

Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire

Granulosa cell tumors of the ovary

Sakina Sekkate¹, Mouna Kairouani¹, Badr Serji², Hind M'Rabti¹, Ibrahim El Ghissassi¹, Hassan Errihani¹

¹ Institut national d'oncologie, service d'oncologie médicale, avenue Allal el fassi, BP 10100, Rabat, Maroc

<Sakina.sekkate@yahoo.fr>

² Hôpital IBN SINA, service de chirurgie « A », Rabat, Maroc

Article reçu le 15 mai 2013,
accepté le 23 septembre 2013

Tirés à part : S. Sekkate

Pour citer cet article : Sekkate S, Kairouani M, Serji B, M'Rabti H, El Ghissassi I, Errihani H. Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire. *Bull Cancer* 2014 ; 101 : 93-101.

doi : 10.1684/bdc.2013.1879.

Résumé. Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire (TGO) sont des tumeurs rares. Elles prennent naissance à partir des cellules des cordons sexuels et du stroma de l'ovaire. Elles se caractérisent par leur histoire naturelle lente, et leur tendance à la récurrence longtemps après le diagnostic initial. La chirurgie complète avec *Staging* de la maladie est la pierre angulaire du traitement. La chimiothérapie est indiquée en cas de tumeurs localisées avec un haut risque de récurrence, et en cas de tumeurs avancées ou récurrentes. Une surveillance prolongée est recommandée. ▲

Abstract. Ovarian granulosa cell tumors (TGO) are rare neoplasms. They arise from sex cord stromal cells of the ovaries. They are characterized by their slow natural history, and their tendency to relapse long time after the initial diagnosis. Complete staging surgery of the disease is the cornerstone of treatment. Chemotherapy is indicated for localized tumors with a high risk of recurrence, and for recurrent or advanced tumors. Prolonged follow-up is recommended. ▲

Mots clés : tumeurs de la granulosa, ovaire, chimiothérapie, cancer, chirurgie, pronostic

Key words: granulosa cell tumors, ovary, chemotherapy, cancer, surgery, prognosis

Introduction

Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire (TGO) sont des tumeurs malignes rares qui représentent 2-3 % de tous les cancers de l'ovaire, et se manifestent principalement chez la population adulte [1].

Elles proviennent des cordons sexuels et du stroma et sont associées à un bon pronostic par rapport aux cancers épithéliaux de l'ovaire.

Elles existent sous deux formes histologiques : une forme adulte (95 %), et une forme juvénile (5 %). Cette dernière se manifeste principalement chez les jeunes femmes, avec des signes plus marqués de malignité, et un risque accru de récurrence [1].

Ces tumeurs présentent un profil clinique, histologique et évolutif particulier, et peuvent réapparaître jusqu'à 40 ans après le diagnostic initial.

L'exérèse chirurgicale complète est la pierre angulaire du traitement, notamment chez les patientes avec un stade précoce. La chimiothérapie à base de sels de platine est indiquée en cas de tumeurs avec des facteurs de mauvais pronostic ou cas de stades avancés [1].

Épidémiologie

L'incidence des TGO est estimée par Lauszus *et al.* à un 1,3 cas/100 000/an [2].

L'incidence chez les femmes d'origine européenne et américaine est presque le double de celui des femmes africaines et asiatiques (0,98 contre 0,552/100 000/an). La TGO survient à n'importe quel âge, mais essentiellement aux alentours de 53 ans (extrêmes : 40-70 ans) pour la forme adulte, et en période prépubertaire ou chez les femmes jeunes de moins de 30 ans pour la forme juvénile.

Anatomopathologie

Macroscopie

La TGO présente une composante solide avec un aspect multikystique, souvent encapsulé. À la coupe, la tumeur paraît jaunâtre ou grisâtre, avec des zones d'hémorragie et de nécrose. Le diamètre médian est de 12 cm (extrêmes : 1 à 30 cm). Il s'agit le plus souvent d'une tumeur unilatérale (*figure 1*) [3].

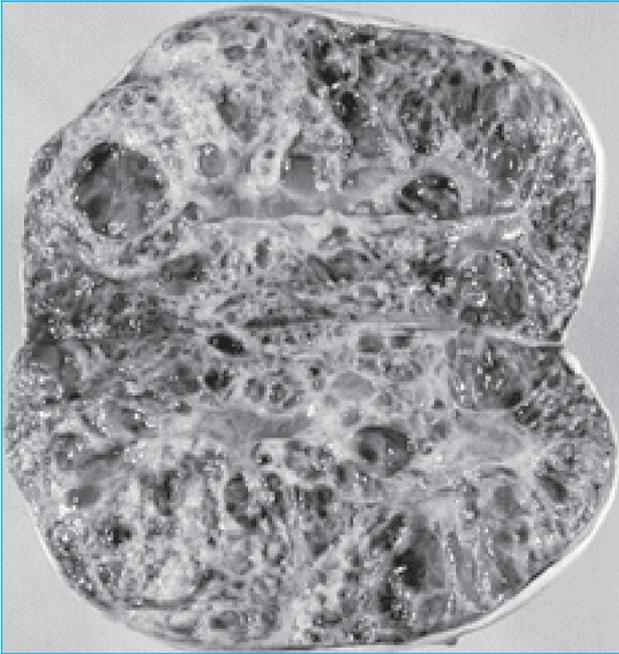


Figure 1. Aspect macroscopique de la tumeur à cellules granulososa de l'ovaire.

