

## Case Report

## Torsion D'annexe Droite Révélant UN Goitre Ovarien A Propos D'un CAS

R.Aitbouhou<sup>1\*</sup>, F. El Mangoub<sup>1</sup>, M.Bouzroud<sup>2</sup>, A.Kessab<sup>3</sup>, J.Kouach<sup>1</sup> and DR.Moussaoui<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Service de chirurgie viscérale, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

<sup>3</sup>Service d'anatomopathologie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

\*Corresponding Author

R.Aitbouhou

**Abstract:** Le goitre ovarien est un tératome monotissulaire constitué de tissu thyroïdien représentant 0,3 à 1 % des tumeurs ovariennes. C'est une pathologie rare et de diagnostic difficile car exclusivement histologique. Cette tumeur, le plus souvent bénigne, a la particularité de pouvoir mimer en tout point une tumeur maligne ovarienne, d'avoir parfois un potentiel de malignité proche du carcinome thyroïdien et de pouvoir s'accompagner d'anomalies du bilan thyroïdien.

**Keywords:** C'est une pathologie rare et de diagnostic difficile car exclusivement histologique.

### INTRODUCTION

Les tératomes sont des tumeurs germinales constitués de tissus dérivés des feuilletts embryonnaires (ectoderme, endoderme et mésoderme). Certains sont composés exclusivement ou majoritairement d'un seul tissu définissant le groupe des « tératomes monodermiques », parmi lesquels; le goitre ovarien ou « struma ovarii » décrit pour la première fois par Von Kalden en 1895 et par Gottschalk en 1899. Il s'agit d'une lésion rare représentant 0,3 à 1 % des tumeurs ovariennes et 3 % des tératomes (Kunstmann, L., & Fénelichel, P. 2007).

Cette pathologie le plus souvent bénigne peut s'associer à une prolifération maligne ainsi qu'à des anomalies de la fonction thyroïdienne. Nous rapportons le cas d'une patiente admise pour prise en charge d'une torsion d'annexe révélant un diagnostic de goitre ovarien bénin.

### OBSERVATION

Patiente de 32 ans deuxième geste deuxième pare sans antécédents notables admise pour prise en charge d'une douleur pelvienne très intense d'installation brutale associée à des vomissements sans notion de métrorragies ni de retard de règles. L'examen clinique a objectivé une patiente normotendue, apyrétique, conjonctives normocolorées avec une défense au niveau de la fosse iliaque gauche. Au spéculum, le col était normal sans saignement d'origine

endo utérine ; le toucher vaginal a montré un utérus de taille normal avec une masse latéro utérine gauche sensible indépendante de l'utérus. La BHCG était négative. L'échographie a décelé une image latéro utérine gauche hétérogène faisant 8 cm cloisonnée à parois épaissies ayant une vascularisation périphérique au doppler avec un indice de résistance élevé. Le diagnostic de torsion annexielle gauche était évoqué en premier lieu. Une mini-laparotomie était réalisée objectivant une torsion de l'annexe gauche avec la présence d'une masse ovarienne (figure1). Une détorsion suivie d'une kystectomie ont été réalisées. L'examen anatomopathologique a décelé la présence du tissu thyroïdien au sein du kyste ovarien (figure2).

### DISCUSSION

Les tératomes représentent 10-20 % des tumeurs ovariennes et comprennent fréquemment des éléments d'origine thyroïdienne. Lorsque les tissus thyroïdiens constituent plus de 50 % de la tumeur, on parle de struma ovarii qui est une lésion rare représentant 0,3 à 1 % des tumeurs ovariennes et 3 % des tératomes (Kunstmann, L., & Fénelichel, P. 2007). L'âge de survenue se situe en pré-ménopause dans 85 % des cas avec un âge moyen de 42 ans (Berghella, V., *etal.*, 1997; Kunstmann, L., & Fénelichel, P. 2007). Cette lésion est le plus souvent bénigne (95 à 99,9 % des cas) et unilatérale, mais la prédominance du côté varie selon les études. L'ovaire gauche serait atteint dans 63 % des cas, mais l'atteinte peut être bilatérale

Quick Response Code



Journal homepage:

<http://www.easpublisher.com/easims/>

Article History

Received: 23.10.2019

Accepted: 02.11.2019

Published: 12.11.2019

Copyright @ 2019: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution license which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non commercial use (NonCommercial, or CC-BY-NC) provided the original author and source are credited.

dans 6 % des cas (Kim, J., Kim, S., & Park, J. 2000; Mancuso, A., *etal.*,2001).

