

Tumeur Mucineuse Borderline de Type Intestinal de l'ovaire : à propos d'un cas

Ibrahim Abdellahi¹, Majdouline Boujoual², Ali Osman¹, Meryem Rais³, Jaouad Kouach¹, Hafsa Chahdi³, Mohamed Oukabli³, and Driss Rahali Moussaoui¹

¹Gynécologie Obstétrique, Hôpital Militaire instructif Mohamed V (HMIMV) Rabat, Maroc

²Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine Tanger, HMIMV, Rabat, Maroc

³Anatomie-Pathologique, HMIMV Rabat, Maroc

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Les tumeurs borderline mucineuses de l'ovaire sont plus rares que les tumeurs séreuses. Elles posent au clinicien un problème de diagnostic préopératoire puisque l'imagerie n'est pas spécifique et leur définition histologique repose sur l'absence d'invasion. Le type intestinal est le plus fréquent, souvent découvert à un stade précoce mais nécessite toutefois l'élimination d'une métastase de tumeur extra-ovarienne. Le traitement de choix est chirurgical, doit permettre la stadification complète tout en préservant la fertilité chez les patientes jeunes. Bien que le pronostic soit assombri par les récurrences et l'association possible à un pseudomyxome péritonéal ou une tumeur appendiculaire, il reste excellent au stade I et justifie une surveillance longue et régulière.

KEYWORDS: Tumeur mucineuse de l'ovaire, Borderline, Type intestinal.

1 INTRODUCTION

Les tumeurs mucineuses borderline de l'ovaire s'observent entre 35 et 39 ans, elles sont souvent diagnostiquées à un stade précoce et ont un excellent pronostic. Elles présentent deux entités anatomo-cliniques : intestinale et endovercicale [2]. En effet, le type intestinal est le plus fréquent [2], représente 10% des tumeurs ovariennes mucineuses et 30% à 50% des tumeurs borderline de l'ovaire épithéliales. Ces tumeurs sont hétérogènes pouvant montrer à la fois des régions à caractéristiques bénignes, borderline et malignes [1]. Du fait de leur rareté, de leur diagnostic difficile et leur âge de survenu précoce, elles posent un véritable enjeu de prise en charge thérapeutique et pronostique [3]. Nous rapportons un nouveau cas de tumeur mucineuse borderline de l'ovaire de type intestinal, nous insisterons, à travers une revue de littérature, sur les difficultés diagnostiques, thérapeutiques et évolutives.

2 PATIENTE ET OBSERVATION

Patiente de 38ans, 6ème geste 6ème pare sans antécédents pathologiques notables, ayant consulté pour l'augmentation du volume abdominal avec sensation de pesanteur, sans douleur ni de signes digestifs ou urinaires associés, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. Son examen clinique a objectivé une distension abdominale par une énorme masse abdomino-pelvienne ferme, indolore, étendue du pelvis jusqu'aux hypochondres et bombant dans cul de sac douglas. L'échographie pelvienne et endovaginale a objectivé une masse abdomino-pelvienne étendue en sus et latéro utérin, hypervascularisée au doppler et d'échostructure hétérogène avec des zones tissulaires et kystiques contenant des bourgeons intra-kystiques, sans épanchement intra abdominal (Figure 1). A l'IRM abdomino-pelvienne: la masse mesurait 23cm et présentait de grandes loges liquidiennes avec 4 nodules de signal tissulaire hétérogène (Figures 2 et 3). Par ailleurs, les marqueurs tumoraux étaient normaux notamment : CA 125 à 33UI /L et α FP à 3UI /L.



