

Cas de la semaine # 262

24 octobre 2022

Préparé par Dr Phuc Dat Truong R5

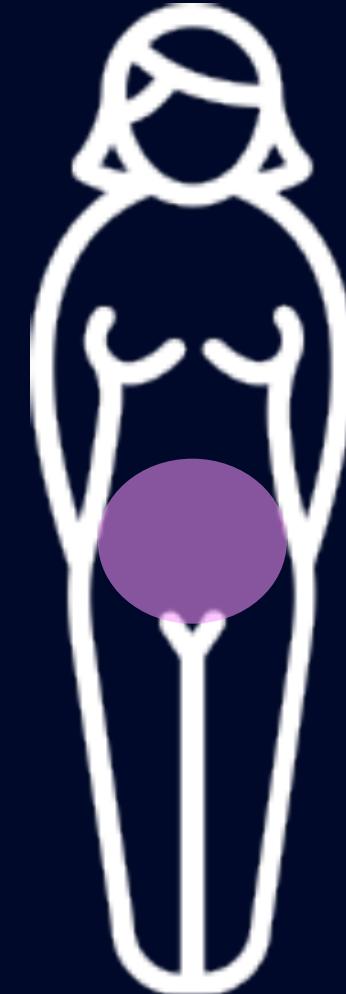
Avec Dre Elige Karam Fellow

Dre Viviane Nicolet MD FRCPC



Histoire clinique

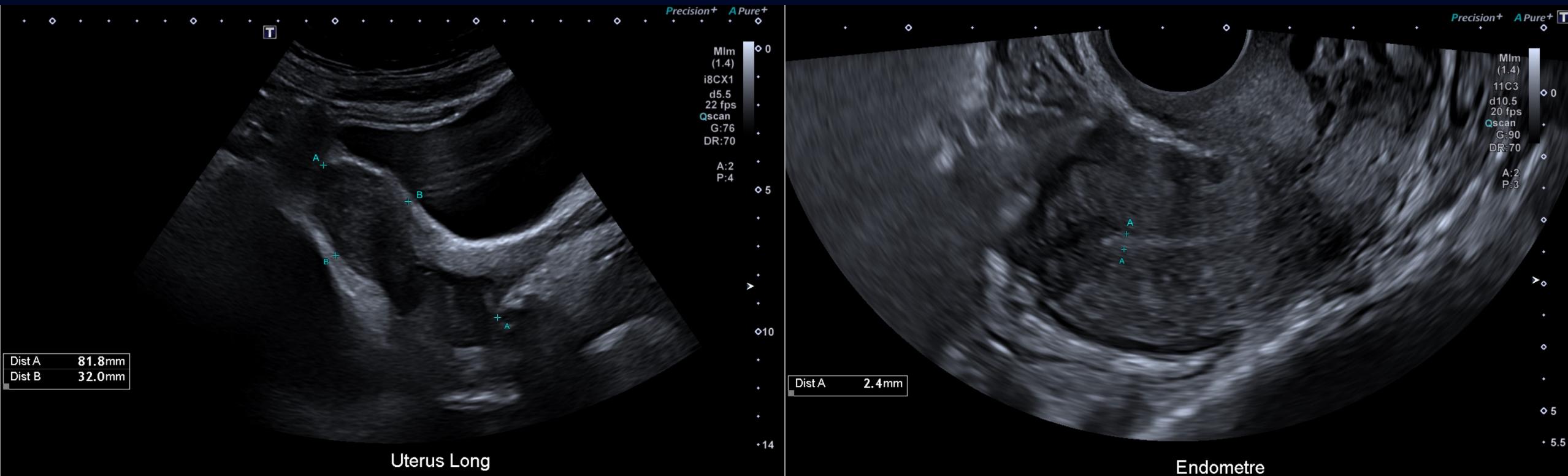
- Connue BRCA2
- Ménopausée
- Prévue pour une oophorectomie préventive bilatérale



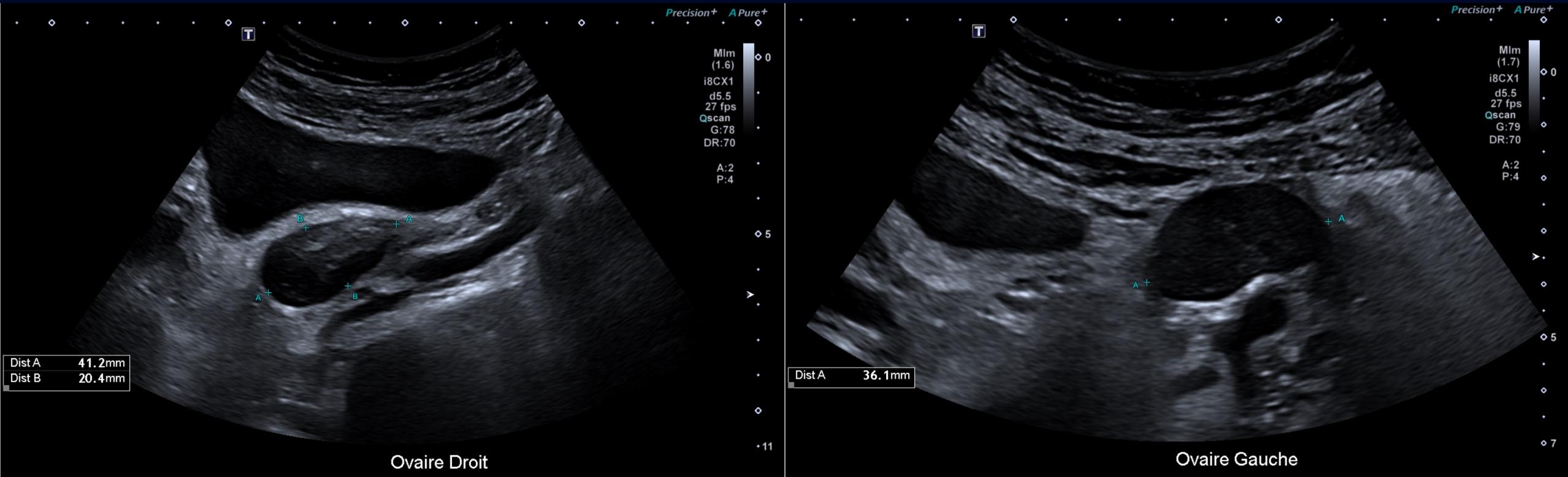
63 ans

Échographie pelvienne suspubienne

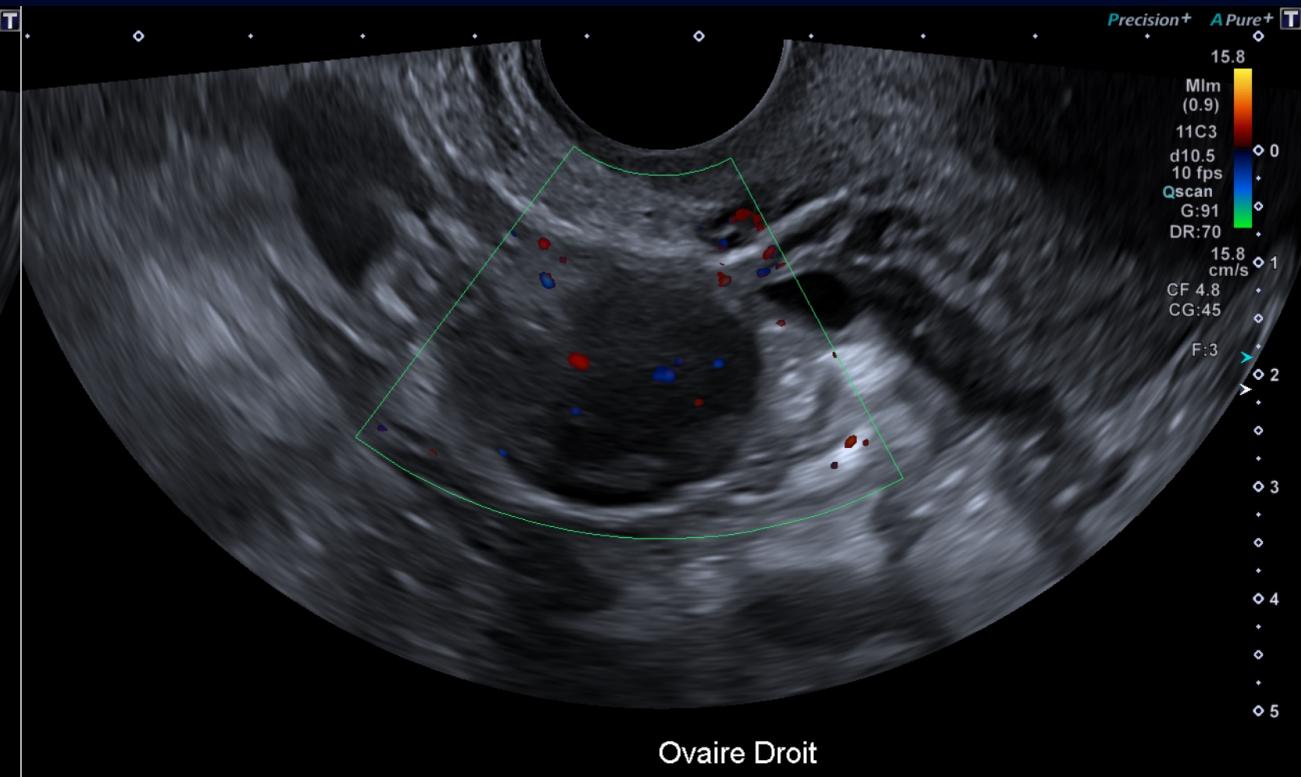
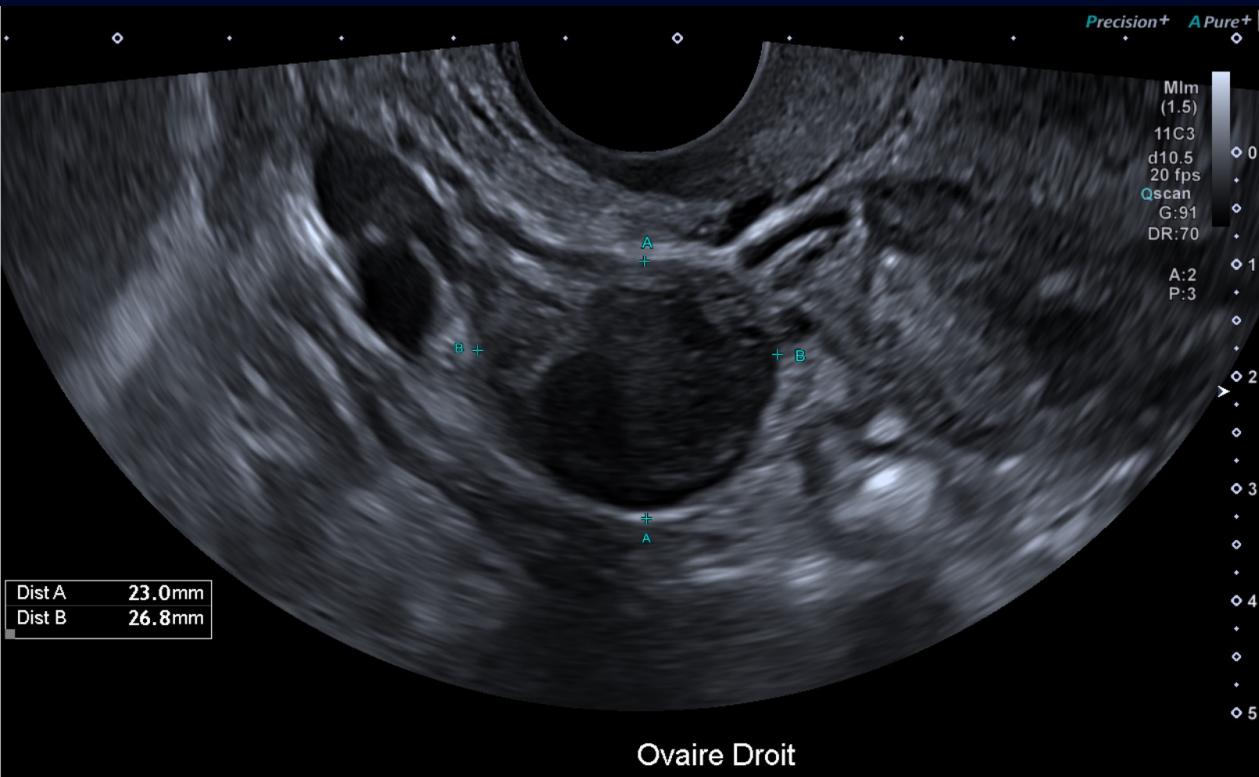
endovaginale



