

Kyste Dermoïde Dégénéré : A Propos De Deux Cas Et Revue De La Littérature

Belhaj Yahia Nada¹, Saidani Ahmed², Triki Haythem³, Bel Hadj Anis⁴,
Mannai Saber⁵, Houissa Hichem⁶.

^{1,2,3,4,5,6} Service De Chirurgie Générale. Hôpital El Matri. Ariana. Tunisie.

Abstract: Malignant transformation is an extremely rare complication of ovarian mature teratoma with a poor prognosis which occurs in 1 to 3% cases. It is usually observed in elderly women. Many elements may indicate the malignant transformation but the diagnosis is based on anatomo-pathological analysis. We present two case reports of squamous cell carcinoma arising from a mature cystic teratoma occurring on two non-menopausal women.

Keywords: Desmoid cyst – malignant transformation – epidermoid carcinoma – ovary

I. Introduction

Le tératome kystique de l'ovaire ou kyste dermoïde ou encore tératome mature est une tumeur germinale non séminomateuse bénigne qui représente environ 10 à 20% des tumeurs ovariennes [1]. Il se voit surtout chez la femme jeune en période d'activité génitale. La transformation maligne d'un de l'ovaire est une complication peu fréquente s'observant dans environ 2 % des cas [2]. Elle est habituellement observée chez la femme ménopausée avec une moyenne d'âge de 52 ans sous forme d'une masse pelvienne [3]. Le type histologique généralement retrouvé est le carcinome épidermoïde dans 80% des cas.

Nous rapportons un cas d'un carcinome épidermoïde développée sur tératome mature de l'ovaire chez deux patientes non ménopausées.

II. Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, non ménopausée, elle présentait des algies pelviennes de type pesanteur. L'examen clinique mettait en évidence une distension abdominale avec une masse abdominopelvienne de 20cm de diamètre, dont le pôle supérieur déborde l'ombilic et dont les limites inférieures plonge dans le pelvis. Le toucher vaginal avait mis en évidence une masse latéro-utérine gauche sans saignement génital. L'échographie pelvienne montrait des lésions kystiques au dépend de l'ovaire gauche. La tomodynamométrie abdominopelvienne une volumineuse masse abdominopelvienne à double composante graisseuse et kystique contenant des macro-calcifications, avec petite portion charnue rehaussée après injection de produit de contraste, cette masse mesure 19.4 cm de diamètre et semble au dépend de l'ovaire gauche (figure 1 et 2). Le scanner thoracique était normal.

L'exploration chirurgicale trouvait une masse ovariennes gauches bien limité non adhérentes aux tissus avoisinants. Une annexectomie gauche a été réalisée.

L'étude anatomopathologique montrait tératome kystique pluritissulaire et mature cancérisé en carcinome épidermoïde de l'ovaire gauche avec une trompe saine (figure 3).

La patiente a par la suite eu un complément de staging : hystérectomie avec annexectomie droite, une omentectomie. Ce dernier n'a pas montré d'autres localisations carcinomateuses.

III. Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée 47 ans, nullipare nulligeste qui rapporte des douleurs abdominales diffuses avec distension abdominale sans troubles du transit ni troubles urinaires ni altération de l'état général.

L'examen clinique retrouvait une masse pelvienne de 20 cm de grand axe ferme, indolore et mobile. Le toucher vaginal avait mis en évidence une masse latéro-utérine gauche sans saignement génital. Scanner abdomino-pelvienne a montré une volumineuse masse ovarienne abdomino-pelvienne de 20 cm de diamètre à double composante dont l'aspect cadre avec un tératome (figure 4).

Après libération des adhérences, une annexectomie gauche est réalisée, macroscopiquement, la formation kystique pluriloculaire. L'examen histologique concluait à un carcinome épidermoïde kératinisant sur kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Une hystérectomie totale sans conservation annexielle ainsi qu'une omentectomie ont été réalisées ultérieurement. Les suites postopératoires immédiates étaient simples.

L'examen anatomopathologique n'a pas montré de localisation tumorale en dehors de celle de l'annexe gauche.

IV. Discussion

Le tératome mature cancérisé se définit comme étant un kyste dermoïde dans lequel se développe un carcinome sur une de ses composantes matures. La transformation maligne est une complication rare des kystes dermoïdes et survient chez 1 à 3% des patientes porteuses de tératomes matures. Cette complication survient le plus souvent en période péri ménopausique et est exceptionnelle avant l'âge de 30 ans. En effet, le risque de transformation maligne d'un kyste dermoïde augmente avec l'âge, ainsi une femme de 70 ans à 15 % de risque que son kyste dermoïde cancérisé ; ce risque est presque nul au cours des 2 premières décades [4,5]. Le carcinome épidermoïde est observé dans près de 80% des cas [4]. Cependant dans notre série, la découverte a été faite à un âge plus jeune.