Figure1 : Echographie pelvienne objectivant une masse kystique sus et latero utérine d'écho structure hétérogène comportant des bourgeons intra kystiques

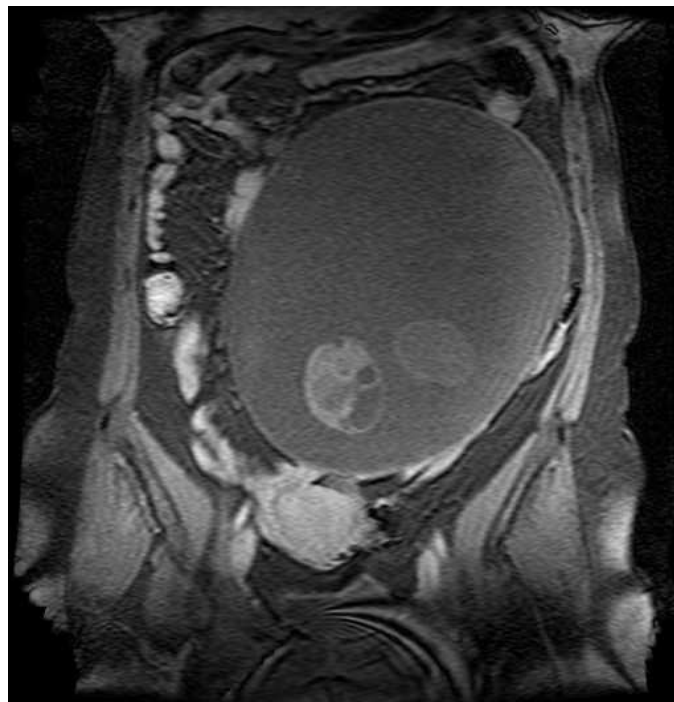


Figure 2 : IRM abdomino-pelvienne en coupe frontale montrant une masse mesurant 23cm et présentait de grandes loges liquidiennes avec 4 nodules de signal tissulaire hétérogène

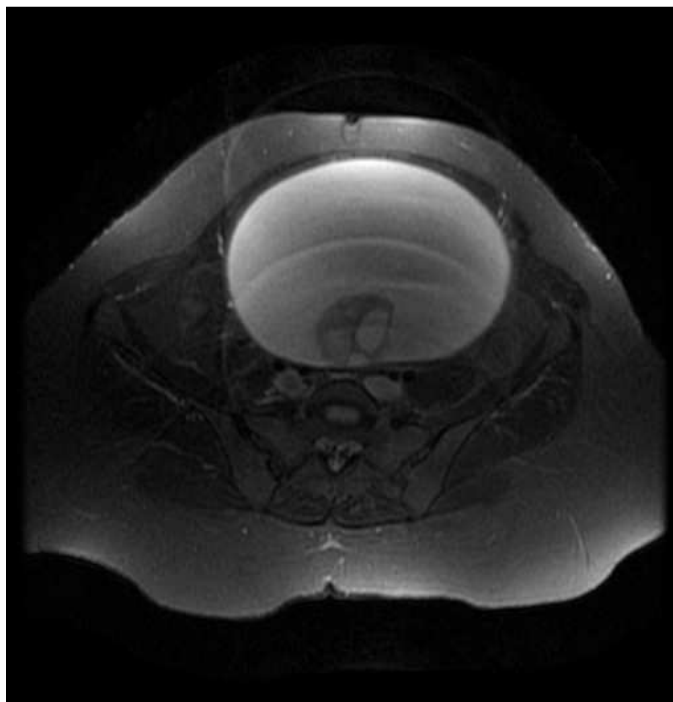


Figure 3 : IRM abdomino-pelvienne en coupe transversale montrant un processus ovarien kystique d'allure suspecte étendu en sus et latéro utérin

Une laparotomie exploratrice a été alors réalisée par une incision médiane sous ombilicale. A l'exploration, la masse était développée aux dépens de l'ovaire gauche, elle mesurait 25cm et présentait un aspect kystique (Figure 4). Le reste de l'exploration était sans anomalies. Une annexectomie gauche a été alors réalisée avec prélèvement de liquide de lavage péritonéal. L'étude macroscopique a montré un ovaire kystique à capsule intacte et contenu liquidien blanchâtre présentant des formations polypoides mesurant entre 3 et 7cm et une substance mucoïde. Son étude microscopique a mis en évidence une prolifération faite de kystes bordés par des cellules cylindriques mucineuses régulières avec présence de structures papillaires complexes et de zones de mucinose ovarienne sans atypies cellulaires ni d'anomalie du liquide péritonéal, en faveur d'une tumeur ovarienne mucineuse borderline de type intestinal (Figures 5 et 6).

