



## Leiomyome Ovarien : A Propos D'un Cas Et Revue De La Litterature

EL OUARTI O <sup>(1)</sup> – IDRISSE H <sup>(2)</sup> – ALAOUI FDILII FZ. <sup>(3)</sup> – JAYI S <sup>(4)</sup> -  
CHAARA H. <sup>(5)</sup> –MELHOUF M.A. <sup>(6)</sup>

Service Gynécologie Obstétrique II – CHU Hassan II- FES

### RESUME :

Le léiomyome est l'une des tumeurs solides les plus rares de l'ovaire; Il représente 0,5-1% de toutes les tumeurs ovariennes bénignes. Environ 70 cas ont été rapportés dans la littérature. Les léiomyomes ovariens sont particulièrement unilatéraux et de petite taille, et ils se produisent le plus souvent chez les femmes de 20 à 65 ans. La majorité de ces tumeurs sont découvertes accidentellement, avec environ 80% des cas se produisant chez les femmes pré-ménopausées. Les patientes sont habituellement asymptomatiques, et la tumeur est le plus souvent diagnostiquée involontairement par l'examen histologique du tissu ovarien après une ovariectomie pour la masse ovarienne solide.

Dans cette étude, nous rapportons un cas de léiomyome ovarien primaire chez une patiente âgée de 42 ans qui a consulté pour des douleurs pelviennes chroniques dont l'aspect échographique et IRM étaient en faveur de masse tissulaire polylobée de 7 cm, à l'exploration la masse était dure, bien encapsulée, de couleur blanchâtre, homogène, l'étude anatomopathologique de cette masse était en faveur de léiomyome ovarien.

Received 22 August, 2022; Revised 02 Sep., 2022; Accepted 04 Sep., 2022 © The author(s) 2022.

Published with open access at [www.questjournals.org](http://www.questjournals.org)

### I. INTRODUCTION :

La physiopathogénie des léiomyomes extra-utérins reste mal connue. Le diagnostic de léiomyome extra-utérin repose sur l'examen anatomopathologique, avec l'histologie standard et l'Immunohistochimie confrontant le marquage par les anticorps antidesmine et antiactine

Muscle lisse. Les principaux diagnostics différentiels sont le fibrome, le fibrothécome et le fibrosarcome ovarien, et les tumeurs stromales du type digestif. Pour définir les critères de malignité, une extrapolation de la classification de Bell est réalisée sans certitude que les modèles utérins et extra-utérins soient comparables. Il persiste donc un risque de méconnaître un Léiomyosarcome de bas grade. La prise en charge thérapeutique dépend du cadre anatomoclinique : léiomyome isolé parasitaire, lésion développée aux dépens des fibres musculaires lisses locales, métastase de léiomyome bénin métastatique ou léiomyomatose péritonéale diffuse.

### II. OBSERVATION :

Il s'agit de Mme M.R, âgée de 42 ans, nullipare, ayant comme ATCD: 3 Fausses couches, salpingectomie droite il y a 21 ans pour GEU, Patey gauche(CCI) sous Tamoxifene, admise pour douleurs pelviennes évoluant depuis un an. L'examen clinique sans particularité Echographie pelvienne: image hypoéchogène hétérogène, non vascularisée, latéro-utérine droite de 7 cm évoquant une tumeur ovarienne en premier IRM pelvienne: masse latéro-utérine droite, à contours polylobés, mesurant 61/42 cm, évoquant un fibrothécome ovarien

Laparotomie: à l'exploration: masse aux dépens de l'ovaire droit de 7 cm, dure, encapsulée, de couleur blanchâtre. Une énucléation de la masse a été réalisée ainsi que des biopsies multiples L'étude anatomopathologique de cette masse était en faveur de léiomyome ovarien



**Figure 1 :** Masse ovarienne droite dure , encapsulée , de couleur blanchâtre

### III. DISCUSSION

#### **Définition :**

Les léiomyomes sont des tumeurs solides constituées de fibres musculaires lisses fusocellulaires et de stroma collagène. [2] La majorité des léiomyomes de la sphère génitale sont développés aux dépens du Myomètre et sont donc utérins. Néanmoins, il ne s'agit pas là d'une localisation exclusive, et comme nous l'avons vu dans les trois cas cliniques, ils peuvent se développer aux dépens du ligament large, du ligament rond et de l'ovaire.