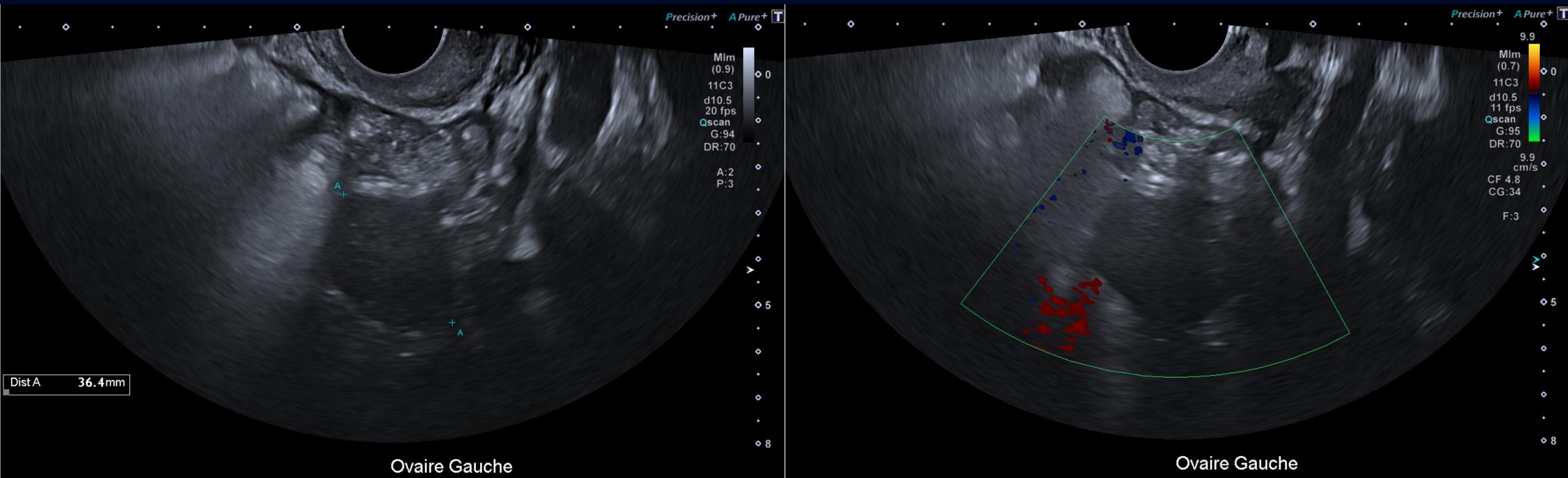
Échographie pelvienne suspubienne



Échographie pelvienne endovaginale

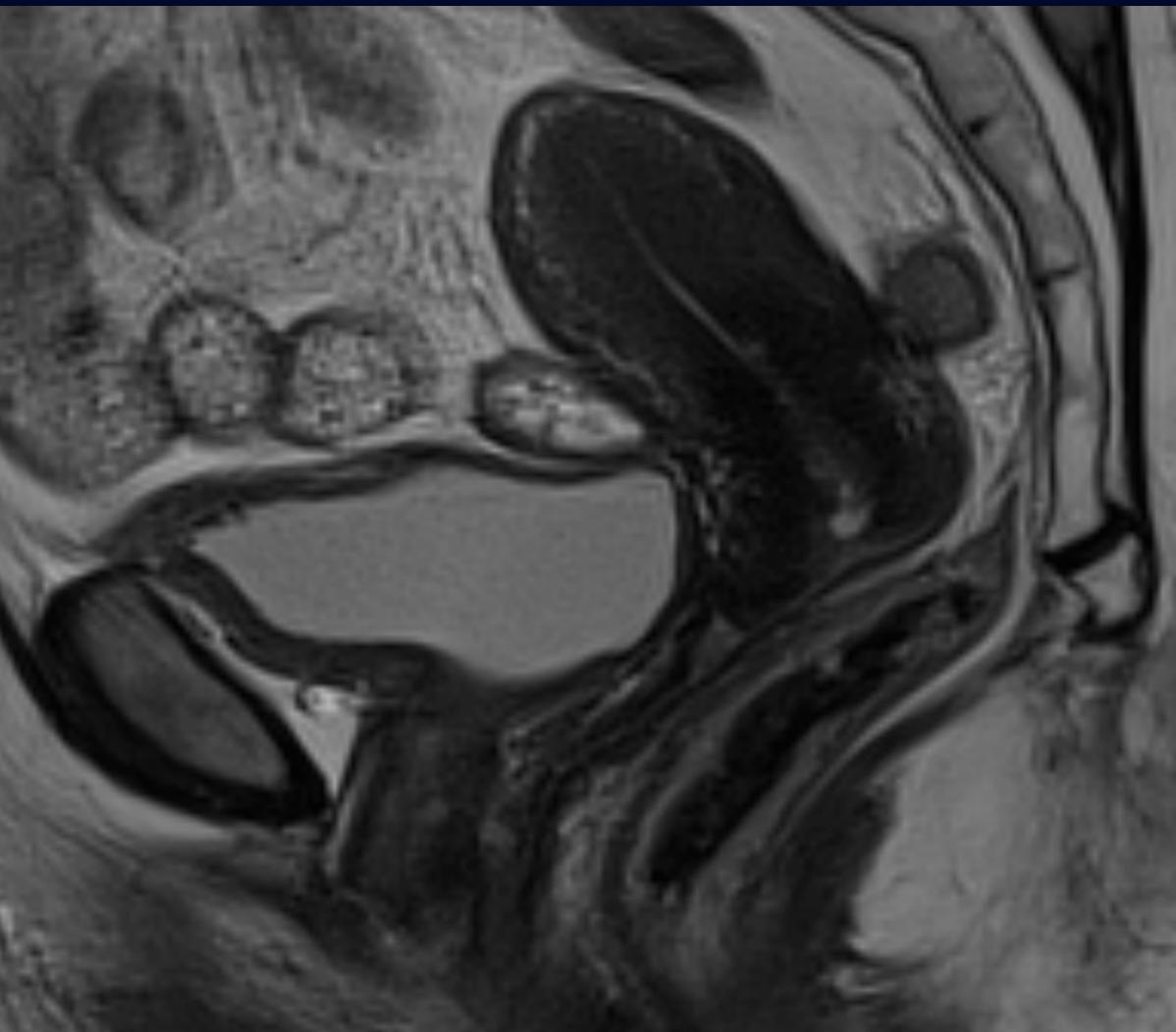


Échographie pelvienne endovaginale

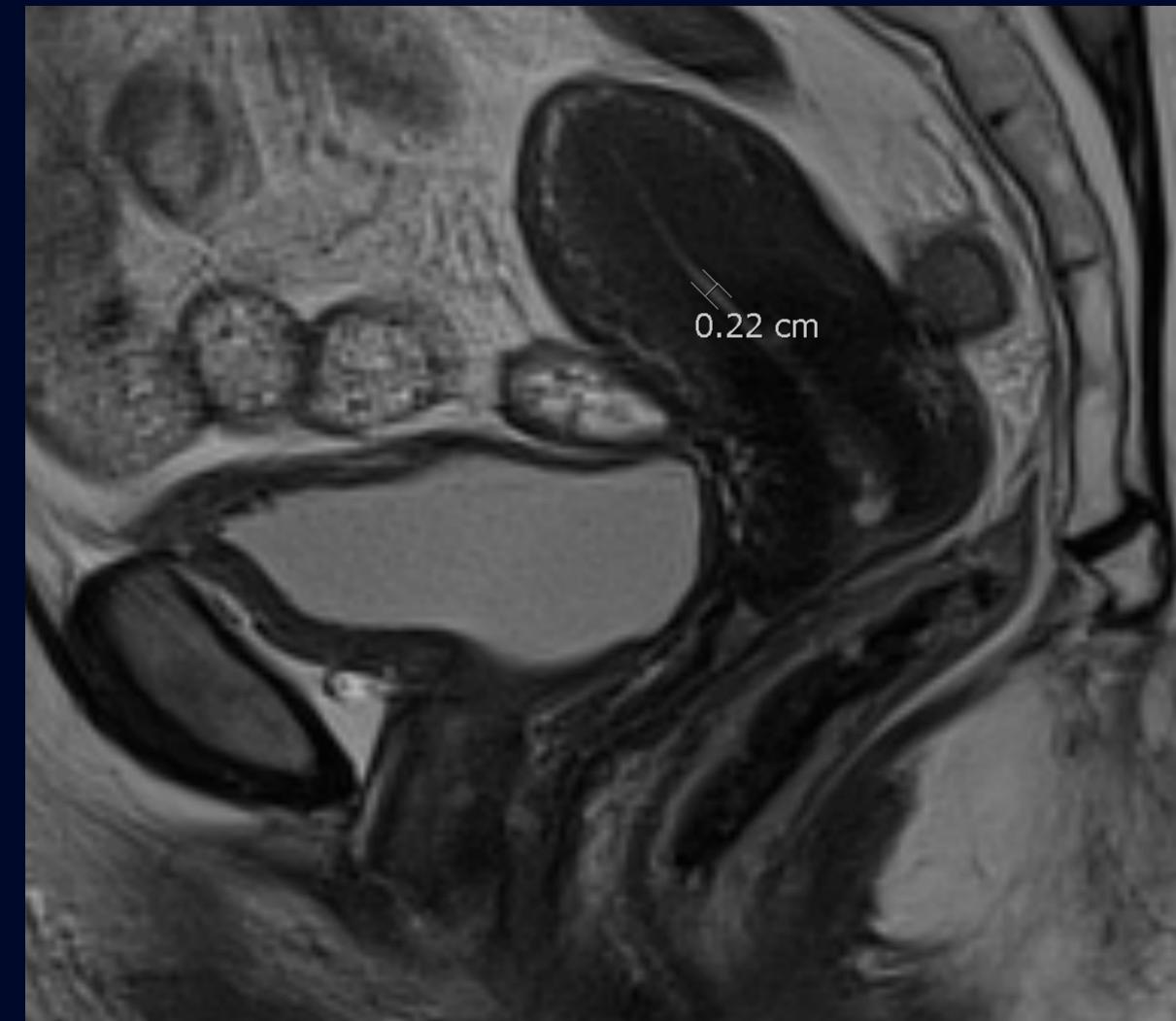


IRM pelvienne

IRM pelvienne C- C+ Utérus

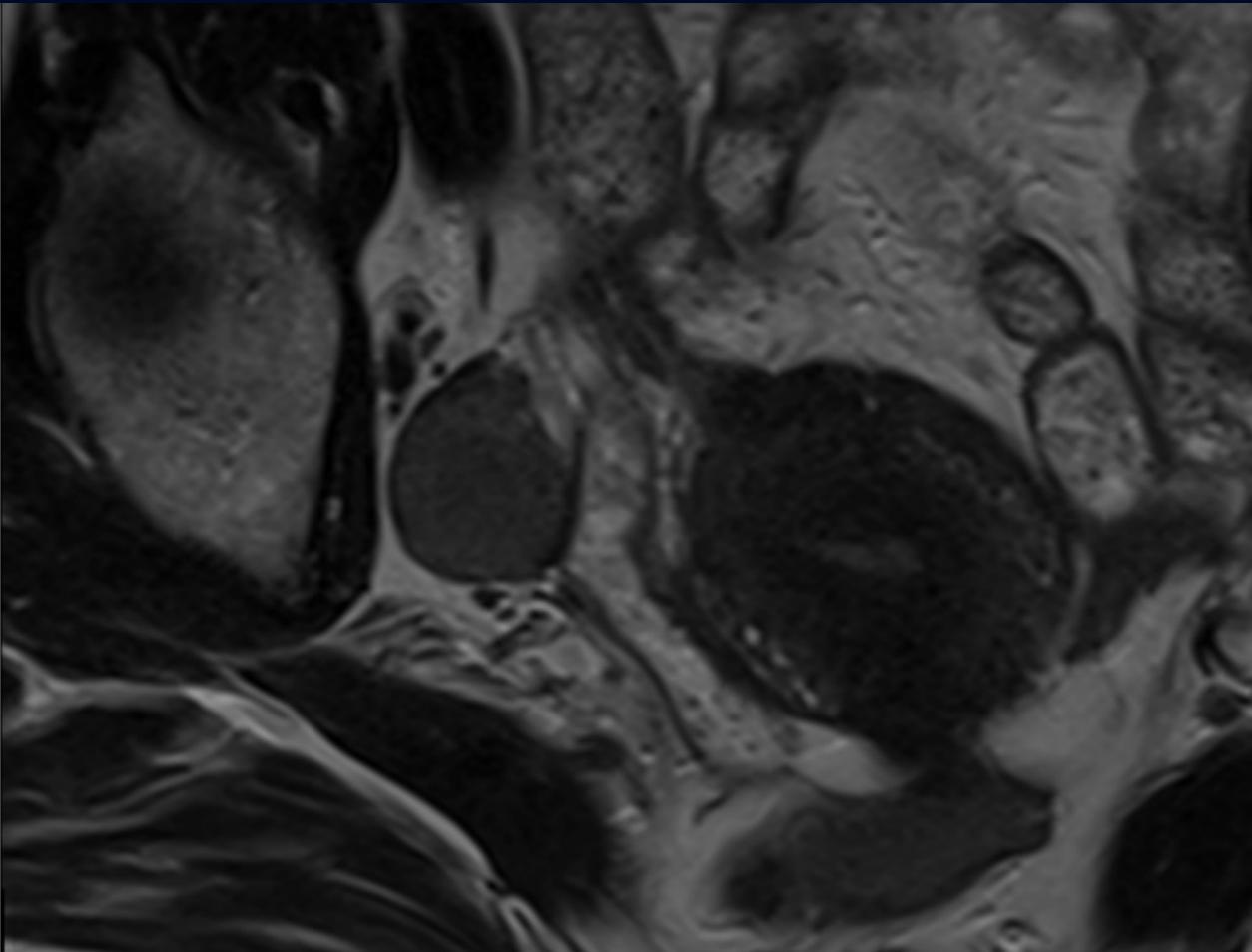


Sagittal T2

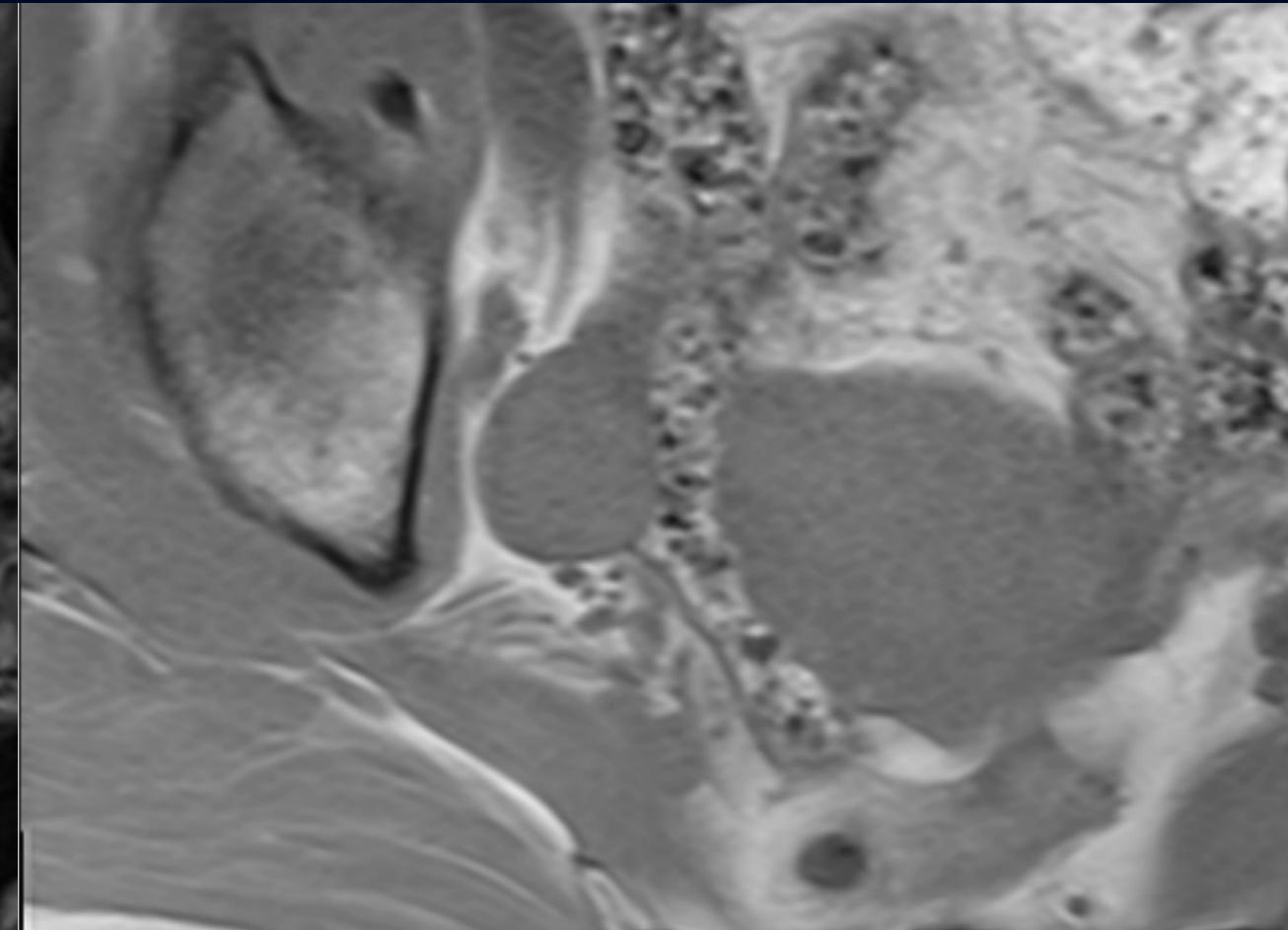


Sagittal T2

IRM pelvienne C- C+ Ovaire droit

