

Année 2022

N° : MS116/22

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité
en : GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Intitulé

TUMEUR DE KRUKENBERG ET GROSSESSE A PROPOS D'UN CAS

Présenté par :

Docteur Hamza MESSAoudi

Sous la direction du :

Professeur Abdellah BABAhabib

Remerciement

A tous mes professeurs :

Pr Jaouad KOUACH, Pr Abdellah BABA HABIB,

Pr el Mehdi EL HASSANI

*Pour l'aide, les conseils et l'encadrement prodigués durant mon
parcours, pour nous avoir appris le sens de la vigueur, du sérieux et de
la persévérance.*

*Vous nous avez assistés avec patience pendant tous ses années, avec le
souci de nous inculquer le savoir-faire de notre métier.*

*Nous avons pu apprécier avec grande admiration vos qualités humaines
et professionnelles*

Nous vous serons pour toujours reconnaissants

SOMMAIRE :

Introduction	1
Observation	4
I. Interrogatoire	5
II. Histoire de la maladie	5
III. Examen clinique :	9
IV. Examen paraclinique :	9
V. Prise en charge initiale :	9
VI. Anatomopathologie initiale.....	10
VII. RCP	10
VIII.Prise en charge chirurgicale	11
IX. Anatomopathologie definitive :	14
X. Bilan d'extension :	14
XI. Traitement Adjuvant:	14
Discussion	15
I. Épidémiologie	16
II. Physiopathologie :	17
III. Diagnostic positif :	19
IV. Examen paraclinique	21
V. Traitement.....	23
VI. Pronostic	26
Conclusion	26
Résumés	29
Bibliographie	33



Introduction

Les tumeurs de Krukenberg sont des tumeurs rares qui constituent 1 à 2 % des tumeurs ovariennes ,elle sont décrites en 1895 par Friedrich Krukenberg comme des localisations métastatiques ovariennes d'un adénocarcinome gastro-intestinal[1,2,3].

Il s'agit généralement d'une atteinte bilatérale des ovaires qui est métastasée à partir d'un site primaire, classiquement le tractus gastro-intestinal avec 76% provenant de l'estomac et rarement d'autres tissus gastro-intestinaux et non gastro-intestinaux tels que le sein [1,2].Le pronostic d'une tumeur de Krukenberg est mauvais et la période de survie médiane n'est que de 14 mois car une telle métastase implique une croissance et une prolifération cellulaire plus rapide. D'un point de vue pathologique, il n'est pas toujours facile de distinguer la tumeur de Krukenberg d'un cancer primaire de l'ovaire, mais il est très important d'un point de vue clinique de distinguer la tumeur de Krukenberg des cancers primaires de l'ovaire car les protocoles de traitement, la réponse à la chimiothérapie et le pronostic sont totalement différents. Les symptômes gastro-intestinaux persistants, précoces de la grossesse et La croissance du fœtus, qui entraîne une distension abdominale, masque la présence d'une tumeur ovarienne métastatique dans la cavité pelvienne.

Très peu de cas disponible concernant l'association tumeur de Krukenberg et grossesse [4]. la faible incidence de cette association est corrélé a la rareté des tumeurs digestif chez la femme jeune [5]. le diagnostic devient très difficile au cour de la grossesse, le tableau clinique est très polymorphes ,la plupart des signes sont à type de nausées et de vomissements, constipation souvent rattachés à tort au signes sympathique de la grossesse. Mais la persistance de ces symptômes au-delà de 15-16 semaines d'aménorrhée justifierait une

exploration digestive [6]. La prise en charge pendant la grossesse pose problème de diagnostic différentiel avec un kyste lutéinique de la grossesse, ou une autre pathologie annexielle bénigne, pour lesquelles le traitement est radicalement différent.



Observation

I. Interrogatoire

Elle s'agissait d'une patiente âgée de 36ans troisième geste deuxième part groupage O+. Pour ces antécédents chirurgicaux elle a été cholécystectomisée en 2017 avec un diabète et une hypertension artérielle familiale.

Elle a eu deux accouchements par voie basse à terme avec un bon développement psychomoteur pour ces deux enfants.

La grossesse actuelle était estimée à 21 semaine d'aménorrhée et 2j qui a été suivie à titre externe avec un bilan prénatal complet et sans particularité.

