

Azza Salem (1), Khaled Fakhfekh(1), Hatem Rajhi(1), Riadh Ben Temime(2), Abdelhamid Koubaa(2), Nejla Mnif(1)

(1): Service d'imagerie médicale, hôpital Charles Nicolle, Tunis

(2): Service de gynécologie, hôpital Charles Nicolle, Tunis

OBSERVATION

Une patiente âgée de 44 ans sans antécédent pathologique notable, consulte en urgence pour des douleurs abdominales fébriles sans trouble du transit.L'examen clinique trouve une patiente fébrile à 39°C, présentant une volumineuse masse abdominopelvienne sensible. Cette patiente a déjà consulté dans

un autre centre quelques jours plus tôt et a eu une ponction abdominale revenue blanche.Le bilan biologique met en évidence un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose.Un abdomen sans préparation (figure 1) et une échographie abdominopelvienne(figure 2: a et b) sont réalisés suivis d'une TDM abdomino-pelvienne sans et avec injection de produit de contraste (figures 3a, b, c et d).

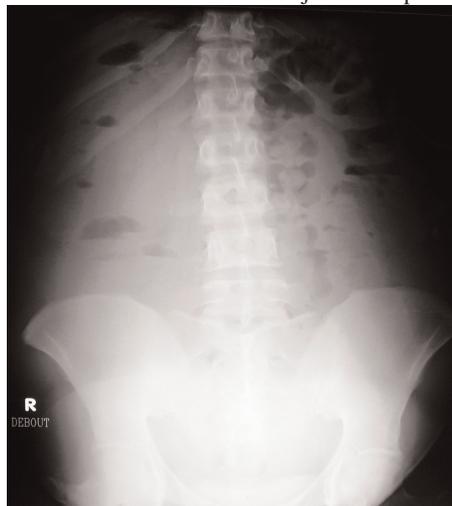


Figure 1: abdomen sans préparation debout

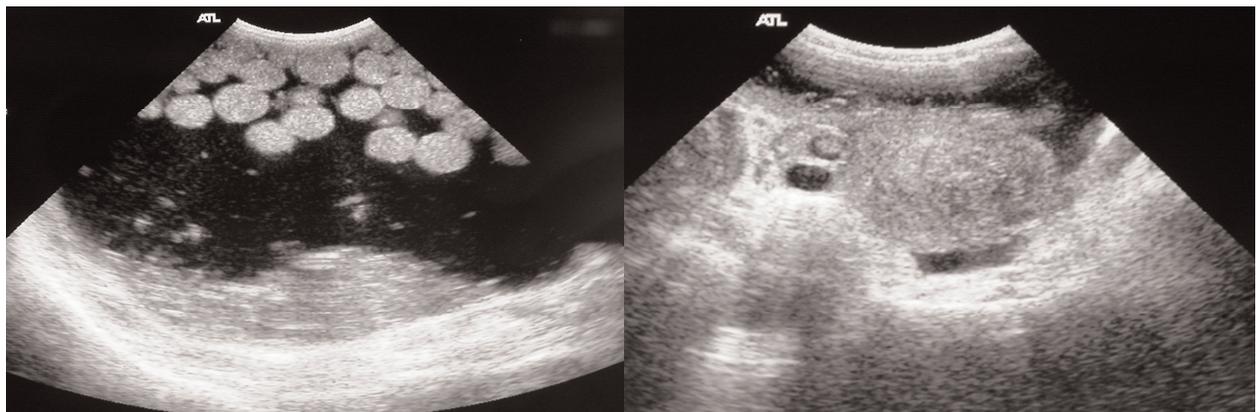


Figure 2: échographie abdominopelvienne
a- coupe transversale abdomino pelvienne
b- coupe transversale pelvienne basse

