



Cas Clinique

Récidive de Tumeur Ovarienne Borderline Mucineuse Géante Mimant un Kyste Épidermoïde sur une Fesse

Recurrent mucinous borderline ovarian tumor mimicking an epidermoid cyst of the buttock

Mokako LJ¹, Hissein AH¹, Lahmidi H¹, Alaoui MZ¹, Sabur S¹, El Harti A¹, Diouri M², Erguibi D³, Benassou M⁴.

Affiliations

¹ Department of Plastic Surgery, Ibn Rochd Teaching Hospital, Hassan II University, Casablanca Morocco

² Head of Department of Plastic Surgery, Ibn Rochd Teaching Hospital, Hassan II University, Casablanca Morocco

³ Department of Surgery, Ibn Rochd Teaching Hospital, Hassan II University, Casablanca Morocco

⁴ Department of Gynecologic Oncology, Ibn Rochd Teaching Hospital, Hassan II University, Casablanca Morocco

Auteur correspondant : Mokako Lisenga Jacques, Department of Plastic Surgery, Ibn Rochd Teaching Hospital, Hassan II University, Casablanca Morocco. mokakojacques@gmail.com

Mots clés : Tumeur ovarienne borderline mucineuse géante, Kyste épidermoïde géant, Récidive Tumeur ovarienne borderline

Keyword s: Giant mucinous borderline ovarian tumour, Giant epidermoid cyst, Recurrence of mucinous borderline ovarian tumour.

RÉSUMÉ

Les Tumeurs ovariennes borderlines (TOB) représentent 10 % à 15 % de toutes les tumeurs ovariennes. Les TOB mucineux (TOBM) sont classés comme étant de type « intestinal » ou « müllérien » (endocervical). L'âge médian des patientes atteintes de TOB est de 10 à 20 ans plus jeune que celui de celles atteintes de cancers ovariens invasifs. Le diagnostic préopératoire repose sur des critères radiologiques et biologiques qui ne sont pas formels. L'exploration chirurgicale et l'examen anatomopathologique permettent le diagnostic dans la plupart des cas. Nous rapportons le cas d'une femme de 45 ans, multipare et multigeste, qui a présenté une géante masse molle, non douloureuse, à la base de la fesse droit, évoluant depuis 25 ans, opéré à 2 reprises sans compte rendu anatomopathologique et qui nous consulte 20 ans après la dernière chirurgie de cette masse avec un diagnostic erroné de kyste épidermoïde à l'IRM. Nous avons réalisé une kystectomie laborieuse qui a nécessité 2 voies d'abord (pelvienne et une). Un kyste biloculé de 37 x 6 x 9 cm a été reséqué en totalité. L'étude anatomopathologique a révélé une tumeur ovarienne mucineuse borderline de type endocervicale et l'étude cytologique du contenu de la tumeur a révélé des lésions kystiques mucoïdes avec absence de malignité. Par la suite, le traitement a été complété par une stadification dont l'étude anatomopathologique n'a révélé aucun envahissement tumoral.

Abstract

Borderline ovarian tumours (BOT) account 10 to 15% of all ovarian tumours. Mucinous BOT are classified as « intestinal » type or « mullerian » (endocervical). The median age of patients with BOT is 10 to 20 years younger than those with invasive ovarian cancer. Preoperative diagnosis is based on radiological and biological criteria, which are often not conclusive. Surgical exploration and anatomopathological examination enable the diagnosis in most cases. We report the case of a 43 years old woman, multiparous and multigeste, who presented with a giant soft, painless mass at the base of the right buttock, evolving for 25 years, operated on 2 times without anatomopathological report and who consulted 20 years after the last surgery of this mass with an erroneous diagnosis of epidermoid cyst on MRI. We performed a laborious cystectomy requiring a double approach (pelvic and posterior). A biloculated cyst measuring 37 x 6 x 9 cm was completely resected. Histological analysis revealed a borderline mucinous ovarian tumour endocervical type and cytological study of the tumour contents revealed mucoid cystic lesions with no malignancy. Subsequent treatment was completed by staging, the anatomopathological study of which revealed no tumour invasion.

