

Masses annexielles bilatérales durant la grossesse

Bilateral adnexal masses during pregnancy

C. Liefferinckx¹, N. Hottat² et P. Simon¹

¹Service de Gynécologie-obstétrique, Hôpital Erasme, ²Service de Radiologie, U.Z.-VUB, Jette

RESUME

La présence de masses annexielles pendant la grossesse est une situation peu fréquente mais en augmentation constante en raison du suivi échographique des grossesses. La prise en charge repose essentiellement sur le suivi par imagerie.

Nous rapportons le cas d'une femme enceinte de 18 semaines présentant des tératomes bilatéraux découverts à l'IRM. Celle-ci a fait l'objet d'un traitement cœlioscopique.

Cet article nous permet d'aborder la prise en charge des masses annexielles pendant la grossesse. L'épidémiologie, les complications potentielles, l'approche diagnostique et la prise en charge thérapeutique sont discutées.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 99-102

ABSTRACT

The presence of adnexal masses during pregnancy is a rare situation but due to a broader use of sonography ; its occurrence is increasing. Their management essentially relies on imagery. We report the case of an 18 weeks-pregnant women presenting bilateral teratomas visualized by RMI. She was successfully treated by laparoscopy.

This paper approaches the management of adnexal masses during pregnancy. The epidemiology, possible complications, diagnostic approach and the therapeutic management are discussed.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 99-102

Key words : adnexal masses, pregnancy, laparoscopy

INTRODUCTION

La présence de masses annexielles pendant la grossesse est peu fréquente. La prévalence varie selon les études entre 0,2 à 2 % des grossesses¹. Le plus souvent, il s'agit de kystes fonctionnels. Ceux-ci sont habituellement de petite taille et régressent spontanément, dans près de 70 % des cas, avant le second trimestre de la grossesse². Ces masses sont rarement néoplasiques (1 à 6 %)³.

CAS CLINIQUE

Une femme de 35 ans, enceinte de 17 semaines, nous est référée pour prise en charge de tératomes bilatéraux (11 cm à gauche et 5 cm à droite) découverts à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) (figure 1). Elle a présenté une hypothyroïdie d'Hashimoto, a bénéficié d'une première césarienne en 2007, suivie d'une seconde en 2010 au cours de laquelle une déhiscence de la cicatrice segmentaire basse a été

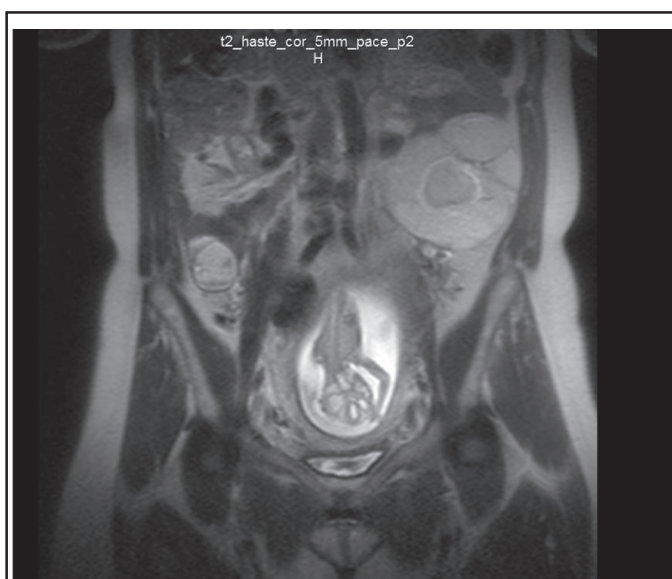


Figure 1 : IRM montrant des tératomes bilatéraux de 5 cm à droite et 11 cm à gauche chez une femme enceinte de 17 semaines. Pondération T2, coupe frontale.

notée. La patiente a fait une fausse couche à 7 semaines en 2012 et les explorations d'imagerie lors de cette dernière grossesse, n'ont pas révélé de pathologie annexielle.