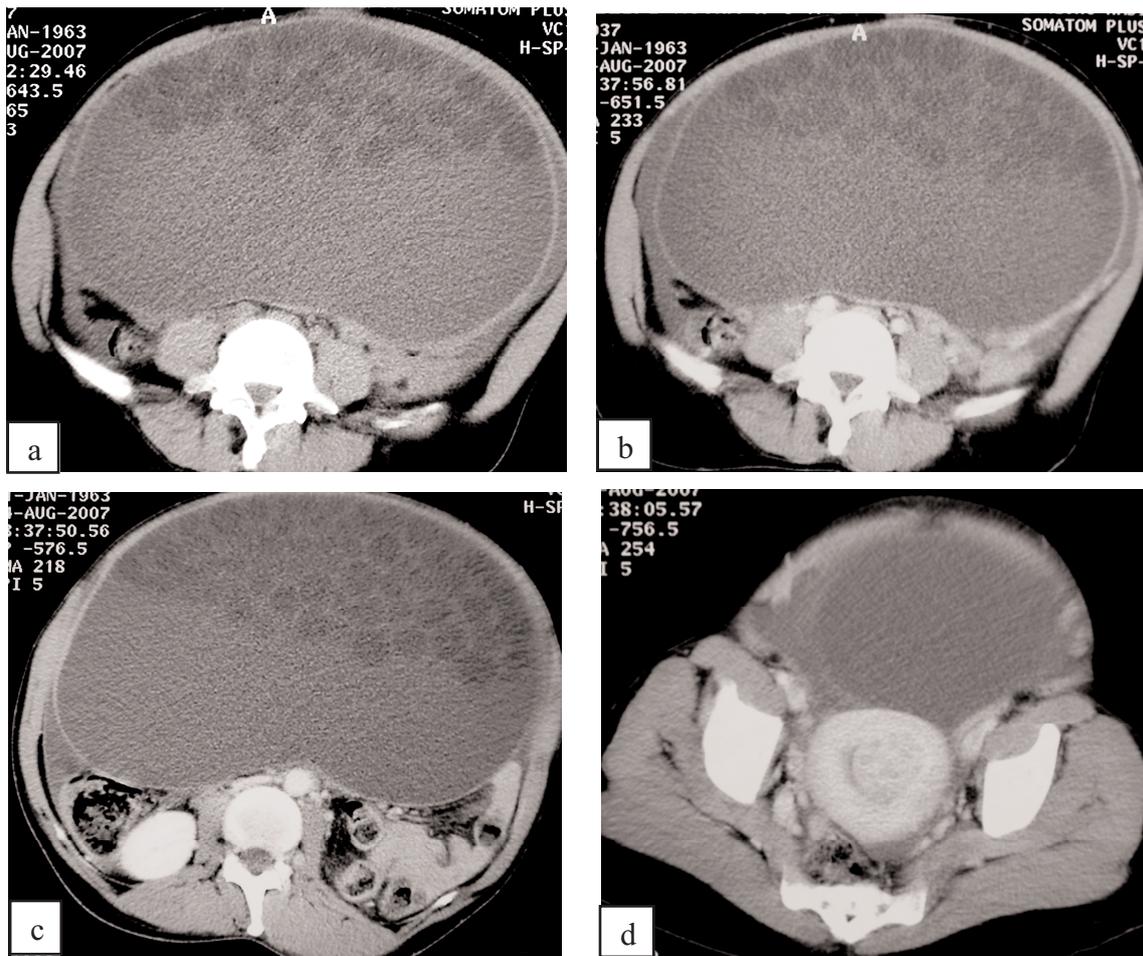


Figure 3: Tomodensitométrie abdominopelvienne
 a: coupe axiale sur la région ombilicale sans injection de produit de contraste
 b,c et d: coupes axiales abdominopelviennes après injection de produit de contraste

Question n°1: une (ou plusieurs) de ces propositions est (ou sont) juste(s)

L'abdomen sans préparation met en évidence:

- a- une opacité abdominopelvienne comportant des calcifications en mottes
- b- une opacité abdominopelvienne de tonalité hydrique homogène
- c- un refoulement vers le haut des structures digestives sans distension
- d- des niveaux hydroaériques de type colique.

