

Cas de la semaine # 310

5 février 2024

Université
de Montréal

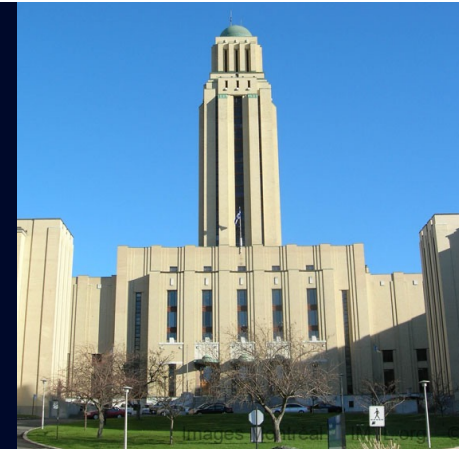
Faculté de médecine
Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire

Préparé par Dr Pamela Boustros MD R4

Dr Kim Vu MD MSc et Dr Matthew Seidler MD

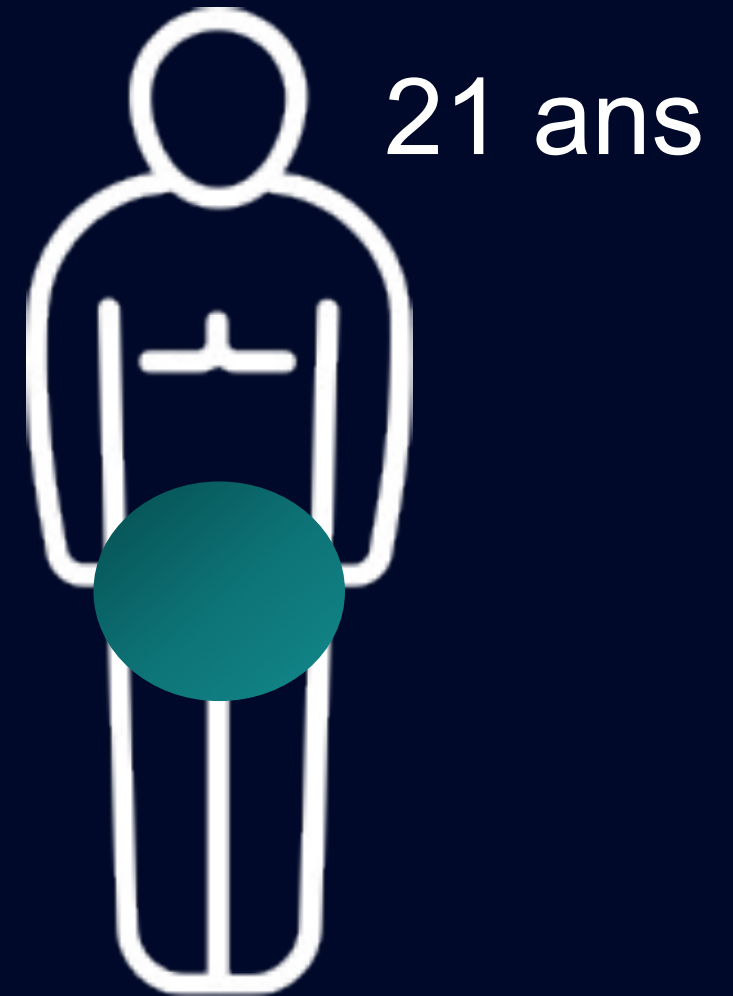
Dr Jennifer Farah MD, fellow

CHUM



Histoire Clinique

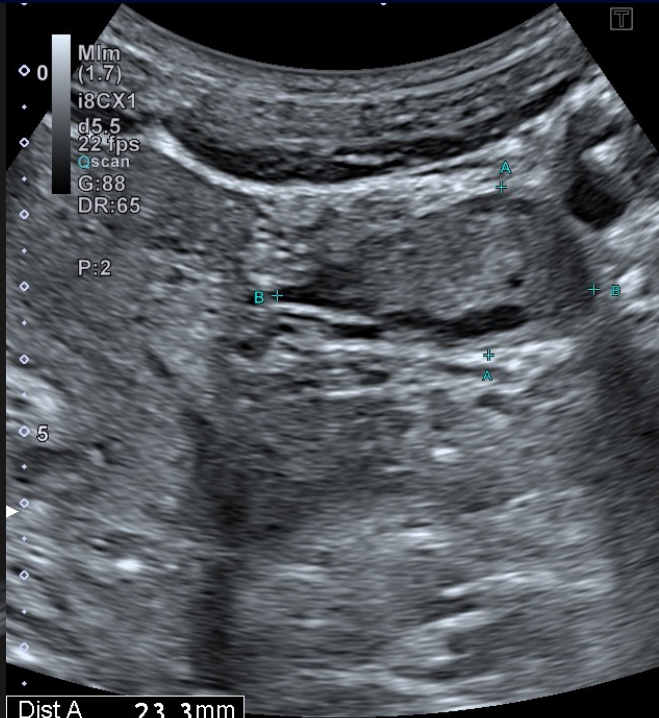
- Un homme transgenre sous testostérone
- Se présente avec des douleurs abdominales en fosse iliaque droite depuis 48 heures. Il s'agit d'une douleur soudaine et constante 8/10 durant la nuit.
- Il n'y a pas de nausée ni de vomissement ni de symptômes B.



