

Cas de la semaine # 262

24 octobre 2022

Préparé par Dr Phuc Dat Truong ^{R5}

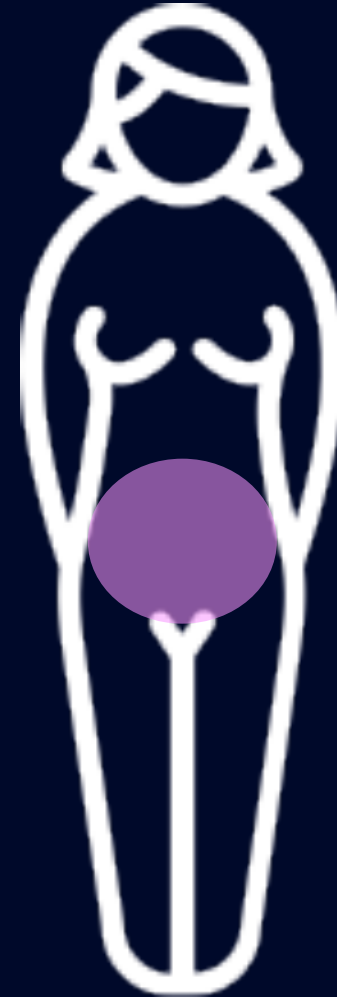
Avec Dre Elige Karam ^{Fellow}

Dre Viviane Nicolet ^{MD FRCPC}



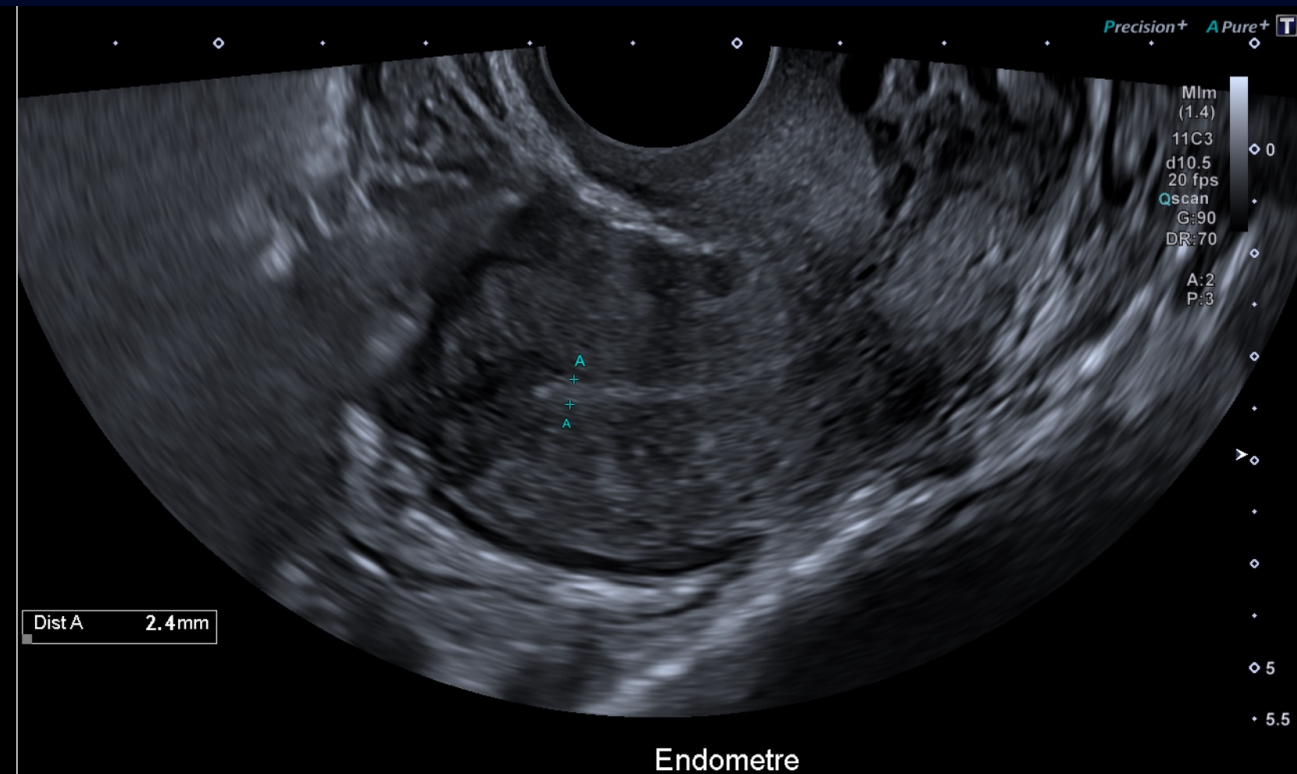
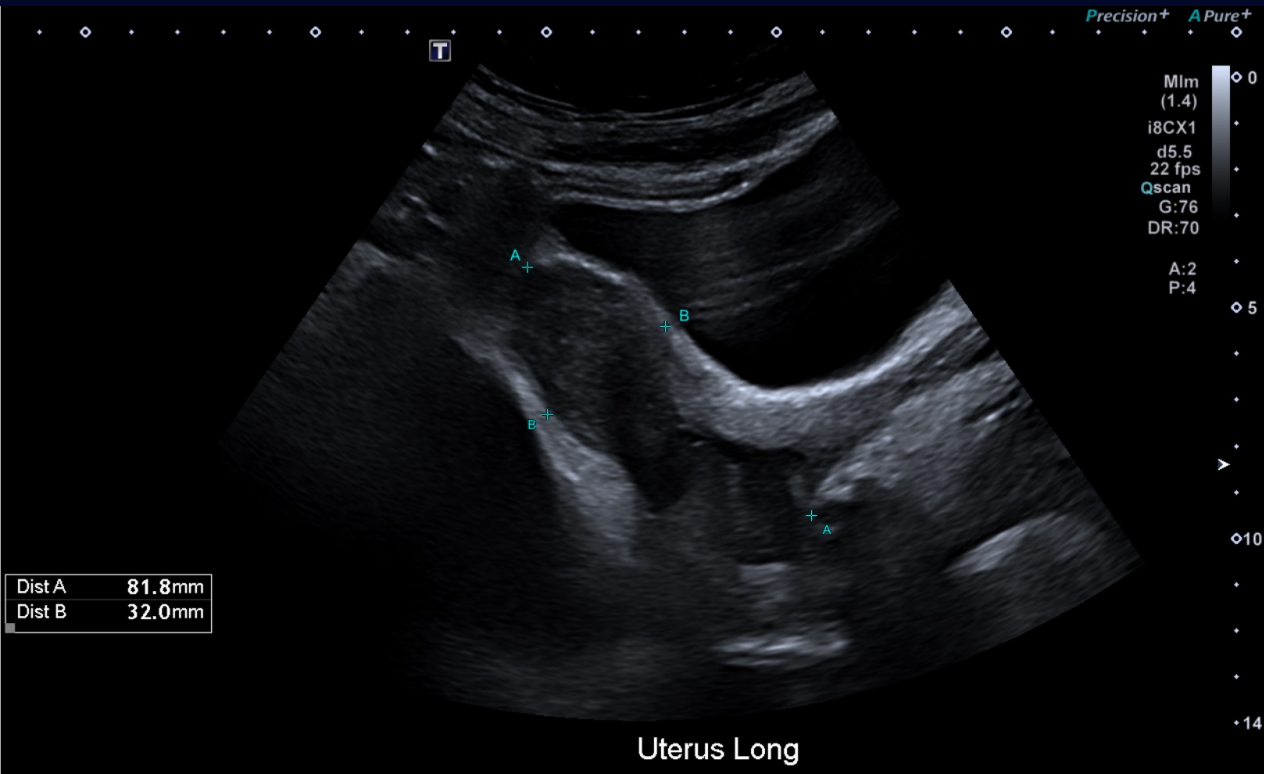
Histoire clinique

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

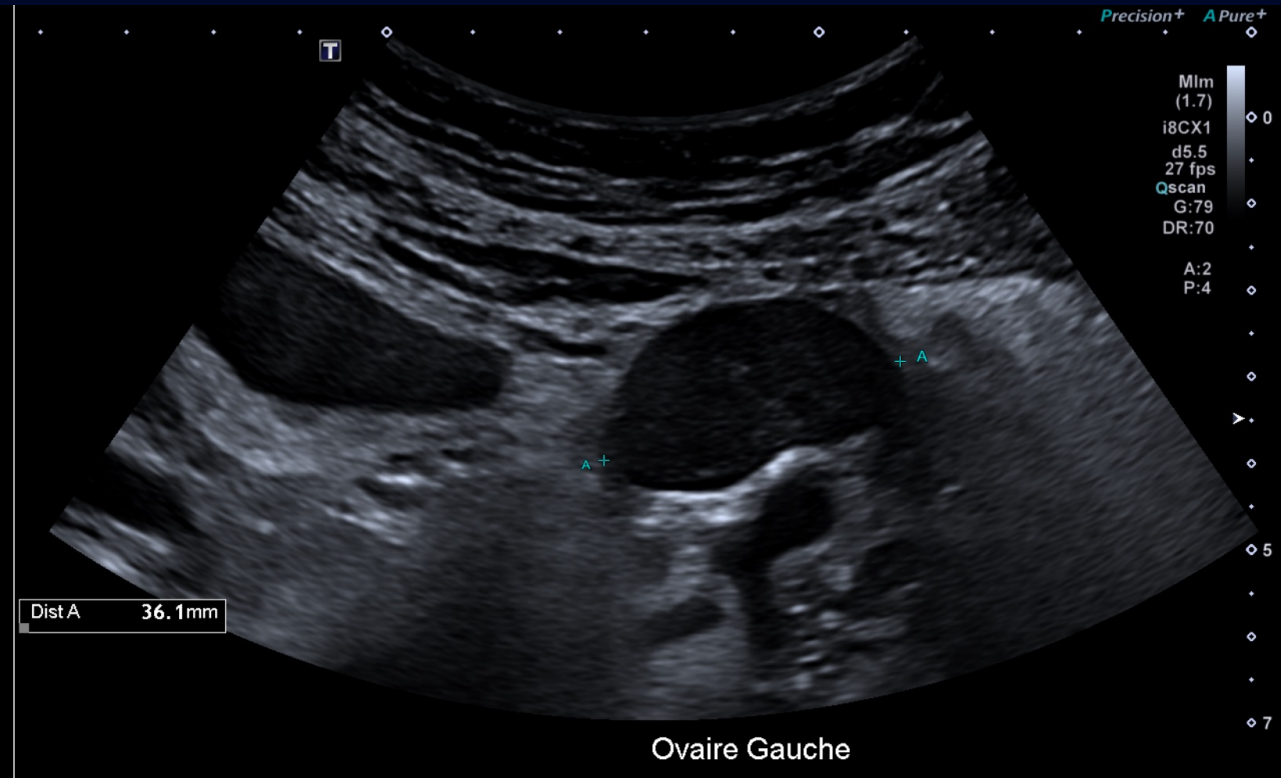
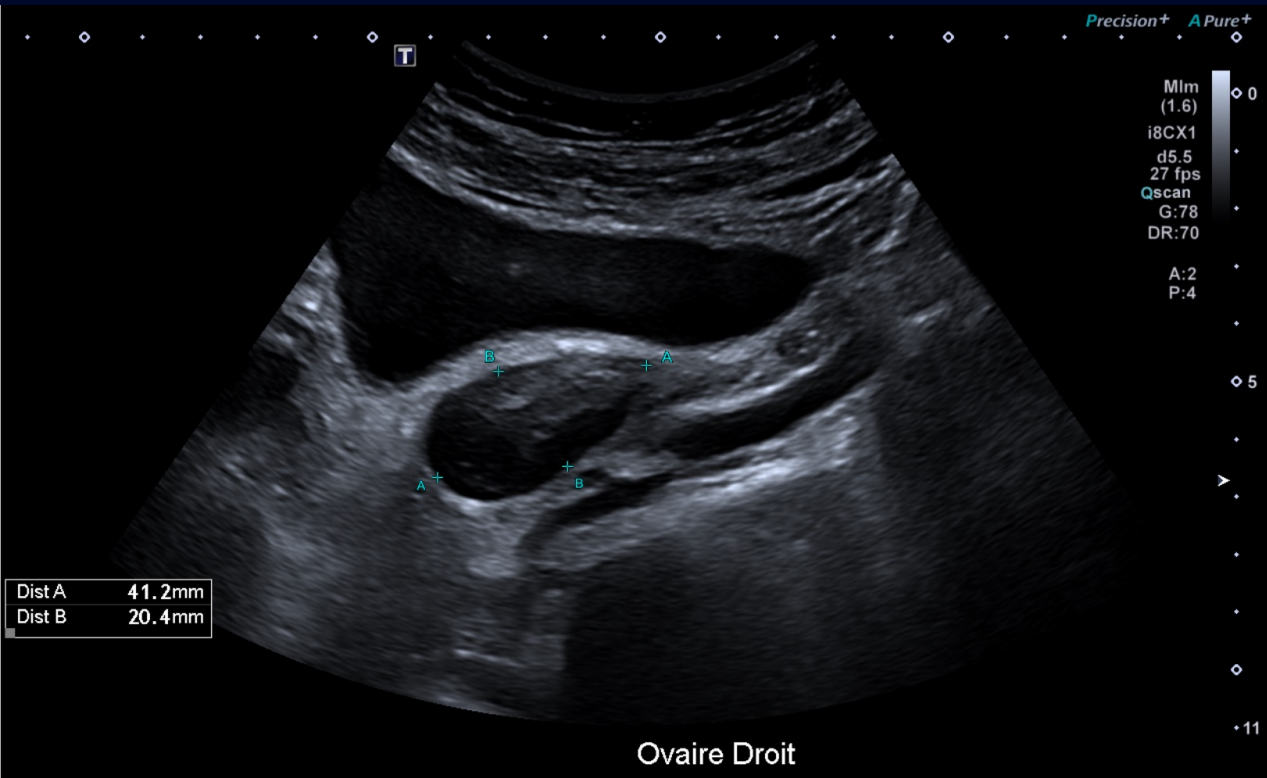


