



Dysgerminome ovarien chez une adolescente : à propos d’un cas et revue de la littérature

IS. Djadoun , I. Aouce , N. Feghoul

Service de Gynécologie Obstétrique , EPH Tayeb Bougasmi Zéralda, Alger

Introduction

Les dysgerminomes ovariens sont des tumeurs germinales malignes rares, représentant environ 1 à 2 % de l’ensemble des cancers de l’ovaire, mais constituant la forme la plus fréquente des tumeurs germinales malignes chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ils se développent à partir des cellules germinales primitives et touchent généralement les patientes âgées de moins de 30 ans. Le plus souvent unilatéraux, ils se manifestent par une masse pelvienne, des douleurs abdominales ou une distension. Malgré leur potentiel malin, les dysgerminomes ont un bon pronostic, en particulier lorsqu’ils sont diagnostiqués précocement, grâce à une prise en charge chirurgicale adaptée et, si nécessaire, à une chimiothérapie efficace.

Méthodes et observation

Nous rapportons le cas d’une patiente âgée de 18 ans, célibataire, GOP0, sans antécédents médicaux, chirurgicaux ou familiaux notables, qui a consulté pour des douleurs pelviennes chroniques évoluant depuis un an, avec une aggravation marquée au cours des quatre derniers mois. Cette symptomatologie s’accompagnait d’une altération de l’état général, notamment un amaigrissement, une asthénie et des épisodes de vomissements.

Examen clinique a objectivé une masse pelvienne droite, dure, immobile, à contours réguliers et douloureuse à la palpation.

Échographie pelvienne a révélé un utérus de taille normale, antéversé et antéfléchi, ainsi qu’une formation ovulaire droite bien limitée, à contenu hétérogène, mesurant 110 × 60 mm.

IRM pelvienne a mis en évidence une masse solide de l’ovaire droit mesurant 59 × 83 × 102 mm, sans signe d’infiltration locale. L’aspect évoquait initialement une tumeur borderline du stroma ovarien, mais une seconde lecture a soulevé la possibilité d’un lymphome ovarien primitif.

Scanner thoraco-abdomino-pelvien a confirmé la présence d’une masse ovarienne droite tissulaire bien délimitée. Il a également révélé un nodule péritonéal en regard du segment VII hépatique, associé à un scalloping hépatique.

Marqueurs tumoraux (CA 125, ACE, CA 19-9, AFP, HCG) étaient dans les limites de la normale.

Biopsie échoguidée de la masse avec étude anatomo-pathologique a conclu à une tumeur germinale maligne, suggérant en premier lieu un dysgerminome, sans exclure une tumeur germinale composite.

Après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), il a été décidé de réaliser une annexectomie droite avec biopsies péritonéales multiples.

La laparotomie a permis la réalisation d’une annexectomie droite, d’une appendicectomie, ainsi que de plusieurs biopsies péritonéales.

Étude anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic de dysgerminome malin, sans envahissement capsulaire, tubaire ni vasculaire.

À l’issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) post-opératoire, il a été décidé de mettre en place une surveillance régulière reposant sur un examen clinique, des dosages de marqueurs tumoraux et une imagerie en cas de suspicion de récurrence. Aucun traitement adjuvant n’a été jugé nécessaire à ce stade. Un accompagnement psychologique est essentiel.



Discussion

Le dysgerminome ovarien est la tumeur germinale maligne la plus fréquente, représentant environ 30 à 40 % des tumeurs germinales malignes de l’ovaire. Il touche principalement les adolescentes et les jeunes femmes, avec une prédominance nette avant l’âge de 30 ans. Sa fréquence dans cette tranche d’âge rend indispensable son inclusion dans le diagnostic différentiel de toute masse ovarienne chez une patiente jeune.

Histologiquement, le dysgerminome est l’équivalent ovarien du séminome testiculaire. Il se caractérise par une prolifération de grandes cellules rondes à cytoplasme clair, avec des noyaux centraux, parfois associés à un infiltrat lymphocytaire. Dans environ 10 à 15 % des cas, il peut s’accompagner d’autres composantes germinales, notamment du carcinome embryonnaire, du yolk sac tumor ou du tératome immature, d’où l’importance d’un examen anatomopathologique rigoureux.

Cliniquement, le dysgerminome se manifeste le plus souvent par des douleurs pelviennes, une masse abdominale palpable, voire des troubles digestifs ou urinaires en cas de compression. Il peut également se révéler par des signes généraux comme une asthénie ou un amaigrissement, comme dans notre cas. La masse est habituellement unilatérale (90 % des cas), mais une atteinte bilatérale est retrouvée dans environ 10 à 15 % des cas.

L’imagerie pelvienne (échographie, IRM) permet d’identifier la masse ovarienne, mais son aspect peut prêter à confusion, évoquant parfois une tumeur borderline ou un lymphome ovarien, comme dans notre observation. Le scanner abdomino-pelvien est indispensable pour évaluer l’extension locorégionale et la présence de métastases. L’élévation de la LDH est le marqueur biologique le plus fréquemment associé au dysgerminome, bien que d’autres marqueurs (AFP, hCG) puissent rester normaux, comme dans notre cas.

Le traitement de première intention repose sur la chirurgie, qui doit viser l’exérèse complète de la tumeur. Chez les jeunes patientes, une chirurgie conservatrice est privilégiée lorsque cela est possible, afin de préserver la fertilité. Dans les formes localisées (stade I), une annexectomie unilatérale peut suffire, suivie d’une surveillance stricte. En revanche, les formes avancées (stades II à IV) justifient une prise en charge plus agressive, associant chirurgie cyto-réductrice et chimiothérapie adjuvante.

Le protocole de chimiothérapie standard repose sur l’association bléomycine, Étoposide et Cisplatine (BEP), hautement efficace, même dans les formes avancées. Grâce à cette approche thérapeutique multimodale, le pronostic du dysgerminome est excellent, avec une survie à 5 ans dépassant 95 % pour les stades précoces et atteignant 75 à 90 % pour les stades plus avancés.

Enfin, un suivi à long terme est impératif, en raison du risque de récurrence tardive et des effets secondaires potentiels de la chimiothérapie, notamment sur la fonction gonadique et la fertilité. Le recours à la cryopréservation ovocytaire peut être envisagé dans certains cas avant traitement.

Conclusion

Le dysgerminome ovarien, bien que rare, représente la tumeur germinale maligne la plus fréquente chez l’adolescente et la jeune femme. Son diagnostic repose sur une combinaison clinique, radiologique et surtout histologique. La prise en charge est aujourd’hui bien codifiée, associant chirurgie conservatrice chaque fois que possible et chimiothérapie adaptée, permettant un excellent pronostic et une préservation de la fertilité dans la majorité des cas. Ce cas clinique souligne l’importance du diagnostic différentiel rigoureux face à toute masse ovarienne chez la jeune fille, ainsi que la nécessité d’une prise en charge multidisciplinaire optimisée.

Acknowledgements

- Gurumurthy M, et al. Dysgerminoma of the ovary: a comprehensive clinical review. J Obstet Gynaecol. 2015;35(7):687–692.
- Low JH, et al. Malignant ovarian germ-cell tumors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012;26(3):347–355.
- Pectasides D, et al. Germ cell tumors of the ovary. Cancer Treat Rev. 2008;34(5):427–441.
- RCOG Guidelines. Management of suspected ovarian masses in premenopausal women. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011.
- Young RH, Scully RE. Ovarian dysgerminoma: a clinicopathologic analysis of 158 cases. Am J Surg Pathol. 1985;9(6):543–569.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer. Version 1.2024.