La symptomatologie est pauvre et sa découverte est le plus souvent fortuite devant des douleurs pelviennes, une masse pelvienne ou des troubles du cycle (DeSimone, C. P.,*etal.*,2003; Mancuso, A.,*etal.*,2001). Le pseudosyndrome de Meigs, associant de l'ascite, une pleurésie et une tumeur ovarienne bénigne est retrouvé dans seulement 5 % des cas(Razafimanjato, N. N. M.,*etal.*,2014; Jin, C.,*etal.*,2015) . Il existe parfois des symptômes d'hyperthyroïdie (5 à 8 % cas) avec perturbation du bilan thyroïdien(DUNZENDORFER, T.,*etal.*,1999) .

Généralement bénin, le goitre ovarien peut dans 5 à 10 % des cas présenter des critères histologiques de malignité, le plus souvent de type papillaire(Ayhan, A.,*etal.*,1993).Selon Devaney, seules les tumeurs avec des critères cytologiques de malignité (noyaux cellulaires irréguliers, chevauchants et en verre dépoli, activité mitotique intense ou signes d'invasion vasculaires) devraient être considérées comme réellement malignes et à risque métastatique.Le diagnostic de struma ovarii malin suppose en outre d'avoir éliminé une tumeur primitive thyroïdienne avec métastase ovarienne ou une tumeur carcinoïde ovarienne (Logani, S.,*etal.*,2001).

Sur le plan biologique, le dosage du marqueur CA-125 n'aide pas au diagnostic de goitre ovarien, ni de la composante maligne. Environ 5 à 8 % des goitres ovariens s'accompagnent d'une hyperthyroïdie avec sécrétion ectopique de tissu thyroïdien (Logani, S.,*etal.*,2001; Salomon, L. J., *etal.*,2003).

Le diagnostic radiologique reste difficile en raison de caractéristiques parfois similaires des différents types de tératomes. L'échographie pelvienne, réalisée préférentiellement par voie endovaginale montre la lésion sous forme d'image mixte, kystique et tissulaire, avec des cloisons et végétations évoquant une tumeur maligne (de Moortele Van, K., *etal.*, 2003; Savelli, L., *etal.*, 2008). Le flux doppler semble intéressant en rapport avec une vascularisation du tissu thyroïdien plus riche que celle des composantes tissulaires des autres tératomes(Zalel, Y.,*etal.*,2000).

L'IRM montre souvent une masse annexielle hétérogène unilatérale multiloculée à contours polylobés. Les loci correspondent aux follicules thyroïdiens. Ils apparaissent de signal variable en rapport avec leur contenu liquide pur (hypersignal T2 et hyposignal T1) ou colloïde (hyposignal T1 et T2) (associant thyroglobuline et hormones thyroïdiennes) (Joja, I., *etal.*, 1998; Damarey, B., *etal.*, 2010). Les cloisons et la portion tissulaire prennent le contraste après injection de gadolinium, en raison de la riche vascularisation du tissu thyroïdien (Joja, I., *etal.*, 1998; Kim, J. C.,*etal.*,2000). Il n'existe pas de critère

spécifique de malignité devant un struma ovarii en imagerie, en dehors des signes de dissémination métastatique (adénopathies pelviennes ou lombo-aortiques, carcinose péritonéale, métastases à distance) (Dardik, R. B.,*etal.*,1999).

Devant une lésion multiloculée, on peut évoquer d'autres diagnostics dont le cystadénocarcinome séreux avec remaniements nécrotico-hémorragiques, les tumeurs épithéliales mucineuses et les métastases ovariennes de cancer thyroïdien.

