

# Pathologie mammaire de l'adolescente

Martine Boisserie-Lacroix, Eve Dos Santos.

Service de Radiologie Pr Grelet, Hôpital Saint-André, CHU, Bordeaux

Nous envisagerons les différents motifs qui amènent l'adolescente à consulter, seule ou avec sa mère. L'examen clinique est essentiel et il a avant tout une fonction de réassurance de l'image corporelle. Quand une anomalie est détectée, les examens radiologiques doivent se limiter; l'échographie est l'examen de première intention.

## Les mastodynies

Une tension douloureuse périodique est fréquente au moment de la puberté ou de l'adolescence, mais la mastodynie fait rarement l'objet d'une consultation. L'examen clinique doit être doux et rassurant, les examens complémentaires sont en général inutiles. Les causes sont multiples et conditionnent les modalités thérapeutiques : douleurs d'origine locale (syndrome inflammatoire, traumatisme, tumeur d'évolution rapide, lourdeur d'une hypertrophie,...); douleurs extramammaires projetées au sein (syndromes myofasciculaires, douleurs chondrosternales ou chondrocostales, troubles de la statique rachidienne, névralgie intercostale); douleurs idiopathiques ou psychogènes; enfin, douleurs y intriquées. Après élimination d'une cause organique, le médecin doit prêter attention à ce signe qui peut témoigner de perturbations dans la formation du schéma corporel ou de conflits psychoaffectifs avec l'entourage [Le Treut 1995].

## Les anomalies de développement

L'embryogenèse explique une partie des anomalies mammaires, mais beaucoup restent de cause inconnue. Il n'y a pas de critère de normalité de taille et de forme du sein; le médecin doit essayer de faire comprendre le caractère transitoire d'une dysmorphie, et laisser espérer une correction chirurgicale des anomalies les plus graves.

Les anomalies mineures nécessitent un suivi clinique si elles s'accompagnent d'une souffrance psychique (polythélie, hypoplasie, hyperplasie, asymétrie de volume ou de forme, dysharmonie).

Les anomalies majeures posent des problèmes spécifiques (amastie uni ou bilatérale, athélie, syndrome de Poland, polymastie, hypertrophie juvénile, dysmorphie sévère). L'acte chirurgical sera réalisé dans la mesure du possible une fois la puberté et la croissance achevées [Boisserie-Lacroix 1998].

## Le nodule mammaire parenchymateux

### *- le nodule isolé indolore de petite taille*

L'adénofibrome "classique" représente la majorité des tumeurs de l'adolescente et s'observe plutôt chez les jeunes filles pubères. La forme habituelle est cliniquement et échographiquement identique à celle de l'adulte. Au plan histologique, le stroma est plus dense, plus cellulaire que dans la tumeur de l'adulte. Cette cellularité rend compte, à l'échographie, de l'échogénicité souvent élevée et de l'importance du renforcement postérieur. Un adénofibrome de moins de 3 cm peut être surveillé cliniquement et échographiquement. S'il est d'apparition récente, un traitement progestatif sera choisi pendant quelques cycles lorsque la jeune fille est demandeuse d'une contraception; le relais sera pris par un œstroprogestatif normodosé à forte composante progestative. Si l'adénofibrome continue de croître et dépasse 3 cm, il faudra envisager son exérèse. L'adénofibrome simple n'augmente pas le risque de cancer du sein. Mais Dupont et Page ont décrit des lésions de mastopathie

bénigne à l'intérieur de l'adénofibrome ou en périphérie, et un tel adénofibrome "complexe" multiplie le risque de développer un cancer du sein par 3,10 [Dupont 1994].

Plus rarement, l'échographie va montrer le caractère liquidien du nodule, le kyste de mastopathie fibrokystique étant rare avant 24 ans.

#### ***- les nodules multiples***

La conduite à tenir est difficile lors d'adénofibromatose, qui s'observe dans 10 à 20 % des cas, de façon synchrone ou successive, particulièrement chez les jeunes filles de race noire. L'enjeu de la surveillance est d'éviter des interventions itératives. Un nodule gênant de 4 à 5 cm sera en pratique enlevé, dans la crainte d'une tumeur phyllode.

