

PARTIE SCIENTIFIQUE

GLIOMATOSE PERITONEALE AVEC METASTASE GANGLIONNAIRE ASSOCIEE A UN TERATOME OVARIEN (A propos d'un cas)

GLIOMATOSIS PERITONEI WITH LYMPH NODE METASTASIS COMBINED WITH OVARIAN TERATOMA (About one case)

الخلايا العصبية الورمية والورم التشويهي للمبيض
(بصدد حالة واحدة)

M. AMRANI, A. EL OTMANY, K. BEN MIRA, M.A. BELABBAS

ملخص : يعتبر انتشار الخلايا العصبية الورمية بغشاء البارطاون هي الحالات النادرة الناتجة عن تسرب هاته الخلايا في الورم التشويهي للمبيض بعد تشقق غشائه الخارجي وإن تثبيتها ونشؤها وارتقائها بهذا الغشاء يبعث على تساؤلات حول ماهيتها وتطورها المحتمل كورم.

فالحالة التي نحن بصدها تتعلق بفتاة عمرها 19 سنة حاملة لورم تشويهي للمبيض عبارة عن مريج للأنسجة مختلفة النضج والتركيب وثم تصنيفها حسب سكولي وتربيك من الدرجة الأولى إذ تشمل أوراما ثانوية بالعقد اللمفاوية. وقد استفادت من العلاج الكيميائي للسرطان. إن نضج النشوات العصبية البرطوانية يرجع إما لخاصية فيها أو لتأتي نقص الأكسجين أو للعلاج الكيميائي حيث لوحظ أن الخلايا الالتهابية تحفزها على استكمال نضجها في المختبر. إلا أن التنبؤ بتطور هاته الحالة يرتبط أساسا بفحص نسيجي للغشاء البرطواني إضافة إلى المراقبة الكلينيكية المثمرة نظرا لتحولها السرطاني المحتمل بعد عدة سنوات.

Résumé : Les surfaces péritonéales sont, dans de rares cas, le siège d'implantation métastatique de cellules gliales matures qui sont supposées dériver de la composante neuroectodermique des tératomes ovariens après rupture de la capsule. L'histogénèse et la signification pronostique de la gliomatose péritonéale suscitent des discussions.

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente âgée de 19 ans ayant présenté un tératome ovarien associant des zones adultes et des zones immatures de grade I conformément à la classification de Thuerbeck et Scully avec gliomatose péritonéale et métastase ganglionnaire. La patiente a bénéficié d'un traitement adjuvant par chimiothérapie et évolue bien actuellement. La maturation des implants péritonéaux pourrait être secondaire à l'hypoxie soit spontanément soit après chimiothérapie. Il a aussi été rapporté que les cellules du système monocytaire et phagocytaire pourraient promouvoir la prolifération ou induire la différenciation des astrocytes in vitro. Toutefois, le bon pronostic de la gliomatose péritonéale est tributaire d'une surveillance clinique continue à long terme et d'un examen histologique rigoureux des surfaces péritonéales puisque la transformation maligne peut survenir après plusieurs années d'évolution.

Mots-clés : gliomatose péritonéale - histogénèse - pronostic.

Abstract : In rare cases, the péritonéal surfaces can host metastatic mature glial cells which are supposed to derive from the neuroectodermic component of ovarian teratoma after capsule rupture. This entity rises questioning about its histogenesis and its prognostic significance.

We report a case of a 19 years old young woman who had surgery for an ovarian teratoma with adult and immature components (grade I of Thuerbeck et Scully classification) with gliomatosis peritonei and lymph node metastasis. The patient has had chemotherapy and currently has a good evolution.

Maturation of peritoneal implants could be secondary to hypoxia either spontaneously or after a chemotherapy. It was also reported that cells of mononuclear and phagocytic system can promote in vitro proliferation or differentiation of astrocytes.

The good prognosis of gliomatosis peritonei is nevertheless dependent of a long clinical follow-up and a rigorous histologic examination of peritoneal surfaces since malignant transformation can occur many years later.

Key-words : Gliomatosis peritonei - histogenesis - prognosis.

