



Cas Clinique

Un cas de tératome ovarien mature géant au CHU MEL de Cotonou (Bénin) : difficultés diagnostiques et qualité de la prise en charge chirurgicale

A case of giant mature ovarian teratoma at CHU MEL in Cotonou (Benin): diagnostic difficulties and quality of surgical management

Benjamin Hounkpatin¹, Djima Patrice Dangbemey*¹, Moufalilou Aboubakar¹, Simon Azonbakin³, Joseph Akodjenou², Mathieu Ogoudjobi¹, Sonia Adjadohoun⁴, Freddy Gnanon⁵, Christelle Ahomadégbé⁶, Angéline Tonato-Bagnan¹, Justin Lewis Dénakpo⁷.

Résumé

Le tératome ovarien mature géant est une tumeur bénigne d'origine germinale et pouvant contenir des éléments provenant des trois feuillets primordiaux de l'embryon. Nous rapportons un cas de tératome ovarien géant, d'évolution rapide révélé par l'aménorrhée, la douleur et des signes de compression abdominale chez une nulligeste de 23 ans sans antécédent particulier avec un état général conservé et une biologie normale. Le diagnostic préopératoire était un tératome immature devant un bilan radiologique. Une annexectomie par laparotomie suivie d'une histologie complète ont permis d'affirmer le caractère bénin de la tumeur. Cette chirurgie radicale s'est révélée excessive au regard des données de la littérature. L'évolution a été favorable mais le pronostic fonctionnel reste réservé. L'effort d'une chirurgie conservatrice à travers une kystectomie est souhaité devant la tumeur de l'adolescente et jeune fille.

Mots clés ; tératome ovarien mature, diagnostic, chirurgie, république du Bénin

Abstract

The giant mature ovarian teratoma is a benign tumor of germinal origin and may contain elements from the three primordial layers of the embryo. We report a case of giant ovarian teratoma, rapid evolution revealed by amenorrhea, pain and signs of abdominal compression in a 23-year-old nulligest with no particular antecedent with a conserved general state and normal biology. The preoperative diagnosis was an immature teratoma with radiological assessment. Laparotomy adnexectomy followed by complete histology confirmed the benign nature of the tumor. This radical surgery proved excessive in light of the literature data. The evolution has been favorable but the functional prognosis remains reserved. The effort of a conservative surgery through a

cystectomy is desired in front of the tumor of the teenager and girl.

Keywords; mature ovarian teratoma, diagnosis, surgery, Benin Republic

Introduction

Le tératome mature ou kyste dermoïde de l'ovaire est une tumeur bénigne d'origine germinale contenant les dérivés d'un ou plusieurs feuillet embryonnaires. [1] Son évolution peut-être lente ou rapide, silencieuse ou bruyante. Dans sa forme géante d'évolution rapide, il peut être de diagnostic difficile conduisant à une prise en charge chirurgicale excessive. Nous rapportons un cas de tératome ovarien mature géant d'évolution rapide dans le but de décrire les difficultés diagnostiques et la qualité de la chirurgie associée.

Cas clinique

Patiente de 23 ans nulligeste, sans antécédent personnel et familial particulier, qui présentait une aménorrhée secondaire de 3 mois et une augmentation douloureuse et constante du volume abdominal et un essoufflement de décubitus.

L'examen clinique retrouvait : un abdomen distendu, parcouru de stries (figure n°1), une masse abdominopelvienne de hauteur 30 cm puis 32 cm, avec un périmètre ombilical de 87cm puis 92 cm en l'espace d'un mois, dans un contexte d'apyrexie, de conservation de l'état général. Le bilan biologique incluant les marqueurs tumoraux tels que carbohydrete antigen (CA) 125, l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) et l'Alpha Foeto-protéine (AFP), était normal.

L'échographie abdomino-pelvienne évoquait une volumineuse masse, abdomino-pelvienne, d'origine ovarienne gauche, de contours réguliers, d'écho structure hétérogène, à composante mixte

(liquidienne et solide) et multi-loculée. L'examen était limité par le volume qui dépassait la couverture spatiale de la sonde.