II. Histoire de la maladie

Histoire de la maladie remontait depuis 20 jours avant son hospitalisation par l'apparition d'une constipation d'aggravation progressive qui ne répondait pas au traitement laxatif associé à une augmentation du volume abdominal. Elle a bénéficié d'une échographie abdomino-pelvienne complétée par une IRM pelvienne figure(1,2,3) objectivant un utérus siège d'une grossesse intra-utérine évolutive avec une placenta postérieure non bas inséré avec une masse latéro-utérine gauche mesurant 13x9cm sans visualisation de l'ovaire gauche, l'ovaire droit était sans particularité, un épanchement péritonéal de moyenne abondance avec plusieurs nodules péritonéaux et épaississement nodulaire de grand épiploon sans adénopathie pelvienne associée puis la patiente a été adressée à notre service pour prise en charge.

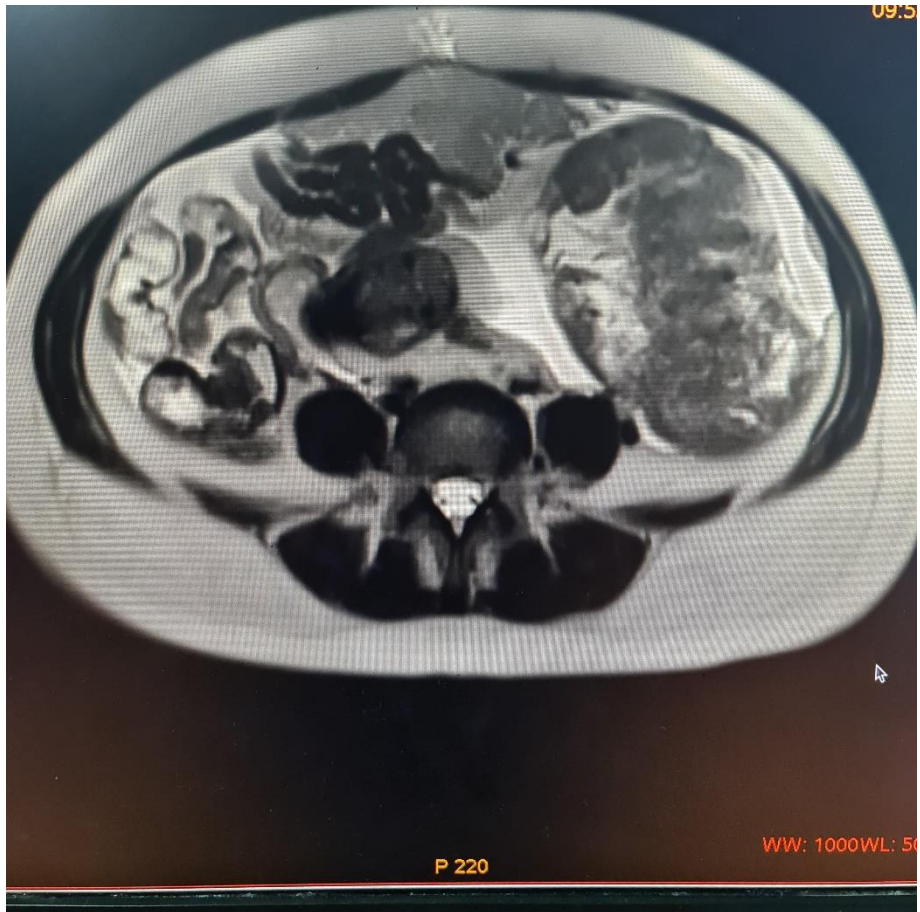


Figure (1) Coupe axiale en T2 montrant la masse ovarienne du coté gauche avec un effet de masse sur les organes de voisinage.



Figure(2) Coupe sagittale en T2 montrant un utérus gravide avec une placenta antérieur surmonté par la masse ovarienne .



Figure (3) Coupe axiale en T2 montrant la masse ovarienne refoulant l'utérus

III. Examen clinique :

L'examen clinique a révélé une Patiente en assez bon état générale, apyrétique, stable sur le plan hémodynamique, les conjonctives étaient normalement colorées.

Examen abdominale a décelé un abdomen distendu, avec une matité déclive des flans sans circulation veineuse collatérale ni hernie ombilicale.

Examen gynéco-obstétricale a montré une hauteur utérine difficile à apprécier, la patiente ne contracte pas, inspection vulvo-périnéale était sans particularité. Au speculum : le col était d'aspect sain sans saignement, la poche des eaux était intact, le reste de l'examen somatique était sans particularité.

IV. Examen paraclinique :

Echographie obstétricale a objectivé une grossesse monofoetale évolutive avec une biométrie qui correspondait à 21 semaine d'aménorrhée, le liquide amniotique était de quantité normale et le placenta était postérieur, sans aucune anomalie morphologique visible, le doppler ombilicale et cérébrale étaient correctes avec la présence d'une masse latéro-utérine gauche faisant 7x6cm hypoéchogène homogène bien vascularisée au doppler et un épanchement de moyenne abondance au niveau du cul de sac de Douglas.

