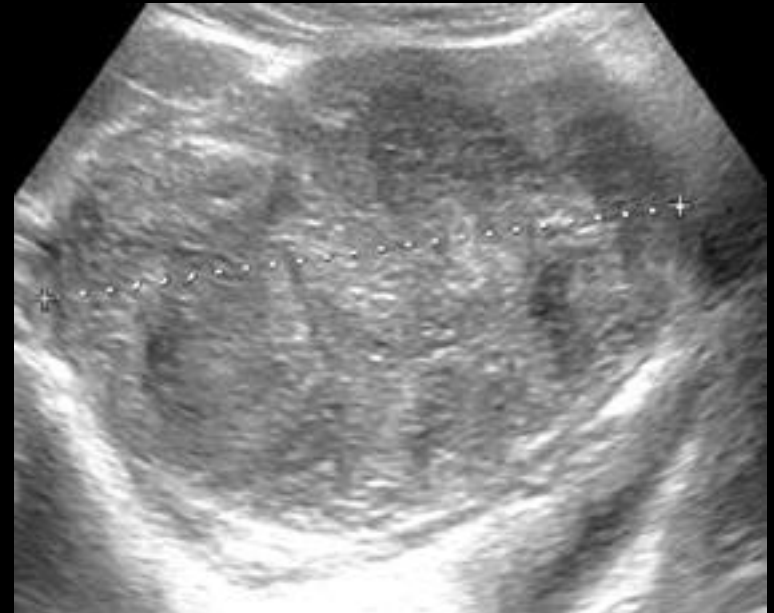
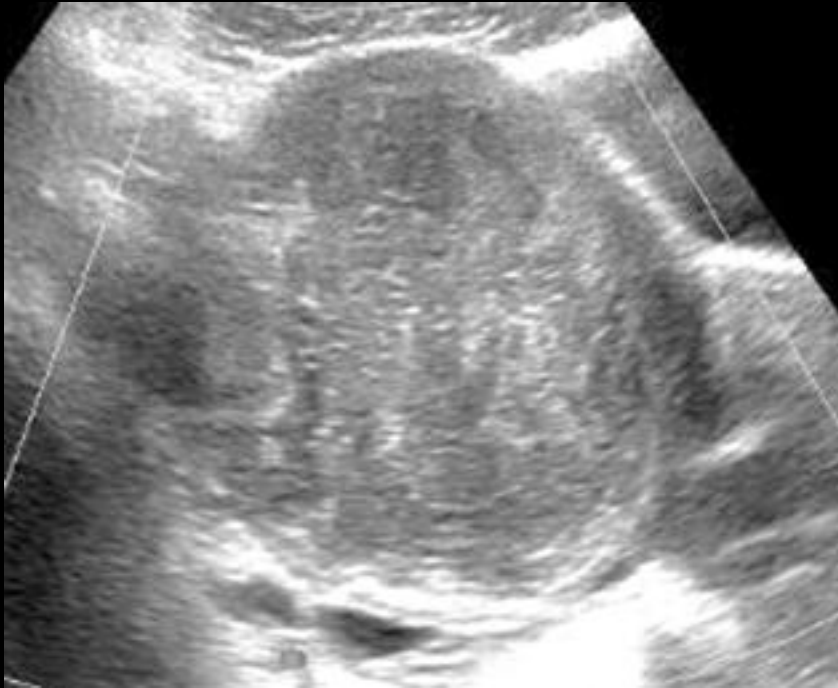
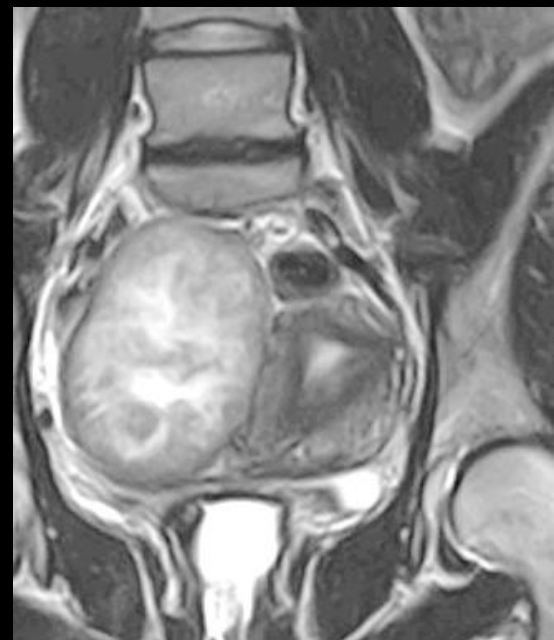


Femme de 40 ans. Sensation de pesanteur pelvienne droite ; l'échographie confirme la présence d'une masse ovarienne. Quels sont les principaux items sémiologiques intéressants à retenir pour la caractérisation de cette lésion



présence d'une masse solide, discrètement hétérogène, à contour régulier, a priori encapsulée, correspondant à une lésion tumorale ovarienne droite

