

TUMEUR DE LA GRANULOSA : à propos d'un cas



M. HEDLI, S. MESSAOUDI , PR N. KACI , PR BENDAOU

Service de Gynécologie Obstétrique EPH KOUBA, Alger.



Introduction

Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire (TGO) sont des formations rares qui se développent à partir des cellules des cordons sexuels et du stroma ovarien. Leur évolution est généralement lente, et elles ont une propension à récidiver longtemps après le diagnostic initial. L'exérèse chirurgicale complète est la pierre angulaire du traitement, notamment chez les patientes avec un stade précoce. La chimiothérapie est recommandée dans les cas de tumeurs localisées présentant un risque élevé de récurrence, ainsi que pour les tumeurs avancées ou récurrentes.

Une surveillance à long terme est également conseillée.

Observation

Il s'agit de la patiente AN âgée de 51 ans , célibataire, ménopausée a l'Age de 45 ans ,retard mental et dépression sous neuroleptique, on ne retrouve pas d'antécédents personnels ou familiaux de cancer, elle s'est présentée à la consultation pour douleurs pelviennes au niveau de la fosse iliaque gauche dans un contexte apyrétique.

L'examen clinique retrouve une patiente en état général moyennement altéré, avec une sensibilité et défense de la FIG à la palpation. Le TV retrouve un comblement du cul de sac latéral gauche par une masse dure.

Une échographie a été faite objectivant une formation latéroutérine gauche de 130 *80 mm, solido kystique à paroi épaisse régulière avec un épanchement de petite abondance intrapéritonéal, ne prenant pas le doppler.

Un angio scanner a été fait par la suite revenant en faveur d'une masse ovarienne gauche tissulaire d'allure suspecte en torsion.

Étant donné le contexte urgent de la torsion, la patiente fut admise au bloc opératoire, à l'exploration on retrouve une masse ovarienne régulière a paroi épaisse vascularisée, fissurée avec issu de l'hémopéritoine en torsion, une annexectomie gauche a été faite avec aspiration de l'hémopéritoine.

L'étude anatomopathologique a conclut a une tumeur de la granulosa adulte avec présence de corps de call-exner, et profil immunohistochimique fortement positif pour l'inhibine et calrétinine.

Les marqueurs tumoraux on été dosé revenant positifs pour l'AMH, et l'inhibine.

La tumeur a été classée stade Ic (tumeur limitée a un seul ovaire avec rupture capsulaire). Une hystérectomie totale avec annexectomie droite, biopsies multiples et cytologie péritonéale furent complétées.

Une chimiothérapie adjuvante.

Discussion

Elles appartiennent au groupe des tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel, et représentent plus de 70 % des tumeurs malignes de ce groupe [5] et 5 % des cancers de l'ovaire [1]. L'incidence de cette tumeur était estimée par Lauszus et al. [6] à 1,3 par an et par 100 000 femmes.

Les formes adultes sont plus fréquentes, représentent 95 % des cas [3] ; elles surviennent en période péri et post-ménopausique avec un pic de fréquence autour de 50 à 55 ans [3, 6-8].

Etant donné leur caractère œstrogéno-sécrétant décrit dans 70 % des cas [11, 13], la symptomatologie clinique des TG est dominée par les manifestations hormonales, à type de métrorragies post-ménopausiques dans 41 % des cas.

À l'échographie et à la tomодensitométrie, les TG adultes et juvéniles présentent généralement un aspect multi kystique avec des remaniements hémorragiques [3, 4, 7].

La chirurgie, traitement de référence, permet une stadification et consiste classiquement en une hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, cytologie et biopsies péritonéales. Le curage ganglionnaire ne semble pas améliorer la survie pour les stades précoces [1].

Un traitement conservateur est parfois proposé aux femmes jeunes désireuses de grossesse avec un stade I, comprenant annexectomie unilatérale, exploration de la cavité abdominopelvienne et biopsie endométriale.

