

Tumeur de Krukenberg et grossesse : un diagnostic difficile

■ I. BAALBAKY¹, A. MATRANE¹, Z. HOUMANI², D. BOUREDJI³, E. BONTE⁴, D. ZYLBERAIT³ ■

Madame Véronique B., 38 ans, V geste, V pare, est hospitalisée en février 2003 à 20 semaines d'aménorrhée et 3 jours pour des douleurs pelviennes accompagnées de troubles digestifs à type d'anorexie et des nausées évoluant depuis 15 jours.

La grossesse est suivie normalement, l'échographie obstétricale du premier trimestre réalisée à 11 semaines d'aménorrhée et demie est normale.

Dans ses antécédents : une fibroscopie gastrique réalisée en avril 2000 pour des troubles du transit montrant une cavité gastrique normale.

Commentaire ● L'examen clinique retrouve une altération de l'état général, une volumineuse masse pelvienne, enclavée dans le cul-de-sac de Douglas. On ne note pas de signes de virilisation.

L'échographie retrouve une grossesse monofœtale évolutive conforme, une masse pelvienne d'origine annexielle droite, de 15 cm de grand axe, tordue (**fig. 1**), une ascite modérée et une dilatation modérée des cavités pyélocalicielles droites. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire, un Ca 125 à 444 ku/L (N < 35), l'ACE, le Ca 19-9 et le Ca 15-3 sont normaux.

Deux diagnostics sont évoqués : torsion annexielle droite et/ou tumeur maligne de l'ovaire.

Diagnostic ● Une laparotomie est réalisée à 21 semaines d'aménorrhée, révélant une ascite de 1,5 litre, une masse annexielle droite (17 x 13 x 8 cm) tordue (deux tours de spire), nécrosée (**fig. 2**) ; l'ovaire controlatéral et l'exploration macroscopique de toute la cavité abdomino-pelvienne sont normaux. Une annexectomie droite est réalisée.

L'examen anatomo-pathologique révèle une localisation ovarienne droite d'un adénocarcinome à cellules indépen-



Fig. 1 : Echographie préopératoire.

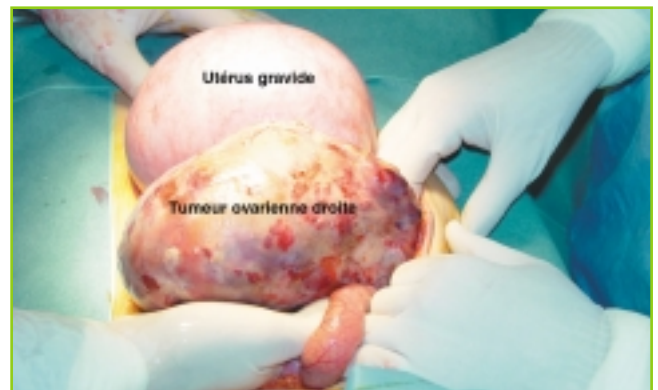


Fig. 2 : Aspect peropératoire.



Fig. 3: Aspect fibroscopique.

dantes en bague à chaton, orientant ainsi le diagnostic vers le cancer gastrique. Le liquide d'ascite est dépourvu des cellules suspectes.

La fibroscopie gastrique retrouve une gastropathie à gros plis intéressant la moitié de la circonférence de l'estomac, prédominant au niveau de la grande courbure et s'étendant de la grosse tubérosité jusqu'au pylore (fig. 3). L'aspect est évocateur de linite gastrique. L'écho-endoscopie confirme cette notion avec infiltration des couches muqueuse et sous-muqueuse (fig. 4). Les biopsies gastriques montrent un adénocarcinome à cellules indépendantes, infiltrant, diffus, compatible avec l'aspect fibroscopique de linite gastrique classée Us T2 N0 et confirmant le diagnostic d'un Krukenberg au cours de la grossesse.

Le bilan d'extension réalisé en postopératoire est négatif.

