

## Goitre ovarien bénin : aspects clinique et radiologique à travers 2 cas et revue de la littérature.

Meimouna MOHAMED LEMINE ISSEHAGHE, Nessiba ABDELKADER MOHAMED ZEINE, Ezza LEMRABOTT, Karam MOUHAMMED SAOUD Nisrine MAMOUNI, Sanae ERRARHAY ; Chahrazed BOUCHIKHI ; Abdel Aziz BANANI.

SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE I CHU HASSAN II FES, UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH, FACULTE DE MEDECINE.

Sofiane TAHIROU, Meriem HALOUA, Meriem BOUBBOU

SERVICE DE RADIOLOGIE MERE ET ENFANT CHU HASSAN II FES, UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH, FACULTE DE MEDECINE.

**Résumé :** Le goitre ovarien (*Struma ovarii*) est défini par la présence de plus de 50% du tissu thyroïdien dans une tumeur ovarienne, il est généralement considéré comme tératome uni-tissulaire mature. Nous rapportons deux observations des patientes qui ont été prise en charge dans notre service gynéco-obstétrique I, CHU HASSAN II DE FES. A travers ces observations nous essayons de cerner les aspects clinique, radiologiques ainsi que la prise en charge thérapeutique.

**Les mots clés :** goitre ovarien bénin, *Struma ovarii*, tératome ovarien, anatomopathologie.

**Abstract:** Ovarian goiter (*Struma ovarii*) is defined by the presence of more than 50% of thyroid tissue in an ovarian tumor, it is generally considered as a mature uni-tissue teratoma. We report two observations of patients who were treated in our gynecological-obstetrical department I, CHU HASSAN II OF FES. Through these observations we try to identify the clinical and radiological aspects as well as the therapeutic management.

**Key words:** benign ovarian goiter, *Struma ovarii*, ovarian teratoma, anatomopathology.

Date of Submission: 07-03-2021

Date of Acceptance: 20-03-2021

### I. Introduction :

*Struma ovarii* est une tumeur ovarienne rare qui a représenté 0,5% à 1,0% de toutes les tumeurs ovariennes [1]. Décrit pour la première fois par Von Kalden en 1895, le *stuma ovarii* est une tumeur rare qui représente 2,7% des tératomes ovariens [2] et 0,01% des tumeurs ovariennes [1]. Nous rapportons 3 cas qu'on a jugés intéressants par sa survenue chez une patiente jeune, la taille considérable de la tumeur, sa présentation clinique et radiologique non spécifique rendant le diagnostic difficile, nous confrontons ce cas aux données de la littérature. Nous rapportons les observations de deux cas de goitre ovarien bénin. À travers ces observations, une revue de la littérature a été faite pour mieux étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, histologiques et thérapeutiques de cette entité clinique rare.

### II. Observations :

#### Cas 1 :

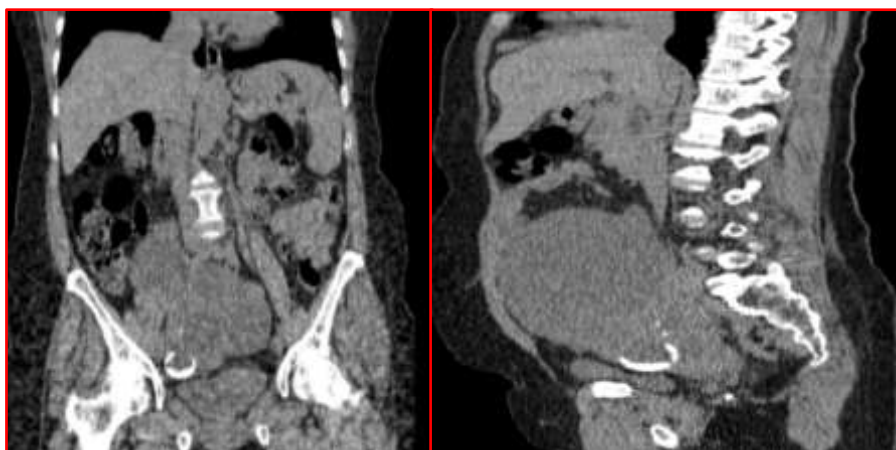
Mme H., âgée de 54 ans, grande multipare. Sans antécédents particuliers, ménopausée depuis 6 ans. Qui présente des douleurs abdomino-pelviennes avec une augmentation du volume abdominal, L'examen gynécologique retrouve uniquement une masse hypogastrique latéralisée à droite au toucher vaginal. Une échographie retrouve une masse hétérogène développée aux dépens de l'ovaire droit. Cette masse, de 10 X 8 X 12 cm, est de consistance mixte solide et liquide, hyper vascularisée (figure 1). Un scanner abdomino-pelvien, pratiqué retrouve la masse décrite en échographie. L'exploration peropératoire montre un épanchement péritonéal modéré qui est prélevé, et une volumineuse masse ovarienne, polylobée, irrégulière et hyper vascularisée. Le reste de l'exploration abdominale est sans particularité (figure 1 et 2). Après annexectomie gauche première, l'examen anatomo-pathologique extemporané conclut à un goitre ovarien sans critères de malignité. Le bilan thyroïdien réalisé en postopératoire est légèrement élevé. Les suites opératoires sont simples. L'examen anatomo-pathologique définitif confirme le diagnostic initial. L'examen clinique à deux mois est sans particularité.



