

CONFRONTATION ANATOMO-CLINIQUE

Œdème massif de l'ovaire, à propos d'un cas

E. MUTIJIMA (1, 5), M. MOKNI (2), A. EL HOSSINI SOUA (1), S. ZIADI (1), S. MESTIRI (1),
M. T. YACOUBI (2), M. BIBI (3), S. KORBI (4)

RÉSUMÉ : L'œdème massif de l'ovaire est une pseudo-tumeur rare survenant le plus souvent chez des jeunes filles. Le diagnostic préopératoire de cette lésion est très difficile à poser et elle est souvent prise pour une tumeur maligne à cause de son caractère solide. L'examen extemporané permet de poser le diagnostic et éviter ainsi un traitement radical. Les auteurs rapportent le cas d'une patiente âgée de 23 ans dont l'échographie avait révélé une masse ovarienne droite. Le diagnostic d'œdème massif de l'ovaire avait été posé à l'examen extemporané sur pièce d'annexectomie. Bien que la plupart des cas rapportés aient été traités par ovariectomie, le traitement conservateur devrait être la règle, d'autant plus que la pathologie est bénigne et atteint les jeunes.

MASSIVE OVARIAN OEDEMA

SUMMARY : Massive ovarian oedema is a rare tumor-like condition predominantly found in young women. It is considered malignant until otherwise proven because of its solid nature. The pre-operative diagnosis is very difficult. The frozen section examination can help for diagnosis and ensures conservative treatment with ovarian preservation. The authors report a case of a 23-years-old woman with right ovarian mass findings on ultrasound imaging. The diagnosis of massive ovarian oedema was made on frozen section after a right oophorectomy. Although most of reported cases has been handled by oophorectomy, the conservative treatment must be the ruler, especially since the disorder is benign and reaches the youth.

KEYWORDS : *Massive oedema - Ovary - Conservative treatment*

INTRODUCTION

L'œdème massif de l'ovaire est une pseudo-tumeur rare décrite pour la 1^{re} fois par Kalstone et al. en 1969 (1). Il survient généralement chez des patientes jeunes. Son caractère solide pose un diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes du point de vue clinique, échographique et macroscopique. Le diagnostic peropératoire par examen extemporané peut éviter un traitement radical non approprié et par conséquent éviter une ovariectomie chez ces jeunes patientes.

OBSERVATION

La patiente âgée de 23 ans, aux antécédents de coliques néphrétiques droit récidivants, avait une irrégularité du cycle menstruel et une dysménorrhée depuis plus de deux ans. Elle était hospitalisée pour douleurs progressives à la fosse iliaque droite irradiant vers le pelvis. L'examen clinique était normal. L'échographie avait montré une masse ovarienne droite échogène et hétérogène de 8,5 x 5 cm et un utérus de taille et d'échostructure normale. La coelioscopie avait mis en évidence une tumeur ovarienne droite de 8 cm avec végétations exokystiques. Une décision de laparotomie avait été prise et l'analyse extemporanée de la pièce d'annexectomie droite avait conclu à un œdème massif de

l'ovaire. Les suites post-opératoires étaient simples avec sortie d'hospitalisation au 4^e jour post-opératoire.

A l'examen macroscopique de la pièce opératoire (fig. 1), la masse pesait 100 gr ; elle mesurait 10 x 9 x 7 cm. Elle était de consistance molle, surmontée par une lésion en touffe végétante régulière de 1,2 cm de grand axe. A la coupe, la masse était d'aspect blanchâtre, myxoïde et focalement kystique avec quelques follicules visibles en périphérie. Elle était appendue à une trompe de 6 cm de long et 0,5 cm de diamètre. Plusieurs prélèvements avaient été réalisés, fixés dans du formol tamponné à 15 % et inclus en paraffine. Les blocs avaient été coupés à 5 mm d'épaisseur et colorés à l'hématoxyline éosine. L'examen histologique (fig. 2 et 3) avait montré un parenchyme ovarien