INTRODUCTION

Les Tumeur ovarienne borderline (TOB) représentent 10 % à 15 % de toutes les tumeurs ovarienne et les TOB mucineux (TOBM) représentent 30 à 50% de ces dernières¹. Les TOBM sont classées comme étant soit de

type « intestinal » (75% des cas), soit de type « müllérien » ou endocervical (15% des cas). L'âge médian des patientes atteintes de TOB est de 10 à 20 ans plus jeune que celui de celles atteintes de cancers ovariens invasifs. Le diagnostic préopératoire repose sur des

critères radiologiques et biologiques qui ne sont pas formels. C'est le plus souvent, l'exploration chirurgicale et l'examen anatomopathologique qui permettent de confirmer le diagnostic. La plupart des rares cas de TOB géantes dans la littérature ont quasiment toutes en commun la même manifestation clinique, une volumineuse masse abdominale. Nous rapportons par contre le cas tout particulièrement rare d'une patiente de 44 ans présentant une géante tumeur ovarienne borderline mucineuse récidivante mimant un volumineux kyste épidermoïde de la fesse droite.

PRÉSENTATION DU CAS

Il s'agit d'une patiente de 44 ans avec P5 G6 A1, marié, qui a consulté dans notre service de chirurgie plastique et réparatrice du C.H.U Ibn Rochd Casablanca après nous avoir été référé du service de gastroentérologie pour prise en charge d'un volumineux kyste épidermoïde au niveau de la fesse droite. L'histoire de la maladie remonte à 1997, la patiente à l'époque âgée de 20 ans avait présenté une masse au niveau de la fesse droite pour laquelle une exérèse chirurgicale de masse avait été réalisée dans un hôpital de la ville de Meknès. En 2002 soit 5ans plutard, elle consultât dans un hôpital de la ville de Marrakech pour une récurrence de cette masse pour laquelle une seconde exérèse chirurgical sera réalisée. Par la suite en 2012, elle consultât à nouveau pour une récurrence de la même masse dans un hôpital de la ville d'Agadir où uniquement une ponction évacuatrice du contenu cette masse a été réalisée. L'évolution sera marquée par une nouvelle récurrence de cette masse pour laquelle elle nous consulte en 2022.

À l'examen clinique, la patiente était en bonne état général avec de bons paramètres vitaux et présentait en région glutéale une volumineuse masse de 27 x 26 cm à la base de la fesse droite, de consistance rénitente, non douloureuse, mobile, non pulsatile, avec une peau hyperchromique et souple surmonté des cicatrices des chirurgies antérieures (Figure 1).



Figure 1 : volumineuse masse de 27 x 26 cm à la base de la fesse droite récidivé à 3 reprises.

La patiente ne rapportait aucune notion de constipation ni de gêne à la défécation et l'examen proctologique rapportait essentiellement des hémorroïdes stade 1 et l'examen des aires ganglionnaires étaient libre. La patiente n'avait aucun compte rendu anatomopathologique des précédentes exérèses de la masse.

Le service de gastroentérologie nous l'avait référé avec une IRM évoquant un kyste retro-recto-anal, multi loculé évoquant un Kyste Epidermoïde associier probablement à un Kyste pilonidal de mensuration 27.4 cm de hauteur, 6.6 cm de largeur et 9.5 cm de diamètre antéro-postérieur sans adénopathie pelvienne notable (Figure 2)

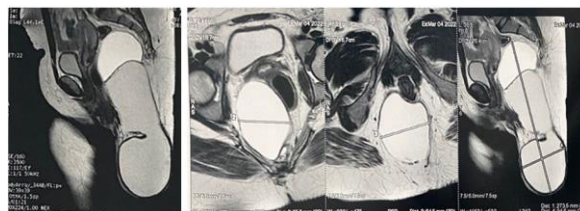


Figure 2 : IRM initial en coupe sagittale et transversale de la volumineuse masse

L'intervention chirurgicale avait débuté par une colostomie de propreté puis la Kystectomie a été réalisé en 2 temps opératoire avec 2 voies d'abord différentes afin de pouvoir réséquer le kyste en totalité. Le 1^{er} temps opératoire était par voie d'abord antérieure avec incision de Pfannenstiel afin de pouvoir décoller le pôle supérieur du kyste en retro utérin (Figure 3).