Figure1 : Échographie pelvienne montrant la masse ovarienne solido-kystique vascularisée au doppler.



Figure2 : Coupe axiale sans injection de produit de contraste



Figures2-3 : Coupe sagittale et coronale sans injection de produit de contraste

### Cas 2 :

Patiente âgée de 40ans, multipare, aux antécédents d'un kystectomie ovarien droite sans document, qui présente des douleurs pelviens chroniques type pesanteurs depuis 1année, l'examen gynécologique était sans particularité, à l'échographie on a noté la présence d'une masse latéro utérine droite solido-kyste vascularisée au doppler couleur (figure 1), avec la présence d'épanchement péritonéal de petite abondance, avec à la TDM abdomino-pelvienne ; la présence d'une masse annexielle droite, de 50/60mm, épanchement péritonéal de moyen abondance (figure 2).

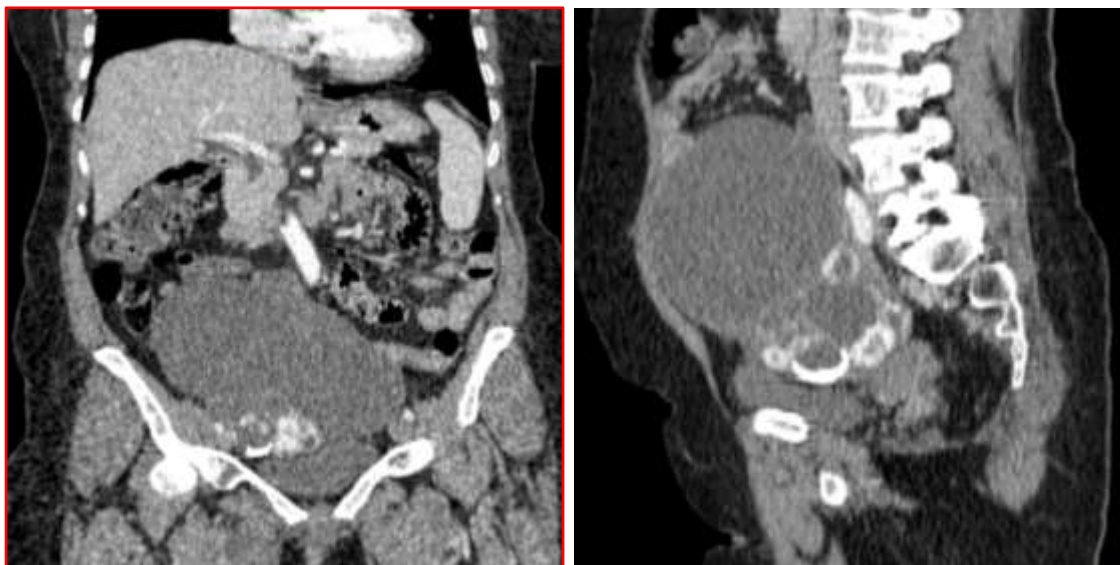
Patiente ayant bénéficié d'une annexectomie avec extemporané en faveur d'une prolifération épithéliale dont la nature bénigne ou maligne n'est peut pas être distingué, l'anapath définitive était en faveur d'un téréatome ovarien est plus précisément goitre ovarienne, le bilan biologique était normal.



Figure1 : Échographie pelvienne montrant la masse ovarienne solido-kystique vascularisée au doppler.



Figure2 : Coupe axiale après injection de produit de contraste



Figures 2-3 : Coupe sagittale et coronale après injection de produit de contraste

### III. Discussion :

Le goitre ovarien (Struma ovarii) est défini par la présence de plus de 50% du tissu thyroïdien dans une tumeur ovarienne, il est généralement considéré comme tératome uni-tissulaire mature. Décrits pour la première fois par Von Kalden en 1895, C'est une tumeur relativement rare qui représente 1% de toutes les tumeurs ovariennes et 3% de toutes les tumeurs dermoïdes de l'ovaire [1].

Il est défini comme un tératome qui contient entièrement tissu thyroïdien (struma ovarii pur) ou partiellement (impur struma ovarii) et est classée comme bénigne ou maligne [2]. Macroscopiquement, le struma ovarii est une tumeur ronde ou ovale de n'importe quelle taille, entourée d'une capsule ferme et peut être détecté à tout âge [3].