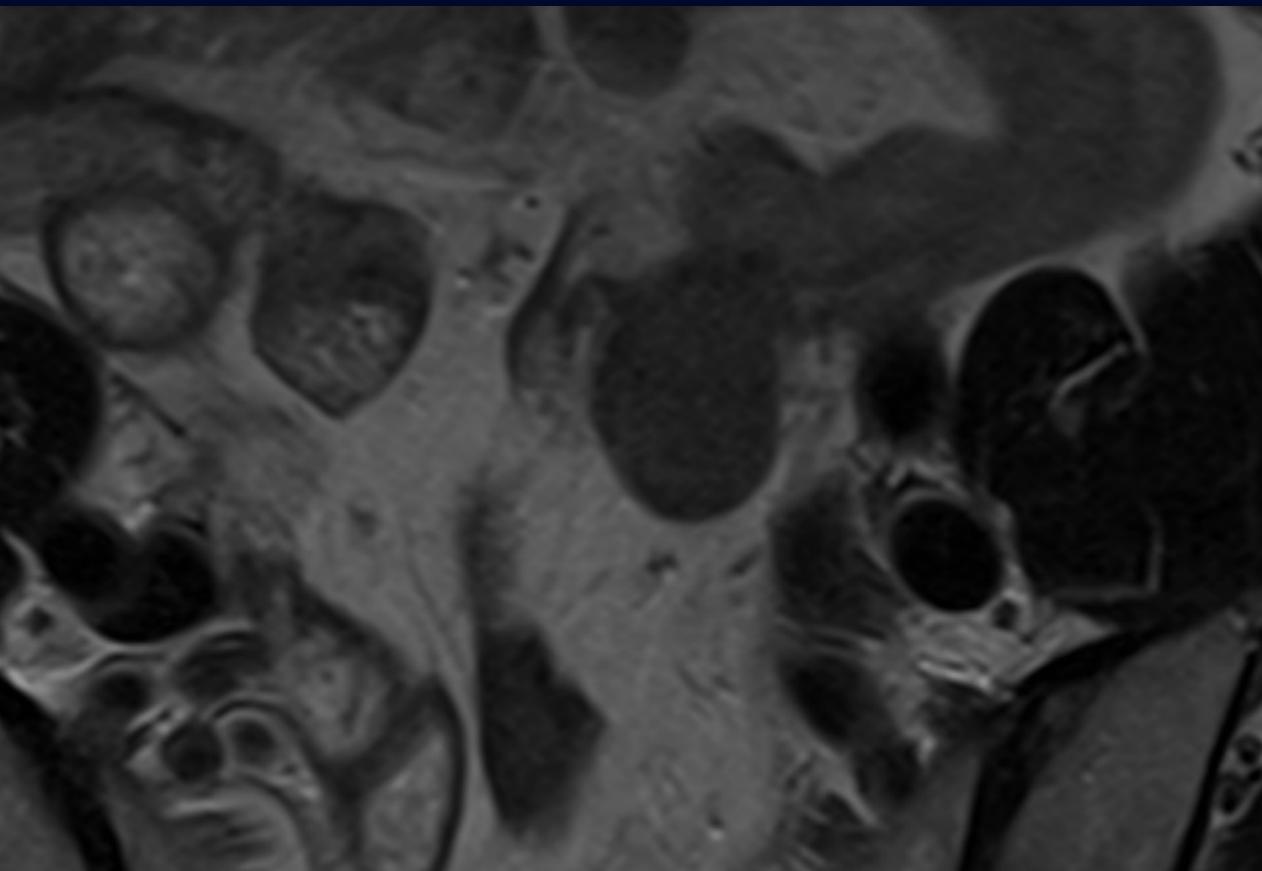


Axial T2

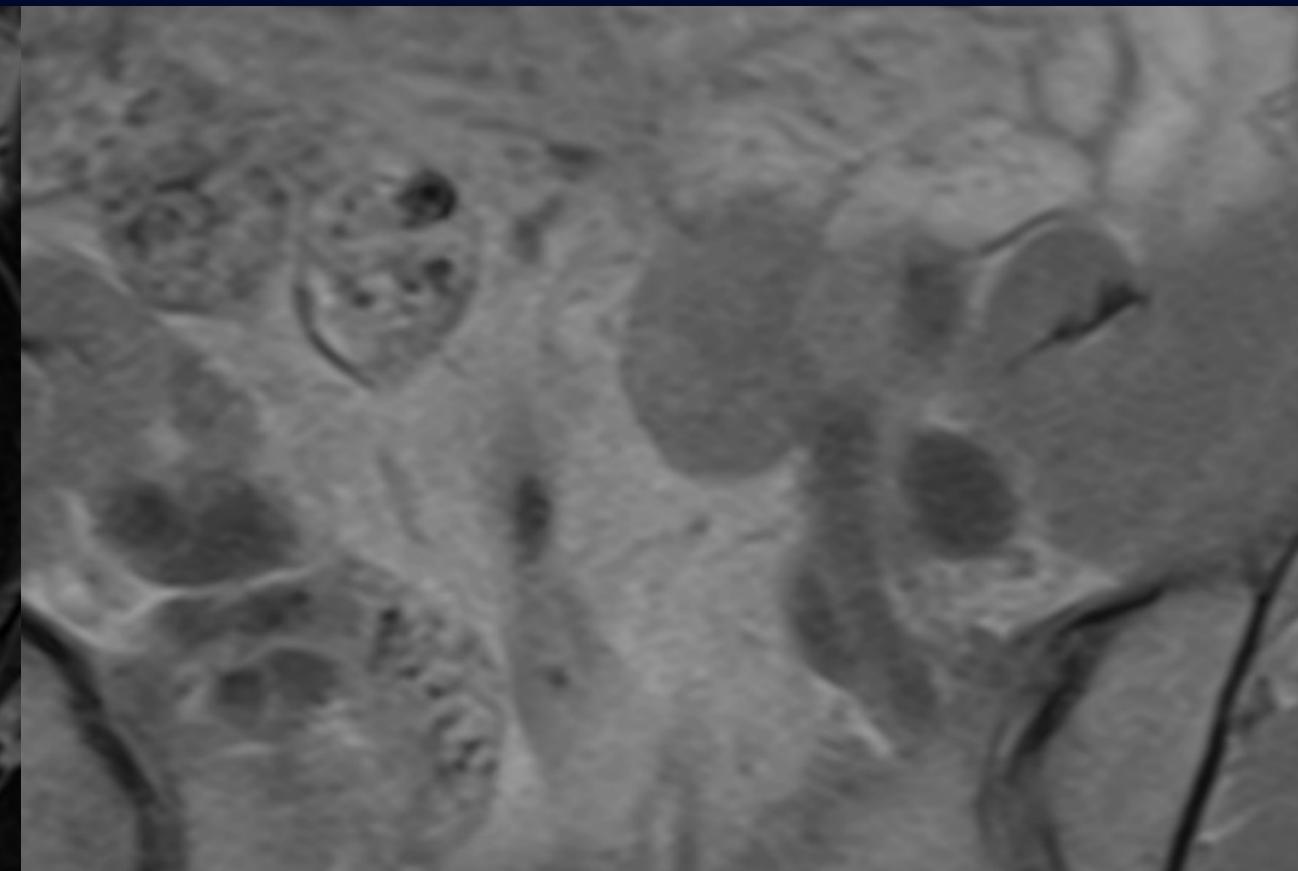


Axial T1 Sans injection

IRM pelvienne C- C+ Ovaire gauche



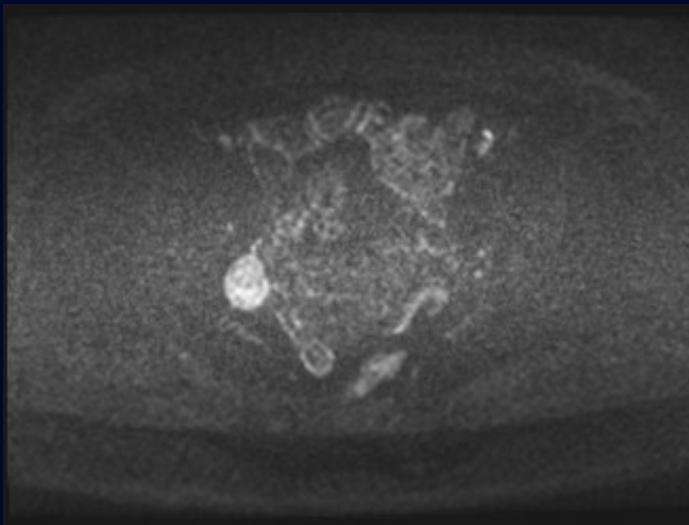
Axial T2



Axial T1 Sans injection

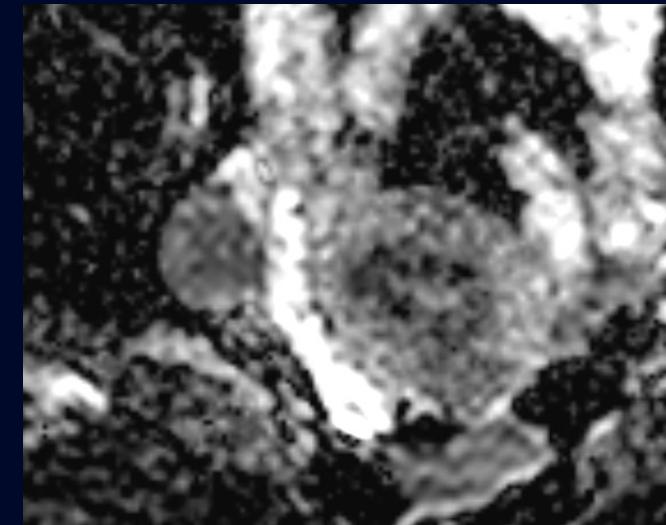
IRM pelvienne C- C+ Diffusion

b1000

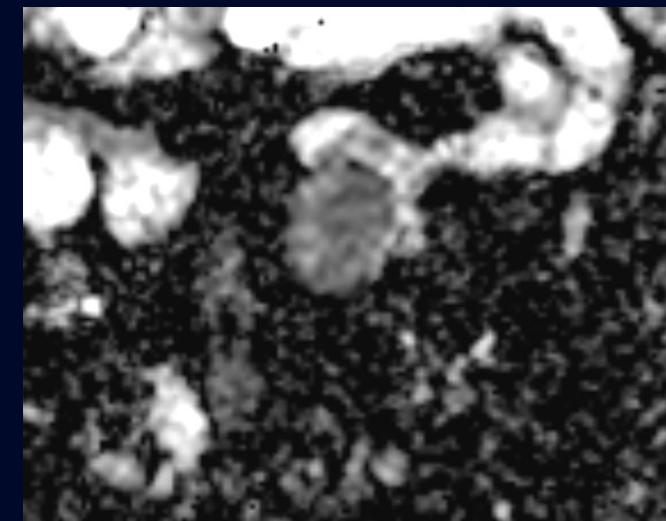
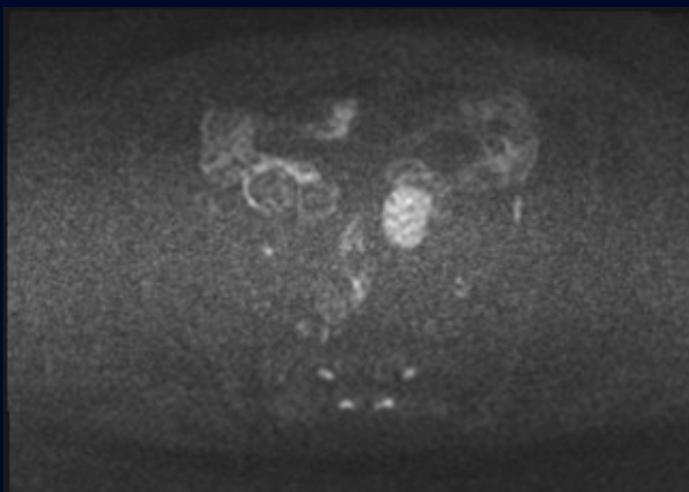