#### ***- le syndrome tumoral d'évolution rapide***

##### ***- l'adénofibrome juvénile***

Ashikari a décrit une forme particulière d'adénofibrome "qui survient pendant l'adolescence, à croissance rapide, de stroma abondant et cellulaire". L'âge - de 14 à 19 ans - est une caractéristique; l'augmentation de taille est rapide et inquiétante; le stroma de la tumeur est encore plus dense que dans le type "classique", mais moins que dans la tumeur phyllode avec laquelle le diagnostic histologique est parfois difficile (Ashikari 1971).

##### ***- l'adénofibrome géant***

Il se définit par sa taille, supérieure à 5 cm. Sa croissance est rapide, notamment à la puberté, pouvant atteindre 10 cm et plus, entraînant des troubles trophiques. Son volume impose une exérèse chirurgicale. Ses caractéristiques histologiques sont celles d'un adénofibrome "classique" ou de type juvénile.

##### ***- la tumeur phyllode***

Le plus jeune âge relevé dans la littérature est 10 ans. Les atteintes bilatérales et/ou multiples, de novo ou à partir d'une adénofibromatose, s'observent surtout chez l'adolescente et la femme jeune. Le temps de doublement est souvent inférieur à 3 mois. La taille, de 6-7 cm, est plus élevée chez la jeune fille que chez l'adulte, mais la tumeur phyllode a souvent à cet âge un potentiel évolutif moindre et un meilleur pronostic. Un aspect échographique évocateur est la présence de zones liquidiennes intra-tumorales, périphériques, de 3 à 10 cm [Buchberger 1991]. L'évolution est dominée par le risque de récurrence locale, qui pourra être traitée de façon conservatrice.

### **Le kyste rétro-aréolaire**

Il correspond à la dilatation d'une glande mammaire accessoire sous-aréolaire de Montgomery, et s'observe chez la jeune fille post-pubère. Il peut être asymptomatique, ou se traduire par un nodule rétro-aréolaire, indolore ou sensible, qui se vide parfois spontanément (écoulement trans-aréolaire). L'échographie en montre le contenu liquidien. Ce kyste régresse le plus souvent, peut parfois subir des poussées inflammatoires voire infectieuses [Delambre 1993]. La cytoponction n'est réalisée que devant un kyste volumineux et douloureux.

### **Le placard sensible : la papillomatose juvénile**

Le mode de présentation est souvent celui d'un placard irrégulier et sensible, de 3 cm en moyenne, (mais l'aspect peut être celui d'un adénofibrome). Une masse ambiguë doit faire pratiquer au moins un cliché mammographique, révélant des nodules confluents, une désorganisation architecturale, et dans 3 cas sur 4 des microcalcifications polymorphes [Le Treut 91]. La mammographie peut être négative quand le conjonctif est trop dense. L'échographie est évocatrice en montrant de tout petits kystes en périphérie d'une plage hypoéchogène. L'exérèse du placard avec examen histologique affirme le diagnostic. Il s'agit

d'une dystrophie fibrokystique localisée, dont les kystes présentent un revêtement épithélial végétant papillaire et apocrine; il s'y associe des lésions d'hyperplasie parfois atypique. Les rapports entre la papillomatose et le cancer ne sont pas élucidés (marqueur de risque familial ? marqueur individuel de risque de cancer ?) [Rosen 1980]. En raison de l'incertitude sur l'évolution de cette pathologie, on ne peut engager de surveillance anxigène dès cet âge.

D'autres mastopathies proliférantes ont été également individualisées chez des jeunes filles: hyperplasie papillaire ductale de l'enfant et de la très jeune femme, papillome solitaire, hyperplasie épithéliale atypique.

### **Le syndrome inflammatoire et infectieux**

Il a pour point de départ la glande mammaire (abcès centromammaire/ abcès pararéolaire ou superficiel ou récidivant), la plaque aréolo-mamelonnaire (infection d'une annexe cutanée ou d'un kyste rétro-aréolaire), ou la peau (kystes épidermiques et sébacés).

L'abcès centromammaire survient souvent sur ectasie canalaire. L'abcès superficiel est dû à l'infection récidivante de la partie proximale d'un canal galactophorique. L'échographie est le seul examen à réaliser, montrant facilement la collection et permettant de suivre l'évolution sous traitement médical [Boisserie-Lacroix 1993].

