



Tératome Immature De L'ovaire: À Propos D'un Cas

O. Baroud, D. El Karoini, K. Ikouch, S. Mahdaoui, H. Boufettal, N. Samouh

Service de gynécologie aile 8 CHU IBN ROCHD Casablanca

RÉSUMÉ :

Les tératomes ovariens sont divisés en 3 types : mature, immature et monodermique. Le tératome immature constitue moins de 1% des cancers ovariens, et touche préférentiellement la femme jeune. Nous rapportons le cas d'une patiente de 30 ans, prise en charge dans notre structure pour un tératome ovarien immature grade 3. Nous insistons à travers cette observation et sous la lumière d'une revue de la littérature sur les terrains particuliers prédisposant à ce type de tumeur rare et grave et sur les différents critères radiologiques orientant vers ce type histologique rare de tumeurs ovariennes, afin d'améliorer le pronostic ainsi que la prise en charge de cette pathologie.

Mots-clés : Tératome immature, gliomatose, femme jeune

INTRODUCTION :

Le tératome immature est une tumeur germinale non séminomateuse qui représente moins d'un pour cent des tumeurs malignes de l'ovaire [1]. Il affecte un groupe d'âge jeune, survenant le plus souvent au cours des deux premières décennies de la vie. Leur classification en trois grades de malignité permet de mieux définir les indications thérapeutiques [2]. À partir de l'histoire clinique d'une patiente de 30 ans, prise en charge au service de Gynécologie Aile 8 du CHU Ibn Rochd de Casablanca, pour un tératome immature de l'ovaire, il nous a paru intéressant de rappeler les difficultés diagnostiques, les caractéristiques cliniques et paracliniques, le pronostic de ce type de tumeur de l'ovaire et d'en discuter les modalités de prise en charge.

PATIENTE ET METHODES :

Mme I.F, âgée de 30 ans, mère de deux enfants, sans antécédent pathologique particulier, est admise dans notre formation pour prise en charge d'une distension abdominale avec altération de l'état général, sans symptomatologie gynécologique particulière. L'examen clinique retrouve un abdomen distendu avec un syndrome d'épanchement liquidien. L'échographie pelvienne objective une volumineuse formation tissulaire, échogène, hétérogène, occupant toute la cavité abdominale avec un épanchement péritonéal de grande abondance. Le scanner pelvien confirme la présence d'une masse abdomino-pelvienne latéralisée à droite d'allure ovarienne ovulaire de contours bosselés, hétéro dense, rehaussée après injection de PDC mesurant 11/9,6cm, étendue sur 14cm, refoulant les structures digestives. La laparotomie exploratrice

trouve une masse de 30cm, friable végétante au dépend de l'annexe droite ainsi que de multiples implants de grande taille au niveau du péritoine et de l'épiploon avec un aspect de gliomatose étendue; au vu de l'extension locale et la non disponibilité de l'examen extemporanée, la patiente (sensibilisée au préalable pour une chirurgie radicale) a bénéficié d'une exérèse des implants ainsi que d'une hystérectomie totale sans conservation annexielle et omentectomie dont le résultat anatomo-pathologique était en faveur d'un aspect morphologique de tératome pluritissulaire immature

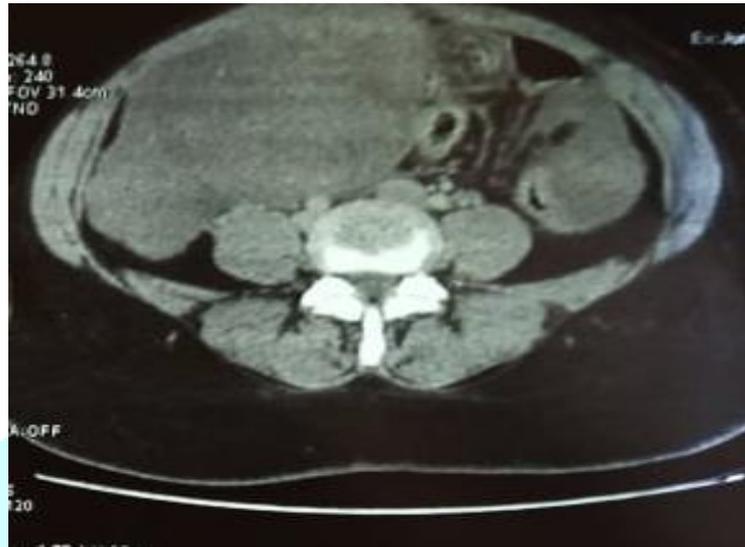


Figure 1 : image scannographique d'une masse abdomino-pelvienne hétéro-dense associée à un épanchement péritonéal