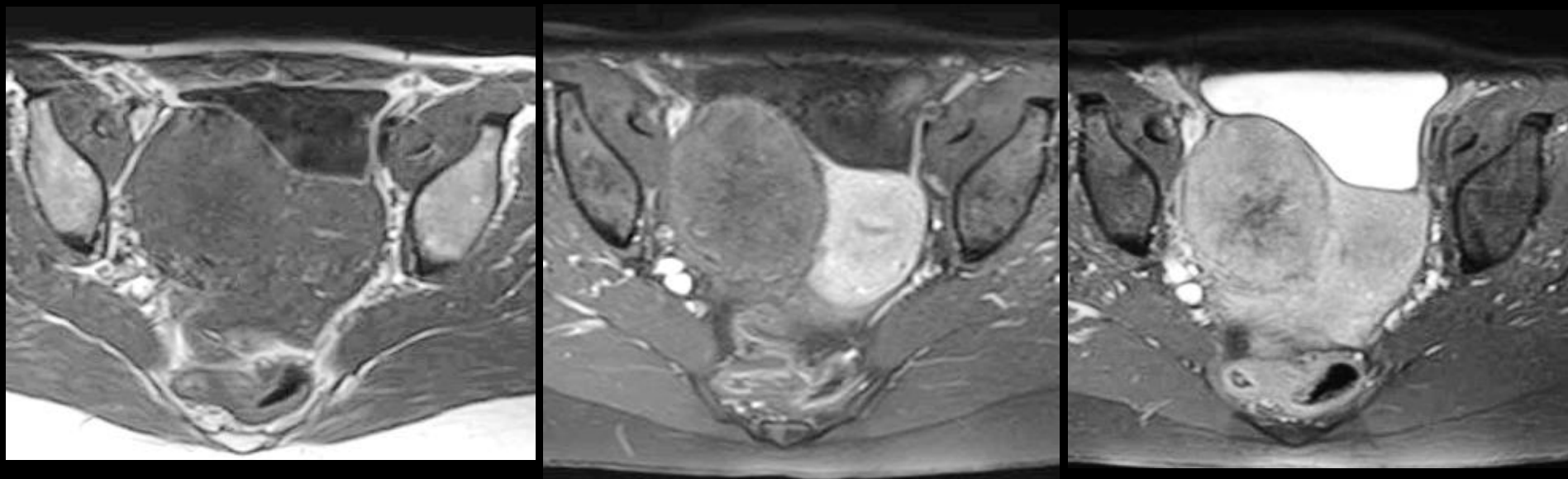


l'I.R.M.(avec balisage vaginal par gel échographique) confirme les données précédentes, en particulier **l'aspect encapsulé de la masse** et **sa nature en grande partie fibreuse**, responsable d'un hypersignal T2 de type cellulaire en disposition grossièrement radiaire au centre la lésion

il n'y a pas d'épanchement liquide important du péritoine ni de signes d'extension aux organes voisins en particulier à l'utérus



il n'y a pas non plus épanchement liquide pleural droit



il y a déjà longtemps, un ami de l'oncle Paul, le docteur Joseph Stines, chef de service du centre anticancéreux, lui a appris qu'en matière de tumeurs ovariennes, plus la consistance est de type solide et plus il y a de chances que la lésion soit bénigne..



Il ne s'agit bien sûr pas d'une règle scientifique mais d'un argument statistique qui est souvent une aide précieuse pour l'orientation diagnostique .

Il y a évidemment comme dans toute règle, des exceptions en particulier les implants métastatiques ovariens (" métastases ovariennes") des cancers gastriques à cellules dissociées (tumeurs de Kuckenberg)

l'examen histologique de la pièce d'exérèse a confirmé le diagnostic de

**fibrothécome ovarien droit**

# les tumeurs fibrothécales de l'ovaire

-Les tumeurs fibrothécales de l'ovaire sont rares.  
1 à 4,7 % des tumeurs organiques de l'ovaire.

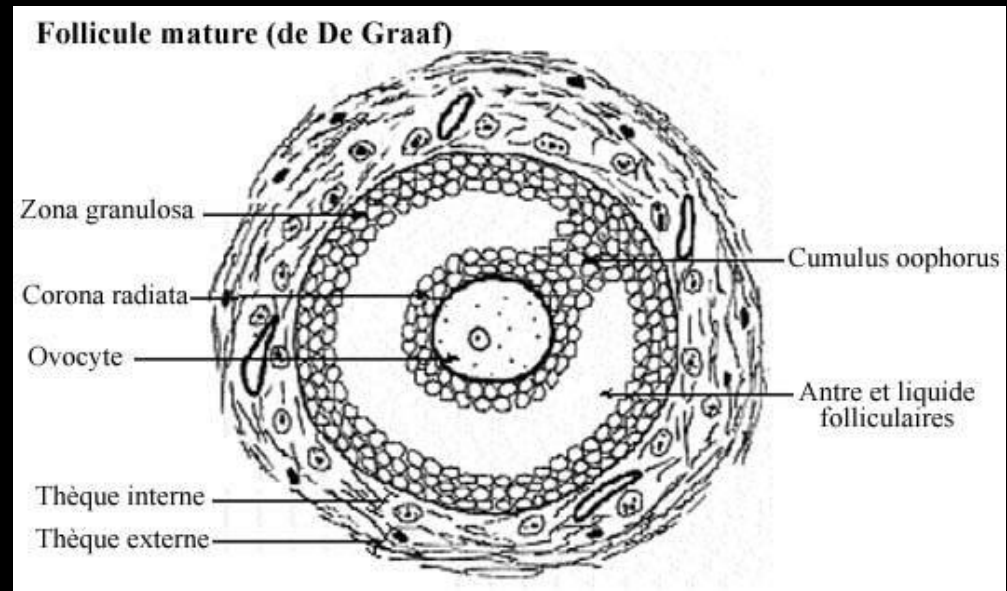
-Elles sont d'origine **stromale** et contiennent une proportion variée de **cellules conjonctives fusiformes** et de **cellules thécales**.

-Les formes malignes :thécomes malins et les fibrosarcomes représentent moins de 1% des cas

-**Unilatérales dans 90 % des cas**, les formes bilatérales sont souvent observées dans le cadre d'un syndrome de Gorlin (naevomatose basocellulaire)

-Survenue plus fréquente chez des patientes péri ou post **ménopausiques**.

-Circonstances de découverte variable... algies pelviennes, métrorragies.