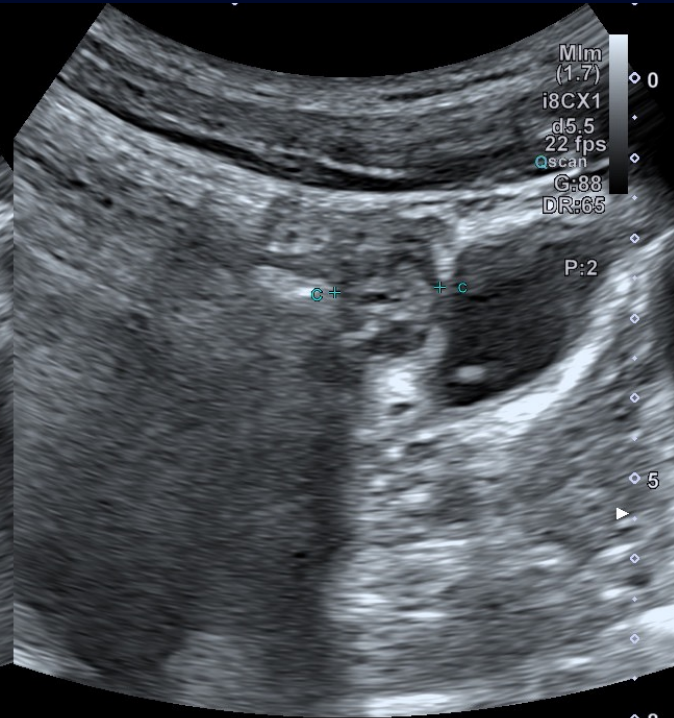
Échographie pelvienne



Utérus

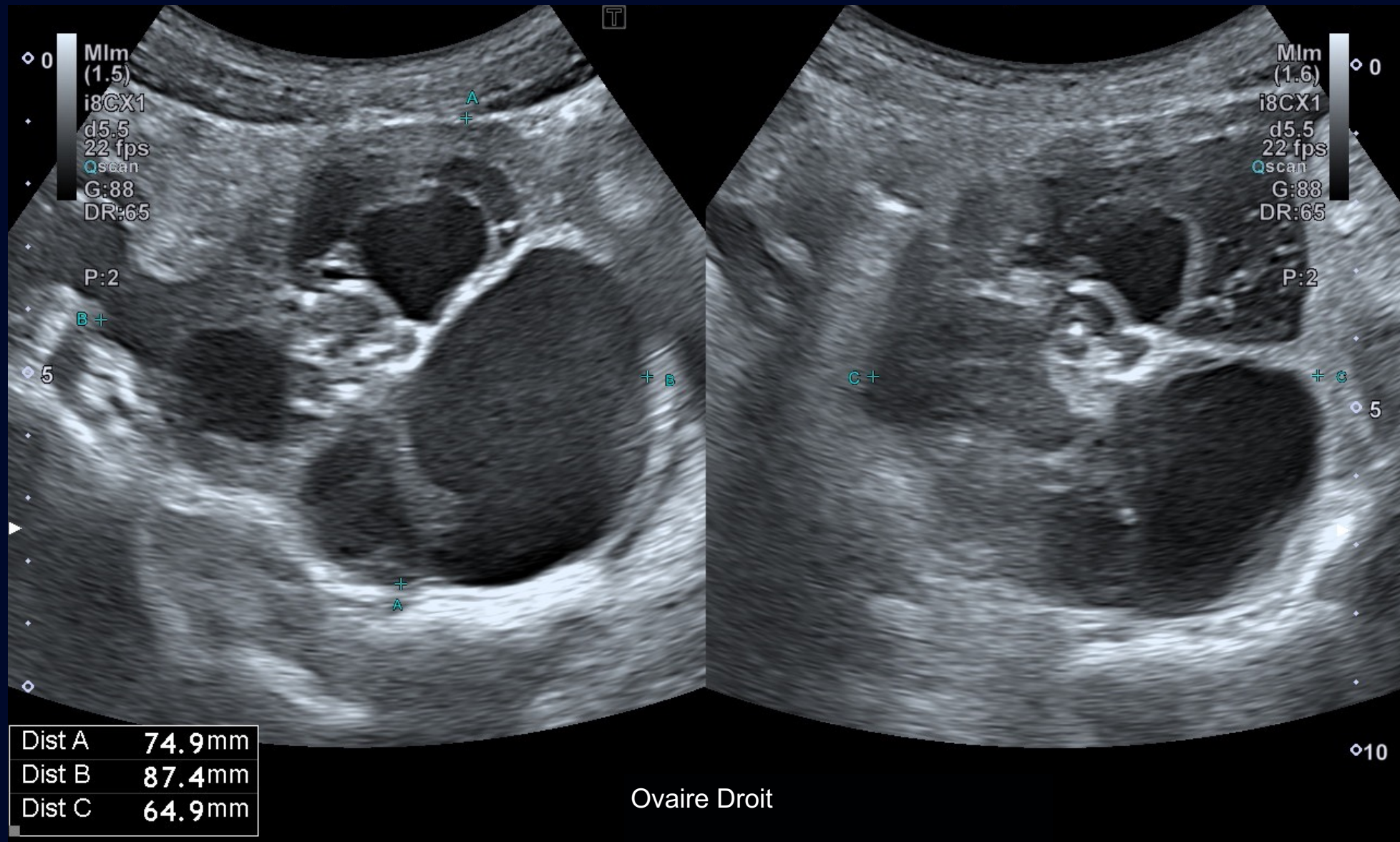


Dist A	23.3mm
Dist B	44.0mm
Dist C	13.2mm

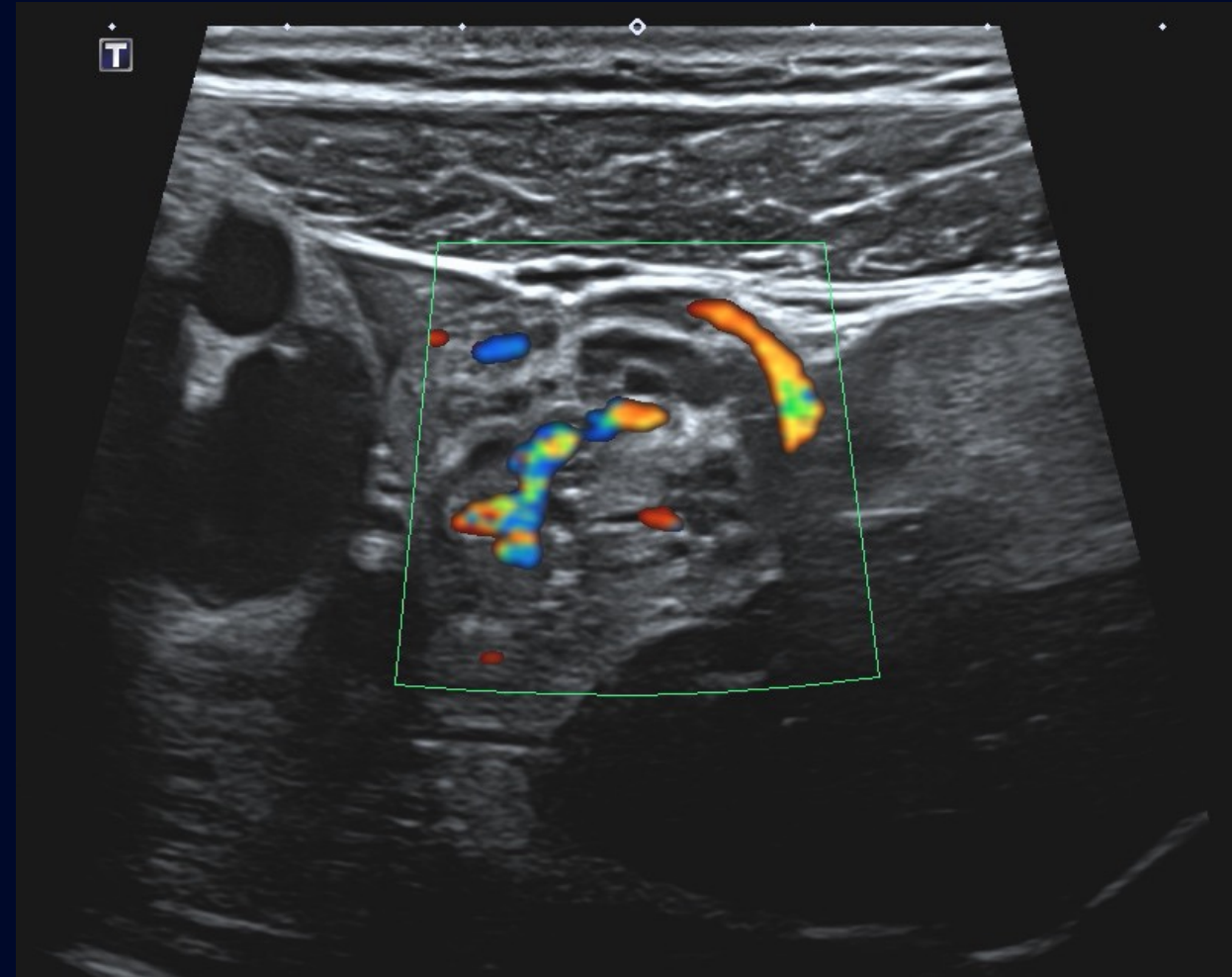
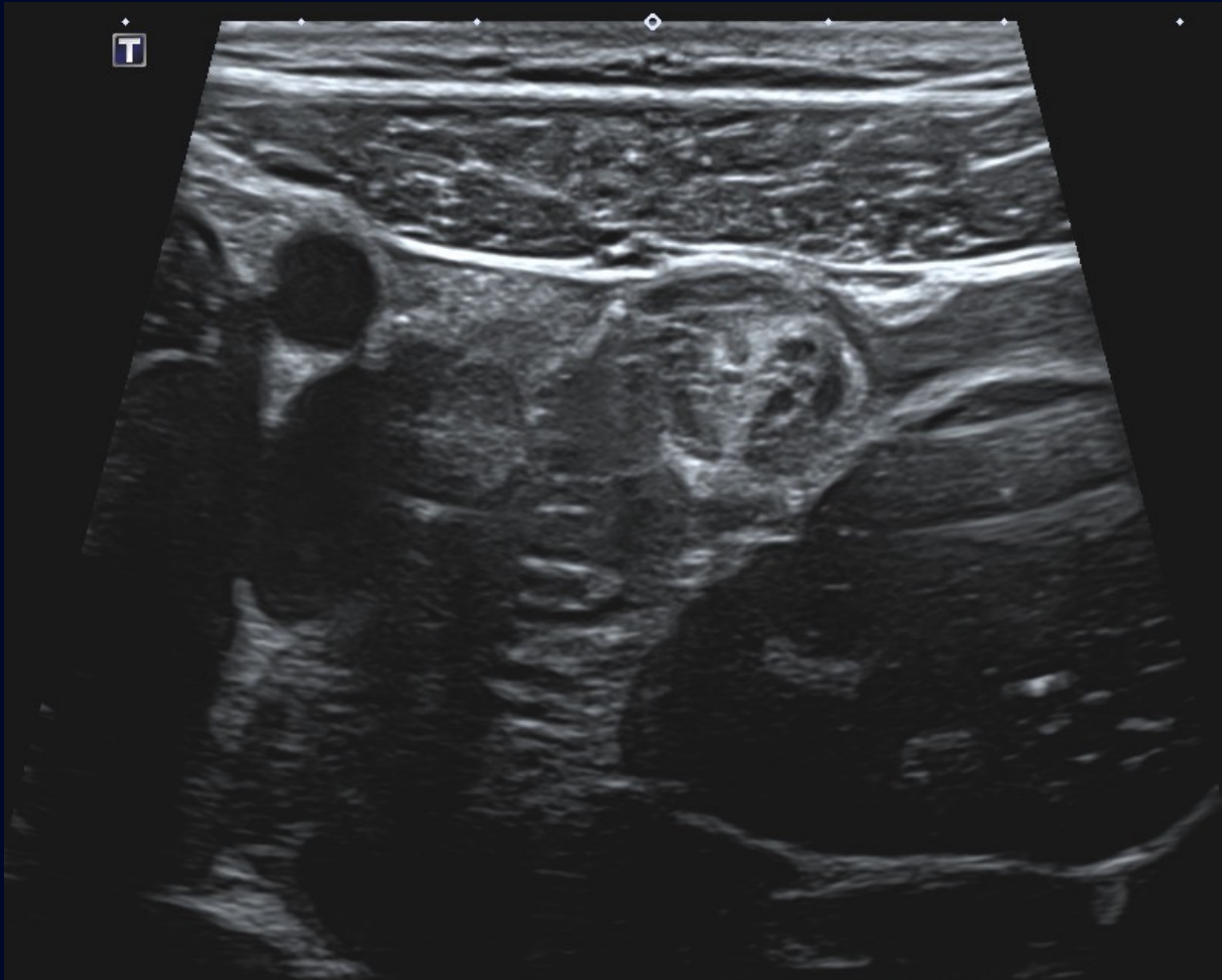