Ovaire droit

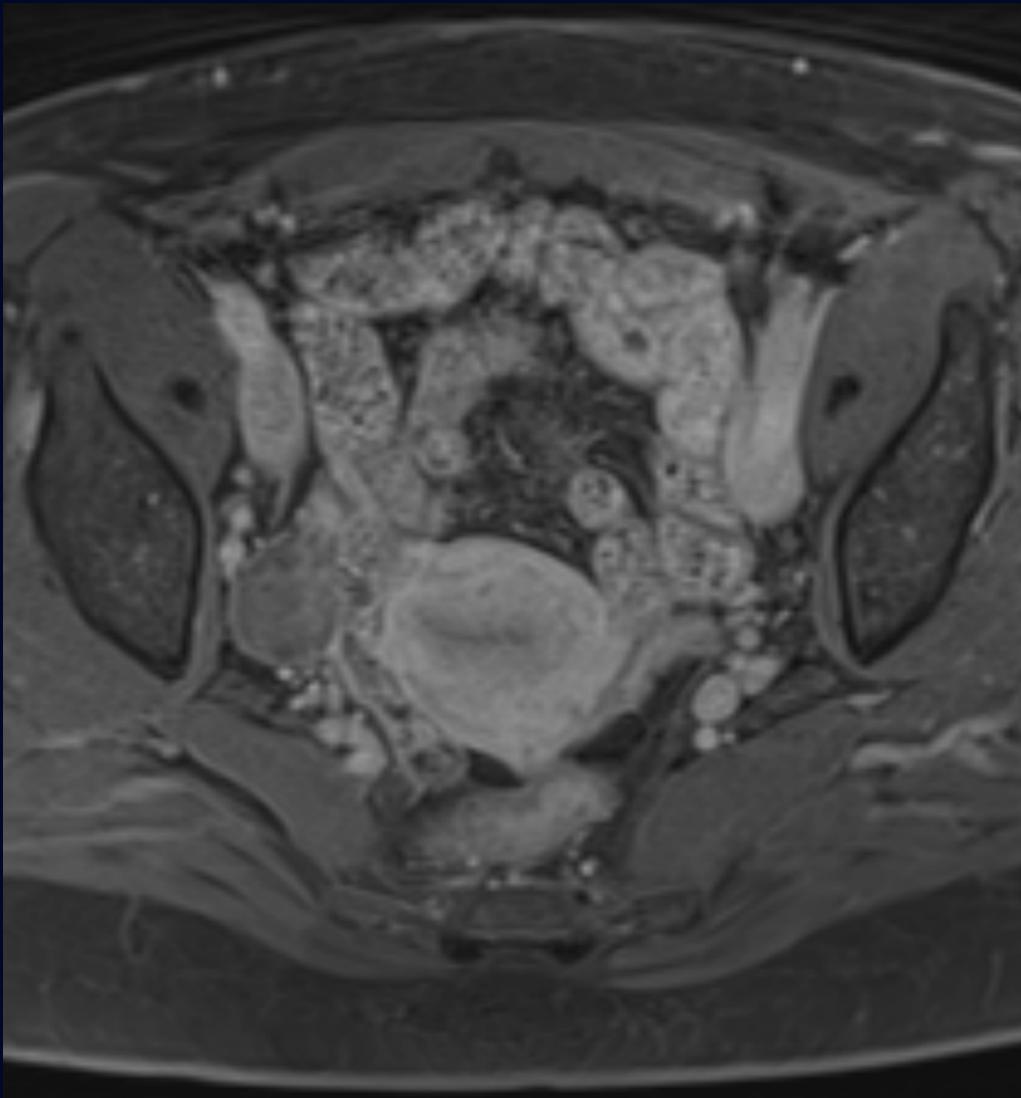
ADC



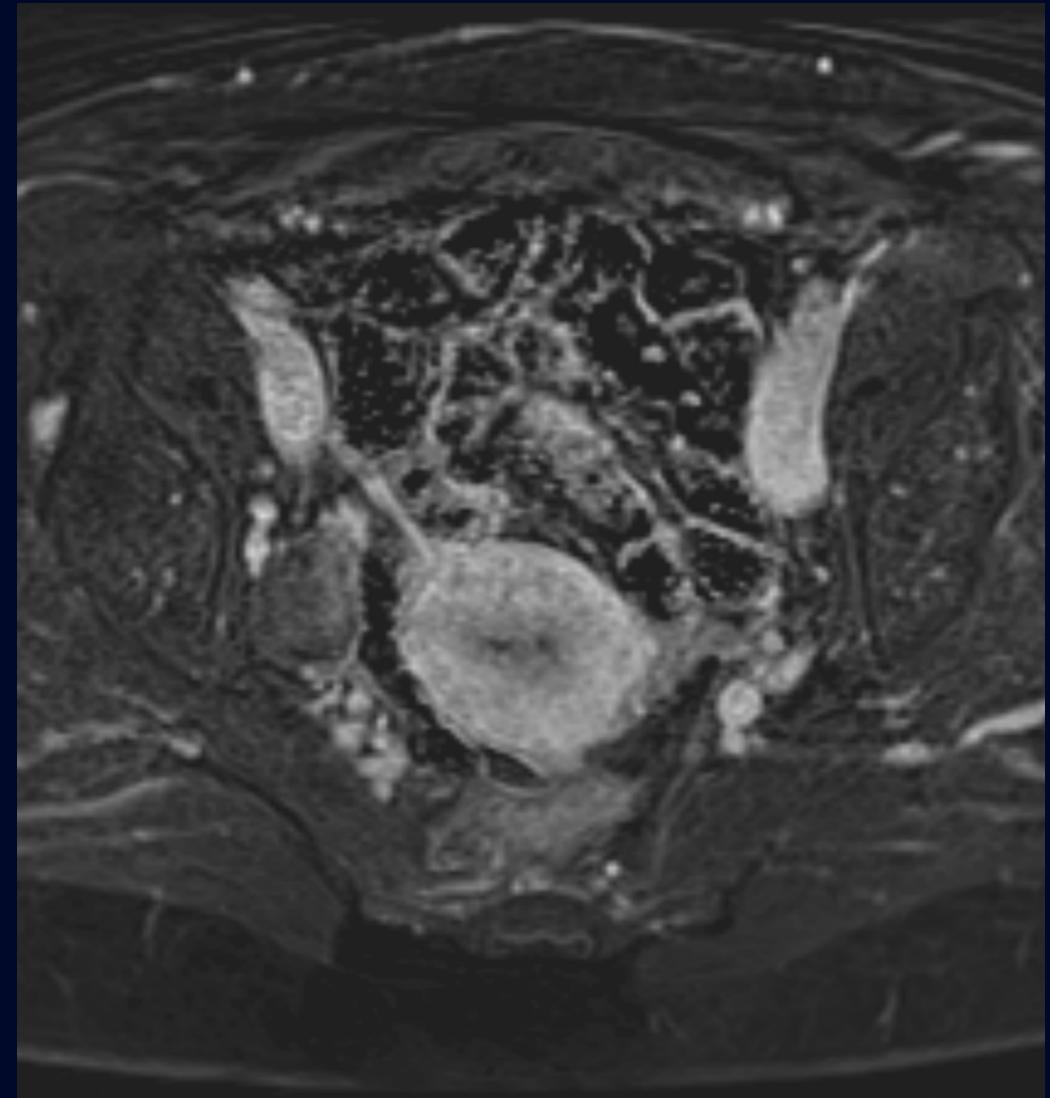
Ovaire gauche



IRM pelvienne C- C+ Ovaire droit

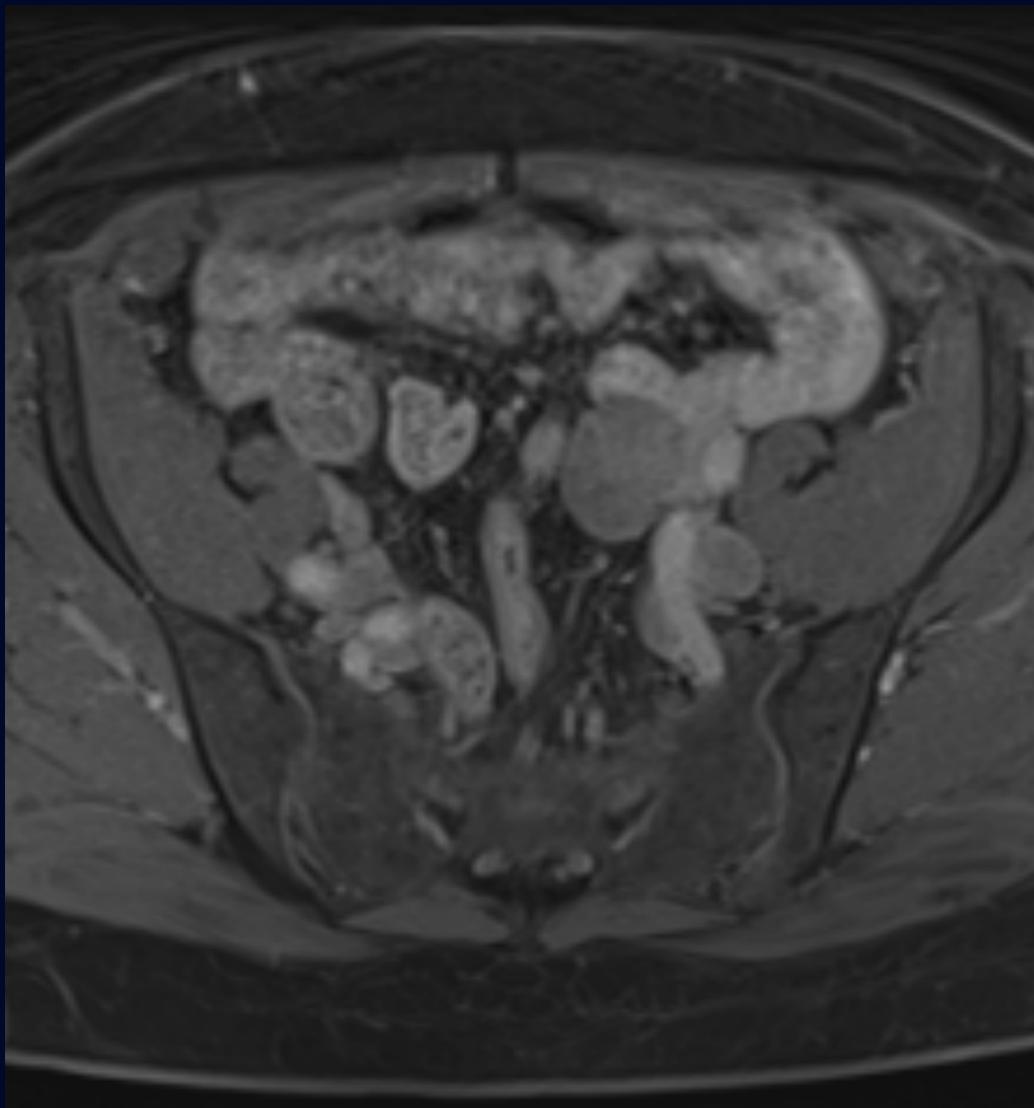


Axial T1 Fat-Sat C+

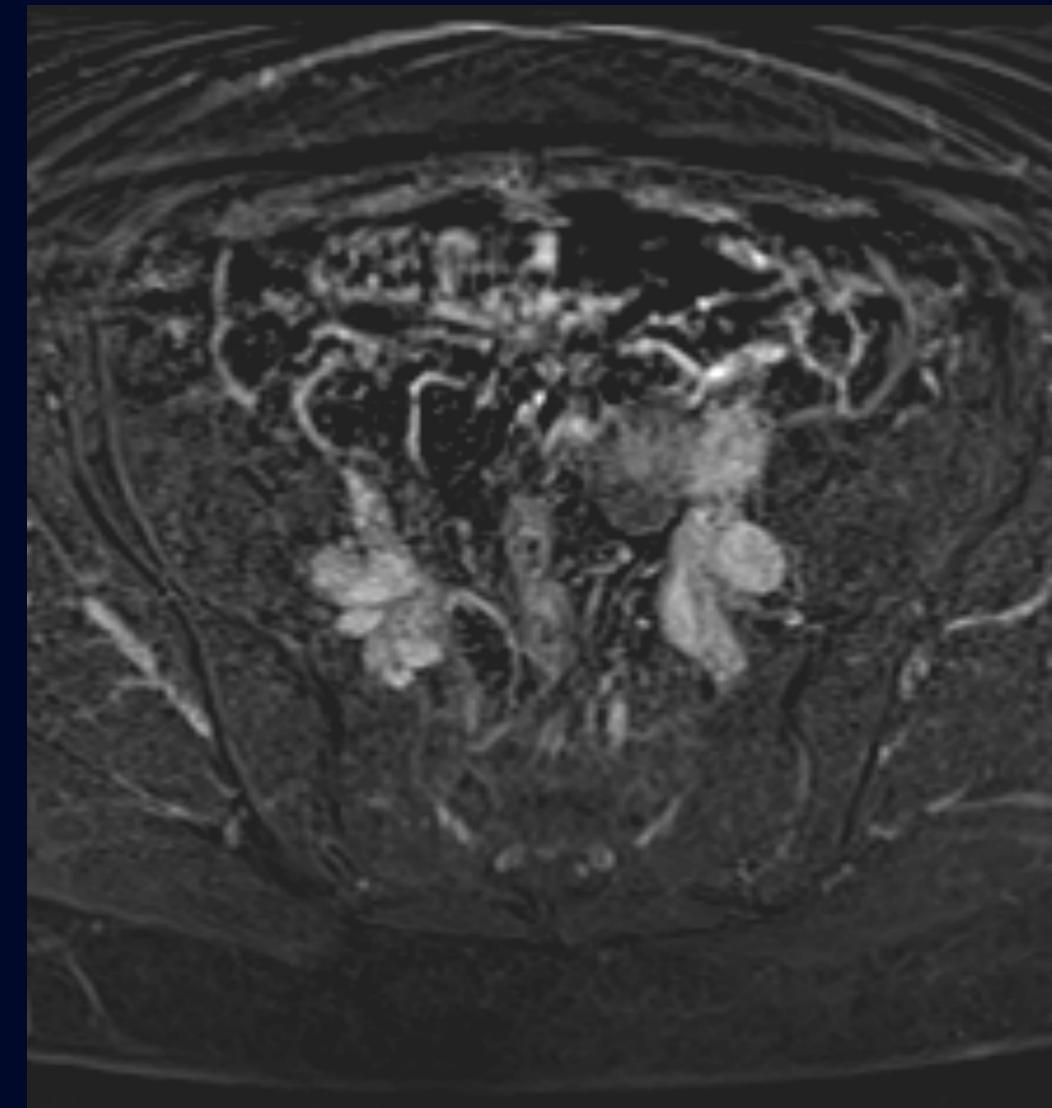


Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction

IRM pelvienne C- C+ Ovaire gauche



