

# Sarcoidosis Peritoneal and ovarian: A Study Case

Fadi. A.M, F-Z. Fdili Alaoui, S. Jayi, M.A. Melhouf and H. Chaara

Service de gynéco obstétrique II CHU Hassan II de Fès.

**Abstract:** *Sarcoidosis is a granulomatous inflammatory disease characterized by a very diverse clinical presentation and course. The etiology of sarcoidosis remains uncertain, but leads to a cytokine disorder, in particular an increase in the secretion of TNF $\alpha$ , which participates in the formation of granulomas in various organs. The peritoneal and ovarian localization of sarcoidosis remains rare in gynecology, differential diagnosis with ovarian cancer associated with ascites due to a close clinical presentation. We report the case of a 57-year-old patient, treated for ascites and deterioration of general condition, in whom scanning by CT revealed an aspect of peritoneal carcinomatosis, which seemed to be at the starting point of the ovaries associated with a thickening digestive. Histological analysis after mini laparotomy revealed a granulomatosis of the sarcoidosis type. Clinical improvement was quickly obtained with corticosteroid therapy. The mode of revelation of this pathology is compared to that of other cases reported in the literature.*

**Keywords:** peritoneal sarcoidosis, ovarian cancer, diagnostic, treatment

## Sarcoïdose péritonéale et ovarienne : à propos d'un cas

### Résumé

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse caractérisée par une présentation clinique et une évolution très diverses. L'étiologie de la sarcoïdose demeure incertaine, mais conduit à un désordre cytokinique, en particulier une augmentation de la sécrétion de TNF $\alpha$ , qui participe à la formation de granulomes dans différents organes. La localisation péritonéale et ovarienne d'une sarcoïdose reste rare en gynécologie, le diagnostic différentiel se fait avec le cancer de l'ovaire vu la présentation clinique proche. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 57ans, admise pour prise en charge d'une ascite et altération de l'état général, chez qui l'exploration par une TDM-TAP a mis en évidence un aspect de carcinose péritonéale semblant être à point de départ ovarien associé à un épaississement digestif, L'analyse histologique après mini laparotomie a révélé une granulomatose de type sarcoïdose. Une amélioration clinique a été rapidement obtenue après la corticothérapie. Le mode de révélation de cette pathologie est comparé à celui des autres cas rapportés dans la littérature.

**Mots clés :** sarcoïdose péritonéale, cancer de l'ovaire, diagnostic, prise en charge

### Introduction

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue qui est responsable principalement d'une atteinte médiastinopulmonaire chez des adultes jeunes (20 à 40 ans) [1]. La sarcoïdose peut également être révélée par des manifestations cliniques extra thoraciques diverses (le plus souvent cutanées et oculaires). D'autres localisations plus rares peuvent mettre en jeu le pronostic d'organes (localisations ophtalmiques, et rénales), voire le pronostic vital (atteinte cardiaque) [2]. L'atteinte des séreuses et du péritoine en particulier a été exceptionnellement rapportée au même titre que l'atteinte ovarienne associée. Dans notre contexte précis, la présentation clinique de la sarcoïdose peut être proche de celle d'un cancer de l'ovaire. Nous rapportons le cas d'une sarcoïdose péritonéale avec atteinte ovarienne évoquant une carcinose péritonéale d'origine ovarienne et discutons les modes de révélation de ces lésions.

### Observation et malade

Mme T. âgée de 57 ans, qui a comme ATCD un goitre depuis 3 ans sous traitement, multipare, G8,P7 ménopausée depuis 6ans. l'histoire de la maladie remonte à 9 mois par l'installation des douleurs pelviennes chroniques, type colique d'intensité moyenne intermittente, siège au niveau hypogastrique initialement sans autres signes associés notamment pas de métrorragies, pas de signes urinaires ni digestifs, pas de signes articulaires, pulmonaires ni ophtalmologiques, les signes d'imprégnation tuberculose sont positifs type amaigrissement, sueurs nocturnes, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré et altération de l'état générale. La symptomatologie s'est aggravée par une augmentation de volume abdominal motivant sa consultation au CHU Hassan II Fès pour prise en charge avec un examen clinique objectivant une patiente consciente IMC 25, abdomen distendu, présence d'une matité déclive correspond à une ascite de grande abondance, pas de masse palpable, examen gynécologique : au speculum : col d'aspect macroscopiquement normal, pas de métrorragies au toucher vaginal, pas de masse latéro utérine, utérus

