

LES TUMEURS DE KRUKENBERG A PROPOS DE 7 OBSERVATIONS

A. BA SECK, H. KRAMI, K.MELIANI, N. MARZOUK, M. EL FARISSI, N. BENZZOUBEIR, F. FADLI, A. BENNANI.

RESUME

Nous rapportons dans ce travail 7 cas de tumeurs de Krukenberg, révélées par une symptomatologie gastrique, les troubles gynécologiques n'étaient associés que dans 2 cas.

L'échotomographie réalisée en 1ère intention permet d'évoquer le diagnostic en montrant un épaississement de la paroi gastrique suspect avec une lésion tumorale ovarienne le plus souvent à droite.

La confirmation du diagnostic est basée sur l'étude histologique des prélèvements biopsiques per-endoscopiques de la tumeur gastrique.

Le traitement de choix reste chirurgical, mais vu l'étendue des lésions il n'était que symptomatique chez nos malades.

Le pronostic de cette affection, reste sombre avec une médiane de survie de 2,5 ans.

Mots clés : tumeur de Krukenberg, tumeur gastrique, métastases ovariennes.

INTRODUCTION

Les tumeurs de Krukenberg (TK) se définissent comme des métastases ovariennes d'un cancer, le plus souvent digestif.

Ce sont des tumeurs rares qui 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. Leur évolution est rapidement fatale.

Nous en rapportons 7 cas suivis entre janvier 1989 et juin 1998 au service d'hépatogastro-entérologie (Médecine B) du CHU de Rabat. Nous rappellerons à ce propos, les caractères épidémiologiques, cliniques et évolutifs de cette maladie.

OBSERVATIONS

Observation n°1

Mme L.M., âgée de 50 ans, est hospitalisée dans le service pour des épigastralgies évoluant depuis 5 mois, calmées par les vomissements. L'examen à l'admission trouve une malade en mauvais état général, pâle, avec une masse épi-gastrique dure de 5 cm de diamètre fixée par rapport au plan profond, une ascite de moyenne abondance et une adénopathie sus-claviculaire gauche. La fibroscopie œso-gastro-duodénale met en évidence un processus ulcéro-bourgeonnant sous-cardial dont les prélèvements biopsiques per endoscopiques sont en faveur d'un carcinome colloïde. L'échotomographie abdominale révèle une paroi gastrique épaissie, laminant le pancréas sans l'envahir, une tumeur ovarienne bilatérale une ascite de moyenne abondance avec des nodules péritonéaux. L'ensemble de ce tableau évoque une tumeur de Krukenberg avec carcinose péritonéale.

La malade décède un mois après le diagnostic.

Observation n°2

Mme F.B, âgée de 40 ans, est hospitalisée dans le service pour une dysphagie basse aux semi-liquides évoluant depuis 6 mois, associée à des épigastralgies et à une hypersialorrhée.

L'examen somatique à l'admission trouve une patiente en mauvais état général, une masse épigastrique sensible, polylobée, fixée par rapport au plan profond, d'environ 10 cm de diamètre. La fibroscopie œso-gastro-duodénale révèle un processus ulcéro-bourgeonnant étendu sur 2 cm au niveau du cardia et un estomac d'aspect polypoïde avec gros plis fundiques. L'étude anatomo-pathologique des biopsies cardiales conclut à un adénocarcinome. L'échotomographie abdominale révèle une tumeur ovarienne gauche de 7 cm de diamètre, tissulaire, hétérogène, nécrosée par endroit, une ascite de moyenne abondance avec des nodules péritonéaux et un nodule au niveau du lobe gauche du foie d'allure métastatique. La malade décède au bout de 2 mois après sa sortie du service.

Observation. n°3

Melle F.A, âgée de 28 ans, est hospitalisée dans le service pour des épigastalgies évoluant depuis 4 mois, à types de torsion, calmées par les vomissements post-prandiaux précoces, associées à un pyrosis et à un épisode de méléna. L'examen somatique initial trouve, chez une malade en mauvais état général, une masse épigastrique indolore fixée par rapport au plan profond, d'environ 12 cm de grand-axe et une ascite de moyenne abondance. La fibroscopie œso-gastro-duodénale met en évidence un processus ulcéro-bourgeonnant étendu à toute la cavité gastrique. L'étude des prélèvements biopsiques conclut à un adénocarcinome. L'échotomographie abdominale montre une paroi gastrique épaissie, hétérogène nodulaire laminant la partie inférieure du lobe gauche du foie, une ascite de moyenne abondance avec des nodules péritonéaux et enfin, une tumeur ovarienne droite d'allure maligne, le tout évoquant une tumeur de Krukenberg avec métastases hépatique et péritonéale.