fibromes ovariens

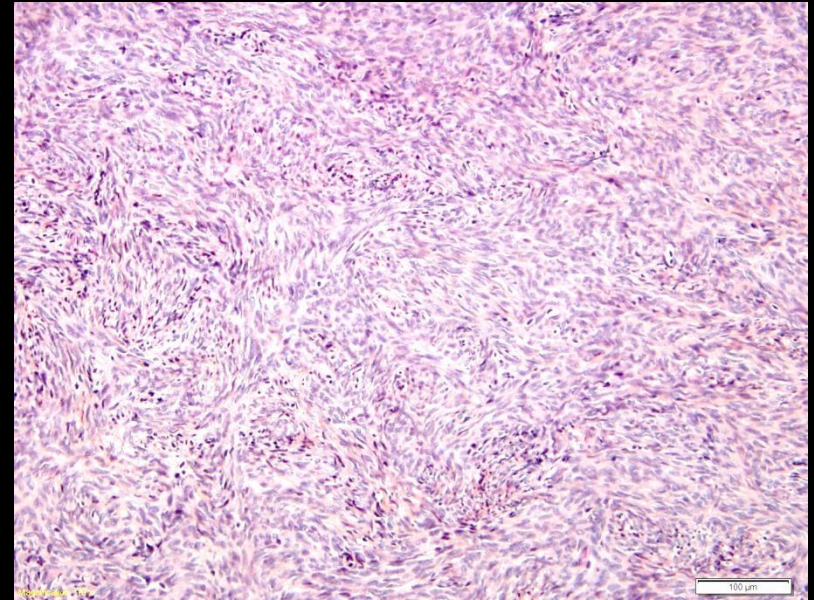
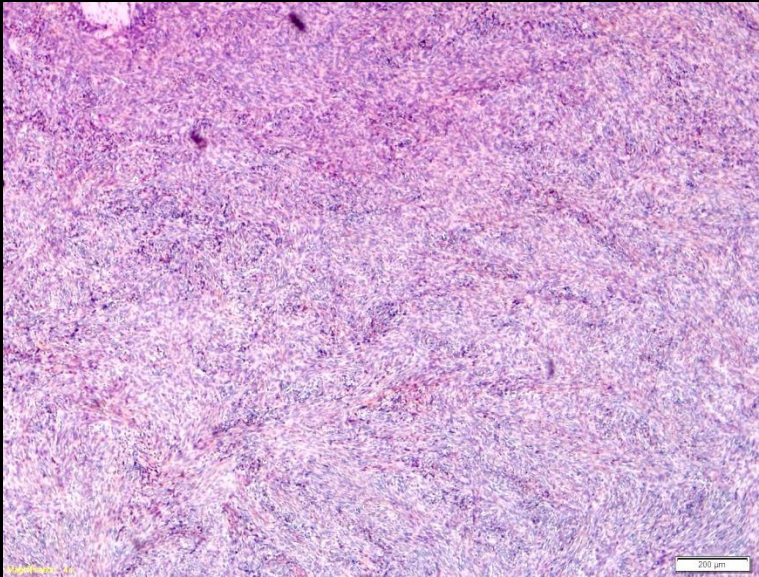


macroscopiquement , ce sont des lésions bien limitées, encapsulées, en partie hyalinisées.

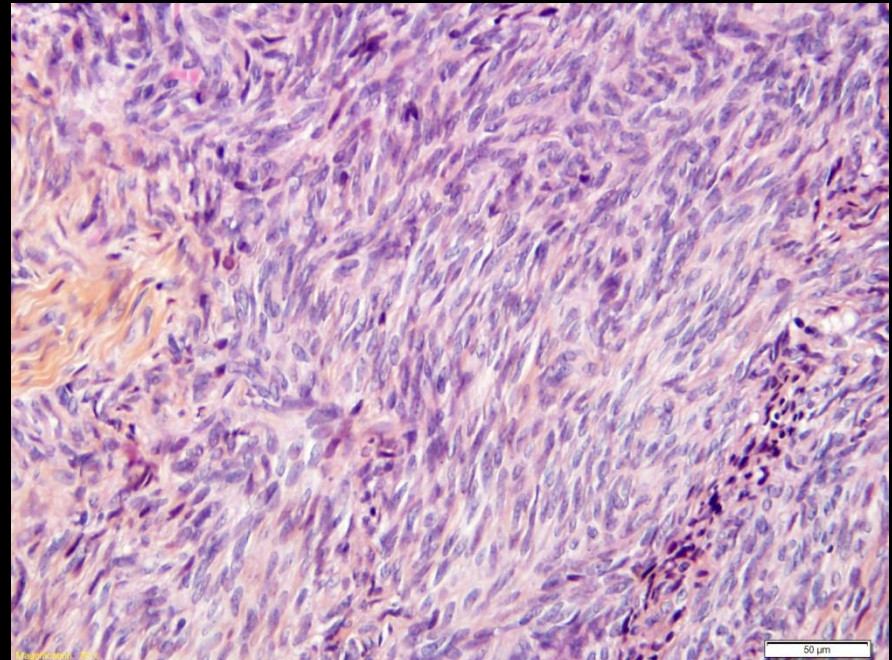
microscopiquement ,on distingue 2 variétés anatomopathologiques :

- fibromes : cellules fibroblastiques agencées en tourbillon et produisant du collagène.

- fibrothécomes ; ils se distinguent par un contenu riche en lipides



microscopiquement, l'aspect fasciculé de l'organisation cellulaire est assez typique . Cellules à cytoplasme indistinct, avec noyaux allongés, à chromatine claire.





Sur le plan clinique, le fibrome ovarien se présente sous forme d'une masse solide, mobile, à surface régulière et de taille variable.

Dans 1-10 % des cas : le fibrome ovarien est associé à une ascite et un hydrothorax droit constituant le

