



Cas clinique

Tumeur de Krukenberg : A propos d'un Cas et Revue de littérature

Krukenberg's tumor: about a case and review of literature

Z Saye¹, A Maïga¹, M Konaté¹, B Coulibaly², FM Sidibé³, BY Sidibé¹, S Konaté¹, A Traoré¹, T Koné¹, A Bah¹,
I Diakité¹, A Traoré¹, BT Dembelé¹, L Kanté¹, A Togo¹.

Résumé

Les tumeurs de Krukenberg sont des métastases ovariennes uni ou bilatérales d'un cancer le plus souvent digestif. Elles sont rares et représentent 1 à 2 % des tumeurs ovariennes. Très souvent palliative, la prise en charge optimale passe par la chirurgie du cancer primitif et des métastases ovariennes. La chimiothérapie ainsi que la radiothérapie sont également proposées au cas par cas. Leur pronostic est sombre. Nous rapportons le cas d'une patiente de 47 ans, reçue dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE de Bamako, présentant une métastase ovarienne gauche dont la tumeur primitive était un cancer rectal.

Mots-clés : Tumeur Krukenberg, métastase ovarienne, tumeur du rectum

Abstract:

Krukenberg tumors are single or bilateral ovarian metastases of a most often digestive cancer. They

are rare and represent 1 to 2% of ovarian tumors. Very often palliative, the optimal care passes by the surgery of the primitive cancer and ovarian metastases. Chemotherapy and radiotherapy are also offered on a case-by-case basis. Their prognosis is dark. We report the case of a 47-year-old patient, received in the General Surgery Department of Gabriel Toure University Hospital in Bamako, with a left ovarian metastasis whose primary tumor was a rectal cancer.

Key words: Krukenberg tumor, ovarian metastasis, rectal tumor

Introduction

Décrite de manière convaincante par Krukenberg en 1896 [1], les tumeurs de Krukenberg (TK) se définissent comme des métastases ovariennes d'un cancer, le plus souvent digestif. Elles sont rares et représentent 1 à 2 % des tumeurs ovariennes. Elles se caractérisent par la présence de cellules

en « bague à chaton » remplies de mucus et une prolifération pseudo-sarcomateuse du stroma ovarien [2]. Le plus souvent, elles sont diagnostiquées à un stade avancé. Le traitement efficace de cette affection est la résection chirurgicale complète de la tumeur primitive et de l'ovaire suspect [3]. Le pronostic reste sombre. Nous rapportons un cas de Tumeur de Krukenberg observé dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

Cas clinique

Patiente de 47 ans, 6 gestes et 6 pares, sans antécédents pathologiques connus, qui nous a été référée par le service d'oncologie médicale pour syndrome sub-occlusif sur un adénocarcinome rectal pour lequel elle avait reçu six cures de chimiothérapie à base de FOLFIRI. L'examen clinique trouve une patiente avec un indice de performance OMS 2, apyrétique, avec une distension abdominale associée à une masse pelvienne et une tumeur rectale située à 2 cm de la marge anale. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne avait mis en évidence un processus tumoral sur tout le rectum (une hauteur de 133 mm) avec envahissement ganglionnaire régional (**Figure 1**) et une volumineuse masse (199x137mm) kystique multi-cloisonnée d'allure ovarienne gauche exerçant un effet de masse sur le sigmoïde et le colon gauche (**Figure 2**). Le bilan d'extension avait retrouvé des localisations secondaires hépatique et pulmonaire. Les marqueurs tumoraux étaient élevés : ACE : 90 ng/ml et CA 125 : 75 UI/ml. L'hémoglobine était à 9,14 g/dl. L'ionogramme sanguin était normal. La laparotomie a retrouvé une tumeur ovarienne d'environ 20 cm de grand axe d'allure solido-kystique avec des adhérences tumoro-pariétales et sigmoïdiennes. Une annexectomie gauche (**Figure 3**) et une

colostomie gauche ont été réalisées en urgence. L'histologie de la pièce opératoire était en faveur d'une localisation secondaire d'un adénocarcinome Lieberkhunien. L'étude immunohistochimie n'a pas pu être réalisée. La patiente a été envoyée en oncologie médicale pour une chimiothérapie palliative où elle a reçu 4 cures de FOLFIRI. La patiente est décédée 6 mois plus tard.