La malade décède 28 jours après son admission.

Observation n°4

Mme LX, âgée de 55 ans, est hospitalisée pour des épigastalgies soulagées par des vomissements spontanés évoluant depuis 3 mois. L'examen clinique à l'admission trouve une malade en assez bon état général présentant une ascite de moyenne abondance. L'exploration endoscopique révèle un processus ulcéro-bourgeonnant fundique étendu au bas œsophage. L'examen anatomo-pathologique des prélèvements biopsiques per endoscopiques conclut à un adénocarcinome moyennement différencié très infiltrant.

L'échotomographie abdominale met en évidence une paroi gastrique épaissie d'allure tumorale, une ascite de moyenne abondance avec des nodules péritonéaux et un ovaire droit nodulaire manifestation tumoral, l'ensemble évoquant une tumeur de Krukenberg avec carcinose péritonéale. La malade décède 6 mois après son admission.

Observation n° 5

Mme K.F., âgée de 69 ans, est hospitalisée pour des épigastalgies avec intolérance gastrique, évoluant depuis 1 mois, compliquées secondairement d'une hématomèse de moyenne abondance.

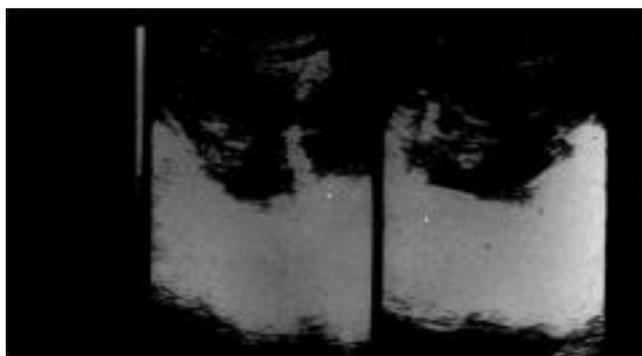
L'examen somatique ne retrouve rien de particulier en dehors d'un état de maigreur. La fibroscopie œso-gastro-duodénale met en évidence un processus ulcéro-bourgeonnant antral sténosant dont l'étude anatomo-pathologique

révèle un adénocarcinome moyennement différencié. L'échotomographie abdominale met en évidence une paroi gastrique distale épaissie avec de petites adénopathies du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure ainsi qu'une tumeur ovarienne droite; le foie est homogène ; il n'y a pas d'ascite. Une tentative chirurgicale en vue de l'extirpation de la tumeur gastrique et de l'ovaire n'a pu être faite en raison de la découverte, à la laparotomie, d'une carcinose péritonéale. Le décès survient 2 mois et demi plus tard.

Observation n° 6

Mme L.F, âgée de 41 ans, cholécystectomisée il y a 1 an, est hospitalisée pour une augmentation progressive du volume de l'abdomen associée à des douleurs abdominales Muses. Ce tableau évolue depuis 3 mois et s'accompagne de vomissements post-prandiaux intermittents et d'une aménorrhée secondaire. L'examen à l'admission montre une patiente cachectique avec œdèmes des membres inférieurs, mous, prenant le godet. A la fibroscopie œso-gastro-duodénale, il existe un processus ulcéro-bourgeonnant antral avec gros plis polypoides ulcérés en surface dont les prélèvements biopsiques concluent à un carcinome gastrique peu différencié. L'échotomographie abdominale met en évidence une paroi gastrique distale épaissie d'allure tumorale, de petits nodules au niveau du lobe gauche du foie d'allure métastatique, une ascite de grande abondance avec des nodules péritonéaux de taille variée et une tumeur ovarienne droite de 35 mm de diamètre (photo n°1), le tout faisant évoquer une tumeur de Krukenberg avec métastases péritonéale et hépatique. L'évolution est rapidement fatale et le décès survient un mois après sa sortie du service.