Question n°2: une (ou plusieurs) de ces propositions est (ou sont) juste(s)

L'échographie met en évidence:

- a- une masse à double composante kystique et tissulaire
- b- une masse kystique comportant un dépôt hyperéchogène déclive et des formations arrondies hyperéchogènes flottantes
- c- un ovaire gauche d'aspect normal
- d- une masse hypoéchogène corporelle utérine

Question n°3: une (ou plusieurs) de ces propositions est (ou sont) juste(s)

Le scanner abdominal met en évidence:

- a- une masse kystique avec une composante tissulaire vascularisée
- b- une masse kystique à paroi fine rehaussée après injection de contraste
- c- une formations kystique comportant des calcifications grossières
- d- un épanchement intrapéritonéal
- e- des formations très hypodenses flottantes intrakystiques non vascularisées

Question n°4:

Au terme de ces examens, quel est le diagnostic à évoquer ?

- a- cancer de l'ovaire gauche
- b- kyste hydatique ovarien fissuré
- c- tératome ovarien à double composante kystique et graisseuse fissuré
- d- abcès tubo-ovarien
- e- tératome à triple composante kystique, graisseuse et calcique

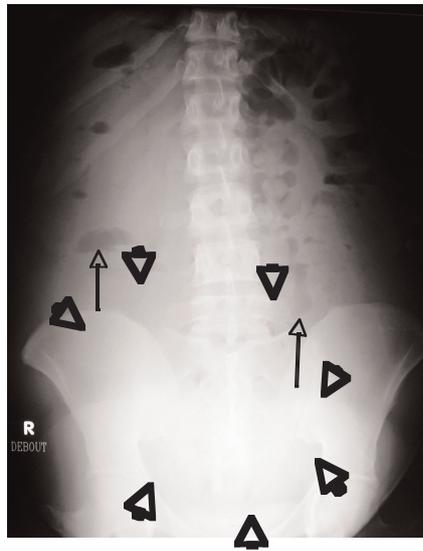


Figure 1: abdomen sans préparation debout

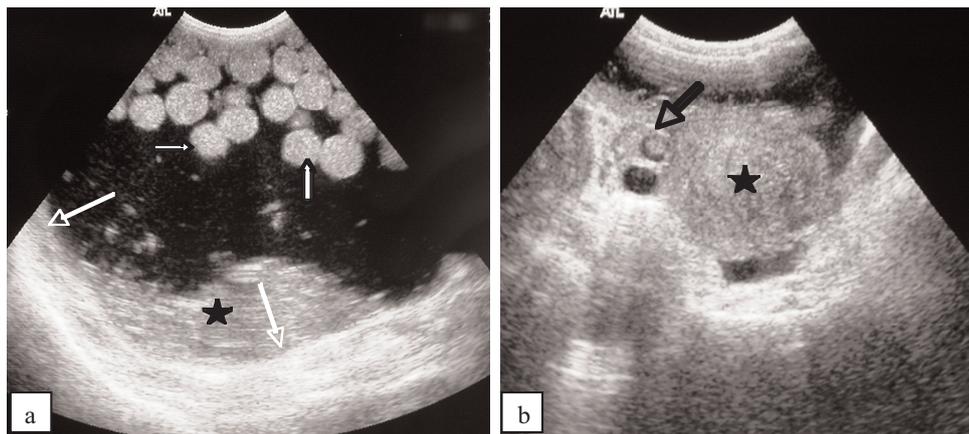


Figure 2: échographie abdominopelvienne
a- coupe transversale abdomino pelvienne
b- coupe transversale pelvienne basse