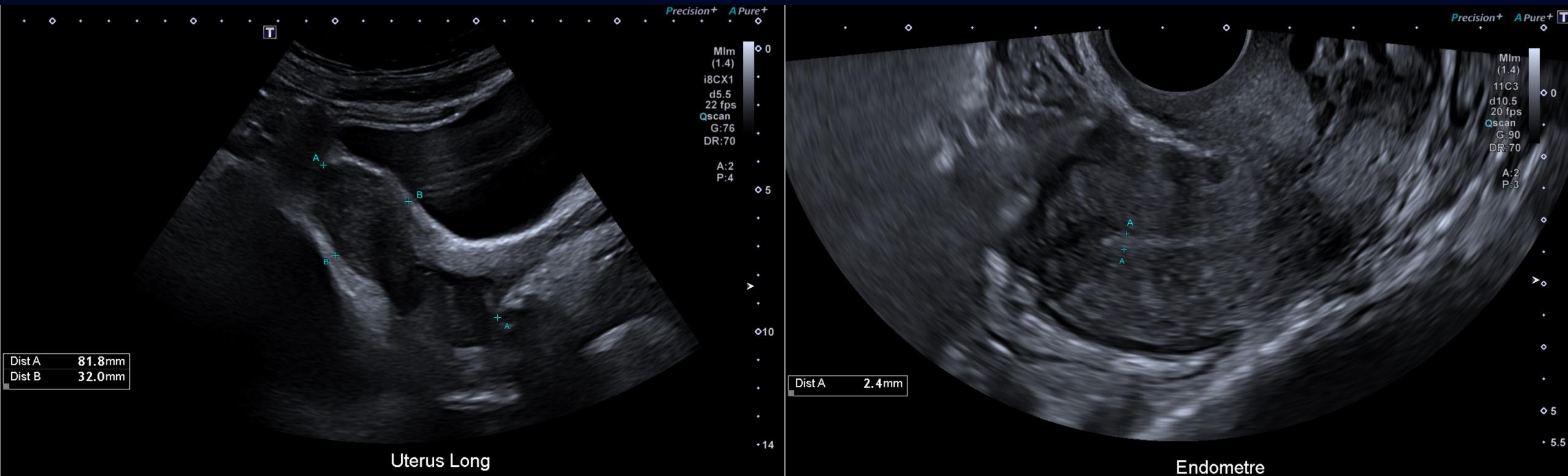
Axial T1 Fat-Sat C+



Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction

Descriptions des examens radiologiques

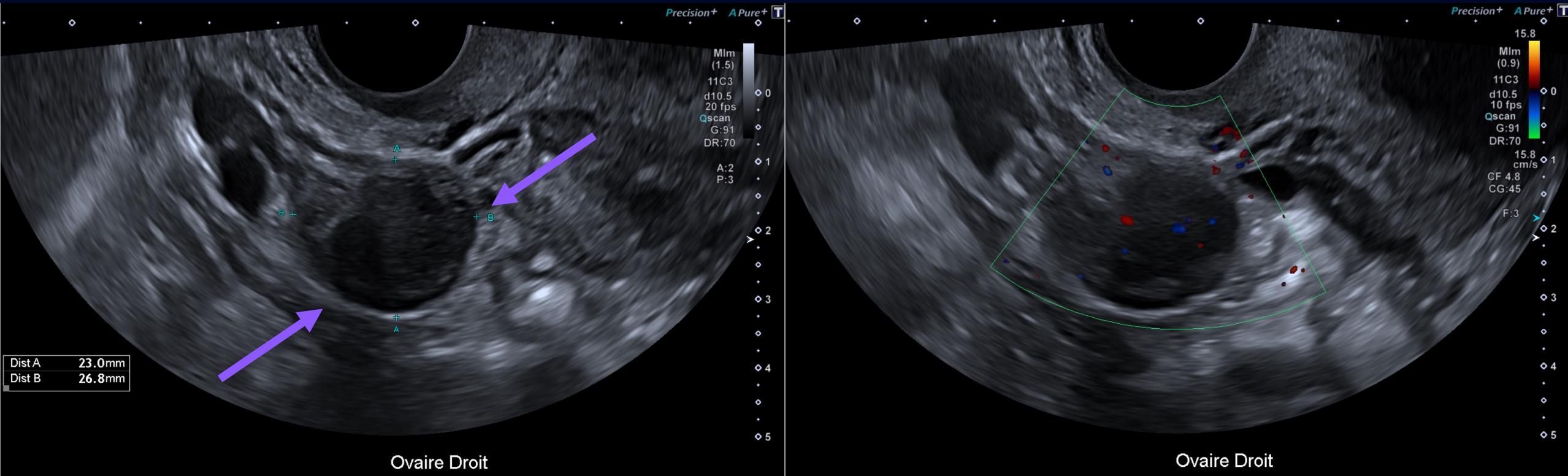
Échographie pelvienne



Utérus de taille normale

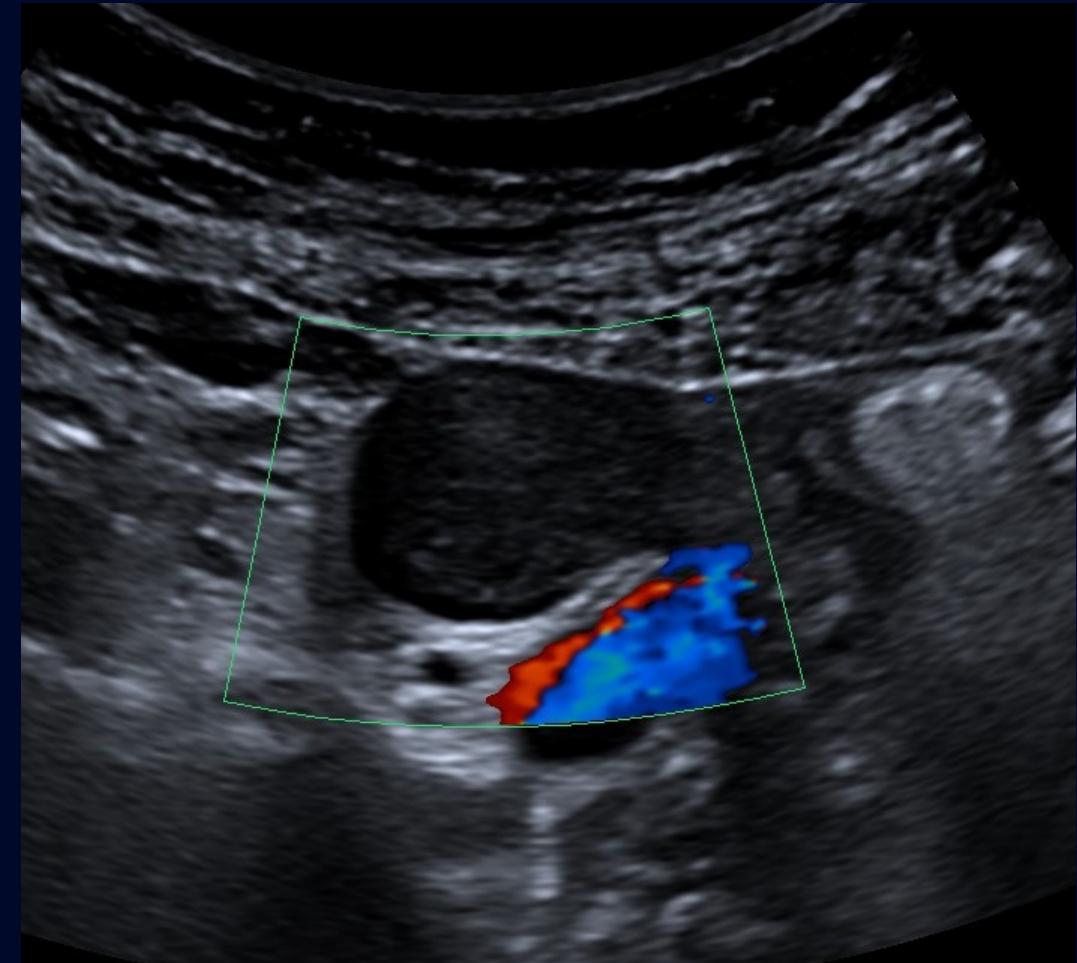
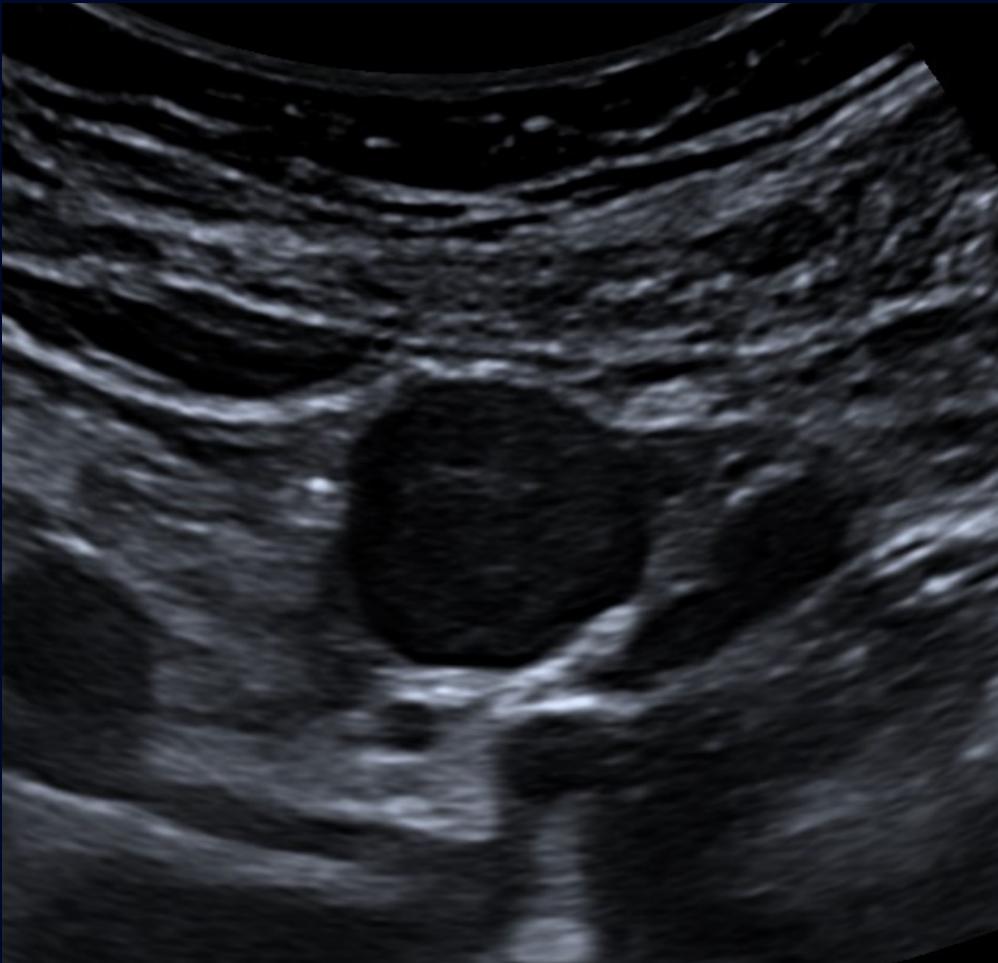
Endomètre mince et uniforme à 2,4 mm