V. Prise en charge initiale :

Un avis d'un senior a été sollicité, la décision était de revoir l'interprétation de l'IRM et de faire une coelioscopie diagnostique avec un bilan avisé étiologique. Pour le bilan biologique l'ionogramme et hémogramme étaient correctes, l'appart d'un TP : 80% et le TCA : 0.9, l'alpha foetoprotéine à 60.8 et HCG : 19571,1 et le CA125 très élevé.

Par ailleurs la coelioscopie a été réalisée qui a décelé une ascite de moyenne abondance d'aspect brunâtre avec un processus ovarien gauche encapsulé charnu tissulaire à contours bosselé sans nodule de carcinose. Le foie et l'épiploon étaient sans particularité. Une ovariectomie gauche avec une cytologie péritonéale a été faite après une incision médiane sous ombilicale avec des biopsies au niveau de l'ovaire controlatéral, péritoine, et épiploon. La patiente a été mise sous tocolyse avec une antibiothérapie probabiliste préventive et une anticoagulation à dose préventive.

VI. Anatomopathologie initiale

Le résultat Anatomopathologique a objectivé un carcinome séro-mucineux de grade G2 de l'OMS, pT1NxMx. Les biopsies péritonéale, ovaire droit, épiploïque, et la cytologie étaient sans particularité.

VII. RCP

La patiente a été staffée en RCP et la décision était de réaliser une exploration digestive par coloscopie et de faire les marqueurs tumoraux digestifs vu le caractère histologique de la tumeur et devant la symptomatologie clinique chronique de la patiente.

L'antigène carcino-embryonnaire (ACE) et le CA19.9 étaient sans particularité et pour la coloscopie qui a décelé un adénocarcinome colorectal moyennement différencié et infiltrant.

La patiente a été restaffée en RCP et la conduite était de faire l'extraction à 34 semaines d'aménorrhée après une maturation pulmonaire par une corticothérapie suivie d'une hystérectomie avec annexectomie droite et une colectomie gauche avec une omentectomie infragastrique.

VIII. Prise en charge chirurgicale

Le geste opératoire était réaliser sous anesthésie générale en première temps l'extraction céphalique du nouveau-né Apgar 10/10 et le poids de naissance est de 2350g réceptionné et examiner par le pédiatre sans aucune anomalie décelable.

En deuxième temps une exploration de la cavité abdominale figure (4,5) et la réalisation d'une hystérectomie totale avec annexectomie droit et en troisième temps colectomie gauche avec appendicectomie et omentectomie infragatrique avec mise en place deux drain de Redon et une colostomie du côté gauche. Les suites post opératoire était simple pour la patiente.



Figure4 : Vue opératoire montrant la tumeur de krukenberg qui envahie colon sigmoïde