La patiente a, dès le début de sa grossesse actuelle, perçu une masse dans son hypochondre gauche, et a bénéficié d'une échographie puis, par après, d'une IRM. Celle-ci montrait deux masses de 11 cm à gauche et 5 cm à droite caractérisées par un hypersignal en T2 et une perte de signal en T2 avec suppression de graisse. Une forte présomption de kyste dermoïde a donc été établie. Le taux de Ca 125 et le CEA étaient normaux. Aucun autre marqueur tumoral n'a été recherché, ces marqueurs onco-fœtaux voyant leur taux augmenter de manière physiologique durant la grossesse (maturation, différenciation, développement) ou dans certaines circonstances pathologiques (pré-éclampsie, syndrome down, ouverture du tube neural)^{4,5}.

La patiente a bénéficié des précautions classiques alors qu'elle présentait une grossesse de 18 semaines : en préopératoire, elle n'a reçu ni thrombo-prophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) (seuls des bas de contention ont été utilisés), ni tocolyse prophylactique. La ventilation pendant la narcose a été assurée après " *crush induction* " en raison de l'œdème des muqueuses et de la stase gastrique caractéristiques de la grossesse ; la patiente a été placée en décubitus latéral gauche pendant la chirurgie afin de minimiser la pression sur la veine cave inférieure⁶. En peropératoire, la pression intra-abdominale a été maintenue entre 8 et 12 mmHg et un suivi rigoureux de la capnographie a été appliqué⁶. Le premier trocart a été placé par technique ouverte (*open coelio*) en sus-ombilical et les 3 trocarts accessoires par technique classique. Une kystectomie intrapéritonéale (5 cm) et une annexectomie gauche (11 cm) - le pédicule annexiel était tordu sans que la patiente n'ait manifesté de plainte à ce niveau - ont été réalisées de façon classique, les spécimens étant extraits par une extension de la cicatrice sus-ombilicale de 3 cm à travers des sacs étanches. Une analyse extemporanée a été réalisée, confirmant au niveau des deux ovaires le diagnostic de tératome mature. Celui-ci est une tumeur se développant à partir d'une cellule germinale et contenant différents tissus provenant des trois feuilletts embryonnaires (ectoderme, mésoderme, endoderme). La tumeur est dite mature lorsque toutes les cellules sont différenciées. L'absence de différenciation d'un des types cellulaires définit l'immaturité du tératome et le grade de ce dernier est fonction de l'indifférenciation plus ou moins grande du tissu nerveux^{7,8}. Dans notre cas, à l'anatomopathologie définitive, on observera d'innombrables lobules graisseux, des poils, du cartilage et, par endroits, des plages calcifiées.

Le suivi postopératoire a été simple avec une régression très rapide des douleurs n'ayant pas nécessité la prise d'opioïdes. Une échographie fœtale confirmant le bien-être fœtal a été réalisée le lendemain

de l'intervention et la patiente a pu quitter le service au 2^e jour postopératoire. Vu ses antécédents, une césarienne est à nouveau programmée au terme de la grossesse mais une opération par voie laparoscopique ne constitue pas *per se* une indication d'extraction chirurgicale^{6,9,10}.

DISCUSSION

Les masses annexielles durant la grossesse comprennent d'une part les tumeurs, bénignes et malignes, et d'autre part les masses d'origine infectieuse (abcès tubo-ovarien) ou obstétricale (GEU). Les masses bénignes sont, dans leur grande majorité, constituées de kystes fonctionnels, qui disparaissent dans près de 70 % au cours du premier trimestre. Parmi les masses bénignes persistant au 2^{ème} trimestre, le type histologique le plus fréquemment retrouvé est le tératome mature (figure 2) qui peut être bilatéral dans 20 % des cas comme dans le cas de notre patiente¹¹ et le cystadénome séreux. Le rôle inducteur de la grossesse sur le développement des tératomes n'est pas suspecté mais cet épisode de la vie d'une femme s'accompagne dans nos pays de la réalisation d'échographies systématiques qui en permettent l'observation en dehors de toute plainte clinique. Leur bilatéralité fréquente n'est, à ce jour, pas clairement expliquée. Le pourcentage de masses malignes est quant à lui mal défini, variant de 1 à 13,5 %^{1,12,13}. Au cours de la grossesse, la prévalence des types histologiques est différente puisqu'une proportion importante de ces tumeurs sont découvertes à un stade précoce et sont de basse malignité (*borderline*)^{1,12-14}.