Figure 3 A. Voie d'abord antérieure et colostomie de propreté. **Figure 3 B.** Image IRM coupe sagittale : Fleche rouge = Voie d'abord antérieure; V = Vessie; U = Utérus; C = Coccyx; R = Rectum ; Trait discontinu bleu = Pôle supérieur du kyste à décoller

Le 2^{ème} temps opératoire par voie d'abord postérieure, patiente en décubitus ventral, nous avait permis d'extirper le kyste en totalité en réséquant le pôle inférieur du kyste et en joignant cette résection à celle du pôle supérieur préalablement réalisé lors du 1^{er} temps (Figure 4)

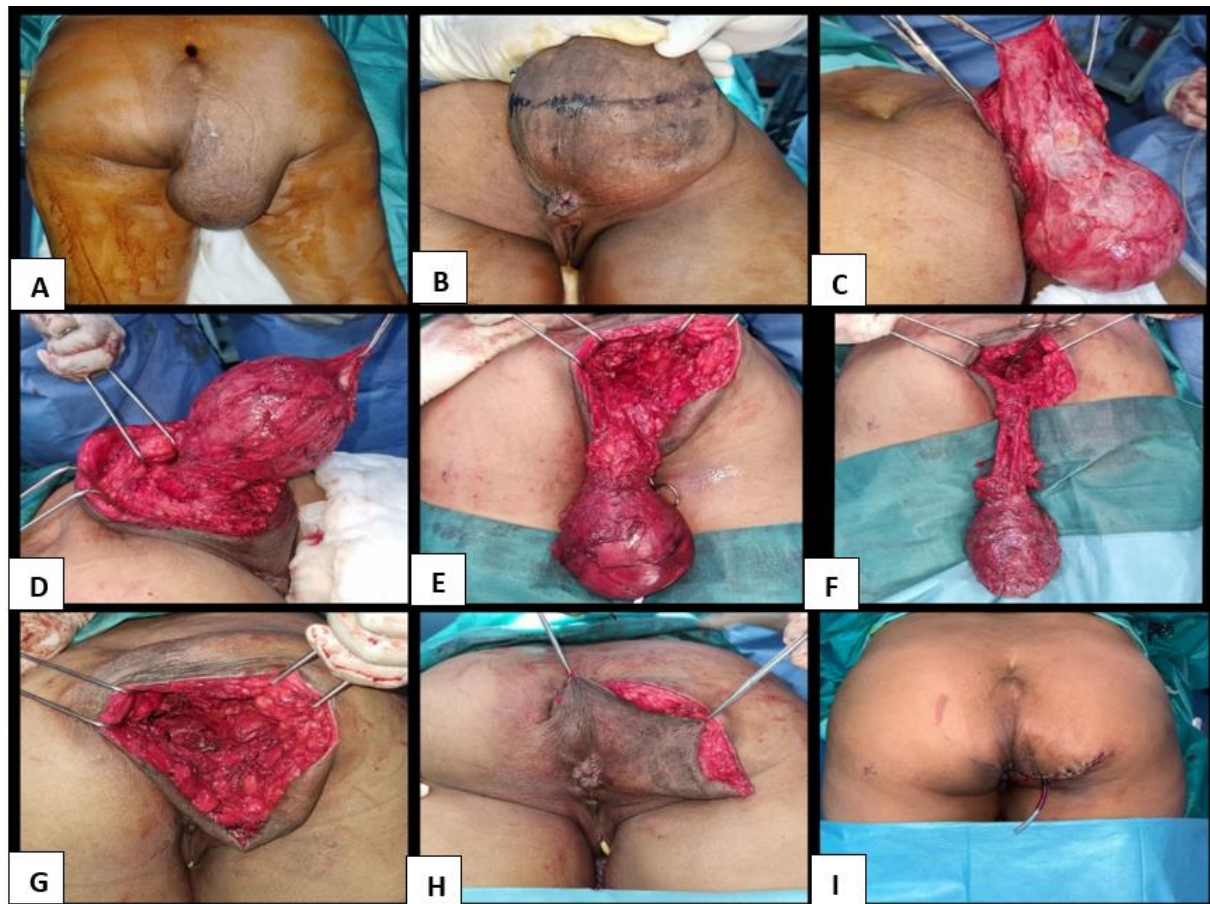


Figure 4 : Résection du kyste

Les mensurations du kyste étaient de 37 cm de longueur et 11 cm de largeur pour un poids de 800 gramme (Fig 5).



Figure 5 : kyste réséqué en monobloc

Les suites opératoires étaient simples, l'IRM de contrôle en post opératoire a montré une résection complète du kyste (Figure 6) et la patiente était pleinement satisfaite du résultat (Figure 7)

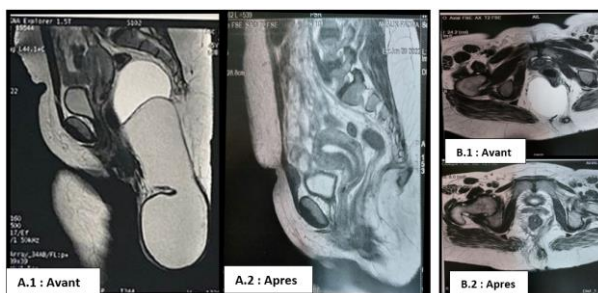


Figure 6 : image comparative IRM avant et après en coupe sagittale et transversale.



Figure 7 : Aspect préopératoire VS aspect postopératoire après 3 mois

L'étude anatomopathologique de cette masse avait conclu à une tumeur ovarienne borderline mucineuse de type endocervical et l'étude cytologique du liquide contenue dans cette masse avait conclu à un aspect cytologique de lésion kystique mucinoïde avec absence de malignité.