Ovaire Gauche

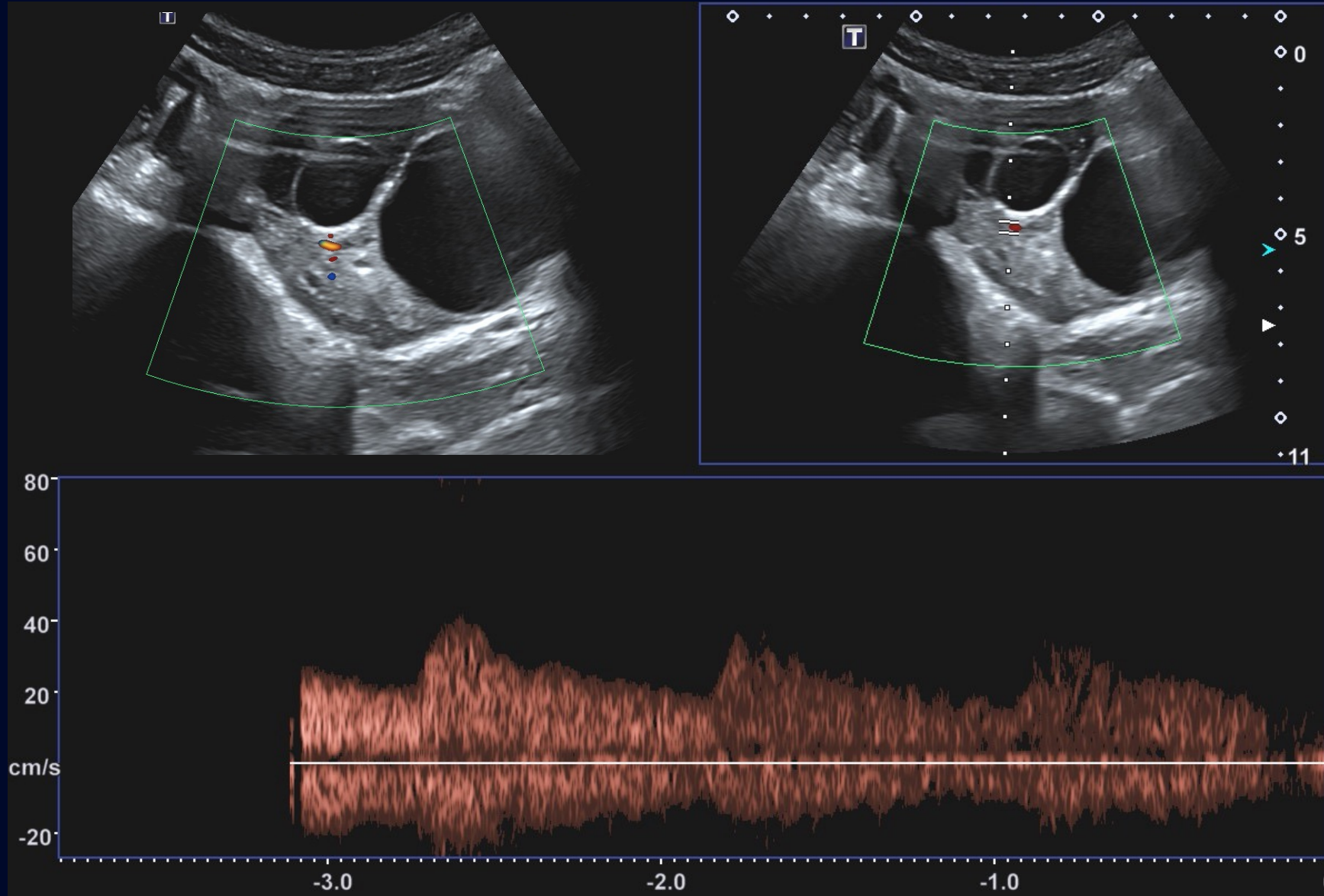
Échographie pelvienne



Échographie pelvienne

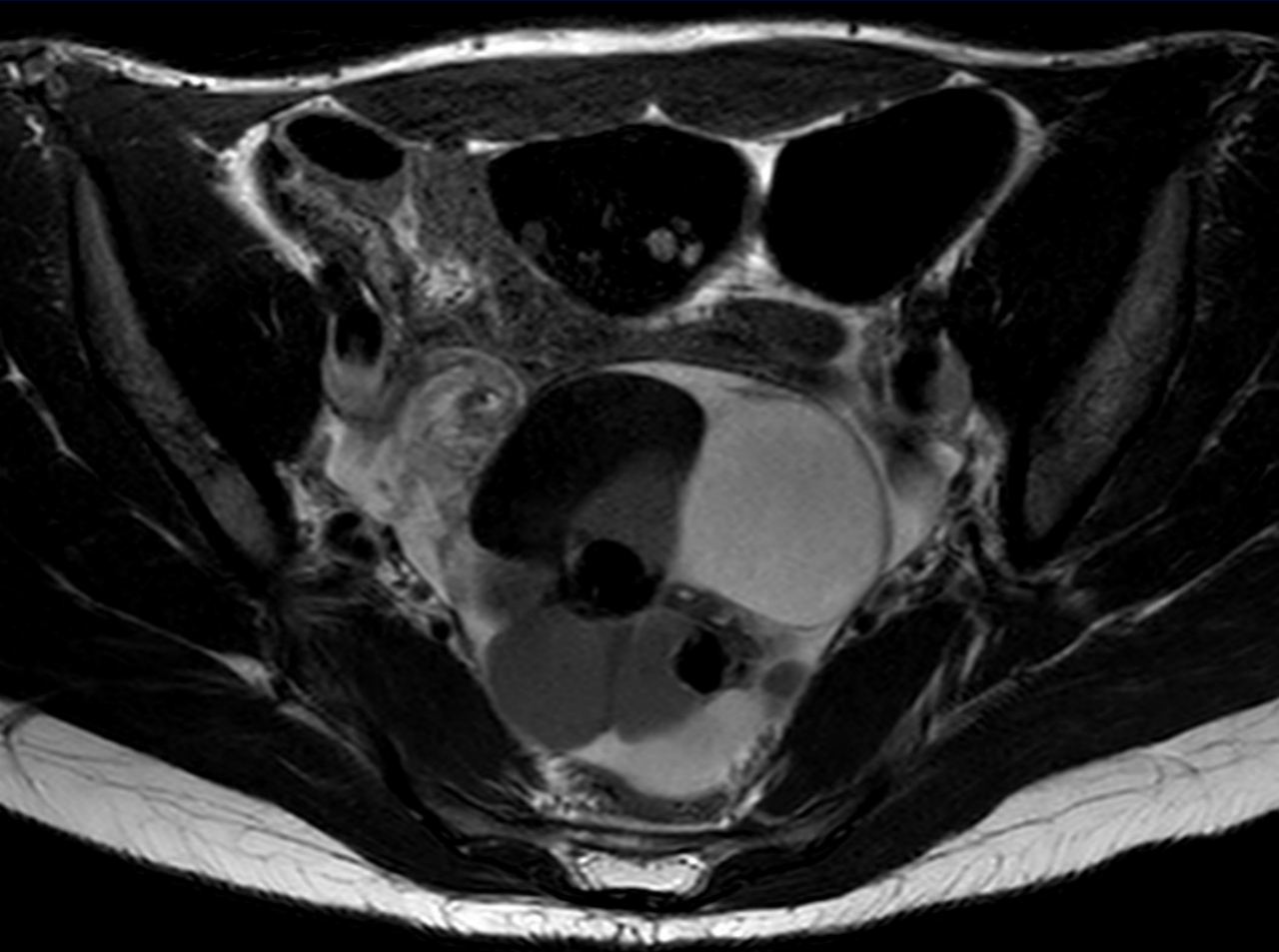


Échographie pelvienne

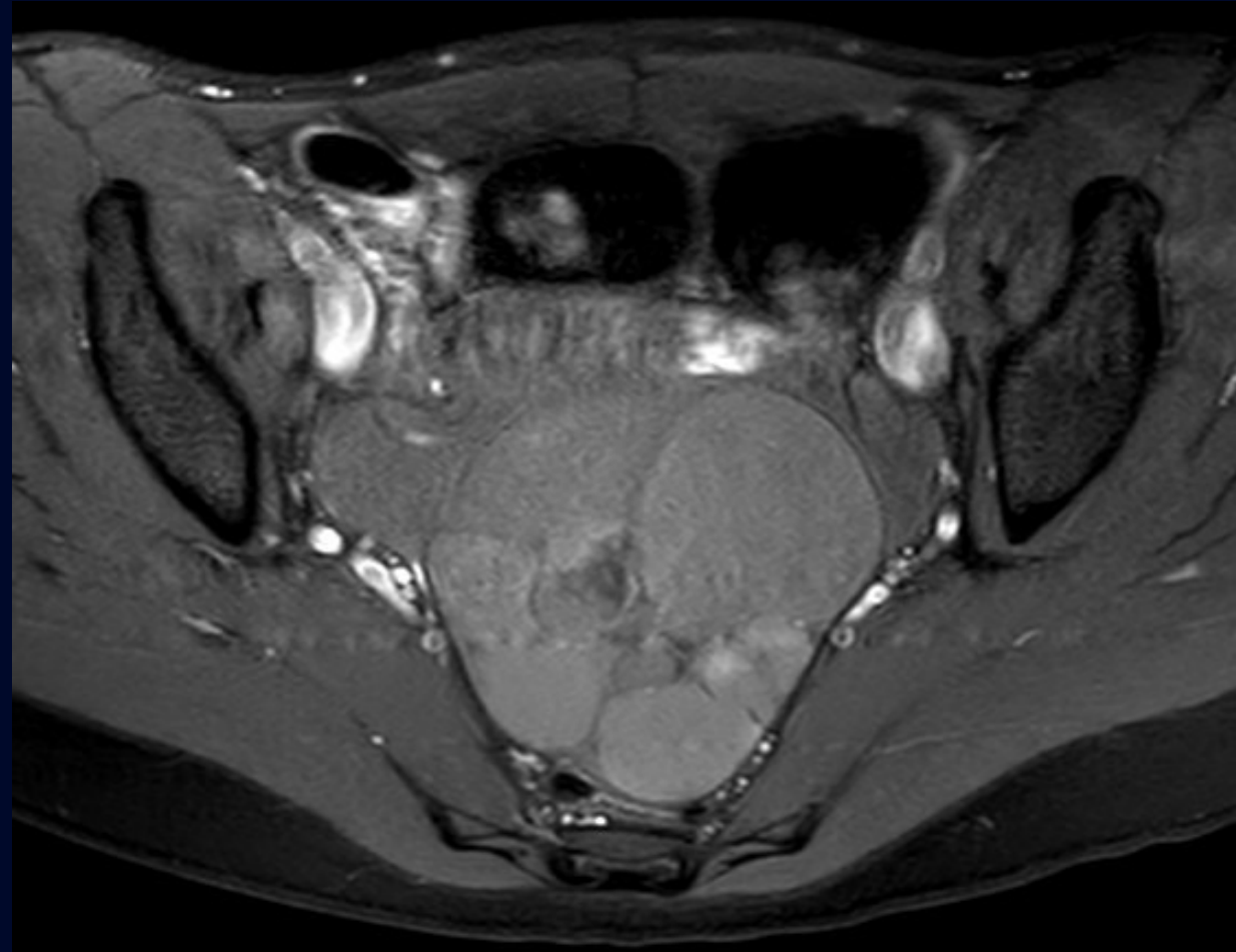


IRM pelvien C-C+

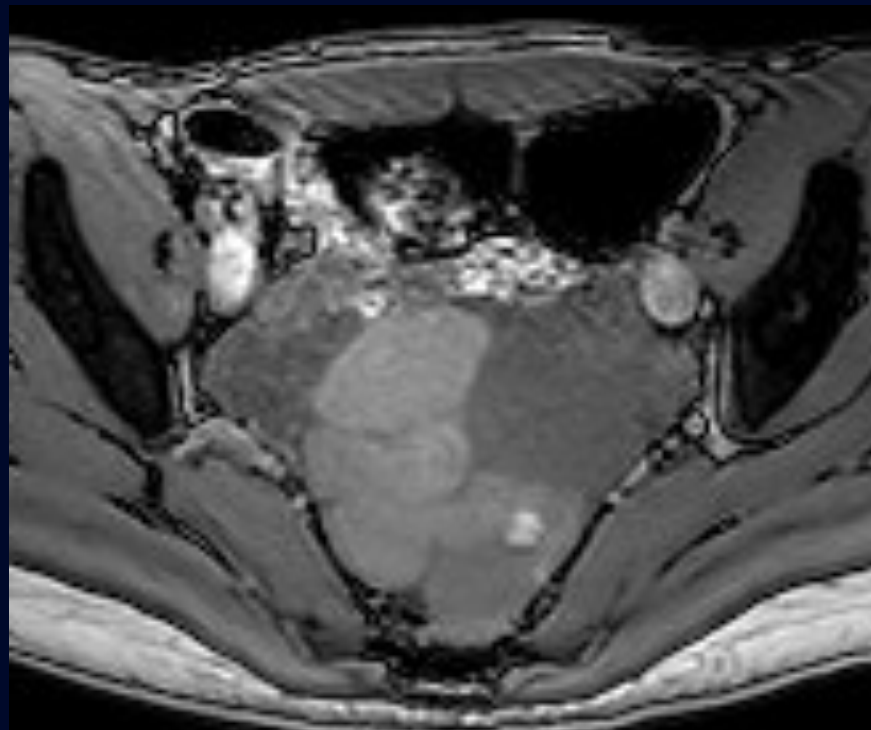
Axial T2 HR



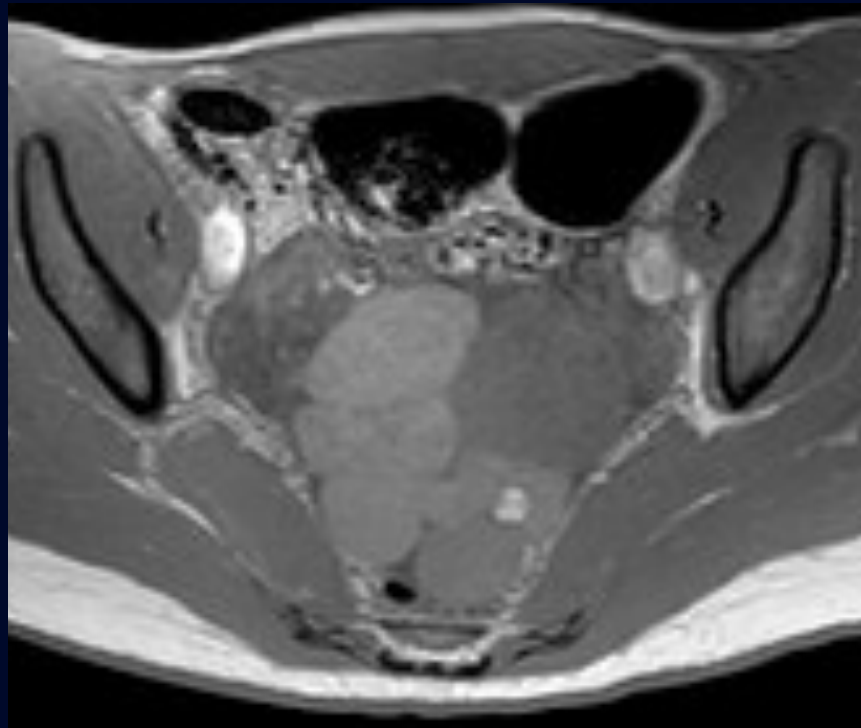