#### **Pathogénie :**

**Léiomyome isolé :** Son origine physiopathologique est controversée. Selon la théorie parasitaire, le léiomyome extra-utérin est un léiomyome sous-séreux qui, en devenant adhérent aux structures adjacentes, a développé une circulation accessoire [3]. Pour Paal et al. [3] cette théorie a des limites : elle n'explique pas en effet l'existence de léiomyome extra-utérin mais non pelvien (ex. : rétropéritoine), ni les léiomyomes extra-utérins à récepteurs hormonaux négatifs, ou les léiomyomes de la cavité abdominale ou rétropéritonéale décrits chez l'homme. Le développement a-t-il pu se faire à partir de fibres musculaires lisses extra-utérines vasculaires ou extravasculaires ?

**Léiomyome bénin métastatique :** Tumeur bénigne, elle peut cependant métastaser au niveau des poumons, du pelvis, du rétropéritoine, de l'épiploon, de la VCI, de l'oreillette

Droite... [4]. C'est une pathologie rare dont la pathogénie est mal connue. Le délai diagnostique entre le léiomyome et ses métastases est en général de dix ans. [4] Typiquement, dans le cadre du léiomyome bénin métastatique, l'aspect histologique des métastases est le même que celui de la tumeur primitive ; mais parfois il peut être plus agressif. [5] Il semble difficile de classer ces tumeurs entre le léiomyome ou le Léiomyosarcome de bas grade [4,5].

**Léiomyomatose péritonéale diffuse :** Pathologie rare, caractérisée par l'existence de multiples tumeurs musculaires lisses, fermes, bien limitées, blanchâtres de 0,5 à 20 cm de

Diamètre qui couvrent les viscères abdominopelviens et le péritoine, elle est souvent associée à des léiomyomes utérins et peut simuler une Carcinose péritonéale. Elle survient principalement chez les femmes en période d'activité génitale. Son étiopathogénie est mal connue [6].

#### **Diagnostic :**

Le diagnostic positif de léiomyome extra-utérin repose avant tout sur l'examen anatomopathologique. En effet, les circonstances de découverte sont très variables [7] : fortuites comme dans le cas clinique no 1, au cours d'un bilan d'exploration d'une masse pelvienne avec pour diagnostic différentiel principal les masses annexielles ou des symptômes non spécifiques (douleurs pelviennes aiguës ou chroniques comme pour les cas cliniques no 2 et no 3, retentissement sur l'appareil urinaire, digestif, vasculaire ou nerveux).

L'exploration radiologique est souvent insuffisante pour donner un diagnostic précis. L'aspect échographique est celui d'une masse à contours réguliers, pouvant être hypo-, iso ou hyperéchogène par rapport au Myomètre environnant. [8] L'aspect en tomodynamométrie est typique mais non spécifique avec la mise en évidence d'une lésion hypodense, bien circonscrite, avec un rehaussement hyperdense hétérogène. [9]

L'IRM semble une technique prometteuse. Un léiomyome simple se caractérise par un hyposignal en T2 et un signal intermédiaire ou un hyposignal en T1. Néanmoins, la distinction avec une forme maligne

demeure difficile d'autant plus qu'il existe une dégénérescence tissulaire au sein de ce léiomyome. [10] Par ailleurs, l'IRM avec séquences réduites est rapide et efficace pour compléter l'investigation de tumeurs pelviennes dont l'échographie préliminaire n'est pas concluante notamment pour le diagnostic topographique [11]. L'anatomopathologiste donne un diagnostic définitif en se reposant sur des éléments précis : tumeur constituée de cellules fusocellulaires identifiées comme fibres musculaires lisses par le marquage par des Ac antidesmine et antiactine muscle lisse, spécifiques des fibres musculaires lisses en Immunohistochimie.

