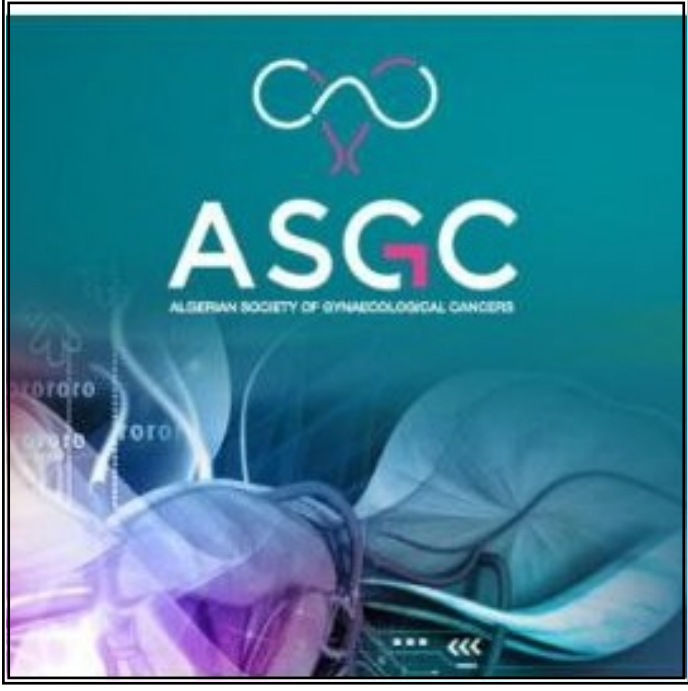




TUMEURS DE LA GRANULOSA: QUEL TRAITEMENT PROPOSER ?

I. KOURI, H. BOUZINA, M. BENAMMMAR, F. MADACI
Service de gynécologie obstétrique, Clinique IBRAHIM GHARAFA, CHU BAB EL OUED



Introduction :

Les tumeurs de la granulosa adulte sont des tumeurs ovariennes rares dérivées des cordons sexuels. Elles représentent moins de 7 % des tumeurs malignes de l'ovaire [1,2] .

Ces tumeurs sont diagnostiquées le plus souvent en péri ou en post-ménopause mais peuvent se voir chez des femmes jeunes désirant de préserver leur fertilité [1]. Elles sont le plus souvent unilatérales, de bon pronostic et se caractérisent par leur évolution lente (diagnostic précoce au stade IA dans >80 % des cas) , et leur tendance à la récurrence parfois tardive (20-30 % à 20 ans)[1,3].

Il existe de nombreux controverses concernant la prise en charge de ces tumeurs.

Matériels et méthodes :

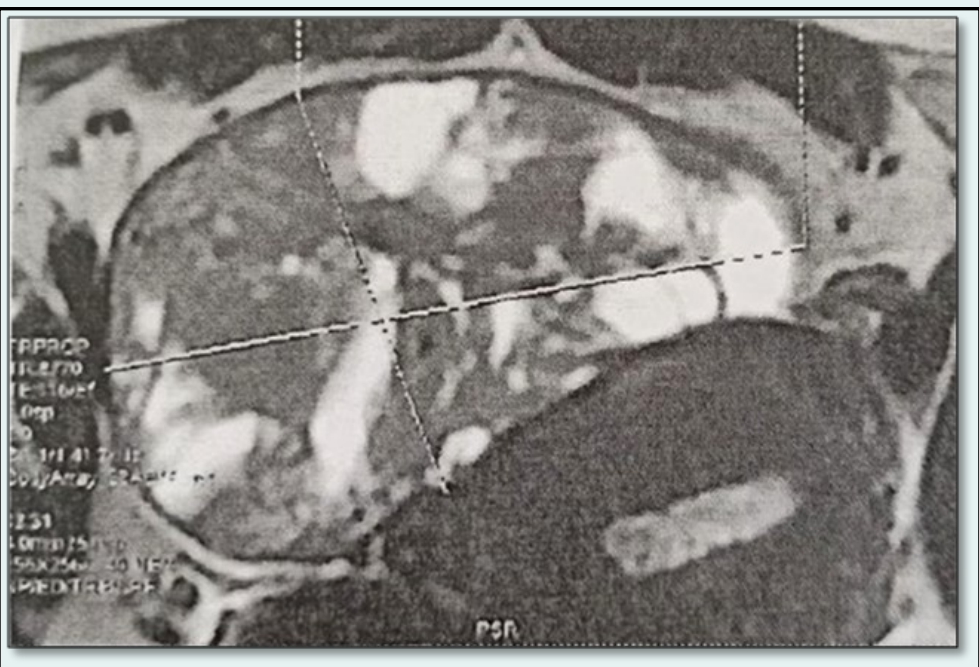
Nous rapportons l'observation de 3 patientes présentant une tumeur de la granulosa adulte, prises en charge au niveau de la clinique Ibrahim Gharafa du CHU Bab Eloued.

Résultats

CAS1: Patiente âgée de 42 ans, G2P2, consulte pour douleurs pelviennes évoluant depuis 5 mois, chez qui l'IRM pelvienne retrouve une masse ovarienne droite de 10×8×6 cm solido-kystique borderline classée ORADS 4 avec des marqueurs tumoraux négatifs. Une annexectomie droite sous coelioscopie a été réalisée. L'examen histologique retrouve une tumeur de la granulosa adulte classée pT1a TNM / IA FIGO. Le curetage biopsique de l'endomètre revient négatif. Une chirurgie radicale complémentaire (hystérectomie totale avec annexectomie gauche) a été proposée.



