tumours pathology & genetics tumours of the breast and female genital organs. IARC: Lyon; 2003.
2. **Leung SW, Yuen PM:** Ovarian fibroma: a review on the clinical characteristics, diagnostic difficulties, and management options of 23 cases. *Gynecol Obstet Invest* 2006, 62:16.
3. **Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhoulouf T, Koubaa A:** Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199: 473.
4. **Omrani H., Hui Bon Hoa I, Bennis H, et coll.** Fibromes ovariens récidivants dans le cadre du syndrome de Gorlin : à propos d'un cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2010; 69: 84-94.
5. **Berment H, Genevois A, Dacher JN et coll.** Fibromes ovariens multiples chez une patiente atteinte du syndrome de Gorlin. *J Radiol* 2010; 97: 917-20
6. **Ghayad E, Tohme A.** Pseudo-syndrome de Demons-Meigs dû à un struma ovarii. Un cas avec revue de la littérature. *Ann Med Interne (Paris)* 2005 ; 6, 46 : 21-2
7. **Mubiayi N, Creutz V, Decocq J.** Syndrome de Demons-Meigs cas clinique. *J. Gynécologie Obstétrique* 2005; 23: 471-87.
8. **Dibonito L, Falconieri G, Colautti I, et coll.** The peritoneal effusion: a retrospective study of cytopathologic diagnosis with autopsy confirmation. *Acta Cytol* 2003; 3, 7: 483-8
9. **Timmerman D, Moeman P, Vergote I.** Meigs' syndrome with elevated serum CA 125: two cases reports and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2005; 10, 59: 405-8.
10. **Brun GH.** Syndromes et pseudosyndromes de Demons et Meigs aujourd'hui. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2010; 39(3):191-195.
11. **Martin F, Brouche S, Haidar A.** Le syndrome de Demons-Meigs. A propos d'un cas avec tumeur ovarienne de la granulosa. *Rev Pneumol. Clin.* 2005 ; 4, 6 : 123-4
12. **Cissé CT, Ngom PM, MSangare, et coll.** Fibrome de l'ovaire associé à un syndrome de Demons-Meigs et à une élévation du CA 125 *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 43: 251-254.
13. **Boufettala H, Essodegui F, Jeddaoui Z et coll.** Fibrome ovarien. *Feuillets de radiologie* 2013 ; 5, 3 : 215-218.

14. **Rouzier R, Berger A, Cugnenc PH.** Syndrome de Demons-Meigs : peut-on faire le diagnostic en pré opératoire. *J GynecolObstetBiolReprod* 2007 ; 2,7:517-22.
15. **Nigam A, Jain S, Lal P.** Twisted Ovarian Fibroma Mimicking as an Ectopic Pregnancy. *Journal of case reports.* 2013; 3(1):6467. PubMed | Google Scholar
16. **Jung SE, Rha SE, Lee JM, Park SY, Oh SN, Cho KS, Lee EJ, Byun JY, Hahn ST.** CT and MRI Findings of Sex Cord stromal Tumor of the Ovary. *AJR Am J Roentgenol.* 2005 Jul;185(1):207-15. PubMed | Google Scholar
17. **Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, Morteale KJ.** MRI Features of Ovarian Fibroma and Fibrothecoma With Histopathologic Correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2012 Mar; 198(3):W296-303. PubMed | Google Scholar
18. **Yen P, Khong K, Lamba R, Corwin M.T, Gerscovich E.O.** Ovarian Fibromas and Fibrothecomas Sonographic Correlation With Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging: a 5-Year Single-Institution Experience. *J Ultrasound Med.* 2013 Jan; 32(1):13-8. PubMed | Google Scholar
19. **Maiga B, Dolo A, Dembele M, et coll.** Le syndrome de Demons- Meigs. A propos d'un cas. *Gynécologie obstétrique et fertilité* 2003 ; 6,5 : 240-242.
20. **Cambuzzi E, Pegas KL, Milani DM, Cruz RP, Guerra EH, Ferrari MB.** Angiosarcoma arising in an ovarian fibroma: a case report. *Patholog Res Int.* 2010 Oct 31;2010:842592. PubMed | Google Scholar
21. **Aram S, Moghaddam NA.** Bilateral ovarian fibroma associated with Gorlin syndrome. *JRMS.* 2008;14(1):57-61. PubMed | Google Scholar
22. **Seracchioli R, Bagnoli A, Colombo FM, Missiroli S, Venturoli S.** Conservative treatment of recurrent ovarian fibromas in a young patient affected by Gorlin syndrome. *Hum Reprod.* 2001 Jun; 16(6):1261-3. PubMed | Google Scholar
23. **Yazdani S, Alijanpoor A, Sharbatdaran M, Bouzari Z, Abedisamakoosh M, Lakaieandi F, Mohammadpour M.** Meigs's syndrome with elevated serum CA125 in a case of ovarian fibroma /thecoma. *Caspian Journal of Internal Medicine.* 2014; 5(1):434. PubMed | Google Scholar
24. **Rajabi P, Hani M, Bagheri M, Mirzadeh F.** Large ovarian leiomyoma in young woman. *Adv Biomed Res.* 2014; 3: 88. PubMed | Google Scholar
25. **Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH.** WHO classification of tumours of female reproductive organs. 4th ed. Lyon: IARC; 2014
26. **Siddiqui M, Toub CB.** Cellular fibroma of the ovary with Meigs syndrome and elevated CA 125: a case report. *J Reprod Med.* 1995; 40: 817-9.