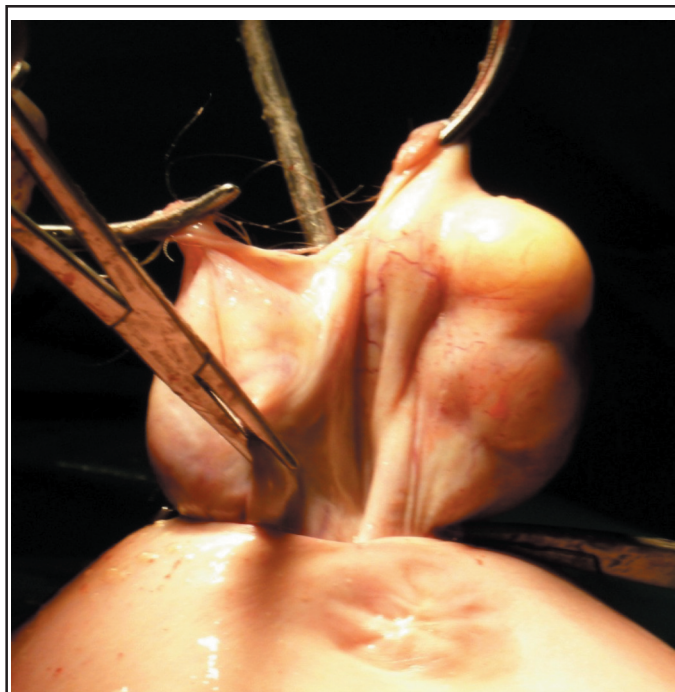


Figure 2 : Extraction d'un tératome mature chez une femme enceinte de 18 semaines, mini-laparotomie sus-ombilicale (1:1.5).

C'est le suivi clinique et l'imagerie qui orienteront donc vers une attitude observationnelle ou interventionnelle. C'est le plus souvent au cours du

premier trimestre (78,8 %¹³ lors de la première échographie) que les masses ovariennes sont découvertes. C'est aussi à cette période et en *post-partum* qu'une indication de chirurgie aiguë pour torsion est posée.

En dehors de ces situations urgentes (en particulier la torsion), une attitude observationnelle peut légitimement être envisagée quand il s'agit d'une masse annexielle simple selon les critères échographiques et d'une taille inférieure à 5 cm^{5,15}.

Lorsque la masse persiste au-delà du 1^{er} trimestre, présente des critères échographiques de malignité, une taille > 8/10 cm, ou est symptomatique (par exemple rupture ou torsion), une intervention est indiquée¹⁵. Elle sera réalisée soit par cœlioscopie soit par laparotomie. Plusieurs études ont montré une absence de différence en termes de complications chirurgicales pour la patiente et le fœtus^{5,9,12}. Le choix de la technique sera fonction de l'état hémodynamique de la patiente en cas d'urgence, de l'habileté du chirurgien et de la taille de tumeur^{5,10,15}. Par contre, la laparoscopie présente des avantages sur l'approche par chirurgie ouverte : une diminution des contractions utérines, de la douleur, de l'utilisation analgésiques, d'iléus postopératoire, d'adhérences et une récupération plus rapide de la mobilité pour un résultat esthétique supérieur^{5,15,16}.

Les masses annexielles pendant la grossesse s'accompagnent de complications spécifiques : une prise en charge en urgence s'accompagne d'une augmentation du risque de fausse couche et d'accouchement prématuré¹². Les complications non obstétricales les plus fréquentes sont la torsion dont le risque augmente en raison du déplacement de l'annexe en position extrapelvienne suite à l'augmentation du volume utérin (1-22 %), la rupture (0-9 %) et la malignité (1-6 %)⁵. Les complications obstétricales doivent être divisées en deux groupes : celui pour lequel les complications sont liées à la masse *per se* qui entraîneront une malposition du fœtus, un risque d'obstruction pendant le travail et un risque de virilisation du fœtus (selon la nature de la tumeur)^{17,18} ; celui pour lequel les complications sont liées à la prise en charge chirurgicale qui peut engendrer une fausse couche, la mort *in utero* ou un accouchement prématuré^{12,19}.