Le taux des marqueurs tumoraux CA 125 = 11.25 U/ml (vn: < 35) et le taux de CA 19.9 = 39.19 U/ml (vn: < 39). La tumeur était classifiée FIGO III.

Le diagnostic initial de kyste épidermoïde étant redressé grâce l'étude anatomopathologique, la RCP indiquât de compléter la Kystectomie par une hystérectomie, une appendicectomie, une omuntectomie et une biopsie péritonéale. Les suites opératoires étaient simples et les résultats de l'étude anatomopathologique avait conclu à une absence de malignité.

DISCUSSION

TOB représentent 10 % à 15 % de toutes les tumeurs ovarienne et Les TOB mucineux (TOBM) représente 30 à 50% de ces derniers¹. Ils sont à 90% unilatéraux, à surface lisse, contenant un liquide visqueux et 10% d'entre eux sont bilatéraux^{2,3}. Dans la littérature, il existe peu de rapports sur les MBOT géantes et les quelques cas retrouvés se présentent tous cliniquement comme une masse abdominales. Nous rapportons par contre l'observation d'un cas aussi rare que particulier d'une patiente de 43ans multipart présentant un 3^{ème} épisode de récurrence de tumeur ovarienne borderline mucineuse mimant un kyste épidermoïdes géant de la fesse droite. Initialement, sur base de l'IRM et des antécédents chirurgicaux, le diagnostic de kyste épidermoïde était évoqué d'autant plus que même l'aspect cliqué de la lésion que présentait notre patiente était quasi similaire à des formes clinique de kyste épidermoïde géant de la fesse rapporter dans la littérature^{4,5} (Figure 8).

