

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Tumeur de Krukenberg et grossesse : à propos d'un cas

H. BOUGUERN (1), CH. BOUCHIKHI (1), H. CHAARA (1), M.A. MELHOUF (1), A. BANANI (1)

RÉSUMÉ : Les auteurs rapportent l'observation d'une tumeur ovarienne bilatérale chez une femme enceinte, qui s'est révélée une localisation métastatique d'un adénocarcinome du sigmoïde.

MOTS-CLÉS : Tumeur de Krukenberg - Métastase ovarienne - Grossesse

KRUGENBERG TUMOR IN PREGNANCY

SUMMARY : The authors report the observation of a bilateral ovarian tumor in a pregnant woman. The lesion corresponded to a metastasis from a sigmoid adenocarcinoma.

KEYWORDS : Krukenberg tumors - Ovarian metastasis - Pregnancy

INTRODUCTION

Les tumeurs de Krukenberg, décrites pour la première fois en 1895 par Friedrich Krukenberg, constituent des localisations métastatiques ovariennes d'un adénocarcinome gastro-intestinal. Ce sont des tumeurs rares, 1 à 2 % des tumeurs ovariennes (1, 2, 3).

Nous rapportons un cas de tumeur de Krukenberg et grossesse observé au Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Hassan II à Fes au Maroc.

OBSERVATION

Mme Z.H. âgée de 29 ans, 6 enfants vivants, enceinte de 6 mois, est admise pour douleurs abdominopelviennes remontant à 2 mois, celles-ci sont accentuées depuis 3 semaines avec un syndrome subocclusif, dans un contexte d'asthénie, anorexie, et altération de l'état général.

L'examen clinique révèle un utérus gravide de 6 mois, une distension abdominale avec tympanisme, des adénopathies sus-claviculaires gauches, et des signes de virilisation.

L'échographie (Fig 1, 2) montre une grossesse mono-foetale évolutive de 27 semaines, avec présence, en latéro-utérin droit et gauche, de deux images hétérogènes à double composante tissulaire et liquidienne. L'image gauche a un aspect bourgeonnant et les deux images sont vascularisées au doppler. On note une énorme aérocolie et la présence de deux nodules hépatiques (Fig. 3) faisant évoquer une localisation secondaire. L'exploration, à la laparotomie, montre une tumeur ovarienne bilatérale d'environ 10 cm, une tumeur du sigmoïde et deux nodules hépatiques. On réalise une césarienne avec extraction d'un nouveau-né de 1.200 gr et une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, une colectomie gauche avec anastomose colorectale terminotermineale. L'examen

anatomopathologique conclut à un adénocarcinome lieberkuhnien bien différencié du sigmoïde, avec métastase ovarienne bilatérale (tumeur de Krukenberg). La patiente décède en réanimation dans un tableau de choc septique.

DISCUSSION

L'association tumeur de Krukenberg et grossesse est rare (4). Plus d'un siècle après sa première description par Krukenberg, peu de cas ont été rapportés dans la littérature; la faible fréquence de cette pathologie s'expliquerait par la rareté du cancer digestif chez la femme jeune. En effet, 0,4 à 0,5% des cancers gastriques surviennent chez la femme âgée de moins de 30 ans (5, 6). Mais, avec l'augmentation de la fécondité des femmes de plus de 30 ans, l'incidence de cette pathologie risque d'augmenter dans les années à venir (7). Au cours de la grossesse, le diagnostic d'une tumeur digestive est difficile; les signes cliniques ne sont pas spécifiques. Il s'agit le plus souvent de symptômes digestifs à type de nausées et de vomissements, souvent rattachés à tort à la grossesse. Néanmoins, la persistance de ces symptômes au-delà de 15-16 semaines justifierait une exploration digestive, notamment une fibroscopie gastrique. La masse pelvienne est retrouvée dans 49,3 % des cas (8). Sa prise en charge pendant la grossesse est difficile. En effet, l'incidence des tumeurs malignes n'étant que de 1 à 6 % des masses annexielles associées à la grossesse, le diagnostic différentiel avec un lutéome, un kyste lutéinique de la grossesse, ou une autre pathologie annexielle bénigne, pour lesquelles la conduite à tenir est radicalement différente, n'est pas toujours facile. L'IRM constituerait un élément d'orientation; l'intensité du signal de la composante solide de la tumeur de Krukenberg est considéré proportionnel au degré de l'hypertrophie stromale (9), mais le diagnostic de certitude reste histologique en mettant en évidence des cellules muco-sécrétantes en "bagues à chatons" au sein d'une prolifération stromale ovarienne. Une virilisa-