Axial T1 FS Pré



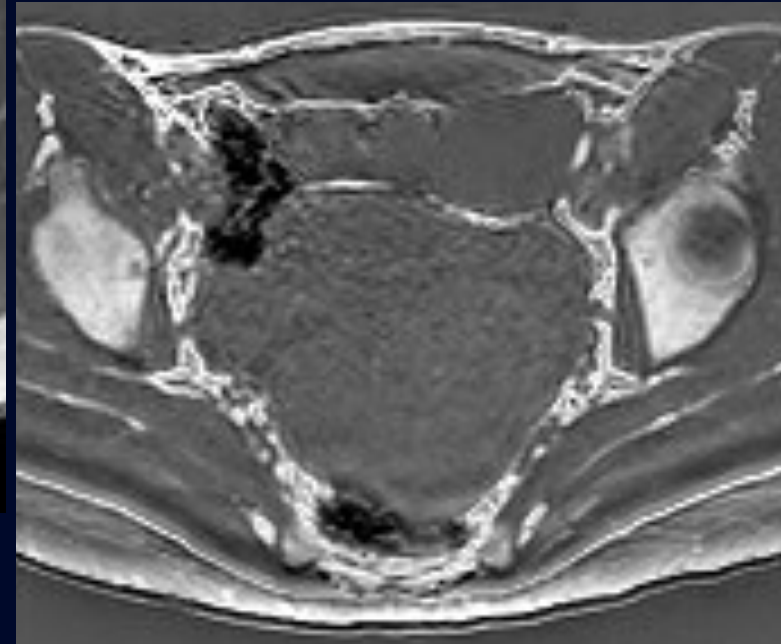
IRM pelvien C-C+



Out-of-phase



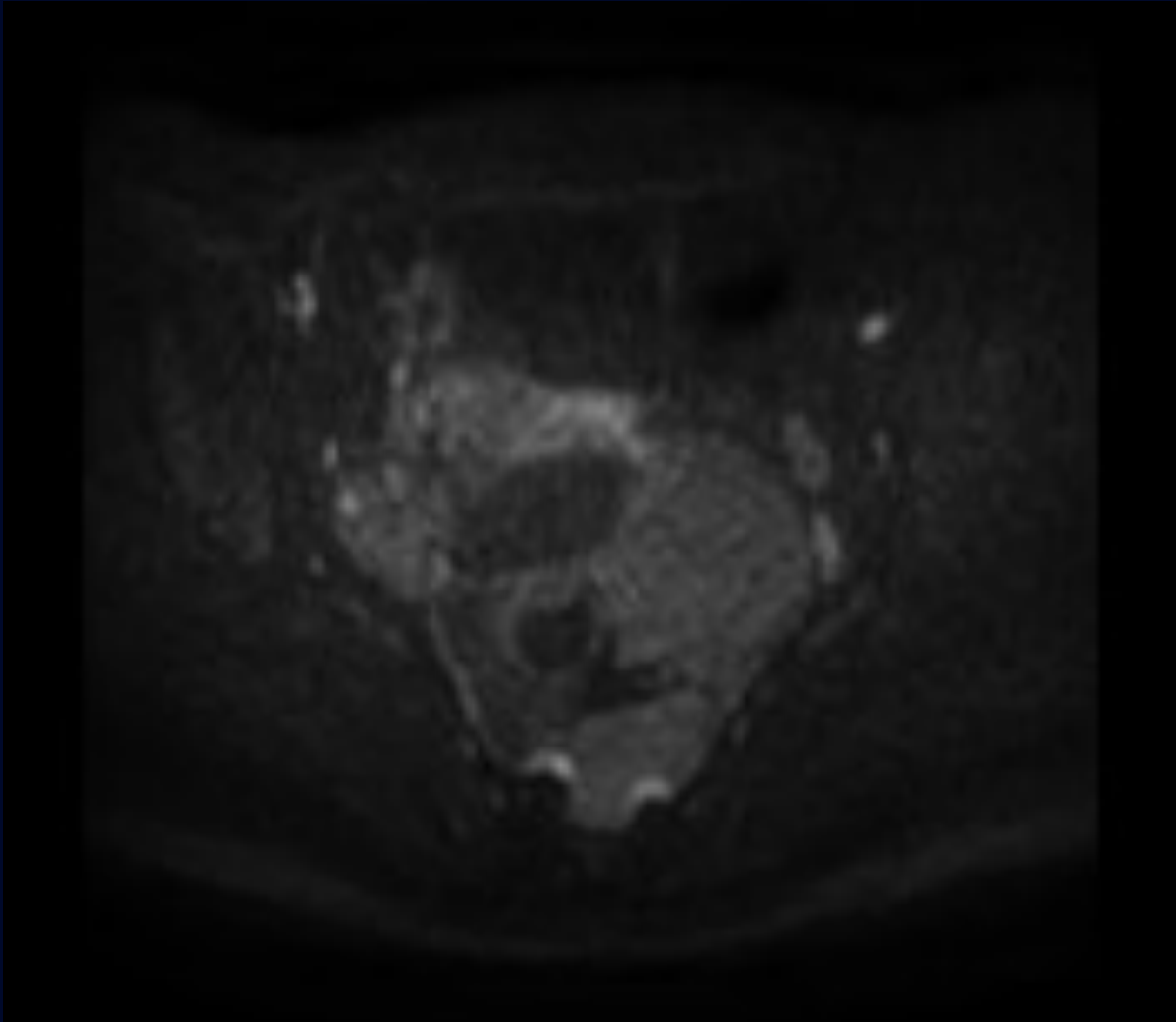
In-phase



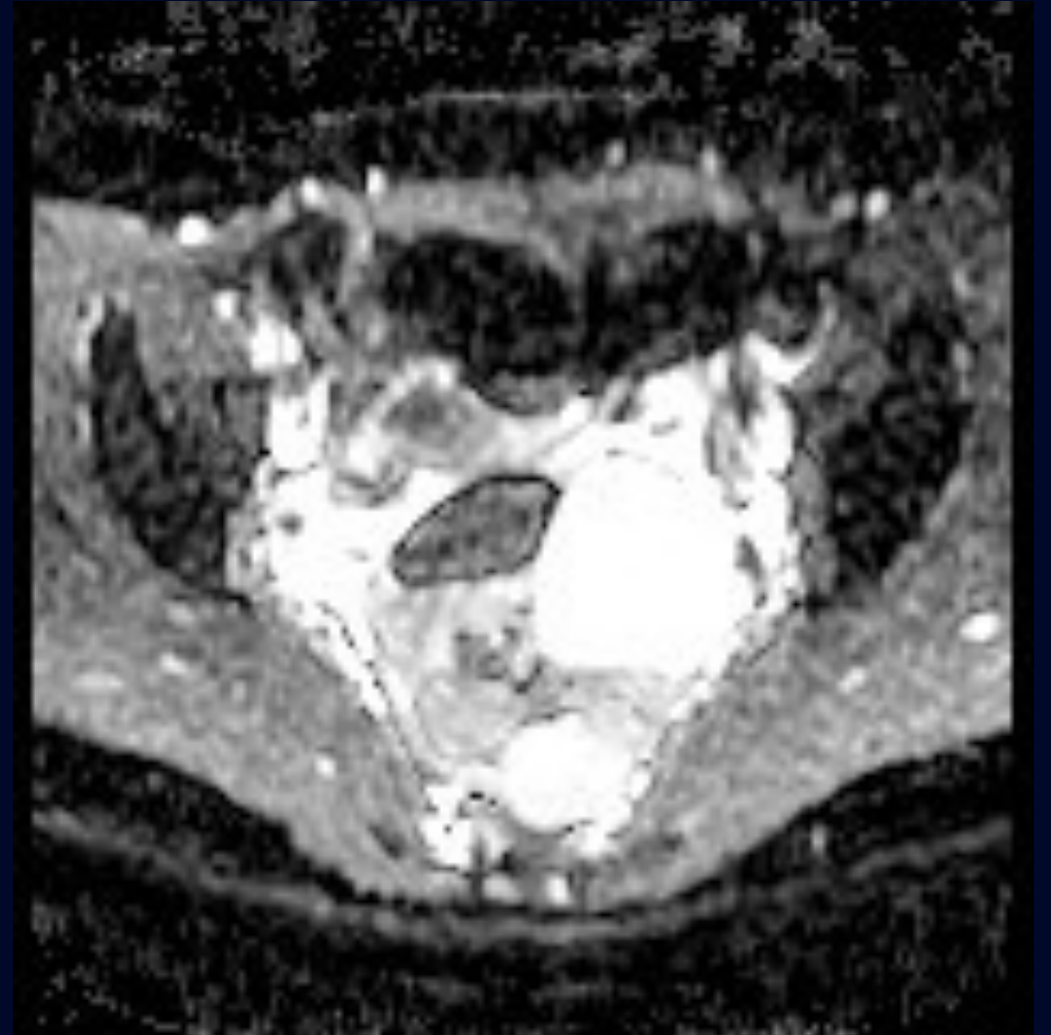
Soustraction

IRM pelvien C-C+

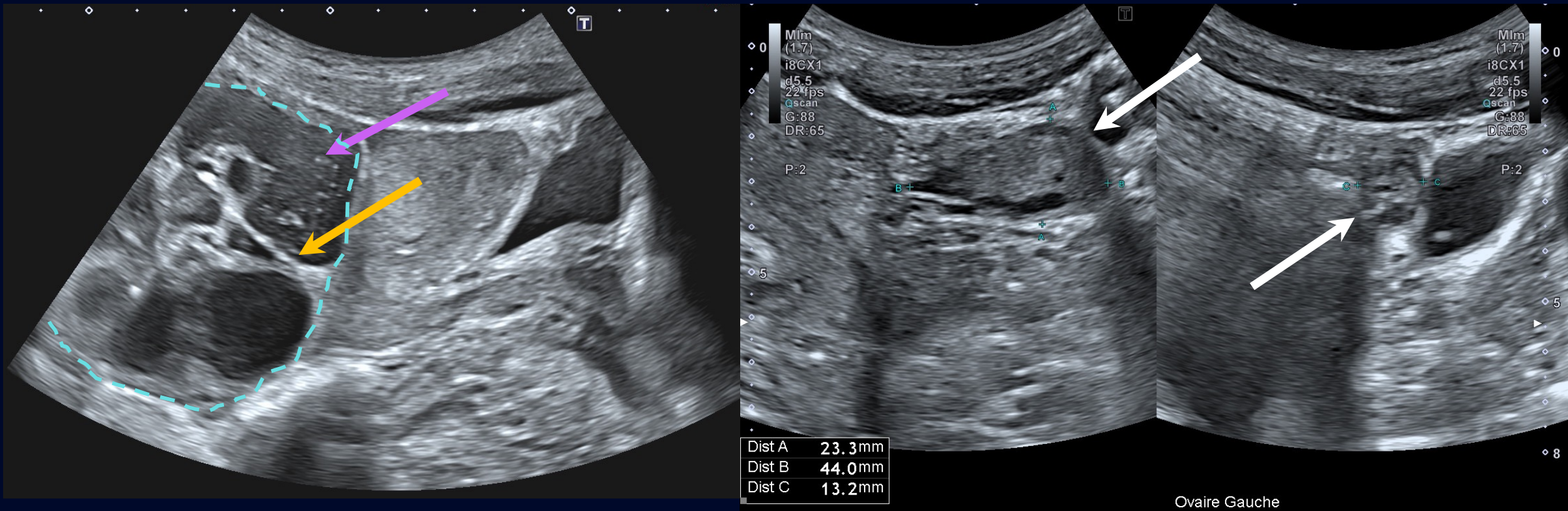
B1000



ADC

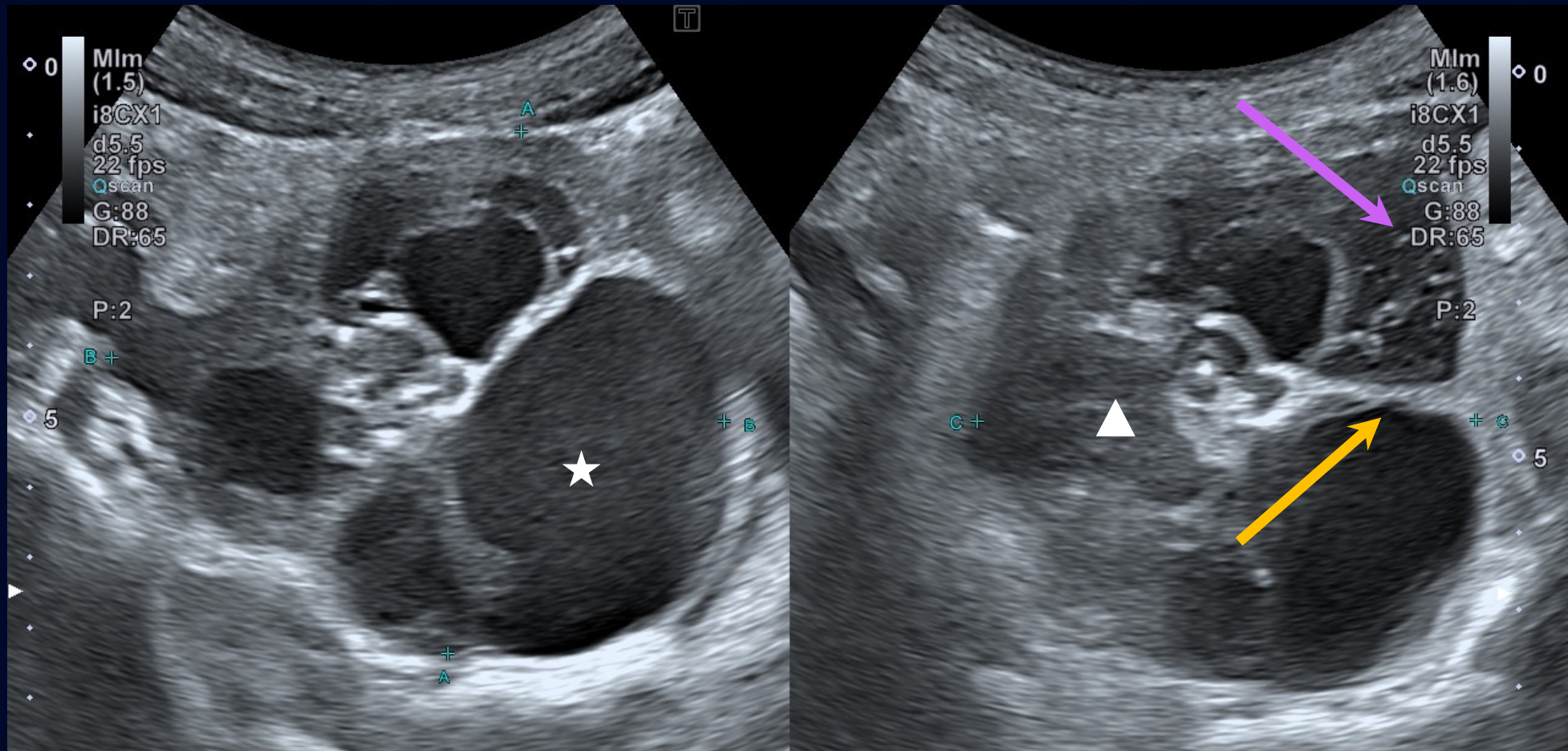