Photo n°1 : Ascite de grande abondance avec des nodules péritonéaux de taille variée et une tumeur ovarienne droite



Observation n°7

Mme Z. F, âgée de 50 ans, mère de 4 enfants, est hospitalisée pour des épigastralgies, de survenue brutale depuis 15 jours, permanentes, exacerbées par l'alimentation, soulagées partiellement par des vomissements post-prandiaux précoces. La patiente note l'apparition concomitante de métrorragies minimales associées à des douleurs hypogastriques et un amaigrissement important non chiffré. L'examen à l'admission montre chez cette patiente en mauvais état général, une ascite minime. La fibroscopie œso-gastro-duodénale met en évidence un processus ulcéro-bourgeonnant de la petite courbure gastrique dont l'étude histologique révèle un adénocarcinome moyennement différencié. L'échographie abdominale met en évidence un épaississement de toute la paroi gastrique d'allure tumorale, un magma ganglionnaire au niveau du tronc cœliaque, une énorme tumeur ovarienne droite de 8 cm de diamètre et une ascite sans nodules péritonéaux (Photos 2 et 3).

Photo 2 : Epaisseur de 3,4 cm de toute la paroi gastrique d'allure tumorale



Photo 3 : Tumeur ovarienne droite de 8 cm de diamètre



L'ensemble de ces données oriente vers une tumeur de Krukenberg avec carcinose péritonéale. La malade a été mise sous traitement symptomatique et elle est toujours en vie après un recul de 5 mois.

COMMENTAIRES

Le syndrome de Krukenberg se définit par les métastases ovariennes uni ou bilatérales d'un épithélioma glandulaire, caractérisées par la présence de cellules muco-sécrétantes en «bague à chaton» au niveau ovarien.

Décrite pour la première fois en 1895 par l'Allemand Friedrich Krukenberg, cette affection présentait les caractères d'un fibrosarcome primitif (3, 7). Mais en 1901, KRAUSE a démontré la nature épithéliale et métastatique du processus, et depuis 1960 jusqu'à nos jours, des études visent à éclaircir les mécanismes endocriniens et physiochimiques de ces mystérieuses tumeurs, à les diagnostiquer le plus précocement possible pour pouvoir mettre en route un traitement adéquat et efficace (3).

Sur le plan épidémiologique, les TK sont rares : 1% des tumeurs ovariennes en général et 5 % des métastases ovariennes. Dans notre série, la fréquence des métastases ovariennes est de 5,9 % de l'ensemble des 115 cas de cancers gastriques colligés pendant la même période. L'âge habituel d'apparition est variable, mais s'observe surtout chez la femme en activité génitale, entre 30 et 50 ans (2, 3, 5, 6, 18) comme dans notre série (47,5 ans).

La TK est une métastase ovarienne d'un cancer digestif muco-sécrétant dans 90% des cas ; celui-ci peut être gastrique (70 %) ou colique (14 %) ou pancréatique et biliaire (60 %), voire appendiculaire (1 - 2,5 %) (1, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 17). Un point de départ extra-digestif (sein, thyroïde, vessie, utérus) est rare ; de rares cas de TK primitives ont été décrits (6, 7, 10, 11, 17) et on ne parle de TK primitive qu'après 5 ans d'évolution sans récurrence. Dans notre série, la tumeur primitive était gastrique dans tous les cas.

La pathogénie de la TK et les modes de propagation sont controversés. Pour certains auteurs cette propagation se fait :

- par contiguïté pour les tumeurs recto-sigmoïdiennes,
- par voie sanguine dans les cas de généralisation très rapide (métastases multiples),
- par voie lymphatique rétrograde : c'est actuellement le

mode qui fait le plus d'adeptes du fait de l'atteinte quasi-constante des relais lymphatiques entre l'estomac et les ovaires (3, 6, 18),

- par voie transpéritonéale par la séreuse gastrique d'où s'échapperaient les cellules tumorales contenues dans la cavité péritonéale et qui viendraient se greffer au niveau de l'ovaire dépourvu de séreuse et souvent ulcéré en surface lors de l'ovulation (2, 18) expliquant ainsi les métastases péritonéales précédant l'atteinte ovarienne (18).

Il est à noter que chez nos 7 patientes, on a retrouvé une carcinose péritonéale concomitante dans tous les cas.