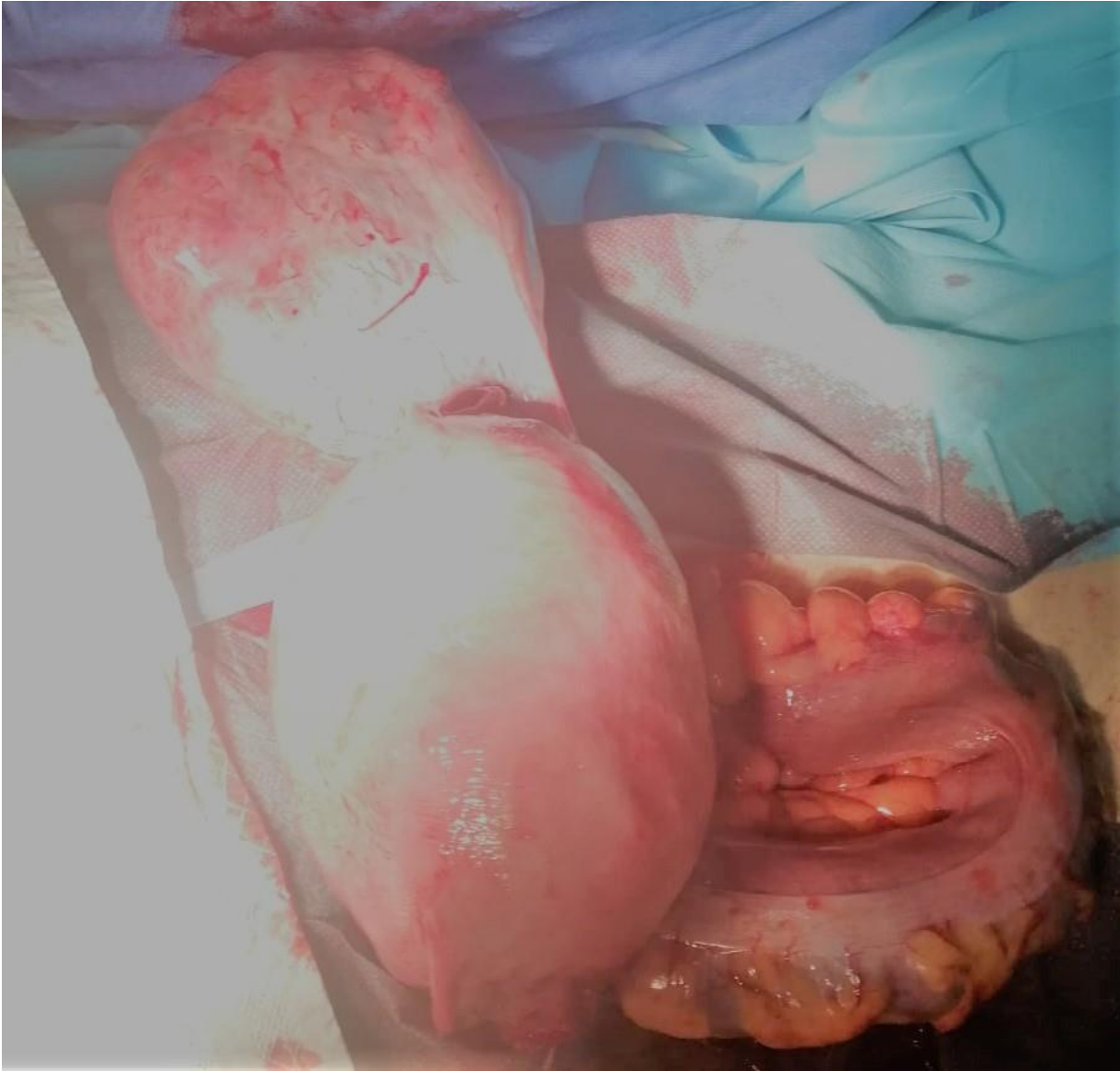


Figure5 : Vue opératoire montrant l'annexe droite d'aspect macroscopiquement suspecte

IX. Anatomopathologie définitive :

- Hystérectomie totale a décelé une corne gauche et paramètre droit infiltrés par un processus adénocarcinomateux moyennement différencié compatible avec l'origine recto-sigmoïdienne connue chez la patiente ,Pour la corne droite le paramètre gauche le col, trompe droite et gauche sont saines avec une caduque décidualisée .
- Ovariectomie droite a objectivé un aspect morphologique d'une localisation ovarienne d'un adénocarcinome moyennement différencié dont le profile immunohistochimique est compatible avec l'origine recto-sigmoïdienne connue.
- Résection recto-sigmoïdienne : aspect en faveur d'un adénocarcinome leiberkuhien bien différencié infiltrant la paroi recto-sigmoïdienne jusqu'à la sous séreuse avec présence d'emboles vasculaire et d'engainement perinerveux ,les limites chirurgicales latérales non tumorales .
- Omentectomie : localisation épiploïque d'un adénocarcinome moyennement différencié d'origine recto-sigmoïdienne connue.
- Appendice et la cytologie péritonéale était sans particularité.
- Le placenta sans particularité.

X. Bilan d'extension :

TDM thoraco-abdomino pelvienne n'a pas objectivé d'autre lésion secondaire.

XI. Traitement Adjuvant :

Le dossier a était restaffer en RCP est la décision était de faire une chimiothérapie comme traitement adjuvant .



Discussion

I. Épidémiologie

Les tumeurs ovariennes associées à la grossesse sont très rares. Leur incidence généralement est de 1 pour 10 000 à 25 000 accouchements. Le taux de malignité des tumeurs ovariennes pendant la grossesse a été signalé comme étant de 0,3 à 5,5 %. La tumeur de Krukenberg désigne un adénocarcinome métastatique de l'ovaire elle représente 30 à 40 % des cancers métastatiques de l'ovaire. [7] Ces tumeurs sont encore plus rares pendant la grossesse, car l'incidence du cancer de l'estomac et du colon chez les femmes en âge de procréer n'est que de 0,4 % à 0,5 %. [8]

II. Physiopathologie :

Le mécanisme exact de propagation de la tumeur est encore inconnu. On pense que la tumeur se propage par l'un des 3 mécanismes suivants : (1) le système lymphatique, (2) le système hématogène, ou (3) la voie trans-coelomique. La voie hématogène et la voie lymphatique signifient que la tumeur se propage respectivement par les vaisseaux sanguins ou le canal lymphatique. La voie trans-coelomique signifie que les cellules cancéreuses actuelles se propagent directement aux organes adjacents par la voie abdominale. Étant donné que la tumeur est diagnostiquée à un âge avancé, on pense que la tumeur se métastase par des voies mixtes. L'âge moyen du diagnostic coïncide avec une vascularisation accrue des ovaires, ce qui soutient l'hypothèse d'une propagation lymphatique et hématogène [9][10][11].