#### **Diagnostic différentiel :**

Dans le cadre d'une pathologie extra-utérine, devant des tumeurs composées de cellules fusocellulaires, l'élimination de quatre principaux diagnostics différentiels s'impose. Le fibrome ovarien [2] est une tumeur bénigne de l'ovaire (5 % des tumeurs ovariennes) de consistance ferme dont l'histologie révèle des faisceaux tourbillonnants de cellules fusiformes enserrées dans une trame collagène mais négative pour les Ac antidesmine et antiactine muscle lisse. Le fibrothécome ovarien [2] est une tumeur solide constituée de cellules fusiformes spécialisées du stroma ovarien. Le fibrosarcome ovarien [2] est une tumeur maligne rare correspondant à la prolifération maligne de fibroblastes du stroma ovarien caractérisée par l'existence d'atypies nucléaires, de nécrose cellulaire, d'hémorragies intra tumorales et d'un index mitotique élevé (> 4 mitoses/10 HPF). Les tumeurs stromales de Type digestif [12] sont des tumeurs mésenchymateuses du tractus gastro-intestinal qui peuvent, dans 5 % des cas, avoir une localisation extradigestive et notamment dans la sphère génitale. Histologiquement, l'étude Immunohistochimie fera le diagnostic avec un marquage Positif pour les Ac anti-CD117 et antiCD34 et négatif pour les Ac antimuscle lisse et antidesmine [13,14].

#### **Critères pronostiques :**

Pour les léiomyomes utérins, il a été proposé la classification de Bell [15] (Tableau 1). On définit ainsi en fonction de l'existence d'atypies significatives, de nécrose, du nombre de mitoses : le léiomyome, le léiomyome à nombre élevé de mitoses, le léiomyome à nombre limité de mitoses avec « expérience clinique limitée », le léiomyome atypique à faible risque de récurrence, le léiomyome atypique, la tumeur musculaire lisse à faible potentiel de malignité et le Léiomyosarcome. Pour les localisations extra-utérines, du fait de leur faible fréquence, il semble plus difficile d'établir des critères de bénignité ou de malignité. Les auteurs utilisent les mêmes critères de base. [3,16,17]. Il semble récurrent que l'existence de nécrose et d'atypies cellulaires soit en faveur d'un potentiel malin. En effet, le plus souvent, les Léiomyosarcome ont des récepteurs hormonaux négatifs. En revanche, il n'y a pas d'accord pour définir un nombre de mitoses en dessous duquel l'évolution sera

Probablement bénigne. Pour Billings et al. [16], le seuil est fixé à dix mitoses pour 50 HPF, de même pour Jason et al. [17]. Mais pour Paal et al. [14], il est fixé à trois mitoses pour 50 HPF. Se pose le principal problème du diagnostic différentiel avec un Léiomyosarcome de bas grade. Les anatomopathologistes font actuellement une extrapolation de la classification de Bell aux léiomyomes extra-utérins, mais sans certitude que les deux modèles soient Superposables.

#### **Prise en charge initiale :**

On trouve trois types de présentation extra-utérine de léiomyome pour lesquelles la prise en charge initiale diffère. En cas de léiomyome isolé, le traitement initial consiste en une exérèse chirurgicale. Les cas de récurrences semblent liés à une exérèse initiale incomplète [3]. Le potentiel évolutif reste inconnu et il n'est pas décrit de protocole thérapeutique en fonction de l'analyse histopathologique et des critères pronostiques.