Malgré la présence de la majorité des tissus thyroïdiens dans ces tumeurs seulement 5 à 8 % sont associés à une hyperthyroïdie clinique [4]. Notre premier cas avait une légère augmentation des hormones thyroïdiennes

La plupart des patients sont asymptomatiques. Une tumeur symptomatique peut se manifester par des signes compressions des organes adjacents. D'autres symptômes rares peuvent se rencontrer dont l'infertilité, les saignements utérins, la dysménorrhée et les bouffées de chaleur (dues production d'hormones stéroïdiennes) [5].

Malgré la présence de la majorité des tissus thyroïdiens dans ces tumeurs seulement 5 à 8 % sont associés à une hyperthyroïdie clinique [5].

Les struma ovarii bénins peuvent être associés aux épanchements pleural et péritonéal (syndrome de pseudo-Meigs) [3]. Pour nos deux cas les masses ont été associées à l'épanchement péritonéal.

Les caractéristiques échographiques des struma ovarii ne sont pas similaires à ceux des tératomes kystiques matures, et diffèrent largement à la fois en échelle de gris et en imagerie Doppler [6,7]. Vit Weinberger et al ont trouvés dans leurs étude, 14 tumeurs (74%) avaient un aspect complexe (composante solide de la tumeur présente) à l'échographie. Quatre tumeurs étaient purement solides et 4 avaient des zones lisses et solides bien circonscrites ; toutes les composants solides étaient vascularisés au Doppler [5]. Et Comme épreuve on n'a trouvé ces même caractéristique échographie, pour le première cas la tumeur était solido-kystique vascularisé au doppler couleur, et pour le deuxième cas c'était une masse solide très vascularisée au doppler couleur, des signes qui sont en faveur des malignités selon les critères d'IOTA.

Ceci est en accord avec la première phase de l'étude IOTA, qui a rapporté que les struma ovarii sont souvent mal classifiés comme malins par les échographistes expérimentés [8].

Le diagnostic définitif est confirmé en post opératoire sur la base des résultats histo-pathologiques de l'ovaire réséqué. L'aspect macroscopique est celui d'une grosse tumeur solide avec une composante mixte (mucus et gélatine) [2].

La résection chirurgicale reste le principal traitement primaire. Dans dans le cas d'un SO bénin, aucun autre traitement complet n'est nécessaire, à part l'ovariectomie unilatérale. Une chirurgie conservatrice (kystectomie ou ovariectomie) est recommandée [9].

**Références :**

- [1]. Bournaud C, Neel M, Decaussin M, Carreau A, Bertholon-Grégoire M, Orgiazzi J. Les goitres ovariens. In: Guéritée N, Leclère J, editors. Mises au point cliniques d'Endocrinologie, nutrition et métabolisme, Paris. 2004. p. 193–206.
- [2]. Roth LM, Talerman A. The enigma of struma ovarii. *Pathology* 2007;39:139-146.
- [3]. Talerman A. Germ cell tumors of the ovary. In: Kurman RJ (ed.). *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract* (5rd edn), New York: Springer Verlag; 2001:967-1035
- [4]. Makani S, Kim W, Gaba AR. Struma ovarii with a focus of papillary thyroid cancer: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2004;94:835–9.
- [5]. Weinberger V, Kadlecova J, Minář L, Felsinger M, Anton M, Ovesna P, Bednaříková M, Číhalová M, Jandáková E, Hausnerová J, Zikán M. Struma ovarii - ultrasound features of a rare tumor mimicking ovarian cancer. *Med Ultrason*. 2018 Aug 30;20(3):355-361. doi: 10.11152/mu-1526. PMID: 30167590.
- [6]. Savelli L, Testa AC, Timmerman D, Paladini D, Ljungberg O, Valentin L. Imaging of gynecological disease (4): clinical and ultrasound characteristics of struma ovarii. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;32:210-219.
- [7]. Royo P, Alcazar JL, Virgen M, Mazaira J, Jurado M, Lopez G. B-mode and Doppler features of struma ovarii. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31:109-110.
- [8]. Valentin L, Ameye L, Jurkovic D, et al. Which extrauterine pelvic masses are difficult to correctly classify as benign or malignant on the basis of ultrasound findings and is there a way of making a correct diagnosis? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:438-444.
- [9]. Lamblin G, Gallice C, Bournaud C, Nadaud B, Lebail-Carval K, Chene G. Goitres ovariens bénins: à propos de 7 cas et analyse de la littérature [Benign struma ovarii: report of 7 cases and review of the literature]. *Gynecol Obstet Fertil* 2016;44:263–8.

Meimouna MOHAMED LEMINE ISSEHAGHE, et. al. "Goitre ovarien bénin : aspects clinique et radiologique à travers 2 cas et revue de la littérature." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(03), 2021, pp. 62-66.