



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12256

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12256>



RESEARCH ARTICLE

UNE TUMEUR DE L'OVAIRE RARE: LA TUMEUR DE BRENNER (À PROPOS D'UN CAS)

Y. Ammor, M. Laaouze, K. Saoud, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi and A. Banani

Service De Gynecologie Obstetrique I Chu Hassan Ii Fes.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 31 October 2020

Final Accepted: 30 November 2020

Published: December 2020

Abstract

Introduction: Les tumeurs de Brenner de l'ovaire représentent 1 à 2% de toutes les tumeurs ovariennes. Observation : Nous rapportons le cas d'une femme de 60 ans G4P4, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour des douleurs pelviennes chroniques dont l'échographie pelvienne objective la présence d'une masse latéro-utérine gauche et retro-utérine faisant 71*57 mm non dopplérisée avec fine lame d'épanchement intrapéritonéal, et à la TDM AP : processus tumoral à composante mixte kystique et tissulaire et calcique hétérogène retro utérin enclavé dans le cul de sac de Douglas environ 11*9cm compatible avec un processus tumoral ovarien de type malin. La patiente a bénéficiée d'une annexectomie avec des biopsies multiples

Discussion: Les tumeurs de Brenner de l'ovaire correspondent à des tumeurs fibroépithéliales qui regroupent les tumeurs de Brenner bénignes, malignes et celles à la limite de la malignité (borderline). Elles ne représentent que 1 à 2 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes. Elles sont presque toujours bénignes, rendant le diagnostic, le pronostic et le traitement bien codifiés. Elles surviennent le plus souvent entre 40 et 50 ans. La plupart de ces tumeurs sont originaires de l'épithélium cœlomique. Un petit nombre de ces tumeurs serait développé- à partir du reteovarii et d'autres seraient d'origine germinale. A l'échographie, Le plus souvent, c'est une masse échogène, d'une échogénicité proche du myomètre. Elle peut contenir des zones de transformation kystique. La présence de grosses calcifications peut, à tort, faire porter le diagnostic de myome sous-séreux avec une vascularisation pauvre au doppler couleur. En tomodynamométrie il s'agit d'une masse solide. A l'angiographe, on ne note pas de vaisseau au temps artériel, ni de diffusion de produit de contraste au temps parenchymateux. Sur les clichés tardifs, il existe une prise de produit de contraste. Sur le plan anatomopathologique, les formes bénignes sont petites, de découverte accidentelle < 2 cm, certains sont volumineux, de consistance ferme, bien limité, à surface lisse, bosselée. A la coupe, solide, fibreux, gris blanc.

Conclusion: La prédominance des tumeurs de Brenner bénignes a fait que leur diagnostic, leur pronostic ainsi que leur traitement soient bien codifiés.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Corresponding Author:- Y. Ammor

Address:- Service De Gynecologie Obstetrique I Chu Hassan Ii Fes.

Introduction:-

Les tumeurs de Brenner de l'ovaire sont des tumeurs ovariennes rares, elles représentent 1 à 2% de toutes les tumeurs ovariennes. Elles correspondent à des tumeurs fibro-épithéliales constituées d'un stroma dérivé du cortex ovarien contenant des nids de cellules épithéliales de type transitionnel ou excréto-urinaire.[1]

Cette classe de tumeurs épithéliales communes regroupe les tumeurs de Brenner bénignes, malignes et celles à la limite de la malignité (borderline).

Observation:-

Nous rapportons le cas d'une femme de 60 ans G4P4, sans antécédents pathologiques notables ménopausée depuis 10 ans, consulte pour des algies pelviennes évoluant depuis 2 mois.

L'examen clinique : trouve une masse bombant au niveau de cul de sac postérieur de 10 cm de grand axe.

