

TÉRATOME OVARIEN IMMATURE : À PROPOS D'UN CAS
(*IMMATURE OVARIAN TERATOMA : A CASE REPORT*)

RAJAONARISOA MN¹, FENOMANANA MS¹, RIEL AM², RANDRIAMBELOMANANA JA³

¹ : Gynécologue Obstétricien, Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

² : Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

³ : Gynécologue Obstétricien des Hôpitaux, Professeur des Universités, Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

RESUME :

Nous rapportons un cas de tératome immature de l'ovaire chez une femme de 21ans. Le diagnostic a été évoqué devant une masse abdominopelvienne douloureuse qui a augmenté rapidement de volume et qui a été traitée par une annexectomie et une chimiothérapie adjuvante. L'examen anatomopathologique confirmait le nature immature stade III de la tumeur.

Mots clés : Tératome immature, Pronostic, Chimiothérapie, Chirurgie

SUMMARY :

We report a case of immature teratoma of the ovary in a 21 years-old woman. The diagnosis was suspected in a painful abdominopelvic mass which rapidly increased in size and has been treated with an oophorectomy and adjuvant chemotherapy. Histological examination confirmed the immature nature of the tumor (stage III)..

Keywords: Immature teratoma, Prognosis, Chemotherapy, Surgery

Introduction:

Le tératome immature ovarien (TIO) est une tumeur germinale maligne contenant une quantité variable de tissu embryonnaire immature (neuro-ectodermique) [1,2]. C'est une tumeur rare touchant surtout les adolescentes et la femme jeune [3]. Notre objectifs était de de discuter les moyens diagnostiques et ses modalités thérapeutiques.

Observation:

Mlle IA, 21 ans, nulligeste a eu sa ménarche à l'âge de 14 ans, les cycles menstruels étaient réguliers. Elle n'avait pas d'antécédents particuliers ni de tare familiale connue. La maladie aurait débuté par la survenue de façon brutale d'une douleur pelvienne devenant rapidement intolérable (EVA 9) accompagnée d'une augmentation progressive du volume de l'abdomen, d'une pesanteur pelvienne et de métrorragie de faible abondance.

Après un mois d'évolution, la patiente est admise en urgence pour un syndrome abdominal aigu pour la première fois associant une volumineuse masse abdomino-pelvienne très douloureuse dépassant l'ombilic avec défense abdominale et des vomissements. L'état général était conservé. L'échographie pelvienne révélait un utérus de taille et d'échostructure normale une masse ovarienne de 194 x 12 x131cm hétérogène sans vascularisation au doppler. Le dosage de β -HCG plasmatique était négatif.

Devant ce tableau, une laparotomie exploratrice réalisée en urgence mettant en évidence une masse abdomino-pelvienne gauche mal limitée, d'aspect cérébroïde de 20cm, de couleur beige brunâtre, friable, incluse dans le ligament large, adhérente aux organes avoisinants. Une tumorectomie gauche a été faite. L'hémostase était difficile justifiant la mise en place d'un tampon intra-abdominal et d'un drain en siphonage. Les suites opératoires immédiates étaient simples, elle est sortie de l'hôpital au cinquième jour post-opératoire.

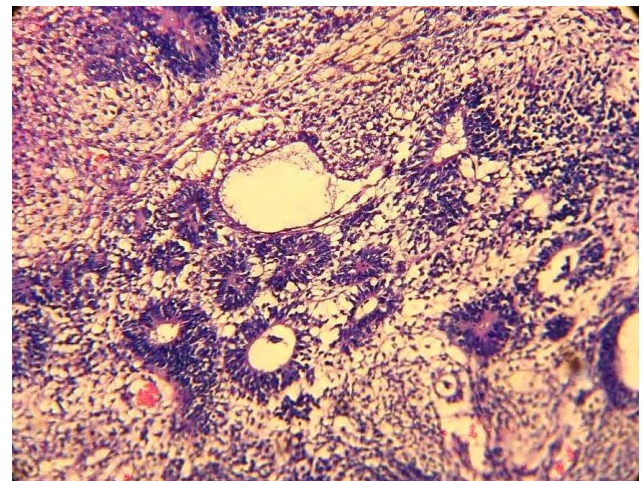


Figure 1 : Microphotographie d'un tératome immature de l'ovaire (Hématéine-Eosine X200)
(*Photomicrograph of immature ovarian teratoma (Hématéine-Eosine X200)*)

L'examen anatomo-pathologique associait de façon hétéroclite du tissu mature (tissu glandulaire) et des tissus immatures types embryonnaires, mésenchymateux et neuroectodermiques (>3 foyers par champs). Il s'agissait d'un tératome immature de l'ovaire stade III selon la classification de l'OMS (Figure 1). Le bilan d'extension était négatif.

Une chimiothérapie adjuvante (3 cures de docetaxel et carboplatine) complétait le traitement chirurgical. La patiente décédait d'une altération de l'état générale et d'une détresse respiratoire aigüe.