Echographie



IRM pelvienne

CAS 2: Patiente âgée de 56 ans, ménopausée depuis 5 ans, célibataire, aux antécédents familiaux de cancer du colon, qui consulte pour des métrorragies post-ménopausiques avec augmentation du volume abdominal. L'échographie pelvienne retrouve une image latéro-utérine gauche multiloculaire de 13×9 cm avec un endomètre à 12 mm. L'IRM pelvienne objective une masse pelvienne suspecte d'origine annexielle probable classée ORADS 4. Le curetage biopsique retrouve une hyperplasie endométriale sans atypies. Une annexectomie gauche réalisée avec examen extemporané retrouve une tumeur de la granulosa adulte; on a complété le geste par une hystérectomie totale avec annexectomie controlatérale. Bonne évolution

CAS 3: Patiente âgée de 42 ans, célibataire, demeurant au sud, aux antécédents familiaux de cancer colo-rectal et de cancer de l'endomètre, aux antécédents personnels de tumorectomie ovarienne droite avec à l'étude anatomopathologique une tumeur de la granulosa type adulte classée pT1a. La patiente consulte pour douleurs pelviennes chroniques.

L'échographie pelvienne est sans particularités et l'IRM pelvienne ne retrouve pas de reliquat tumoral ni d'adénopathies. Une simple surveillance a été proposée. Pas de récurrence à un an.

Discussion

Les tumeurs de la granulosa adulte sont diagnostiquées dans la majorité des cas de manière fiable en se basant sur l'étude anatomo-pathologique et l'immunohistochimie conventionnelle. Cet examen doit être réalisé par un pathologiste expérimenté (les cas mal-diagnostiqués représentent la plupart des récurrences précoces et 72 % des décès dans les 5 ans suivant le diagnostic) . Dans les cas ambigus morphologiquement , le dosage de l'inhibine B, la calrétinine (marqueur d'immunohistochimie) et la recherche de mutation FOXL2, aident à poser le diagnostic [1] .

Cette pathologie étant rare, il n'y a pas à l'heure actuelle des études randomisées) et les recommandations de prise en charge qui existent reposent sur l'avis d'experts [1,3] . La chirurgie est le pilier du traitement, elle consiste en une hystérectomie abdominale avec annexectomie bilatérale, omentectomie, biopsies péritonéales multiples et lavage péritonéale sans lymphadenectomie (en absence d'adénopathie suspecte) . Chez les patientes jeunes présentant des tumeurs de stade IA, il est recommandé de réaliser une chirurgie conservatrice (annexectomie unilatérale) et une stadification chirurgicale avec curetage de l'endomètre (risque accru d'hyperplasie de l'endomètre et de cancer de l'endomètre) [1,2,3] . Le risque de récurrence est important pour le stade IC de la FIGO (facteur pronostique important), la chirurgie préservant la fertilité reste possible (ESMO), discutée au cas par cas chez ces patientes jeunes. Pour les patientes ayant terminé leur projet de maternité, une chirurgie complémentaire est proposée en raison du risque de récurrence sur l'ovaire controlatéral pour les stades IC [1,2] . En cas de récurrence (souvent au niveau du bassin ou l'abdomen, les métastases sont rares), une chirurgie de cytoréduction est recommandée [1] . Chez nos patientes (cas 1 et 2), où l'imagerie a évoqué une masse ovarienne suspecte, on a réalisé une annexectomie. Le diagnostic de tumeur de la granulosa adulte a été posé à l'examen histologique. Un complément chirurgical a été proposé (pas de désir de grossesse) pour éviter une éventuelle récurrence. Dans le cas 3 où la patiente est jeune sans enfants, ayant consulté un an après la tumorectomie (diagnostic de malignité non évoqué en préop, où seule la TDM a été réalisée par manque de plateau technique), nous avons opter pour une simple surveillance afin de préserver la fertilité.

Concernant les traitements systémiques, le rôle de la chimiothérapie adjuvante dans les stades 1 à haut risque et l'impact de la chimiothérapie sur la survie globale dans les stades avancés ou en cas de récurrence est controversé; de même que pour l'effet de l'hormonothérapie [1,2].

Des périodes de suivi prolongées sont nécessaires compte tenu du risque de récurrence tardive, cependant les modalités de surveillance (fréquence et durée du suivi, sensibilité et spécificité des marqueurs tumoraux, type et moment de réalisation de l'imagerie) ne sont pas bien définies à l'heure actuelle [1] .

Conclusion:

Le traitement des tumeurs de la granulosa adulte dépend de l'âge de la patiente et du stade évolutif. La chirurgie constitue le traitement principal, elle peut être soit conservatrice chez des femmes jeunes désireuse d'une grossesse, ou radicale chez des femmes ménopausées. Un suivi prolongé est nécessaire en raison du risque de récurrences tardives. La chimiothérapie, la radiothérapie et les biothérapies sont réservées au traitement des récurrences ou des métastases.

Références bibliographiques :

1– M L. Friedlander & al. Controversies in the management of ovarian granulosa cell and Sertoli-Leydig cell tumors. International Journal of Gynecological Cancer, Vol 35 (3), 2025

2– Helmut Plett & al. Adult ovarian granulosa cell tumors: analysis of outcomes and risk factors for recurrence. International Journal of Gynecological Cancer, Vol 33 (5), 2023, P 734-740

3- Sakina Sekkate & al. Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire. Bulletin du cancer, Vol 101 - N° 1, P. 93-101 - 2014