L'échographie pelvienne : présence d'une masse latéro-utérine gauche et retro-utérine faisant 71*57 mm non dopplerisée avec fine lame d'épanchement intrapéritonéal. (figure1)

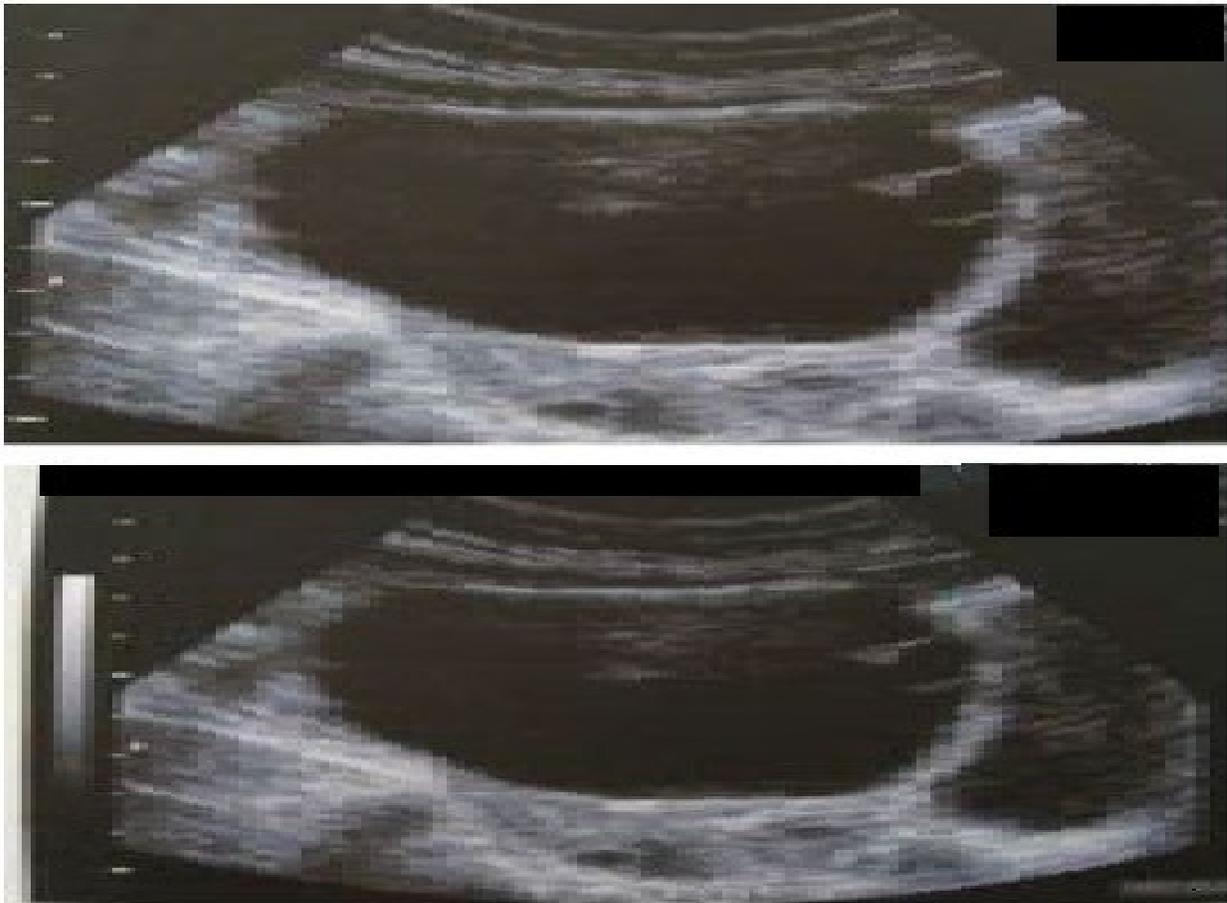


Figure 1:- Masse latéro-utérine gauche et retro-utérine faisant 71*57 mm non dopplerisée avec fine lame d'épanchement intrapéritonéal.

TDM Abdomino-pelvienne a objectivé un processus tumoral à composante mixte kystique et tissulaire et calcique hétérogène retro utérin enclavé dans le cul de sac de Douglas environ 11*9cm compatible avec un processus tumoral ovarien de type malin. ce processus présente un contact intime avec l'utérus qui est refoulé en avant ainsi que la vessie refoulée en bas.

Les marqueurs tumoraux (CA125, CA19.9 et l'antigène carcino-embryonnaire [ACE]) étaient négatifs et le dosage de l'œstrogène était normal.

La patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice avec à l'exploration : présence d'une masse kystique aux dépens de l'ovaire gauche. Elle faisait 15 cm de grand axe. Par ailleurs, il n'y avait pas d'autre localisation tumorale, en particulier au niveau de l'ovaire controlatéral. Une annexectomie gauche avec omentectomie et biopsies multiples

L'examen histologique définitif montrait : une prolifération tumorale comportant des petits amas cellulaires épithéliaux (flèches) disposés au sein d'un stroma fibreux dense (figure 2)

Au fort grossissement, les amas cellulaires comportent des cellules épithéliales peu atypiques dotées des noyaux arrondis monomorphes entourés d'un cytoplasme peu abondant éosinophile (figure 3). Les cellules tumorales expriment fortement la pancytokératine (CKAE1/AE3) à l'immunohistochimie (figure 4). Le diagnostic retenu était une tumeur de Brenner non proliférante

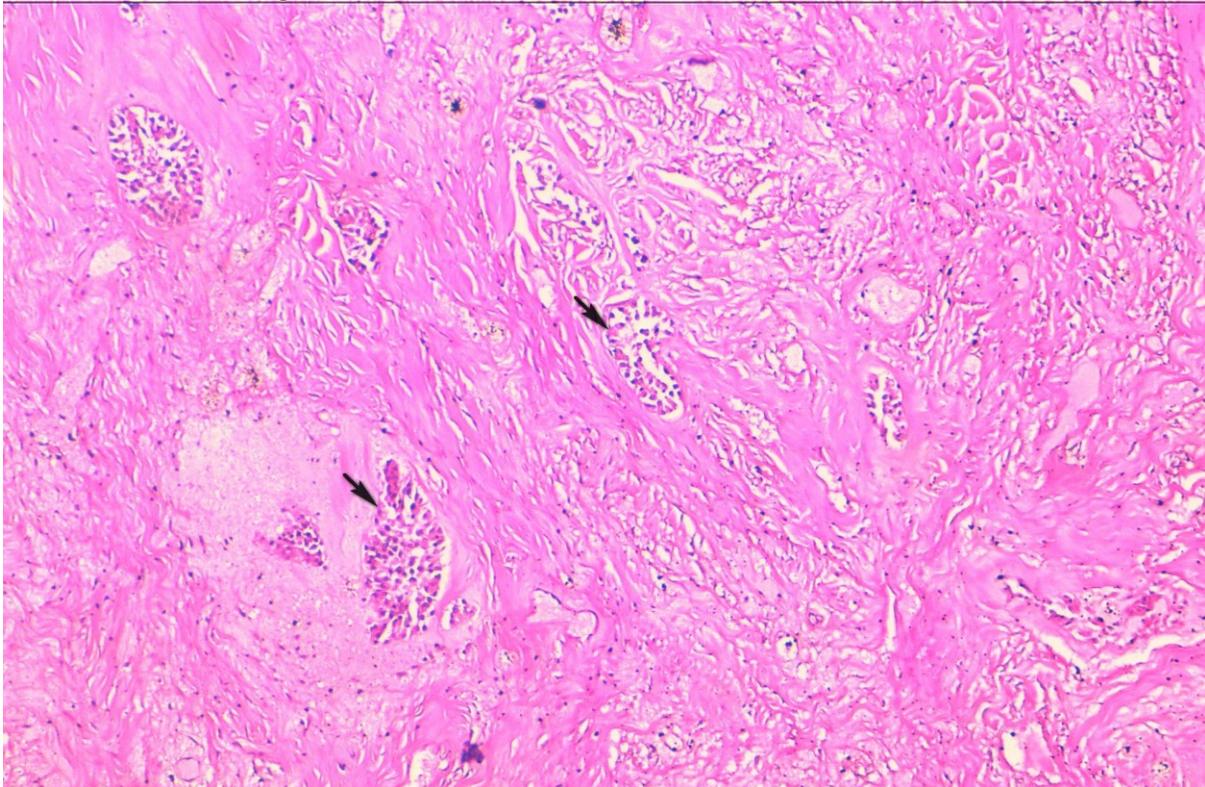


Figure 2:- L'examen histologique montre une prolifération tumorale comportant des petits amas cellulaires épithéliaux (flèches) disposés au sein d'un stroma fibreux dense (HES x 100).