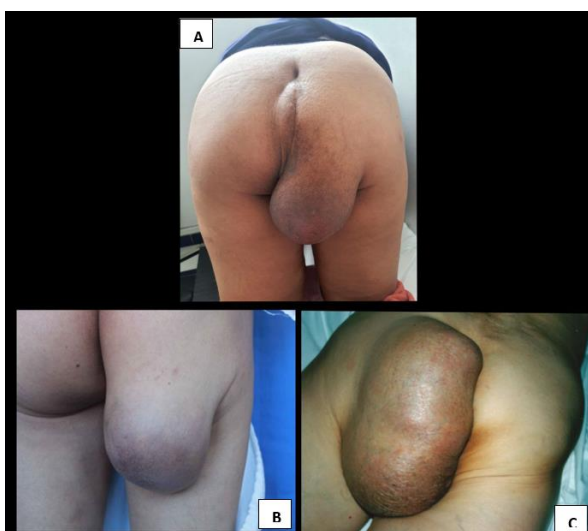


Figure 8 : aspect clinique similaire entre (A.) Tumeur ovarienne borderline mucineuse type endocervicale et (B, C.) kyste epidermoïde géant de la fesse^{4,5}

La taille et la configuration de la masse étant les principaux déterminants de la technique opératoire dont l'objectif était la résection du kyste (ou d'une éventuelle tumeur) en monobloc afin d'éviter la récurrence ou de disséminer des cellules potentiellement malignes tel que recommander dans la littérature⁶⁻⁸ mais aussi afin d'éviter des complications telle qu'une fistule rectal ou une lésion du sphincter anal.

Le kyste fut réséqué en 2 temps avec premièrement une voie d'abord antérieure par incision de Pfannenstiel pour pouvoir aborder le pôle supérieur de kyste et le décoller en retro utérin puis procéda deuxièmement par une voie d'abord postérieure nous permettant d'extirper le kyste en totalité en réséquant le pôle inférieur du kyste et en joignant cette résection à celle du pôle supérieur préalablement réalisé.

Un kyste de 37cm de longueur et 11cm de largeur pour un poids de 800 gramme a été réséqué en monobloc et le

diagnostic initial de kyste épidermoïde a été redressé par l'étude anatomopathologique qui concluait à une tumeur ovarienne borderline mucineuse de type endocervical.

Des marqueurs tumoraux ont été utilisés pour évaluer le risque de malignité de cette masse ovarienne. Le taux de Ca 125 était normal tandis que le taux de Ca 19.9 = 39.19 U/ml (valeur normale <39) était légèrement élevé. C'est actuellement le marqueur tumoral le plus précis pour la détection précoce de la récurrence postopératoire de Tumeur ovarienne borderline mucineuse⁹. L'indice de risque de malignité, intégrant l'âge, les résultats échographiques et le niveau de ca125, a une sensibilité élevée (74,4 %) et une spécificité (90 %) dans la détection du cancer de l'ovaire chez les femmes présentant des masses annexielles¹⁰.

Après confirmation diagnostic, la RCP avait indiqué une chirurgie de stérilisation complète incluant, une hystérectomie totale, une appendicectomie, une omuntectomie et le prélèvement d'un nodule mésentérique avaient été réalisés au vu des multiples récurrences antérieures. Le résultat de l'étude anatomopathologique avait conclu à une absence de malignité.

Pour les patientes atteintes de tumeurs ovarienne borderline mucineuse, une appendicectomie est recommandée au moment de la chirurgie. Kleppe et al¹¹ ont rapporté que sur 214 patients ayant subi une appendicectomie peropératoire,

4 patients (1,9 %) ont été confirmés comme ayant une tumeur appendiculaire maligne primaire¹². Ainsi, les tumeurs borderline mucineuse peuvent provenir de l'appendice, soulignant la nécessité d'une appendicectomie au moment de la chirurgie si le diagnostic est préalablement connu.

Les 3 récurrences antérieures s'expliquent par le fait que la patiente présentait plusieurs facteurs pronostiques de rechute telle que le jeune âge et un stade FIGO avancé (FIGO stades III) qui semble être les plus importants facteurs pronostiques de rechute avérés^{13,14}.

De manière générale, le pronostic des tumeurs borderline est bon, y compris les cas avec microinvasion du stroma, selon Classement FIGO¹⁵. La survie globale à cinq ans est 95-97% pour les tumeurs (FIGO I) et 65-87% pour (FIGO II-III) tumeurs¹⁶.