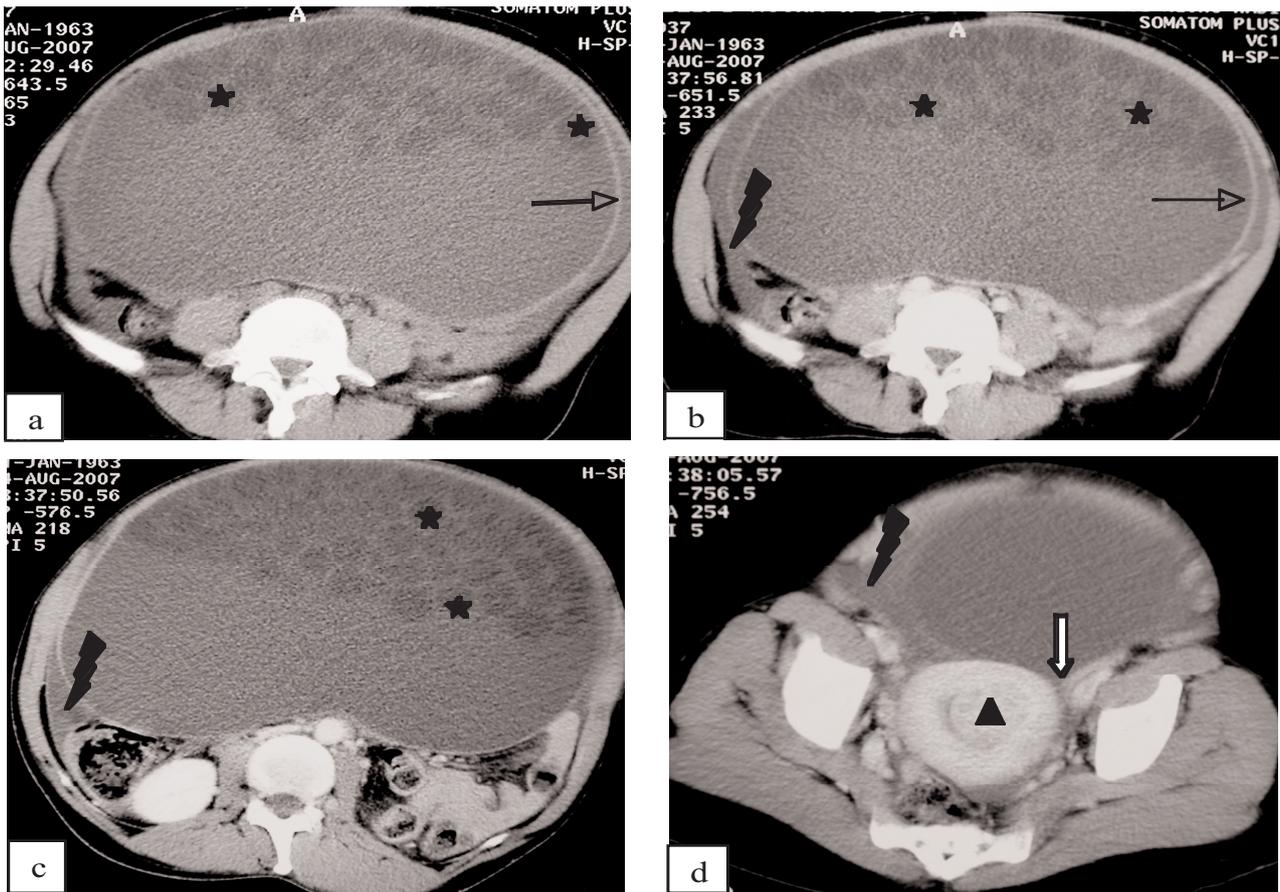


Figure 3: Tomodensitométrie abdominopelvienne
 a: coupe axiale sur la région ombilicale sans injection de produit de contraste
 b,c et d: coupes axiales abdominopelviennes après injection de produit de contraste

Réponses:

- 1) b et c
- 2) b et d
- 3) b, d et e
- 4) c

COMMENTAIRES

Le cliché d'abdomen sans préparation réalisé en position debout met en évidence une opacité abdominopelvienne de densité hydrique homogène sans calcification en son sein (figure 1, flèches épaisses). Cette opacité refoule en haut les anses digestives sans signes de distension (figure 1, flèches fines).

L'échographie permet de détecter une volumineuse masse kystique à paroi fine et régulière non vascularisée (figure 2a, flèche fine), à contenu hétérogène: liquidien avec un dépôt de matériel hyperéchogène déclive mobile aux changements de position (figure 2a, étoile) et des nodules hyperéchogènes

surnageants le liquide (figure 2a, flèche épaisse). Au niveau du pelvis, on visualise l'ovaire droit de morphologie normale (figure 2b, flèche) et on met en évidence une formation discrètement hyperéchogène arrondie comblant la lumière utérine évoquant un myome sous muqueux (figure 2b, étoile). L'ovaire gauche n'est pas visualisé suggérant ainsi l'origine ovarienne gauche de la masse.