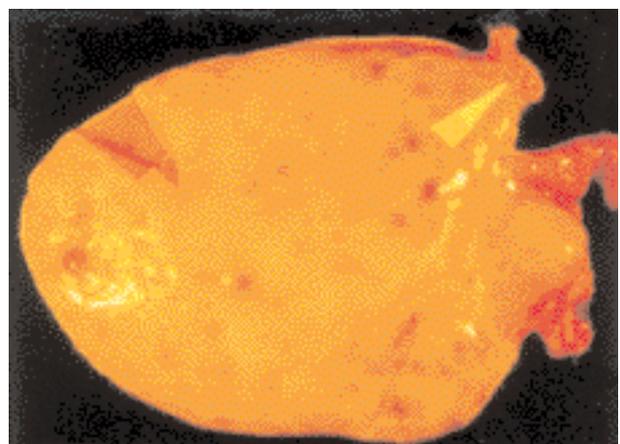


Fig. 1. Tranche de section de l'ovaire montrant un aspect œdémateux homogène et diffus.

(1) Résident, (2) Maître de Conférence Agrégé, (4) Professeur, Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologique, CHU Farhat Hached, Sousse.
(3) Professeur, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Farhat Hached, Sousse.
(5) Assistant clinique, Université de Liège, Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

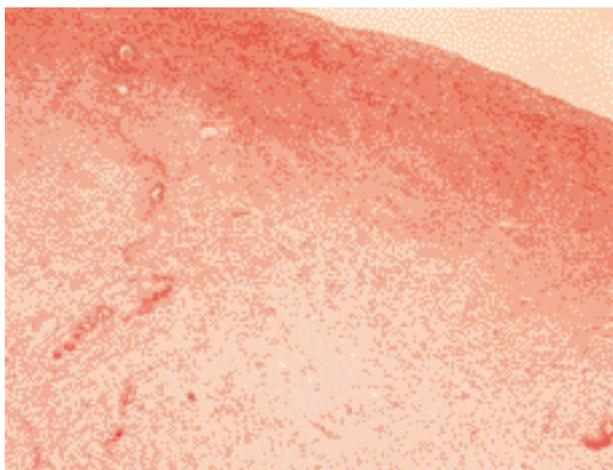


Fig. 2. Œdème massif de l'ovaire montrant une corticale superficielle préservée et des vaisseaux congestifs (Hématxyline éosine 50x).

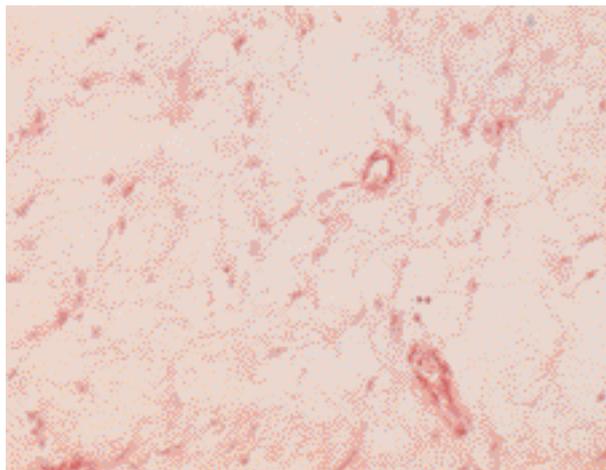


Fig. 3. Modification œdémateuse du stroma avec veinules ectatiques (Hématoxyline éosine 400x).

largement dissocié par l'œdème; les structures vasculaires étaient dispersées et congestives. Les follicules étaient de taille variable et dissociés par l'œdème. Focalement, on observait quelques zones denses et fibreuses avec en surface des structures d'aspect papillaire recouvertes d'une séreuse, et dont l'axe était fibreux. Le diagnostic d'œdème massif de l'ovaire évoqué à l'examen extemporané fut confirmé.