### **Affections traumatiques**

Organes superficiels, les seins sont exposés aux traumatismes accidentels : brûlure, morsure d'animal, écrasement par accident de voiture ou de sport (balle de tennis, chute lors de combat de judo). Le tableau clinique dépend du type et de la force du traumatisme [Seurin 1995].

### **Pathologie maligne**

#### ***- les tumeurs primitives***

La malignité est exceptionnelle à cet âge, et n'est jamais évoquée d'emblée devant une tumeur. Les formes malignes avant 20 ans ont des caractéristiques différentes des cancers plus tardifs, comportant des formes spécifiques de carcinomes et de sarcomes [Rogers 1994]. Le traitement doit prendre en compte le pronostic favorable de certains types histologiques, et essayer d'être conservateur.

*Le carcinome* juvénile est le plus fréquent chez la jeune fille, formé par des espaces cribriformes dont les cavités contiennent une sécrétion de mucine. Il est révélé par une masse de 2,5 cm en moyenne, parfois connue depuis plusieurs années, souvent mobile comme un adénofibrome. Il n'existe pas de description échographique dans la littérature. Il a été décrit quelques cas isolés de carcinomes infiltrants chez des fillettes : un anaplasique, une maladie de Paget,...

*Le sarcome* phyllode est le moins rare : il s'agit en France de tumeur phyllode de grade 3 de la classification de Pietruska et Bannes, ou IV de Contesso. La composante mésenchymateuse subit une transformation maligne. Contrairement à l'adulte, les métastases hématogènes sont exceptionnelles. L'autre type de sarcome rencontré à cet âge est le rhabdomyosarcome alvéolaire.

Des localisations primitives isolées des lymphomes *et de la maladie de Hodgkin* ont fait l'objet de quelques descriptions; leur reconnaissance est fondamentale pour mettre en route le traitement chimiothérapeutique.

#### ***- les localisations secondaires***

Il s'agit des localisations de lymphomes, de leucémies, ou de métastases de rhabdomyosarcome alvéolaire dans le cadre d'une diffusion métastatique.

### ***- les cancers héréditaires***

Grâce à une étude multicentrique, le gène de la maladie de Cowden (ou maladie des hamartomes et cancers multiples) a été identifié sur le bras long du chromosome 10, en 10p22-23 [Nelen 1996]. L'évolution de cette maladie est dominée par le risque de développer un cancer du sein, qui s'observe chez 28 à 30 % des patientes atteintes. Les caractéristiques sont celles des cancers héréditaires : survenue à un âge jeune (41 ans en moyenne, mais le plus jeune âge décrit est 20 ans), bilatéralité dans 30 à 50 % .

La conduite à tenir n'est pas codifiée, hésitant entre une surveillance régulière à partir de 30 ans et une mastectomie sous-cutanée prophylactique avec reconstruction immédiate ou différée. Il est nécessaire d'adresser ces jeunes patientes à une consultation d'oncogénétique.

### **Bibliographie**

- Ashikari R, Farrow JH, O'Hara J. Fibroadenomas in the breast of juveniles. Surg Gynecol Obstet, 1971, 132: 259-262.
- Boisserie-Lacroix M, Laffitte JJ, Sirben-Pascaud C et al. Les lésions inflammatoires et infectieuses du sein. Contribution de l'échographie. J Chir, 1993,130: 408-415.
- Boisserie-Lacroix M, Bokobsa J, Colle M, Hocké C, Boutet G, Le Treut A. Sénologie de l'enfant et de l'adolescente. Médecine-Sciences Flammarion, 1998.
- Buchberger W, Stasser K, Heim K et al. Phylloides tumors : findings on mammography, sonography and aspiration cytology in 10 cases. AJR, 1991,157: 715-719.
- Delambre Y. Kyste rétro-aréolaire des glandes de Montgomery chez l'adolescente. Aspects cliniques et échographiques (à propos de 8 cas). J Le Sein, 1993, 3 : 76-82.
- Dupont WD, Page DL, Parl FF et al. Long-term *risk* of breast cancer in women with adenofibroma. N Engl J Med, 1994, 331: 10-15.
- Le Treut A, Testard S, Trojani M. et al. La papillomatose juvénile (A propos de quatre observations). J Le Sein, 1991,1 : 17-21.
- Le Treut A, Lakdja F. Les mastodynies. Approche physiopathologique. In : A Le Treut. Les Mastopathies Bénignes, 17èmes Journées Nationales de la Société Française de Sénologie et de pathologie mammaire. Paris, Arnette Blackwell, 1995 : 23-32.
- Nelen MR et al. Localization of the gene for Cowden disease to chromosome 10q22-23. Nat Genet, 1996, 13 : 114-116.
- Rogers DA, Lobe TE, Rao TE et al. Breast malignancy in children. J Pediatr Surg, 1994, 29 : 4851.
- Rosen PP, Cantrell B, Mullen D, De Palo A. Juvenile papillomatosis (Swiss cheese disease) of the breast. Am J Surg Pathol, 1980, 4 : 3-12.
- Seurin D, Escoute M, Aimard L. Les traumatismes du sein : contusions, hématomes, cytotéatonécrose. In : A Le Treut. Les Mastopathies bénignes, 17èmes Journées Nationales de la Société Française de Sénologie et de Pathologie mammaire. Paris, Arnette Blackwell, 1995: 215-228.

