

Cystadénocarcinome mucineux de l'ovaire chez une jeune femme à propos d'un cas :

PR. KACI DR. NIBOUCHEA DR. SEHIL

Service de gynécologie obstétrique, EPH Kouba Alger, Algérie

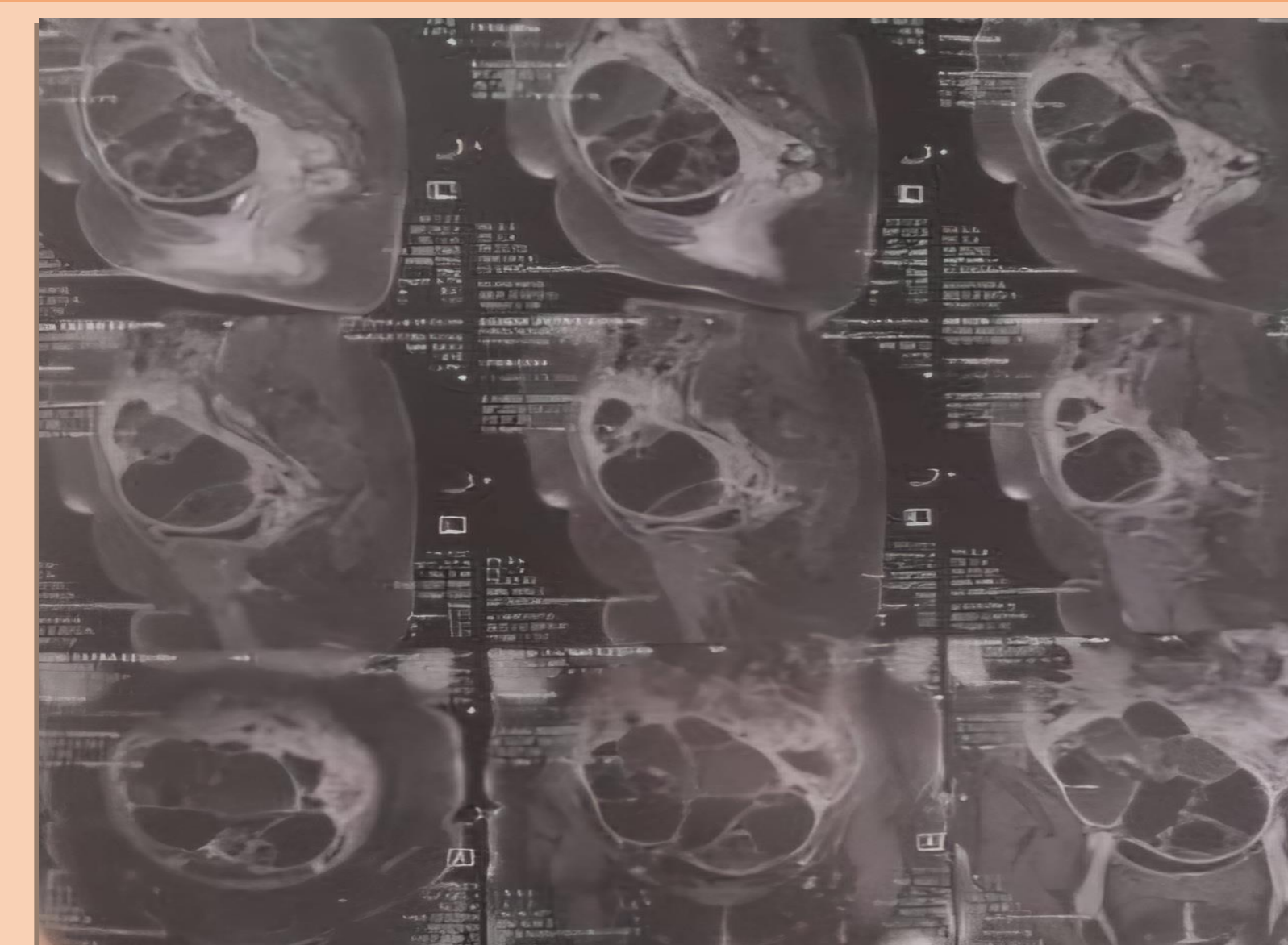
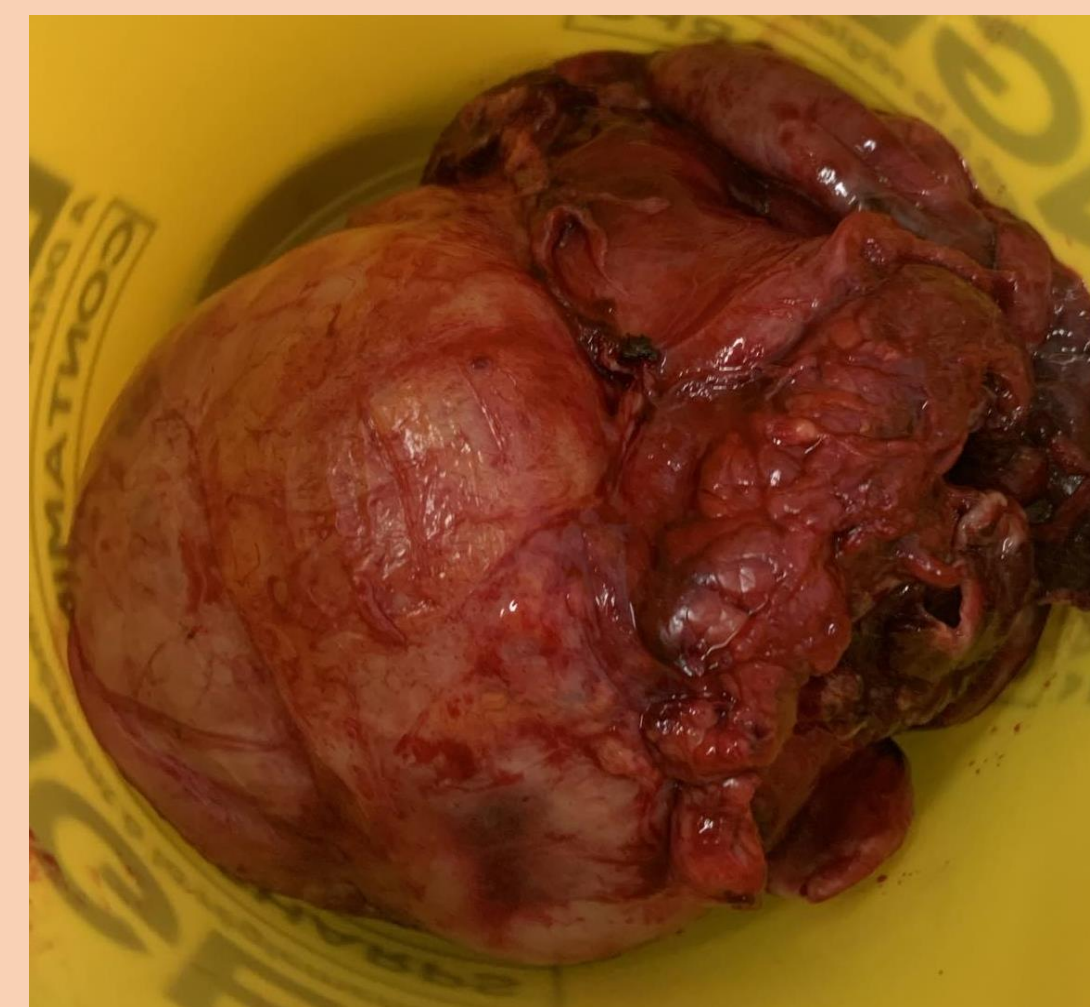
INTRODUCTION