INTRODUCTION

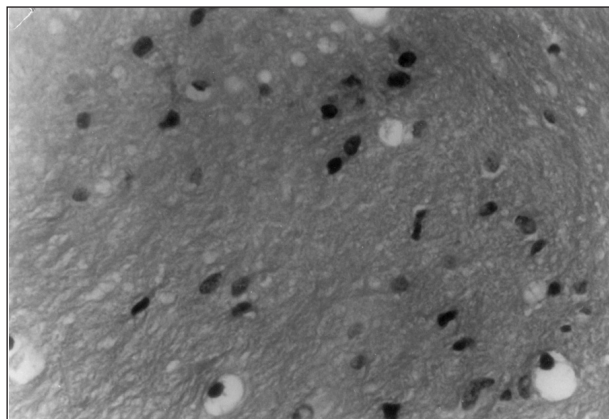
La gliomatose péritonéale est la greffe au niveau des surfaces péritonéales de cellules gliales matures qui sont supposés dériver de la composante neuroectodermique des tératomes ovariens. C'est une lésion bénigne rare de diagnostic histologique assez aisé. Elle suscite par contre, un intérêt particulier quant à son histogénèse et surtout quand à l'attitude thérapeutique à adopter sur le plan pratique du fait de la variabilité d'évolution d'un cas à l'autre.

Ce travail a pour objectif de rapporter un cas de gliomatose péritonéale sur tératome ovarien associée à une métastase ganglionnaire. Ce travail a également pour but de discuter ce cas en se basant sur les données fournies par la littérature.

La patiente a ensuite été adressée à l'Institut National d'Oncologie pour une ascite. Elle a alors bénéficiée d'une colpohystérectomie avec salpingo-oophorectomie gauche, d'une lymphadénectomie pelvienne bilatérale et d'une omentectomie avec excision d'un nodule péritonéal.

L'analyse cytologique du liquide d'ascite a montré la présence de cellules anormales dont la nature n'a pu être précisée à l'étalement. L'examen histologique a confirmé la présence d'un tissu glial mature (Grade 0)(fig 1) au

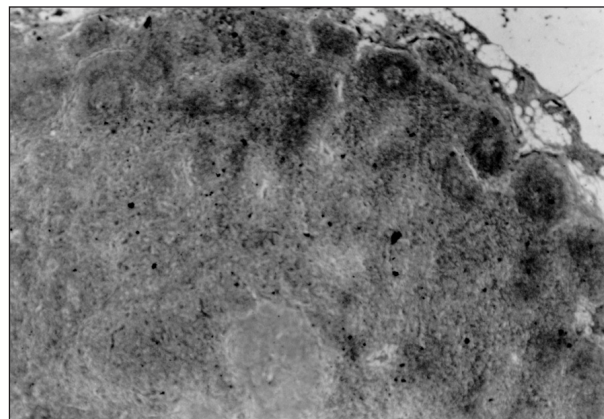
Fig 1



Glie mature (fort grossissement)

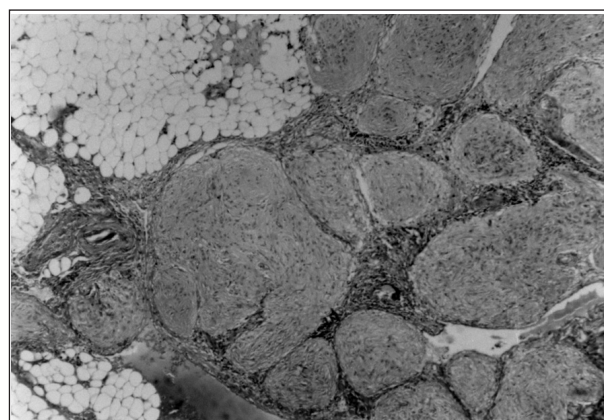
niveau de l'ovaire gauche, au niveau d'un ganglion péritonéal (fig 2), de l'épiploon et enfin au niveau du nodule péritonéal. Au niveau de l'épiploon on a également retrouvé un infiltrat inflammatoire riche en lymphocytes (fig 4) avec des cellules géantes macrophagiques. Le ganglion lymphatique droit avait un aspect réactionnel avec une histiocytose sinusale.

Fig 2



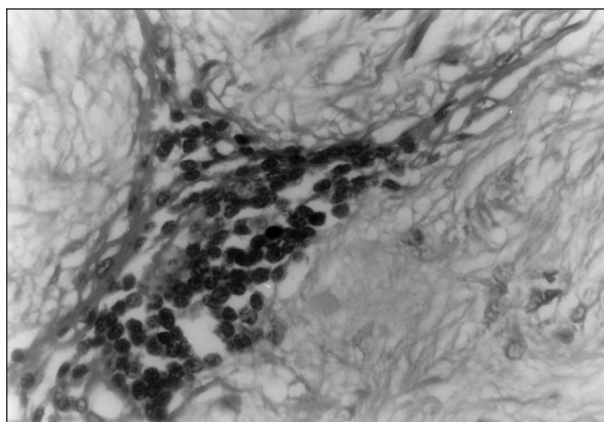
Métastase ganglionnaire (faible grossissement)

Fig 3



Tissu glial au niveau de l'épiploon (faible grossissement)

Fig 4



Infiltrat lymphocytaire au contact du tissu glial (fort grossissement)

La patiente a été mise sous chimiothérapie. L'évolution est bonne après un recul de 4 ans.