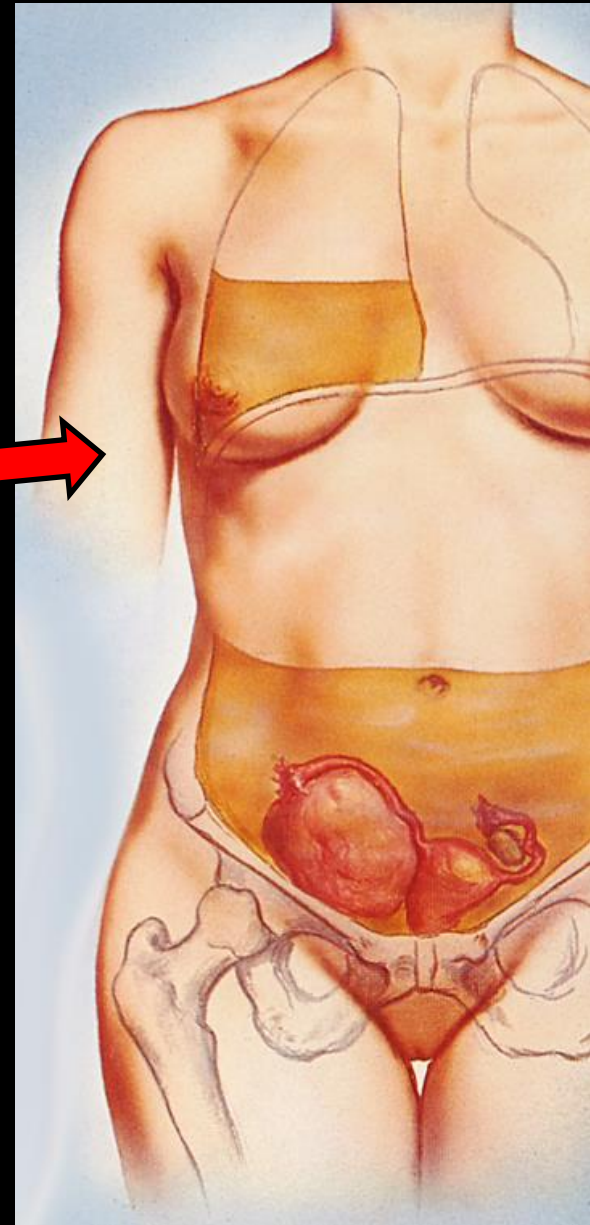
### Syndrome de Demons- Meigs



on trouve des tumeurs fibreuses de l'ovaire dans d'autres associations lésionnelles

.Syndrome de **Peutz-Jeghers** : polypose digestive hamartomateuse + lentiginose cutanéomuqueuse péri-orificielle + fibrome ovarien

.Syndrome de **Gardner** : polypose adénomateuse recto colique + ostéomes du crâne + tumeurs desmoïdes + fibrosarcome ovarien

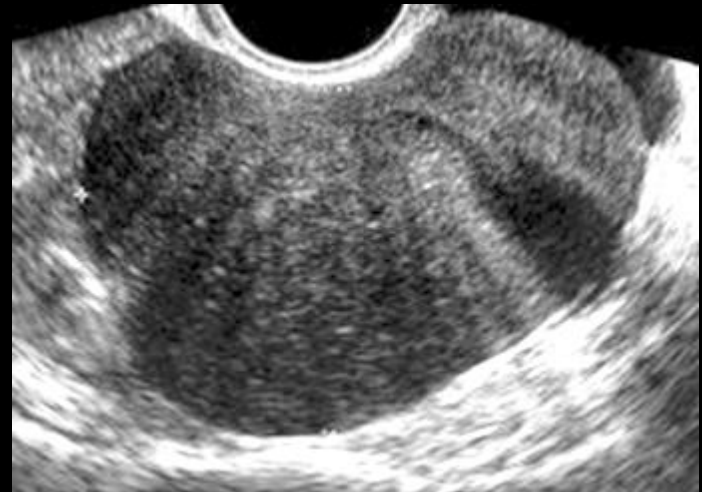


## imagerie des fibromes ovariens

échographie : masse hypoéchogène avec renforcement acoustique postérieur+++



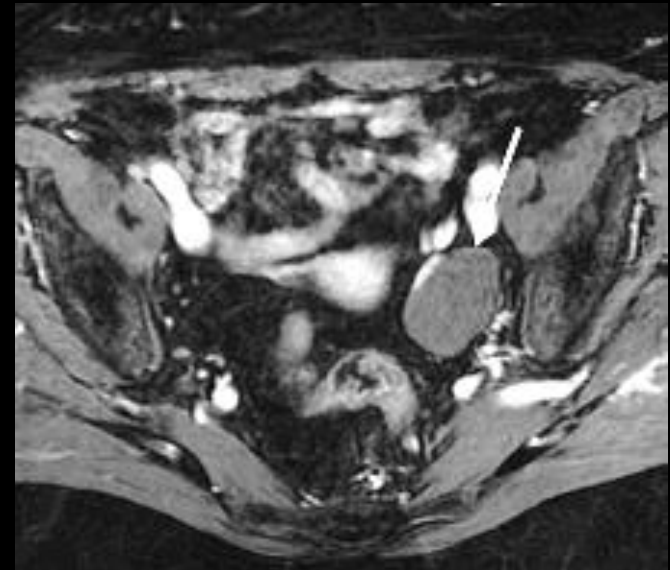
Fibrome



Fibrothécome



IRM : Hyposignal T1 , Hyposignal T2, peu rehaussée après injection.



Clinical Radiology 68 (2013) 1276–1283

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Clinical Radiology

Journal homepage: [www.clinicalradiologyonline.net](http://www.clinicalradiologyonline.net)



Pictorial Review

## Fibrous tumours of the ovary: Aetiologies and MRI features

P.-F. Montoriol<sup>a,\*</sup>, A. Mons<sup>a</sup>, D. Da Ines<sup>a</sup>, N. Bourdel<sup>b</sup>, L. Tixier<sup>c</sup>, J.M. Garcier<sup>a</sup>