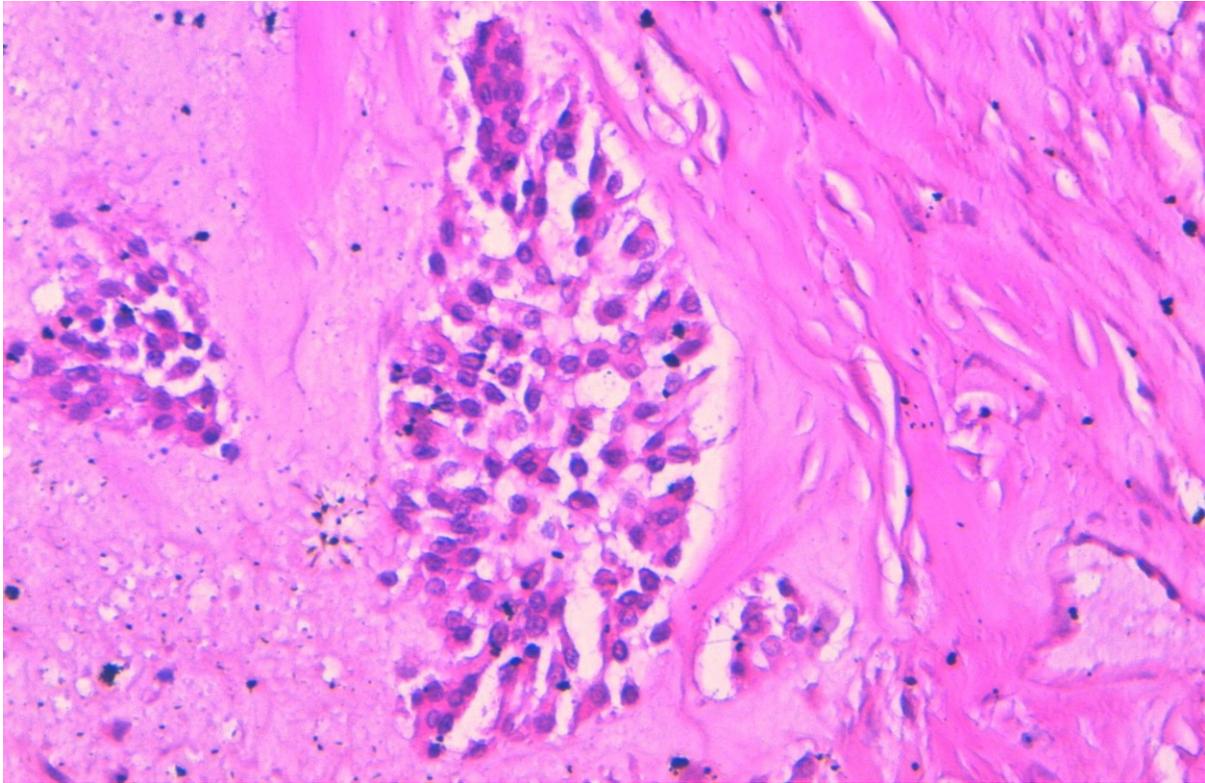


Figure 3:- Au fort grossissement, les amas cellulaires comportent des cellules épithéliales peu atypiques dotées des noyaux arrondis monomorphes entourés d'un cytoplasme peu abondant éosinophile (HES x 200).