Figure2 : pièces opératoires correspondant aux implants péritonéaux

DISCUSSION :

Le tératome immature de l'ovaire est une tumeur maligne représentant 3% des tératomes, 1% de tous les cancers ovariens et 20% des tumeurs malignes de l'ovaire d'origine germinale [3-5]. L'origine de ces tumeurs provient d'une cellule germinale, unique, isolée dont l'anomalie survient dès la première division méiotique [6] ou plus tardivement au cours de la deuxième division méiotique, voire à partir d'un ovocyte mature [7]. Sur le plan clinique l'âge moyen de survenue est de 19 ans [8], et touche préférentiellement l'enfant et l'adolescente. Aucun signe clinique ne peut faire suspecter un tératome ovarien, la

symptomatologie est très variable, comme toute masse ovarienne, allant d'un simple trouble de cycle à des algies pelviennes, masse abdomino-pelvienne ou même une complication révélatrice type compression, torsion, hémorragie, rupture, infection ou ascite. L'examen clinique est aussi très variable allant d'un examen normal ou une légère sensibilité latéro-utérine à la perception d'une masse abdomino-pelvienne, comme le cas de notre patiente. L'aspect échographique des tératomes immatures est peu spécifique [1], les images en tomographie et résonance magnétique sont plus caractéristiques. Généralement sur le plan scannographique les tératomes immatures sont rarement kystiques et ils se présentent sous la forme d'une large tumeur irrégulière d'aspect mixte, tissulaire et grasseux, la partie solide étant constituée de nombreuses calcifications grossières et amorphes associées à des îlots grasseux disséminés et quelques rares microkystes [09], cette masse se rehausse après injection du produit de contraste. A l'IRM ils se présentent sous la forme d'une volumineuse portion tissulaire présentant quelques plages grasses peu abondantes, visibles en hypersignal T1, avec la présence de multiples microkystes au sein de la masse. Toutefois les études concluent que l'imagerie ne permet pas de préjuger ni du type ni du grade histologique car le tératome immature de l'ovaire est une tumeur maligne composée de tissus dérivés des trois lignées cellulaires embryonnaires (le mésoderme, l'endoderme et l'ectoderme) différenciées en tissu neural, cartilage, et mésenchyme, à des stades de maturation différents, au sein de la tumeur. Leur potentiel malin est directement lié du degré d'immaturité et de la présence de neuroectoderme, ce qui permet d'établir une classification en trois grades de malignité croissante selon la classification de Norris ; cette classification a été proposée initialement par Thurlbeck et Scully [1] et modifiée en 1976 par Norris et O'Connor afin de mieux définir les indications thérapeutiques [10] (Tableau 1). Actuellement, cette classification tend à être simplifiée en bas et haut grade (Tableau 2). L'existence d'éléments vitellins au sein du tératome immature a été rapportée comme une source de sécrétion anormale d'alpha-foetoprotéine, en particulier chez les patientes qui présentent des taux élevés. La présence de ces structures vitellines apparaît comme un facteur prédictif du risque de récurrence [11]. L'alpha-foetoprotéine peut être augmentée dans 18 à 45% des cas [11, 12]. Un taux sérique supérieur à 400 ng est considéré comme un facteur de risque d'évolution péjorative. Dans notre cas, l'alpha-foetoprotéine était à 319ng.

Grade 0	Tissu totalement mature activité mitotique rare
Grade 1	Tumeur contenant de rares foyers de tissu immature neuro-épithélial qui occupent moins d'un champ par lame au grossissement (40x)
Grade 2	Tumeur contenant de rares foyers de tissu immature neuro-épithélial qui occupent 1 à 3 champs par lame au grossissement (40x)
Grade 3	Tumeur contenant de rares foyers de tissu immature neuro-épithélial qui occupent plus que 3 champs par lame au grossissement (40x)

Tableau 1: Grading des tératomes ovariens immatures de Norris et O'Connor (en 3 grades)

	Classification en haut grade/bas grade	Stade FIGO
Tumeur ovarienne grade 1	Bas grade	Ia
Tumeur ovarienne grade 2 ou 3	Haut grade	Ia
Implants grade 2 ou 3	Haut grade	>II
Grade 0 implants péritonéaux, indépendamment de grade de la tumeur ovarienne		>II

Tableau 2: Grading des tératomes ovariens immatures en haut grade/bas grade et leur correspondance