# **Kystes de l'ovaire de l'enfant et de l'adolescente**

Elisabeth THIBAUD

Gynécologie Pédiatrique. Service d'Endocrinologie et Croissance,  
Hopital Necker-Enfants Malades, Paris

Les tumeurs de l'ovaire sont rares chez l'enfant ; elles sont bénignes dans 70 à 80% des cas. La plus fréquente d'entre elles est le tératome mature bénin ou kyste dermoïde. Du fait de la large utilisation de l'échographie pelvienne la fréquence des kystes fonctionnels ovariens reconnus a beaucoup augmenté. La torsion d'annexe est la principale complication de la pathologie bénigne de l'ovaire.

## **I. LES TUMEURS ORGANIQUES BÉNIGNES**

Ce sont dans la majorité des cas des tumeurs d'origine germinale. Les tumeurs épithéliales sont rares avant la puberté et leur fréquence augmente à partir de l'âge de 12 ans.

Le diagnostic repose sur l'échographie pelvienne faite, le plus souvent, devant des douleurs abdominales ou une tumeur abdominale visible ou palpable, ou la découverte de calcification sur une simple radiographie pelvienne.

### ***1) Les tératomes matures bénins***

Ils représentent 40 à 50% des tumeurs bénignes de l'ovaire de l'enfant et l'adolescente. Ce sont des tumeurs bénignes d'origine germinale contenant des tissus matures dérivant d'un ou plusieurs feuillet embryonnaires. L'âge de découverte est en moyenne de 10 ans. Leur développement est lent donnant peu de signes fonctionnels sauf si elles se compliquent de torsion. L'échographie montre une tumeur hétérogène avec des zones kystiques. Dans 70% des cas il existe une ou plusieurs calcifications visibles sur la radio d'abdomen sans 2 préparation. Leur taille est variable, 3 à 30 cm. C'est une tumeur lourde à composante kystique contenant toujours du tissu ectodermique (peau, poils, dent, tissu nerveux), souvent du tissu mésodermique et/ou endodermique. Leur traitement est chirurgical par kystectomie laissant en place le tissu ovarien sain. Ces tumeurs pouvant être bilatérales l'aspect échographique de l'autre ovaire doit être soigneusement analysé avant l'intervention chirurgicale. Une surveillance est nécessaire pendant plusieurs années.

### ***2) Les cystadénomes séreux et mucineux***

Ces tumeurs d'origine épithéliale sont plus rares (15 à 20% des tumeurs bénignes avant 18 ans) et surviennent plus tardivement (âge moyen 14 ans). Elles se développent rapidement et peuvent atteindre un volume important si bien que le diagnostic est souvent posé devant une augmentation de volume de l'abdomen. L'échographie montre une volumineuse masse kystique qui peut être cloisonnée et dont le contenu est plus ou moins échogène suivant la nature du kyste. Les cystadénomes séreux sont plus souvent uniloculaires à paroi mince et contenu clair ; les cystadénomes mucineux sont multiloculaires à contenu épais et paroi d'épaisseur variable et irrégulière. Le traitement est chirurgical par kystectomie laissant en place le tissu ovarien sain. Les cystadénomes mucineux récidivent avec une certaine fréquence et une surveillance régulière est nécessaire pendant plusieurs années.