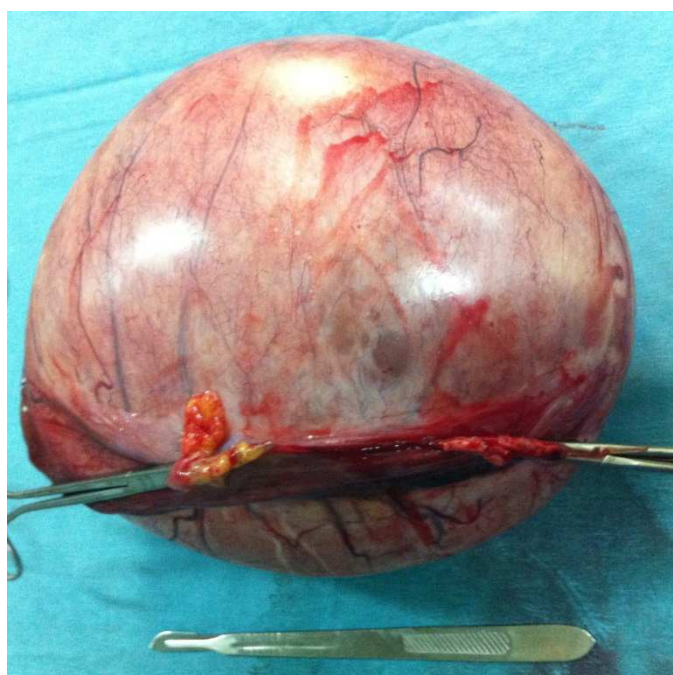


Figure 4 : Aspect macroscopique de la tumeur kystique de l'ovaire



Figure 5

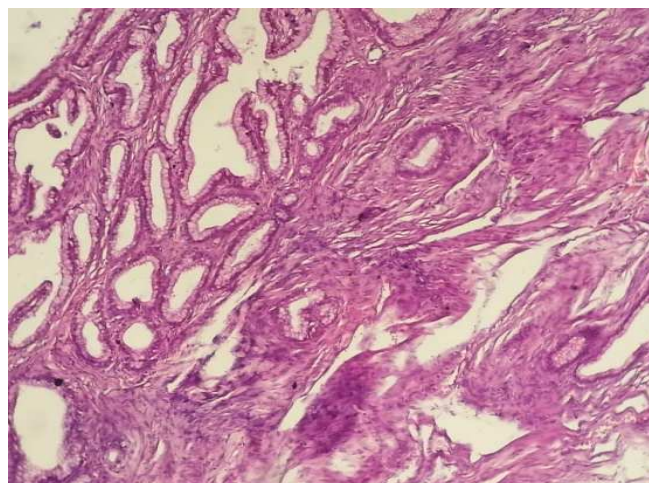


Figure 6

Vu la stadification incomplète, un complément thérapeutique a été alors réalisé en concertation avec la patiente par une hystérectomie totale avec annexectomie droite, appendicectomie et omentectomie dont l'étude anatomopathologique a montré qu'ils étaient indemnes de lésion spécifique ou tumorale. La patiente a présenté des suites simples, elle est actuellement suivie en consultation depuis un an sans récurrence notable.