Échographie pelvienne



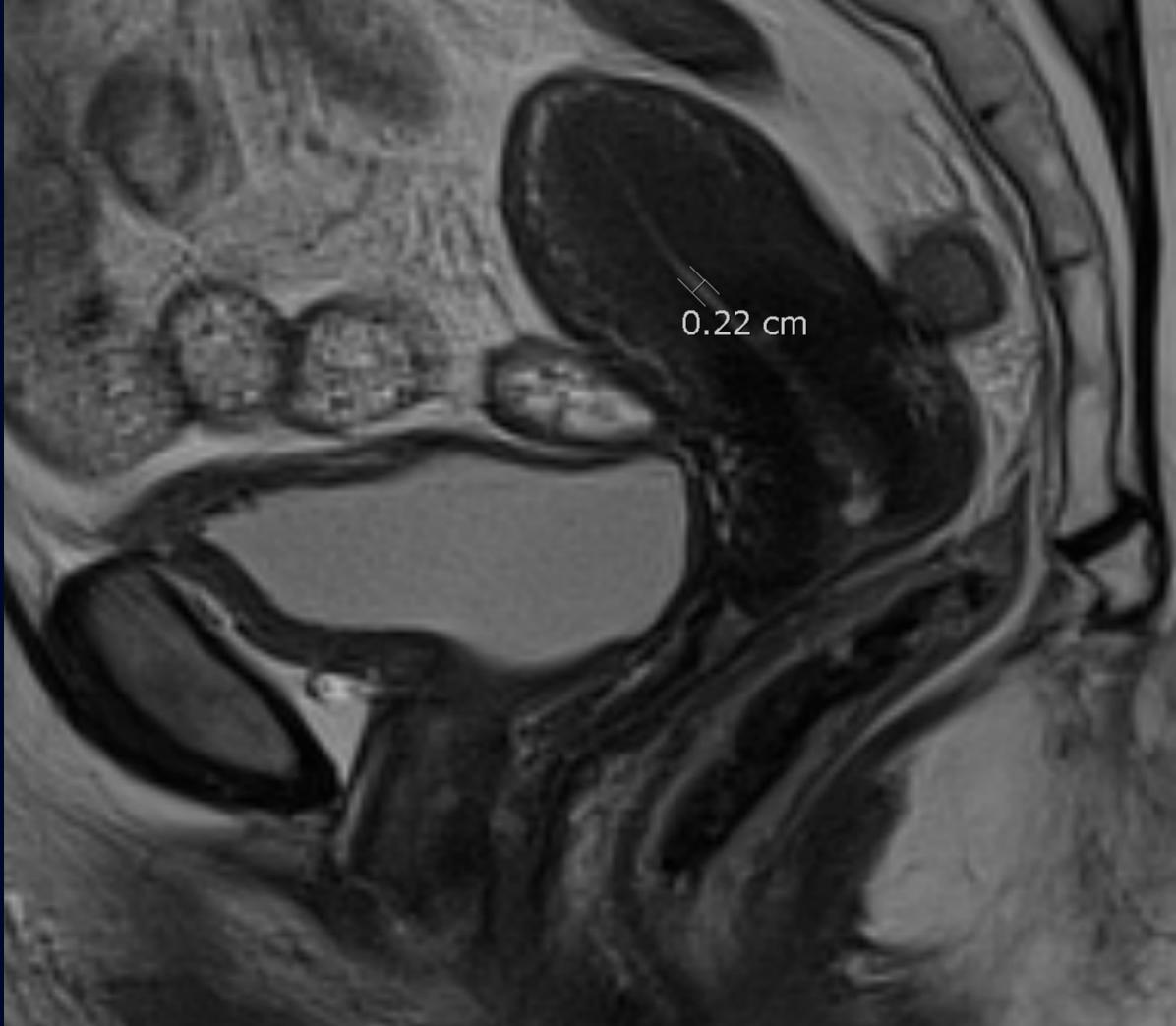
L'ovaire **droit** est le siège d'une masse **hypoéchogène**
peu **vascularisée** à l'interrogation Doppler.

Échographie pelvienne



L'ovaire **gauche** renferme également une masse **hypoéchogène**
peu/non **vascularisée** à l'interrogation Doppler.

IRM pelvienne C- C+

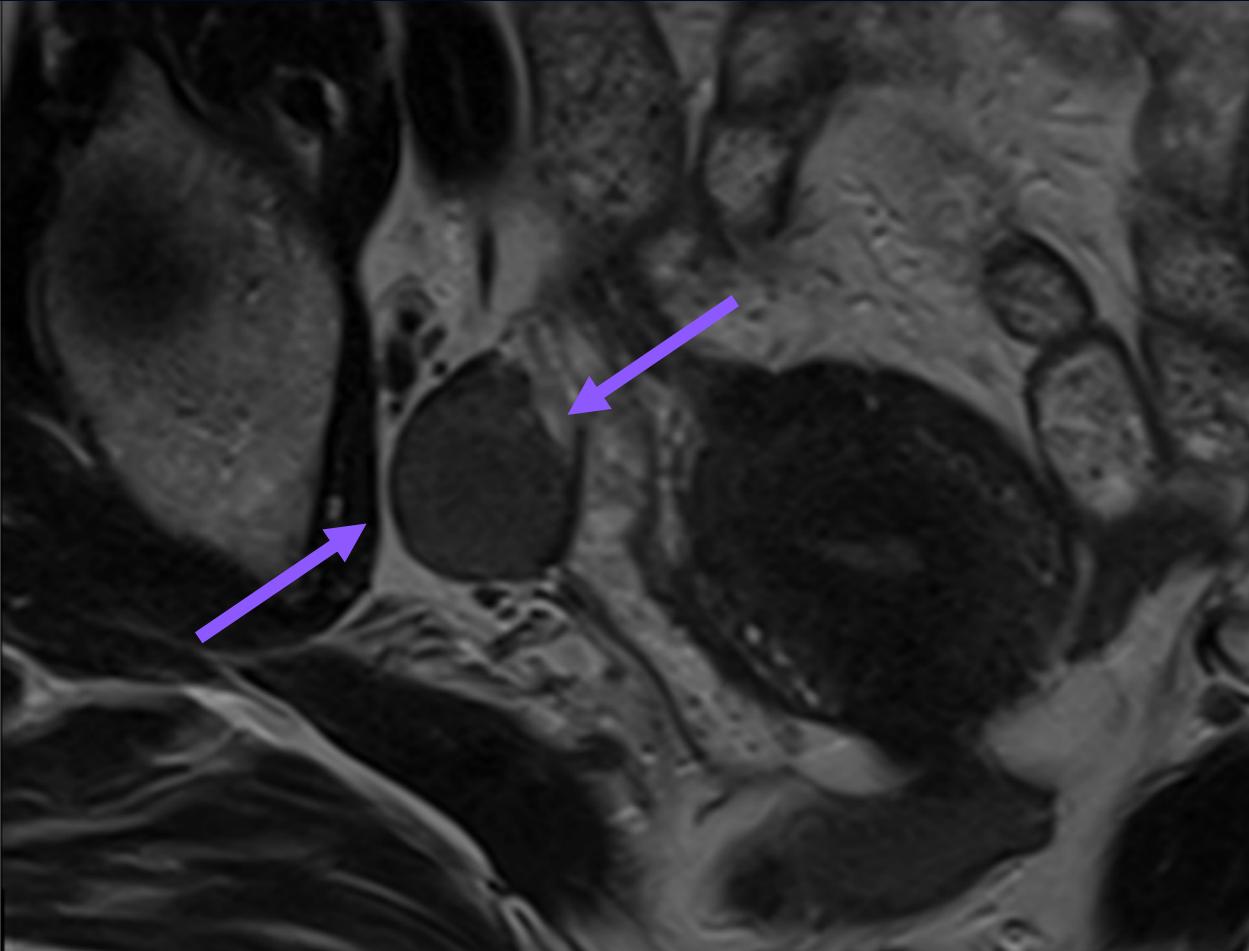


Sagittal T2

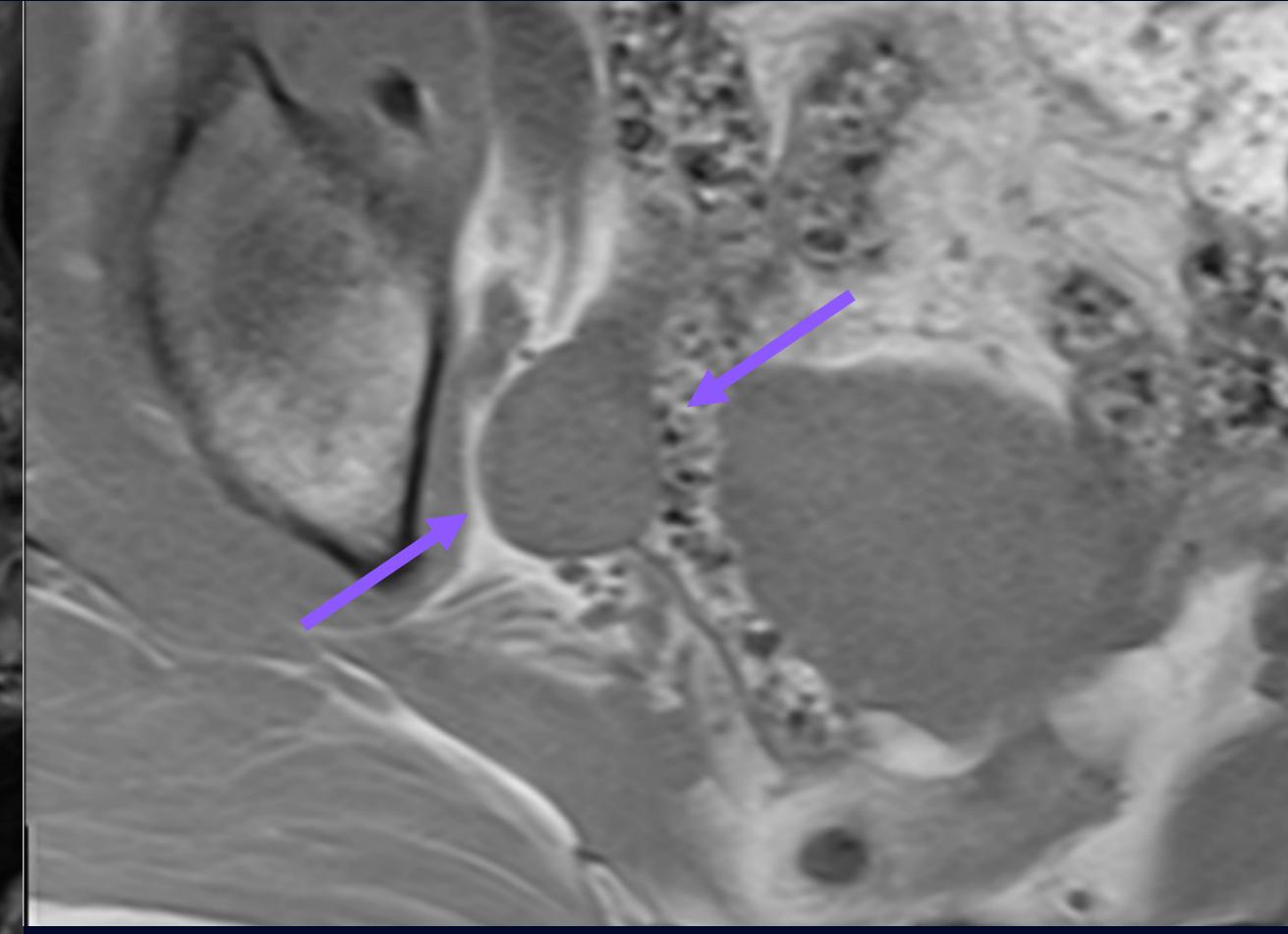
On confirme un endomètre mince et uniforme à 2,2 mm.