L'ovariotropisme met en cause un éventuel hormotactisme, chimiotactisme ou immuno-tactisme, étayés ainsi par :

- l'alcalinité du pH du tissu ovarien (5, 11, 14),
- la faible tension superficielle (5, 6),
- l'hyper-œstrogénie associée à ces tumeurs,
- l'hyperandrogénie per gravidique.

Sur le plan anatomo-pathologique, les TK sont bilatérales dans 50 (3, 5, 6) à 80 % des cas (2, 5, 7, 9, 11, 17) (1 cas / 7 dans notre série).

La localisation ovarienne droite isolée est estimée entre 9 (3) et 28 % (4) (la plus fréquente dans notre série 5 cas / 7 soit 71 %). Quant à l'atteinte gauche isolée, elle varie entre 40 (3) et 50 % des cas (4, 6) dans la littérature. Ce sont des tumeurs de taille moyenne, conservant généralement la forme de l'ovaire, lisses, blanchâtres, fermes, sans végétations ni adhérences loco-régionales. Ces différents caractères lui confèrent un aspect faussement bénin (2, 3, 6, 7, 11). Le plus souvent des zones violacées témoignent des remaniements nécrotico-hémorragiques.

A la section s'échappe une sécrétion mucoïde et apparaissent des zones polymorphes (2, 3, 5n6).

Microscopiquement, la TK se caractérise par la présence de cellules épithéliomateuses en «bague à châton» à noyau excentré remplis de mucus mucinophile, isolées ou groupées en amas au sein de fibrilles et par une prolifération pseudo-sarcomateuse du stroma. Chez nos patientes, aucune n'a pu bénéficier de diagnostic histologique du fait de la carcinose péritonéale rendant inutile tout geste chirurgical. Sur le plan clinique, les signes d'appel de la TK sont pauvres. La tumeur est le plus souvent de découverte fortuite lors d'un bilan d'extension d'un cancer primitif le plus

souvent digestif (3, 7) (comme c'est le cas dans notre série) ou en per opératoire (6, 11, 12).

La chronologie d'apparition de la TK par rapport au cancer primitif est variable (synchrone ou métachrone) (2, 4). Elle est synchrone dans tous nos cas.

L'avènement de l'ETG a certainement permis d'apprécier à sa juste valeur l'incidence de cette affection. En ce qui nous concerne, cette exploration pratiquée en première intention nous a permis de révéler plus facilement la TK par la mise en évidence d'une localisation tumorale ovarienne le plus souvent à droite, plus rarement à gauche, rarement bilatérale.

La chirurgie est le traitement de choix chaque fois que cela est possible; elle consiste en une exérèse du cancer primitif digestif avec annexectomie bilatérale, hystérectomie totale, lymphadénectomie loco-régionale et omentectomie quand la tumeur gastrique est découverte secondairement à la lésion ovarienne. Elle peut se faire en un ou deux temps selon l'état général de la patiente (18). Malheureusement, ce traitement ne permet d'obtenir que de courtes rémissions (6, 18). Quant à la chimiothérapie et à la radiothérapie palliatives, elles n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité (9, 17).

Le seul espoir réside dans l'adoption de mesures préventives qui consistent en :

- un examen gynécologique complet chez toute femme atteinte d'un cancer digestif au même titre que l'on recherche les métastases hépatiques, ganglionnaires et péritonéales (3),
- une recherche minutieuse de tout signe fonctionnel digestif accompagnant une tumeur ovarienne (3) avec la pratique d'une fibroscopie digestive et biopsies (6) au moindre doute,
- une exploration systématique des ovaires lors d'exérèse d'une tumeur digestive chez la femme (3, 6), voire une annexectomie bilatérale (5, 6, 7, 13, 16, 18),
- une exploration manuelle digestive per opératoire d'une tumeur ovarienne. Dans notre série, le traitement n'a pu être que symptomatique en raison de l'existence constante d'une carcinose péritonéale. Le pronostic des TK reste sombre avec une moyenne de survie entre 2 (3) et 12 mois (2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 15) même après un traitement à visée curative (17). La survie a été de 2 mois et demi dans notre série.