Description écho pelvienne



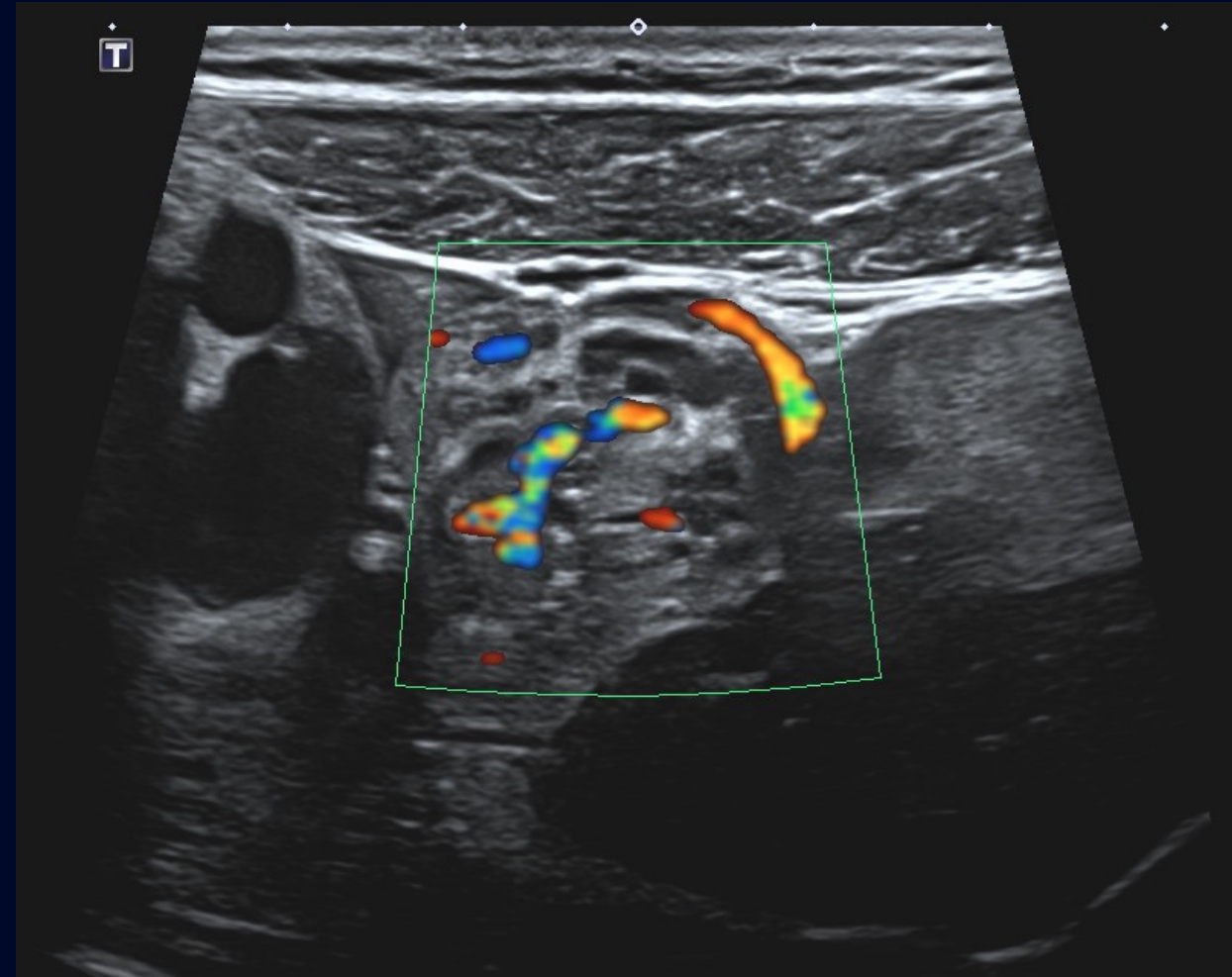
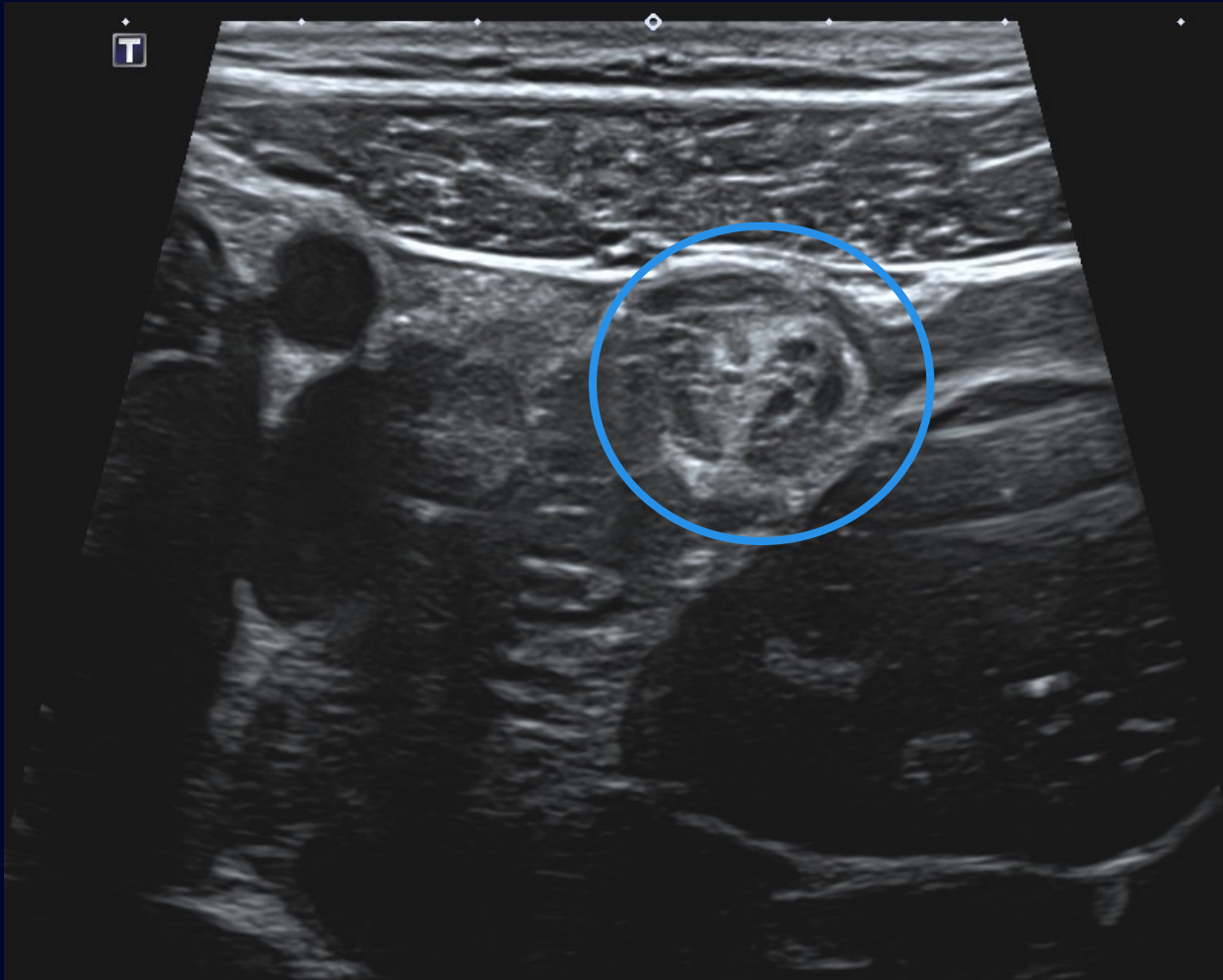
Masse rétro-utérine complexe solide et kystique (ligne pointillée) avec des cloisons épaisses (flèche orange) et d'autres portions contenant des échos internes mobiles (flèche mauve). L'annexe gauche est normale (flèche blanche).

