

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Carcinome papillaire développé sur tératome ovarien: à propos de 2 cas

Ranaivomanana VF^{*1}, Laza O¹, Nomenjanahary L¹,
Andriamampionona TF¹, Andrianjaka HF²,
Randrianjafisamindrakotroka NS¹

¹Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

²Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar



Résumé

Les tératomes matures, majoritairement représentés par les kystes dermoïdes, sont les tumeurs germinales les plus fréquentes de l'ovaire. La transformation maligne de l'un de ses composants tissulaires est possible mais reste exceptionnelle. Nous rapportons deux cas malgaches de carcinome thyroïdien papillaire développé sur tératome ovarien.

Mots clés: Carcinome papillaire; Goitre ovarien; Tératome ovarien

Abstract

Titre en anglais: Papillary carcinoma developed on ovarian teratoma: two case report

Mature ovarian teratomas, represented by dermoid cysts, are the most frequent germ line tumors of the ovary. Even rare, malignant transformation of one of their components exists. We report two Malagasy cases of thyroid papillary carcinoma developed within ovarian teratomas.

Keywords: Ovarian teratoma; Papillary carcinoma; Struma ovarii

Introduction

Les tératomes de l'ovaire sont des tumeurs de la lignée germinale composées de cellules dérivées de l'un ou des trois feuillet embryonnaires [1]. La transformation maligne de la composante thyroïdienne est exceptionnelle. Nous rapportons 2 cas malgaches de carcinome primitif de l'ovaire de type papillaire thyroïdien développé à partir de tératomes matures. Notre objectif est de discuter les particularités de cette pathologie à travers nos observations et les données de la littérature.

Observation 1

Une femme de 67 ans présentait une tumeur ovarienne gauche douloureuse, kystique d'aspect cloisonné à l'échographie, mesurant 10 x 7 x 5cm et contenant du matériel sébacé avec des touffes de poils et des bourgeons intracavitaires brun-noirâtres, friables, de 1,5cm à 3cm de grand axe. Ces bourgeons correspondaient à un carcinome thyroïdien papillaire à l'histologie tandis que le kyste à un tératome tridermique mature. Le diagnostic retenu était un carcinome thyroïdien papillaire développé sur tératome ovarien, de stade IA de la FIGO. L'exploration de la thyroïde s'était révélée normale.

Observation 2:

Une femme de 54 ans présentait une augmentation de volume de l'abdomen avec un kyste de l'ovaire gauche d'aspect hétérogène à l'échographie, mesurant 15 x 12 x 6cm. L'ovaire était macroscopiquement mi kystique et mi solide, d'aspect charnu, de 15cm de grand axe (Figure 1). A l'histologie, le kyste était entièrement constitué de tissu thyroïdien mature, avec des vésicules thyroïdiennes tapissées par des cellules normales ou présentant des atypies papillaires à type de chevauchement nucléaire, de noyaux clarifiés en verre dépoli ou incisés (Figure 2). Le diagnostic retenu était un carcinome thyroïdien papillaire d'architecture vésiculaire développé sur goitre ovarien, de stade IA de la FIGO. La glande thyroïde était sans anomalie.

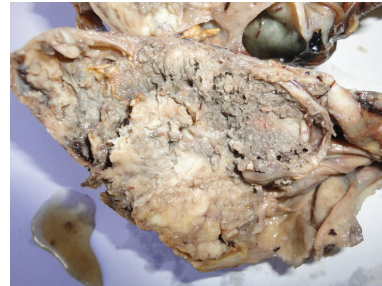


Fig 1: Macroscopie: tumeur avec plage de couleur blanc-brunâtre, charnue, nécrosée, correspondant au carcinome papillaire

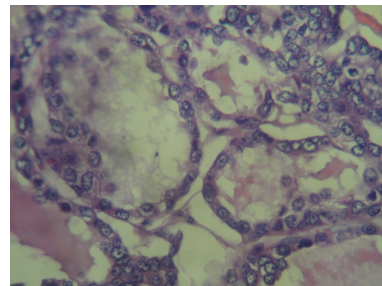


Fig 2: Microscopie: carcinome papillaire d'architecture vésiculaire, tapissé par des cellules aux noyaux vitreux ou incisés, se chevauchant par endroits (Hématéine-éosine x400)