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Hassan II, Fes, Maroc

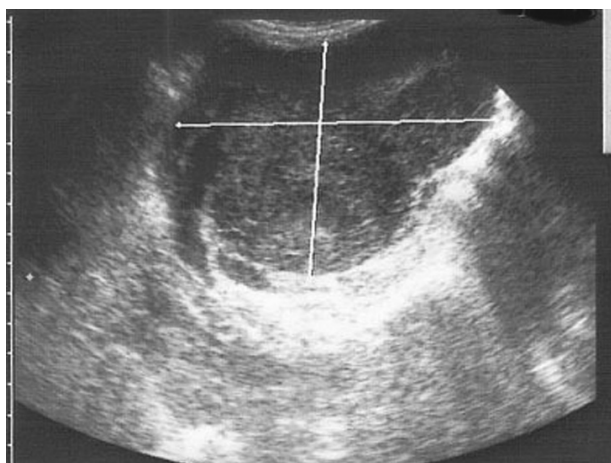


Figure 1. Masse ovarienne droite de 10 cm.

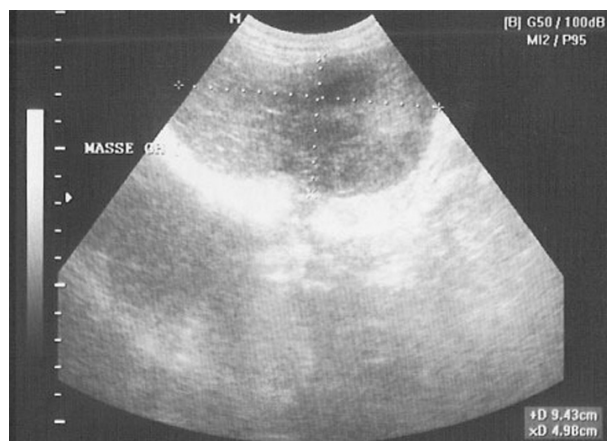


Figure 2. Masse ovarienne gauche de 9,43 cm.

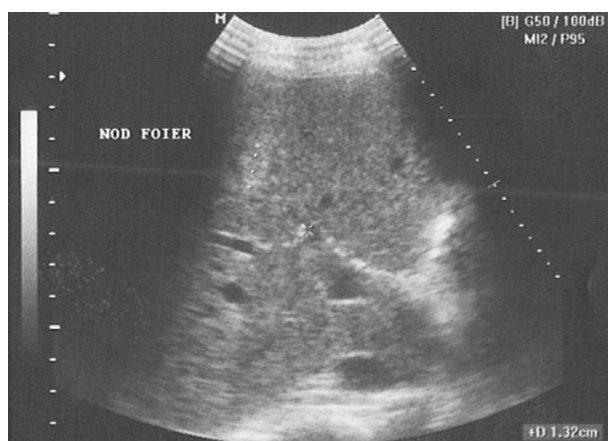


Figure 3. Echographie : nodules hépatiques.

tion maternelle et fœtale peut être observée (10); cette virilisation non spécifique est due au stroma ovarien réactionnel lutéinisé, stimulé par la production placentaire de stéroïdes et d'hormones chorioniques gonadotrophiques (HCG). Pour certains auteurs, la virilisation est constante (9, 11); c'est le cas de notre patiente. En somme, les signes cliniques ne sont pas spécifiques, souvent dissociés et trompeurs.

SUR LE PLAN ANATOMOPATHOLOGIQUE

Dans 80% des cas, les tumeurs ovariennes sont bilatérales, volumineuses (cas de notre patiente), à surface lisse et bosselée; fait caractéristique, il n'y a pas d'adhérences avec les organes voisins (12). Microscopiquement, la présence de cellules épithéliomateuses en "bagues à chapeaux" disséminées dans le stroma, isolées ou groupées en amas acineux avec mucus PAS positif, donnant un aspect pseudo-sarcomateux, est caractéristique de la tumeur de Krukenberg.