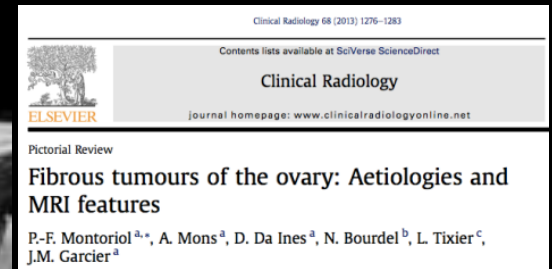
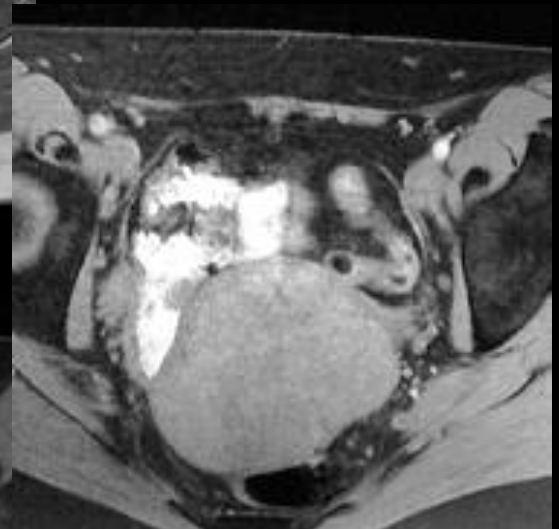
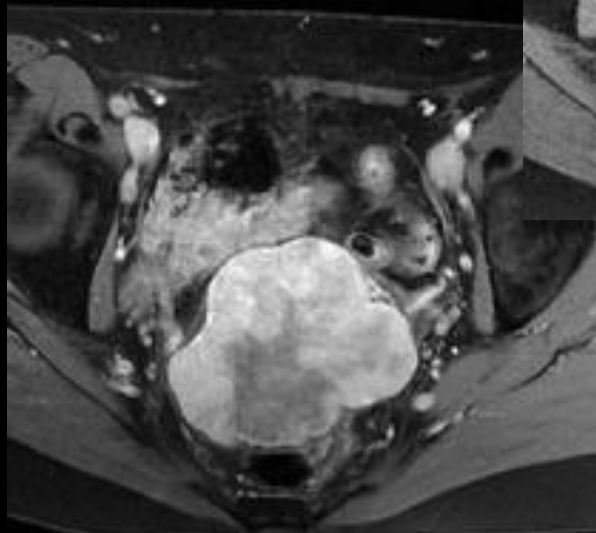
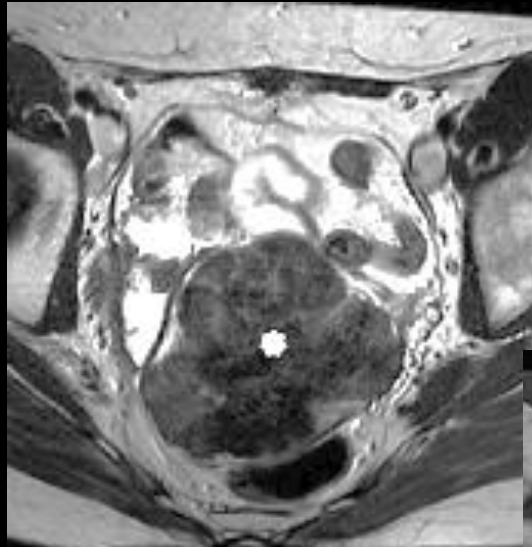
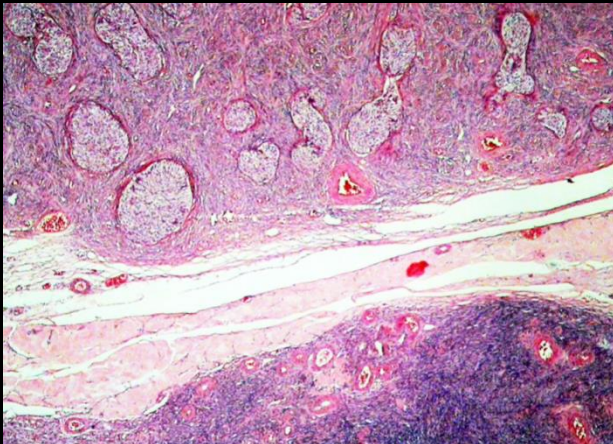
**Fibrome**

# la tumeur de Brenner

Tumeurs à "cellules transitionnelles" : proche de l'épithélium urothélial. regroupées en agrégats solides ou kystiques dans **un stroma fibromateux**

le plus souvent bénigne , 2% des tumeurs ovariennes.

Hyposignal T2 Hyposignal T1  
rehaussée de façon importante  
après injection



## Tumeurs des cordons sexuels et du stroma

les tumeurs des cordons sexuels sont développées à partir des cellules de soutien du stroma ovarien qui ont un rôle dans la fonctions endocrines de l'ovaire.

Ces tumeurs s'accompagnent donc souvent de troubles fonctionnels hormonaux ; Elles sont rares et représentent 5 à 10 % des tumeurs ovariennes

### -tumeurs stromales ovariennes

- .tumeurs de la granulosa (90 %)

  - forme adulte

  - forme juvénile

- .tumeurs du groupe fibrothécome (1-4%)

- tumeurs stromales de Sertoli et Leydig (2%)  
(androblastomes)

- tumeurs des cordons sexuels avec tubules annelés (< 1%)

- gynandroblastomes (<1%)

- tumeurs à cellules stéroïdiennes (<1%)



## les tumeurs de la granulosa

-elles représentent **3 à 5 % des tumeurs ovariennes** et comportent souvent des cellules granuleuses de la thèque interne qui **secrètent les œstrogènes**

2 formes cliniques se distinguent :

. Tumeur de la granulosa juvénile,

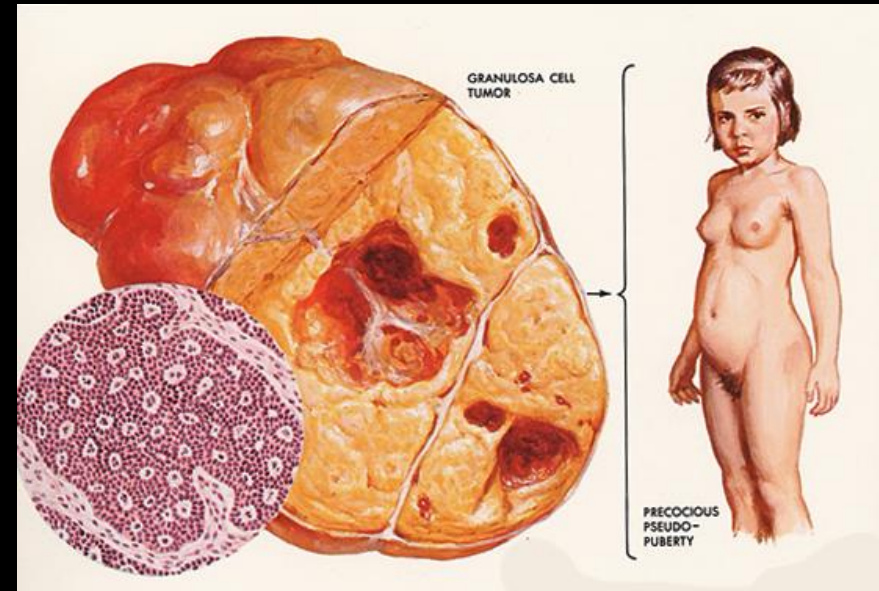
rare, chez la petite-fille d'âge moyen 7 ans , mais possible jusqu'à 30 ans responsables d'une **puberté précoce dans deux cas sur trois**

l'imprégnation oestrogénique précoce est susceptible d'augmenter le risque de cancer du sein

. Tumeur de la granulosa de type adulte

moins rare (95 % des cas) ; touche la femme d'âge moyen

elle peut se révéler par des complications aiguës de l'imprégnation oestrogénique : **hyperplasie endométriale fréquente et risque majoré d'adénocarcinome de l'endomètre** .