Un scanner abdomino-pelvien, réalisé sans et après injection intraveineuse de produit de contraste iodée a confirmé cette volumineuse masse abdomino-pelvienne, d'origine ovarienne gauche, mesurant 28 cm x 22cm x 15cm, multi loculée, hétérogène avec des zones kystiques prédominantes, tissulaires peu rehaussées, graisseuses, et des calcifications pariétales évoquant un tératome ovarien gauche immature.(figure n°3 et n°4) Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de confirmation demandée n'avait pas été réalisée faute de moyen financier. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) réalisée était favorable à une laparotomie et une ovariectomie totale en vue d'une histologie complète. Cette chirurgie, a permis de découvrir une grosse tumeur ovarienne gauche bien encapsulée à surface lisse et régulière sans végétation extra kystique et pesant 7150 grammes.(figure n°2) L'ascite de petite abondance retrouvée était prélevée pour la cytologie. L'ovaire controlatéral et les autres organes intrapéritonéaux étaient normaux. L'histologie complète de la pièce avait conclu à un tératome mature avec une cytologie péritonéale négative.(figure 5 a, 5b, 5c, 5d, 5e.) Les suites opératoires étaient simples.



Figure 1 augmentation du volume

Abdominal avec striae



Figure n°2 : extraction de la masse kystique à la coeliotomie



Figure 3 : Coupe sagittale TDM sans injection ; masse abdomino-pelvienne, multi-loculée hétérogène avec les zones kystiques et calcifiées

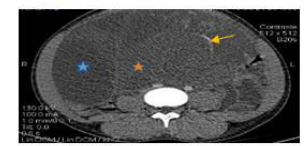


Figure 4 : Coupe TDM axiale avec injection de produit de contraste:

* Masse hétérogène multi-loculée avec des zones kystiques.

★ Zones tissulaires → Calcifications pariétales

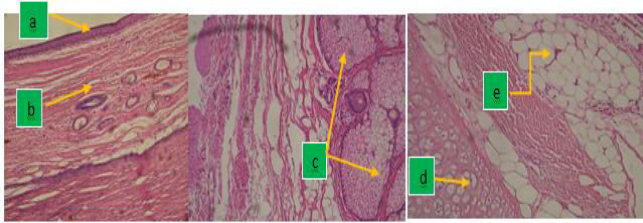


Figure 5 : histologie de la pièce opératoire montrant le tératome ovarien mature

- a Revêtement malpighien du kyste;
- b Paroi du kyste
- c Glandes sébacées dans la Paroi du kyste
- d Tissu cartilagineux dans la paroi
- e Tissu adipeux dans la paroi

Discussion

Le tératome ovarien mature est la tumeur bénigne la plus fréquente. Il est rencontré chez 50% des adolescentes et jeunes et 20% des adultes. La forme clinique géante est rarement décrite dans la littérature. C'est une tumeur des cellules germinales avec un pic d'incidence dans la deuxième et troisième décennie. [1,2] Les adolescentes et jeunes sont les plus vulnérables comme c'est le cas de cette jeune patiente de 23 ans. Plusieurs auteurs ont rapporté le jeune âge comme un facteur de risque. La découverte du tératome mature est en général fortuite lors d'un examen abdominopelvien échographique de routine ou suite à la palpation d'une masse abdominopelvienne et ou devant des douleurs pelviennes, les signes de compression et troubles des menstrues comme c'est le cas rapporté dans ce travail [3,4]. La spécificité de ce cas réside dans son évolution rapide et bruyante avec des signes de compressions et d'aménorrhée. Ceci a permis une consultation précoce de la patiente évitant une découverte sur un mode de complications sévères telles que l'infection, la dégénérescence maligne, la torsion, la rupture à l'origine des péritonites

granulomateuses et de fistules digestives et urinaires. [1]