Les tumeurs mucineuses ovariennes sont rares [1]. Elles représentent 10 à 15 % des tumeurs ovariennes primitives. La grande majorité est bénigne (80 %), environ 15 % sont borderline et moins de 5 % sont des carcinomes mucineux ovariens (COM) primitifs [2]. Elles surviennent le plus souvent chez la femme jeune. Le diagnostic doit être évoqué devant toute suspicion de tumeur maligne ovarienne chez toute femme en âge de procréer. Les COM primitifs sont différents des carcinomes épithéliaux ovariens séreux tant sur le plan histopathologique que thérapeutique du fait d'une résistance aux chimiothérapies usuelles. Elles posent un véritable problème de diagnostic différentiel avec les métastases digestives ovariennes.

Nous rapportons un cas d'un cystadénocarcinome mucineux de l'ovaire droit chez une patiente de 32 ans prise en charge dans notre service .

OBSERVATION

Il s'agissait de Mme G.F.Z âgée de 32 ans, G4P4 Utérus Cicatriciel 3 EVBP, au antécédent médical de diabète type 2 sous traitement et antécédent gynécologique d'infection génitale haute à répétitions, chirurgicaux de kystectomie de l'ovaire droit en per-césarienne en 2023 résultat anatomopathologique (non documenté) , une mise à plat d'un abcès ovarien droit sous coelioscopie opératoire le 19 mai 2024 : examen de la paroi kystique : cystadénome mucineux , admise le 16/06/2024 à notre niveau pour prise en charge d'un syndrome douloureux pelvien aigu 3^{ème} épisode dans un cotexte fébrile . L'examen clinique a trouvé une patiente en bon état général, bonne coloration cutanéomuqueuse, eupnéique, Masse palpable sous ombilicale hypogastrique arrondie latéralisée à droite arrivant vers le flanc, de 10cm de grand axe, arrondie régulière en surface peu mobile et douloureuse à la palpation. L'échographie pelvienne a montré. Ovaire gauche porteur d'une image hétérogène solido-kystique ovalaire à paroi épaisse avec présence de multiples végétations en son sein mesurant 120*100 mm, pas d'épanchement dans le cul de sac. Les marqueurs tumoraux CA125, CA19-9, ACE et L'α foetoprotéine était normaux, une CRP à 3 chiffres avec des GB à 16000. L'IRM pelvienne a montré une volumineuse formation multi cloisonnée ovarienne droite de contenu liquidien, sans bourgeon tissulaire de 15*10 cm évoquant un cystadénome mucineux. Endoscopies digestives sans anomalies. La patiente était mise sous triple antibiothérapie, après 48 h : la patiente était opérée pour suspicion de pelvipéritonite chez laquelle on a réalisé une annexectomie droite avec appendicectomie. Eude anatomopathologique revenait en faveur d'un cystadénocarcinome mucineux avec extension expansive classé PT1a N X M X. Le bilan d'extension était normal. Il s'agissait d'un stade Ia de la classification FIGO. Les suites opératoires ont été simples. La patiente était présentée en RCP : la CAT était l'hystérectomie, annexectomie droite, omentectomie et curage pelvien et lombo-aortique. La patiente a refusé tout complément de geste. Actuellement la malade revenant avec une grossesse de 08 SA. On a prévu une chimiothérapie au T2.



Plusieurs gènes sont impliqués dans la progression de cette tumeur notamment le KRAS ou le CDKN2A dans les tumeurs bénignes ou les deux associés à d'autres modifications de copies dans les tumeurs borderline. Il existe au sein des COM en plus de ces facteurs, une mutation TP53 responsable d'instabilité génomique dans le carcinome mucineux, ainsi tous ces facteurs peuvent être des marqueurs pronostiques potentiels [8].L'implication du gène BRCA1 et BRCA2 retrouvés dans le cancer du sein et de l'ovaire est très peu probable, ce qui est appuyé par plusieurs études [6, 9, 10]. Les récepteurs des œstrogènes et de la progestérone n'aident pas à faire la distinction entre l'adénocarcinome endocervical métastatique et le COM primitifs puisque les deux ont généralement des récepteurs de progestérone négatifs et des récepteurs d'œstrogènes variables (soit négatifs, faibles et diffus, soit forts et focalement positifs) [6]. Les COM sont de 2 types expansif et infiltratif, ce dernier serait biologiquement plus agressif que le premier [2]. Dans notre observation le type était expansif ce qui rend le pronostic meilleur. L'autre problématique du COM primitif est le diagnostic différentiel avec les métastases digestives et utérines. En faveur du caractère primitif, on retiendra l'unilatéralité, la grande taille (> 13 cm), le mode expansif de la tumeur, une surface externe ovarienne non envahie, l'absence de pseudomyxome péritonéal (si présence évoquer une localisation secondaire d'origine appendiculaire), De nos jours, l'appendicectomie systématique en cas de tumeur mucineuse n'est plus indiquée sauf si l'appendice paraît anormal comme l'a montré Lin et al [11]. Il est admis que la chimiothérapie adjuvante est bénéfique dans le stade localisé des cancers ovariens, deux essais européens randomisés en 2003 (ICON1 et ACTION) ont montré une meilleure survie globale à 5 ans dans le groupe ayant reçu la chimiothérapie [12]. Le traitement durant la grossesse repose sur l'association sel de platine et taxane, le carboplatine entraîne plus de thrombopénie et le cisplatine plus de toxicité auditive, le paclitaxel (Taxol) est tératogène au premier trimestre [13].