En cas de léiomyome bénin métastatique, le traitement proposé pour les métastases correspond, si possible, à l'exérèse chirurgicale. En cas de tumeurs non résecables, on peut proposer une hormonothérapie. [5] Devant tout léiomyome extra-utérin ne doit-on pas faire un bilan d'extension à type d'une radiographie thoracique et d'une échographie hépatique pour éliminer un léiomyome bénin métastatique ? En cas de léiomyomatose péritonéale diffuse, le traitement consiste en général en un arrêt de l'exposition aux estrogènes. En cas de progression ou de récurrence chez les patients symptomatiques, un traitement par agonistes de la LHRH ou une castration chirurgicale, avec ou sans hystérectomie, peuvent être envisagés [18]. La léiomyomatose péritonéale diffuse pose le problème de potentielles récurrences, voire de transformation en Léiomyosarcome dans des délais allant de six mois à huit ans. [19] Dans les cas de transformation sarcomateuse, le contexte est différent avec l'absence d'exposition endogène ou exogène aux estrogènes, des récepteurs hormonaux négatifs, des femmes jeunes (quelques cas ont été décrits chez des femmes ménopausées) et souvent l'absence de léiomyomes utérins associés. Bekkers et al. [18] considèrent qu'une léiomyomatose péritonéale diffuse survenant dans ce contexte, n'ayant pas de rémission ou progressant moins d'un an après l'arrêt de l'exposition aux estrogènes doit être considérée comme à potentiel évolutif malin et avoir un suivi radiologique (TDM, échographie) plus rapproché, notamment la première année, et un traitement initial plus agressif

**Surveillance :**

Face à un potentiel évolutif incertain, le principe de précaution, et l'absence d'études réalisées imposent une surveillance de ces patientes. Jason et al. [17] considèrent qu'un suivi de cinq à dix ans peut être insuffisant pour détecter certains Léiomyosarcome de bas grade.

**IV. CONCLUSION :**

Les fibromes de l'ovaire sont rares. Ils surviennent le plus souvent chez des femmes âgées. Les examens cliniques et paracliniques permettent souvent de rattacher ces tumeurs à l'ovaire.

La présentation clinique et paraclinique suspecte souvent une tumeur maligne. La confirmation diagnostique repose sur les données de l'examen histologique définitif.

Le traitement est chirurgical et l'exérèse permet la disparition des symptômes

**Références :**

- [1]. Phupong V. Parasitic leiomyoma: a case report of an unusual tumor and literature review. *J Med Assoc Thai* 2003;86:986–90.
- [2]. Stevens L. In: *Anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris: De Boeck and Larcier s.a; 1997. p. 361–86.
- [3]. Paal E. Retroperitoneal leiomyomas. *Am J Surg Pathol* 2001; 25:1355–63.
- [4]. Yasunobu F, Noriyoshi S. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma from the uterus in postmenopausal woman: report of a case. *Surg Today* 2004;34:55–7.
- [5]. Goyle K, Moore D. Benign metastasizing leiomyomatosis: case report and review. *Am J Clin Oncol* 2003;26:473–6.
- [6]. Hardman 3rd WJ, William J. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: clinicopathologic analysis of five cases. *South Med J* 1996;89:291–5.
- [7]. Leblanc E, Lanvin D. Tumeurs du ligament large et du ligament rond. *Encycl Med Chir (Elsevier Paris). Gynecologie* 1997;687(A-10).
- [8]. Darbois Y, Wacrenier A. In: *Pathologie utérine bénigne. Imagerie clinique en gynécologie*. Paris: Ed. Vignot; 1993. p. 73–100.
- [9]. Warshauer DM, Mandel SR. Leiomyoma of the extraperitoneal round ligament: CT demonstration. *Clin Imaging* 1999; 23:375–6.
- [10]. Robert Y, Launay P. IRM en gynécologie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002;31:471–539.
- [11]. Chang S, Cooperberg P. Limited-sequence magnetic resonance imaging in the evaluation of the ultrasonographically indeterminate pelvic mass. *Can Assoc Radiol J* 2004; 55:87–95.
- [12]. Zighelboim I, Henao G. Gastrointestinal stromal tumor presenting as a pelvic mass? *Gynecol Oncol* 2003;91:630–5.