63 ans

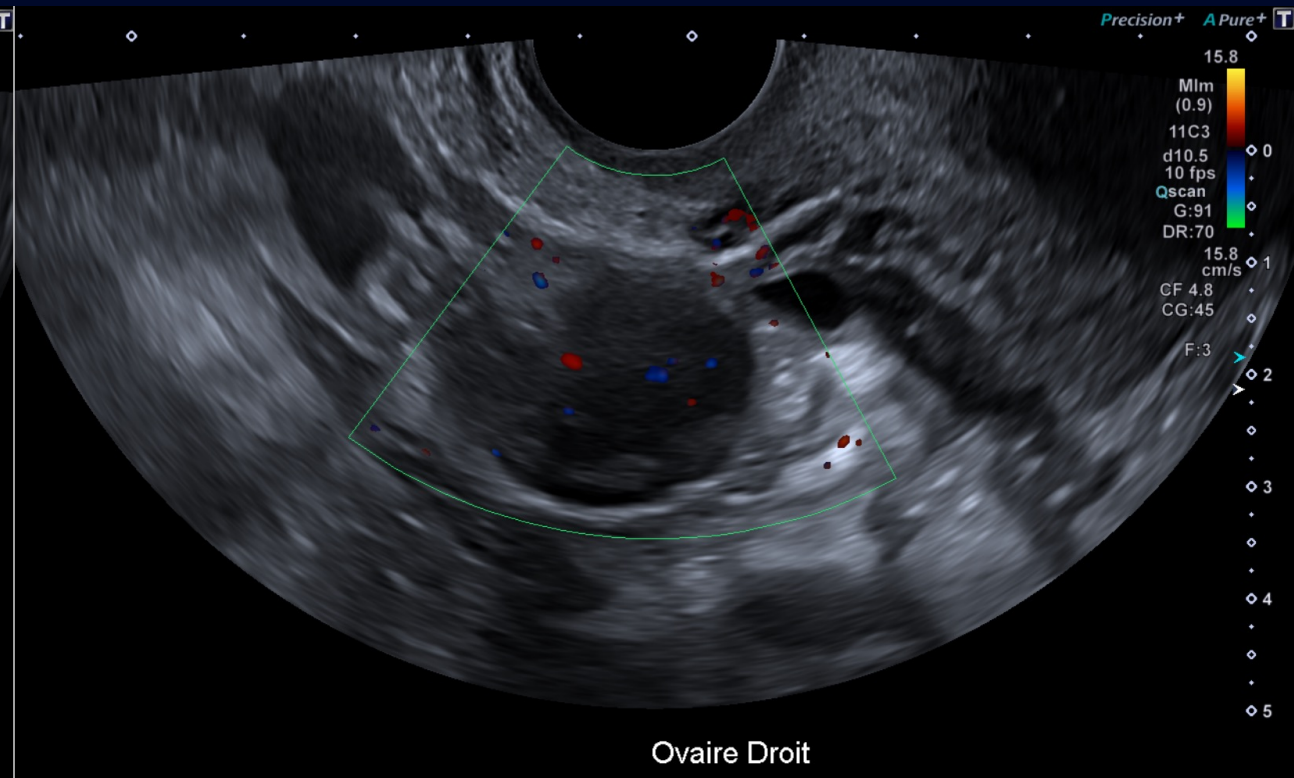
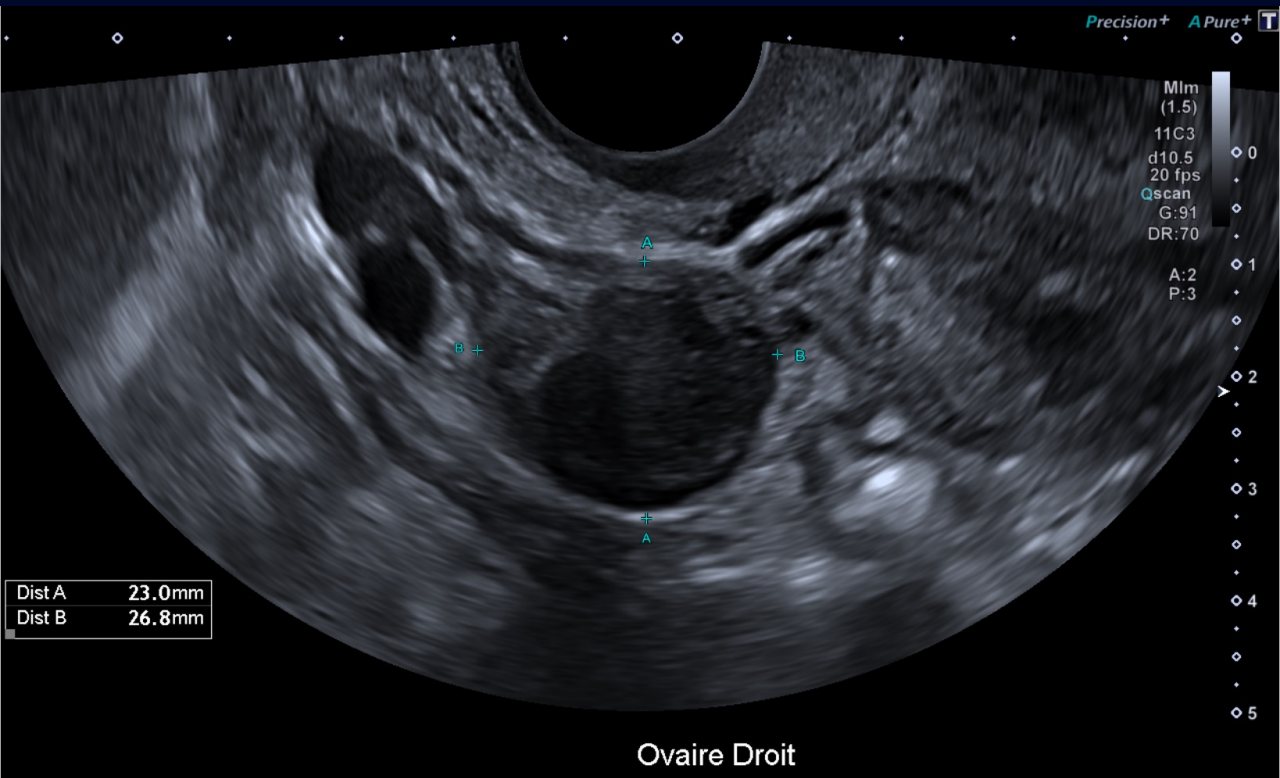
Échographie pelvienne suspubienne endovaginale



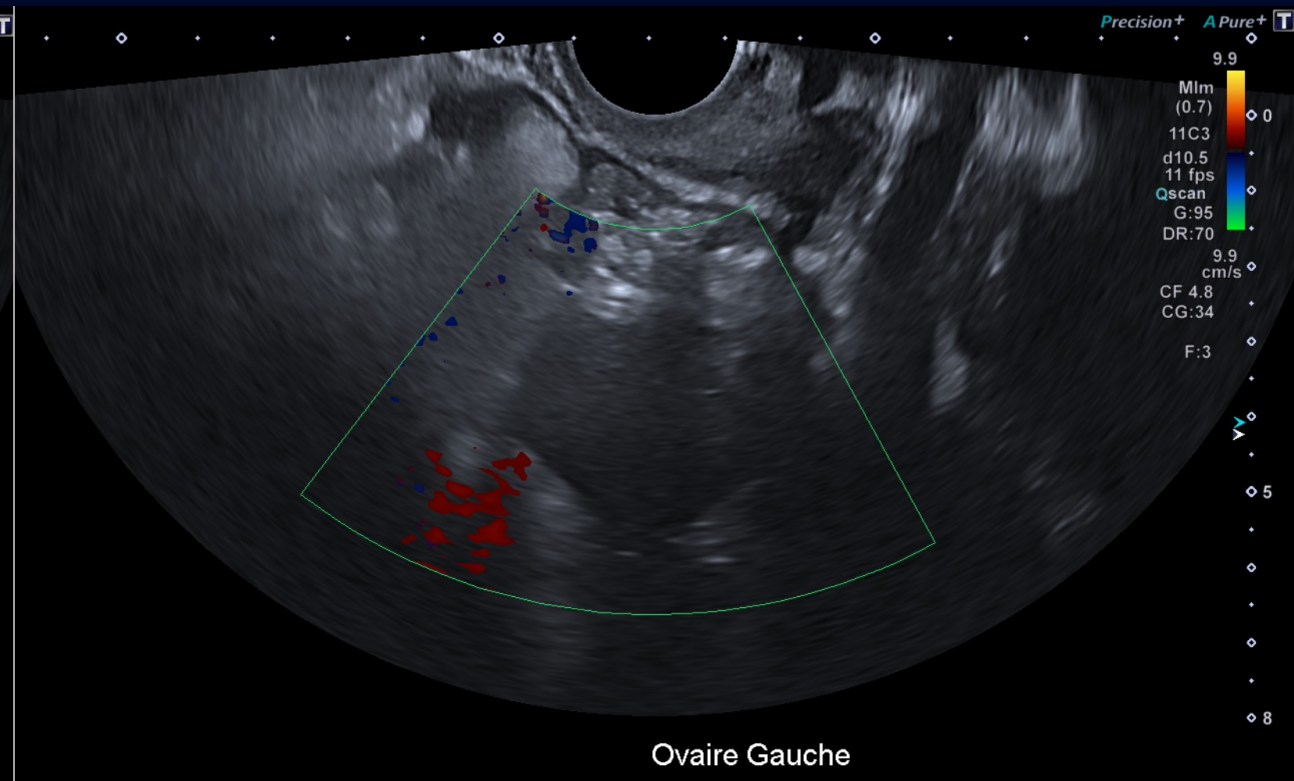
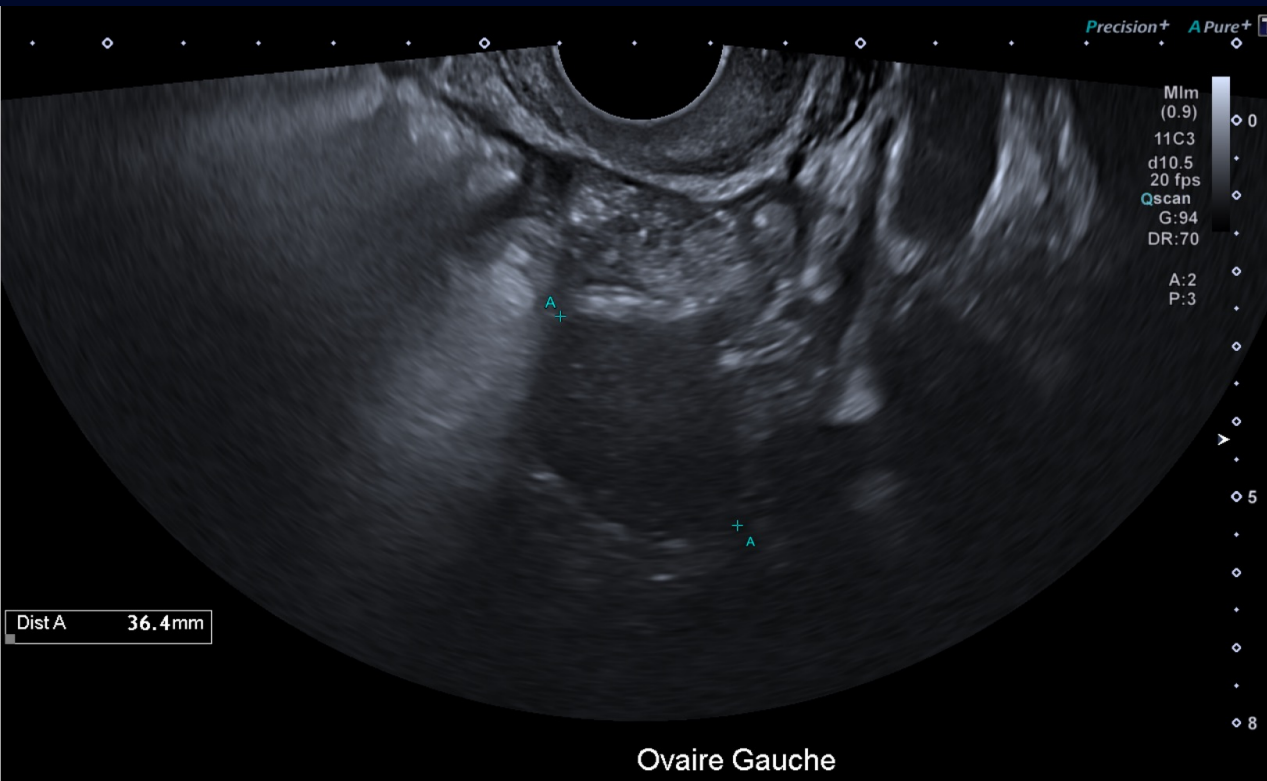
Échographie pelvienne suspubiennne