Le goitre ovarien bénin qui est souvent non fonctionnel peut devenir sécrétant et être responsable d'une hyperthyroïdie périphérique (5 à 8 % des cas)(Berghella, V.,*etal.*,1997). Il doit être évoqué devant une hyperthyroïdie périphérique persistante malgré une éventuelle thyroïdectomie totale ou devant l'absence de fixation de la glande thyroïde à la scintigraphie cervicale accompagnée d'un taux de thyroglobuline normal ou élevé. L'hyperthyroïdie serait plus fréquente lorsqu'il existe un goitre cervical associé, ce qui est le cas dans 16,2 % des cas (Kunstmann, L., & Fénelichel, P. 2007).L'exérèse chirurgicale de la tumeur ovarienne permet de retrouver une euthyroïdie, mais parfois un « struma ovarii » sécrétant peut mettre au repos l'axe thyroïdien hypothalamo- hypophysaire avec un risque d'hypothyroïdie postopératoire transitoire(Logani, S.,*etal.*,2001) . Enfin, quelques cas de « struma ovarii » avec manifestation d'auto-immunité de type maladie d'Hashimoto ont été rapportés (Erez, S.E.,*etal.*,1984; Nielsen, V.T. 1984; Doldi, N.,*etal.*,1998).

L'examen anatomopathologique, extemporané ou à distance devra faire le diagnostic d'un goitre ovarien bénin ou malin. En cas de goitre ovarien bénin, le traitement chirurgical devra être le plus conservateur possible adapté à l'âge de la patiente ; une kystectomie est préconisée chez la femme jeune avec un désir de grossesse (Wee, J. Y. S., *etal.*, 2015)alors qu'une annexectomie bilatérale est justifiée chez la femme ménopausée. En cas de goitre ovarien bénin, une surveillance clinique à distance est recommandée du fait de très rares récurrences dans la littérature (Salomon, L. J., *etal.*,2003).

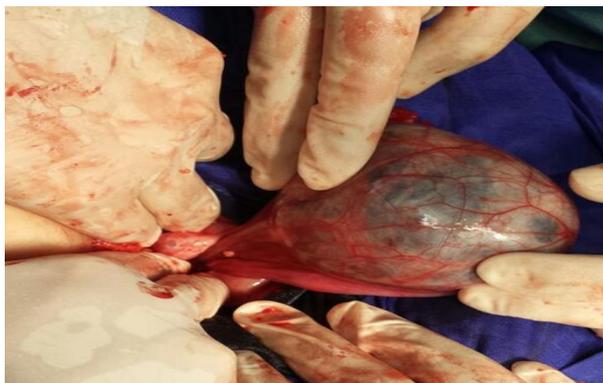
En cas de caractère malin, un bilan d'extension (IRM pelvienne, TDM thoraco-abdominale et Ca125), puis une reprise chirurgicale sera nécessaire : une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, une omentectomie totale et une lymphadénectomie pelvienne (Kunstmann, L., & Fénelichel, P. 2007; Salomon, L. J.,*etal.*,2003). Il faut également évoquer une possible métastase intra-ovarienne d'un cancer thyroïdien, bien que cette situation n'ait été que rarement décrite dans la littérature (Young, R. H., *etal.*, 1994; Logani, S., *etal.*,2001). d'où l'intérêt de l'échographie cervicale pour rechercher un éventuel carcinome primitif de la thyroïde et de discuter une

thyroïdectomie totale. Cette thyroïdectomie est également nécessaire avant d'envisager un traitement complémentaire par iode 131, qui doit être discuté en cas de signes histologiques d'agressivité (Kouraklis, G.,*etal.*,2001). Le risque de récurrence, difficilement évaluable, compte tenu du faible nombre de séries rapportées est évalué à 15 % mais justifie d'une surveillance clinique avec dosage de thyroglobuline ) ( Makani, S.,*etal.*,2004).

