A propos d'un cas de carcinome de l'ovaire

J.-P.

Clerc

Neuchâtel

Adresse de l'auteur: Dr Jean-Pierre Clerc, Place Pury 3, CH-2000 Neuchâtel (Suisse)

Cette brève communication n'a pas pour objet d'apporter du nouveau dans le traitement du carcinome ovarien, mais de relater un cas qui semble revaloriser, à nos yeux, l'effet de l'or radioactif.

Notre malade est âgée de 51 ans en venant nous consulter le 24. 7. 65. Rien de particulier dans ses antécédents personnels. Ménopause physiologique en 1965 sans grand orage. Depuis quelques temps elle remarque une augmentation de volume de l'abdomen, avec douleurs parfois vives dans le bas ventre. Le poids et l'appétit sont conservés. Constipation habituelle.

On perçoit une tumeur sphérique, à mi-hauteur symphyse ombilic, manifestement kystique, du volume d'un pamplemousse. Concluant à un kyste simple nous n'hésitons pas à fixer l'opération à fin août, après les vacances projetées.

À l'entrée à l'hôpital les examens de routine ne nous montrent rien de particulier. Sedimentation à 2/6. Laparotomie le 25. 8. 65: on est frappé par des adhérences épiploïques à la paroi.

L'ovaire gauche a le volume d'une tête d'enfant, présentant sur la face gauche, des végétations nombreuses, friables, fixant le tout dans le Douglas. Pas d'ascite, un peu de sang. Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Resection de larges lambeaux de épiploon porteurs de métastases dont certaines atteignent le volume d'une noisette. On extirpe également des appositions carcinomateuses dans le cul de sac vésico-utérin. Le foie ne peut être palpé en raison des nombreuses adhérences datant d'une cholécystectomie. Fermeture du ventre avec drainage.

Antibiotiques dans la cavité. Examen histologique: cystadénocarcinome papillaire. Suites opératoires relativement simples. Un hématome de la paroi est promptement évacué.

On institue un traitement de SPG à raison de 3 capsules par jour du 6^e au 25^e jours.

En accord avec le radiologue nous instillons dans le péritoine (30 jours post opératoire) 120 mc d'Au 198 dans 500 cc de serum physiologique. Pas d'ascite au moment de l'injection. Pas de réaction fébrile. Quelques douleurs sont maîtrisées par du palfium ou spasmocibalgine. La malade quitte le service 2 semaines après.

De l'avis du Dr Clement, oncologue, il n'y a pas lieu d'envisager une thérapeutique antimitotique pour le moment. L'état général est bon, le poids reste satisfaisant, les examens sanguins sans particularités.

Certes nous n'allons pas parler de guérison à moins de deux ans de l'opération. Il s'agissait d'un stade II. Nous pouvons, semble-t-il, passer sous silence la cure de SPG, l'efficacité de ce médicament ayant été de plus en plus mise en doute ces dernières années.

78 Clerc, A propos d'un cas de carcinome de l'ovaire

L'or radioactif, utilisé seul, en complément de la chirurgie est peu mentionné dans la littérature.

Dans la casuistique établie par les rapporteurs de ce congrès, ce traitement est toujours associé à la radiothérapie et même la curie-thérapie. Si Keetel et al. Font utilisée exclusivement dans 81

cas sur 417, de 1950 à 1960, Gellè dans son rapport au congrès de Lille en 1963, fait de sérieuses réserves quant à l'usage de cet isotope dont le mérite le plus évident serait d'assécher l'ascite. Dans notre cas, sans ascite, avec adhérences tumorales et métastases épiploïques, nous n'avons utilisé qu'une instillation d'or radioactif en complément de la chirurgie, heureusement radicale. Ne serait-il pas bon de repenser aux observations faites par Moulon-guet, Pozzi et Lecene, entre autres, de greffes péritonéales ayant disparu après ablation de la tumeur ovarienne primitive. Revue il y a cinq jours, notre malade présente manifestement une petite métastase pariétale. Le lavement baryté montre un rétrécissement suspect dans la région rectosigmoïdienne. Aurions-nous eu plus de chance avec une radiothérapie associée ou des antimétabolites ? Cela est possible.