Échographie pelvienne endovaginale

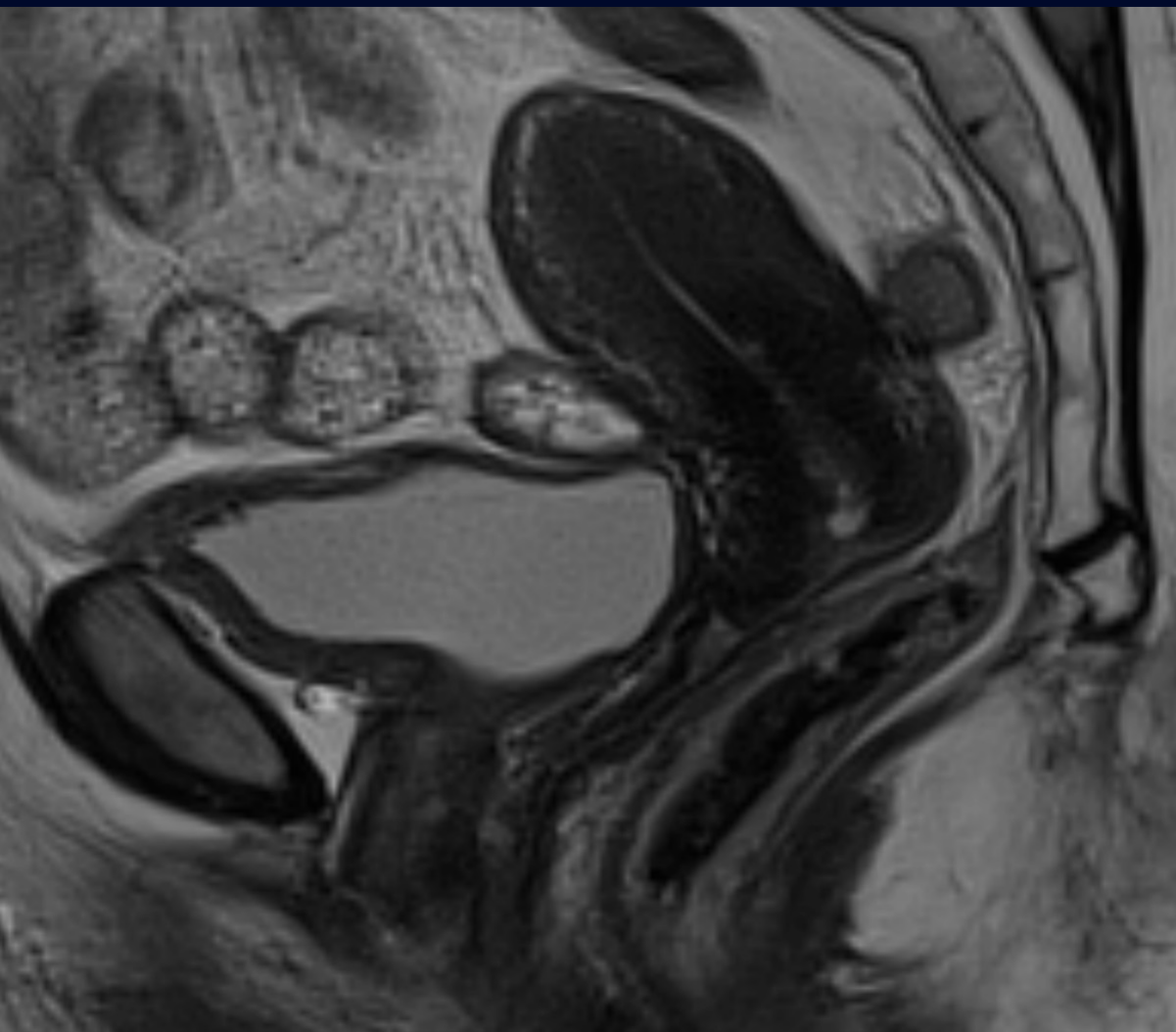


Échographie pelvienne endovaginale

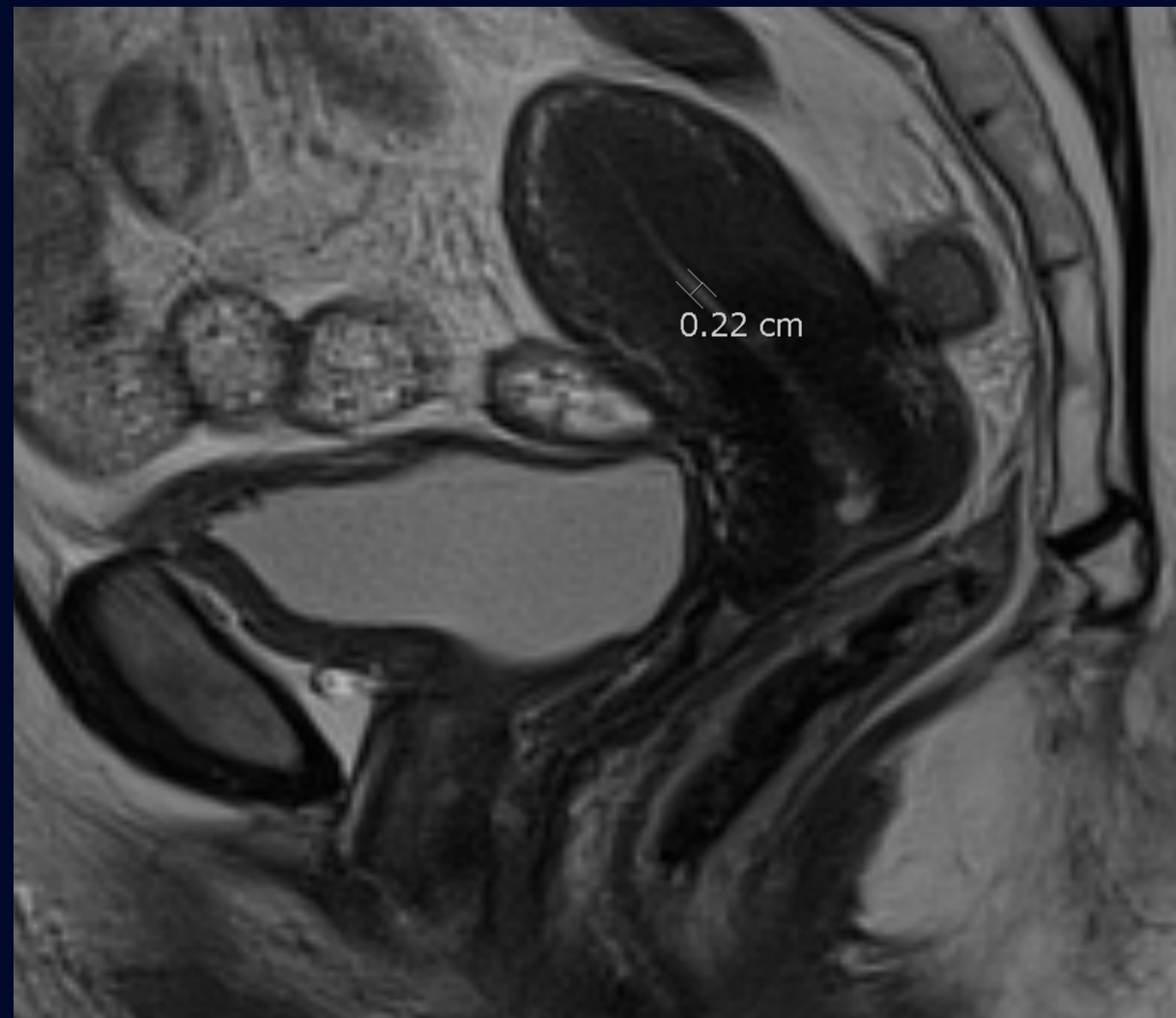


IRM pelvienne

IRM pelvienne C- C+ Utérus

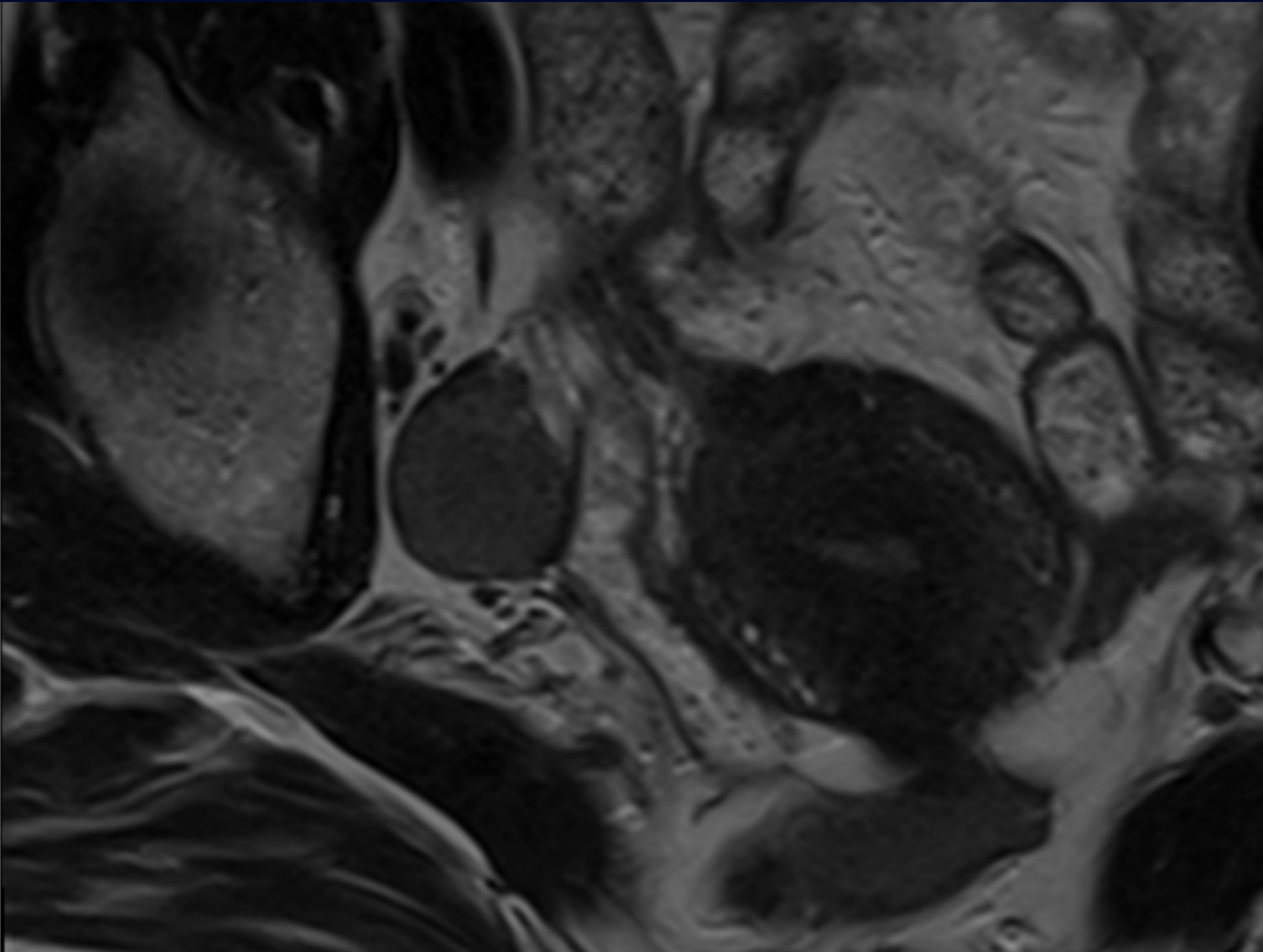


Sagittal T2

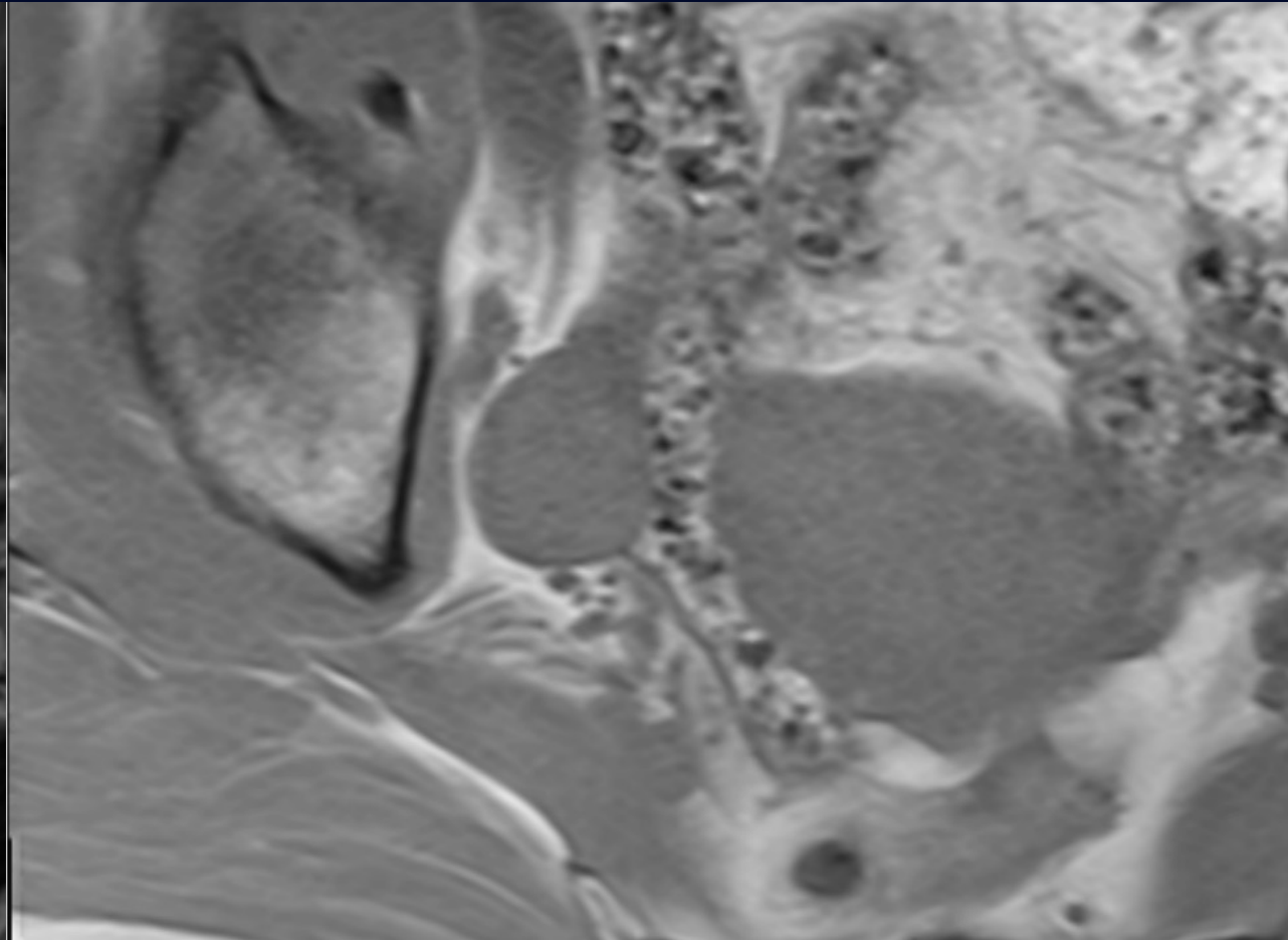


Sagittal T2

IRM pelvienne C- C+ Ovaire droit

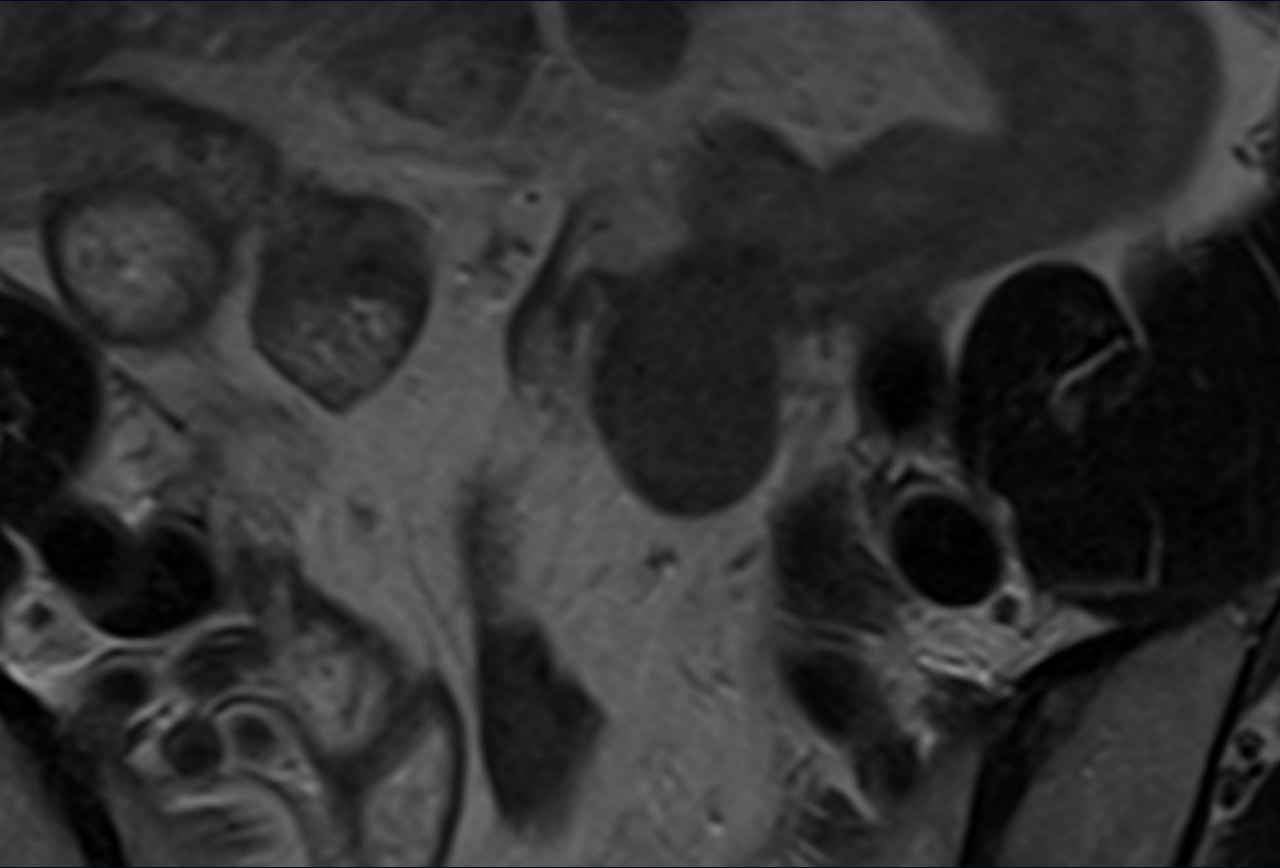