A la tomodensitométrie, on retrouve cette volumineuse masse kystique de paroi régulière finement rehaussée par le contraste (figure 3a, 3b, flèche fine), de contenu liquidien comportant des boules flottantes de densité grasseuse non rehaussées après injection de produit de contraste (figure 3a, 3b et 3c, étoile). Il n'existe pas de calcifications, de cloisons intrakystiques ou de bourgeon tissulaire vascularisé.

Cette masse paraît s'insinuer dans la fossette ovarienne gauche (figure 3d, flèche épaisse) avec un ovaire droit d'aspect normal plaçant ainsi en faveur de l'origine ovarienne gauche de cette masse liquidienne et grasseuse correspondant vraisemblablement à un tératome ovarien. Un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance est constaté (figure 3b,

3c et 3d, éclair) faisant suspecter la fissure de ce kyste et sa surinfection vu le contexte fébrile. On confirme la présence d'un myome sous muqueux corporel utérin qui se rehausse de manière intense et homogène après injection (figure 3d, triangle).

DIAGNOSTIC

Une laparotomie est réalisée mettant en évidence une péritonite généralisée avec présence de pus au niveau du cul de sac de Douglas, des gouttières pariéto-coliques et sous les coupes diaphragmatiques. On retrouve la masse abdomino-pelvienne à paroi épaisse sans végétation exokystique de 35cm de grand axe dépendant de l'ovaire gauche. L'ovaire droit et l'utérus ont un aspect normal. Une résection de la masse est réalisée avec annexectomie gauche suivie d'une toilette péritonéale au sérum physiologique.

L'examen macroscopique de la pièce met en évidence une volumineuse masse kystique à paroi épaisse remplie de plusieurs boules de sébum. L'examen histologique de la paroi décrit un caractère fibreux vascularisé revêtu par un épithélium malpighien kératinisé produisant une kératine lamellaire concluant ainsi à un kyste dermoïde mature de l'ovaire. La cytologie péritonéale est inflammatoire.

DISCUSSION

Les tératomes matures kystiques ou kystes dermoïdes représentent 10 à 25% des tumeurs ovariennes (1). Ils surviennent à tout âge mais prédominent chez les femmes en période d'activité génitale représentant 80% des cas (2). Une localisation bilatérale est retrouvée dans 12% des cas (2-3).

Le kyste dermoïde est limité par une paroi d'origine ectodermique à laquelle est appendue au moins une formation polyploïde intra kystique appelée protubérance de Rokitansky groupant des dérivés matures de deux ou trois feuilletts embryonnaires essentiellement de la graisse, des calcifications ou des dents, des phanères, du tissu musculaire ou nerveux. Le contenu liquide du kyste est en général fait de sébum (4).

La découverte de ces masses kystiques est en général fortuite lors d'un examen abdomino-pelvien échographique de routine (1) ou suite à la palpation d'une masse abdomino-pelvienne ou/et des douleurs pelviennes (5) comme c'est le cas de notre patiente.

Ces kystes peuvent se compliquer parfois d'une torsion dans 16% des cas, une dégénérescence maligne dans 2% des cas, une rupture dans 1% des cas et une infection dans 1% des cas (1-4). Dans notre observation, il s'agit plutôt d'une fissure iatrogène du kyste suite à une ponction abdominale avec surinfection péritonéale.

L'imagerie prend une place considérable dans le diagnostic positif et d'extension de ces tumeurs.

L'abdomen sans préparation permet parfois de détecter une masse de double tonalité hydrique et graisseuse siège de calcifications ou de dents orientant déjà vers le diagnostic (5). Dans notre cas, tous ces éléments manquent et on constate une opacité de tonalité hydrique témoignant d'un syndrome de masse sans aucune orientation étiologique.