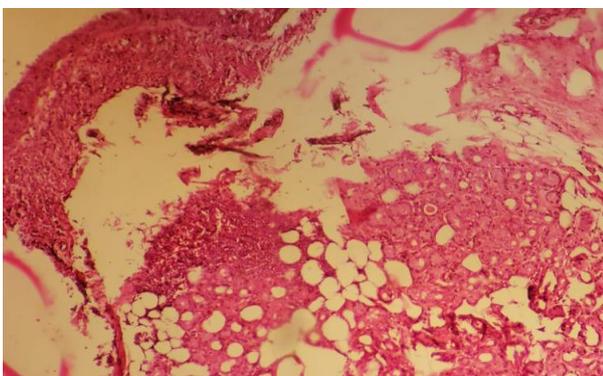
## CONCLUSION

Le struma ovarii est une tumeur ovarienne rare et de diagnostic difficile car exclusivement histologique. Cette tumeur, le plus souvent bénigne, a la particularité de pouvoir mimer une tumeur ovarienne maligne, d'avoir parfois un potentiel de malignité proche du carcinome thyroïdien et de pouvoir s'accompagner d'anomalies du bilan thyroïdien.

Le traitement recommandé est conservateur si les patientes désirent préserver leur fertilité. En cas de malignité, la prise en charge devient alors pluridisciplinaire entre gynécologue, endocrinologue et oncologue avec une reprise chirurgicale, et discussion d'une thyroïdectomie et d'un traitement par iode 131. Une surveillance systématique de la thyroglobuline est effectuée à distance.



**FIGURE 1 : Masse ovarienne gauche**



**Figure 2 : Aspect morphologique montrant la présence du tissu thyroïdien au sein d'un kyste ovarien G 10**

## REFERENCES

1. Kunstmann, L., & Fenichel, P. (2007). Ovarian goitre: a particular form of teratoma of the ovary. *Obstetric Gynecology & Fertility*, 35(1), 49-54.
2. Berghella, V., Ngadiman, S., Rosenberg, H., Hoda, S., & Zuna, R.E. (1997). Malignant struma ovarii. A case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*, 43, 68-72.
3. Kunstmann, L., & Fénichel, P. (2007). Goitre ovarien: une forme particulière de tératome de l'ovaire. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 35(1), 49-54.
4. Kim, J., Kim, S., & Park, J. (2000). MR findings of struma ovarii. *Clin Imaging*, 24(1), 28-33.
5. Mancuso, A., Triolo, O., Leonardi, I., & Vivo, A. D. (2001). Struma ovarii: a rare benign pathology which may erroneously suggest malignancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(11), 1075-1076.
6. DeSimone, C. P., Lele, S. M., & Modesitt, S. C. (2003). Malignant struma ovarii: a case report and analysis of cases reported in the literature with focus on survival and I131 therapy. *Gynecologic oncology*, 89(3), 543-548.
7. Mancuso, A., Triolo, O., Leonardi, I., & Vivo, A. D. (2001). Struma ovarii: a rare benign pathology which may erroneously suggest malignancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(11), 1075-1076.
8. Razafimanjato, N. N. M., Rakotonaivo, M. J., Hunald, F. A., Samison, L. H., Rakotovao, H. J. L., & Rakototiana, A. F. (2014). Pseudosyndrome de Meigs révélateur d'un goitre ovarien. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42(11), 810-812.
9. Jin, C., Dong, R., Bu, H., Yuan, M., Zhang, Y., & Kong, B. (2015). Coexistence of benign struma ovarii, pseudo-Meigs' syndrome and elevated serum CA 125: Case report and review of the literature. *Oncology letters*, 9(4), 1739-1742.
10. DUNZENDORFER, T., deLAS MORENAS, A. N. T. O. N. I. O., KALIR, T., & LEVIN, R. M. (1999). Struma ovarii and hyperthyroidism. *Thyroid*, 9(5), 499-502.
11. Ayhan, A., Yanik, F., Tuncer, R., Tuncer, Z., & Ruacan, S. (1993). Struma ovarii. *Int J Gynaecol Obstet*, 42(2), 143-6.
12. Logani, S., Baloch, Z. W., Snyder, P. J., Weinstein, R., & LiVolsi, V. A. (2001). Cystic ovarian metastasis from papillary thyroid carcinoma: a case report. *Thyroid*, 11(11), 1073-1075.
13. Salomon, L. J., Lefevre, M., Cortez, A., Antoine, J. M., & Uzan, S. (2003). Goitre ovarien: une tumeur rare et particulière, à propos d'un cas et revue des modalités de prise en charge. *J Gynécol Obstet*, 32(2), 175-8.
14. Dardik, R. B., Dardik, M., Westra, W., & Montz, F. J. (1999). Malignant struma ovarii: two case reports and a review of the literature. *Gynecologic oncology*, 73(3), 447-451.