DISCUSSION

L'œdème massif de l'ovaire est une pseudo-tumeur rare caractérisée par une accumulation d'un liquide séreux clair au sein du stroma ovarien. Moins de 100 cas ont été rapportés dans la littérature, la plupart sous forme de cas isolés (2). L'âge de survenue est en moyenne de 22 à 25 ans selon les auteurs (2-5) avec des extrêmes allant de 6 à 46 ans (3). Un seul cas avait été rapporté chez une patiente ménopausée (6). L'œdème massif de l'ovaire est unilatéral dans 90 % des cas (4, 7), à localisation droite prédominante dans 75 % des cas (7-9). Il se manifeste par une douleur abdominale ou pelvienne, des cycles menstruels irréguliers, des pertes vaginales ou une distension abdominale. La douleur peut être de longue date (plusieurs années) ou soudaine suggérant une appendicite aiguë. L'œdème massif de l'ovaire peut se manifester par des troubles hormonaux à type de virilisation ou très rarement de puberté précoce. Occasionnellement, les patientes peuvent présenter des signes d'infertilité et un taux élevé de testostérone et d'œstrogène. A l'examen pelvien, on a typiquement une masse ovarienne palpable, qui peut croître rapidement et doubler de volume dans un temps record. Dans la moitié des cas, on observe une torsion partielle ou complète de l'ovaire atteint.

Exceptionnellement, l'ovaire controlatéral peut être torsionné et infarci. L'œdème massif de l'ovaire a été également décrit en association avec la fibromatose (10), le syndrome de Demons-Meig qui associe un hydrothorax uni ou bilatéral, une ascite et une tumeur ovarienne bénigne le plus souvent un fibrome (11). Un cas était secondaire à une lymphangite carcinomateuse (12).

Du point de vue physiopathogénique, deux théories sont avancées, la 1^{re} qui est considérée comme principal mécanisme, consiste en une torsion intermittente de l'ovaire et de son pédicule, entraînant partiellement un obstacle au drainage lymphatique et veineux de l'ovaire (3, 8, 9, 13, 14). La 2^e, jusqu'alors controversée, attribue cette lésion à un phénomène de prolifération fibroblastique associé à une augmentation de la substance extracellulaire liée elle-même à la fibromatose (3, 10).

L'examen échographique n'est pas spécifique, ce qui explique les difficultés de diagnostic préopératoire. Les aspects échographiques sont variables, solides, kystiques et parfois mixte (5, 15). Récemment, la résonance magnétique nucléaire a démontré que de multiples follicules ovariens situés en périphérie d'un cortex dans un ovaire pseudo-tumoral est un important indicateur diagnostique (15). Cette découverte faisait suite à une même constatation échographique (16), ce qui a valu aux auteurs de suggérer qu'une échographie seule pourrait donner un diagnostic préopératoire d'un œdème massif de l'ovaire s'il existe de multiples follicules ovariens périphériques dans une masse solide ovarienne pseudo-tumorale. Le diagnostic définitif requiert un examen anatomo-pathologique. Du point de vue macroscopique, l'ovaire malade est augmenté de volume, mou ou fluctuant, variant

entre 5,5 et 35 cm de grand axe, avec une moyenne de 11,5 cm et un poids record de 2.500 g (10); il est d'aspect blanchâtre et brillant. A la coupe, le cortex superficiel est fibreux et blanchâtre ressemblant à une capsule, ailleurs, le tissu est oedémateux, gélatineux, faisant sourdre un liquide aqueux. Les follicules superficiels peuvent être présents et la trompe utérine ipsilatérale est souvent oedémateuse.

La présence des follicules ovariens dissociés par l'œdème permet de poser le diagnostic de l'œdème massif de l'ovaire à l'examen extemporané.

L'aspect histologique est caractérisé par la présence d'un œdème massif du stroma ovarien, dissociant parfois les structures folliculaires. Le cortex superficiel est le plus souvent épargné, épaissi et fibrosé. L'examen au fort grossissement montre des cellules stromales ovariennes fusiformes séparées par un abondant liquide pâle pouvant prendre focalement un aspect microkystique. Dans environ 40 % des cas, des foyers de cellules lutéiniques sont présents.

Le diagnostic différentiel inclut toutes les néoplasies ovariennes d'aspect myxoïde ou oedémateux, les fibromes, les tumeurs stromales sclérosantes, les rares myxomes ovariens, la tumeur de Krukenberg, les lymphangiomes, etc.

