



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Dysgerminome ovarien associé à une tumeur du sac vitellin : quelles particularités ? À propos d'un cas

Ovarian dysgerminoma associated yolk sac tumor. Case report

Hanane Saadi^{a,*}, Hind Fatemi^c, Najoua Bousfiha^a,
Sanaa Errarhay^a, Nadia Sqalli^b,
Charhazed Bouchikhi^a, Siham Tizniti^b, Afafe Amarti^c,
Abdelaziz Banani^a

^a Service de gynécologie obstétrique I, CHU Hassan II, BP 1835, Atlass, Fès, Maroc

^b Service de radiologie, CHU Hassan II, BP 1835, Atlass, Fès, Maroc

^c Service d'anatomopathologie, CHU Hassan II, BP 1835, Atlass, Fès, Maroc

Disponible sur Internet le 27 février 2012

MOTS CLÉS

Tumeur germinale
mixte ;
Ovaire ;
Traitement
conservateur ;
Chimiothérapie ;
Fertilité

KEYWORDS

Mixed germ cell
tumor;
Ovarian cancer;
Conservative
treatment;
Chemotherapy;
Fertility

Résumé Nous rapportons le cas d'une jeune fille âgée de 17 ans, admise pour une prise en charge d'une masse abdomino-pelvienne. Les données radiologiques et biologiques ont été en faveur d'une tumeur maligne ovarienne sécrétante. Tout en insistant sur la conservation de la fertilité, l'annexectomie unilatérale associée à une chimiothérapie à base de platine est le traitement adapté malgré l'association du dysgerminome à une tumeur du sac vitellin.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary We report the case of a 17-year-old girl, admitted for treatment of an abdomino-pelvic mass. Radiological and biological data were in favor of a malignant ovarian secretion. The unilateral adnexectomy associated with platinum-based chemotherapy is the mainstay of treatment of dysgerminoma associated with yolk sac tumor. While emphasizing the preservation of fertility.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant. Appartement n° 17, Immeuble Moulay Ismail, boulevard Lalla Hasnae, 30000, Fès, Maroc.
Adresse e-mail : saadihanane1@yahoo.fr (H. Saadi).

Introduction

Les tumeurs germinales malignes représentent 5 à 10% de la pathologie ovarienne maligne [1]. Elles regroupent les dysgerminomes et les tumeurs non dysgerminomateuses :

- les dysgerminomes ovariens sont les tumeurs les plus fréquentes, 45% des tumeurs germinales malignes [2], ils sont équivalents aux séminomes testiculaires ;
- les tumeurs non dysgerminomateuses sont constituées par la tumeur du sac vitellin ou tumeur du sinus endodermique, le choriocarcinome embryonnaire pur non gestationnel, le carcinome embryonnaire, le tératome immature et les tumeurs composites ou mixtes (composées de tératome mature et immature et/ou de tumeur du sac vitellin, de carcinome embryonnaire avec une grande partie de composante dysgerminomateuse).

Nous présentons une observation de tumeur mixte associant un dysgerminome avec une tumeur du sac vitellin. En précisant les particularités : clinique, biologique, radiologique, thérapeutique et pronostique.

Observation

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 17 ans, célibataire, sans antécédents pathologiques notables, admise pour une prise en charge d'une augmentation du volume abdominale associé à des douleurs abdomino-pelviennes de type pesanteur sans irradiation particulière ou de signes urinaires ou digestifs. Le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec un amaigrissement non chiffré. L'examen général a trouvé une patiente consciente, normotendue à 110/60 mm/hg, tachycarde à 95 bat/min et apyrétique à 37,8°. L'examen abdominal a révélé une masse abdomino-pelvienne arrivant deux doigts au-dessus de l'ombilic de consistance ferme, sensible et fixe au plan profond. L'examen gynécologique n'a pas été réalisé car la patiente est vierge. L'examen des aires ganglionnaires sont libres.

L'échographie abdomino-pelvienne a objectivé une image à double composante : tissulaire et kystique avec une prédominance des zones tissulaires mesurant dans le plus

grand diamètre 210 × 120 mm bien limitée et vascularisée (Fig. 1). L'utérus et les ovaires n'ont pas été vus. Par ailleurs, on a révélé une fine lame d'épanchement intra abdominale avec une légère dilatation urétéropyélocalicielles. Le bilan biologique a montré une anémie microcytaire normochrome à 6,4 g/dL d'hémoglobine, une hyperplaquetose à 610 000 eL/mm³ et une hyperleucocytose 23 000 eL/mm³. Le C Réactive protéine a 52 mg/L. Le dosage des marqueurs tumoraux a révélé un taux élevé du Bêta HCG 2750 UI/mL avec un Alpha fœtoprotéine normal à 8,14 ng/mL (dosage du LDH non réalisé).

