

DEGENERESCENCE KYSTIQUE DE MYOMES UTERINS SIMULANT UN CANCER DE L'OVAIRE : ETUDE D'UN CAS AU CHU DE KARA, AU NORD DU TOGO

Abdoul-Samadou Aboubakari

Service de Gynécologie – Obstétrique, CHU de Kara, Kara, Togo

Amah Biova Adama-Hondegla

Service de Gynécologie – Obstétrique,
CHU Sylvanius Olympio, Lomé, Togo

Tchin Darre

Service d'Anatomie-Cytologie pathologiques,
CHU Sylvanius Olympio, Lomé, Togo

Bidamin N'timon

Service de Radiologie et d'Imagerie médicale, CHU de Kara, Kara, Togo

Dédé Ajavon

Koffi Akpadza

Service de Gynécologie – Obstétrique,
CHU Sylvanius Olympio, Lomé, Togo

Abstract

Objective : We report a case of cystic degeneration of two uterine myomas mimicking ovarian cancer.

Observation : It concerned a forty years old patient with uterine polomyoma, received at jully 15th, 2014 for progressive abdominal tumefaction and recurrent menemorrhagia. Huge and renitent mass distended her abdomen. Hemoglogin concentration was 5,78 g/dl and renal assessment was normal. Abdominal ultrasound revealed a huge mixte tumor with ascendancy of the cystic component and uterine polomyoma. Abdominopelvic scanner noted the mixte character of the tumor and suspected his ovarian origin and his malignancy. Tumor was 38 cms of main line. Ther was neither vegetation, nor ascite and nor abdominopelvic lymphatic nods. Xyphopubian laparotomy was practised after correction of the anemia and after prevention of thromboembolic desaese. In the opening, ovaries were normal ; there was left hydrosalpinx ; uterus was polomyomatous with two pediculed cystic degenerescence sub serous myoma measuring 40 cms and 15 cms.

Conclusion : Cystic degenerescence of uterus myoma, whatever is rare, can be huge and mimic ovarian cancer instead of médical imaging contribution. It's necessary to think of behind renitent adnexial masse in clinical context of uterus myoma.

Keywords : Uterine myoma, cystic degenerescence, CHU of Kara, Togo.

Resume

Objectif : Nous rapportons un cas de dégénérescence kystique de deux noyaux de myome utérin ayant simulé un cancer de l'ovaire.

Observation : Il s'est agi d'une patiente de 40 ans, porteuse d'un utérus polomyomateux, reçue en consultation de Gynécologie le 15 juillet 2014 pour tuméfaction abdominale progressive et ménométrorragies récidivantes. Son abdomen était très distendu par une masse abdominopelvienne rénitente. La patiente avait un taux d'hémoglobine à 5,78 g/dl et le bilan rénal était normal. L'échographie abdominale avait permis de visualiser une tumeur mixte à composante kystique prédominante multiloculaire, et un utérus polomyomateux. Au scanner abdominopelvien, le caractère mixte de la tumeur était aussi retrouvé et l'origine ovarienne et la malignité étaient suspectées. La tumeur mesurait 38 cm de grand axe, avec des contours réguliers. Il n'y avait ni végétation, ni ascite, ni adénopathie abdominopelvienne. Après correction de l'anémie, une laparotomie exploratrice par incision médiane xyphopubienne était pratiquée, couplée à la prévention de la maladie thromboembolique. A l'ouverture les ovaires étaient normaux; l'utérus était polomyomateux avec 2 noyaux sous séreux corporeaux pédiculés d'aspect kystique de 40 cm et de 15 cm.

Conclusion : La dégénérescence kystique de myome utérin, quoi que rare, peut être énorme et simulé un cancer de l'ovaire malgré l'appui diagnostique de l'imagerie médicale. Il faut y penser devant une masse annexielle rénitente dans un contexte clinique de myome utérin.

Mots clés : Myome utérin, dégénérescence kystique, CHU de Kara, Togo.