Le tératome présente des aspects anatomocliniques et radiologiques très variées et n'offrent pas de critères objectifs permettant une nette différenciation entre nature bénigne et maligne en préopératoire. La taille de la tumeur, ses composantes, la présence de la graisse, l'intégrité de la capsule sont des critères cliniques et radiologiques retrouvés dans la littérature mais ne sont pas spécifiques. [5,6] Le diagnostic initial de présomption est radiologique et celui de confirmation reste histologique. Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), l'échographie reste l'examen de première intention avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 80%. Elle évoque le diagnostic qui est confirmé par le scanner et /ou l'IRM. [7] Certaines lésions seront indéfinies ou non classables à l'échographie du fait de la mauvaise visualisation ou de l'échogénicité. En effet, le tératome mature géant entraîne une mauvaise visualisation de par son important volume qui engendre une réduction de la couverture spatiale de la sonde. C'est pourquoi l'échographie doit être complétée selon P. Loubeyre [8] par le scanner en coupes, CT ou IRM dans le cadre de tératome géant dans le but de caractériser de larges kystes ou masses pelviennes et d'apporter des arguments pour une chirurgie compliquée.

Cette démarche diagnostique a été observée pour la prise en charge de notre cas clinique avec la réalisation d'un scanner montrant une masse ovarienne hétérogène à prédominance hydrique avec de composantes graisseuses, tissulaires et calciques étiqueté de tératome ovarien gauche immature. Mais plusieurs auteurs de la littérature, devant ces caractéristiques radiologiques, évoqueraient un tératome ovarien mature géant

plutôt qu'un tératome immature. [5] La présence d'une composante graisseuse peut seulement être affirmée à l'imagerie en coupes, CT ou IRM. L'IRM a une sensibilité et une spécificité de 100 % pour le diagnostic d'une composante graisseuse dans une lésion ovarienne. Mais pour Loubeyre P. bien que la mise en évidence d'une composante graisseuse confirme le tératome, le caractère bénin de celui-ci (tératome mature ou kyste dermoïde), ne peut être que supposé. Ainsi nuancé le diagnostic radiologique de certitude du tératome ovarien mature retenu en présence de structures graisseuses et la prédominance hydrique selon certains auteurs dont Damarey et col. L'IRM peut amener des arguments forts en faveur de la bénignité d'un tératome, en objectivant une composante graisseuse. Elle peut également être proposée pour de jeunes patientes avec de gros kystes ovariens afin d'évaluer le parenchyme ovarien restant avant la chirurgie et le risque opératoire d'une ovariectomie. L'indication de l'IRM n'était plus à démontrer pour la jeune patiente de 23 ans, mais les limites en ressources financières n'avaient pas permis sa réalisation. Selon P. Loubeyre l'expérience clinique montre que les techniques radiologiques telles que l'échographie, le scanner et l'IRM ne permettent pas, dans beaucoup de cas, de différencier les lésions bénignes des lésions malignes. Cette constatation de Loubeyre P. explique bien la discordance anatomoradiologique dans de notre cas. Sachant que les kystes persistants et/ou symptomatiques sont d'indication opératoire, quelles que soient les constatations à l'imagerie, dans le but du diagnostic histologique complète, le staging ou le debulking chirurgical, la prise en charge chirurgicale était justifiée pour le cas clinique. [8]

La difficulté diagnostique faisait le lit à une autre liée à la technique chirurgicale. Deux voies d'abord étaient envisageables; la voie

coelioscopique et celle de la laparotomie. Selon la littérature, en cas de tumeur ovarienne présumée bénigne, la voie coelioscopique doit être privilégiée en raison de tous les avantages qu'elle apporte par rapport à la laparotomie. [9] Cependant, l'abord coelioscopique peut être limité par le volume de la masse kystique, notamment en cas de kyste géant. La laparotomie permet de diminuer le risque d'effraction kystique traumatique qui peut être à l'origine d'une contamination intra-abdominale ou pariétale tumorale en cas de lésion néoplasique. Les deux impératifs à prendre en compte pour le traitement du tératome géant de l'ovaire sont la sécurité sur le plan technique et sur le plan oncologique. Selon Dubuisson et col la caractérisation du kyste s'appuie sur l'imagerie et sur le dosage sanguin des marqueurs tumoraux spécifiques. Si l'un de ces éléments est en faveur d'une lésion néoplasique, la voie chirurgicale standard reste la laparotomie médiane. [10] Ces données de la littérature justifient l'indication de la laparotomie chez notre patiente. L'annexectomie était justifiée en absence de la connaissance de la nature initiale du tératome en préopératoire. Lorsque la nature immature sera confirmée à l'histologie une chirurgie complémentaire associant une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, omentectomie et curage lomboaortique sera réalisée. Mais en absence de nature maligne à l'histologie l'annexectomie s'est révélée excessive après analyse rétrospective. Si tant est qu'une chirurgie complémentaire est possible, il faut, autant que possible être conservateur du parenchyme ovarien en se limitant à une kystectomie pour préserver la fonction ovarienne. [3].