## **II. Kystes fonctionnels à l'adolescence**

Les kystes fonctionnels se constituent à partir de follicules ou d'un corps jaune qui ne suivent pas l'évolution habituelle et deviennent kystiques. On admet que cette transformation kystique est le résultat d'une stimulation ovarienne inadéquate et excessive par les gonadotrophines. Cette stimulation ovarienne inadéquate peut être physiologique comme en

période péripubertaire et préménopausique ou iatrogène comme au cours des traitements d'induction de l'ovulation ou des traitements par certaines pilules et plus particulièrement les pilules progestatives microdosées.

Les kystes fonctionnels sont fréquents à l'adolescence. Ils sont bénins et régressent habituellement spontanément en quelques jours ou semaines. Cependant ils peuvent nécessiter une prise en charge active dans deux situations : soit qu'ils se compliquent (torsion d'annexes, hémorragie intrakystique ou péritonéale) soit qu'ils fassent partie d'un syndrome des ovaires polykystiques.

### ***Clinique***

Ils surviennent dans la majorité des cas après les premières règles à un âge moyen de 13,5 ans dans notre expérience. Ils sont asymptomatiques ou se révèlent par des douleurs pelvi-abdominales ou plus rarement des anomalies menstruelles. L'aspect échographique caractéristique est celui d'une image régulière arrondie, uniloculaire, anéchogène de diamètre supérieur à 3 cm (3 à 8 cm). Ces kystes régressent soit spontanément soit avec un traitement antigonadotrope dans un délai de quelques jours à 2 mois. Plus rarement ces kystes se compliquent d'hémorragie intrakystique, de torsion ou de réactions inflammatoires. Dans ces cas il existe un syndrome abdominal aigu et l'image échographique est plus complexe : image volumineuse, cloisonnée, de contenu hétérogène. Une cœlioscopie est alors nécessaire avec traitement chirurgical si la complication se confirme.

### ***Conduite à tenir devant un kyste d'allure fonctionnel***

Deux situations cliniques peuvent se présenter.

1. Il n'y a pas de syndrome abdominal aigu, l'échographie montre une image uniloculaire anéchogène, de 3 à 7 cm de diamètre. Il s'agit bien d'un kyste fonctionnel simple si sous traitement freinateur ou sans traitement on observe une diminution de la taille du kyste en quelques jours et sa disparition en 1 à 2 mois. En l'absence de régression dans ce délai il faut alors évoquer le diagnostic de kyste paratubaire, de kyste dermoïde dans sa forme kystique ou de kyste séreux ou mucineux. Une exérèse chirurgicale de ce kyste serait alors nécessaire.

2. Il existe un syndrome abdominal aigu, l'image échographique est plus complexe, une cœlioscopie est alors nécessaire rapidement car ces kystes peuvent être compliqués de torsion ou d'hémorragie intrapéritonéale et laisser des séquelles pelviennes s'ils ne sont pas traités rapidement.

### ***Les gros ovaires multifolliculaires ou polykystiques***

C'est un diagnostic échographique : gros ovaires de 4 à 6,5 cm dans leur plus grand axe contenant de multiples images liquidiennes de 5 à 12mm de diamètre. Parfois un kyste plus volumineux peut coexister avec ces multiples "microkystes".

Ils peuvent être observés à l'occasion de douleur abdominale ou au cours du bilan étiologique de troubles des règles avec ou sans manifestation d'hyperandrogénie. Ils peuvent être asymptomatique et être mis en évidence par exemple lors de la surveillance de l'ovaire restant après ovariectomie unilatérale. Ils sont constatés dans la majorité des cas après le démarrage pubertaire et avant la survenue des premières règles ou dans l'année suivant les premières règles. Ils posent des questions quelquefois difficiles d'interprétation étiologique et d'indication thérapeutique. S'agit-il d'une étape physiologique de la maturation ovarienne ou d'une situation pathologique? Les indications à traiter sont l'existence d'une hyperandrogénie fonctionnelle ovarienne ou un risque de torsion. En effet une complication possible est la torsion d'annexe si bien qu'un traitement antigonadotrope destiné à réduire le volume ovarien est indiqué si le volume ovarien est très augmenté en particulier lorsqu'il s'agit d'un ovaire unique et/ou s'il existe des douleurs pelviennes répétées ou persistantes.