Axial T2

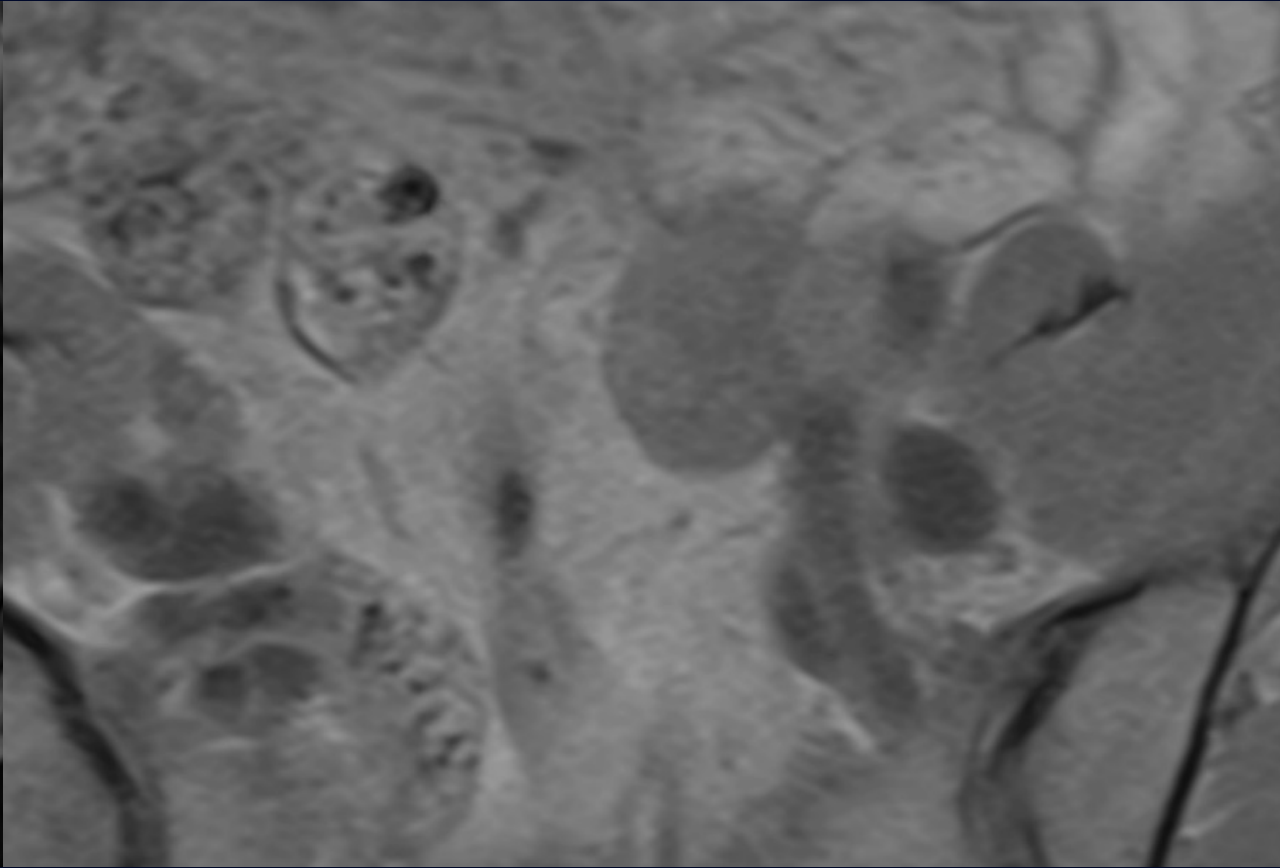


Axial T1 Sans injection

IRM pelvienne C- C+ Ovaire gauche



Axial T2



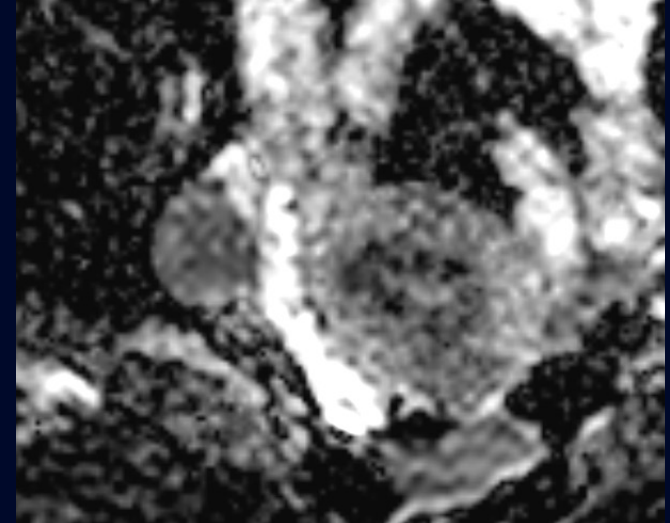
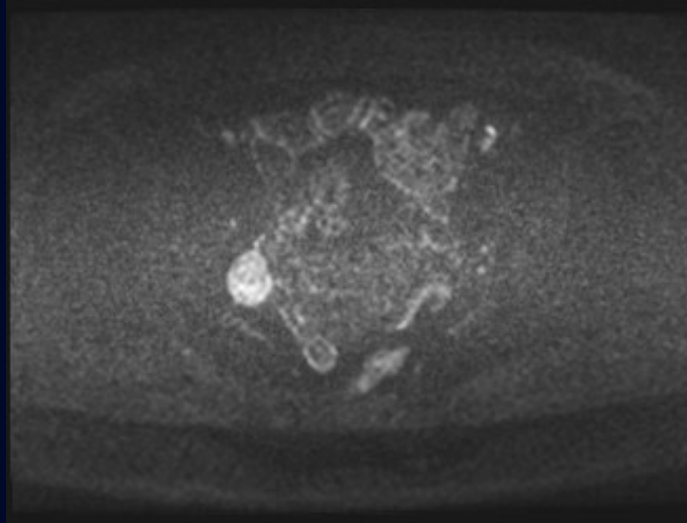
Axial T1 Sans injection

IRM pelvienne C- C+ Diffusion

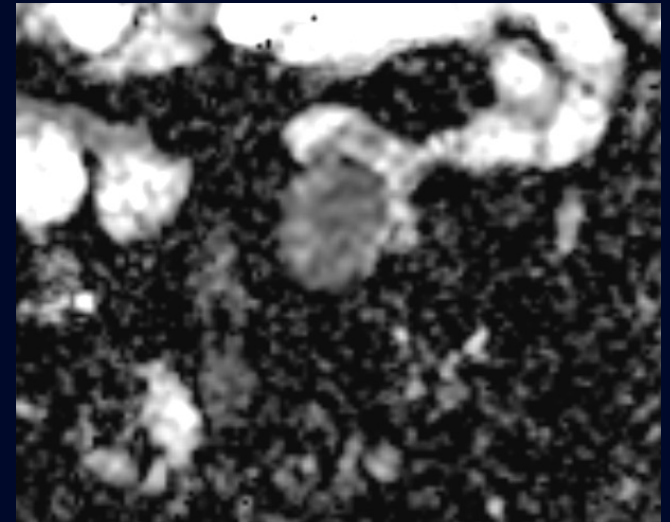
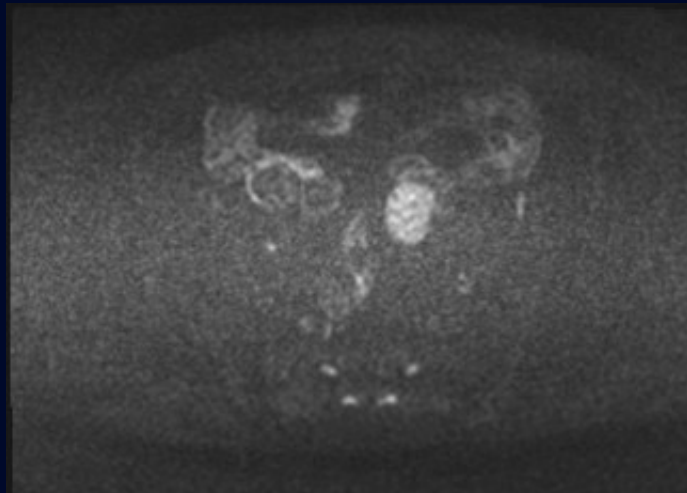
b1000