de taille normal, toucher rectal : RAS la patiente a bénéficié d'une échographie pelvienne objectivant utérus de taille normal, épaissement endométriale de 10 mm, les 2 ovaires non vus, épanchement intra péritonéale de grande abondance, une TDM TAP a été réalisée objectivant une carcinose péritonéale diffuse non biopsiable, épaissement digestif fin, infiltration de la graisse mésentérique, par ailleurs les 2 ovaires vues sans anomalie, ascite de grande abondance, au biologique CA125 très élevé à 1640 CA 19-9 à 26. Une hystérocopie diagnostique a été faite pour innocenter la cavité utérine objectivant une hypertrophie endométriale diffuse sans signes d'atypie, curetage de l'endomètre et de l'endocol fait, une mini laparotomie a été faite avec l'exploration, ascite de faible abondance, présence des formations blanchâtres millimétriques diffuses au niveau des ovaires, les intestins, l'épiploons, le foie et les gouttières pariéto coliques, utérus adhérent au pelvis, les annexes sans anomalies, décision de réaliser une étude cytologiques de liquide d'ascite avec annexectomie bilatérales, et des biopsies multiples, dont le résultat définitif d'anatomopathologie était en faveur réaction inflammatoire granulomateuse épithéloïde et giganto cellulaire sans nécrose casseuse évoquant en 1ere une sarcoïdose péritonéale et ovarienne, liquide péritonéale réactionnel, nous avons complété par une IDR a la tuberculine qui a été paradoxalement positive, cependant 3BK crachats sont négatifs, une radiographie thoracique était normale, la patiente a été adressée au service de médecine interne mise sous corticothérapie avec une nette amélioration clinique et biologique.

## DISCUSSION

La sarcoïdose est une pathologie bénigne qui touche essentiellement la charnière médiastino pulmonaire avec des manifestations extra thoraciques tel ophtalmologiques et rénales, l'atteinte des séreuses notamment péritonéales avec atteinte ovarienne par contiguïté reste très rare et ne présente que 1 % de l'atteinte extra thoracique, dans la littérature nous avons trouvé 10 cas d'atteinte ovarienne et péritonéale.

L'atteinte du péritoine se manifeste par des signes cliniques pauvres (douleurs abdominales chroniques peu intenses sans fièvre, ni signes fonctionnels digestifs ni urinaires) se résumant habituellement à une ascite exsudative [3], l'examen clinique mis en évidence la présence d'ascite généralement sans masse abdomino pelvienne palpable, l'examen gynécologique est normal. Les paramètres biologiques sont ceux observés au cours d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire lymphopénie modérée, absence de syndrome inflammatoire biologique hypercalcémie, hypergammaglobulinémie poly clonale élévation de l'ECA, [4] dans notre cas on a observé une lymphopénie modérée avec une hypercalcémie et anémie normochrome normocytaire à 9. Le CA 125 est un marqueur de 1ere intention des tumeurs épithéliales non mucineuses de l'ovaire, son élévation est faussement liée spécifiquement au cancer de l'ovaire, ce marqueur peut être élevé dans les pathologies bénignes comme l'endométriose, le fibrome utérin, la sarcoïdose la tuberculose, les kystes ovariens bénins, mais aussi dans les autres cancers surtout gynécologiques à savoir le cancer de l'endomètre ou cancer tubaire, il a un intérêt pronostic surtout dans la surveillances des cancer de l'ovaire non mucineux déjà traités[5]

L'intérêt de l'échographie pelvienne et notamment la TDM TAP dans le diagnostic de la sarcoïdose qui montre la présence d'ascite et de la carcinose péritonéale de petit volume associée à un épaissement digestif et épiploïque et notamment l'absence d'une masse ovarienne bien individualisée oriente vers la sarcoïdose.

La stratégie diagnostique dans la suspicion d'une sarcoïdose péritonéale et ovarienne avant de poser un traitement chirurgical c'est de réaliser une cœlioscopie diagnostique si possible avec des biopsies ou une mini laparotomie notamment pour conserver la fertilité chez les patientes jeunes

L'aspect macroscopique de la sarcoïdose est spécifique notamment la présence des petites formations millimétriques blanchâtres au niveau de péritoine, épiploon, avec des adhérences multiples, mais cet aspect est non sensible puisque nous pouvons le trouver dans la tuberculose péritonéale, c'est l'intérêt de l'anatomopathologie de poser le diagnostic.