Les tumeurs ovariennes géantes doivent être réséquées afin de résoudre les symptômes compressifs, d'établir le diagnostic final et de déterminer le stade chirurgical.

CONCLUSION

La particularité de nos cas est qu'il est quasi exceptionnel tant par son extrême rareté dans la littérature que par sa localisation, sa configuration et son aspect clinique mimant un kyste épidermoïde géant. Ainsi devant une géante masse sur une fesse, la possibilité d'une tumeur d'origine ovarienne, bien que beaucoup plus rare que les lésions d'origines kystique, doit être évoquée tant chez les femmes en âge de procréées que chez les ménopausées. Les TOB nécessitent une prise en charge multidisciplinaire associant anatomopathologiste, chirurgien, radiologue et gyneco-oncologue particulièrement formé à ce type de pathologie.

RÉFÉRENCES

1. The WHO. Classification of Tumours Editorial Board: Female Genital Tumours. Lyon : IARC. 2020; 5th edition.
2. Hauptmann S, Friedrich K, Redline R, Avril S. Ovarian borderline tumors in the 2014 WHO classification: evolving concepts and diagnostic criteria. *Virchows Arch.* 2016;470(2): 125-4.
3. Sun L, Li N, Song Y, Wang G, Zhao Z, Wu L. Clinicopathologic features and risk factors for recurrence of mucinous borderline ovarian tumors: aretrospective study with follow-up of more than 10 years. *Int J Gynecol Cancer.* 2018;28(9): 1643-9.
4. Moret, Sandrine, and Pierre-Alexandre Just. "Histoseminary: Epithelial ovarina tumors-case 5." *Annales de pathologie.* Vol. 40. No. 3. 2020.
5. Polychronidis, Alexandros, et al. "Giant multilocular epidermoid cyst on the left buttock." *Dermatologic surgery* 31.10 (2005): 1323-1324.
6. Dotters DJ, Katz VL, Currie J.: "Massive ovarian cyst: A comprehensive surgical approach". *Obstet. Gynecol. Surv.*, 1988, 43, 191.
7. Hunter DJS.: "Management of a massive ovarian cyst". *Obstet. Gynecol.*, 1980, 56, 254.
8. O'Hanlan KA.: "Resection of a 303.2-pound ovarian tumor". *Gynecol. Oncol.*, 1994, 54, 365.
9. Song T, Lee D, Jung Y, Yun B, Seong S, Choi CH et al. Elevated preoperative CA125 or CA19-9 in borderline ovarian tumors: could it be suggestive of advanced stage or a poor prognosis? *Gynecol Obstet Invest.* 2018;83(1): 45- 51.
10. Gentry-Maharaj A, Burnell M, Dilley J, et al. Serum HE4 and diagnosis of ovarian cancer in postmenopausal women with adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222:56.e1-56.e17.
11. Kleppe M, Bruls J, Van Gorp T, et al. Mucinous borderline tumours of the ovary and the appendix: a retrospective study and overview of the literature. *Gynecol Oncol.* 2014;133:155Y158.
12. Carr NJ. Current concepts in pseudomyxoma peritonei. *Ann Pathol.* 2014;34:9Y13.
13. Fischerova D, Zikan M, Dundr P, Cibula D. Diagnosis, treatment, and follow-up of borderline ovarian tumors. *Oncologist.* 2012;17(12): 1515-33.
14. Black JD, Altwerger GH, Ratner E, Lu L, Silasi DA, Azodi M et al. Management of borderline ovarian tumors based on patient and tumor characteristics. *Gynecol Obstet Invest.* 2016;81: 169-73
15. J. Prat, FIGO Committee on Gynecologic Oncology, Abridged republication of FIGO's staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum, *Cancer* 121 (October (19)) (2015) 3452–3454.
16. Fischerova D, Zikan M, Dundr P, Cibula D. Diagnosis, treatment, and follow-up of borderline ovarian tumors. *Oncologist* 2012;17:1515-1533.