DISCUSSION

La gliomatose péritonéale se définit comme étant la greffe péritonéale de tissu glial mature survenant chez des patientes porteuses tératome ovarien. Certains auteurs dénomment cette pathologie comme "une métastase bénigne" péritonéale mais nous pensons que ce terme, source de confusion, est à éviter.

L'âge de survenue de cette affection est variable du nouveau né à l'adolescent et l'adulte jeune avec un âge moyen de 17 ans. Notre patiente fait partie de cette tranche d'âge. Un seul cas a été rapporté chez une femme âgée de 37 ans (1). Par ailleurs, la gliomatose survient essentiellement chez des femmes nullipares cependant, un cas de grossesse associé a été rapporté (2).

Le diagnostic de la gliomatose se fait soit lors d'une chirurgie pour tératome ovarien soit de façon simultanée ou après un certain délai après cette chirurgie. Le délai d'apparition de la gliomatose est variable de quelques mois (3,4), ou quelques années (5,6) jusqu'à 20 ans (7) après une chirurgie pour tératome. chez notre patient, la gliomatose était simultanée au tératome.

- La nature solide du tératome est plus fréquemment retrouvée que la nature kystique. Les tératomes kystiques seraient pourvoyeurs de gliomatose après de longs délais d'évolution (plus de 10 ans) (8).

- La nature mature ou immature du tératome est retrouvée dans les antécédents de la gliomatose. Elle ne semble pas influencer la survenue de la gliomatose. La nature immature du tératome serait incriminée dans la survenue des récidives de la gliomatose (5).

- La présence d'une métastase ganglionnaire est un phénomène très rare, 3 cas seulement ont été rapportés dans la littérature, notre cas serait le quatrième (9). La présence de foyers de tissu glial dans l'ovaire controlatéral gauche chez notre patient correspondrait à une métastase à partir du tératome droit, phénomène connu dans les tératomes pluritissulaire avec composante neurogliale différenciée.

Il est également à noter que certains cas de tératome utérins (1), et gastrique (4) associées à la gliomatose ont été rapportés. Une endométriose est souvent rapportée en association avec la gliomatose mais ne semble pas avoir une signification particulière. (8;7,6; 10).

Le diagnostic histologique de la gliomatose péritonéale est généralement aisé. Ces greffes péritonéales se

présentent comme des granulations de quelques mm ou des nodules de plusieurs centimètres. En microscopie, ces formations correspondent à un tissu glial mature fait de cellules gliales astrocytaires et oligodendrogiales sur un fond microfibrillaire. Une note de spongieuse peut être observée. Le diagnostic est évident sur la morphologie. Une étude immunohistochimique peut être faite et montre alors une positivité du marquage à la GFAP et à la PS100 cette gliomatose est une lésion bénigne sans signe de malignité.

HISTOGENESE

Sur le plan de l'histogénèse de cette maladie, différentes explications ont été discutées par les auteurs.

- La rupture capsulaire du tératome est rapportée par certaines observations et serait à l'origine de la migration de cellules gliales. ces brèches de la capsule ne sont que rarement retrouvées à la chirurgie et serait donc des ruptures rapidement cicatrisées (9). Cette migration serait plus favorisée par la présence de foyers en périphérie du tératome ce qui faciliterait leur passage dans le péritoine (11). La migration de cellules gliales a été également évoquée dans une observation d'un nouveau né opéré pour lésion cérébrale et qui a bénéficié d'un shunt ventriculo-péritonéal. Ce patient a développé 10 mois plus tard une gliomatose péritonéale (12). cette observation supposerait que des cellules nerveuse immatures auraient migré par geste opératoire et que leur maturation s'est effectué dans le péritoine après un certain délai.

- L'étude immunohistochimique des tératomes et des foyers de gliomatose a permis de retrouver des cellules macrophagiques qui sécrètent une substance appelée GPTF. Cette substance est responsable de la maturation des cellules gliales in vitro (13). l'incrimination de ce système monocyttaire et phagocytaire dans cette maturation des cellules gliales pourrait expliquer dans notre observation la présence de cellules inflammatoires et de cellules géantes autour des implants péritonéaux.

Cette donnée pourrait également expliquer la présence de tissu glial dans le ganglion lymphatique gauche chez notre patiente.

TRAITEMENT

Etant donnée que la gliomatose est considéré par la majorité des auteurs comme une lésion bénigne, le traitement préconisé est une chirurgie conservatrice. Tout

traitement agressif ne serait pas justifié (14). on a par ailleurs noté la présence de calcifications au niveau de certaines gliomatoses péritonéales ayant été diagnostiquée plus de 10 ans après le tératome . Cet aspect supposerait que la gliomatose peut évoluer pendant longtemps sans se manifester et donc même se calcifier (10).