L'évolution des tératomes immatures est marquée par une augmentation rapide du volume tumoral. L'extension est ensuite principalement locorégionale, en premier lieu péritonéale, secondaire à une brèche capsulaire. La dégénérescence gliale ou tératomateuse est exceptionnelle. Les lésions secondaires des tératomes immatures sont décrites sous la forme de granulations superficielles, fermes, de couleur grisâtre ou jaunâtre que l'on peut retrouver sur l'ensemble du péritoine abdomino-pelvien, parfois sur le grand épiploon, ce qui est le cas de notre patiente. Ces métastases sont généralement sous une forme immature. L'évolution propre des implants est mal connue. Ils peuvent rester asymptomatiques et stables, insensibles à

la chimiothérapie ou subir une régression fibreuse. Sur le plan thérapeutique et selon la société française de cancérologie 2013, le traitement des tératomes immatures est divisé en deux volets, un traitement chirurgical suivi par une chimiothérapie en fonction du grade histologique. Le traitement chirurgical vise 3 objectifs: diagnostic (histologie), thérapeutique (ablation de la tumeur), et la détermination du stade d'extension, plusieurs études recommandent une chirurgie initiale au cours de laquelle on réalise au minimum une annexectomie unilatérale, une exploration complète du pelvis et de toute la cavité abdominale, un lavage péritonéal et/ou prélèvement de toute ascite, des biopsies péritonéales multiples systématiques y compris au niveau de l'épiploon et le prélèvement de tout élément suspect. Pour le curage ganglionnaire il n'y a pas d'indication à un curage systématique pelvien et lombo-aortique en l'absence d'anomalie ganglionnaire, et un prélèvement est réalisé en cas d'anomalie visible sur le scanner ou palpable lors de l'exploration chirurgicale. Pour l'ovaire controlatéral une inspection soigneuse s'impose, et une biopsie est recommandée par certains auteurs, il n'y a pas d'indication à une annexectomie bilatérale systématique. Pour l'utérus, pas de place à une hystérectomie [14, 15]. Le but de ce traitement conservateur est dans un souci de conservation maximale de la fertilité. Dans notre cas, vu l'extension massive de la tumeur, la patiente a bénéficié d'un traitement radical : hystérectomie+ omentectomie + résection des implants + prélèvement du liquide d'ascite.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire permet de confirmer le diagnostic, et de déterminer le grade qui conditionne un éventuel traitement adjuvant. Dans le cas de notre patiente, les prélèvements réalisés ont objectivé une prolifération tumorale tératomateuse pluritissulaire comportant un tissu cutané, respiratoire, cartilagineux, osseux, gliale mature, cette prolifération s'étend à l'utérus et aux trompes. Il s'y associe, au niveau des implants et de l'épiploon, un tissu glial immature et neuro-ectodermique avec présence de rosette et pseudo-rosettes, cette composante immature représentant 30% des prélèvements, soit un aspect morphologique en faveur d'un tératome ovarien immature grade 3. Pour les tumeurs de grade 1, la surveillance clinique semble suffisante après traitement chirurgical conservateur seul. Cette attitude est confirmée par Carinelli et al. sur une vaste série de 245 tératomes immatures de l'ovaire qui montre l'absence de récurrence à long terme dans ce sous-groupe de tératome immature de l'ovaire après annexectomie unilatérale [15]. En cas de tératome immature de grade 2 ou 3, l'attitude à adopter, chimiothérapie adjuvante ou chirurgie de stadification, reste controversée. La chimiothérapie adjuvante est habituellement réservée aux tumeurs de grade 3, voire de grade 2. Le protocole le plus utilisé comporte trois molécules empruntées aux chimiothérapies du cancer testiculaire: BEP comprenant bléomycine, étoposide et un sel de platine (cisplatine) [14]. Selon Li et al., les progrès de la chimiothérapie et l'utilisation des sels de platine ont permis d'améliorer le pronostic des tératomes immatures dont la survie était de 40% avant 1983, alors qu'elle atteint 95% entre 1994 et 1998 [11]. Le pronostic des tératomes immatures reste quand même meilleur que celui des cancers épithéliaux de l'ovaire, et il est corrélé au grade de la tumeur primitive [2]. Les tumeurs de grade 1 restent de bon pronostic car le taux de survie à cinq ans est évalué entre 81 et 94% dans la littérature [2, 11]. Les tératomes immatures de grade 3 ont un potentiel hautement malin et leur évolution rapide, locale et à distance, est responsable de taux de récurrence et de décès plus élevés [2, 11, 16], avec un taux de survie à 5 ans de 90 à 100% avec chimiothérapie [17]. Pour le cas de notre patiente, l'évolution était rapidement péjorative vers le décès à j20 post opératoire.