## les tumeurs du groupe fibrothécome

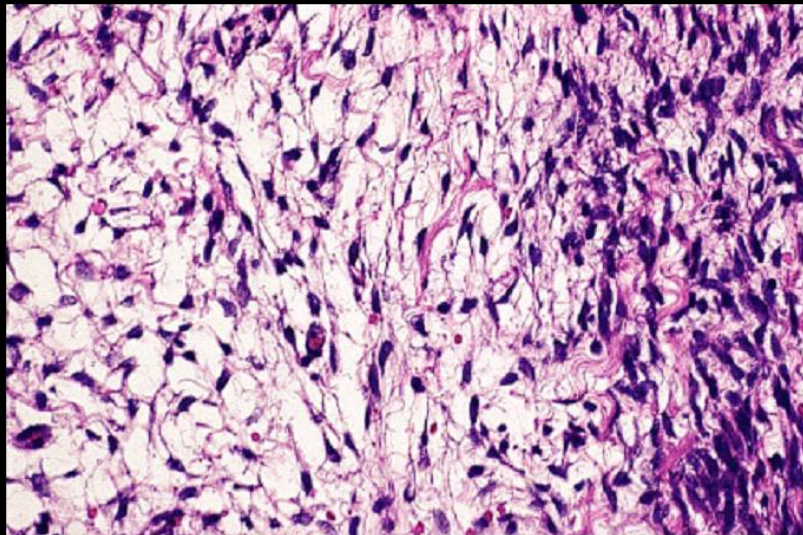
tumeur solide, jaune, ferme

cellules allongées , claires et  
spumeuses. Riche contenu lipidique.

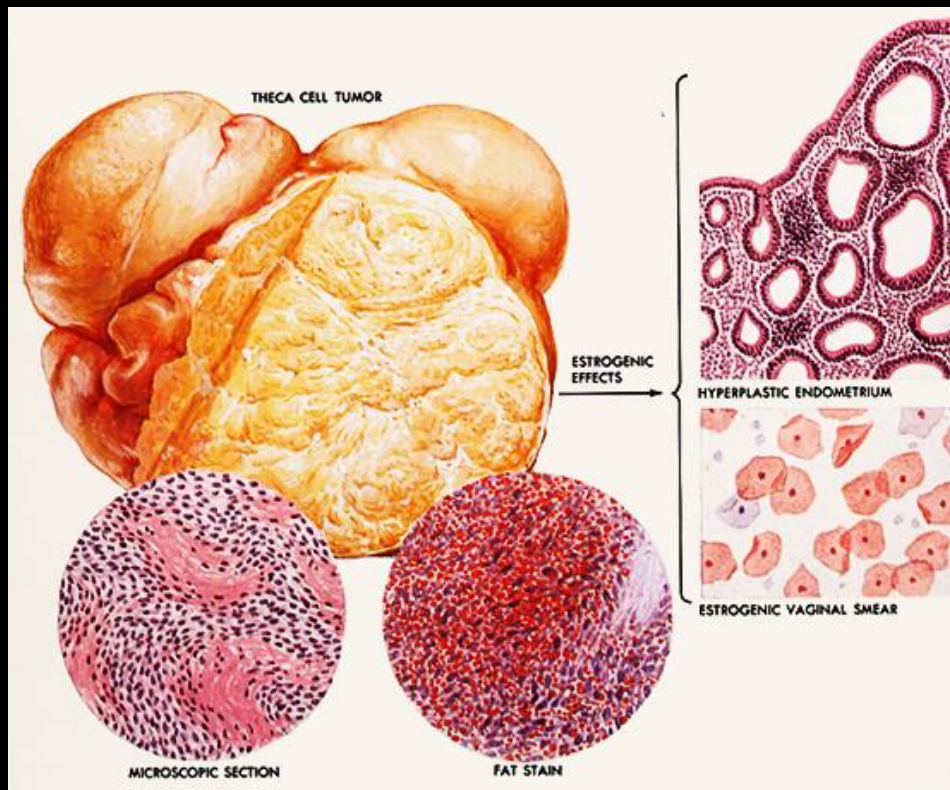
associée dans 20% des cas à un  
carcinome endométrial<sub>+++</sub>



fibrothécome ovarien





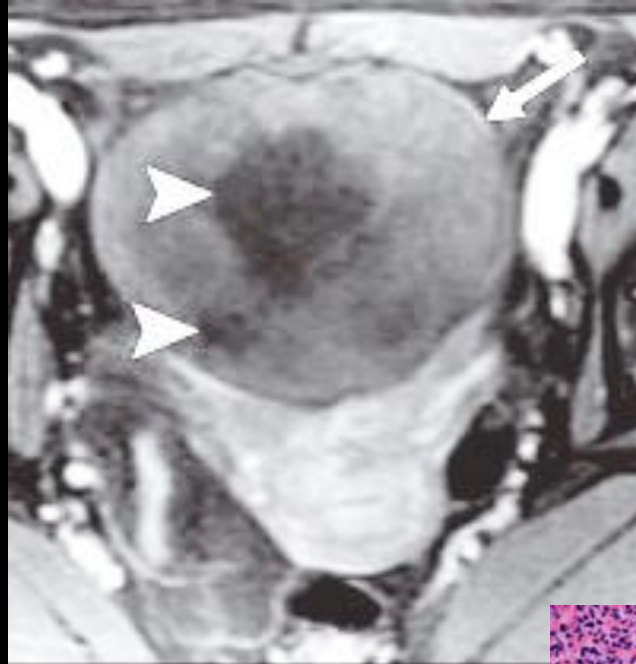
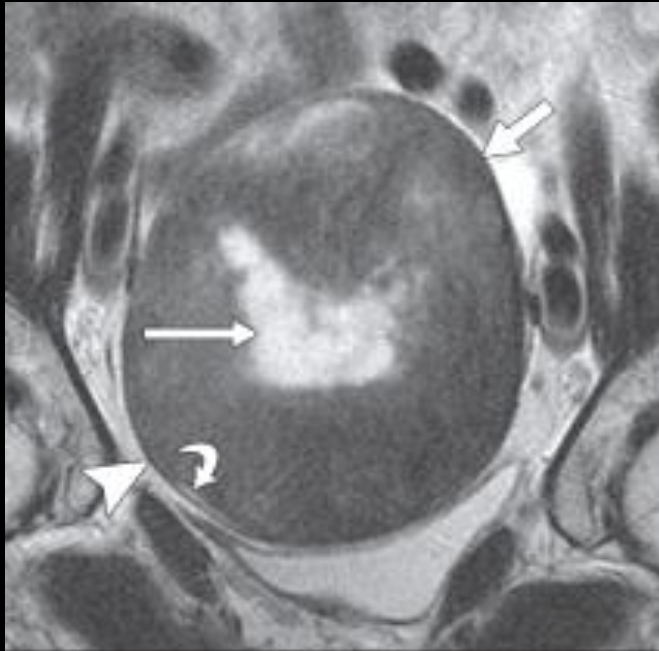