ADC

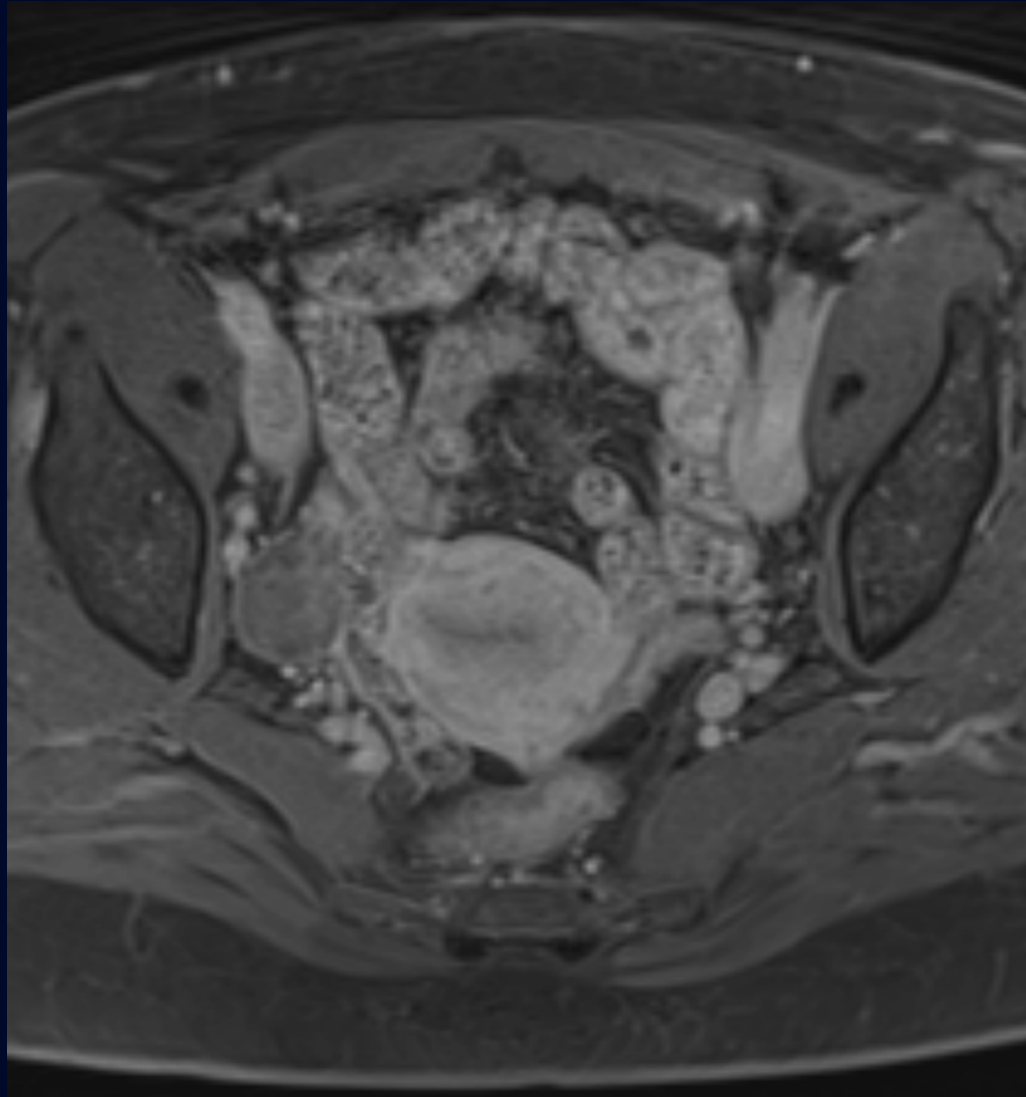
Ovaire droit



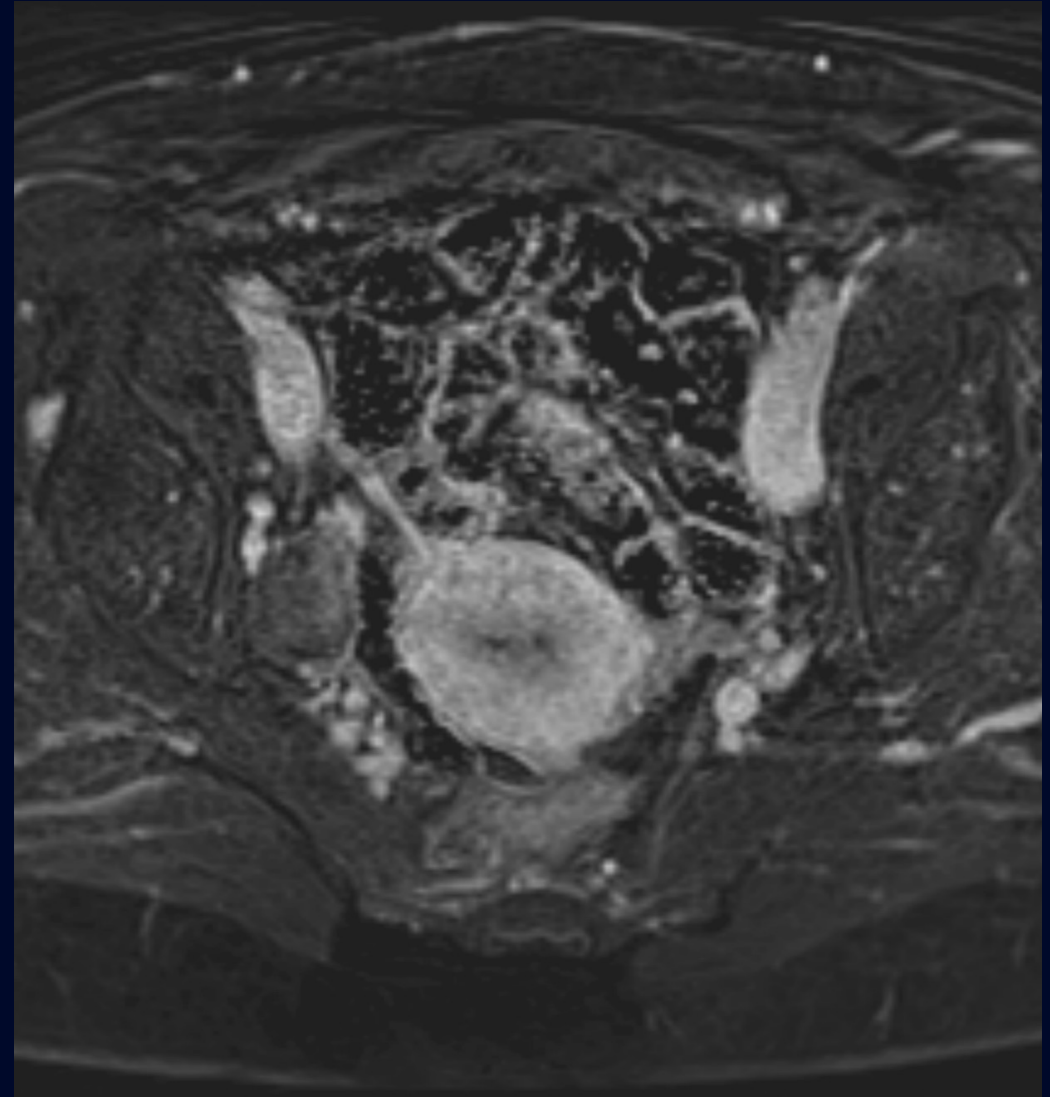
Ovaire gauche



IRM pelvienne C- C+ Ovaire droit

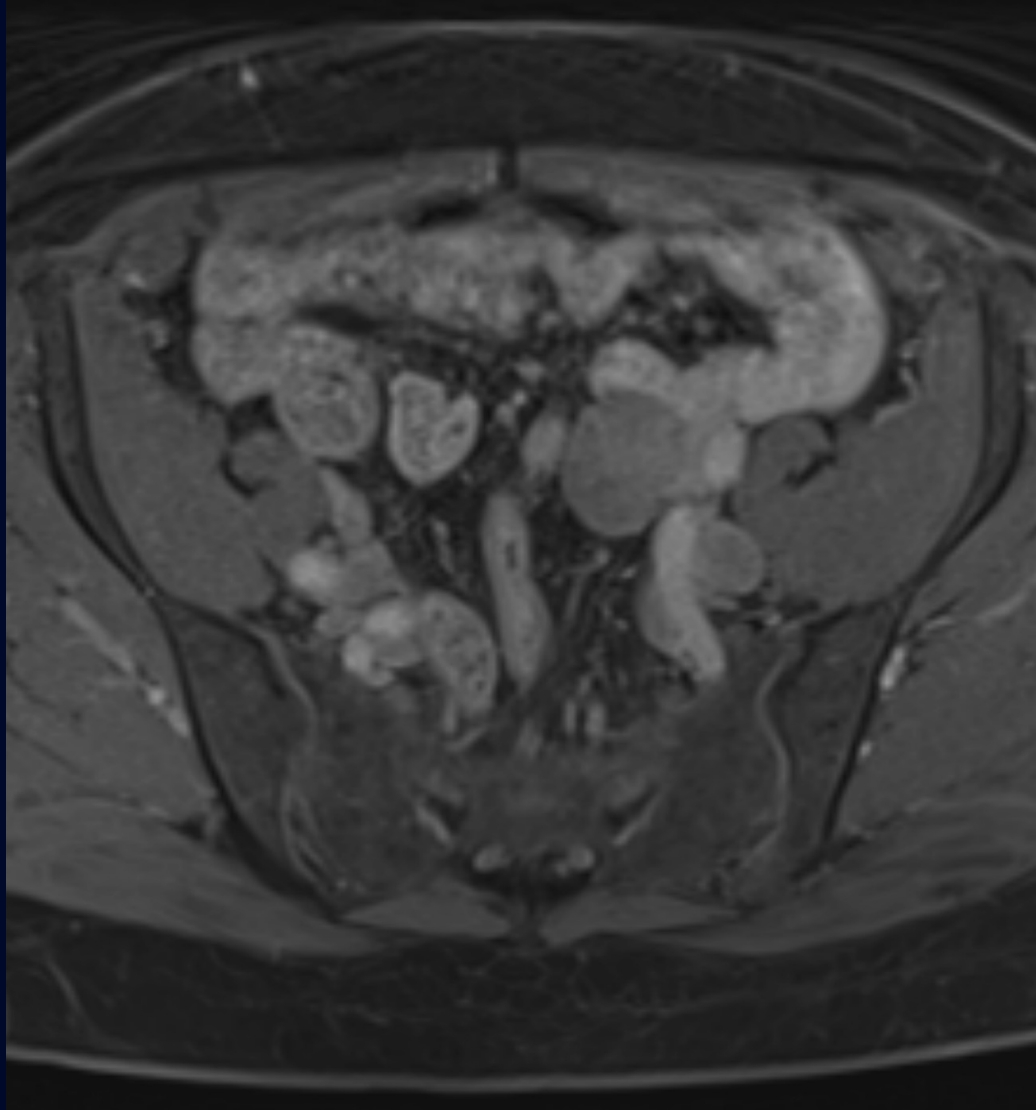


Axial T1 Fat-Sat C+

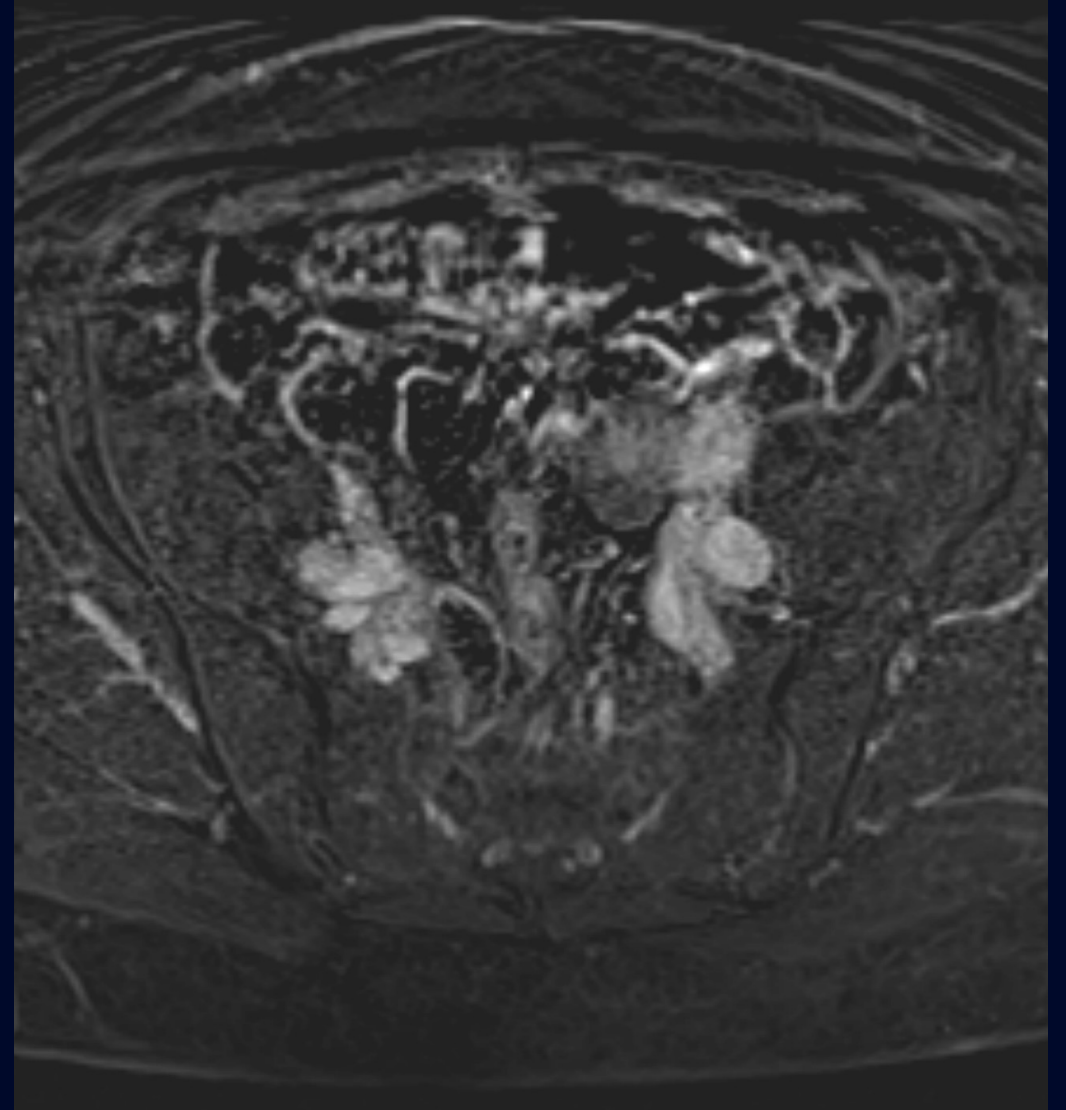


Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction

IRM pelvienne C- C+ Ovaire gauche



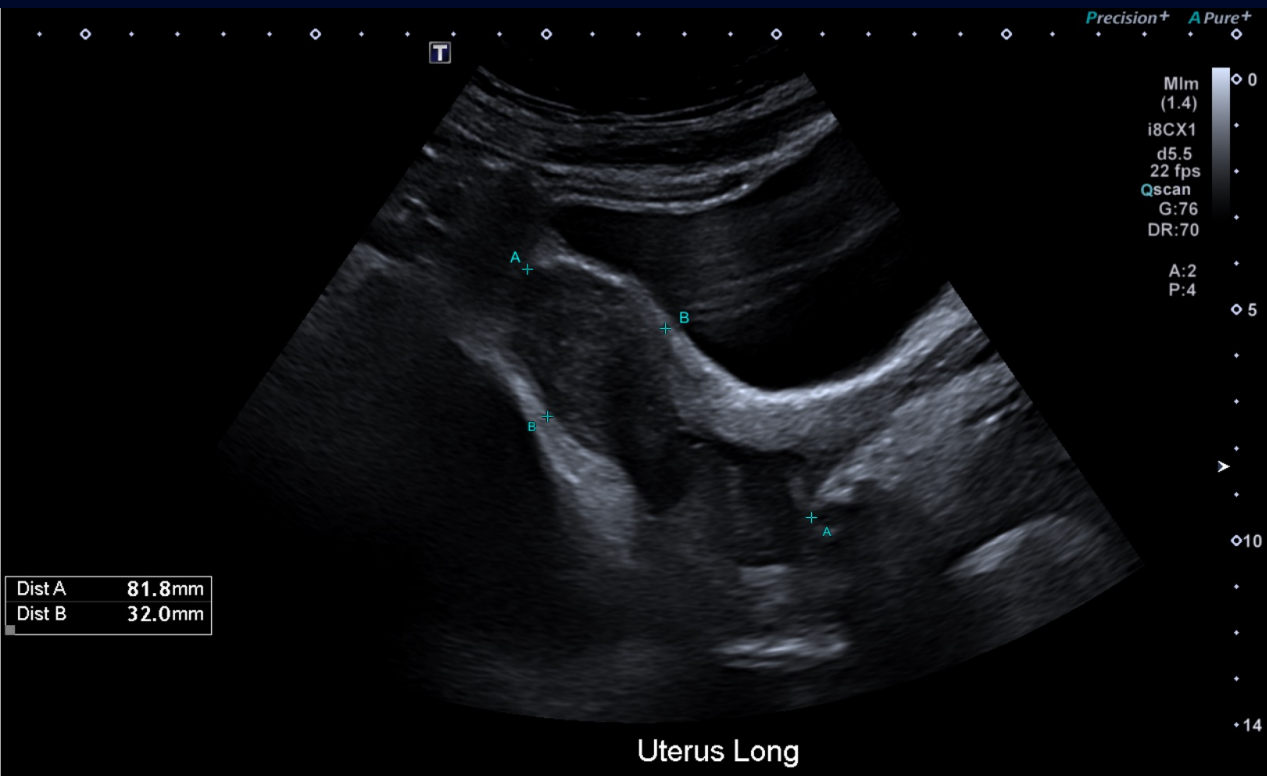
Axial T1 Fat-Sat C+



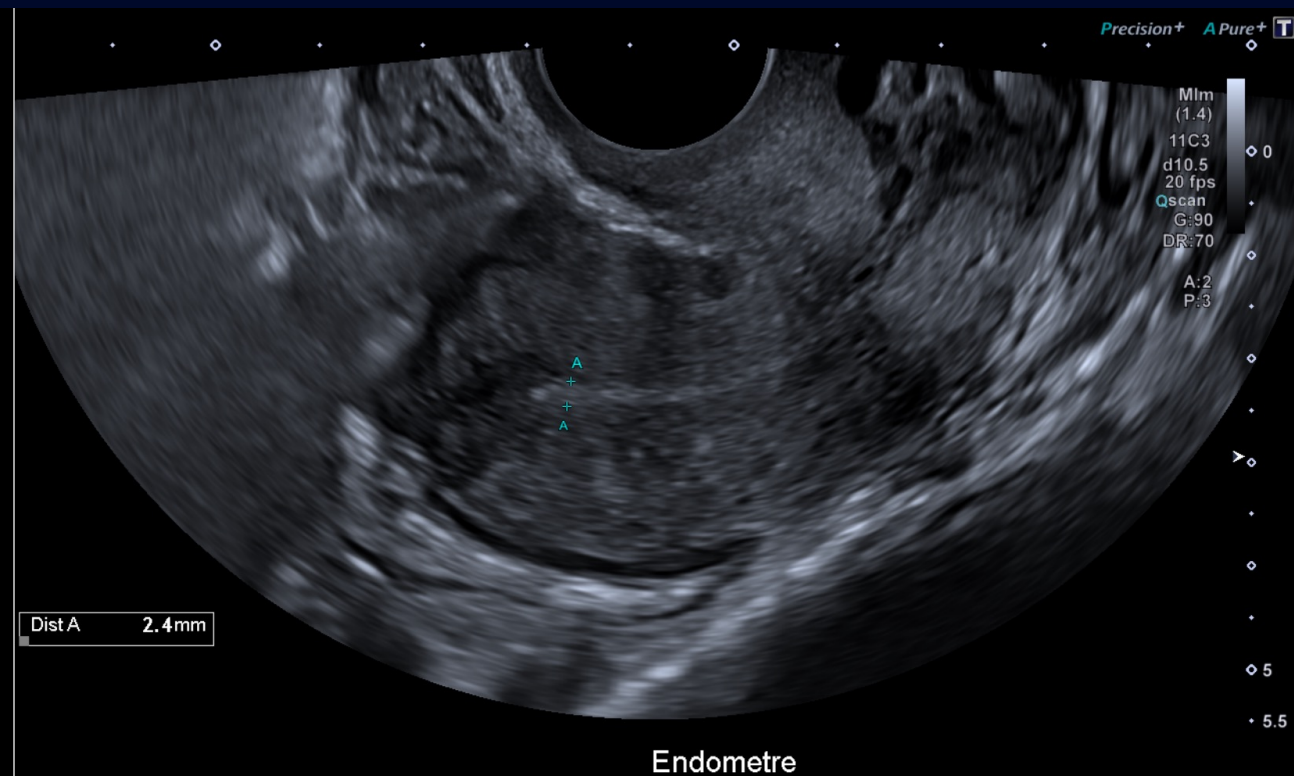
Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction

Descriptions des examens radiologiques

Échographie pelvienne

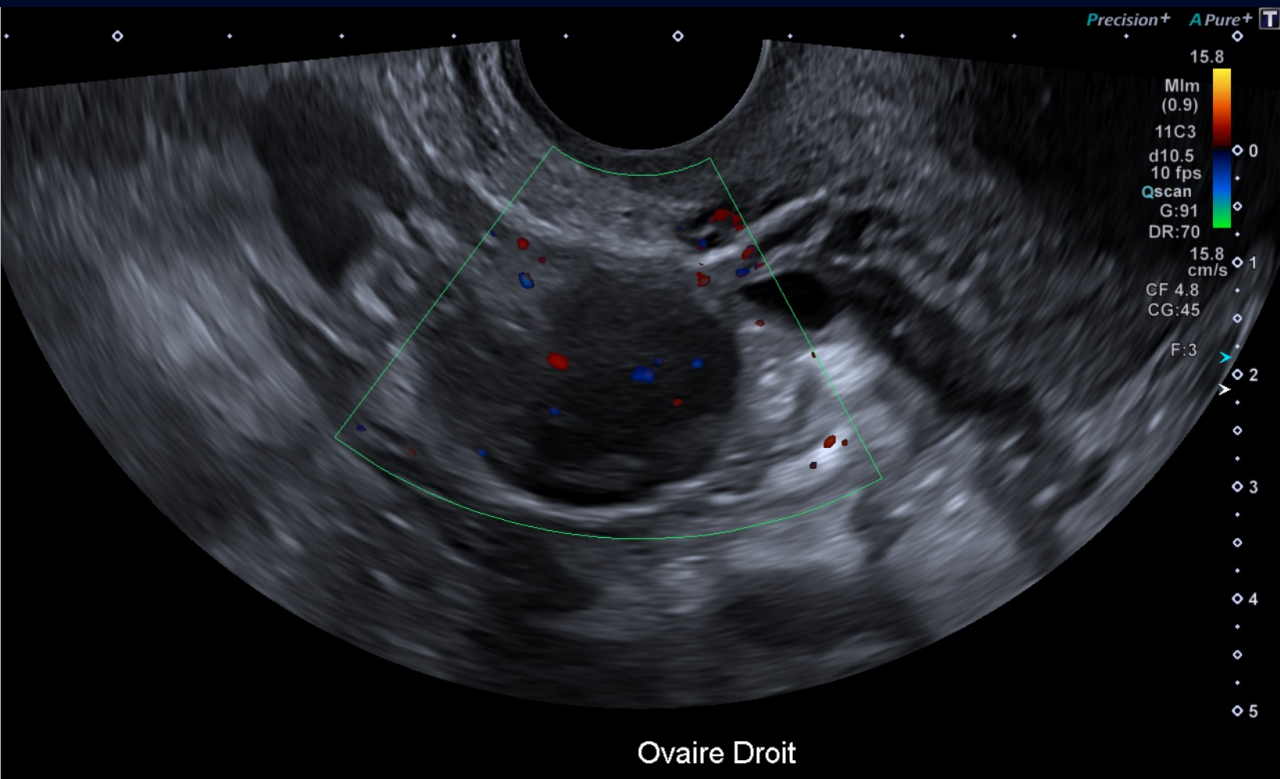
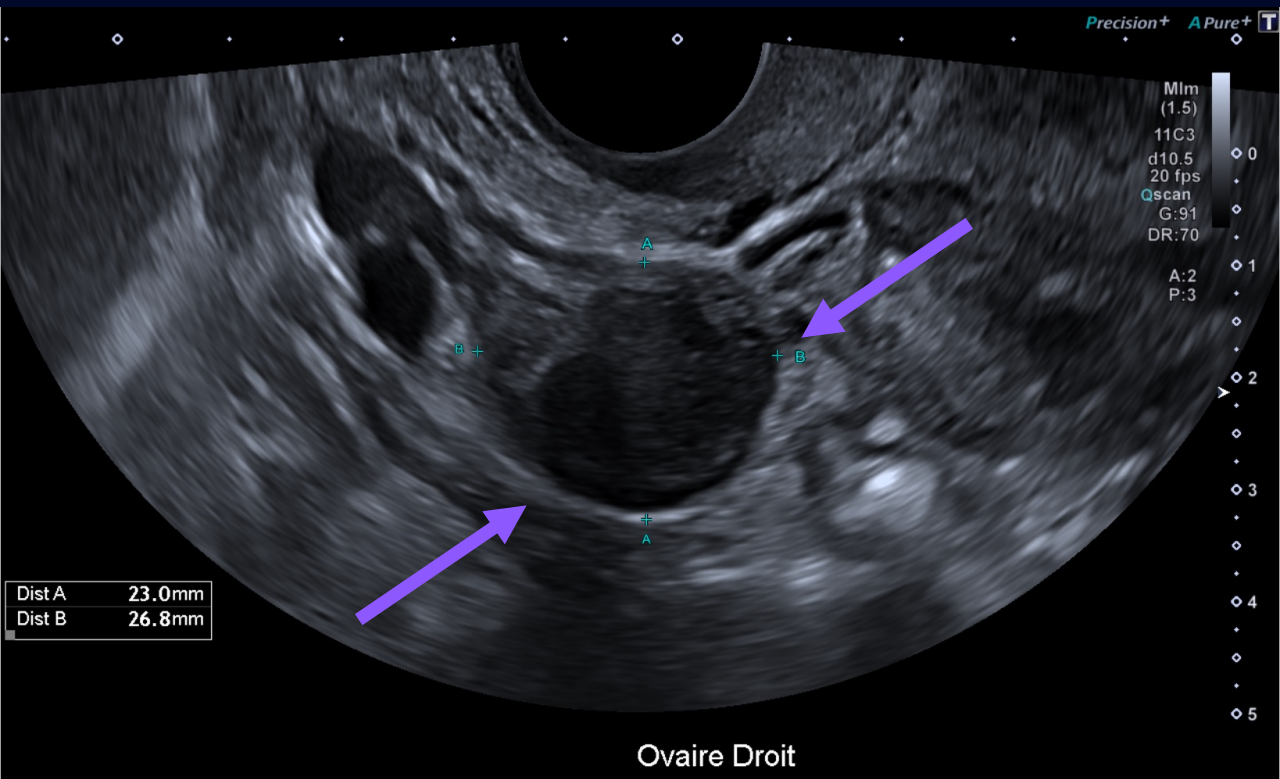


Utérus de taille normale



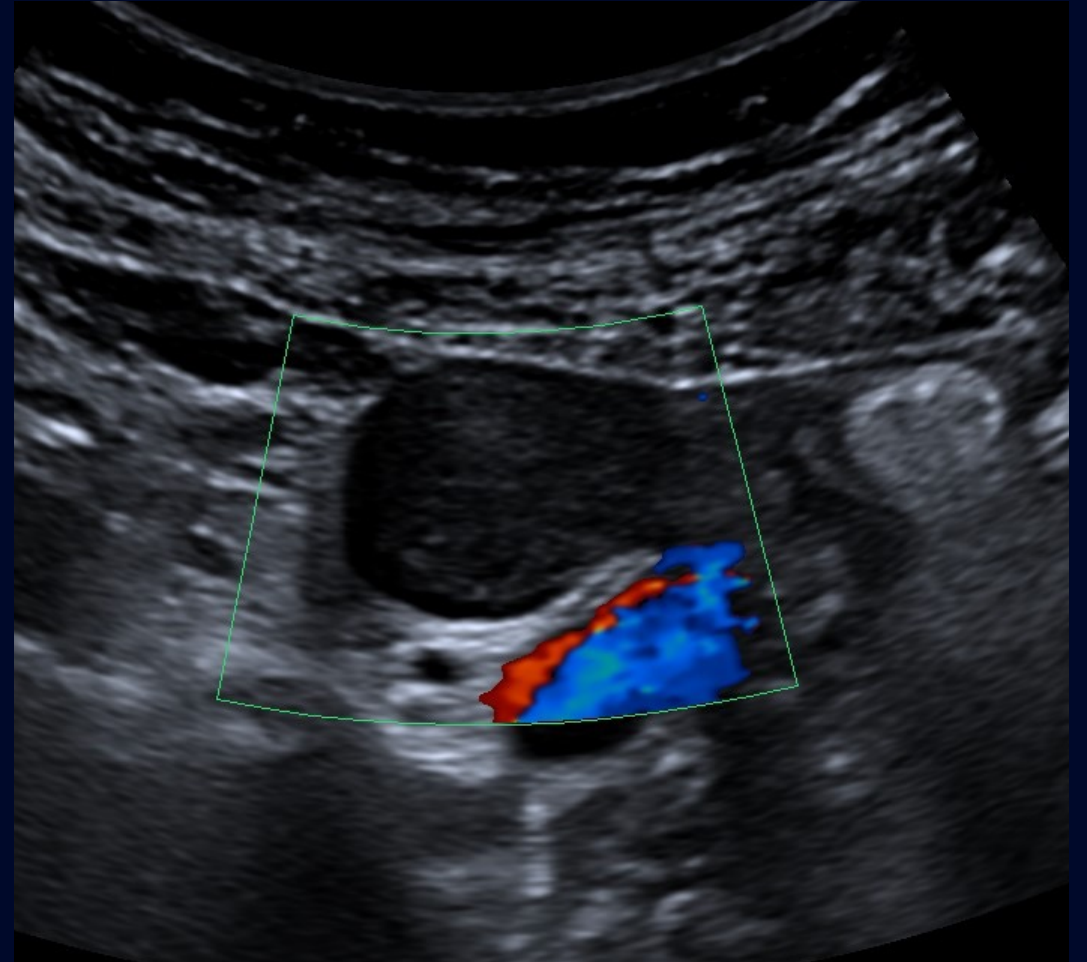
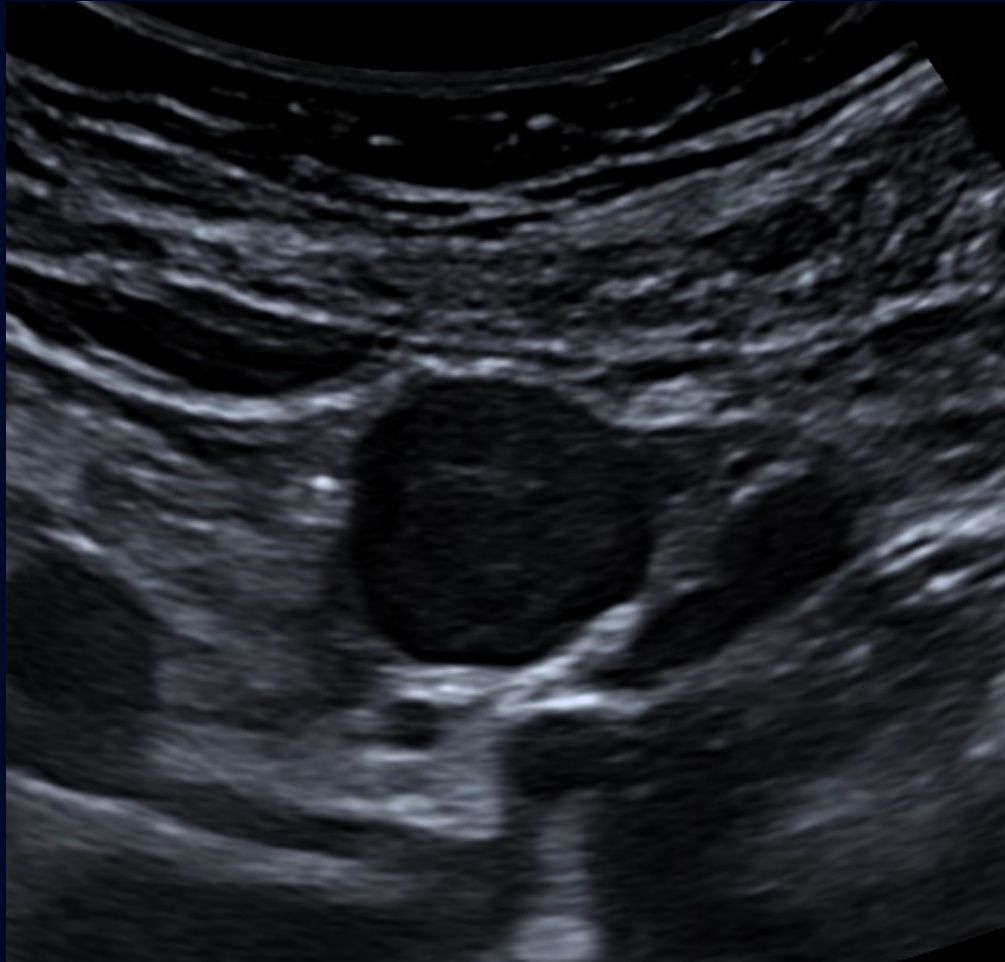
Endomètre mince et uniforme à 2,4 mm

Échographie pelvienne



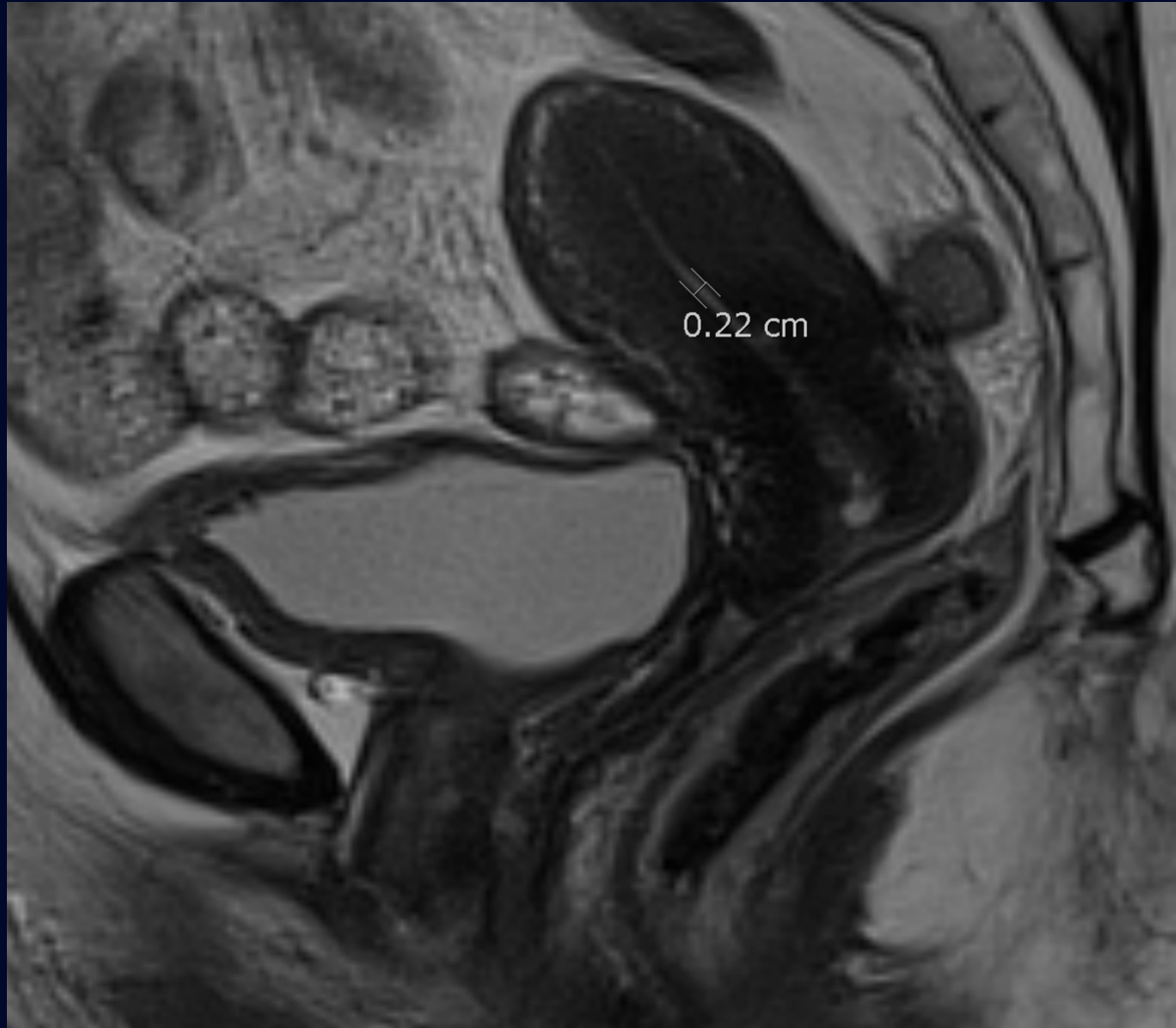
L'ovaire **droit** est le siège d'une masse **hypoéchogène**
peu **vascularisée** à l'interrogation Doppler.

