
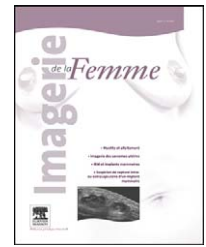




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Gliomatose péritonéale isolée : à propos d'une observation

Gliomatosis peritonei not associated with visceral teratoma: A case report

Naourez Gouiaa^{a,*}, Sameh Ellouze^a, Chiraz Chaari^a,
Hela Mnif^a, Lilia Mnif^a, Ibtissem Bahri^a,
Kais Chaabane^b, Mohamed Guerhazi^b,
Tahia Boudawara^a

^a Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie

^b Service de gynécologie obstétrique, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

Disponible sur Internet le 31 juillet 2010

MOTS CLÉS

Gliomatose ;
Péritoine ;
Tératome ;
Histologie

KEYWORDS

Gliomatosis;
Peritoneum;
Teratoma;
Histology

Résumé La gliomatose péritonéale est définie par des implants de tissu glial mature à la surface du péritoine pariétal et de l'épiploon ; elle représente habituellement la complication de tératome viscéral mature ou immature, souvent ovarien. La gliomatose péritonéale isolée non associée à un tératome préexistant est exceptionnelle, d'étiopathogénie encore discutée ; elle serait probablement développée par métaplasie d'une cellule souche sous mésothéliale.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Gliomatosis peritonei is the implantation of mature neural glial tissue on the surface of parietal peritoneum or the omentum; this condition is usually seen in patients with mature or immature teratoma most often of ovarian origin. Isolated gliomatosis peritonei not arising from an associated teratoma is very rare; presumably, it develops from metaplasia of submesothelial peritoneal cells.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La gliomatose péritonéale est une pathologie très rare ; elle représente habituellement une complication rare de tératome ovarien préexistant ; elle est exceptionnellement isolée. Nous rapportons un cas de gliomatose péritonéale dans le but d'étudier les aspects anatomopathologiques et morphologiques de cette entité particulière et de discuter ses diagnostics différentiels et son pronostic.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : naourezgouiaa@yahoo.fr (N. Gouiaa).



Figure 1. Échographie endovaginale : kyste du cul de sac de Douglas.

Observation

Patiente âgée de 47 ans, ancienne césarisée, ayant présenté des douleurs pelviennes. L'échographie abdominale objectivait de multiples kystes pelviens de rapports et de nature imprécis ; l'échographie endovaginale avait repéré au niveau du cul de sac de Douglas un kyste à contenu hétérogène (Fig. 1) ; la TDM pelvienne avait montré de multiples formations kystiques pelviennes dont une en position rétro-utérine de 3 cm de diamètre, d'échostructure hétérogène avec de fines calcifications (non visibles sur l'image TDM) ; les deux ovaires étaient normaux (Fig. 2). Le taux sérique du CA125 était normal. Une laparotomie exploratrice était réalisée ; les kystes étaient de siège épiploïque et péritonéal ; leur diamètre variait de 1,5 à 5 cm ; leur contenu était souvent pilosébacés ; ils étaient associés à de nombreux micronodules blanc-grisâtres ; les deux ovaires étaient normaux. Histologiquement, ces kystes étaient tapissés d'un épithélium malpighien ou respiratoire ; leur paroi était fibromusculaire et comportait des follicules pileux et des glandes sébacées avec présence de tissu glial abondant et mature parfois associé à des lobules cartilagineux bien différen-



Figure 2. TDM abdominale : kyste rétro et latérotérin.

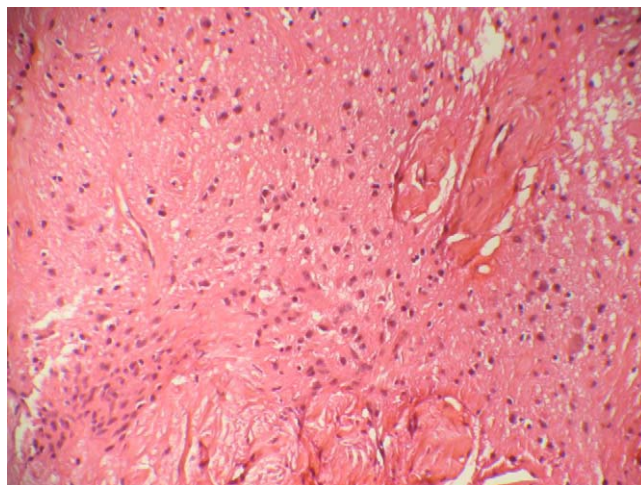


Figure 3. Aspect histologique : tissu glial mature dans la graisse péritonéale (coloration standard d'hématoxyline-éosine ; agrandissement $\times 200$).

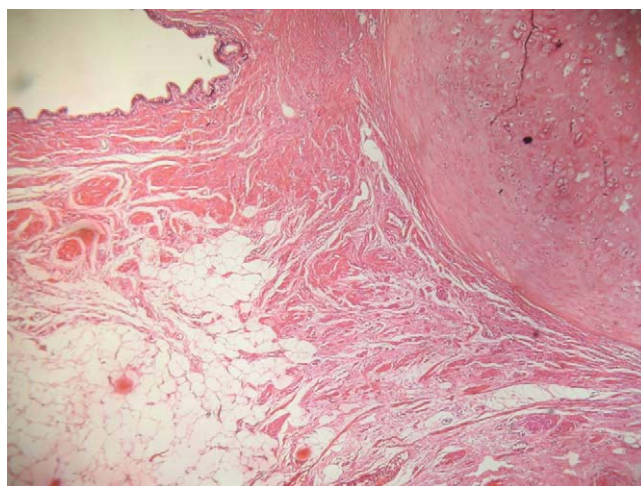


Figure 4. Aspect histologique : présence dans le péritoine d'autres tissus matures : épithélium respiratoire, cartilage (coloration standard d'hématoxyline-éosine ; agrandissement $\times 200$).

ciés (Fig. 3 et 4). Le diagnostic d'une gliomatose péritonéale était donc retenu. Les suites opératoires étaient simples : aucun traitement adjuvant n'était préconisé ; le recul actuel est de six mois.