### ***Torsion d'annexe non tumorale***

C'est un accident rare qui peut survenir à tout âge mais plus fréquemment entre 8 et 11 ans donc dans les années précédant la survenue des premières règles. Elle se révèle par une douleur pelvienne intense, de début brutal, accompagnée de vomissements et sans fièvre. Ces signes fonctionnels persistent plus ou moins longtemps : ils peuvent régresser malgré une torsion authentique. L'échographie montre une grosse masse solide correspondant à l'ovaire augmenté de volume. Son échogénéicité est d'abord homogène puis devient hétérogène avec des zones liquidiennes correspondant à la nécrose hémorragique.

Seule la détorsion chirurgicale rapide permet de conserver l'annexe. Si celle-ci est nécrosée une annexectomie est nécessaire.

Ces accidents de torsion peuvent atteindre successivement les deux annexes. C'est pourquoi la fixation de l'ovaire controlatéral a été proposée par certains et refusée par d'autres. Il est surtout nécessaire de faire une surveillance échographique régulière. C'est dans ces cas qu'un traitement freinateur peut être proposé pendant la période péri et post pubertaire si l'ovaire restant est gros et multifolliculaire.

### **III. Kystes fonctionnels de la période prépubertaire**

Des kystes ovariens fonctionnels peuvent survenir avant l'âge de la puberté. Ils sont révélés par des manifestations d'hyperœstrogénie : développement des seins, leucorrhée et très souvent métrorragies (les métrorragies qui sont très rarement un signe inaugural au cours d'une puberté précoce centrale sont très souvent le signe révélateur d'un kyste fonctionnel).

Devant des signes de précocité pubertaire l'existence d'une image kystique ovarienne unilatérale de diamètre supérieur à 10 mm et d'un taux bas de gonadotrophines non stimuable par le GnRH permet de rattacher la sécrétion œstrogénique à un kyste fonctionnel sécrétant. Ces kystes régressent le plus souvent spontanément en quelques jours à 2 mois. Ils sont isolés ou surviennent au cours du syndrome de Mac Cune Albright. La poussée peut être unique ou plusieurs poussées peuvent survenir à quelques mois ou années d'intervalle. La puberté évolue ensuite habituellement normalement. Il n'y a pas de traitement étiologique. La chirurgie est limitée au cas de kystes volumineux persistants exposant à une destruction du parenchyme ovarien sain soit par la taille du kyste soit par accident de torsion. La chirurgie doit être limitée. Des produits à activité progestative tel l'acétate de cyprotérone permettent de corriger les effets périphériques des œstrogènes, essentiellement les métrorragies. Certains ont proposé l'utilisation d'inhibiteur de l'aromatase dans des situations particulières d'activité œstrogénique intense et répétée.

### **CONCLUSION**

Seules les torsions d'annexes tumorales ou non constituent un accident brutal dont le diagnostic intervient habituellement trop tard pour éviter une ovariectomie. Dans tous les autres cas la pathologie bénigne de l'ovaire doit faire l'objet d'un traitement conservateur : kystectomie en cas de kyste organique ou de kyste fonctionnel compliqué, abstention thérapeutique ou traitement freinateur en cas de kyste fonctionnel simple.

# Kystes de l'ovaire de l'enfant d'un point de vue chirurgical

Pr. M. Robert, Dr. L. Dalmasso – CHU Tours

Le recrutement d'un service de chirurgie pédiatrique universitaire ne donne qu'une approche très partielle de l'épidémiologie des tumeurs de l'ovaire de l'enfance ; en effet, seules nous sont adressées les malades pour lesquelles un diagnostic a été posé et pour lequel l'on pense qu'une indication chirurgicale est envisageable, soit plus occasionnellement il s'agit d'une découverte lors d'une venue au service des Urgences.

La fréquence de ces pathologies ovariennes chirurgicales évolue peu au cours des années.