CONCLUSION :

Le tératome immature est une tumeur maligne dont le pronostic est directement corrélé au grade histologique. C'est une tumeur de la femme jeune, dont le diagnostic est confirmé par l'anatomopathologie. Sa prise en charge doit s'orienter le plus souvent possible vers un traitement chirurgical conservateur avec préservation de la fertilité, complété par une chimiothérapie en fonction du grade. La

stratégie thérapeutique doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire entre oncologues, gynécologues et anatomopathologistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tératome immature de l'ovaire: à propos d'un cas

Wail Bouzoubaa,^{1,&} Sofia Jayi,¹ Fatima Zohra Fdili Alaoui,¹ Hikmat Chaara,¹ et Moulay Abdelilah Melhouf

2. Le Goarant de Tromelin J, Deruelle P, Lucot JP, Collinet P. Évaluation de la prise en charge des tératomes immatures de l'ovaire: à propos de trois cas et revue de la littérature. *Gynécologie obstétrique & fertilité*. 2005;33:594–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

3. Norris JH, O'Connor MD. Pathology of malignant germ cell tumors of the ovary. In: Coppleson M, editor. *Gynaecologic oncology*. Second edition. Hong Kong: Longman Group (FE) Ltd; 1992. [[Google Scholar](#)]

4. Quirk J, Natarajan Ovarian cancer incidence in the United States, 1992-1999. *N Gynecologic Oncology*. 2005;97(2):519–523. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

5. World Health Organization Classification of Tumours . Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. World Health Organization; 2003. [[Google Scholar](#)]

6. Rezk Y, Sheinfeld J, Chi DS. Prolonged survival following salvage surgery for chemorefractory ovarian immature teratoma: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2005;96(3):883–7. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

7. Wu X, Han LY, Xu X, Li Z. Recurrent immature teratoma of the ovary: a case report of radical secondary cytoreduction with replacement of the aortic bifurcation. *Gynecol Oncol*. 2004;95(3):746–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

8. Nogales FF, Favara BE, Major FJ, Silverberg SG. Immature teratoma of the ovary with a neural component (solid teratoma) *Hum Pathol*. 1976;7(6):625–42. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

9. Sutton CL, McKinney CD, Jones JE, Gay SB. Ovarian masses revisited: radiologic and pathologic correlation. *Radiographics*. 1992;12(5):853–77. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

9. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics*. 2001;21(2):475–90. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

10. Norris HJ, Zirkin HJ, Benson WL. Immature (malignant) teratoma of the ovary: a clinical and pathologic study of 58 cases. *Cancer*. 1976;37(5):2359–72. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

11. Kawata M, Sekiya S, Hatakeyama R, Takamizawa H. Neuron-specific enolase as a serum marker for immature teratoma and dysgerminoma. *Gynecol Oncol*. 1989;32(2):191–7. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

12. Trabelsi A, Conan-Charlet V, Lhomme C, Morice P, Duvillard P, Sabourin JC. Glioblastome péritonéal: récurrence d'un tératome immature de l'ovaire (à propos d'un cas) *Ann Pathol*. 2002;22:130–133. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

13. Cushing B, Giller R, Ablin A, Cohen L, Cullen J, Hawkins E, et al. Surgical resection alone is effective treatment for ovarian immature teratoma in children and adolescents. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;181(2):353–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

14. Frédéric Selle . Tumeurs germinales et tératomes malins ovariens: prise en charge thérapeutique, HUEP (Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien) Hôpital Tenon. Paris: APHP; 2013. [[Google Scholar](#)]

15. Kollmannsberger C, Oechesle K, Dohmen BM, Pfannenberger A, Bares R, Claussen CD, et al. Prospective comparison of [18F]- fluorodeoxyglucose positron emission tomography with conventional assessment by computed tomography scans and serum tumor markers for the evaluation of residual masses in patients with non-seminomatous germ cell carcinoma. *Cancer*. 2002;94:2353–62. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

16. Sait K, Simpson C. Ovarian teratoma diagnosis and management: case presentations. *J Obstet Gynaecol*. 2004;26(2):137–42. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

17. Beiner ME, Gottlieb WH, Korach Y, Shrim A, Stockheim D, Segal Y, et al. Cystectomy for immature teratoma of the ovary. *Gynecol Oncol*. 2004;93(2):381–4. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]