Description écho pelvienne



La masse complexe de 7,5 x 8,7 x 6,5 cm en rétro-utérin paramédian droit contient des cloisons épaisses (flèche orange), des portions solides (triangle blanc) et des portions kystiques (étoile blanche), dont certains contenant des échos mobiles internes suggestifs de contenu colloïde (flèche mauve).

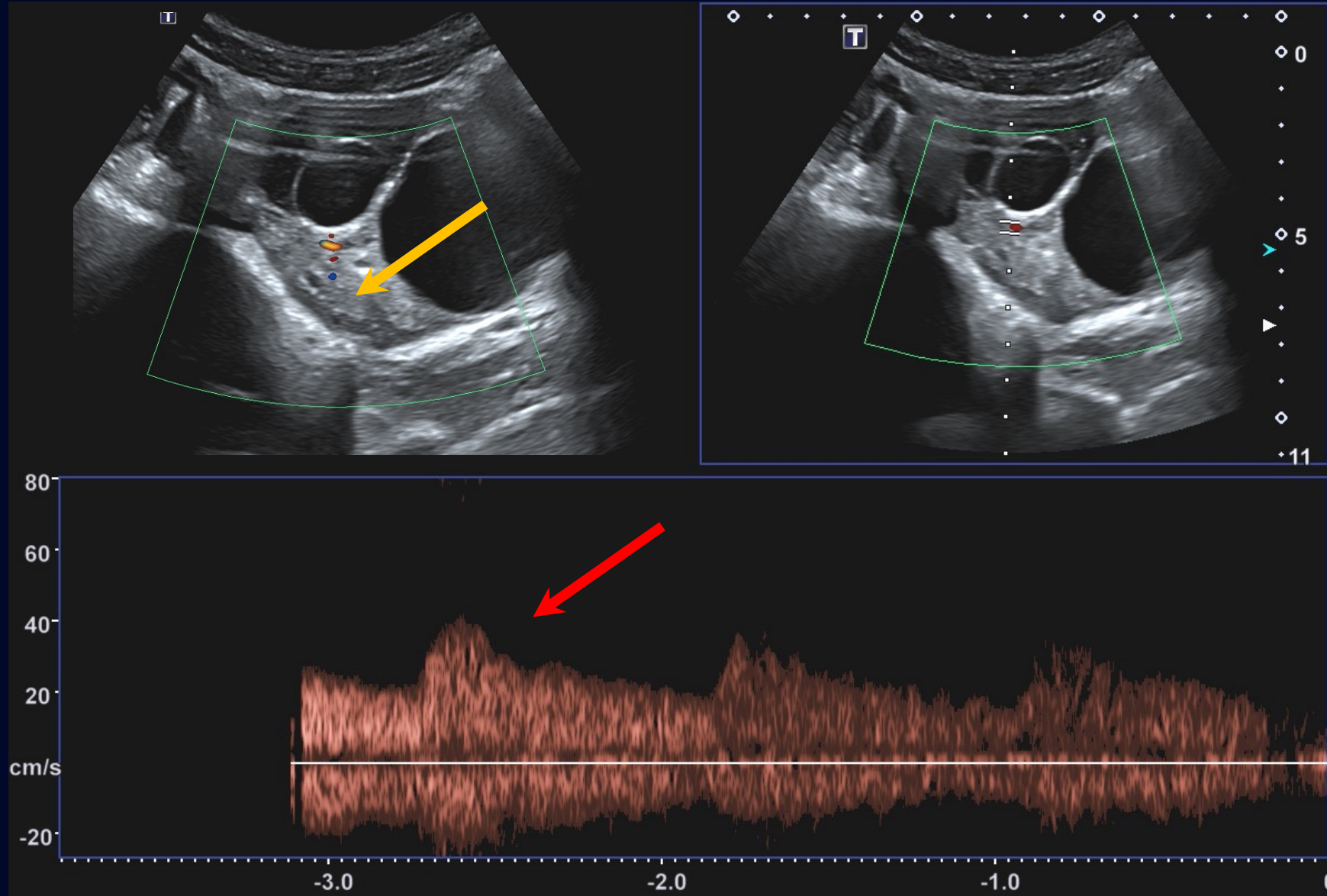
Descriptino écho pelvienne



Tourbillon du pédicule vasculaire ovarien droit (cercle bleu).

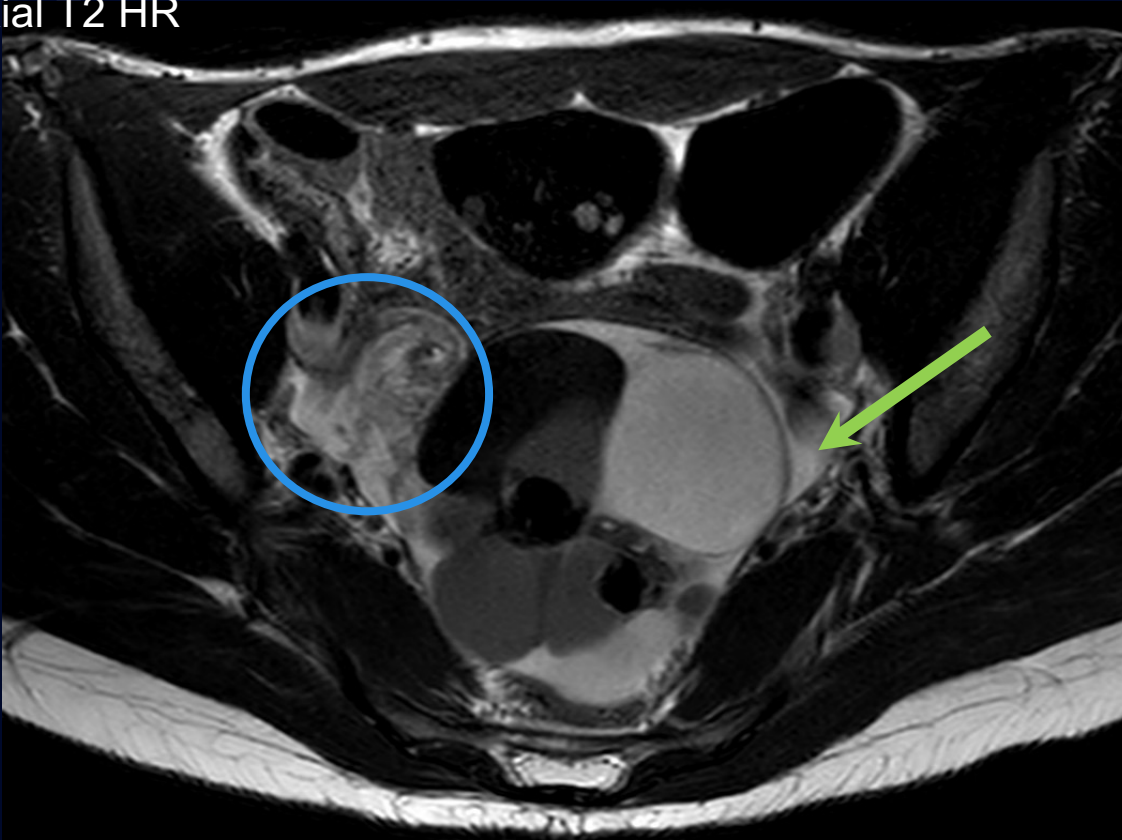
Description écho-Doppler

Le parenchyme ovarien droit résiduel est difficilement dissociable de la masse. Il y a un résidu de parenchyme ovarien normal (flèche jaune) avec un flot artériel persistant (flèche rouge).