La voie lymphatique est considérée comme la voie la plus probable de propagation du cancer, avec plusieurs preuves à l'appui. Microscopiquement, le hile et le cortex ont démontré une perméation lymphatique. De nombreux cas ont été rapportés où la tumeur primaire est confinée à la muqueuse et à la sous-muqueuse, et étant donné la richesse du réseau lymphatique dans la muqueuse et la sous-muqueuse gastro-intestinales, la seule explication logique est que la tumeur s'est propagée par cette voie le risque de métastase est d'autant plus élevé que le nombre de ganglions lymphatiques métastatiques positifs est important. Compte tenu de la nature bilatérale et métastatique de cette maladie, le pronostic reste mauvais. Les patients décèdent généralement en 2 ans avec une survie

médiane de 14 mois rapportée dans la littérature. La survie médiane globale des patients atteints de la tumeur de Krukenberg serait de 11, 21, 31 et 19,5 mois pour les origines gastrique, colorectale[19]. Grossièrement, les ovaires sont agrandis de façon asymétrique avec un contour bosselé. Ils sont généralement solides, mais peuvent occasionnellement être kystiques. La surface capsulaire est le plus souvent exempte d'infiltrats tumoraux, d'adhérences, d'implants ou de dépôts qui peuvent être trompeurs et apparaître comme une tumeur ovarienne primaire.

L'observation caractéristique de cette tumeur est la présence de cellules en anneau de signet chargées de mucine, qui sont présentes dans au moins 10 % des cas. Les critères de diagnostic de l'OMS basés sur la description de Serov et Scully permettent de poser le diagnostic.

III. Diagnostic positif :

Le diagnostic final des tumeurs de krukemberg est histologique et repose actuellement sur les critères de diagnostic de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Pour établir le diagnostic, les critères suivants doivent être remplis :(a) Atteinte stromale (b) Cellules néoplasiques productrices de mucines (c) Prolifération sarcomatoïde stromale ovarienne [12] .

Certains chercheurs pensent que les jeunes femmes ont un risque plus élevé de développer des tumeurs de Krukenberg en raison de le flux sanguin ovarien plus important chez les femmes préménopausées Environ 65% des tumeurs de Krukenberg sont découvertes avant les tumeurs malignes primaires [13]. En outre, l'absence d'examens physiques pour certaines femmes en âge de procréer ou un examen obstétricale non correct peut facilité le développement de tumeurs de Krukenberg compliquant la grossesse.

Le moment moyen d'apparition des symptômes de début de la grossesse est de 5 à 6 semaines de gestation ; ces symptômes atteignent généralement un pic à environ 9 semaines de gestation et diminuent entre la 16e et la 20e semaine de gestation (14,15). Les nausées avec ou sans vomissements, qui surviennent dans 70 à 80 % des grossesses, sont les symptômes les plus courants du début de la grossesse [16]. Cependant, le taux de vomissements sévères, connus sous le nom d'hyperemesis gravidarum, varie de 0,3 à 3 % des grossesses [17 ,18].

En outre, les symptômes du début de la grossesse comprennent également la tension et la douleur mammaires, l'augmentation de la fréquence d'uriner, la fatigue, la perte d'appétit et une légère perte de poids. La douleur épigastrique persistante et la perte de poids sont les symptômes les plus courants du cancer

gastrique au stade précoce. de plus, la douleur abdominale a tendance à être épigastrique, vague et légère, mais devient grave et fixe au fur et à mesure que la maladie progresse. mais devient sévère et fixe à mesure que la maladie progresse [19]. pour les tumeurs de krukunberg d'origine gastrique

Cependant, la majorité des patients atteints d'un cancer colorectal à un stade précoce sont asymptomatiques., et les symptômes typiques du colorectal, y compris les changements dans les habitudes intestinales, des constipation , hémorroïdes ,des démangaisons périnéale peuvent apparaître au troisième trimestre météorisme abdominale d'aggravation progressive ,le méléna ces signes reflètent généralement une maladie à un stade avancé [20][21]. Dans notre étude les signes colorectaux sont apparus au deuxième trimestre majorée par les constipations et la distension abdominale avec un perte de poids témoignant de l'aggravation de la pathologie maligne sous sous jacente .