Les tumeurs des stades II, III et IV, ainsi que les tumeurs de stade I de grande taille ou présentant des caractéristiques histologiques suggérant un risque élevé de récurrence, en plus des formes récurrentes, nécessitent un traitement par chimiothérapie. Le protocole de référence est le BVP, combinant Cisplatine, Vinblastine et Bléomycine [1], ou le BEP, où la Vinblastine est remplacée par l'Etoposide [8]. À l'exception des récurrences localisées, la radiothérapie ne semble pas améliorer la survie [1].

L'hormonothérapie utilisant du Mégestrol et des agonistes de la LHRH a permis d'observer une certaine efficacité.

La survie globale est favorable, d'autant plus

que ces tumeurs sont généralement

diagnostiquées à un stade précoce, avec un

taux de survie supérieur à 90 % à 5 ans.

L'évolution des tumeurs germinales adultes

(TGA) est lente, avec des récurrences rares et

tardives, souvent survenant après un

intervalle de 6 à 23 ans. La fréquence des

récurrences varie selon le stade : 9 % dans les

stades I et 30 % dans les stades avancés, et

elles se produisent principalement de manière

locorégionale. Les formes juvéniles présentent

des récurrences plus fréquentes. La surveillance

post-traitement doit être prolongée, basée sur

le dosage de l'inhibine et de l'AMH, plus

spécifiques que l'œstradiol. Toute élévation de

ces marqueurs doit suggérer une récurrence. Ces

tumeurs sont aussi souvent associées à des

cancers endométriaux, du sein et du colon.

Conclusion

La tumeur à cellules de la granulosa est une tumeur rare, souvent confondue avec un adénocarcinome ou un carcinome indifférencié de l'ovaire. Elle a un pronostic généralement favorable, notamment pour les stades I, où la survie à 10 ans varie de 84 à 95 %. Le traitement consiste principalement en une chirurgie radicale, incluant une hystérectomie totale, une annexectomie bilatérale, une omentectomie et des biopsies péritonéales, en particulier chez les femmes âgées. Pour les femmes jeunes de stade la souhaitant avoir des enfants, une annexectomie et un curetage biopsique de l'endomètre sont privilégiés. La chimiothérapie (BEP ou BVP) est indiquée pour les formes avancées, les récurrences ou les métastases.

La surveillance clinique, échographique et biologique doit être prolongée en raison des récurrences tardives. En cas de récurrence, la chirurgie demeure le traitement de référence, complétée par une chimiothérapie.

References

- 1.Bompaes E, Freyer G, Vitrey D, Trillet-Lenoir V. Tumeur à cel- lules de la granulosa : revue de la littérature. Bull Cancer 2000; 87 : 709-14.
- 2.Tavassoli FA, Mooney E, Gersell DJ, McCluggage WG, Konishi I, Fujii S, et al. Sex cord-stromal tumours. In: Tavassoli FA, Devilee P, eds. World health organisation clas- sification of tumours, Pathology & Genetics. Tumours of the breast and female genital organs. Lyon: IARC Press 2003; p. 146-61.
- 3.Hartmann LC, Young RH, Podratz KC. Ovarien sex cord-stromal tumors. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, eds. Principles and practice of gynecologic oncology, 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins. Chapter 36: p. 1075-93.
- 4.Lauszus FF, Petersen AC, Greisen J, Jakobsen A. Granulosa cell tumor of the ovary: a population-based study of 37 women with stage I disease. Gynecol Oncol 2001; 81: 456-60.
- 5.Hartmann LC, Young RH, Podratz KC, McLarney JK, Kim B. Sex cord-stromal and steroid cell tumors of the ovary. Radio- graphics 1998; 18: 1523-46.
- 6.Lauszus HD, Bundy BN, Hurteau JA, Roth LM. Bleomycin, Etoposide, and Cisplatin combination therapy of ovarian gra- nulosa cell tumors and other stromal malignancies: a gynecologic oncology group study. Gynecol Oncol 1999; 72: 131-7.