15. de Moortele Van, K., Vanbeckevoort, D., & Hendrickx, S. (2003). Struma ovarii: US and CT findings. *JBR-BTR: organe de la Societe royale belge de radiologie (SRBR)= orgaan van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Radiologie (KBVR)*, 86(4), 209-210.
16. Savelli, L., Testa, A. C., Timmerman, D., Paladini, D., Ljungberg, O., & Valentin, L. (2008). Imaging of gynecological disease (4): clinical and ultrasound characteristics of struma ovarii. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 32(2), 210-219.
17. Zalel, Y., Seidman, D. S., Oren, M., Achiron, R., Gotlieb, W., Mashiach, S., & Goldenberg, M. (2000). Sonographic and clinical characteristics of struma ovarii. *Journal of ultrasound in medicine*, 19(12), 857-861.
18. Joja, I., Asakawa, T., Mitsumori, A., Nakagawa, T., Hiraki, Y., Kudo, T., ... & Akamatsu, N. (1998). Struma ovarii: appearance on MR images. *Abdominal imaging*, 23(6), 652-656.
19. Damarey, B., Farine, M., Vinatier, D., Collinet, P., Lucot, J., Kerdraon, O., & Poncelet, E. (2010). Mature and immature ovarian teratomas: US, CT and MR imaging features. *Journal de radiologie*, 91(1 Pt 1), 27-36.
20. Kim, J. C., Kim, S. S., & Park, J. Y. (2000). MR findings of struma ovarii. *Clinical imaging*, 24(1), 28-33.
21. Dardik, R. B., Dardik, M., Westra, W., & Montz, F. J. (1999). Malignant struma ovarii: two case reports and a review of the literature. *Gynecologic oncology*, 73(3), 447-451.
22. Erez, S.E., Richart, R.M., & Shettles, L.B. (1984). Hashimoto's disease in a benign cystic teratoma of the ovary. *Am J Obstet Gynecol*, 148: 1142-4.
23. Nielsen, V.T. (1984). A benign cystic teratoma of the ovary with chronic thyroiditis. *Am J Obstet Gynecol*, 148: 1142-4.
24. Doldi, N., Taccagni, G.L., Bassan, M., Frigerio, L., Mangili, G., Jansen, A.M., & Ferrari, A. (1998). Hashimoto's disease in a papillary carcinoma of the thyroid originating in a teratoma of the ovary (malignant struma ovarii). *Gynecol Endocrinol*, 12: 41-2.
25. Wee, J. Y. S., Li, X., Chern, B. S. M., & Chua, I. S. Y. (2015). Struma ovarii: management and follow-up of a rare ovarian tumour. *Singapore medical journal*, 56(1), 35.
26. Young, R. H., Jackson, A., & Wells, M. (1994). Ovarian metastasis from thyroid carcinoma 12 years after partial thyroidectomy mimicking struma ovarii: report of a case. *International journal of gynecological pathology: official journal of the International Society of Gynecological Pathologists*, 13(2), 181-185.
27. Logani, S., Baloch, Z. W., Snyder, P. J., Weinstein, R., & LiVolsi, V. A. (2001). Cystic ovarian metastasis from papillary thyroid carcinoma: a case report. *Thyroid*, 11(11), 1073-1075.
28. Kouraklis, G., Safioleas, M., Glinavou, A., Xipolitas, N., Papachristodoulou, A., & Karatzas, G. (2001). Struma ovarii: report of two cases and clinical review. *The European journal of surgery*, 167(6), 470-471.
29. Makani, S., Kim, W., & Gaba, A. R. (2004). Struma Ovarii with a focus of papillary thyroid cancer: a case report and review of the literature. *Gynecologic oncology*, 94(3), 835-839.