fibrothécome ovarien

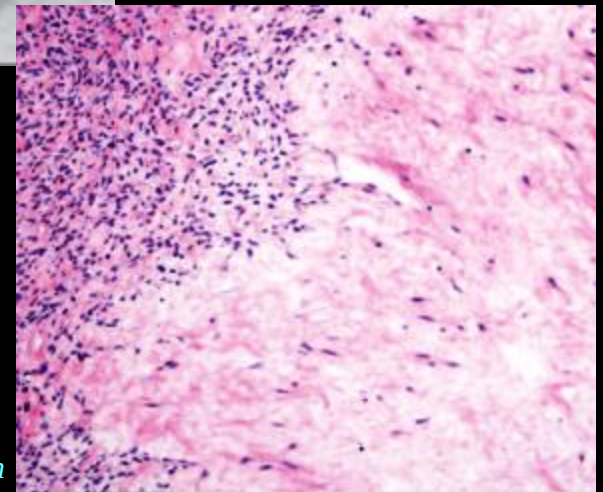




Possible lésion centrale "kystisée" si grande taille : Hyposignal T1, Hypersignal T2 intermédiaire, peu rehaussée après injection



## Fibrothécome



Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, et al.  
MRI features of ovarian fibroma and fibrothecoma with histopathologic correlation  
. AJR Am J Roentgenol 2012 Mar;198:W296-303

# les androblastomes

-ou tumeurs à cellules de Sertoli et de Leydig

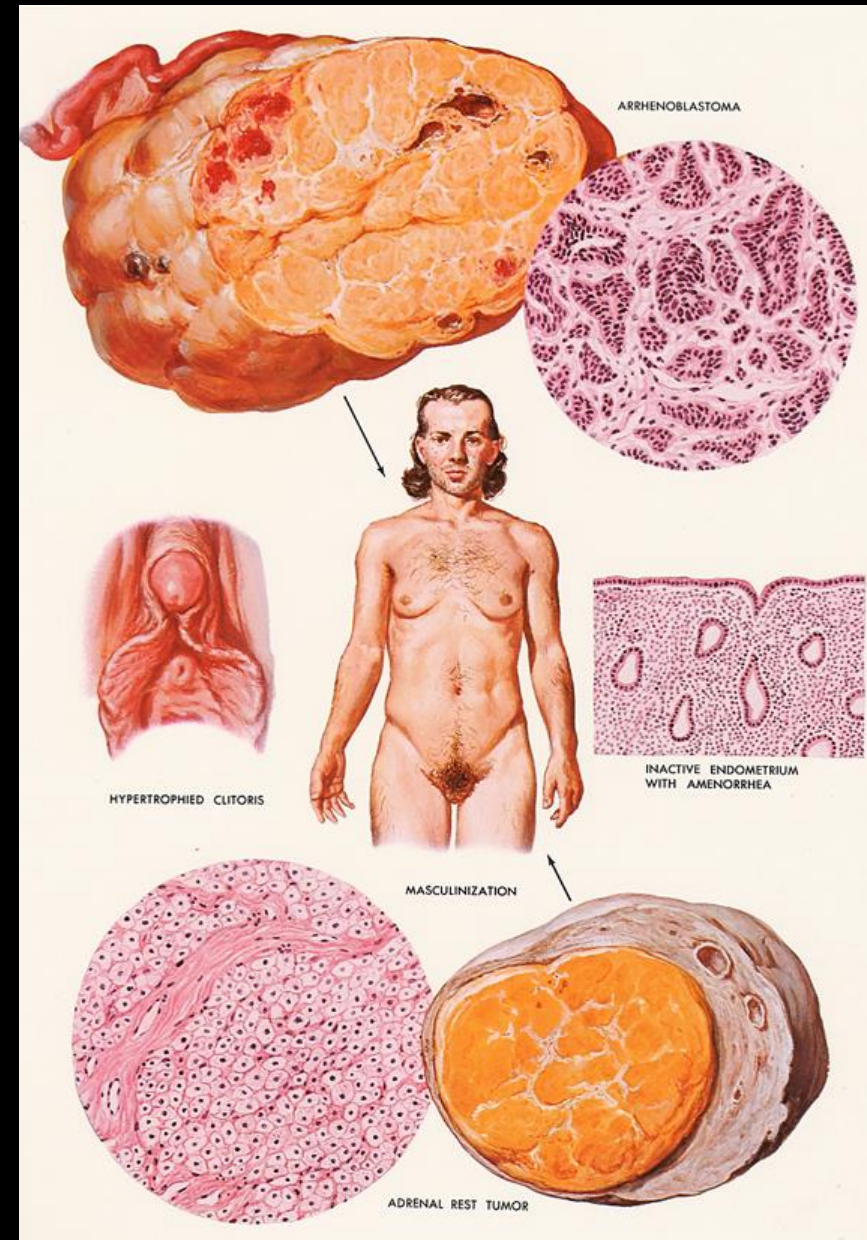
les androblastomes sont des tumeurs dont les cellules et l'architecture s'apparentent aux tissus testiculaires embryonnaires. Elles peuvent être sécrétantes et virilisantes.