IRM pelvienne C- C+

Axial T2



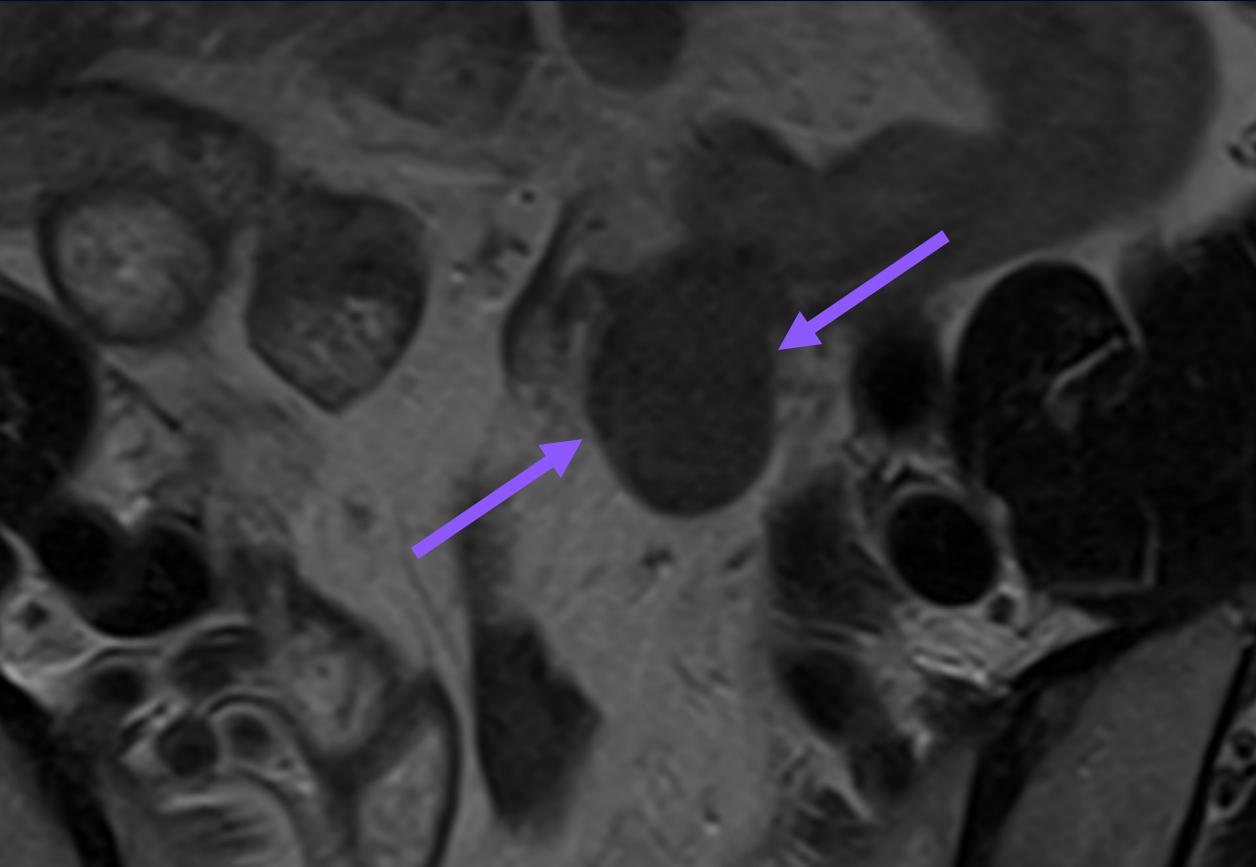
Axial T1 Sans injection



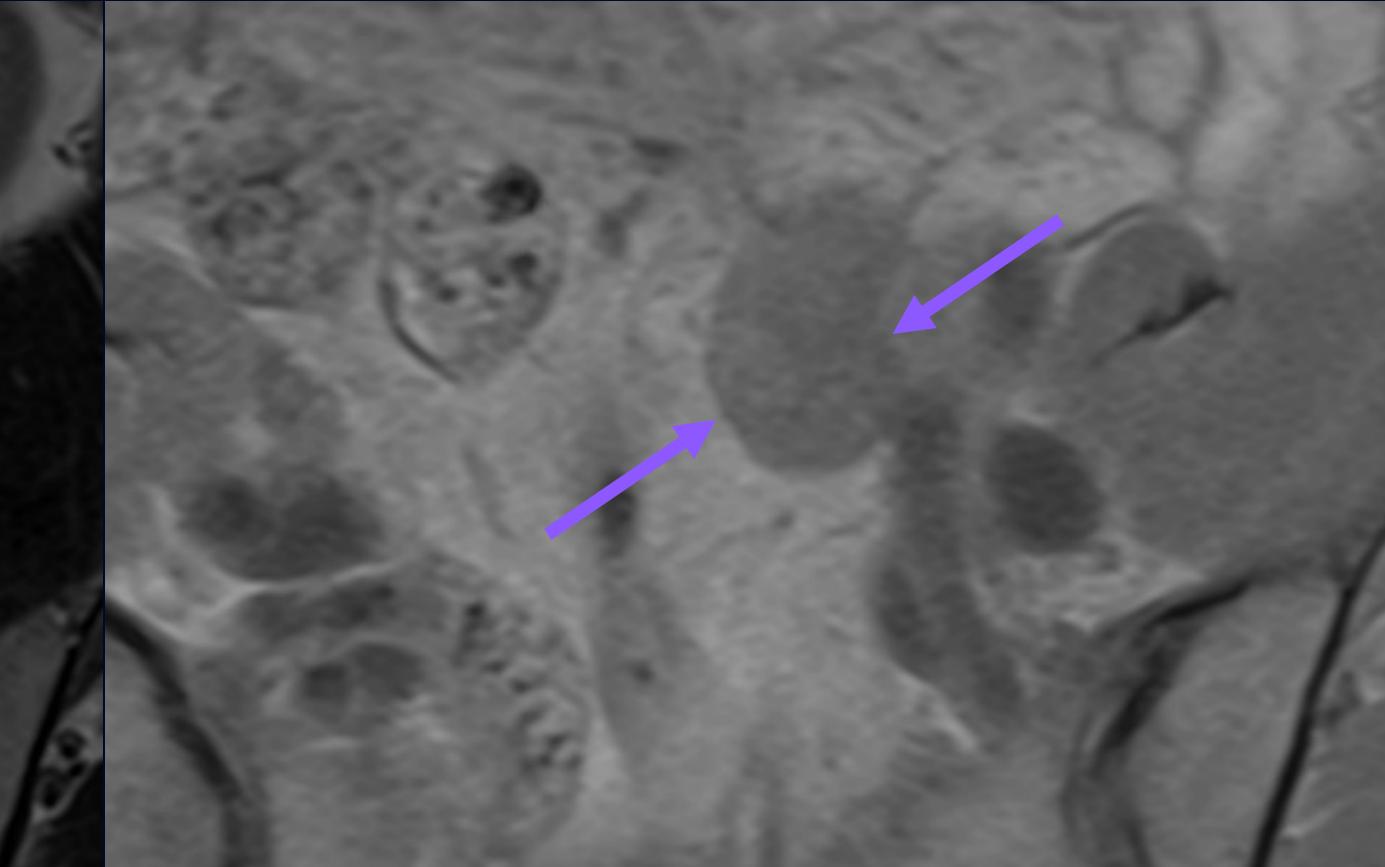
L'ovaire **droit** comporte une **masse** unique solide et homogène en isosignal T1 et hypo/isosignal T2.

IRM pelvienne C- C+

Axial T2



Axial T1 Sans injection

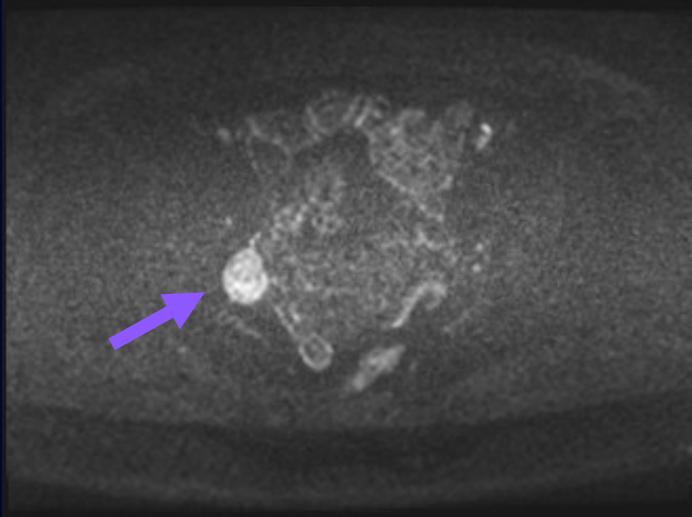


L'ovaire **gauche** comporte aussi une **masse** unique solide et homogène en isosignal T1 et iso/hyposignal T2.

IRM pelvienne C- C+ Diffusion

b1000

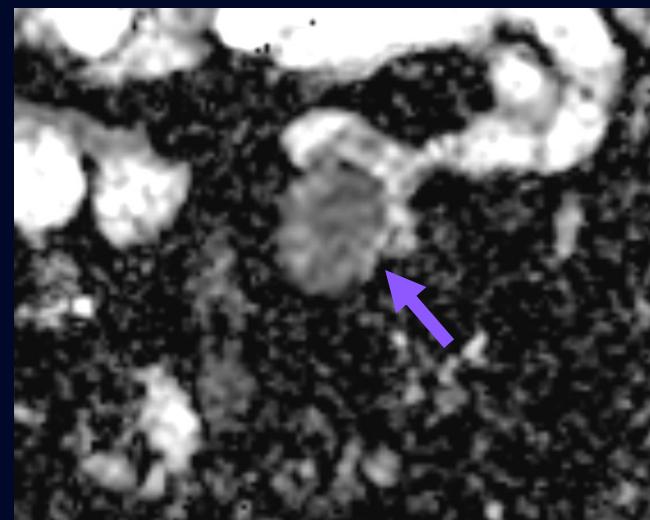
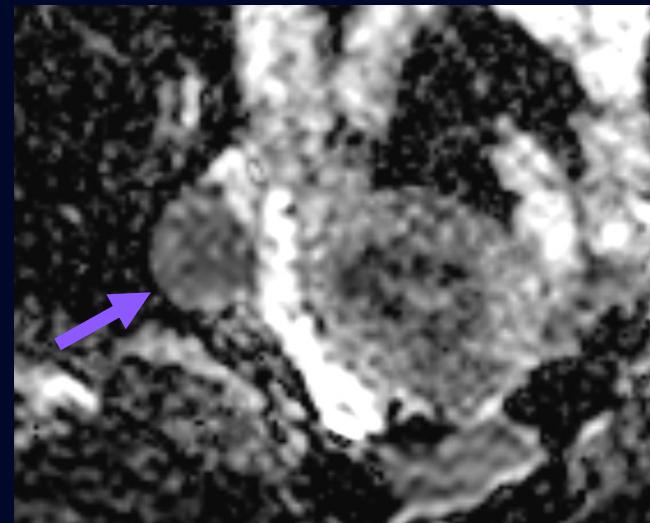
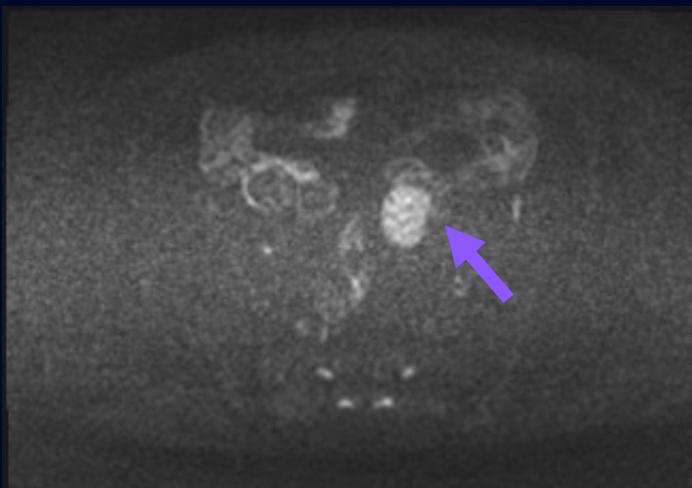
Ovaire droit



