

An Unusual Clinical Presentation Of Serous Adenocarcinoma Of The Ovary.

A.LAHKIM BENNANI¹, M .BENDAHHOU IDRISSE¹, Z. BENCHEKROUN², M. HALOUA², M.BOUBBOU², S.ERRARHAY¹, M.K. SAOUD¹, N.MAMOUNI¹, C.BOUCHEKHI¹, A.BANANI¹.

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

¹SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE I, CHU HASSAN II, FES.

²SERVICE DE RADIOLOGIE, HÔPITAL MÈRE ENFANT, CHU HASSAN II, FES.

Abstract: Ovarian cancer is the most severe gynecological cancer. The clinical presentation is not very clear, which explains the delay in diagnosis and consequently the high morbidity and mortality of this pathology. The symptomatology is not specific, and can vary from an increase in abdominal volume or diffuse abdominal pain, to an alteration of the general condition associated with ascites leading to the diagnosis. The case described in this article reports a very rare clinical presentation of ovarian cancer. In our case, a patient presented with postmenopausal genital bleeding and was found to have a vaginal tumor accessible to biopsy. A biopsy was performed and found to be a serous adenocarcinoma of ovarian origin. Thus, a primary ovarian tumor was suspected. Imaging revealed an ovarian tumor that appeared to communicate with the vaginal mass, thus suspecting a locoregional extension of the ovarian mass into the vagina. Delayed diagnosis of ovarian cancer is a real challenge. The discovery of ovarian cancer on the occasion of genital bleeding due to a secondary vaginal location is a sign of its extensive nature. The improvement of its prognosis depends first of all on an early diagnosis. Thus, the question of screening is a major issue.

Keywords: Ovarian tumor, Vaginal tumor

Une présentation clinique inhabituelle d'un adénocarcinome séreux de l'ovaire.

A PROPOS D'UN CAS

A.LAHKIM BENNANI¹, M .BENDAHHOU IDRISSE¹, Z. BENCHEKROUN², M. HALOUA², M.BOUBBOU², S.ERRARHAY¹, M.K. SAOUD¹, N.MAMOUNI¹, C.BOUCHEKHI¹, A.BANANI¹.

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

¹SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE I, CHU HASSAN II, FES.

²SERVICE DE RADIOLOGIE, HÔPITAL MÈRE ENFANT, CHU HASSAN II, FES.

INTRODUCTION :

Le cancer de l'ovaire est le cancer gynécologique le plus sévère. Le tableau clinique est peu bruyant expliquant les retards diagnostiques, et en conséquent la morbidité et la mortalité élevées de cette pathologie. La symptomatologie n'est pas spécifique, pouvant aller d'une augmentation du volume abdominal ou douleurs abdominales diffuses, à une altération de l'état général associée à une ascite menant à poser le diagnostic.

Le cas décrit dans cet article rapporte une présentation clinique très rare d'un cancer de l'ovaire.

Présentation du cas :

Il s'agit d'une patiente âgée de 54ans, G4P4, ménopausée depuis 2 ans, ayant comme antécédents une hypertension artérielle sous traitement, une cholécystectomie en 2015 pour une vésicule biliaire lithiasique.

La patiente a consulté pour des métrorragies post-ménopausiques apparues depuis un an. L'examen clinique initial a trouvé une patiente en assez bon état général, avec un OMS à 0. L'examen gynécologique trouve au spéculum la présence d'une masse bourgeonnante au dépend de la paroi postérieure des deux tiers supérieurs du vagin, faisant 7 cm de grand axe, saignante au contact. La lèvre antérieure du col est d'aspect macroscopiquement normal et la lèvre postérieure est cachée par la masse sus décrite. On ne note pas de saignement en provenance de l'endocol. Le toucher vaginal associé au palper abdominal trouve un col

souple avec une lésion vaginale au dépend de la face postérieure du vagin. L'utérus est de taille difficile à apprécier vu le pannicule adipeux. Le toucher rectal trouve une masse bombante au niveau de la paroi rectale antérieure.