SUR LE PLAN PHYSIOPATHOLOGIQUE

L'envahissement par contiguïté de même que l'envahissement par voie péritonéale sont exclus (12). Par contre, tous les auteurs (12) retiennent une propagation par voie sanguine et, surtout, la voie sanguine rétrograde.

SUR LE PLAN THÉRAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE

Le traitement de la tumeur de Krukenberg est toujours chirurgical, basé sur une exérèse la plus précocement possible de la tumeur primitive, et sur une hystérectomie totale avec ovariectomie bilatérale.

PLACE DES TRAITEMENTS ADJUVANTS

L'efficacité de la chimiothérapie est discutée (12); la radiothérapie est totalement inefficace comme s'accordent à le souligner toutes les études (12).

Le pronostic reste sombre, imposant une moyenne de survie de 12 mois environ (12).

LES FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC (12)

Les facteurs de mauvais pronostic sont :

- diagnostic tardif, au stade de la symptomatologie parlante, surtout état d'épanchement ascitique ou pleural;
- femme en période d'activité génitale;
- particulièrement lors d'une grossesse;
- traitement trop peu agressif;
- mauvaise chronologie des actes médicaux.

CONCLUSION

La tumeur de Krukenberg est une tumeur mystérieuse d'origine métastatique d'un adénocarcinome digestif. Le pronostic reste sombre,

imposant un dépistage systématique devant toute symptomatologie digestive néoplasique, l'examen gynécologique complet chez toute femme ayant un cancer digestif de même que l'exploration digestive devant toute symptomatologie digestive persistant au-delà du premier trimestre de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Basek A, Krami H, Melliani K, et al.— Les tumeurs de Krukenberg. A propos de 7 observations. *Médecine du Maghreb*, 2001, **85**.
2. Falandry L, Lancien G, Minko D, Mpouho L.— Le syndrome de Krukenberg : une tumeur rare de l'ovaire d'origine gastrique : à propos d'un cas observé en Afrique. *Médecine d'Afrique Noire*, 1992, **39**.
3. Zouari M, Ghourbel A, Ammous A, Rekik S.— Tumeur de Krukenberg : à propos d'un cas. *La Tunisie Médicale*, 1993, **71**.
4. Mackey JR, Hugh J, Smylie E.— Krukenberg tumor complicated by pregnancy. *Gynecol Oncol*, 1996, **61**, 153-155.
5. Sandmeir D, Lobrinus JA, Vial Y, et al.— Bilateral Krukenberg tumor of the ovary during pregnancy. *Eur J Gynaec Oncol*, 1999, **21**, 58-60.
6. Scharla A, Huber P, Lorezen J, Gohring UJ.— Gastric cancer during early pregnancy : two case report. *Arch. Gynecol Obstet*, 1996, **258**, 151-154.
7. Yakushiji M, Tazaki T, Nishimura H, Kato T.— Krukenberg tumors of the ovary : a clinicopathologic analysis of 112 cases. *Acta Obstet. Gynaec JPN*, 1987, **3**, 479-485.
8. Vauthierbrouzes D, Vanna Limoyou K, Sebah E, et al.— Tumeur de Krukenberg associée à la grossesse avec virilisation maternelle et foetale : un diagnostic difficile à propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, **26**, 831-833.
9. De Palma P, Wronski M, Bifernino V, Bovano I.— Krukenberg tumor in pregnancy with virilisation. A case report. *Gynecol Oncol*, 1995, **16**, 59-64.
10. Blanc B, Cormure M, Martin PM, et al.— Tumeurs non endocrines de l'ovaire. A propos de 11 observations. *Enc Med Chir Gynéc*, 1985, **11**, 22.
11. Attipou K, Ayite A, Napoukoura G, et al.— Tumeur de Krukenberg à propos de 4 cas au CHU de Lomé au Togo. *Médecine d'Afrique Noire*, 1996, **43**, 8-9.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Bouguern Hakima, 7 Rue Ialla amina, Résidence Belvedere II, Fes, VN 30000, Maroc.
email : aya_ani2002@yahoo.fr