La plupart des cas rapportés ont été traités par ovariectomie comme c'était le cas pour notre patiente. Cependant, la suspension ovarienne et la fixation de celui-ci semble être le traitement de choix (2, 8), vu qu'elle est suivie d'une régression complète de l'œdème et de ce fait prévient une ovariectomie inappropriée chez des patientes jeunes. En perspective, certains pensent qu'une chirurgie par voie endoscopique serait appropriée, puisqu'elle établirait un diagnostic par des moyens peu invasif et pourrait assurer un traitement conservateur (17-18).

RÉFÉRENCES

- Kalstone CE, Jaffe RB, Abell MR.— Massive edema of the ovary simulating fibroma. *Obstet Gynecol*, 1969, **34**, 564-571
- Clement PB.— *Nonneoplastic Lesions of the Ovary*, in Kurman RJ Ed., Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, 5th ed. Springer-Verlag, New-York, 2002, 699-703
- Nogales FF, Martin-Sances L, Mendoza-Garcia E et al.— Massive ovarian oedema. *Histopathology*, 1996, **28**, 229-234
- Rollason TP.— Non neoplastic diseases of the ovary : selected topics. *Curr Diag Pathol*, 2002, **8**, 172-182
- Friedrich M, Ertan AK, Axt-Fliender R et al.— Unilateral massive edema (MOE): a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2002, **29**, 65-6
- Shirk JO, Copas PR, Kattine AA.— Massive ovarian oedema in menopausal woman. A case report. *J Reprod Med*, 1996, **41**, 359-62
- Clement PB, Young RH.— *Pseudoneoplastic Lesions of the Female Genital Tract and Peritoneum*, in Wick MR, Humphrey PA, Ritter JH Ed., Pathology of pseudoneoplastic lesions. Lippincott-Raven, Philadelphia 1997, 295-6
- Heiss KF, Zwiren GT, Winn K.— Massive ovarian edema in the the pediatric patient: a rare solid tumor. *J Ped Surgery*, 1994, **29**, 1392-4
- Kanbour AI, Salazar H, Tobon H.— Massive ovarian edema: a non neoplastic pelvic mass of young women. *Arch Pathol Lab Med*, 1979, **103**, 42-5
- Young RH, Scully RE.— Fibromatosis and massive ovarian edema of the ovary, possibly related entities: a report of 14 cases of fibromatosis and 11 cases of massive edema. *Int J Gynecol Pathol*, 1984, **3**, 153-78
- Lacson AG, Arbeeah A, Gillis DA et al.— Secondary massive ovarian edema with Meig's Syndrome. *Am J Clin Pathol*, 1989, **91**, 597-603
- Wong SY.— Bilateral massive ovarian oedema. Report of a case due to lymphangitis carcinomatosa. *Virchows Archiv A Pathol Anat*, 1989, **414**, 355-358
- Spinas GA, Heitz PU, Oberholzer M et al.— Massive ovarian oedema with production of testosterone. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol*, 1981, **390**, 365-71
- Roth LM, Deaton RL, Sternberg WH.— Massive ovarian edema. A clinicopathologic study of five cases including ultrastructural observations and review of the literature. *Am J Surg Pathol*, 1979, **3**, 11-21
- Umesaki N, Tanaka T, Miyama M et al.— Sonographic characteristics of massive ovarian oedema. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000, **16**, 479-81
- Umesaki N, Tanaka T, Miyama M et al.— Succesfull preoperative diagnosis of massive ovarian edema aided by comprative imaging study using magnetic resonance and ultrasound. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2000, **89**, 97-9
- Kallipolitis G, Sklin E, Milingos S et al.— Laparoscopic treatment of massive ovarian edema. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 1999, **6**, 513-6
- Kokac M, Caliskan E, Haberal A.— Laparoscopic conservation of the ovaries in cases with massive ovarian oedema. *Gynecol Obstet Invest*, 2002, **53**, 129-32

Les demandes de tirés à part sont à adresser à Moncef MOKNI, Laboratoire d'Anatomie Pathologique, CHU Farhat Hached, 4001 Sousse/Tunisie
Email : moncef.mokni@rns.tn