CONCLUSION

La TK est une maladie rare. Le diagnostic est facilité par l'échotomographie effectuée dans le cadre du bilan d'ex-

tension d'un cancer de localisation digestive ou extra digestive. Le pronostic reste sombre jusqu'à nos jours. Le seul espoir réside dans les mesures préventives sus-mentionnées.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANDRIEUX F., PARACHE P.M ET FERY M.
Un nouveau cas de tumeur de Krukenberg révélant un cancer vésiculocholécocien.
Chirurgie, 1972 ; 98, pp : 219 - 223.
- 2 - BLANC B, CORMURE M, MARTIN PM, JOUVE NP, THOMAS M, SERMENT H.
Tumeur non endocrines de l'ovaire.
Enc. Méd. Chir. Gynécologie 1985 - 680, BI 0-11
- 3 - BLUM G.F. BURGER J.P, RENAUD R.
Une tumeur rare de l'ovaire - A propos de 11 observations.
J. Gynecol. Obstet- Biol Reprod., 1986 ; 15 : 73 - 78.
- 4 - CRESPIY B., DELPERO J.R, CARABALONA B, SASTRE B.
Métastases ovariennes des cancers colo-rectaux : 18 observations.
Méd. Chir. Dig. 1986 ; 1-5 : 54 - 56.
- 5 - EL FASSI M.J.
Tumeur de Krukenberg. Aspects cliniques et thérapeutiques (à propos de 9 cas).
Thèse Médecine Maroc 1. 1996, n°53.
- 6 - EL MANSOURI A, MOUMEN M, LOUABLIA A. EL FARES F.
Tumeur de Krukenberg: un pronostic encore sombre à propos de 4 observations.
J. Gynecol. Obstet. Biol - reprod. 1993 ; vol 22 ; 5 : 497 - 500.
- 7 - FALANDRY LI, LANCIEN G, BAND A., CUNVEN Y, MPOUHO L.
Métastases ovariennes du cancer gastrique : une localisation à ne pas méconnaître.
Médecine et Armées, 1992; 20-8. 687-689.
- 8 - HERRARA L.O, LEDESMA EJ, NATARAJAN N, LOPEZ G.E.
Metachronous ovarian metastases from adenocarcinoma of the colon and rectum.
Diseases of colon and rectum, 1982 ; 154 : 531 - 533.
- 9 - HOLTZ F, HART W.R.
Krukenberg tumor of the ovary. A clinicopathologic analysis of 27 cases.
Cancer, 1982 ; 50 : 2438 - 2447.
- 10 - JOSHI V.V.
Primary Krukenberg tumour of ovary : review of literature and case report.
Cancer, 1968, 22 : 1199 - 1207.
- 11 - LOIZON P, BRUNET P, LAPEYRIE H.
Tumeur de Krukenberg. Un pronostic encore sombre.
J. Chir. (Paris), 1989 ; 126 : 547 - 548.
- 12 - LOIZON P, DEIXONNE B, PIGNODEL CH.
Tumeur de Krukenberg d'origine biliaire.
Méd. Chir. Dig. 1990 ; vol 19, 8 - 470.
- 13 - LORIMER G, REIGNER B. RIVE C, CRONIER P.
Métastases ovariennes des cancers digestifs. Démarches diagnostiques et thérapeutiques.
J. Chir. 1988 ; 12 : 699 - 703.
- 14 - MULLER J, KRIEFFER P., SCEPI M., HOPENER C.
Tumeur de Krukenberg à propos d'un cas. Revue de la littérature.
J. Chir. 1987 ; 10 : 527 - 532.
- 15 - O'BRIEN PH, NEWTON B.B, NETCALF F. S., RITTENBURY M. S.
Oophorectomy in women with carcinoma of the colon and rectum.
Surgery gynaecology obstetrics, 1981 ; 153 : 827-830.
- 16 - RODIER J.F, JANSER J.C.
Métastases ovariennes des cancers colo-rectaux : place actuelle de l'ovariectomie bilatérale prophylactique.
Ann. Chir., 1992 : 46(10) : 932 - 935.
- 17 - SAVERY L, LASSER P, CASTAIGNE D, MICHEL G, BOGNEL C.
Tumeur de Krukenberg : analyse d'une série de 28 observations.
J. Chir. (Paris), 1996, n°9-10, p 427-431.
- 18 - ZOUARI M, GHORBEL A, AMMOUS A, REKIK S.
Tumeur de Krukenberg : à propos d'un cas.
La Tunisie Médicale, mai 1993 ; vol. 71 n°5.