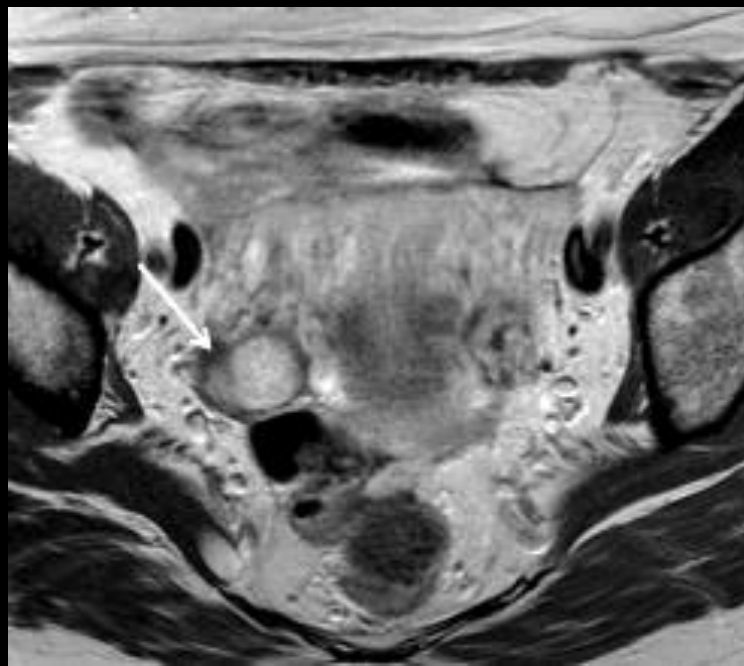
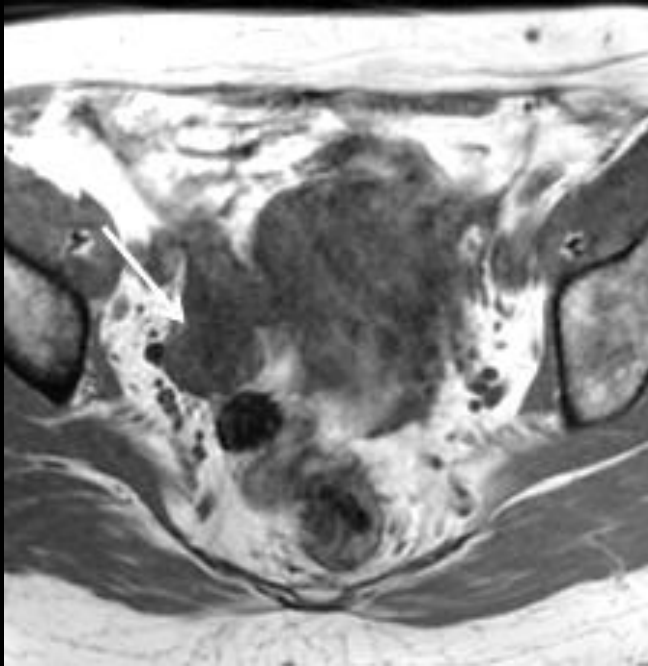
Les formes des plus différenciées comportent une seule lignée cellulaire (Sertoli ou Leydig) et sont bénignes.

Les formes indifférenciées sont malignes.

la moyenne d'âge de survenue est de 25 ans.

elles se révèlent en général par des signes de virilisation, aménorrhée, modifications de la voix, hirsutisme, hypertrophie clitoridienne.





tumeur à cellules de Leydig e

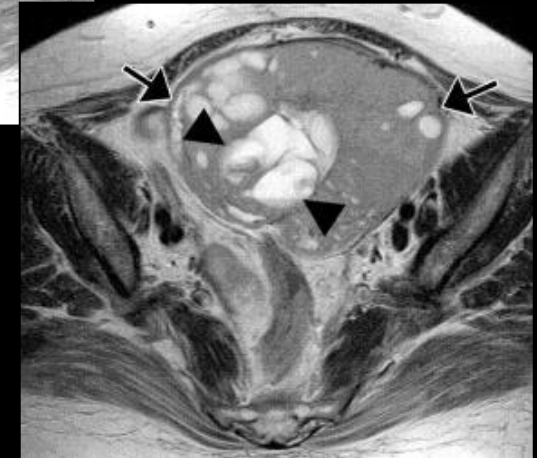
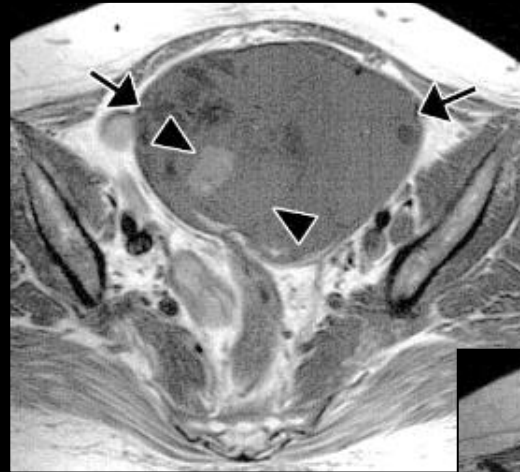




## le gynandroblastome

-le gynandroblastome est une tumeur exceptionnelle qui peut être **potentiellement féminisant ou masculinisant**

les formes malignes sont rarissimes



les tumeurs non classées , à cellules stéroïdiennes

Les tumeurs non classées à cellules stéroïdiennes sont d'origine imprécise (cellules de Leydig n de type lutéo-stromal ou cortico-surrénalien)

elles sont **souvent virilisantes** avec des taux élevés de testostérone ,d' androstènedione et parfois de DHEAS

## messages à conserver

-les possibilités de caractérisation d'une masse ovarienne par l'imagerie sont relativement modestes.

-on peut néanmoins retenir le fait qu'une **masse à forte prédominance fibreuse** (hyposignal T1, hypersignal T2 et prise de contraste modérés), homogène **a plus de chances d'être de nature bénigne.**

-la présence **d'éléments cliniques suggestif d'une hypersécrétion hormonale** (virilisation, hyperplasie endométriale ,puberté précoce, sont autant d'éléments qui, confrontés aux apports de la biologie et à la structure de la lésion en imagerie, permettront une prise en charge généralement chirurgicale, adéquate.