Microscopie

La forme adulte comprend cinq sous-type ; le plus fréquents étant le microfolliculaire, caractérisé par la présence des corps de « Call Exner » contenant un fluide éosinophile parfois basophile, avec des noyaux en « grains de café » (figure 2) [3].

Il existe souvent une prolifération réactionnelle de cellules thécales d'accompagnement.

Concernant les autres sous-types histologiques, on trouve le macrofolliculaire, le trabéculaire ou l'insulaire, et le tubulaire solide.

Pour la forme juvénile, l'architecture est souvent lobulée, les corps de « Call Exner » sont rares, et les signes de lutéinisation sont fréquents [2].

Immunohistochimie

Les principaux marqueurs exprimés par les cellules des TGO sont la vimentine (100 %), le CD 99 et l'actine lisse (92 %).

L'inhibine est le marqueur le plus intensément positif. Les autres marqueurs sont : AE1 AE3 (1/3 des cas), S100 (1/3 des cas), desmine (65 %).

La calrétinine peut être positive mais elle est moins spécifique que l'inhibine.

Récemment, on a trouvé que les cellules des TGO expriment dans 90 % la E-cadhérine, présente également dans les fibrothécomes, les tumeurs du stroma endométrial, et des carcinomes à petites cellules, mais non présente dans les tumeurs mullériennes et les carcinoïdes.

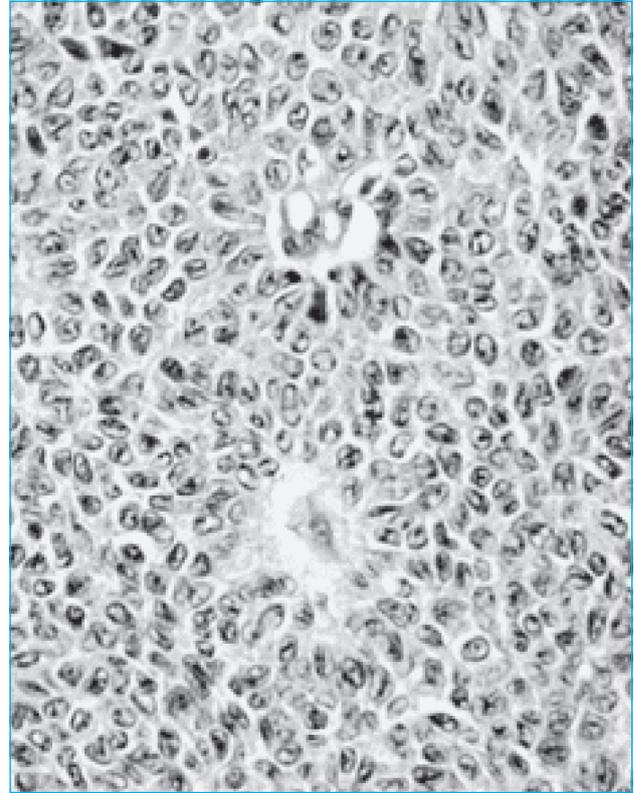


Figure 2. Aspect microscopique de la tumeur à cellules granulososa de l'ovaire.

Donc, la E-cadhérine participerait au diagnostic différentiel des TGO avec les tumeurs carcinoïdes et les adénocarcinomes de l'ovaire.

Biologie moléculaire

Shah et al. [4] ont identifié une mutation somatique de FOXL2 (402C→G) (gène du facteur de transcription), présente chez 97 % des patientes avec TGO type adulte et chez 10 % des patientes avec TGO type juvénile.

Les applications cliniques de ces résultats pourraient être prometteuses. Tout d'abord, l'identification d'une mutation récurrente de FOXL2 peut être utilisée comme un outil de diagnostic des TGO adultes, en plus des caractéristiques histologiques et immunohistochimiques. De plus, vu la faible fréquence de cette mutation chez les formes juvéniles des TGO, cette dernière peut être aussi utile dans la distinction entre les deux types de TGO, basée actuellement sur la présentation clinique, les caractéristiques anatomopathologiques et la progression naturelle.

En distinguant les deux types de la TGO, le statut mutationnel du FOXL2 pourrait donc avoir de l'importance dans l'adaptation de la durée du suivi postopératoire [5].

Enfin, la mutation FOXL2 pourrait être la cible de la prochaine génération de thérapeutiques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3978531>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3978531>

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