IV. Examen paraclinique

Les examens d'imagerie sont également utiles pour le diagnostic des tumeurs. L'échographie est une méthode simple, rapide, sûre et non radiative.. Au cours du premier trimestre, une hypertrophie lutéale physiologique ou un lutéome de grossesse peut être confondu avec une masse ovarienne non, qui disparaissent après l'établissement de la fonction placentaire. [22]

La biopsie de la tumeur est la seule qui confirme le diagnostique. Dans notre étude, la biopsie sous coloscopie a permis de diagnostiquer le cancer colorectal.

L'IRM pourrait joué un rôle important dans l'orientation plus de caractérisation de la masse qui sera traduite par un signale hyperintense et qui est corrélé au degré de l'infiltration du tissu stromal ovarien par le mucus [22].

La tomодensitométrie occupe une place primordiale dans le bilan d'extension.

CA125, CA19-9 et CA72-4 peuvent être élevés chez les patients atteints de cancer gastrique, mais leur sensibilité et leur spécificité sont faibles [23] en tant que marqueurs tumoraux du cancer colorectal, le CA19-9 et le ACE sériques présentent des problèmes similaires [24]. Actuellement, le marqueur CA125 est le marqueur sérique le plus couramment utilisé pour le cancer de l'ovaire dans le cadre diagnostique et surveillance .Par conséquent, limités par leur faible sensibilité et spécificité et par la grossesse elle-même, les marqueurs de tumeurs sériques ne peuvent pas être utilisés dans le but d'établir le diagnostique.

Si la masse ovarienne est proche de la paroi abdominale, une ponction biopsie échoguidée peut être envisagée. Le rectum et l'utérus étant adjacents, et

la biopsie de la masse ovarienne Doivent être réalisées le plus tôt possible chez les patientes enceintes présentant des tumeurs malignes ovariennes suspectes afin de déterminer si la tumeur primaire est un cancer gastrique ou colorectale.

V. Traitement

Il n'y a pas un traitement standard envisageable concernant le risque lié au traitement pour la mère et le fœtus, Le traitement de la tumeur peut varier en fonction de l'âge gestationnel, la demande de la patiente, la tumeur primitive et le stade du cancer. La prise en charge des tumeurs de krukunberg associé a la grossesse se fait sur deux volets comme le cas de notre observation, il faut prendre en charge la grossesse et la tumeur de krukenberg, l'accouchement est toujours programmé par une césarienne a partir du 34 semaine d'aménorrhée avec une maturation pulmonaire si le diagnostic est établie en deuxième et troisième trimestre.

Actuellement, le protocole de traitement est principalement décidé sur la base de l'expérience du clinicien, la chimiothérapie peut être indiqué si le diagnostic est posé en premier trimestre après une concertation pluridisciplinaire du dossier, pour le krunkeberg le traitement est chirurgicale en absence de carcinose péritonéale ou de métastase à distance suivie d'un traitement adjuvant [25].

➤ **Le traitement radicale:**

Il comporte une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, omentectomie infragastrique si les conditions locales et générales le permettent[26,27]. Pour la lymphadénectomie pelviens et lombo-aortiques n'ont pas de place dans la prise en charge radicale

➤ **Traitement de la tumeur primitive : en stade chirurgicale**

- pour les tumeurs d'origine colique : le traitement chirurgicale est une hémi colectomie soit droite ou bien gauche voire une colectomie .

- pour les tumeurs d'origine rectaux : la chirurgie dépendra de la localisation de la tumeur par rapport au sphincter anal avec une marge de sécurité de 2 cm [28][29].

➤ **Traitement adjuvant :**

- La chimiothérapie par voie systémique

son indication est primordiale dans la prise en charge comme traitement adjuvant ou palliative quand la tumeur est non résécable d'emblé , actuellement la chimiothérapie intrapéritoneale hyperthermique peut être proposer entant que traitement adjuvant [30] Mais Les protocoles ne sont pas standardisées.

- La radiothérapie :

Tous les auteurs sont unanimes sur son inefficacité dans les tumeurs de Krukenberg [8]. [10].

➤ **Conduite Pratique:**

L'attitude thérapeutique commence par une évaluation clinique, biologique et radiologique compléter par un geste endoscopique en fonction de la symptomatologie de la patiente , pour confirmer le type histologique [31].le deuxième temps c'est l'exploration coelioscopique de la cavité abdomino - pelvienne pour établir le stade de la tumeur et de faire en même temps un traitement radicale suivie d'une chimiothérapie ou de se limiter a une biopsie si le cancer a un stade de carcinose péritonéale .