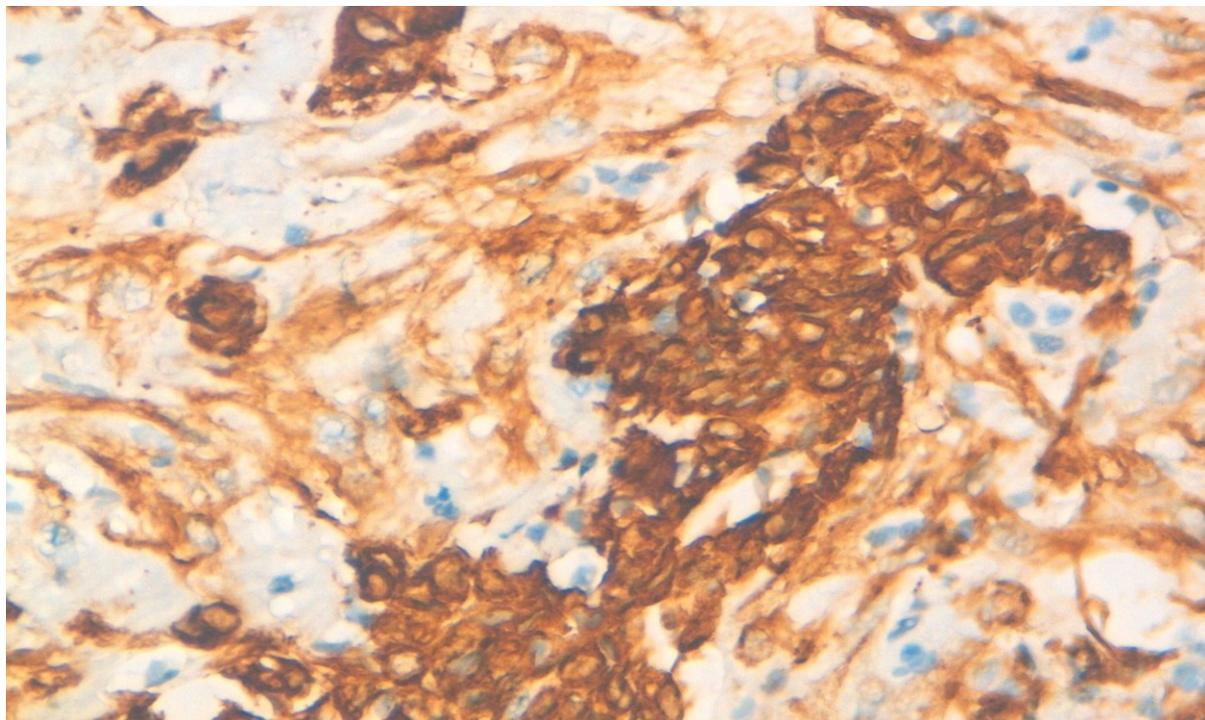


Figure 4:- Les cellules tumorales expriment fortement la pancytokératine (CKAE1/AE3) à l'immunohistochimie (x 400).

Discussion:-

Les tumeurs de Brenner de l'ovaire correspondent à des tumeurs fibroépithéliales. Cette classe de tumeurs épithéliales communes regroupe les tumeurs de Brenner bénignes, malignes et celles à la limite de la malignité (borderline). Les tumeurs de Brenner ne représentent que 1 à 2 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes. Elles sont presque toujours bénignes, rendant le diagnostic, le pronostic et le traitement des tumeurs de Brenner bénignes bien codifiés.

Cependant, la rareté de la variante maligne et celle proliférante (3 à 5 % des tumeurs de Brenner) est à l'origine de difficultés diagnostiques et thérapeutiques [1].

Les tumeurs de Brenner surviennent le plus souvent entre 40 et 60 ans, c'est le cas de notre patiente. [1]. La plupart de ces tumeurs sont originaires de l'épithélium coelomique. Un petit nombre de ces tumeurs serait développé à partir du rete ovarii et d'autres seraient d'origine germinale.

La symptomatologie des tumeurs de Brenner ne diffère pas de celle des kystes ovariens qui sont, le plus souvent, asymptomatiques ou responsables de signes modérés et peu spécifiques tels que des métrorragies, des douleurs pelviennes, une irrégularité des cycles menstruels ou une simple gêne, à type de pesanteur. Ils peuvent aussi être révéles par une complication aiguë, torsion ou hémorragie, qui impose une prise en charge chirurgicale en urgence [2].

Il faut savoir que la croissance de la tumeur de Brenner est lente, entraînant des manifestations cliniques au bout de quatre mois en moyenne [3]. Certaines tumeurs de Brenner ont une activité endocrine et s'écritent, le plus souvent, de l'œstrogène, responsable de métrorragie et d'hyperplasie endométriale. De rares cas rapportés ont une activité androgénique et étaient donc responsables de signes de virilisation [4].

À l'échographie, le plus souvent, c'est une masse échogène, d'une échogénicité proche du myomètre. Elle peut contenir des zones de transformation kystique. La présence de grosses calcifications peut, à tort, faire porter le diagnostic de myome sous-séreux avec une vascularisation pauvre au doppler couleur.