Après discussion avec le couple, une interruption médicale de grossesse est réalisée (fœtus de sexe féminin). Le projet thérapeutique retenu est une chimiothérapie de type HLFP (Hydrex, acide folinique, 5FU et cisplatine), et si ce traitement s'avère efficace, discussion d'une intervention chirurgicale pour exérèse de la tumeur primitive.

Devant une progression tumorale après trois cures de chimiothérapie (récidive d'une ascite contenant des cellules

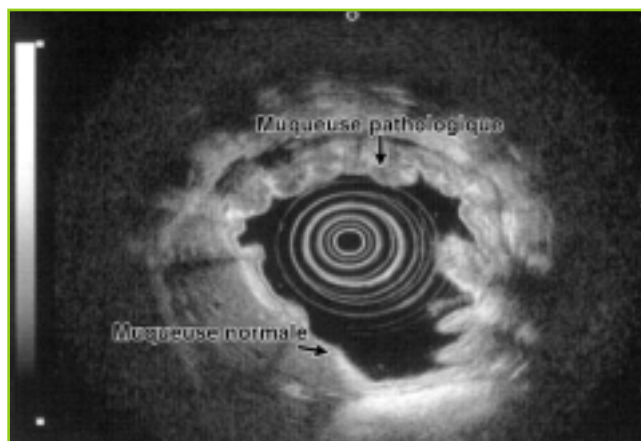


Fig. 4: Aspect écho-endoscopique.

malignes, apparition d'une métastase ovarienne gauche et progression tumorale à la fibroscopie de contrôle), un changement de chimiothérapie avec passage au Folfiri est réalisé. Le décès est survenu 7 mois après le diagnostic.

Discussion

L'association tumeur de Krukenberg (localisation métastatique ovarienne d'un cancer en règle gastro-intestinal) et grossesse est extrêmement rare. Depuis plus d'un siècle et sa première description par Krukenberg en 1896 [1], peu de cas ont été rapportés dans la littérature mondiale [2-4]. Yaushiji, sur une série de 112 Krukenberg, rapporte seulement trois cas au cours de la grossesse, soit une incidence de 2,6 % [5].

La rareté de cette pathologie s'explique par la rareté du cancer gastrique chez la femme jeune. En effet, seulement 0,4 à 0,5 % des cancers gastriques surviennent chez la femme âgée de moins de 30 ans [6, 7]. Néanmoins, avec l'augmentation de la fécondité des femmes de plus de 30 ans [8], on pourrait s'attendre à une augmentation de l'incidence de cette pathologie au cours des prochaines années.

Le diagnostic d'une tumeur de Krukenberg n'est pas toujours aisé. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques. Il s'agit le plus souvent de symptômes gastro-intestinaux à type de dyspepsie, nausées et vomissements, symptômes souvent rattachés à la grossesse, notamment en premier trimestre. Néanmoins, la persistance de ces symptômes au-delà du premier trimestre de la grossesse, surtout après 15 semaines d'aménorrhée, justifierait à notre avis la réalisation d'une fibroscopie gastrique. En outre, il ne faut pas hésiter à redemander une gastroscopie devant un examen normal réalisé plusieurs mois ou années auparavant. C'était le cas de notre observa-

tion et de celle de Sandemeier qui, en 1999, rapporte un cas de Krukenberg et grossesse 16 mois après une fibroscopie normale [6].

La masse pelvienne est retrouvée dans 49,3 % des cas dans la série de Yaushiji [5]. Sa prise en charge pendant la grossesse est difficile. En effet, l'incidence des tumeurs malignes n'étant que de 1 à 6 % des masses annexielles associées à la grossesse [9], le diagnostic différentiel avec un lutéome, un kyste lutéinique de la grossesse ou une autre pathologie annexielle bénigne, pour lesquels la conduite à tenir est radicalement différente, n'est pas toujours facile. L'IRM pourrait constituer un élément d'orientation. L'intensité du signal de la composante solide de la tumeur de Krukenberg est considérée proportionnelle au degré d'hypertrophie stromale [10], mais le diagnostic de certitude reste histologique, en mettant en évidence des cellules mucosécrétantes en "bague à chaton" au sein d'une prolifération stromale ovarienne.