Figure1 : image d'une sarcoïdose ovarienne 04]

Dans la littérature juste dix publications rapportant des cas de sarcoïdose péritonéale, dont la présentation initiale évoquait en lere lieu un cancer de l'ovaire, L'âge des patientes était jeune compris entre 20 et 40 ans sauf pour deux d'entre elle dont l'âge était 74 et 75ans. Le mode de révélation de cette pathologie était variable : une ascite était présente dans cinq cas associée ou non à une altération de l'état général. En revanche, dans trois cas une masse annexielle unilatérale était au premier plan de la symptomatologie clinique. et 2 cas une douleur pelvienne chronique. Aucun bilan biologique réalisé en préopératoire n'a permis d'affirmer formellement le diagnostic de sarcoïdose mais il a permis d'orienter le diagnostic dans ce sens : IDR négative ECA élevé. Le taux du CA 125 était élevé pour deux cas. La stratégie chirurgicale initiale a été diagnostiquée avec biopsies péritonéales multiples. Une annexectomie bilatérale a été réalisée chez une sixième patiente ménopausée en raison de la présence de masses kystiques ovariennes associées aux granulations [5-6-7-8-9]

Le traitement des atteintes viscérales symptomatiques de la sarcoïdose repose aujourd'hui comme hier sur la corticothérapie systémique. La corticothérapie orale demeure le traitement de référence de la sarcoïdose et diminue de façon non spécifique la réaction granulomateuse en inhibant un large panel de cytokines (IL-1, IL-2, IL-12 et le TNF-alpha). [10].

Actuellement la patiente est suivie au service de médecine interne sous corticothérapie après avoir retenu le diagnostic de sarcoïdose péritonéale et ovarienne avec une très nette amélioration

### **Conclusion**

La sarcoïdose péritonéale et ovarienne reste un diagnostic difficile à poser en pré opératoire, l'intérêt de cette étude est de faire suspecter le diagnostic devant une carcinose péritonéale diffuse millimétrique et l'ascite sans masse ovarienne nette visible avec CA125 non augmenté. Une fois le diagnostic est suspecté une mini laparotomie ou cœlioscopie doivent être relâchées pour des biopsies surtout si la patiente est jaune et pour éviter le traitement radical par excès.

### **REFERENCE**

- [1] Baughman RP, Lower EE, Du Bois RM. Sarcoidosis. Lancet 2003;361: 1111–8.
- [2] Sarcoïdose péritonéale et ovarienne simulant un cancer de l'ovaire Ovarian and peritoneal sarcoidosis mimicking an ovarian cancer <file:///C:/Users/SONY/Desktop/article%20sarcoïdose/sarcoïdose.pdf>
- [3] Uthman IW, Bizri AR, Khalifeh MJ. Peritoneal sarcoidosis. Semin Arthritis Rheum 2002;31:353
- [4] Sarcoïdose péritonéale et ovarienne simulant un cancer de l'ovaire Ovarian and peritoneal sarcoidosis mimicking an ovarian cancer F. Fuchsa,\*, A. Le Tohicb , P. Raynala , E. Guillota , C. Chisa , R. Meckenstockb , P. Panela
- [5]2012 biomnis-precis de bio pathologie analyse médicale spécialisée

[6] Uthman IW, Bizri AR, Khalifeh MJ. Peritoneal sarcoidosis. *Semin Arthritis Rheum* 2002;31:353.

[7] Karmaniolas K, Liatis S, Dalamaga M, Mourouti G, Digeni A, Migdalis I. A case of ovarian sarcoidosis mimicking malignancy. *Eur J Gynaecol Oncol* 2005;26:231–2

[8] Becker WF, Coleman WO. Surgical significance of abdominal sarcoidosis. *Ann Surg* 1961;153:987–95.

[9] Trimble EL, Saigo PE, Freeberg GW, Rubin SC, Hoskins WJ. Peritoneal sarcoidosis and elevated CA 125. *Obstet Gynecol* 1991;78:976–7.

[10].Badarani O , Nunes H. Traitement anti-inflammatoires et autres traitements de la sarcoïdose. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* Volume 8, Issue 2, June 2016, Pages 156-158.