Une étude réalisée dans le service entre 1977 et 1991 sur un peu moins de 4 ans retrouvait 77 tumeurs de l'ovaire, dont 57 étaient des kystes et 20 représentaient des tumeurs ovariennes de diagnostics histologiques divers avec cependant 5 tumeurs ovariennes à expression endocrine.

Une nouvelle étude récente portant sur 3,5 ans a retrouvé 81 dossiers.

Il ne semble donc pas, contrairement à une notion communément admise, que la banalisation de l'échographie ait augmenté la fréquence de découverte de ces kystes de l'ovaire.

Nous rapportons ci-dessous les résultats de cette dernière enquête qui sera commentée lors de l'exposé oral.

## Les tumeurs ovariennes de 0 à 16 ans ( kyste de l'ovaire: le point de vue chirurgical)

### *Matériel et méthode*

- 81 filles hospitalisées dans le service de chirurgie pédiatrique infantile de l'hôpital Gatien de Clocheville de Tours du ter /01/94 au 31/07/98.
- étude de toutes les tumeurs de l'ovaire.

### *Résultats*

#### Age :

DAN:	10 / 81	(12,4 %)
0-5 ans :	2 / 81	( 2,5 %)
5 - 10 ans:	4/81	( 5 %)
10 - 15 ans:	50 / 81	(61,7 %)
> 15 ans:	15 / 81	(18,4 %)

#### Diagnostic

clinique :

douleurs abdominales: FI Drte, Pelvis:	61/81	(79,5 %)
signes gynécologiques : ménométrorragies, puberté précoce, ...:	6/81	(7,5%)
signes accompagnement: F°, SFU,	3/81	(4 %)
torsion d'annexe:	4/8	(5 %)
découverte fortuite :	3/81	(4 %)

#### Ex. complémentaires

<b><u>Echo. abdominale :</u></b>	75/81	(93 %)
(lorsqu'il existait une symptomatologie d'appendicite aiguë l'échographie n'était pas réalisée).		
<b><u>TDM abdominale</u></b>	1/81	(1 %)



### IRM abdominale

1/81 (1 %)

( réalisées pour une autre pathologie telle que Von Recklinghausen, surveillance greffon rénal, elles étaient complétées par une échographie).

Marqueurs tumoraux: ACE, a FP, !3 HCG, CA 125  
( 02/17 soit 10%).

17/81 (23,5%)

### Traitements

#### *cœlioscopiques :*

Ponction de kyste:	8/81	(10 %)
Kystectomie:	35/81	(39,5%)
Ovariectomie	6/81	( 7,5%)
Annexectomie :	3/81	( 4 %)
(pour K. dermoïde volumineux)		
Détorsion d'annexe simple:	1/81	( 1 %)
Salpingotomie :	1/81	( 1 %)

#### *laparotomie :*

kystectomie :	5/81	( 6 %)
annexectomie	5/81	( 6 %)
Appendicectomie de « rencontre » :	6/81	(7,5 %)
(adhérences, aspect catarrhal, doute diagnostic)		

#### *Abstention chirurgicale et surveillance en milieu chirurgical :*

17/81 (21 % )

### Résultats anatomo-pathologiques

#### *tumeurs bénignes:*

kyste dermoïde:	7/81	(9 %)	17/81 (21 %)
cystadénome séreux:	8/81	(10 %)	
kyste vestigiaire :	2/81	( 2,5%)	

#### *tumeur maligne :*

androblastome : 1/81 (1,2%)

#### *tumeur fonctionnelle :*

kyste fonctionnel :	4/81	( 5 % )	38/81 (47%)
corps jaune	15/81	(18,5%)	
kyste folliculaire	9/81	( 11 %)	
nécrose sur torsion :	10/81	(12,5 %)	

#### *pas d'anatomopathologie.:*

29/81 (36%)

Remarque: le résultat est > 100% car dans les nécroses ovariennes pour torsion, la lésion d'origine peut-être un kyste fonctionnel ou une autre lésion anatomopathologique.

### Evolution

**suites simples :** 76/81 (95%)

**récidive :** 4/81 ( 5%) —> dont une a nécessité une ovariectomie dans un second temps pour une récurrence malgré un tt par Androcur® pour puberté précoce.

—> dont une a eu une hystérectomie + annexectomie 6 mois après, pour rétention utérine chez une jeune fille suivi pour pseudo hermaphrodisme vrai .