Conclusion

La forme géante de tératome ovarien mature d'évolution rapide est rare. Son diagnostic radiologique peut être limité et conduit à une

chirurgie radicale et excessive. L'effort d'une chirurgie conservatrice à travers une kystectomie soigneuse avec préservation du parenchyme ovarien chez les adolescentes et jeunes filles est à encourager.

***Correspondance**

Djima Patrice Dangbemey

(ddpatous78@yahoo.fr)

Disponible en ligne: 20 Novembre 2019

1. Service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et l'enfant (CHU-MEL) de Cotonou, Bénin
2. Service de l'anesthésie et de la réanimation du CHU MEL de Cotonou, Bénin.
3. Laboratoire d'Histologie-Biologie de la Reproduction Cytogénétique et Génétique Médicale de la Faculté des Sciences de la Santé - Université d'Abomey-Calavi (FSS-UAC), Cotonou, R. Bénin.
- 4 Centre de radiologie, d'échographie de scanner et IRM de Cotonou, Bénin
- 5 Service de chirurgie viscérale du Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU HKM) de Cotonou, Bénin.
- 6 Centre Adechina d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques de Cotonou, Bénin.
- 7 Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou Maga(HKM) de Cotonou, Cotonou, Bénin.

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflit d'intérêts: Aucun

Références

1. Rantomalala HYH, Raveloson JR, Rakotoarisoa B, Rabesata JO, Tovone XG. Une fistulisation vésicale d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Annales d'urologie* 2003;(37) :102–104.
2. Stany MP, Hamilton CA. Benign disorders of the ovary. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008; 35: p 271.

3. Wail Bouzoubaa, Sofia Jayi, Fatima Zohra Fdili Alaoui, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf. Tératome immature de l'ovaire: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* 2017;27 : 263.64.
4. Bounsir A, jalal H, Boutakioute B, Hassi A, Mrani Zentar A, Alj S, Ouali Idrissi M, N. Cherif Idrissi N, Guanouni EL. Présentation rare de tératome kystique ovarien. *Feuillets de radiologie* 2015; 56(2):97-100.
5. Damarey B, Farine MO, Vinatier D, Collinet P, Lucot JP, Kerdraon O, Poncelet E. Tératomes ovariens immatures et matures : caractéristiques en échographie, TDM et IRM. *J Radiol*2010; 91: 27-36.
6. Yamashita Y, Hatanaka Y, Torashima M, Takahashi K, Okamura H. Mature cystic teratomas of the ovary without fat in the cystic cavity: MR Feature in 12 cases. *AJR Am J Roentgenol*1994; 163-6.
7. Recommandations pour la pratique clinique. Les tumeurs de l'ovaire présumées bénignes. 37ES JOURNÉES NATIONALES Paris, 2013 ; 779-804
8. Loubeyre P. Rôle de l'échographie dans le diagnostic des kystes ovariens et des masses annexielles, en dehors de la grossesse et de la stimulation ovarienne. In *Mise au point. Médecine Nucléaire*2017; 41 : 313–321.
9. Bourdel N, Canis M. Stratégies thérapeutiques des tumeurs ovariennes présumées bénignes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013;42(8):802–15.
10. Dubuisson J, Fehlmann A. Comment je fais . . . le traitement d'un kyste ovarien géant présumé Bénin par cœlioscopie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*2015 ; 43 : 81–83.

Pour citer cet article:

Benjamin Hounkpatin, Djima Patrice Dangbemey, Moufalilou Aboubakar, Simon Azonbakin, Joseph Akodjenou² Mathieu Ogoudjobi et al. Un cas de tératome ovarien mature géant au CHU MEL de Cotonou (Bénin) : difficultés diagnostiques et qualité de la prise en charge chirurgicale. *Jaccr Africa* 2019; 3(4): 4231-435.