Description IRM pelvien C-C+

Axial T2 HR



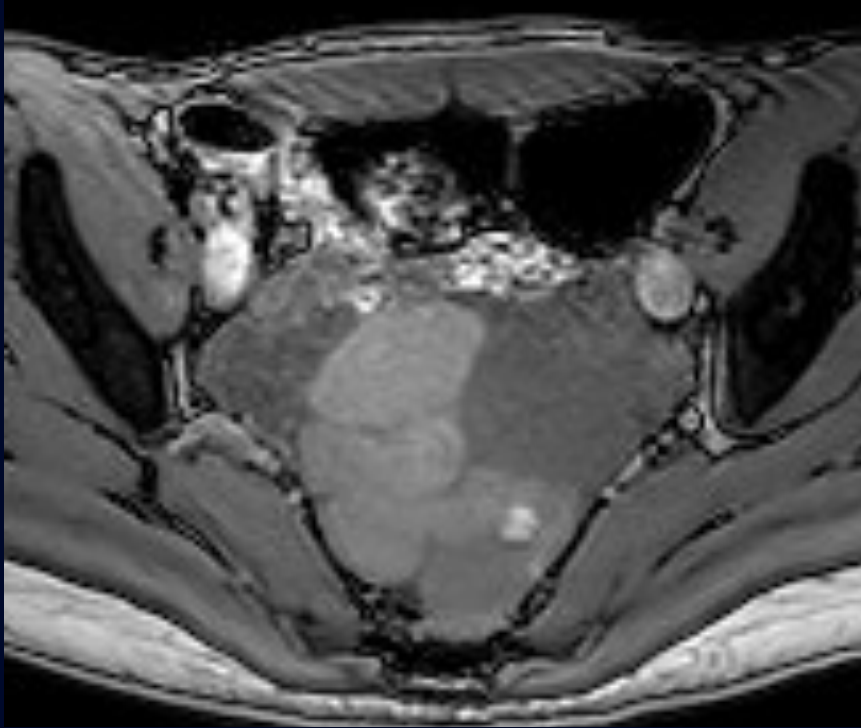
Axial T1 FS Pré



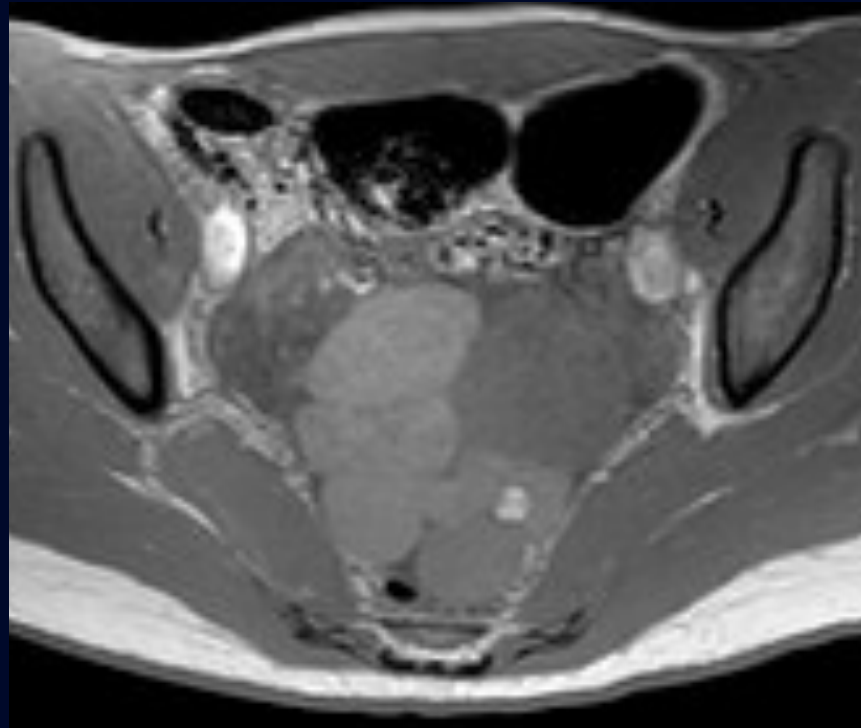
Masse kystique complexe multiloculée à contour bien délimité avec des composantes de signal très variable. On revoit le signe du tourbillon du pédicule vasculaire ovarien droit (**cercle bleu**), ainsi qu'une légère quantité de liquide libre pelvien (**flèche verte**).

Description IRM pelvien C-C+

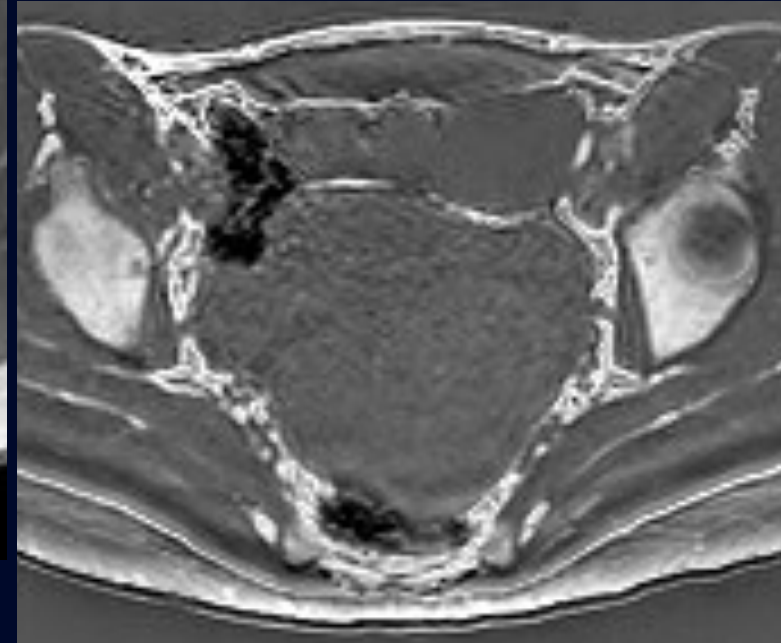
Pas de chute de signal sur la séquence hors (out-of) phase, ni d'artéfact en encre de Chine. Ceci signifie que la masse ne contient pas de signal graisseux.