CONCLUSION

La découverte d'une masse annexielle durant la grossesse est une situation rare qui tend toutefois à devenir plus fréquente en raison de la généralisation du suivi échographique des grossesses. Face à une telle situation, l'approche recommandée est au cours du premier trimestre un simple suivi échographique. Cette attitude est basée sur la haute prévalence de kystes fonctionnels qui disparaissent, dans 70 % des cas, au décours de ce trimestre. Si la masse persiste au second trimestre, l'approche diagnostique s'appuie essentiellement sur l'imagerie car les dosages sanguins de marqueurs tumoraux (Ca-125, α -FP, etc.) sont

physiologiquement perturbés durant la grossesse. L'approche thérapeutique découle elle aussi de l'imagerie. Toute suspicion de malignité, de risque de complications obstétricales et/ou non obstétricales constituent une indication chirurgicale. La voie laparoscopique est indiquée en raison de ses bénéfices sur la laparotomie. En l'absence de critères radiologiques requérant une intervention, l'observation est recommandée.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Leiserowitz G, Guibo Xing A, Rosemary Cress B *et al.* : Adnexal masses in pregnancy : how often are they malignant ? *Gynecol Oncol* 2006 ; 101 : 315-21
2. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE : Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006 ; 49 : 492
3. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF *et al.* : Adnexal masses in pregnancy : surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005 ; 105 (5 Pt 1) : 1098
4. Sarandakou A, Protonotariou E, Rizos D : Tumor markers in biological fluids associated with pregnancy. *Crit Rev Clin Lab Sci* 2007 ; 44 : 151
5. Hoover K, Jenkins TR : Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstetrics Gynecol* 2011 ; 205 : 97-102
6. Pearl J, Price R, Richardson W *et al.* : Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc* 2011 ; 25 : 3479
7. DiSaia PJ, Creasman WT : Germ cell, stromal and other ovarian tumors. In : *Clinical Gynecologic Oncology*, 7th ed. Philadelphia, Mosby-Elsevier, 2007
8. Einarsson JI, Edwards CL, Zurawin RC : Immature ovarian teratoma in an adolescent : a case report and review of the literature. *J Ped Adolesc Gynecol* 2004 ; 17 : 187-9
9. Reedy MB, Källén B, Kuehl TJ : Laparoscopy during pregnancy : a study of five fetal outcome parameters with use of the swedish health registry. *Am J Obstet Gynecol* 1997 ; 177 : 673
10. Chung JC, Cho GS, Shin EJ *et al.* : Clinical outcomes compared between laparoscopic and open appendectomy in pregnant women. *Can J Surg* 2013 ; 56 : 341-6
11. Hedvig Hricak : *Diagnostic Imaging : Gynecology*. Salt Lake City, Amirsys Inc, 2007 : 22-4
12. Pakhee Aggarwal, Sean Kehoe : Ovarian tumours in pregnancy : a literature review. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 2011 ; 155 : 119-24
13. Gasim T, Al Dakheel SA, Al Ghamdi AA *et al.* : Ovarian tumors associated with pregnancy : a 20-year experience in a teaching hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2010 ; 282 : 529-33
14. Morice P, Uzan C, Gouy S *et al.* : Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet* 2012 ; 379 : 558-69
15. Leiserowitz G : Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006 ; 61 : 463-70
16. El-Shawarby SA, Henderson AF, Mossa MA : Ovarian cysts during pregnancy : dilemmas in diagnosis and management. *J Obstetrics Gynaecol* 2005 ; 25 : 669-75

17. Katz L, Levy A, Wiznitzer A *et al.* : Pregnancy outcome of patients with dermoid and other benign ovarian cysts.
Arch Gynecol Obstet 2010 ; 281 : 811-5
18. McClamrock HD, Adashi EY : Gestational hyperandrogenism.
Fertil Steril 1992 ; 57 : 257
19. Cohen-Kerem R, Railton C, Oren D *et al.* : Pregnancy outcome following non-obstetric surgical intervention.
Am J Surg 2005 ; 190 : 467

Correspondance et tirés à part :

C. LIEFFERINCKX
Hôpital Erasme
Service de Gynécologie-obstétrique
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : claire.liefferinckx@ulb.ac.be

Travail reçu le 15 février 2013 ; accepté dans sa version définitive le 21 janvier 2014.