DISCUSSION

Le cancer de l'ovaire est le cancer gynécologique le plus sévère. Il touche une femme sur 70. La survie globale passe de 80 % pour le stade Ia de FIGO à moins de 10 % pour le stade IV [3]. Les COM sont rares, ils représentent 10 % des tumeurs épithéliales de l'ovaire [1, 2]. Ils sont le plus souvent diagnostiqués au stade localisé. Au Maroc, Benhessou retrouve 4.4% de cystadénocarcinome mucineux [4]. Les types histologiques peuvent être séreux, mucineux, endométrioïdes, à cellules claires, à cellules transitionnelles (Brenner) ou indifférenciés [5]. L'histoire naturelle de ce type de cancer est mal connue. Les tumeurs mucineuses auraient une origine intestinale et endocervicale, les adénocarcinomes sont essentiellement de type intestinal [2]. Il a été démontré une séquence évolutive depuis le cystadénome mucineux vers la tumeur mucineuse borderline puis vers le carcinome intra-épithélial et le carcinome mucineux [2, 7].

CONCLUSION :

Les carcinomes mucineux ovariens constituent une entité rare de carcinomes ovariens. Leur particularité histologique leur confère une attention particulière tant sur le plan histodiagnostic que thérapeutique. Le pronostic est bon car ils sont découverts le plus souvent au stade précoce chez la femme jeune. Leur prise en charge est pluridisciplinaire. Des recherches plus poussées doivent être conduites afin de développer des thérapeutiques ciblées pour ce type de cancer.

REFERENCES :

- [1] Ray-Coquard I, Pujade-Lauraine E, Pautier P et al. Tumeurs rares de l'ovaire : stratégies thérapeutiques et organisation de la prise en charge. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 680-A-50, 2011. [2] Le Frère-Belda MA. Classification histopathologique des tumeurs ovariennes. EMC - Gynécologie 2014 ;9(4) :1-23 [Article 680-A-10]. [3] Le Roch A, Collinet P, Boulanger L, et al. Cancer de l'ovaire : diagnostic, bilan, stratégie thérapeutique. EMC - Gynécologie 2014 ;9(4) :1-9 [Article 630-I-10]. [4] Benhessou M, Boumba LMA, Benchkrroun MN, Bouhya S, Mustapha M. Cancer épithélial de l'ovaire au Maroc : Analyse épidémiologie sur une série de 182 cas au CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc. 2016 ;20(1) :11. [5] Brun JL, Boubli B, Sasco AJ. Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. EMC Gynécologie 2012;7(2):1-9 [Article 630-A-10]. [6] Jubilee B, Michael F. Mucinous Tumors of the Ovary: Current Thoughts on Diagnosis and Management. Curr Oncol Rep. 2014;16(6):389. [7] McCluggage WG. The pathology of and controversial aspects of ovarian borderline tumours. Curr Opin Oncol. 2010;22(5):462-72. [8] Cheasley D, Wakefield MJ, Ryland GL, et al. The molecular origin and taxonomy of mucinous ovarian carcinoma. Nat Commun. 2019; 10:3935. [9] Soegaard M, Jensen A, Høgdall E, et al. Different Risk Factor Profiles for Mucinous and Nonmucinous Ovarian Cancer: Results from the Danish MALOVA Study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007;16(6):1160-6. [10] Frumovitz M, Schmeler KM, Malpica A, Sood AK, Gershenson DM. Unmasking the complexities of mucinous ovarian carcinoma. Gynecologic Oncology. 2010;117(3):491-6. [11] Lin JE, Seo S, Kushner DM, Rose SL. The role of appendectomy for mucinous ovarian neoplasms. Am J Obstet Gynecol. 2013 ;208(1) :46. e1-4. [12] Winter-Roach BA, Kitchener HC, Dickinson HO. Adjuvant (post-surgery) chemotherapy for early stage epithelial ovarian cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3) : CD004706. [13] Kai S, Kohmura H, Hiraiwa E et al. Reproductive and developmental toxicity studies of paclitaxel : intravenous administration to rats during the prenatal and lactation periods. J Toxicol Sci, 1994 ; 19 : 93-111.