Les manifestations cliniques varient en fonction du stade tumorale. Elles sont superposables à celles des tumeurs ovariennes bénignes et sont dominées par la distension abdominale, les algies pelviennes surtout à type de pesanteur, l'ascite et les signes de compression digestifs et urinaires.

Sur le plan radiologique, il s'agit souvent d'un aspect typique de tératome mature. Cependant, différents auteurs proposent comme signes évocateurs de malignité l'adhérence aux structures avoisinantes, la présence de nodules de carcinoses et la présence de plage de nécrose et d'hémorragie [6].

Certains marqueurs sériques notamment le SCCA (squamous cell carcinoma antigen) se sont avérés utiles dans le diagnostic pré opératoire des transformations malignes des kystes dermoïdes de l'ovaire et dans la détection précoce des récidives. Cependant, un taux faible de SCC ne permet pas d'éliminer formellement un tératome cancérisé [7-9].

Quoique la malignité peut être suspectée sur des critères per-opératoire telles que : l'âge supérieur à 40 ans, la taille tumorale qui peut atteindre 20 cm et la présence de l'hémorragie et la nécrose, aucun de ces critères n'est formel et le diagnostic de certitude repose sur l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire. L'intérêt majeur de reconnaître le caractère malin du kyste dermoïde en préopératoire est de privilégier la laparotomie au lieu de l'abord laparoscopique qui est d'usage courant dans le kyste dermoïde et ce afin d'éviter la rupture intra-péritonéale qui aggrave le pronostic [10].

Aucune étude prospective n'a permis la mise en place d'une stratégie thérapeutique codifiée vu la rareté de l'affection. Néanmoins, l'exérèse chirurgicale radicale permettant un staging ovarien complet est la première étape du traitement. Dans le cas du stade IA survenant chez une femme jeune, on peut se contenter d'une annexectomie unilatérale sans traitement adjuvant [4].

Le curage ganglionnaire reste controversé puisque l'extension se fait surtout de proche en proche et par voie péritonéale [11].

La place de la radiothérapie et de la chimiothérapie n'est pas encore déterminée. Les protocoles de chimiothérapie usuellement administrés dans les tumeurs germinales se sont montrés limités dans les carcinomes épidermoïdes sur tératomes de l'ovaire [12].

De ce fait, certains auteurs ont utilisé la mono, poly-chimiothérapie à base de cisplatine, la radiothérapie ou la combinaison de ces deux modalités avec des résultats.

En extrapolant les traitements proposés pour la prise en charge des carcinomes épidermoïdes du col utérin et de la vulve, certains auteurs proposent une radiothérapie sur le pelvis avec chimiothérapie hebdomadaire concomitante à base de cisplatine et ce pour les stades supérieurs à IB [13].

Le pronostic de cette affection est mauvais. Il dépend essentiellement du grade, de l'invasion vasculaire, de l'effraction de la capsule ovarienne ainsi que du type histologique. Certains auteurs considèrent aussi la présence de résidu tumoral [9].

Ainsi, on rapporte une médiane de survie de 65 mois en cas de réduction tumorale complète versus 34,8 mois en cas de chirurgie incomplète [14].

V. Figures

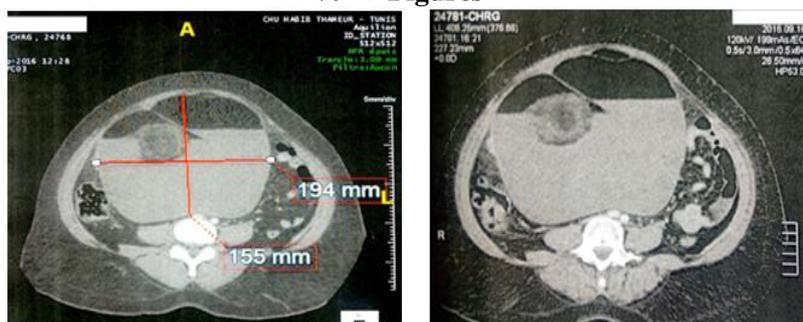


Fig 1 et 2 : Une volumineuse masse abdomino-pelvienne au dépend de l'ovaire gauche, à double composante grasseuse et kystique contenant des macro-calcifications, avec petite portion charnue rehaussée après injection de produit de contraste.