Discussion

La gliomatose péritonéale est une entité rare décrite pour la première fois par Neuhauser et al. en 1906 et depuis, quelques séries de faibles effectifs ont été publiées [1] ; elle est habituellement définie par l'association de tératomes viscéraux, matures ou immatures et d'implants péritonéaux de tissu glial souvent mature [2] ; elle est généralement associée à des tératomes ovariens ou parfois à des tératomes extra-ovariens, gastriques ou hépatiques [3] ; elle survient de façon synchrone aux tératomes viscéraux ou de façon métachrone à type de récurrence péritonéale [1-3]. La gliomatose péritonéale est exceptionnellement isolée et non associée à un tératome primitif préexistant ; le pic de fréquence se situe au cours de la deuxième décennie de la vie ; sa symptomatologie clinique est non spécifique ; l'échographie pelvienne montre de multiples kystes pelviens à paroi parfois calcifiée faisant évoquer une hydatidose

pelvienne [4]; l'IRM est la technique la plus performante pour la détection des petits dépôts gliaux solides qui apparaissent sous forme de nodules disséminés avec un hypersignal modéré en T2 [2–5]. À la laparotomie exploratrice, la gliomatose péritonéale est visible sous forme de petits nodules blanc-grisâtres de 1 à 3 mm de diamètre disséminés à la surface du péritoine et de l'épiploon; de volumineux nodules de plus de 4 cm de diamètre, à tranche de section kystique sont également observés; cet aspect macroscopique fait évoquer une tuberculose ou une carcinose péritonéale. Sur le plan histologique, le tératome viscéral primitif est formé de structures dérivant des trois feuillées embryonnaires ectodermiques, endodermique et /ou mésodermique; il peut être mature avec des tissus organoïdes de type adulte, ou immature caractérisé par la présence d'éléments neuroectodermiques dont la quantité est à la base du grade histopronostique de Scully et al. modifié par Norris et al. [1,2,6–8]. Les nodules péritonéaux sont formés de tissu glial de grade 0 ou 1 pouvant être associés à d'autres éléments tératomateux, (épithéliaux ou cartilagineux) ou à des foyers d'endométriase; une fibrose inflammatoire peut se voir parfois associée à des calcifications ou à des corps psammeux [1,2]. L'évolution propre des implants péritonéaux est mal connue; ils peuvent rester stables asymptomatiques ou subir une régression fibreuse; la dégénérescence gliale ou tératomateuse est exceptionnelle observée surtout dans la gliomatose de grade 1 et entraîne le décès de la patiente; Muller et al. ont rapporté après une revue de la littérature, 11 cas de gliomatose péritonéale d'évolution fatale [1,2,8]. Le traitement est basé sur la chirurgie; le jeune âge des patientes conduit à des gestes conservateurs sur l'ovaire controlatéral et l'utérus justifiant l'intérêt du *second look*; la chimiothérapie adjuvante à base de bléomycine, étoposide et cisplatine est indiquée pour les grades 2 et 3. L'étiopathogénie de la gliomatose péritonéale est encore discutée; trois théories ont été proposées: la première est basée sur la rupture capsulaire et la dissémination péritonéale du tissu glial; la deuxième suggère une dissémination angiolymphatique simulant les métastases [1,2,4]; la troisième théorie est la plus récente et s'appuie sur la mise en évidence de différences cytogénétiques entre le tératome ovarien et les implants péritonéaux qui seraient développés de façon indépendante par métaplasie d'une cellule pluripotente sous

mésothéliale ce qui explique les rares cas de gliomatose péritonéale isolée [3].

Conclusion

La gliomatose péritonéale est une pathologie rare, son diagnostic est histologique et doit être évoquée même en l'absence de tératome ovarien ou autre. Son étiopathogénie est discutée et son évolution est mal connue pouvant se faire vers la régression ou la dégénérescence.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Muller A, Sondgen D, Strunz R, Muller KM. Gliomatosis peritonei: a report of two cases and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;100:213–22.
- [2] Ferry P, Tayrac R. Gliomatose péritonéale : à propos d'un cas et revue de littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32:663–7.
- [3] Ferguson AW, Katabuchi H, Ronnett BM, Cho KR. Glial implants in Gliomatosis Peritonei arise from normal tissue, not from the associated Teratoma. *Am J Pathol* 2001;159: 51–9.
- [4] Karlo C, Leschka S, Dettmer M, Breitenstein S, Stolzmann P. Hepatic teratoma and peritoneal gliomatosis: a case report. *Cases J* 2009;2:9302.
- [5] England RA, De Souza NM, Kaye SB. Gliomatosis peritonei: MRI appearances and its potential role in follow-up. *Br J Radiol* 2007;80:101–4.
- [6] Robboy SJ, Scully RE. Ovarian teratoma with glial implants on the peritoneum: an analysis of 12 cases. *Hum Pathol* 1970;1:643–53.
- [7] Norris HJ, Zirkin HJ, Benson WL. Immature teratoma of the ovary; a clinical and pathologic study of 58 cases. *Cancer* 1976;37:2359–72.
- [8] O'Connor DM, Norris HJ. The influence of grade on outcome of stage 1 ovarian immature (malignant) teratomas and the reproducibility of grading. *Int J Gynecol Pathol* 1994;13: 283–9.