Introduction

Le myome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'utérus. Il affecte 20 à 40% des femmes en âge de procréer, surtout de race noire [9]. L'utérus myomateux peut comporter un ou plusieurs noyaux qui peuvent subir de dégénérescence hyaline, myxoïde ou kystique. La dégénérescence hyaline, la plus fréquente, s'observe dans 60% des cas. Le noyau en dégénérescence kystique, observée dans 4% des cas, peut simuler un cancer de l'ovaire [8]. Des cas de dégénérescence kystique de myome utérin simulant un cancer de l'ovaire sont décrits dans la littérature, mais pas au

Togo [2, 3, 5, 7]. Nous rapportons un cas de ce type de dégénérescence affectant deux noyaux de fibrome utérin et pris pour cancer de l’ovaire, malgré les explorations en imagerie médicale.

Observation

Données cliniques

Il s’est agi d’une patiente de 40 ans, nulligeste, reçue le 15 juillet 2014 en consultation de Gynécologie pour tuméfaction abdominale et ménomérorragies récidivantes évoluant depuis 2012. Elle se plaignait aussi de dyspnée, de pollakiurie et de constipation depuis deux semaines. Elle était porteuse d’utérus myomateux et avait des antécédents familiaux de cancers du sein et de l’ovaire. Elle pesait 95 Kg et mesurait 1,52 m (Indice de masse corporelle = 41,12 Kg/m²). Il existait une pâleur des conjonctives, une polypnée à 20 cycles par minute et une tachycardie régulière à 110 battements par minute. L’abdomen était très distendu par une masse xyphopubienne rénitente (périmètre ombilical = 248 cm) : Figure 1. L’utérus n’était pas perçu mais le col utérin avait un aspect normal au spéculum vaginal.

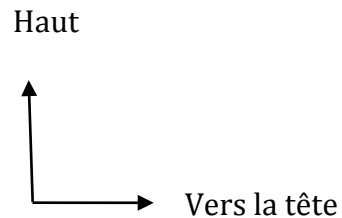


Figure 1 : Distension abdominale sur la patiente en décubitus dorsal

Données paracliniques

Les résultats des examens biologiques de la patiente sont indiqués dans le tableau I suivant :

Tableau I : Résultats des examens biologiques de la patiente.

Examen biologique	Patiente	Normes
Taux d’hémoglobine	5,78 g/dl	> ou = 12 g/dl
Glycémie	0,67 g/l	0,6 à 1,10 g/l
Urémie	0,23 g/l	0,15 à 0,45 g/l
Créatininémie	12,6 mg/l	6 à 11 mg/l
Aspartate aminotransférase (ASAT)	30 mg/l	< 45 mg/l
Alanine aminotransférase (ASAT)	26 mg/l	< 45 mg/l

Le dosage du Ca125 n'était pas disponible dans la région. L'échographie abdominopelvienne a permis de visualiser un utérus polyyomateux et une tumeur abdominopelvienne d'origine ovarienne suspecte, mixte, à composante kystique multiloculaire. Le scanner abdominopelvien a permis aussi de retrouver le caractère mixte de la tumeur et polyyomateux de l'utérus. La tumeur mesurait 38 cm de grand axe avec des contours réguliers. Il n'y avait ni végétation, ni ascite, ni adénopathie abdominopelvienne. Les autres organes abdominaux et pelviens étaient normaux : Figures 2.

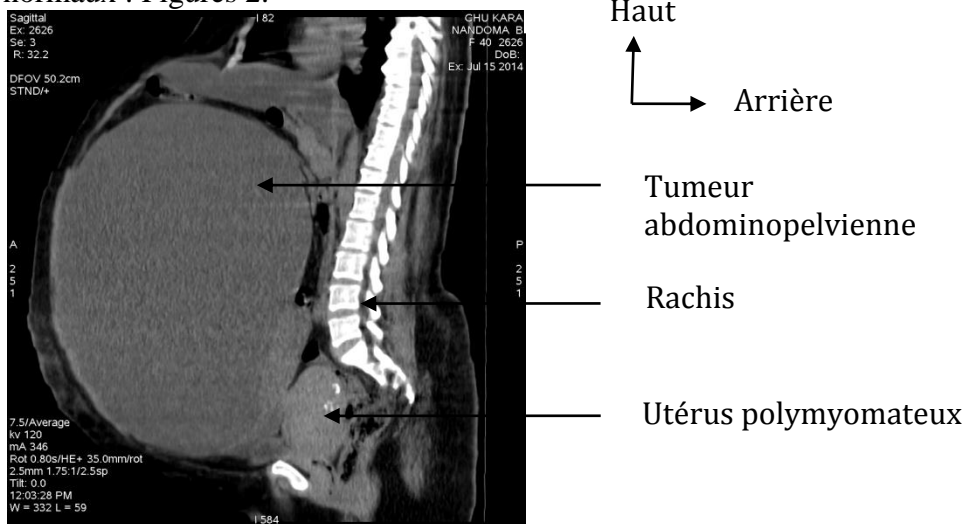


Figure 2 : Scanner abdominopelvien de la patiente indiquant la tumeur abdominopelvienne et l'utérus polyyomateux.