Discussion:

Le tératome immature ovarien (TIO) est décrit pour la première fois en 1960 par Thürlbeck et Scully [3,4]. Elle touche préférentiellement l'enfant et l'adolescente d'âge moyen de 19ans. Cette tumeur rare représente 3 % des tératomes, 1 % de tous les cancers ovariens et 20 % des tumeurs malignes de l'ovaire d'origine germinale. Le TIO est composée de tissus dérivés des trois lignées cellulaires embryonnaires (le mésoderme, l'ectoderme et l'ectoderme) liée à la présence d'isochromosome du bras court du chromosome 12. On la classe en 3 grades selon

Correspondance:

Dr FENOMANANA Maminirina Sonia
Hôpital Universitaire de Gynécologie -Obstétrique de Befelatanana,
Antananarivo
Tél : +261346546527
E-mail : maminirinasonia@yahoo.fr

le degré de malignité selon Norris et O'Connor [5]. Le diagnostic est posé par la découverte d'une volumineuse masse ovarienne au décours d'un geste chirurgical initial, d'évolution rapide associée à une augmentation du volume de l'abdomen et à une sensation de pesanteur pelvienne. Il peut également être découvert à l'occasion d'une complication liée au volume tumoral : torsion ou compression des organes de voisinage. Le dosage des marqueurs doit être systématique avant intervention ou masse pelvienne chez la jeune femme [1,5].

L'aspect échographique des tératomes immatures est peu spécifique avec un aspect hétérogène mixte contenant une partie solide et liquide piquetée de calcifications éparses [6,7]. Les images en tomodensitométrie et résonance magnétique sont plus caractéristiques. Elles mettent en évidence une large tumeur irrégulière d'aspect mixte, la partie solide étant constituée de nombreuses calcifications aux contours grossiers associées à du tissu graisseux disséminé [8,9]. Le diagnostic positif est confirmé par l'examen anatomopathologique. La prise en charge est essentiellement chirurgicale avec conservation de la fonction génitale chez la femme en âge de procréer. Le geste chirurgical initial doit être institué dès que le diagnostic et le bilan d'extension sont faits et comprend une annexectomie unilatérale, une cytologie péritonéale, une omentectomie et un curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique [1, 3, 5].

Le TIO étant une tumeur chimiosensible, une chimiothérapie concomitante est nécessaire [10,11]. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été proposés dans la littérature, dont le BEP (bléomycine, étoposide, cisplatine) semble être efficace et peu toxique. Le traitement doit être rapide et dépend du type histologique [1,10]. Les tumeurs stades II et III nécessitent une chimiothérapie adjuvante. Le pronostic des tératomes immatures est corrélé au grade de la tumeur primitive [11]. Le stade avancé de notre cas au moment du diagnostic expliquerait le pronostic défavorable de notre patiente. La survie à 2 ans est de 83 % pour la tumeur de grade 1, 50% pour le grade 2 et de 33% pour le grade 3. Selon Dheodhar et al, 1 cas de décès sur 6 survient 7 mois après la découverte de la maladie pour les tumeurs de haut grade [12].

Conclusion

Le tératome ovarien immature est d'évolution rapide. L'exérèse chirurgicale de la tumeur constitue le premier acte thérapeutique tout en préservant la fertilité chez les sujets jeunes. Une chimiothérapie adjuvante précoce conditionne la guérison.

Références bibliographiques:

- [1] Le Goarant de Tromelin J, Deruelle P, Lucot JP, Collinet P. Évaluation de la prise en charge des tératomes immatures de l'ovaire. À propos de trois cas et revue de la littérature. *Gynécologie obst & fert* 2005; 33 : 594-9
- [2] Norris JH, O'Connor MD. "Pathology of malignant germ cell tumors of the ovary". second edition. In: Copleston M, editor. "Gynaecologic oncology". Hong Kong: Longman Group (FE) Ltd; 1992
- [3] Mourali M, Ben Haj Hassine A, El Fekih C, Essoussi-Chikhaoui J, Binous N, Ben Zineb N et al. Tératome Immature De L'ovaire Et Grossesse. *La Tunisie Médicale* - 2010 ; 88: 507-512
- [4] Umekawa T, Tabata T, Tanida K, Yoshimura K, Sagawa N. Growing teratoma syndrome as an unusual cause of gliomatosis peritonei: a case report. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 761-763
- [5] Sait K, Simpson C. Ovarian teratoma diagnosis and management : case presentations. *J Obstet Gynaecol. Can.* 2004; 26 : 137-42

[6] Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics* 2001; 21(2): 475-490

[7] Yamaoka T, Togashi K, Koyama T, Fujiwara T, Higuchi T, Iwasa Y, et al. Immature teratoma of the ovary: correlation of MR imaging and pathologic findings. *Eur Radiol* 2003;13:(2) 313-319

[8] Nishida M, Kowveno Y, Yuga A, Nasu K, Matsumoto H, Narahara H. Three cases of immature teratoma diagnosed after laparoscopic operation. *Case re Obst Gynecol* 2014; 7 : 91-95

[9] Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics* 2001; 21 : 475-490

[10] Simpson C. Ovarian teratoma diagnosis and management: case presentations. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2004; 26 : 137-142

[11]. Rezk Y, Sheinfeld J, Chi DS. Prolonged survival following salvage surgery for chemorefractory ovarian immature teratoma: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005; 96: 883-887

[12] Dheodhar KK, Suryawanshi P, Shah M, Rehki B, Chinay RF. Immature teratoma of the ovary. *Clinicopathological study of 28 cases.* *Indian J Pathol Microbiol.* 2011 ; 54: 730-735