Une IRM pelvienne a montré une volumineuse masse abdomino-pelvienne sus vésicale et sus utérine à contours lobulés et bien limités mesurant 220 × 212 × 120. Cette lésion est très hétérogène en pondération T2 avec de multiples composantes kystiques non rehaussées après injection de produit de contraste et solides, tissulaires en iso signal en T1 et rehaussées de façon modérée et homogène après contraste et bien limitées. Cette image comporte des structures vasculaires en son sein (Fig. 2). Cette lésion est légèrement latéralisée à gauche avec individualisation de l'ovaire droit et de l'utérus, qui sont d'aspect normal, ce qui est en faveur de son origine ovarienne gauche. Par ailleurs, on note un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance avec quelques ganglions latéroaortique gauche. Une laparotomie exploratrice a révélé une masse ovarienne gauche bien encapsulée, adhérente à la paroi postérieure de 23 cm de grand diamètre de surface irrégulière mamelonnée et de consistance mixte (Fig. 3) associée à un litre d'ascite. Après prélèvement cytologique et aspiration du liquide, une annexectomie gauche avec des multiples biopsies péritonéales du grand épiploon et de l'ovaire droit ont été réalisées. Au cours de l'acte chirurgical, la patiente a présenté un état de choc hémorragique avec un saignement en nappe au niveau de la zone de décollement. Cela a été jugulé par une transfusion de trois culots globulaires et de quatre pochettes de plasma frais congelé avec mise en place d'un *packing* qui a été retiré 24 heures après son séjour en réanimation. Le résultat histologique et immunohistochimique est en faveur d'une tumeur germinale mixte composée d'un dysgerminome (Fig. 4) et d'une tumeur du sac vitellin (Fig. 5) sans effraction capsulaire ou atteinte

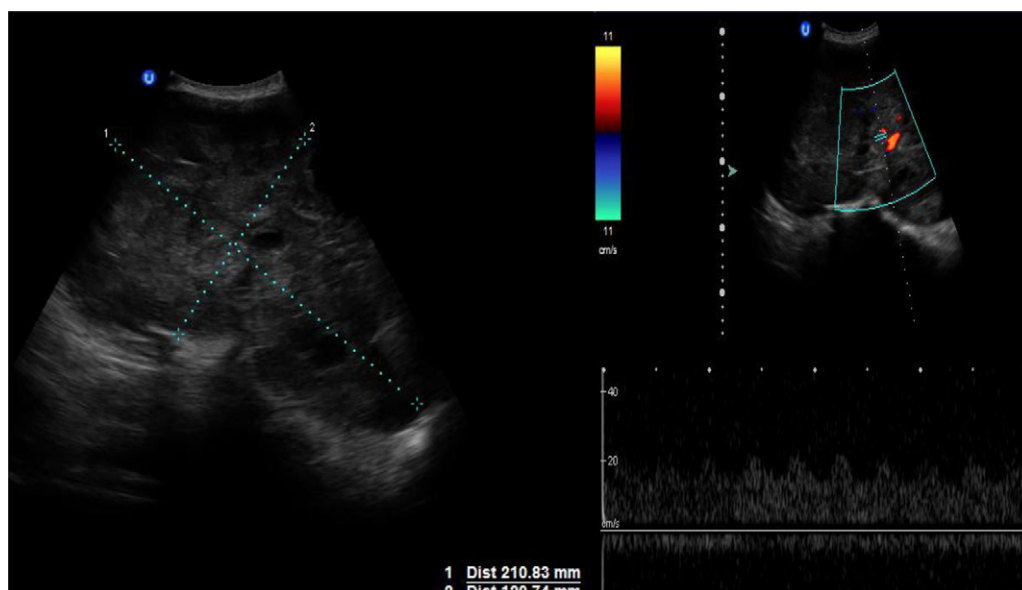


Figure 1. Échographie abdomino-pelvienne montrant une image hétérogène de structure hétérogène, mixte, bien limitée mesurant 210 × 120 mm et vascularisée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2726064>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2726064>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)