Données thérapeutiques et anatomo-pathologiques

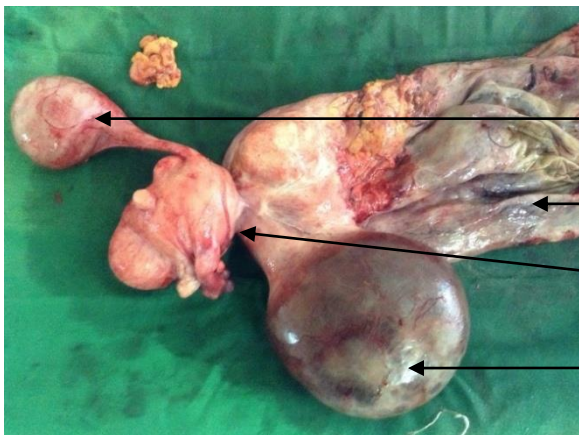
La dyspnée et la tachycardie ont disparu après transfusion de culots globulaires O+ isogroupes et isorhésus et testés négatifs pour le VIH (2 l). Une laparotomie exploratrice par incision médiane xyphopubienne était pratiquée, couplée à la prévention de la maladie thromboembolique. A l'ouverture, les ovaires étaient normaux ; il existait un hydrosalpinx gauche, un aspect boudiné de la trompe droite et utérus polyyomateux avec deux noyaux sous séreux corporeaux antérieurs pédiculés. Ces noyaux pédiculés de 40 et 15 cm de grands axes étaient d'origine kystique : Figures 3 et 4. Considérant les antécédents familiaux, l'absence de désir de grossesse et le consentement de la patiente, nous avons pratiqué une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Le noyau kystique de 40 cm contenait 23 l et celui de 15 cm, 1,5 l de liquide hémattique. L'examen anatomo-pathologique avait confirmé le caractère nécrobiotique des noyaux de myome.



↑
→ Gauche

Noyau myomateux
kystique de 40 cm

Figure 3 : Le noyau myomateux d'aspect kystique de 40 cm à l'ouverture



↑
Avant

Hydrosalpinx
gauche

→ Droit

Paroi du myome kystique
de 40 cm

Pédicule des noyaux sous séreux

Noyau myomateux
kystique de 15cm

Figure 4 : Utérus polymyomateux avec les noyaux kystiques (le plus grand étant rompu).

Discussion

Données cliniques

Le myome utérin se manifeste souvent par des ménométrorragies, parfois par une masse abdominopelvienne. Il associe, comme dans notre étude, à l'obésité et à l'infertilité [3]. La taille des noyaux myomateux varie de l'aspect microscopique aux géants noyaux. Les myomes géants semblent rares mais peuvent engendrer des tableaux d'urgence par hémorragie génitale ou par compression du diaphragme ou des organes voisins de l'utérus [2, 4]. Ces complications expliqueraient la survenue de dyspnée, de pollakiurie et de constipation dans notre étude.

Données paracliniques

L'imagerie médicale apporte le plus d'orientation diagnostique. L'échographie pelvienne, par voie abdominale et vaginale, constitue l'examen d'imagerie de première intention pour le diagnostic des myomes

utérins. L'échogénicité des myomes dépend de la proportion relative des tissus musculaire lisse et conjonctif, de la nature et de l'étendue de la dégénérescence et de la présence ou non de calcification. Les aspects typiques sont faciles à reconnaître. Les aspects atypiques, dus aux dégénérescences, entraînent de confusion diagnostique avec l'adénomyose, le sarcome utérin, une masse ovarienne [10]. Le scanner n'est pas un bon moyen diagnostique du myome utérin. L'aspect du myome au scanner est semblable à celui du myomètre normal sauf en cas de calcification ou de nécrose [2]. Il garde cependant une importance capitale en cas de suspicion de cancer de l'ovaire pour le bilan d'extension. Dans le cas de géant myome en dégénérescence kystique, le scanner confirme le caractère mixte de la tumeur, l'aspect multiloculaire de la composante kystique prédominante. Il précise la présence ou non d'ascite, d'adénopathie régionale et de métastase à distance.