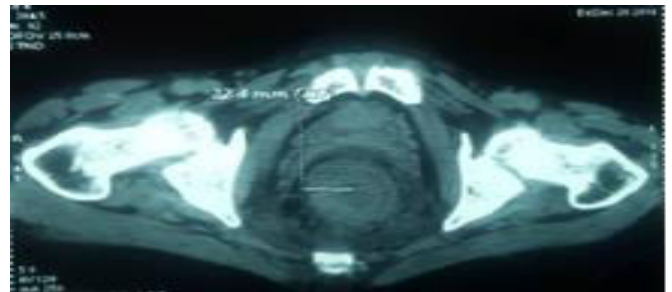


Figure 1: Tomodensitométrie pelvienne mettant en évidence un processus tumoral du rectum

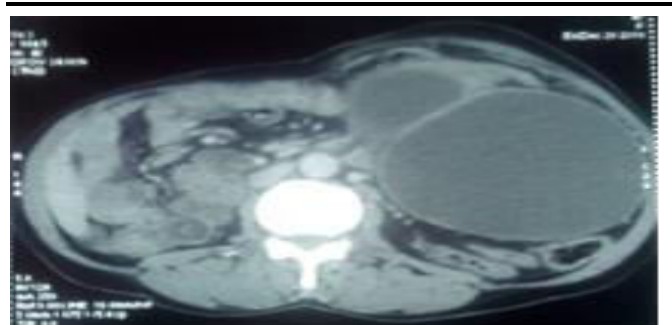


Figure 2: Tomodensitométrie objectivant une volumineuse masse ovarienne gauche de 199x137mm de grand axe



Figure 3 : Pièce d'annexectomie gauche

Discussion

Les tumeurs de Krukenberg (TK) se définissent par des métastases ovariennes uni ou bilatérales d'un épithélioma glandulaire caractérisé par la présence de cellules muco-sécrétantes en «bague à chaton» au niveau ovarien [4]. L'incidence des TK est rare, car elles représenteraient 1 à 3% de toutes les tumeurs ovariennes et 9% de toutes les métastases ovariennes dans la plupart des séries occidentales [5]. Habituellement, l'âge d'apparition reste variable, mais s'observe surtout chez la femme en activité génitale, entre 30 et 50 ans [6]. L'âge de notre cas était de 47 ans.

Dans la littérature, les tumeurs primitives les plus pourvoyeuses de tumeurs de Krukenberg sont l'estomac dans plus de la moitié des cas (70% à 100% selon les études), suivies du colon et du rectum [4]. Dans notre cas, le cancer primitif siégeait sur le rectum. Le mécanisme de métastase des TK est inconnu. Le système hématogène, le système lymphatique et la voie transcoelomique peuvent propager les cellules tumorales. On pense que la voie lymphatique est la voie la plus probable de la métastase. Les cancers gastriques se métastasent plus fréquemment dans les ovaires que les cancers rectocoliques, bien que la raison en soit mal comprise [7].

Dans 65% des cas, les tumeurs de Krukenberg sont diagnostiquées avant les tumeurs primitives [5]. Elles peuvent être diagnostiquées avant la tumeur primitive, lors de la stadification (présentation synchrone) ou après la résection de la tumeur primitive (présentation métachrone) [8]. Dans notre cas, il s'agissait d'une tumeur synchrone. Elle a été diagnostiquée à un stade avancé car en plus de la sub-occlusion, le bilan d'extension avait retrouvé des localisations secondaires hépatique et pulmonaire. Il ressort de la littérature que les

tumeurs Krukenberg métachrones ont une survie moyenne plus longue que celles synchrones [9].

Leurs caractéristiques clinicopathologiques sont l'association fréquente avec l'ascite et son bilatéralisme (dans 72 à 83% des cas) [5]. En imagerie, comparativement aux autres métastases ovariennes, les TK sont souvent bilatérales. Ils sont plus souvent solides que kystiques, mais des kystes intra-muraux bien délimités peuvent également être présents [10]. Bien que rare, nous rapportons un cas unilatéral sans ascite. Son unilatéralité a été retrouvée dans d'autres séries [11]. Quelle que soit la symptomatologie initiale (pelvienne ou abdominale), c'est l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire qui pose le diagnostic. Microscopiquement, la présence de cellules épithéliomateuses en «bague à chaton» disséminées dans le stroma, isolées ou groupées en amas acineux avec un mucus PAS positif, donnant un aspect pseudo-sarcomateux, est caractéristique de la tumeur de Krukenberg [12].

Sur le plan thérapeutique, les recommandations sont insuffisantes et le traitement idéal pour les tumeurs de Krukenberg n'a pas encore été établi en raison de la rareté de cette entité. Le traitement recommandé est généralement une chirurgie radicale et agressive, réséquant la tumeur primitive, avec hystérectomie totale, salpingectomie et ovariectomie contralatérale, suivie d'un traitement adjuvant par polychimiothérapie en cas de synchronisme des tumeurs [13].

La radiothérapie palliative peut également être appliquée à des tumeurs de Krukenberg métastatiques non résécables ou à distance [14].