✚ **Pour la prise en charge obstétricale :**

la gestion d'une masse annexielle diagnostiquée pendant la grossesse pose un problème pour les gynécologues. Il est difficile de distinguer les néoplasmes

ovariens malins des kystes fonctionnels, corps jaune ou des tumeurs ovariennes bénignes. Si une masse annexielle est supérieure à 6 cm, présente une structure complexe, une ascite, ou persiste après 16 semaines de gestation, la prise en charge chirurgicale est essentielle pour obtenir un diagnostic histologique définitif et exclure la malignité. [32] Cette intervention est recommandée au cours du deuxième trimestre afin de réduire le risque de fausse couche, d'hémorragie et d'infection, de torsion, de rupture ou de diagnostic tardif de malignité [33] Une fois la malignité est confirmée, la stadification chirurgicale de ces entités curables est cruciale pour déterminer si une chimiothérapie adjuvante est nécessaire, en particulier chez les patientes enceintes. La procédure de stadification est idéalement recommandée entre 14 et 22 semaines [34] et comprend une cytologie de lavage, une salpingo-ovariectomie ipsilatérale et des biopsies péritonéales .

L'objectif du traitement du cancer de l'ovaire pendant la grossesse est d'obtenir un meilleur pronostic oncologique tout en préservant la viabilité du fœtus. Les risques rapportés associés à la chimiothérapie dépendent principalement de .

l'âge gestationnel et de la dose des agents antinéoplasiques utilisés [35]. Une chimiothérapie administrée au cours du deuxième trimestre peut augmenter le risque de rupture prématurée des membranes, de retard de croissance intra-utérin et d'accouchement prématuré.

Si le diagnostic est établie en premier trimestre une interruption médicale de grossesse est indiqué suivie d'un traitement radicale et un traitement adjuvant .

La césarienne est indiquée entre 32-34 semaine d'aménorrhée avec une maturation pulmonaire à l'avance et une prise en charge néonatale en réanimation pédiatrique du nouveau né. [36]

VI. Pronostic :

Le pronostic de la tumeur de krunkenberg associé à la grossesse est très sombre vu la rareté de cette association, la médiane de survie est de 12 mois après le début de diagnostic il dépend de plusieurs facteurs notamment : l'âge de la patiente, la parité, le stade de la tumeur, le début du diagnostic et le terme de la grossesse. [37]

conclusion

Le cas que nous avons rapporté est très rare , l'association d'une tumeur de krukenberg et grossesse touche généralement les patientes jeunes multipares le tableau clinique est très polymorphes surtout en début de grossesse qui peut être confondu avec les signes sympathique du grossesse, vu la prédominance de la symptomatologie digestif . le mode physiopathologique est à l'heure actuelle est mal connu font appel a des mécanismes immunologique ou hormonaux ,le diagnostic commence par un examen clinique minutieux une évaluation radiologique compléter par une exploration biologique et endoscopique .le traitement dépendra du terme du grossesse et du stade de la tumeur , en dehors de carcinose péritonéale ou de localisation a distance la chirurgie est toujours le traitement de base suivie d'une chimiothérapie.Généralement le pronostic des tumeurs de Krukenberg est sombre avec une moyenne de survie de 12 mois après le diagnostic



Résumés

Résumé

Titre : Tumeur de krukenberg et grossesse a propos d'un cas

Auteur : hamza messaoudi

Mots clés : krukenberg – tumeur ovarien -masse abdominale -grossesse

Les tumeurs du krukenberg associé a la grossesse sont très rare, la prise en charge commence par une épreuve histologique soit par une biopsie sous coloscopie, soit une biopsie pariétale de la masse si elle est accessible qui va confirmer la présence d'un adénocarcinome d'origine digestive au niveau ovarienne, le traitement dépendra du terme du grossesse et du stade de la tumeur, généralement c'est une césarienne qui sera programmé entre 32 et 34semaine d'aménorrhée. en dehors de la carcinose péritonéale ou de localisation a distance la chirurgie reste toujours le traitement de base suivie d'une chimiothérapie .le pronostic est très sombre avec une survie post chimiothérapie ne dépasse pas les 12 et 19mois.

Abstract

Title: Krukenberg tumor and pregnancy: a case report

Author : hamza messaoudi

Keywords : krukenberg - ovarian tumor - abdominal mass - pregnancy

Krukenberg tumors associated with pregnancy are very rare, management begins with a histological test either by a biopsy under colonoscopy, or a parietal biopsy of the mass if it is accessible which will confirm the presence of an adenocarcinoma of digestive origin at the ovarian level, the treatment will depend on the term of pregnancy and the stage of the tumor, generally it is a Caesarean section which will be scheduled between 32 and 34 weeks of amenorrhea. Apart from peritoneal carcinosis or distant localization, surgery is always the basic treatment followed by chemotherapy. The prognosis is very poor with a survival rate after chemotherapy of between 12 and 19 months.