Échographie pelvienne



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

IRM pelvienne C- C+

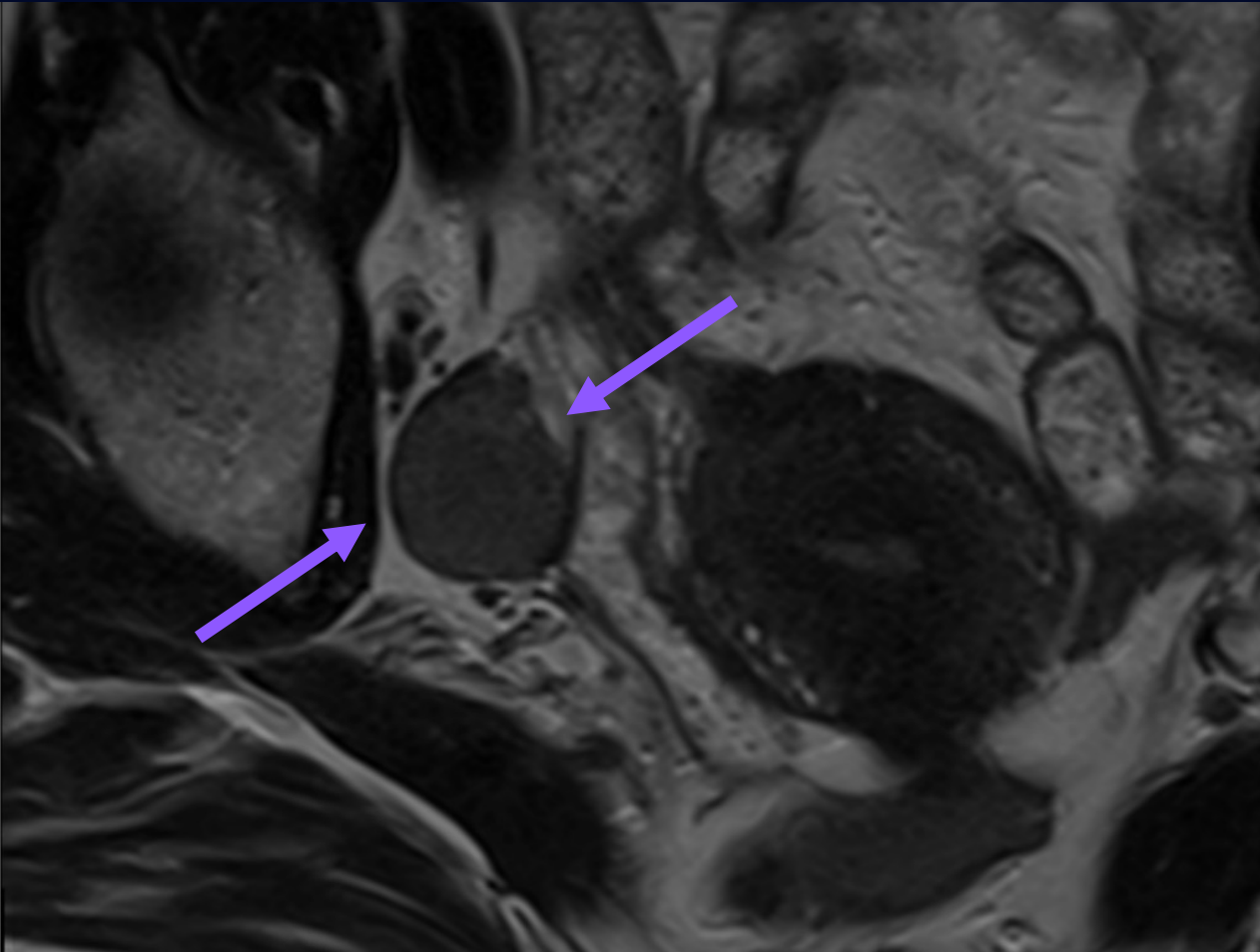


On confirme un endomètre
mince et uniforme à 2,2 mm.

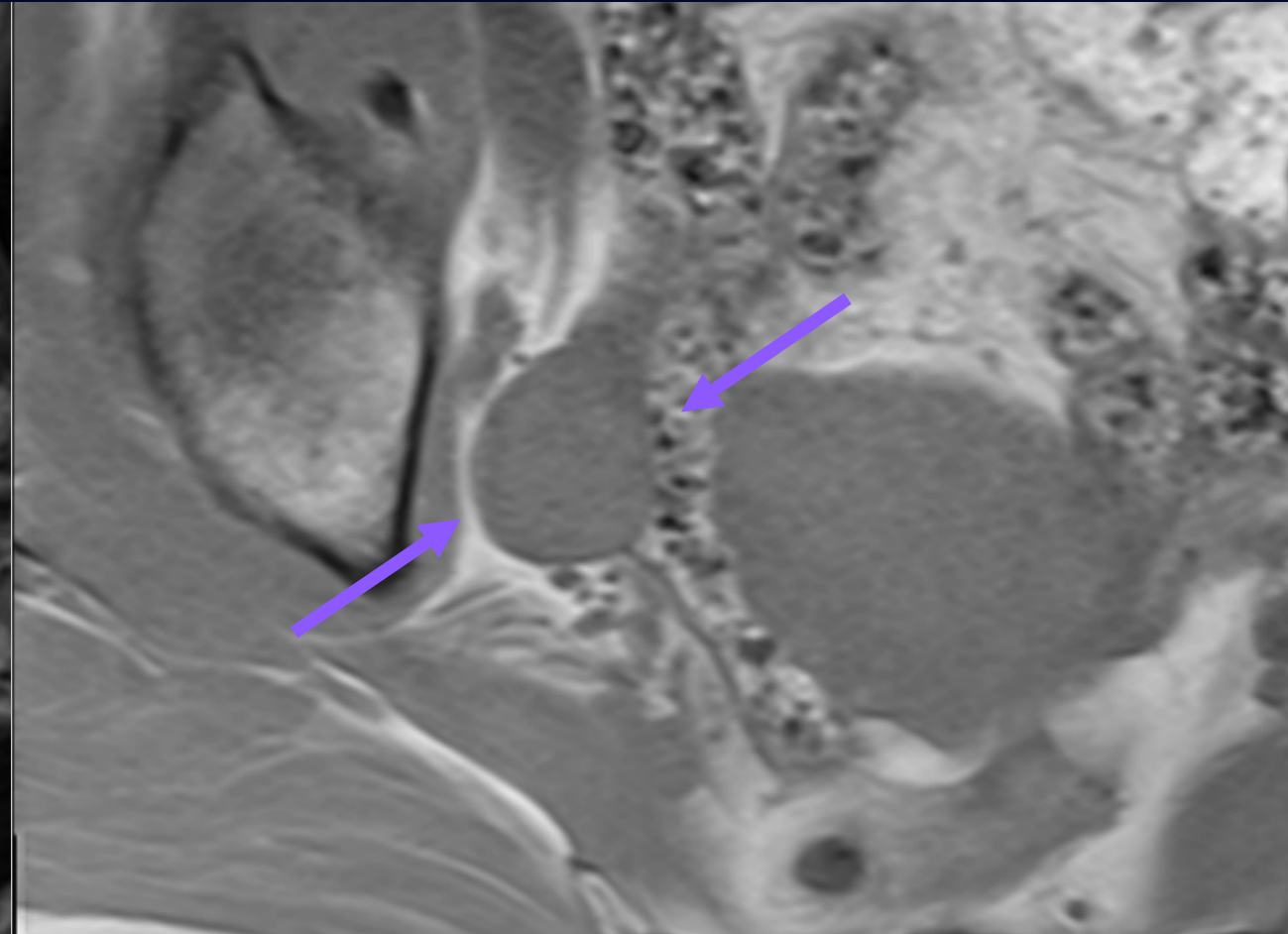
Sagittal T2

IRM pelvienne C- C+

Axial T2



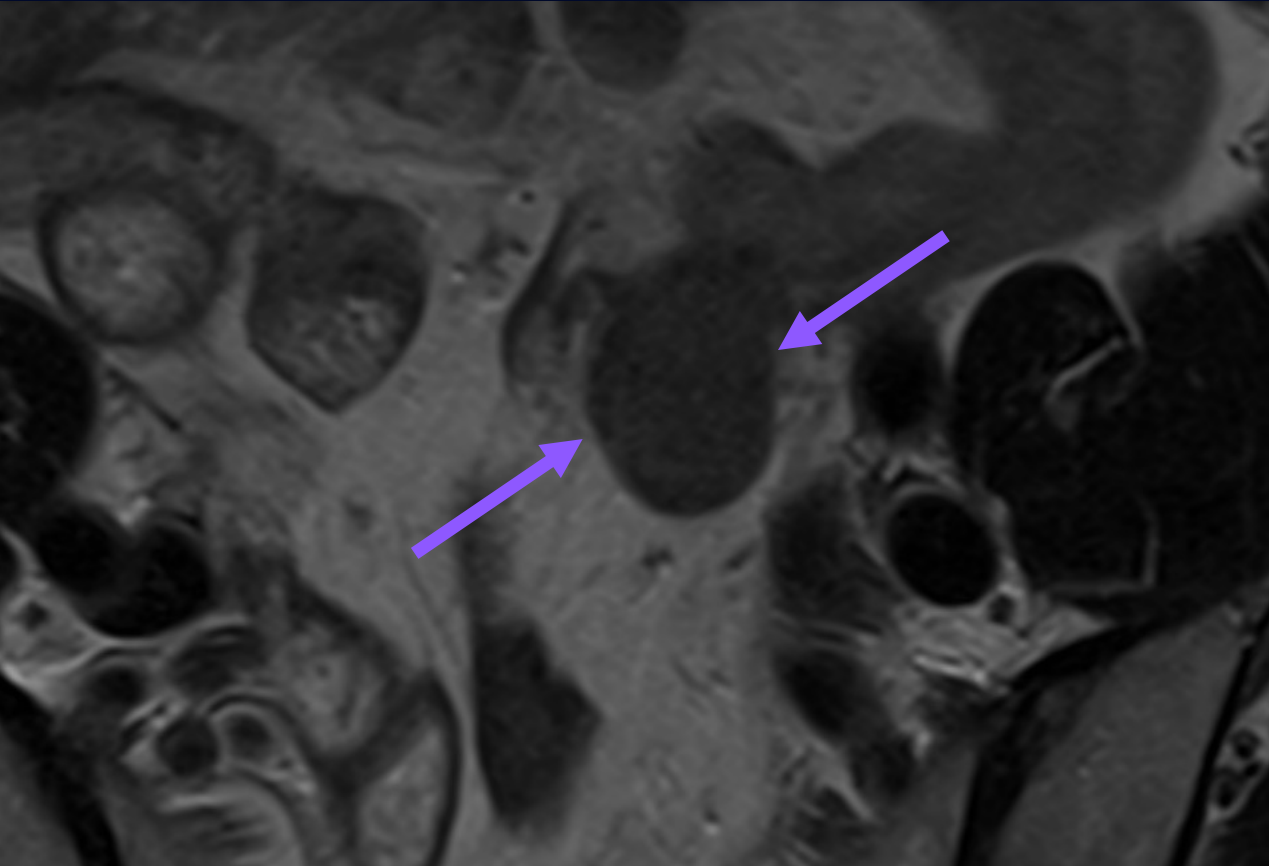
Axial T1 Sans injection



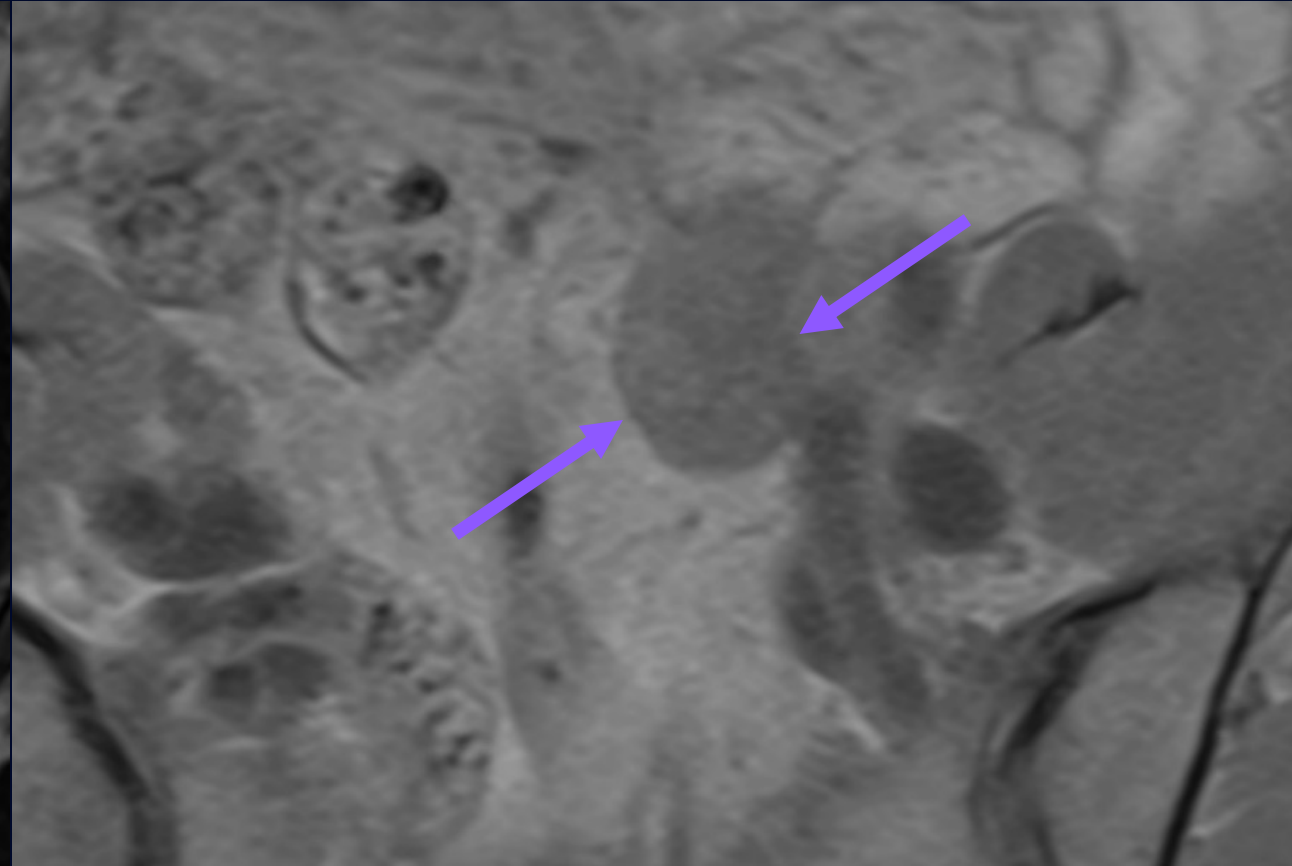
L'ovaire **droit** comporte une **masse** unique solide et homogène en isosignal T1 et hypo/isosignal T2.