3 DISCUSSION

Les tumeurs mucineuses borderline de l'ovaire sont définies par deux entités anatomo-cliniques : le type intestinal (85%), qui contrairement au type endocervical (15%) [2], survient chez les femmes relativement plus âgées de 40 à 50 ans, est rarement bilatéral, ne s'accompagne pas d'endométriose et peut se compliquer de pseudomyxome dans 17 % des cas. Il est souvent de grande dimension, multiloculaire, comportant fréquemment des cellules argyrophiles, sans implants péritonéaux [5], ce qui concorde avec notre cas.

Ces tumeurs se manifestent souvent par les douleurs pelviennes, l'augmentation du volume abdominal et la perception d'une masse abdominale [3]. Toutefois, leur diagnostic est difficile en préopératoire [4]. En effet, l'échographie n'est pas spécifique, elle précise la taille tumorale, sa bilatéralité, sa localité, la présence de zones solides, de métastase et d'ascite [4]. Quant à l'IRM, elle est intéressante en cas de lésion de grande taille incomplètement étudiée par l'échographie et pour la détection des implants péritonéaux, de l'invasion de la paroi abdomino-pelvienne et la présence d'adénopathies [4,8]. Par ailleurs le CA 125 prend intérêt en post opératoire [3,7].

Ces tumeurs posent également un problème de diagnostic différentiel, d'une part avec les tumeurs mucineuses extra-ovariennes métastatiques au départ de l'appendice, côlon, estomac, pancréas, et voies biliaires [1,6], ce qui nécessite alors un examen minutieux de l'intestin et appendice [5]. D'autre part avec le carcinome mucineux, qui présente une invasion franche du stroma, d'où l'intérêt de réaliser un important échantillonnage [12].

Leur diagnostic définitif est histologique [9]. Macroscopiquement, ces tumeurs ne comportent pas de nécrose ni d'hémorragie contrairement aux tumeurs invasives [12]. Sur le plan microscopique, elles sont composées de nombreuses glandes dilatées et kystes de différentes tailles avec des touffes et papillations épithéliales internes bordées par atypique de type épithélial mucineux intestinal [8].

Le choix de la voie chirurgicale représente un sujet de controverse. En effet, la coelioscopie expose aux risques de rupture du kyste, de dissémination de cellules tumorales, de métastases sur les orifices de trocart et de stadification incomplète [3,10]. Le diagnostic per-opératoire repose tout d'abord sur l'exploration de la cavité abdomino-pelvienne associée au besoin à l'examen extemporané et complétée par une cytologie péritonéale, des biopsies péritonéales, une omentectomie infracolique et une appendicectomie [2,3].

L'annexectomie représente le traitement de référence chez les patientes jeunes [9]. Quant à la nécessité d'un complément chirurgical après chirurgie conservatrice, elle est discutée en fonction du type histologique, le stade de la tumeur, le type de chirurgie conservatrice et le désir de la patiente [13].

En cas de patientes ménopausées ou non désireuses de grossesse, le traitement radical avec hystérectomie totale et annexectomie bilatérale est recommandé en raison de son excellent résultat [3]. Par ailleurs, les traitements adjuvants ne sont pas recommandés en raison de leur toxicité et importante mortalité [5].

Le pronostic des tumeurs borderline mucineuses de l'ovaire est bon mais peut être assombri par les récurrences, et l'association possible à un pseudomyxome péritonéal ou une tumeur appendiculaire [12]. En effet, le taux de survie à 5 ans au stade I varie de 95 à 97 %, alors qu'il diminue de 70 à 95 % à 10 ans en raison des récurrences sous forme borderline ou invasive. D'où l'intérêt d'une surveillance régulière combinant l'examen clinique, l'échographie endo-vaginale et le dosage du CA125 chaque trimestre pendant 2 ans, puis biannuelle pendant 3 à 5 ans puis annuelle après [5]. Aux stades avancés, le taux de mortalité est beaucoup plus élevé [3] avec une survie à 5 ans est de 65 à 87 % pour les stades II et III [5].