Discussion

Le tératome mature représente plus de 95% des tumeurs germinales de l'ovaire. Il est souvent pluritissulaire et sa forme typique est le kyste dermoïde qui comporte du tissu épidermique et des annexes pilo-sébacées, ou plus rarement monotissulaire tel que le struma ovarii ou goitre ovarien exclusivement constitué de parenchyme thyroïdien. Un des contingents du tératome mature peut subir une transformation maligne dans 1 à 2% des cas. Il s'agit souvent d'un carcinome épidermoïde. Le carcinome thyroïdien a une fréquence estimée à moins de 1% [2]. L'âge moyen de survenue est de 50 ans, avec des extrêmes de 26 et 77 ans [3]. La symptomatologie est pauvre. La tumeur ovarienne est le plus souvent diagnostiquée devant l'existence de douleurs ou de masse abdominale. L'échographie

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: volaasina@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

qui est l'examen d'imagerie gynécologique de première intention permet d'évoquer le diagnostic de tératome. Le scanner et l'IRM apportent plus d'arguments mais la confirmation de l'existence d'une transformation maligne découle de l'examen histologique. Sur le plan macroscopique, la tumeur peut être solide ou kystique [3]. Connell a corrélié une taille supérieure ou égale à 9,9cm à un haut risque de transformation maligne [4]. Dans nos observations, les tumeurs étaient plus volumineuses (respectivement de 10cm et 15cm). Sur le plan histologique, les critères diagnostiques d'un carcinome papillaire thyroïdien primitif de l'ovaire, selon Devaney, sont ceux des carcinomes primitifs de la thyroïde: noyaux cellulaires irréguliers se chevauchant et en verre dépoli, activité mitotique intense ou des signes d'invasions vasculaires [3]. Le diagnostic d'un carcinome thyroïdien vésiculaire primitif ovarien est plus difficile car la notion de rupture capsulaire n'est pas applicable à l'ovaire. La présence de plages adjacentes de tissu thyroïdien bénin est parfois observée et est associée aux autres composantes du tératome mature [3]. Ceci permet d'éliminer une métastase ovarienne d'un carcinome papillaire de la thyroïde. Pour nos deux cas, la possibilité d'une métastase ovarienne était écartée du fait de l'existence de ces territoires bénins et de l'absence d'anomalie de la glande thyroïde. Le traitement initial est chirurgical associant annexectomie unilatérale et exploration d'une éventuelle ascite, de la cavité abdominale et de l'ovaire controlatéral [5,6]. Le traitement d'éventuels résidus tumoraux fait appel à l'iode 131, parfois associé à une

thyroïdectomie chirurgicale et à une supplémentation thyroïdienne. Le suivi repose alors sur les taux de thyroglobuline ou sur les scintigraphies à l'iode pour dépister après la thyroïdectomie les lésions persistantes locales ou à distance [6]. Pour nos patientes, une ovariectomie unilatérale était pratiquée.

Conclusion

La transformation maligne du tissu thyroïdien dans un tératome ovarien mature est une situation exceptionnelle. Ses aspects histologiques et thérapeutiques sont analogues à ceux des carcinomes thyroïdiens. L'exploration de la glande thyroïde permet d'éliminer une localisation primitive probable.

Références

- 1- Gamoudi A, Farhat K, Hechiche M, Kattech R, Khayat O, et al. Goitres ovariens. A propos de trois cas malins et un cas bénin. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; 90: 542-7.
- 2- Hasleton PS, Kelehan P, Whittaker JS, Burslem RW, Turner L. Benign and malignant struma ovarii. *Arch Pathol Lab Med* 1976; 102: 180-4.
- 3- Devaney K, Snyder R, Norris HJ, Tavassoli FA. Proliferative and histologically malignant struma ovarii: a clinicopathologic study of 54 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12: 333-43.
- 4- Connell O, Fisher C, Harmer CL. Malignant struma ovarii: presentation and management. *Br J Radiology* 1990; 63: 360-3.
- 5- Berghella V, Ngadiman S, Rosenberg H, Hoda S, Zuna RE. Malignant struma ovarii. A case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 1997; 43: 68-72.
- 6- Hemli JM, Barakate MS, Appleberg M, Delbride LW. Papillary carcinoma of the thyroid arising in struma ovarii: report of a case and review of management guidelines. *Gynecol Endocrinol* 2001; 15: 243-7.