Out-of-phase

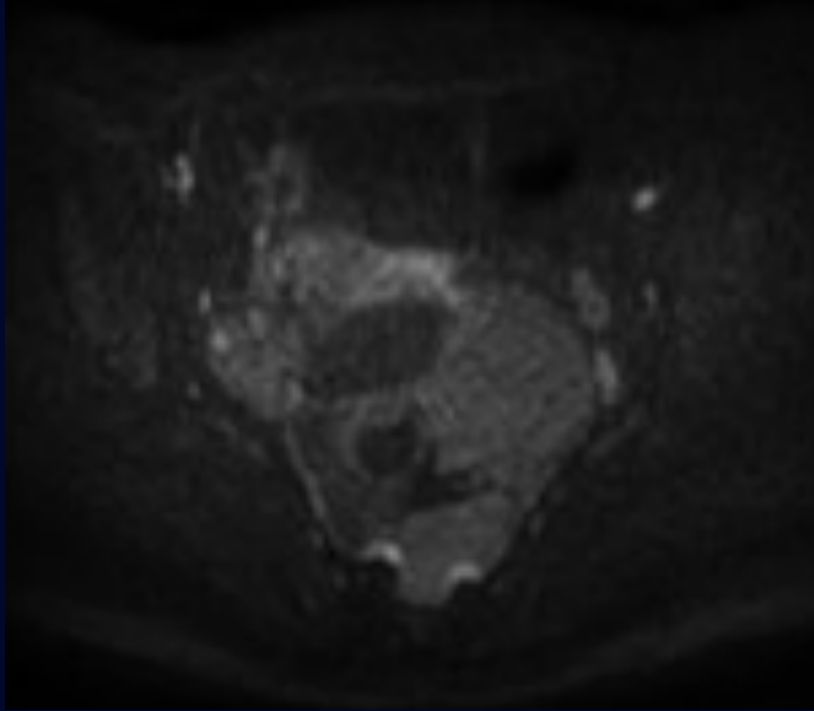


In-phase

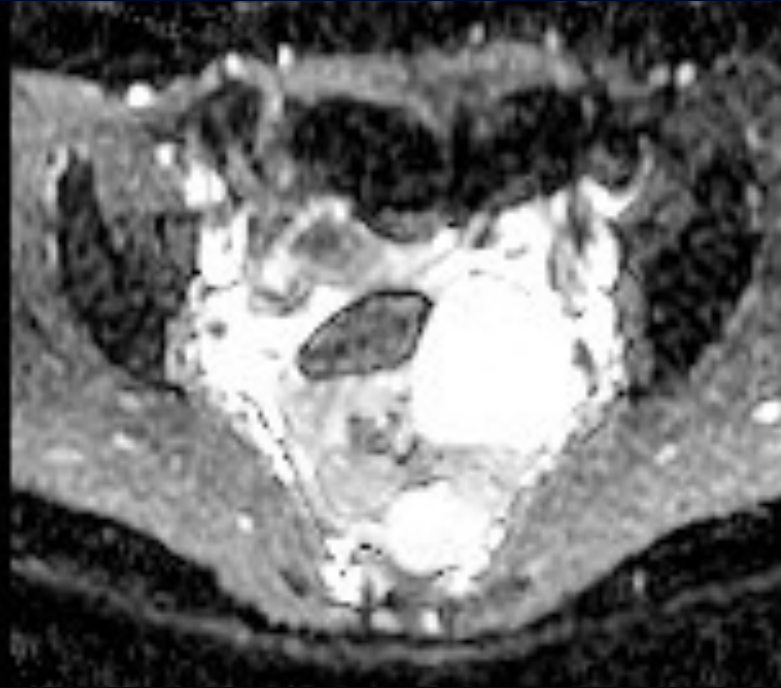


Soustraction

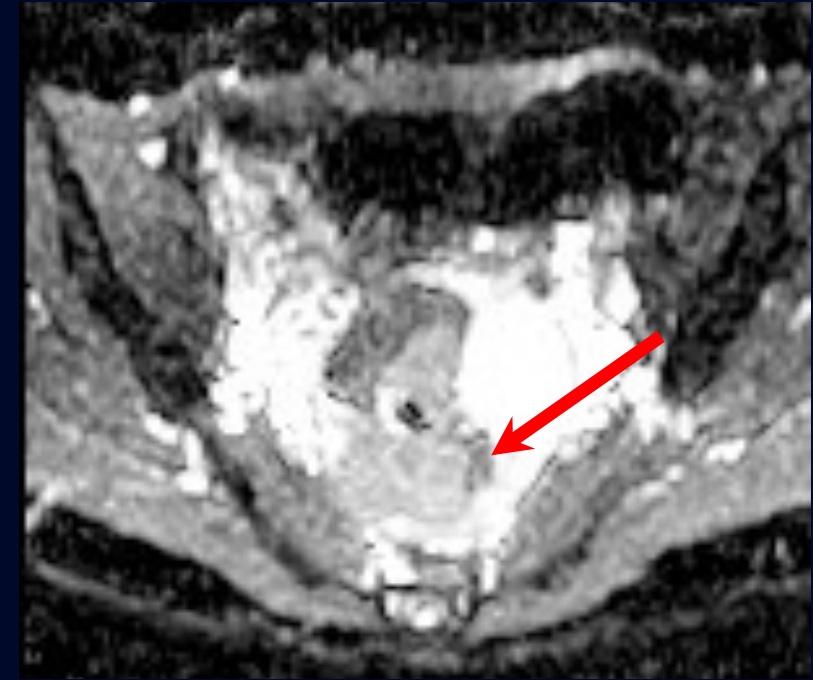
Description IRM pelvien C-C+



B1000



ADC

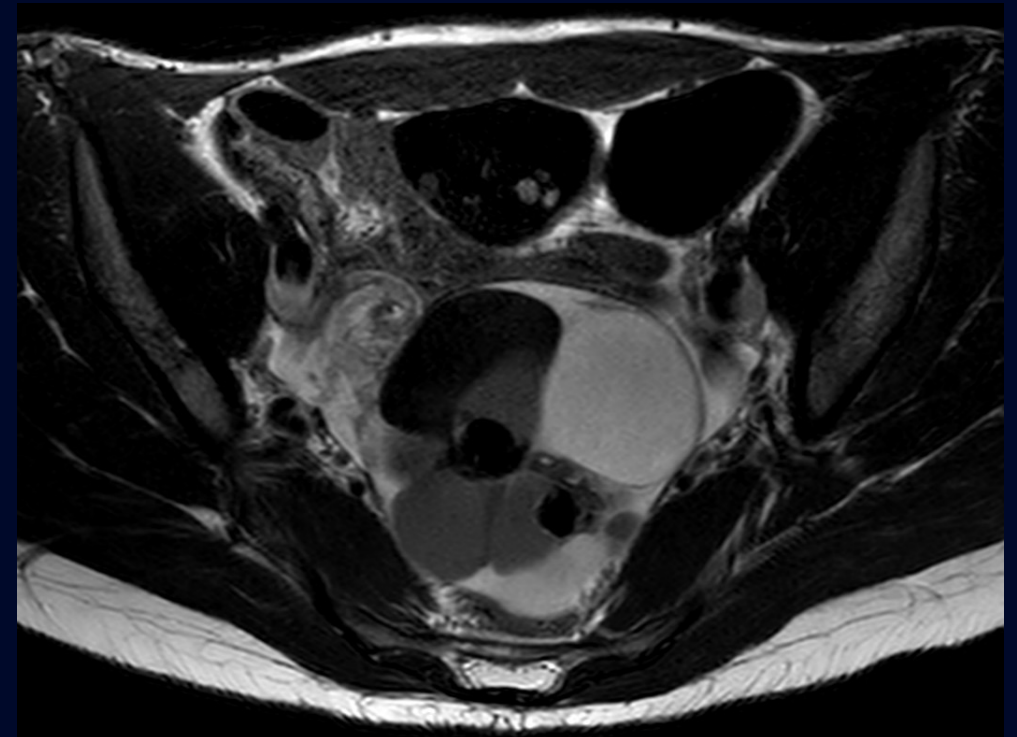


ADC

La masse ne présente pas de restriction de la diffusion, hormis une zone millimétrique sur une coupe (flèche rouge).

Synthèse radiologique

- Volumineuse masse annexielle droite complexe et multiloculée comportant des signaux variables en T1 et T2 ainsi que des composantes solides rehaussantes.
- Torsion ovarienne droite associée.
- Pas d'implant péritonéal, ni d'adénomégalie



Analyses de laboratoire

Analyse	Résultat	Unités	Référence	Interprétation
Protéine C réactive	< 5.0	mg/L	0,0 – 10,0	Tous normaux
Lactate déshydrogénase	177	U/L	104-205	
CA 125 (Ag carbo 125)	8	kU/L	0-35	
CA 19-9 (Ag carbo 19-9)	5	kU/L	0-33	
Alpha-1-foetoprotéine	2.5	ug/L	0,0-9,0	
CEA (carcino-embryo)	0.9	Ug/L		
Inhibine B	< 10	Ng/L		
HCG sous-unité bêta	<0.6 UI/L	UI/L		

➤ FSC, analyse d'urine aussi sont normaux

Diagnostic différentiel

Tumoral

- Tératome (mature ou immature) sans composante graisseuse
- Struma ovarii
- Cystadénome mucineux
- Cystadénocarcinome mucineux ou séreux
- Métastase ovarienne

Non-tumoral

- Endométriome
- Abcès tubo-ovarien

Diagnostic différentiel

**Tératome
mature ou
immature**



En faveur :

- Apparence complexe avec plusieurs zones kystiques et solides
- Portion solide rehaussante qui pourrait représenter un nodule de Rokitansky
- Jeune âge

En défaveur :

- Pas de graisse macroscopique, ni microscopique
- Pas de dents, de cheveux, d'os ni de cartilage objectivés

Diagnostic différentiel

**Struma ovarii
(sous-type du
tératome)**



En faveur :

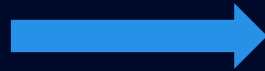
- Apparence complexe avec plusieurs zones kystiques et solides
- Loculations de signal variable T1 et T2 pouvant représenter du contenu colloïde visqueux

En défaveur :

- Âge inhabituel (moyenne = 42 ans)

Diagnostic différentiel

**Cystadénome
mucineux**



En faveur :

- Multiloculé avec des signaux variables
- Volumineux (souvent plus que 10-13 cm)
- Unilatéral
- Pas de projection papillaire

En défaveur :

- Cloisons épaisses > 3 mm
- Composantes solides

Diagnostic différentiel

**Cystadénocarcinome
mucineux ou séreux**



En faveur :

- Composante solide vascularisée
- Quelques loculations de signal mucineux

En défaveur :

- Pas de signe de métastase péritonéale, ni d'adénomégalie
- Jeune âge du patient
- Marqueurs tumoraux négatifs

Diagnostic différentiel

**Métastase
ovarienne**



En faveur :

- Composante solide vascularisée

En défaveur :

- Pas de primaire, pas de carcinomatose péritonéale
- Jeune âge
- Marqueurs tumoraux négatifs
- Unilatéral

Diagnostic différentiel

Endométriome



En faveur :

- Quelques loculations en hypersignal T1 et hyposignal T2

En défaveur :

- Multiples loculations, hétérogènes
- Pas de composantes très hypersignal T1
- Pas d'autres signes d'endométriose (adénomyose, hématosalpinx, implants d'endométriose profonde, médialisation postérieure des deux ovaires (kissing ovaries))

Diagnostic différentiel

Abcès tubo-ovarien 

En faveur :

- Localisation

En défaveur :

- Pas de restriction de la diffusion
- Pas de facteur de risque (pas de relation sexuelle)
- Pas de symptômes infectieux
- Trompes normales, pas de pyosalpinx

Considération supplémentaire

- Le signe du tourbillon du pédicule gonadique, présent à l'échographie et à l'IRM, est **très spécifique** pour une torsion ovarienne surajoutée.
- En soi, la présence de flux artériel et veineux n'exclut pas la possibilité de torsion: un flux Doppler normal peut être parfois présent en raison de l'apport artériel double provenant à la fois des artères ovariennes et utérines.

Consultation et prise en charge en gynéco- oncologie

- Une salpingo-ovariectomie droite par laparoscopie a été effectuée avec cytologie péritonéale

Note opératoire :

Trouvailles :

- Kyste dermoïde ovarien droit d'environ 8 cm avec une torsion de 2 tours au niveau de l'infundibulopelvien.
- Présence de liquide libre modéré.
- Trompe droite normale.
- Annexe gauche normale.
- Utérus normal.
- Abdomen supérieur normal.

Rapports de pathologie

MACROSCOPIE :

A : Annexe droite :

Reçu dans le formol, à l'état fixé, il s'agit de plusieurs fragments d'aspect plutôt kystique mesurant en amas 10 x 6 x 3 cm de diamètre, la surface externe est relativement uniforme. Présence d'un segment de trompe utérine avec pavillon mesurant 2,5 x 0,5 cm de diamètre, sans particularité.

DIAGNOSTIC :

- Struma ovarii
 - Taille : fragments mesurant en amas 10 x 6 x 3 cm
 - Présence de remaniements compatibles avec le contexte de torsion
 - Parenchyme ovarien résiduel identifié
- Trompe utérine (incluant son pavillon) sans lésion histologique significative

Nature du spécimen : ASPIRATION DE LIQUIDE

Renseignements cliniques : Liquide péritonéal

Masse annexielle

QUALITÉ DU SPÉCIMEN :
SPECIMEN SATISFAISANT

CYTODIAGNOSTIC :
ABSENCE DE CELLULES NEOPLASIQUES

**Diagnostic
final**

**Struma ovarii bénin
avec
Torsion ovarienne**

Struma ovarii

Physiopathologie

- Tératome mature monodermique composé d'au moins 50% de tissu thyroïdien avec des follicules de taille variable, à contenu colloïde
- On peut retrouver des modifications propres au tissu thyroïdien: adénome, carcinome et thyroïdite
- À l'histologie, tissu thyroïdien de couleur ambre, avec saignements, nécrose et fibrose

Struma ovarii

Épidémiologie

- 5% des tératomes ovariens
- Majoritairement unilatéral
 - Ovaire gauche dans 63%
 - Bilatéral dans 6%
- Diagnostiqué en préménopause avec un âge moyen de 42 ans

Struma ovarii

Tableau clinique

Clinique variable :

- Souvent fruste, asymptomatique
- Trouble du cycle menstruel
- Douleur pelvienne, surtout si complication de torsion
- Hyperthyroïdie secondaire au tissu thyroïdien ectopique (5%)

Pronostic + Traitement

Traitement :

- Résection chirurgicale

Pronostic :

- La grande majorité (90-95%) des struma ovarii sont bénins.
- Carcinome retrouvé dans 10%, généralement sous-type papillaire
 - Risque accru si tumeur plus volumineuse (rare si lésion < 5 cm, 75% si lésion > 16 cm)

Références

1. Raiteb, Hanane et al. "Struma ovarii: un cas rare de kyste ovarien géant" [Struma ovarii: a rare case of giant ovarian cyst]. The Pan African medical journal vol. 26 223. 25 Apr. 2017, doi:10.11604/pamj.2017.26.223.10621
2. Park SB, Kim JK, Kim K-R, Cho K-S. Imaging Findings of Complications and Unusual Manifestations of Ovarian Teratomas. RadioGraphics 2008;28(4):969-83 doi: 10.1148/rg.284075069.
3. Taylor EC, Irshaid L, Mathur M. Multimodality Imaging Approach to Ovarian Neoplasms with Pathologic Correlation. RadioGraphics 2021;41(1):289-315 doi: 10.1148/rg.2021200086.
4. Jung SE, Lee JM, Rha SE, Byun JY, Jung JI, Hahn ST. CT and MR Imaging of Ovarian Tumors with Emphasis on Differential Diagnosis. RadioGraphics 2002;22(6):1305-25 doi: 10.1148/rg.226025033.
5. Kim KA, Park CM, Lee JH, et al. Benign Ovarian Tumors with Solid and Cystic Components That Mimic Malignancy. American Journal of Roentgenology 2004;182(5):1259-65 doi: 10.2214/ajr.182.5.1821259.
6. Up to Date