IRM pelvienne C- C+

Axial T2



Axial T1 Sans injection



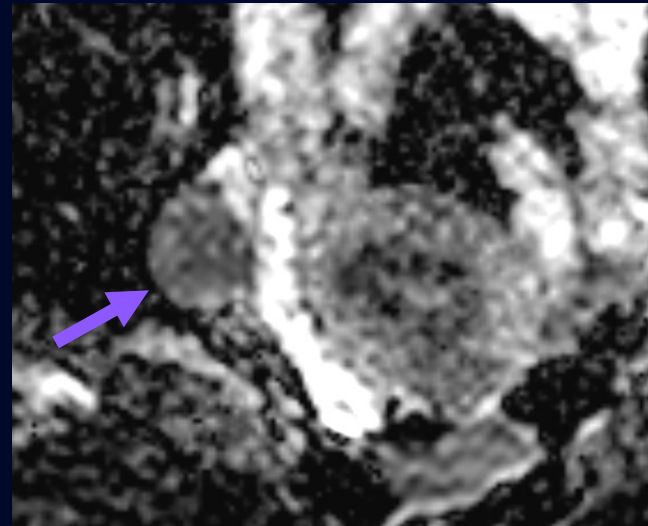
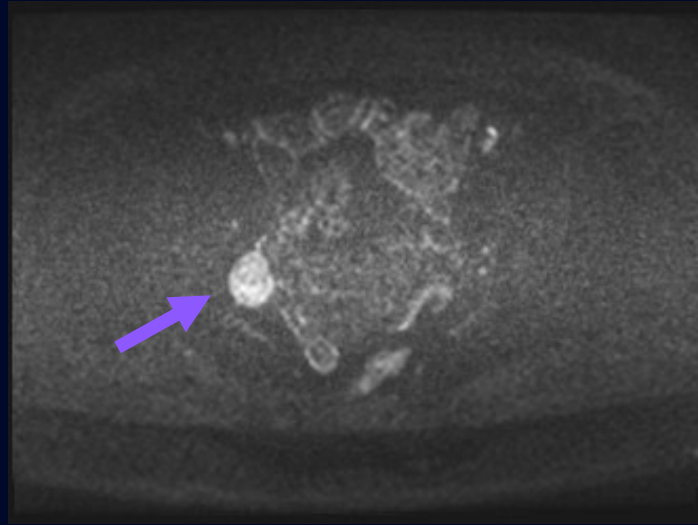
L'ovaire **gauche** comporte aussi une **masse** unique solide et homogène en isosignal T1 et iso/hyposignal T2.

IRM pelvienne C- C+ Diffusion

b1000

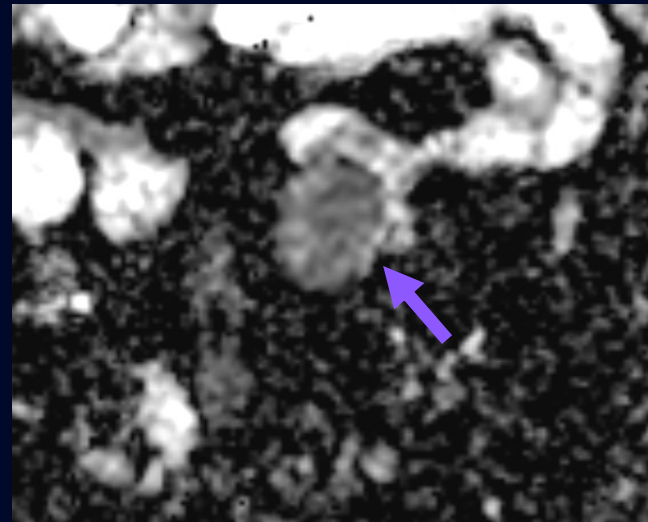
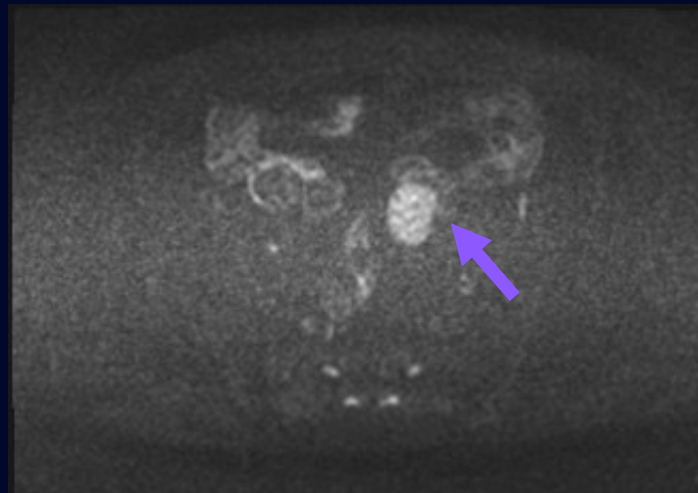
ADC

Ovaire droit



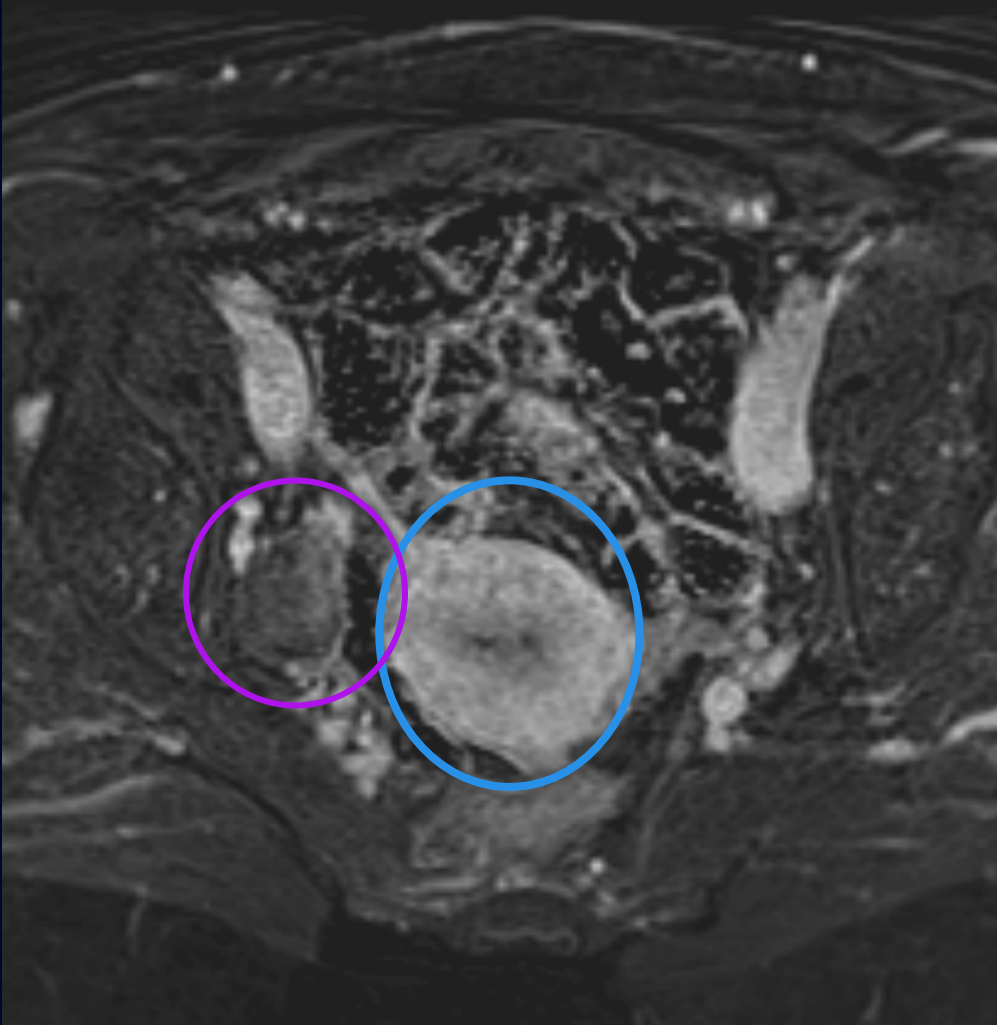
Restriction de
la diffusion
ovarienne

Ovaire gauche

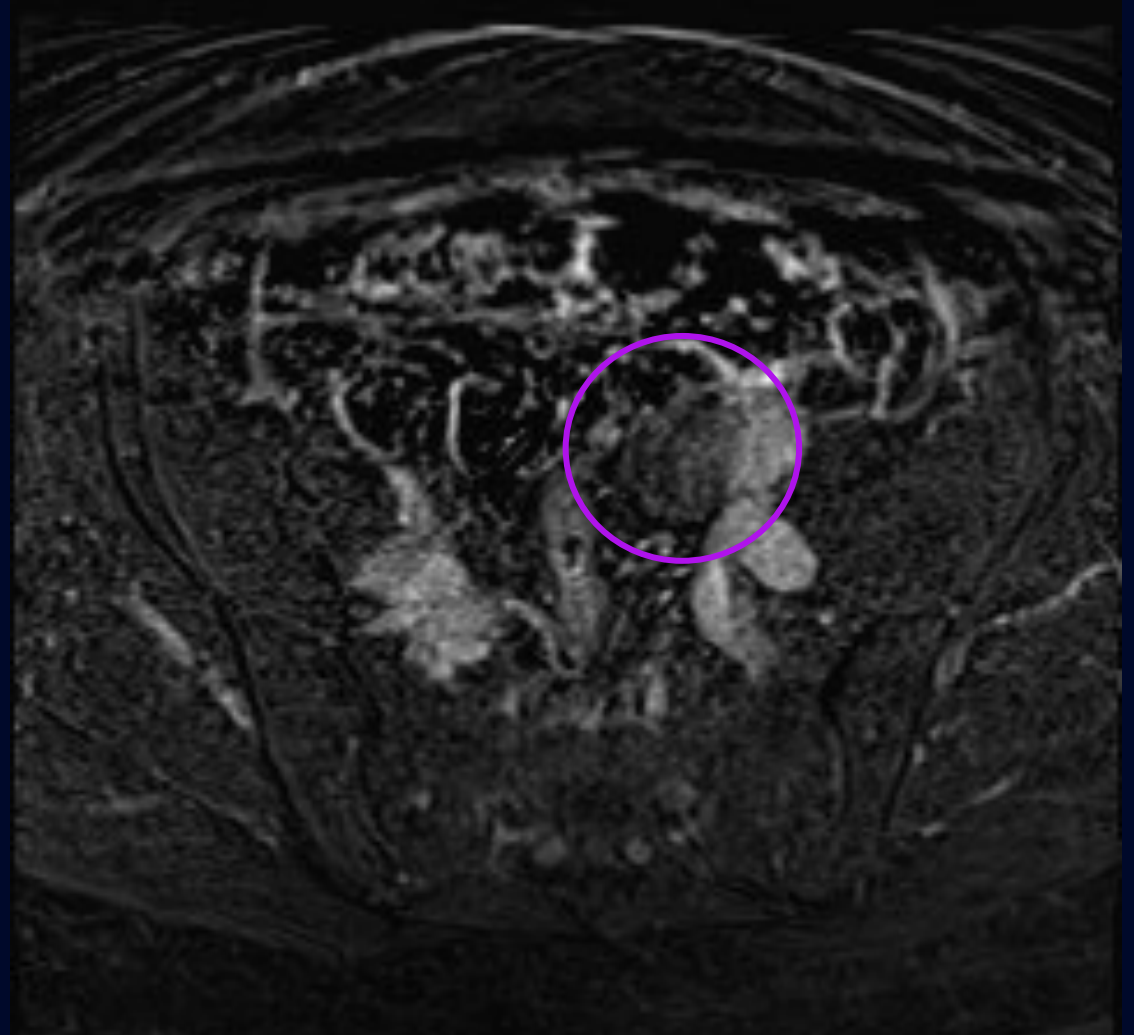


IRM pelvienne C- C+

Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction



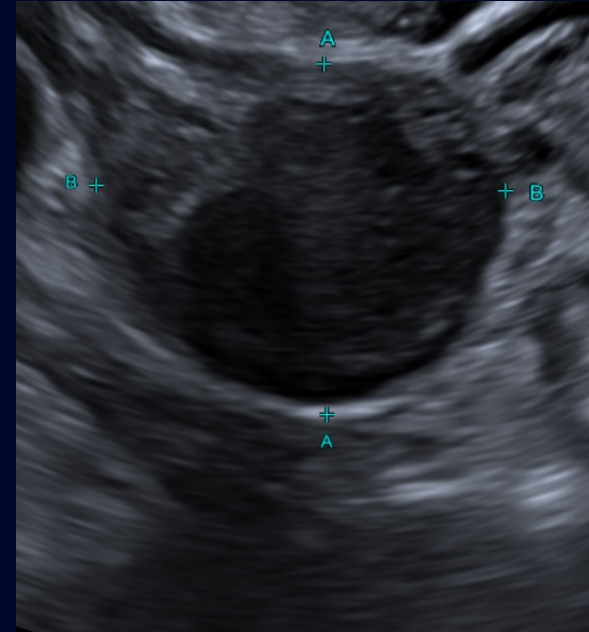
Axial T1 Fat-Sat C+ Soustraction



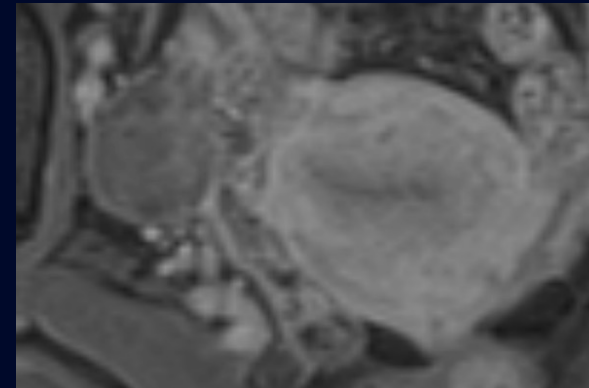
Discret rehaussement des masses ovariennes, beaucoup plus faible que celui du myomètre

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'adénomégalies.



Échographie
pelvienne
transvaginale



Axial T1
Fat-Sat C+

Diagnostic différentiel

Tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur endométriode

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 endométriode →

Tumeur de Brenner

Tumeur de cellules germinales

Tumeur stromale/ “sex cord”

Lymphome

Métastase

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

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

En faveur :

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

En défaveur :

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

Ddx tumeur ovarienne solide

Tumeur épithéliale

Tumeur endométriode

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



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

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

Tumeur stromale/ "sex cord"

Lymphome

Métastase

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

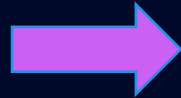
Tumeur épithéliale

Tumeur de cellule germinale

Tumeur stromale/ “sex cord”

**Fibrome-Thécome-
Fibrothécome**

Tumeur de la granulosa



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).

Lymphome

Métastase

Ddx tumeur ovarienne solide

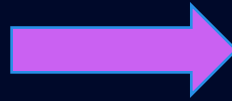
Tumeur épithéliale

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



Métastase

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)

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**

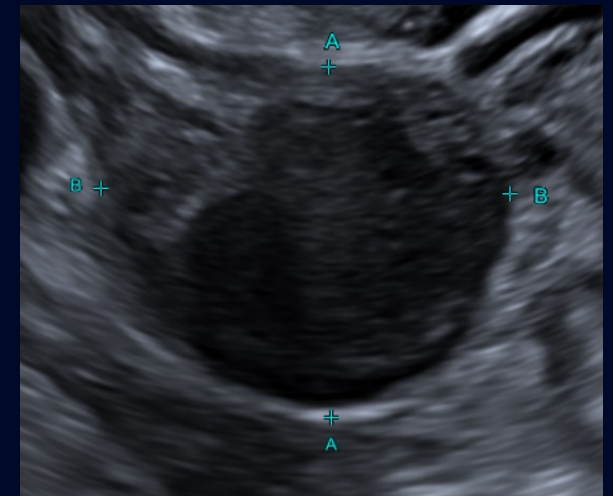
Post salpingo
ovariectomie bilatérale



**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, Popiolek 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.