Néanmoins dans plusieurs cas où la gliomatose était récidivante, le plus souvent sur des tératomes immatures , on a eu recours à des gestes chirurgicaux multiples en plus d'un traitement par chimiothérapie (vincristine ,

cisplatine , etoposide , bléomycine) (15,16). une radiothérapie a été également adoptée par certains auteurs (1). L'évolution de la gliomatose après un suivi de 5 à 8 ans (16,1, 15). L'intérêt du suivi est de détecter la transformation de la gliomatose en lésion maligne . Des cas de glioblastomes sur gliomatose ont été rapportés (3,17) . C'est ainsi que les auteurs insistent sur la nécessité d'une surveillance à long terme chez ces patientes pour déceler une telle transformation qui peut survenir de longues années après une gliomatose péritonéale (14) .

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Y.Ansah-Boateng, M. Wells , DR. Poole** : coexistent immature teratoma of the uterus and endométrial adenocarcinoma complicated by gliomatosis peritonei ; gynecol oncol 1985 may ; 21(1):106-10 .
- 2- **AA. Hassan , SS. Amr , M. Omari , AW.Moumani** : immature teratoma with gliomatosis peritonei associated with pregnancy . Eur J Obstet gynecol reprod biol 1984 oct; 18(3): 155-160
- 3- **F.Dadmanesh, DM. Miller** : KD. Swenerton, PB. Clement : gliomatosis peritonei with malignant transformation. Mod. Pathol 1997 Jun, 10 (6) : 597-601.
- 4- **WF. Coulson** : gliomatosis peritonei from a gastric teratoma. Am J clin Pathol 1990 Jul, 94 (1) : 87-9.
- 5- **Y Hamada, A. Tanano, M. Sato, M. Tsuji, N. Sakaida, A. Okamura, K. Hioiki** : ovarian teratoma with gliomatosis peritonei : report of a case. Surg Today 1998, 28 (2) : 223-6.
- 6- **O. Dworak, G. Knopfle, K. Varchmin-Schultheiss, G. Meyer** : gliomatosis peritonei with endometriosis externa . gynecol oncol 1988 feb , 29 (2) 263-6
- 7- **CJ. Calder, AM.Light, TP.Rollason** : immature ovarian teratoma with mature peritoneal metastatic deposit showing glial , epithelial, and endometrioid differentiation: a case report and review of the literature . int j gynecol pathol 1994 jul , 13(3): 279-82 .
- 8- **VB.Killeen, H.Reich , F.McGlynn, LA.Virgilio, MA. Krawitz, L.Sekel** : pelvic gliomatosis with foci of endometriosis . J Soc laparoendosc surg 1997 jul-sep; 1(1) : 297-8
- 9- **E. Philippe, C. Charpin** : gliomatose péritonéale en pathologie gynécologique et obstétrique , masson , Paris , 1992 , page : 249
- 10- **R.Basseler, C.Theele, H. Labach** : nodular and tumorlike gliomatosis peritonei with endometriosis caused by a mature ovarian teratoma . pathol respract 1982 dec; 175(4): 392-403.
- 11- **G.Sobolewska** : morphologic analysis of neuroectodermal element in mature ovarian teratoma . zentralb genakol 1989 , 111(19):1246-52.
- 12- **MA.Lovell, CW.ross, PH.Cooper** : gliomatosis peritonei associated with a ventriloperitoneal shunt. am j clin pathol 1989 apr , 91(4): 485-7.
- 13- **A.Goht, J.Lohler, P.Schneidel, HE.Stegner, W.Saegr** : gliomatosis peritonei combined with mature ovarian teratoma : immunohistochemical observations. pathol respract 1995 oct ; 191(10) : 1029- 35.
- 14- **S.Nanda, B.Kaira, B. Arora, S.Singh** : massive mature solid teratoma of the ovary with gliomatosis peritonei. obstet gynecol 1998 aug ; 38(3):329-31.
- 15- **AL.Karseladze** : peritoneal gliomatosis in ovarian teratoma . 1983; 45(2):69- 71.
- 16- **JP. Du toit, PM. Davey** : immature teratoma of the ovary with gliomatosis peritonei. s afr med j 1985 jun 22, 67(25): 1017-20.
- 17- **G.Shefren, J.Collin, O.Soriero** : gliomatosis peritonei with malignant transformation ; a case report and review of the literature. am j obstet gynecol 1991 jun , 164 (6 pt 1) : 1617- 20, discussion 1620-1 .