Le dosage des marqueurs tumoraux ovariens n'étaient pas accessible, dans notre étude. Les valeurs de ces marqueurs semblent normales en cas de myome kystique [2, 6].

Données thérapeutiques et anatomopathologiques

La prise en charge du myome utérin comprend l'expectative, les médicaments et la chirurgie. L'approche chirurgicale est recommandée en cas de myome géant. Nous avons opté pour l'indication chirurgicale en se basant sur l'antécédent personnel de myome utérin, sur la taille de la masse et sur l'absence, au scanner, d'ascite, d'adénopathies et de métastases à distance. La laparotomie, la voie la plus classique, reste la seule voie en cas de myome géant. Elle était xyphopubienne pour s'adapter à la taille de la masse dans notre étude et dans celle de Cetin et coll [2]. Elle nous a permis de découvrir des ovaires normaux, un utérus polymyomateux dont deux noyaux pédiculés en dégénérescence kystique et des trompes lésées. La dégénérescence kystique affecte surtout les noyaux sous séreux pédiculés alors que le myome sous séreux pédiculé peut prêter confusion avec une lésion ovarienne [1]. L'origine ovarienne ne peut être exclue qu'en cas de visualisation des ovaires séparés de la masse ou du pédicule reliant la masse à l'utérus. La visualisation échographique et doppler n'est pas aisée [11]. La myomectomie ou l'hystérectomie sont les gestes utérins à pratiquer. Dans notre étude l'hystérectomie totale sans conservation a été pratiquée en tenant compte de l'âge et des antécédents de la patiente, et l'association à des lésions tubaires. L'examen histopathologique apporte le diagnostic positif précis. Il confirme l'absence de paroi propre, l'absence d'atypies des cellules conjonctives et musculaires, et le caractère nécrobiotique des noyaux de myome.

Conclusion

La dégénérescence kystique du myome utérin, quoi que rare, peut être énorme et simulé un cancer de l’ovaire malgré l’appui diagnostique de l’imagerie médicale. Il faut y penser devant un contexte clinique de myome utérin.

References:

1. Baltarowich OH, Kurtz AB, Pennell RG, Needliman L, Vilao MM, Goldberg BB. Pitfalls in sonographic diagnosis of uterine fibroids. *AJR Am J Roentgenol.* 1988 ; 151 : 725-8.
2. Cetin A., Serenat E., Serenat E., Yakup Y., Halime SS. A geant cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. *Int J Surg Cases Reports.* 2013 ; 4 : 1010-12.
3. Gajewska M, Kosińska-Kaczyńska K, Marczewska J, Kamiński P. Huge uterine leiomyoma with degenerative changes mimicking ovarian carcinoma : a case report. *Ginekol Pol.* 2013 Feb;84(2):147-50.
4. Jonas HB, Masterson B. Geant uterine tumors. *Obstet Gynecol.* 1977 ; 50 : 2-4.
5. Kulshrestha R, Lakhey M, Rani S. Massive cystic degeneration of a uterine leiomyoma presenting as an ovarian cyst : a case report. *Indian J Pathol Microbiol.* 2003;46(1):86-8.
6. Lansac J., Lecomte P., Marret H. *Gynécologie pour le praticien.* 8^e Eds. Paris. Elsevier-Masson; 2012 : 65-80.
7. Low SCA, Chong CL. A case of cystic leiomyoma mimicking geant ovarian malignancy. *Ann Acad Med Singapore.*2004 ; 33 : 371-4.
8. Mayer DP., Shipilow V. Ultrasonography and magnetic resonance imaging of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1995 ; 22 : 667-725.
9. Rougières C. Epidémiologie du fibrome utérin : facteurs de risque et fréquence. Impact en santé publique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1999 ; 28 : 701-6.
10. Vladimiroff J. Uterine fibroids. In : *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* Elsevier ; 2009 : 303-6.
11. Yeh HC, Kaplan M, Deligdisch L. Parasitic and pedunculated leiomyomas : ultrasonographic features. *J Ultrasound Med.* 1999 ; 18 : 789-94.