4 CONCLUSION

Les tumeurs mucineuses borderline sont souvent diagnostiquées chez les patientes jeunes, elles posent un problème de diagnostic préopératoire puisqu'elles peuvent mimer à la fois une tumeur bénigne ou invasive. Le type intestinal est le plus fréquent, souvent de diagnostic précoce et de très bon pronostic. Ces tumeurs posent également un problème thérapeutique puisque le traitement de choix est chirurgical, doit permettre la stadification complète tout en préservant la fertilité, et un problème pronostic en raison du risque de transformation maligne et des récurrences fréquentes qui justifient une surveillance régulière.

CONFLITS D'INTERETS :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont participé à la prise en charge de la patiente. Ibrahim Abdillahi et Majdouline Boujoual ont mené la recherche bibliographique et la rédaction de l'article.

REFERENCES

- [1] Acs G. Serous and mucinous borderline (low malignant potential) tumors of the ovary. *Am J ClinPathol.* 2005 Jun; 123 Suppl: S13-57.
- [2] Furukawa et al.: Port-Site Metastasis of Mucinous Borderline Ovarian Tumor after Laparoscopy. *Case Rep Oncol.* 2014 Dec 3; 7(3):804-9
- [3] Tulpin L, Akerman G, Morel O, Desfeux P, Malartic C, Barranger E, Prise en charge des tumeurs borderline de l'ovaire . *J GynecolObstetBiolReprod (Paris).* 2008(2) Jul;37 Spec
- [4] Ushijima K, Kawano K, Tsuda N, Nishio S, Terada A, Kato H, Tasaki K, Matsukuma K M Epithelial borderline ovarian tumor: Diagnosis and treatment strategy *ObstetGynecol Sci.* 2015 May;58(3):183-7.
- [5] Fischerova D, Zikan M, Dunder P, Cibula D. Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Borderline Ovarian Tumors *Oncologist.* 2012; 17(12):1515-33.
- [6] Lalwani N, Shanbhogue AK, Vikram R, Nagar A, Jagirdar J, Prasad SR Current Update on Borderline Ovarian *AJR Am J Roentgenol.* 2010 Feb;194(2):330-6
- [7] Cosyns S, Leyder M, Bourgain C, De Sutter P. Invasive Recurrence of an Intestinal-Type Mucinous Epithelial Neoplasm of Low Malignant Potential: *Case Rep Oncol.* 2011 May-Aug; 4(2): 426–432.
- [8] Abascal-Saiz A, Sotillo-Mallo L, de Santiago J, Zapardiel I Management of borderline ovarian tumours: a comprehensive review of the literature. *Ecancermedicalscience.* 2014 Feb 17(8)403.
- [9] Renolleau C, Daraï E, Madelenat P, Benifla JL, Neu AM. [Laparoscopy and ovarian cancer: dangers and precautions] *Contracept Fertil Sex.* 1997 Sep;25(9):V-X.
- [10] Hart WR. *Mod Pathol.* Borderline Epithelial Tumors of the Ovary. *Pathol Int.* 2005 May; 55(5):231-43
- [11] Trillsch F, Ruetzel JD, Herwig U, Doerste U, Woelber L, Grimm D, Choschzick M, Jaenicke F, Mahner S. Surgical management and perioperative morbidity of patients with primary borderline ovarian tumor. *J Ovarian Res.* 2013 Jul 9;6(1):48.
- [12] M-C . Vacher Lavenu. Histologie des kystes bénins borderline de l'ovaire et dystrophies sous péritonéales. *J.Gynécol. Obstétr Biol Repord* 2001, 30 : 4S12-4S19.
- [13] PRIYA C, SUNESH KUMAR AND LALIT KUMAR. Borderline Ovarian Tumours : An Update. *INDIAN JOURNAL OF MEDICAL & PAEDIATRIC ONCOLOGY* Vol. 29 No 2, 2008.