ADC

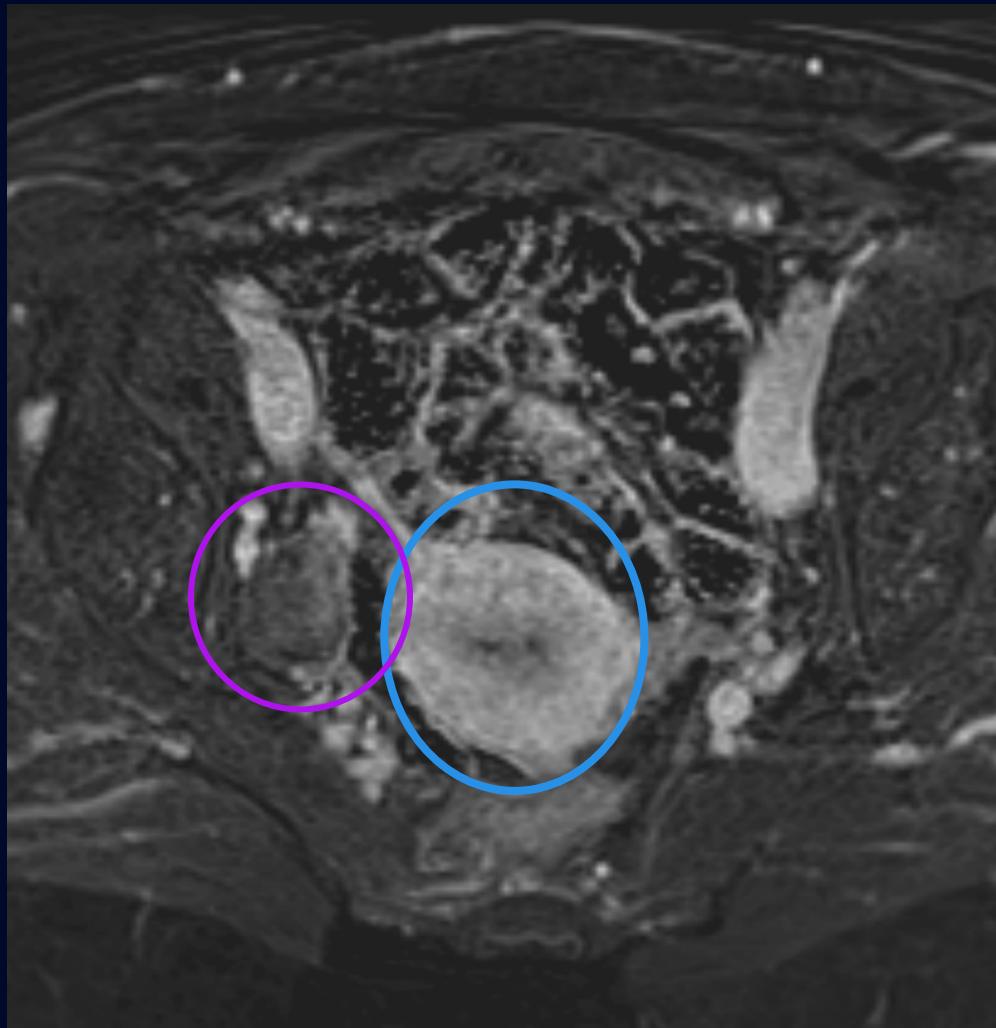
Restriction de
la diffusion
ovarienne

Ovaire gauche

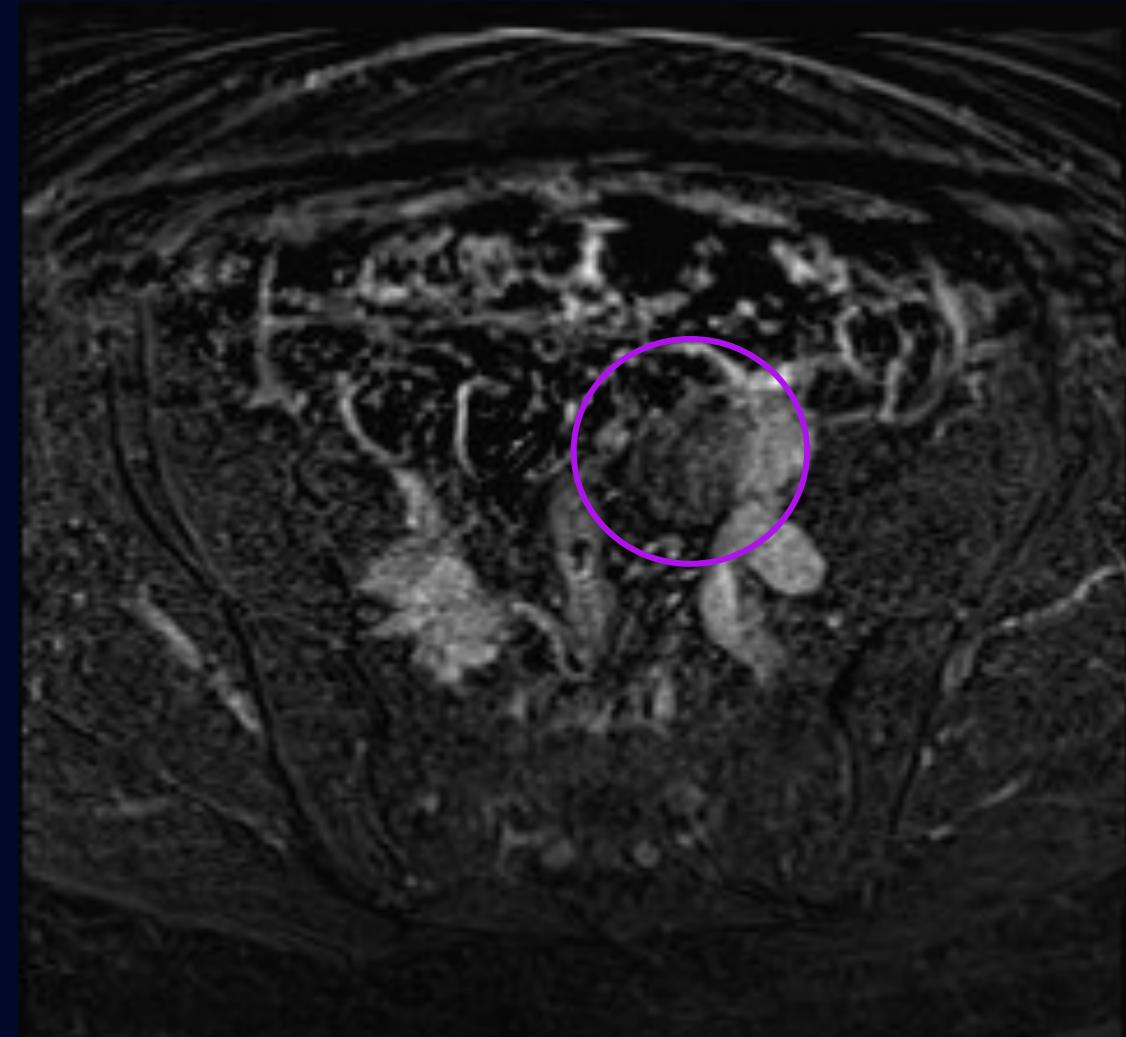


IRM pelvienne C- C+

Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction



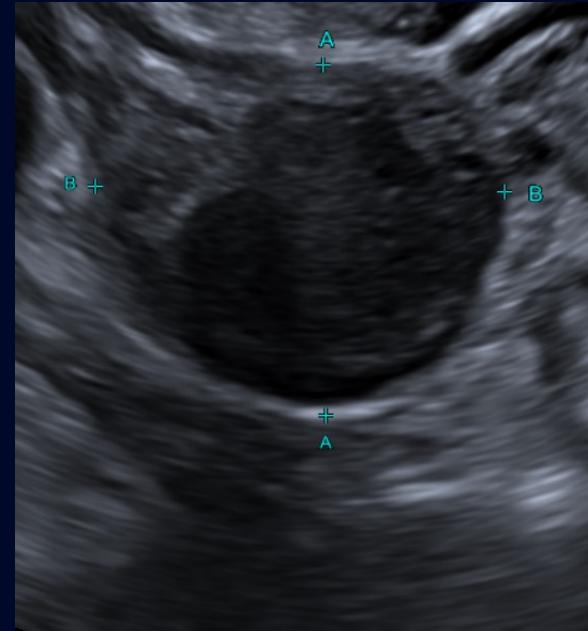
Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction



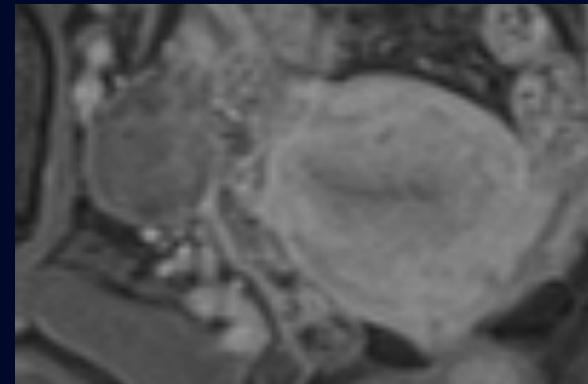
Discret rehaussement des masses ovariennes, beaucoup plus faible que celui du myomètre

Synthèse radiologique

- Femme 63 ans BRCA2, ménopausée
- Masses ovariennes bilatérales solides
- Signal homogène
- Pas de composante graisseuse ou mucineuse. Pas de calcifications.
- Restriction de la diffusion
- Peu rehaussantes
- Pas de carcinose péritonéale, d'ascite ou d'adénomégalias.



Échographie
pelvienne
transvaginale



Axial T1
Fat-Sat C+

Diagnostic différentiel

Tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur endométrioïde

Tumeur de Brenner

Tumeur de cellules germinales

Dysgerminome

Tumeur stromale/ “sex cord”

Fibrome-Thécome-Fibrothécome

Tumeur de la granulosa

Lymphome

Métastase

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur endométrioïde →

Tumeur de Brenner

Les tumeurs épithéliales représentent 60-70% des tumeurs ovariennes.

Les tumeurs endométrioïdes représentent 8-15% des tumeurs ovariennes.

En faveur :

- Tumeur parfois solide
- Atteinte bilatérale dans 25-40% des cas
- Rehaussement léger

En défaveur :

- Pas d'endométriose ni d'endométriome
- Pas d'hypersignal T1/T1 FAT-SAT
- Pas de parois en hyposignal T2
- Pas de “shading” en T2

Tumeur de cellules germinales

Tumeur stromale/ “sex cord”

Lymphome

Métastase

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur endométrioïde

Tumeur de Brenner



Les tumeurs épithéliales représentent 60-70% des tumeurs ovariennes.

Les tumeurs de Brenner représentent 3% des tumeurs ovariennes épithéliales.

Tumeur de cellules germinales

Tumeur stromale/ “sex cord”

Lymphome

Métastase

En faveur :

- Masse solide hypoéchogène
- Trouvaille fortuite chez femmes de 50 à 70 ans
- Atteinte bilatérale dans 6-7% des cas
- Rehaussement léger
- Pas d'adénomégalie, d'ascite ni de carcinose

En défaveur :

- Pas de calcifications

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur de cellules germinales

Dysgerminome



Tumeur stromale/ “sex cord”

Lymphome

Métastase

Les tumeurs de cellules germinales représentent 15-20% des tumeurs ovariennes.

Les dysgerminomes représentent la tumeur maligne de cellules germinales la plus fréquente.

En faveur :

- Tumeur solide
- Atteinte bilatérale dans 10-17% des cas

En défaveur :

- Patiente non jeune (surtout 20 à 30 ans)
- Pas de masse hétérogène
- Pas de septa fibrovasculaires vascularisés

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur de cellule germinale

Tumeur stromale/ “sex cord”

**Fibrome-Thécome-
Fibrothécome**

Tumeur de la granulosa

Lymphome

Métastase



Le fibrome-thécome-fibrothécome représente un spectre de masses ovariennes avec une quantité variable de cellules thécales et de fibroblastes. Le fibrothécome représente la tumeur solide la plus fréquente.

En faveur :

- Femme ménopausée
- Masse homogène hypoéchogène
- Hypo/iso signal T2 et T1
- Rehaussement léger tardif

En défaveur :

- Pas de signe d'hyperestrogénisme (pas d'hyperplasie endométriale, pas de cancer de l'endomètre ni de saignements post ménopausiques).

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur de cellule germinale

Tumeur stromale/ “sex cord”

Fibrome-Thécome-Fibrothécome

Tumeur de la granulosa



Les tumeurs stromales représentent 8-10% des tumeurs ovariennes.

Les tumeurs de la granulosa représentent la tumeur stromale maligne la plus fréquente.

En faveur :

- Femme ménopausée
- Tumeur solide

En défaveur :

- Pas de changements kystiques ou hémorragiques
- Pas de bilatéralité
- Pas d'hyperestrogénisme (hyperplasie endométriale)

Lymphome

Métastase

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur de cellule germinale

Tumeur stromale/ “sex cord”

Lymphome



Le lymphome ovarien peut être primaire (rare) ou plus fréquemment secondaire.

En faveur :

- Tumeur solide
- Texture homogène
- Faible rehaussement post-contraste

En défaveur :

- Pas d'hypersignal homogène T2
- Contexte clinique (pour le lymphome ovarien secondaire)

Métastase

Ddx tumeur ovarienne solide

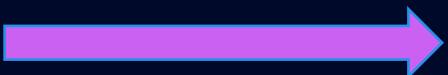
Tumeur épithéliale

Tumeur de cellule germinale

Tumeur stromale/ “sex cord”

Lymphome

Métastase



En faveur :

- Tumeur solide
- Atteinte bilatérale

En défaveur :

- Pas de masse polylobulée
- Pas de nécrose ni de changements hémorragiques
- Pas de néoplasie primaire connue

Diagnostic radiologique de travail

Fibrothécome

Diagnostic final

Post salpingo
ovariectomie bilatérale

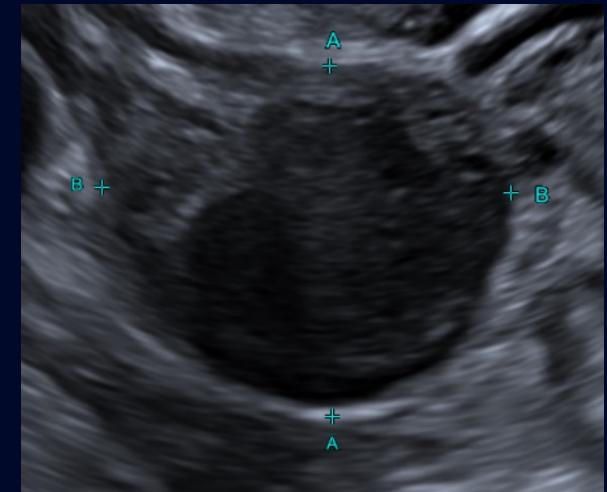


**Hyperplasie stromale
ovarienne**

Hyperplasie stromale ovarienne

- Pathologie non néoplasique
- Prolifération du stroma ovarien
- Histologiquement : forme diffuse ou nodulaire.
- Associations: hyperandrogénisme, obésité, hyperinsulinémie et cancer de l'endomètre.
- Femme ménopausée (60-70 ans)
- Atteinte bilatérale dans la très grande majorité des cas.

- Se manifeste sous formes de masses ovariennes.
- À l'échographie : ovaire augmenté de taille, d'aspect nodulaire, homogène hypoéchogène peu/non vascularisé.



Pronostic + Traitement

Traitement :

L'ovariectomie est curative.

Chez les femmes préménopausées,
un traitement médical avec hormone
de libération des gonadotrophines
(GnRH) est possible.

Pronostic :

Favorable.

Références

1. Rosenkrantz A, Popolek D, Bennett G, Hecht E. Magnetic Resonance Imaging Appearance of Ovarian Stromal Hyperplasia and Ovarian Hyperthecosis. *Journal of Computer Assisted Tomography*: November 2009 - Volume 33 - Issue 6 - p 912-916.
2. Lozoya Araque T, et al. Ovarian Stromal Hyperplasia: A Rare Cause of Postmenopausal Hyperandrogenism. *Journal of Menopausal Medicine*: April 2020 - Volume 26 - Issue 1 – p 39-43.
3. Ghofrani M, Islam S. Stromal hyperplasia and hyperthecosis. *PathologyOutlines.com* website.
<https://www.pathologyoutlines.com/topic/ovarynontumorhyperthecosis.html>. Accessed September 19th, 2022.