Une virilisation maternelle et fœtale peut être observée [10]. De Palma, en 1995, a recensé sept observations dans la littérature [12], d'autres cas sporadiques ont été rapportés depuis [7, 10]. Cette virilisation, non spécifique du Krukenberg, est

due au stroma ovarien réactionnel lutéinisé, stimulé par la production placentaire de stéroïdes et d'hormone chorionique gonadotrophique (HCG). Pour certains, la virilisation maternelle est constante [10], ce qui n'est pas le cas chez notre patiente. En fait, il semble que l'hirsutisme maternel se développe au cours du deuxième ou plus souvent du troisième trimestre de la grossesse, ce qui pourrait expliquer son absence dans notre observation de diagnostic plus précoce.

En somme, les signes cliniques sont aspécifiques, souvent dissociés et parfois trompeurs. Le diagnostic préopératoire n'est possible qu'à condition de penser à cette localisation rare.

Le pronostic est très sombre [2, 10], la survie n'a été que de 7 mois pour notre patiente.

Conclusion — Tumeur rare, de diagnostic difficile et de pronostic très sombre. La gastroscopie réalisée en cas de persistance des symptômes gastro-intestinaux au-delà du premier trimestre est une aide précieuse au diagnostic. La conduite à tenir dépend de l'âge gestationnel et du stade du cancer gastrique. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. KRUKENBERG F. Über das Fibrosarcoma Ovarii mucocellulare (Carcinomatodes). *Arch Gynakol*, 1896; 50: 287.
2. TAMUSSINO K, SCHÖLL W, REICH O, WINTER R. Gastric carcinoma presenting as a Krukenberg tumor in the 24th week of gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1995; 62: 251-2.
3. MACKEY JR, HUGH J, SMYLYE Y. Krukenberg tumor complicated by pregnancy. *Gynecol Oncol*, 1996; 61: 153-5.
4. DIDDLE AW. Krukenberg tumor. Diagnostic problems. *Cancer*, 1955; 8: 1026-34.
5. YAKUSHIJI M, TAZAKI T, NISHIMURA H, KATO T. Krukenberg tumors of the ovary : a clinicopathologic analysis of 112 cases. *Acta Obst Gynaec JPN*, 1987; 3: 479-85.
6. SANDEMEIER D, LOBRINUS JA, VIAL Y, DELALOYE JF, GENTON CY. Bilateral Krukenberg tumor of the ovary during pregnancy. *Eur J Gynaec Oncol*, 1999; 21: 58-60.
7. SCHARL A, HUBER P, LORENZEN J, GOHRING UJ. Gastric cancer during early pregnancy. Two case reports. *Arch Gynecol Obstet*, 1996; 258: 151-4.
8. Insee Résultats Société, août 2003, n° 18.
9. AGARWAL N, PARUL, KRIPLANI A, BHATLA N, GUPTA A. Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet*, 2003; 267: 148-52.
10. VAUTHIER-BROUZES D, VANNA LIM-YOU K, SEBAGH E, LEFEBVRE G, DARBOIS Y. Tumeur de Krukenberg associée à la grossesse avec virilisation maternelle et fœtale : un diagnostic difficile. A propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997; 26: 831-3.
11. THORIN-SAVOURE A, KUHN JM. Hyperandrogénie et grossesse. *Ann Endocrinol*, 2002; 63: 443-51.
12. DE PALMA P, WRONSKI M, BIFERNINO V, BOVANI I. Krukenberg tumor in pregnancy with virilisation : A case report, 1995; 16: 59-64.
13. FUNG KEEFUNG M, VADAS G, LOLOCKI R, HEYWOOD M, KREPART G. Tubular Krukenberg tumor in pregnancy with virilisation : case report. *Gynecol Oncol*, 1991; 41: 81-4.

1 Service de Gynécologie-Obstétrique, 2 Service de Gastro-Entérologie, 3 Service d'Oncologie Médicale, 4 Service d'Anatomie Pathologique, Centre Hospitalier, COMPIEGNE.