L'aspect à l'échographie est variable: l'aspect le plus caractéristique est une masse hypo-échogène contenant un nodule échogène absorbant les échos correspondant à un mélange de cheveux, de calcifications et de sébum (5). La présence de graisse peut se manifester par une boule hyperéchogène atténuante flottant dans le contenu liquide du kyste ou par un niveau liquide-liquide fortement évocateur mais non spécifique puisqu'il peut se voir dans les endométrioses, les tumeurs nécrosées hémorragiques et les kystes hémorragiques (1-6). Dans notre observation, la composante graisseuse se manifeste par de multiples boules hyperéchogènes flottantes et mobiles aux changements de position dont l'aspect est pathognomonique de tératome rarement rapporté dans la littérature (3-7).

La tomodensitométrie est le meilleur outil diagnostique puisqu'elle permet de visualiser les différentes composantes liquidienne, graisseuse, tissulaire, calcique... (4). La présence de graisse est visible comme à l'échographie sous forme d'un niveau liquide-graisse caractéristique ou encore mieux sous forme d'une ou de plusieurs boules de graisse de densité négative, non vascularisées, surnageant le liquide et dont la présence est pathognomonique de kyste dermoïde (5-7). Cet aspect est bien illustré sur les coupes tomodensitométriques de cette observation.

L'imagerie par résonance magnétique peut également faire le diagnostic en mettant en évidence un contenu graisseux en hyper signal sur les séquences pondérées T1 qui disparaît après saturation de la graisse, un niveau liquide, des débris flottants, des nodules pariétaux mais les calcifications sont difficilement détectables rendant ainsi la tomodensitométrie plus intéressante dans le diagnostic positif (4-5).

La rupture de ces kystes dermoïdes est une complication assez rare rapportée dans 1 à 2% des cas vu la présence d'une paroi épaisse assez résistante. Elle est généralement détectée au scanner sous forme d'un niveau graisse liquide intrapéritonéal libre ou d'implants graisseux sur le péritoine (1). Dans notre observation, il ne s'agit pas d'une rupture mais d'une fissure suite à une ponction abdominale réalisée à l'aveugle (suspicion d'ascite abondante) à l'origine d'une issue du contenu liquidien en intrapéritonéal et de la surinfection secondaire de cet épanchement expliquant le tableau clinique.

CONCLUSION

Le diagnostic de tératome kystique mature ou kyste dermoïde est généralement suspecté à l'échographie et confirmé à la tomodensitométrie particulièrement performante dans la mise en évidence des composantes graisseuses et calciques caractéristiques de ces tumeurs. Notre observation rapporte la présence de boules de graisse mobiles flottantes dans la masse kystique ovarienne, spécifique d'un tératome, rarement rapportée dans la littérature et dont l'aspect échographique suffit pour faire le diagnostic positif.

RÉFÉRENCES

1. Todd F. Fibus. Intraperitoneal Rupture of a Benign Cystic Ovarian Teratoma: Findings at CT and MR Imaging. *AJR* 2000;1974: 261-262.
2. JP Rouanet, A Maubon, V Juhan, R Meny, AP Salanon, PY Daclin. L'imagerie des tumeurs bénignes de l'ovaire. *J Radiol* 2000; 81: 1823-1830.
3. Jean-Noel Buy, Michel A. Ghossain, Albert A. Moss, Marc Bazot, Marc Doucet, Danièle Hugol, Jean B. Truc, Philippe Poitout, Jean Ecoiffier. Cystic Teratoma of the Ovary: CT Detection. *Radiology* 1989; 171:697-701.
4. Eric K. Outwater, MD, Evan S. Siegelman, MD, Jennifer L. Hunt, MD. Ovarian Teratomas: Tumor Types and Imaging Characteristics. *RadioGraphics* 2001; 21:475-490
5. Bazot M., Nassar-Slaba J., Thomassin-Naggara L., Cortez A., Daraï E. Pathologie organique de l'ovaire. EMC (Elsevier SAS, Paris), Radiodiagnostic - Urologie-Gynécologie, 34-600-B-10, 2006.
6. Sung Eun Rha, Jae Young Byun, Seung Eun Jung, Hyo Lim Kim et al. Atypical CT and MRI Manifestations of Mature Ovarian Cystic Teratomas. *AJR* 2004; 183: 743-750.
7. Burhan Yazıcı, Bektir Erdoğan. Floating ball appearance in ovarian cystic teratoma. *Diagn Interv Radiol* 2006; 12:136-138.