Sur le plan radiologique, l'échographie pelvienne trouve en rétro utérin, une image à double composante kystique et charnue de 9*9 cm non dopplérisée en faveur d'une masse ovarienne, avec présence d'une autre masse au dépend du vagin de 4 cm également non dopplérisée.

La TDM thoraco-abdomino-pelvienne trouve une masse tumorale ovarienne droite localement avancée associée à une masse tumorale vaginale semblant communiquer avec la première.

Une biopsie de la lésion vaginale a été réalisée trouvant un aspect histologique compatible avec un adénocarcinome séreux d'origine ovarienne.

Les marqueurs tumoraux réalisés sont la CA 19-9 revenue à 5, et la CA 125 > 600.

Sur le plan thérapeutique, le dossier de la patiente a été staffé en réunion de concertation pluridisciplinaire jugeant la tumeur non résecable. Une chimiothérapie première a été proposée.

L'évolution sous chimiothérapie a été marquée par une diminution de la taille tumorale en imagerie.

L'examen clinique post-chimiothérapie trouve une patiente en assez bon état général, avec un OMS à 0. L'examen gynécologique trouve au spéculum la présence d'une petite lésion bourgeonnante de 0.5 cm, située au niveau de la paroi postérieure du tiers supérieur du vagin, saignante au contact, associée à un col irrégulier. Le toucher vaginal trouve une irrégularité de la lèvre postérieure du col utérin avec la perception d'une petite lésion bourgeonnante au niveau du tiers supérieur du vagin.

Le cas de notre patiente a été rediscuté en réunion de concertation pluridisciplinaire : la décision était de proposer un traitement chirurgical.



Figure 01: TDM en coupe sagittale (A) et axiale (B) après injection du produit de contraste montrant une masse tumorale ovarienne droite (flèche) présentant un continuum tumoral avec le vagin (*)



TDM en coupe sagittale (A) et axiale (B) après injection du produit de contraste après cure de Bevacizumab montrant une régression de la masse tumorale ovarienne droite (flèche) et vaginale (*).

DISCUSSION :

Le cancer de l'ovaire représente 225 484 nouveaux cas et 140 153 décès en 2008 à travers le monde. Ceci constitue 3,7 % des cancers de la femme (6e rang). Il est ainsi responsable de 4,2% des décès par cancer (7e rang). [2]

Des différences importantes de pronostic sont observées d'un continent à l'autre. Par exemple, le rapport entre les décès et les nouveaux cas est plus grand en Afrique (10 443/13 976) qu'en Asie (60 114/102 412). [2]

Le tableau clinique du cancer de l'ovaire présente deux particularités expliquant son mauvais pronostic : Le manque de spécificité, et l'apparition retardée des symptômes. Le diagnostic se fait alors à l'occasion d'un bilan étiologique d'ascite, de pleurésie, de douleurs pelviennes ou à la découverte d'une masse abdominopelvienne. A ce stade une altération de l'état général est souvent associée. Cependant, la prise en compte précoce de certains symptômes comme les troubles digestifs, la perte d'appétit amènent à la réalisation d'examen simples, permettant de diagnostiquer des maladies moins diffuses [1]. Les formes précoces, pauci symptomatiques, sont le plus souvent diagnostiquées fortuitement, lors de bilan de masses annexielles en imagerie.

La découverte d'une tumeur ovarienne au décours de métrorragies est rare. Bayly and Greene et al. [4] n'ont pas pu démontrer de relation entre la tumeur de l'ovaire non productrice d'hormones et le saignement utérin, estimant ainsi que le saignement utérin était lié à une autre étiologie indépendante de la tumeur ovarienne. Or les tumeurs ovariennes hormonosécrétrices peuvent induire des métrorragies par l'action des hormones sur l'endomètre, ainsi plusieurs cas de ce type ont été publiés dans la littérature [3].

Dans notre cas, il s'agit d'une patiente qui s'est présentée pour des métrorragies post-ménopausiques avec découverte à l'examen gynécologique d'une tumeur vaginale bourgeonnante et accessible à la biopsie. Une biopsie a été réalisée revenue en faveur d'un adénocarcinome séreux d'origine ovarienne. Ainsi, une tumeur ovarienne primitive a été suspectée. L'imagerie a objectivé une masse tumorale ovarienne semblant communiquer avec la masse vaginale, suspectant ainsi une extension locorégionale de la masse ovarienne vers le vagin.