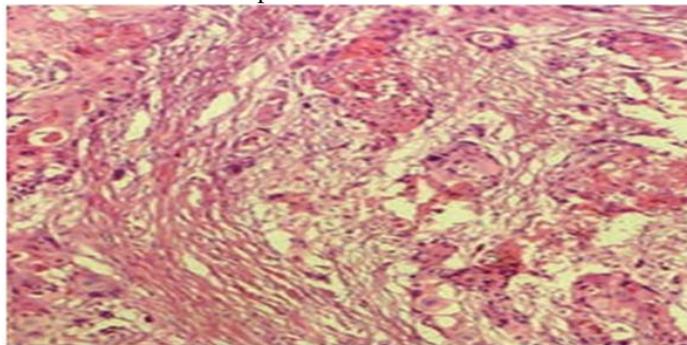


Fig 3: Prolifération carcinomateuse faite de cellules de taille moyenne, à cytoplasme abondant et au noyau manifestement atypique (Grossissement $\times 60$).



Fig 4: Une volumineuse masse abdomino-pelvienne de 20 cm de diamètre à double composante au dépend de l'annexe.

VI. Conclusion

La transformation maligne est une complication exceptionnelle compliquant l'évolution des tératomes ovariens matures. De ce fait une exérèse de toute masse ovarienne même asymptomatique est de mise. La dégénérescence peut être évoquée en préopératoire devant un faisceau d'arguments. En cas de suspicion de cancérisation d'un tératome, l'abord laparoscopique est préféré afin d'éviter les greffes péritonéales qui modifient le pronostic. Le traitement est multidisciplinaire, basé sur la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie et ce selon le stade de la maladie. Néanmoins, la stratégie thérapeutique reste sujette à controverses vu la rareté de cette affection.

References

- [1]. Griffiths D, Wass J, Look K, Sutton G. Malignant degeneration of a mature cystic teratoma five decades after discovery. *Gynecol Oncol.* 1995;59:427-9 [pubmed](#)
- [2]. Wei F, Jiang Z, Yan C. Analysis of 20 mature ovarian cystic teratoma cases in postmenopausal women. *Chin Med J (Engl).* 2001;114:137-8 [pubmed](#)
- [3]. Tseng C, Chou H, Huang K, Chang T, Liang C, Lai C, et al. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. *Gynecol Oncol.* 1996;63:364-70 [pubmed](#)
- [4]. Argoitia X, Duga I, Labeyrie E, Toledo L. Dégénérescence des kystes dermoïdes. A propos d'un cas de transformation maligne. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35:1005-8.
- [5]. Damjanovi, Knowles B, Solter D. The human teratomas. *Experimental and clinical biology Clifton NJ. Human Press.* 1983;3:105-36.
- [6]. Rim S.Y, Kim S.M, Choi H.S. Malignant transformation of ovarian mature cystic teratoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 ;16:140-144.
- [7]. Tseng.C, Chou.H, Huang.K, Chang.T et al. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. *Gynecol Oncol.* 1996;63:364-370.
- [8]. Dos Santos.L, Mok.E, Iasonos.A, Park. K et al. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary: a case series and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2007;105:321-324.

- [9]. Miyazaki.k, Tokunagat.T, Katabuchi.H, Ohba.T et al. Okamura Clinical usefulness of serum squamous cell carcinoma antigen for early detection of squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. *Obstet Gynecol.* 1991;78:562–565.
- [10]. Mounia.Z, Ihssane.H , Khalid.G, Jaouad.K et al. Teratome Mature Cancerise De L’ovaire : A Propos D’un Cas Et Revue De La littérature. *Global Journal of Medical Research.* 2015 ;15.
- [11]. Kornreich F, Holt J, Barnard A, Snoeck J *et al.* Comparison of Frank's and McFee's lead systems using multivariate statistics. *Eur J Cardiol.* 1976;4:131-40
- [12]. Bukulmez O, Genc C, Karamursel B, Ayhan A. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;88:153-7
- [13]. Bidnenko S, Parkhomenko L, Open'ko L. Serotyping of Proteus using a rapid system. *Lab Delo.* 1991;43:58-61
- [14]. Kikkawa F, Ishkawa H, Tamakoshik K, Nawa A et al. Squamous cell carcinomas arising from mature cystic teratoma of the ovary : a clinicopathologic analysis. *Obstet Gynecol.* 1997;89:1017