Des remaniements hémorragiques et nécrotiques se voient souvent dans les tumeurs de Brenner malignes [5]. L'IRM n'est pas demandée de façon systématique. Elle est utile dans les kystes hétérogènes solidokystiques. Elle peut contribuer au diagnostic préopératoire de malignité dans les kystes complexes et permet de réaliser, dans le même temps, le bilan d'extension locorégional en cas de malignité avérée [2].

En tomographie il s'agit d'une masse solidokystique. À l'angioscanner, on ne note pas de vaisseau au temps artériel, ni de diffusion de produit de contraste au temps parenchymateux. Sur les clichés tardifs, il existe une prise de produit de contraste.

Sur le plan anatomopathologique, les formes bénignes sont petites, de découverte accidentelle < 2 cm, certains sont volumineux, de consistance ferme, bien limités, à surface lisse, bosselée. À la coupe, solide, fibreux, gris blanc.

Le traitement des kystes de l'ovaire est avant tout conservateur (kystectomie ou ovariectomie), surtout chez une femme jeune, notre patiente a bénéficié d'une annexectomie gauche, omentectomie et biopsies multiples vu que les critères de bénignité ont été réunis et que l'examen extemporané n'était pas disponible. Cependant, en cas de suspicion de malignité, le traitement est radical ; il consiste en une hystérectomie avec annexectomie bilatérale. La cœlioscopie reste la technique chirurgicale de référence pour les kystes organiques présumés bénins. Elle présente de nombreux avantages par rapport à la laparotomie.

Pour notre patiente le diagnostic de tumeur de Brenner bénigne a été retenu sur la pièce de l'annexectomie et n'a pas bénéficié d'aucun traitement complémentaire. Les tumeurs de Brenner bénignes ont un excellent pronostic, alors que les tumeurs malignes restent de mauvais pronostic malgré toutes les investigations thérapeutiques [6].

Chez notre patiente, l'évolution était favorable avec une survie de 5 ans sans récurrence et aucun cas dans la littérature n'a mentionné une récurrence après un traitement radical.

Conclusion:-

Les tumeurs de Brenner ne représentent que 1 à 2 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes et dont la symptomatologie ainsi que les signes biologiques et radiologiques sont peu spécifiques. Le diagnostic histologique des tumeurs de Brenner bénignes reste aisé, cependant Sur le plan anatomopathologique et après revue des rares cas de tumeurs de Brenner publiés dans la littérature, les caractéristiques des tumeurs de Brenner borderline et malignes ne sont pas aussi clairement définies que celles des tumeurs de Brenner bénignes Il appartient donc aux pathologistes d'étudier avec un soin accru ces tumeurs de Brenner comme toute tumeur kystique de l'ovaire, dans les meilleures conditions d'échantillonnage et de techniques afin d'orienter les directives thérapeutiques qui sont moins agressives en cas de tumeurs de Brenner qu'en cas de carcinome.

Références:

1. Duvillard P. Tumeurs ovariennes à la limite de la malignité'. *Ann Pathol* 1996;16(5):396–405.
2. Raïga J, Djafer R, Benoit B, Treisser A. Prise en charge des kystes ovariens. *J Chir* 2006;143(5).
3. Roth LM, et al. Ovarian Brenner tumors: metaplastic, proliferating and of lowmalignantpotential. *Cancer* 1985;56:582–91
4. De Lima GR, De Lima OA, Baracat EC, Vasserman J, Burnier Jr M. Virilizing Brenner tumour of the ovary: case report. *ObstetGynecol* 1989;73:895–8.
5. Seidman JD, Russell P, Kurman RJ. Surface epithelium tumors of the ovary. In : Kurman RJ, ed. *Blausteins's Pathology of the female genital tract*. 5th ed. New-York : Springer Verlag ; 2001. p. 781-904.
6. N. Kourda; H. Elloumi; K. Chérif; S. Ben Jilani; R. Zermani (2008). Tumeur de Brenner proliférante : à propos d'un cas. , 36(3), 0–295. doi:10.1016/j.gyobfe.2007.11.021.