Dans une étude réalisée par Karpathiou et al. à propos des tumeurs secondaires du tractus gynécologique, le site d'atteinte était significativement associé à l'origine de la tumeur primaire, ainsi dans cette étude les tumeurs gastro-intestinales touchaient principalement les ovaires, les tumeurs endométriales le vagin, les tumeurs ovariennes le myomètre et les tumeurs urothéliales le col de l'utérus/vagin. Le type d'atteinte secondaire différait selon l'organe touché, les ovaires et l'endomètre étant principalement touchés par des métastases à distance, le vagin par des récives locales, et le myomètre/cervix par une extension directe. Les métastases à distance étaient plus fréquentes avec les tumeurs gastro-intestinales et mammaires, tandis que les récives locales étaient plus fréquentes avec les tumeurs gynécologiques. [5]

Dans une vaste étude rétrospective, 46% des métastases au niveau du tractus génital féminin provenaient de sites extragénitaux, tandis que les 54% restants étaient des métastases de tumeurs primitives du tractus génital ; les tumeurs primitives les plus fréquentes étaient celles du cancer de l'endomètre (34,1%), du cancer colorectal (17,2%), du cancer sein (16%) et de l'ovaire (9,5%). Quant au site d'atteinte, 44% concernaient les ovaires, 36,7% le vagin, 5,2% la vulve, 4,6% l'endomètre, 3,7% le col de l'utérus et 2,8% la trompe. Selon cette même étude, une analyse des métastases des tumeurs génitales au niveau du tractus génital a été

réalisée, seulement 18 sur 109 cas de métastases vaginales avait comme origine un cancer primitif l'ovaire, tandis que l'écrasante majorité des métastases vaginales avait comme origine un cancer de l'endomètre. [6]

CONCLUSION :

Le retard diagnostique du cancer de l'ovaire constitue un vrai défi. La découverte de ce dernier à l'occasion de métrorragies causées par une localisation secondaire vaginale signe déjà son caractère extensif.

L'amélioration de son pronostic passe d'abord par un diagnostic précoce. Ainsi, la question du dépistage est un enjeu majeur. Plusieurs méthodes ont été étudiées, notamment le dosage du marqueur CA 125 et la réalisation d'une échographie endovaginale. Cependant, le manque de la sensibilité de l'échographie endovaginale et de la spécificité du dosage du CA125 a rendu peu avantageux leur utilisation dans le cadre du dépistage. En conséquent, le dépistage du cancer de l'ovaire reste un chantier fertile.

Bibliographie

- [1] Le Roch A, Collinet P, Boulanger L, Fournier L, Alexandre J, Bats AS, et al. Cancer de l'ovaire : diagnostic, bilan, stratégie thérapeutique. EMC - Gynécologie 2014;9(4):1-9 [Article 630-I-10].
- [2] Brun JL, Boubli B, Sasco AJ. Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. EMC Gynécologie 2012;7(2):1-9 [Article 630-A-10].
- [3] [Li-Juan Huang](#), [Liang-Yan Shi](#), [Jie Duan](#) **Clinicopathological analysis of ovarian sertoli-leydig cell tumor with postmenopausal vaginal bleeding as the first symptom: A case report**
- [4] Bayly, M. A., & Greene, R. R. (1949). *Ovarian tumors and uterine bleeding. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(5), 984–988. doi:10.1016/0002-9378(49)90658-4
- [5] Karpathiou, G., Chauleur, C., Hathroubi, S., & Peoc'h, M. (2018). *Secondary Tumors of the Gynecologic Tract. International Journal of Gynecological Pathology*, 1. doi:10.1097/pgp.0000000000000516
- [6] Mazur M, Hsueh S, Gersell D. Metastases to the female genital tract analysis of 325 cases. *Cancer* 1984;53:1978–84.