Dans notre cas, le traitement a été palliatif fait d'une annexectomie gauche plus une colostomie l'objectif étant de lever en urgence l'occlusion, suivies d'une chimiothérapie.

Jusqu'à présent, le pronostic des TK reste très sombre avec une moyenne de survie entre 2 et 12 mois [15]. Seulement 10% de ces patients survivent plus de 2 ans après le diagnostic [14]. La survie a été de 6 mois chez notre patiente.

Conclusion

Les tumeurs de Krukenberg sont rares. Leur mécanisme de métastase est encore mal connu et les preuves de leur traitement optimal sont rares. Jusqu'à nos jours, les traitements demeurent palliatifs. Le pronostic reste sombre.

*Correspondance

Saye Zakari

amonon06@gmail.com

1. Service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali
2. Service d'anatomo-pathologie du CHU du Point G de Bamako, Mali
3. Service d'hémo-oncologie du CHU du Point G de Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêts: Aucun

Références

[1] Krukenberg FE (1896) Über Das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes). *Arch Gynäkol* 50:287–321.

[2] Brown DL, Zou KH, Tempany CM, Frates MC, Silverman SG, McNeil BJ, et al. Primary versus secondary ovarian malignancy: imaging findings of adnexal masses in the Radiology Diagnostic Oncology Group Study. *Radiology*, 2001, 1(219):213-218.

[3] Kim HK, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Prognostic factors of Krukenberg tumor. *GynecolOncol*,2001;82:105.

[4] Koffi GM, AssouhounKT, YapoP, SoroKG, Anzoua-Kakou I. Récidive métachrone ovarienne de tumeurs digestives : revue de la littérature à propos de 2 cas de tumeurs de krukenberg. *Revintscmé*, 2011,13(2):53-57.

[5] A. Agnes et al. Krukenberg tumors: Seed, route and soil. *Surgical Oncology*,2017, 26:438-445.

[6] A. BA SECK, H. KRAMI, K.MELIANI, N. MARZOUK, M. EL FARISSI, N. BENZZOUBEIR, F. FADLI, A. BENNANI. Les tumeurs de krukenberg à propos de 7 observations. *Médecine du Maghreb*,2001;85 :35-39.

[7] Servet KARAGÜL, Fatih SÜMER, Asim ONUR, Ali TARDU, AdileFerda DAĞLI, Cuneyt KAYAALP. A case of Krukenberg tumor, eight years after treatment of gastric cancer. *Marmara Medical Journal*,2018; 31: 25-28.

[8] T. Kiyokawa, R.H. Young, R.E. Scully. Krukenberg tumors of the ovary: a clinicopathologic analysis of 120 cases with emphasis on their variable pathologic manifestations. *Am. J. Surg. Pathol*, 2006,30 (3):277-299.

[9] Yi Jo Jeung, Hee Jae Ok, Won Gyu Kim, Sung Han Kim, Tae HwaLee. Krukenberg tumors of gastric origin versus colorectal origin. *ObstetGynecolSci*,2015;58(1):32-39.

[10] A.C. Testa, A.Licameli, A. Di Legge, et al. Color Doppler sonographic features of a Krukenberg tumor in pregnancy. *J. Ultrasound Med*,2009, 28 (5):695-698.

[11] Kim Jd, YookJh, Kim Ym et al. Clinical analysis of 61 Krukenberg tumors. *J Korean Gastric Cancer Assoc.* 2004; 4(2):126-130.

[12] K. ATTIPOU, A. AYITE, G. NAPO-KOURA, T. ANOUKOUM, D. REDAH, K. ETEY, E. DOSSEH, B. TCHATAGBA, K. JAMES. Tumeur de krukenberg à propos de 4 cas au chu de Lomé (Togo). *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (8-9) :494-496.

[13] Luciano Zogbi, AngélicaIsaías, Pedro Augusto Machado, AluísioNeutzling, CamilaJuliano. Krukenberg's tumour unilateral giant metachronous of colonic origin– Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*,2017,41:184–187.

[14] Angel An-Chieh Liu, Chi-Huang Chen, Wei-Min Liu, Ching-Wen Chang. A rare Krukenberg tumor arising from a primary adenocarcinoma of the small intestine. *Taiwanese Journal of Obstetrics&Gynecology*, 2018,57: 319-322.

[15] O'brien P.H, Newton B.B, Netcal F. S., Rittenbury M. S.
Oophorectomy in women with carcinoma of the colon and rectum.
Surgerygynaecologyobstetrics,1981,153:827-830.

Pour citer cet article:

Z Saye, A Maïga, M Konaté, B Coulibaly, FM Sidibé, BY Sidibé et al . Tumeur de Krukenberg : A propos d'un Cas et Revue de littérature .*Jaccr Africa 2020; 4(1): 1-10.*