المخلص

العنوان: ورم كروكنبرج والحمل حول حالة

المؤلف: حمزة المسعودي

الكلمات المفتاحية: كروكنبرج - ورم المبيض - كتلة البطن - الحمل

أورام كروكنبرج المصاحبة للحمل نادرة جدًا ، تبدأ الإدارة باختبار نسيجي إما عن طريق خزعة تحت تنظير القولون، أو خزعة جداري من الكتلة إذا كان يمكن الوصول إليها مما يؤكد وجود سرطان غدي من أصل هضمي على مستوى المبيض ، يعتمد العلاج على مدة الحمل ومرحلة الورم ، وعادةً ما تكون عملية قيصرية والتي سيتم تحديدها موعدها بين 32 و 34 أسبوعًا من انقطاع الطمث. بصرف النظر عن الورم السرطاني البريتوني أو الموقع البعيد، لا تزال الجراحة هي العلاج الأساسي الذي يتبعه العلاج الكيميائي ، والتشخيص سيئ للغاية مع البقاء على قيد الحياة بعد العلاج الكيميائي لمدة لا تتجاوز 12 و 19 شهرًا.



Bibliographie

- [1]. Santosh T, Rao ES, Rao BM, Kumar R. KrukenbergTumor arising from Bilateral Lobular Carcinoma in a Pregnant Lady: A Rare Case Report. *World J Pathol* 2014;1:16.
- [2]. Shah B, Tang W, Karn S. An Up-to-Date Understanding of the “Krukenberg Tumor” Mechanism. *Adv Reprod Sci* 2016;4:31
- [3]. Moghazy D, Al-Hendy O, Al-Hendy A. Krukenberg tumor presenting as back pain and a positive urine pregnancy test: a case report and literature review. *J Ovarian Res* 2014;7:36.
- [4]. Mackey JR, Hugh J, Smylie E.— Krukenberg tumor complicated by pregnancy. *Gynecol Oncol*, 1996, 61, 153 -155.
- [5]. Yakushiji M, Tazaki T, Nishimura H ,Kato T.— Krukenberg tumors of the ovary : a clinicopathologic analysis of 112 cases. *Acta Obstet.Gynaec JPN*, 1987, 3, 479 -485
- [6]. Vauthier brouzes D, Vanna Limoyou K, Sebah E, et al.— Tumeur de Krukenberg associée à la grossesse avec virilisation maternelle et foetale: un diagnostic dif ficile a propos d'un cas. *J Gynecol ObstetBiol Reprod*, 1997, 26, 831-833.
- [7]. Stojnic J, Stefanovic A, Jeremic K, Kadija S, Jeftovic M,Jeremic J. Krukenberg tumor of gastric origin in pregnancy with dismal outcome. *Eur J Gynaecol Oncol* 2011;32:356-8.
- [8]. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:125–34
- [9]. Shah B, Tang WH, Karn S. Transcoelomic spread and ovarian seeding during ovulation: A possible pathogenesis of Krukenberg tumor. *J Cancer Res Ther.* 2017 Jan-Mar;13(1):152-153.

- [10]. Fujimoto D, Hirono Y, Goi T, Yamaguchi A. Sigmoid colonic metastasis by lymphatic spread occurring with unilateral Krukenberg tumor considered to be caused by stage IA early gastric cancer: A case report. *Oncol Lett.* 2016 Jan;11(1):668-672.
- [11]. Agnes A, Biondi A, Ricci R, Gallotta V, D'Ugo D, Persiani R. Krukenberg tumors: Seed, route and soil. *Surg Oncol.* 2017 Dec;26(4):438-445.
- [12]. Serov SF, Scully RE. Histological typing of ovarian tumors. In: *International Histological Classification of Tumours.* . WHO, Geneva. 1973 .
- [13]. Agnes A, Biondi A, Ricci R, Gallotta V, D'Ugo D and Persiani R: Krukenberg tumors: Seed, route and soil. *Surg Oncol* 26:438-445, 2017.
- [14]. Goodwin TM: Hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol Clin North Am* 35: 401-417, viii, 2008
- [15]. Fell DB, Dodds L, Joseph KS, Allen VM and Butler B: Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstet Gynecol* 107: 277-284, 2006 .
- [16]. Lee NM and Saha S: Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 40: 309-334, vii, 2011.
- [17]. Matthews A, Haas DM, O'Mathuna DP, Dowswell T and Doyle M: Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*: CD007575, 2014.
- [18]. Bailit JL: Hyperemesis gravidarium: Epidemiologic findings from a large cohort. *Am J Obstet Gynecol* 193: 811-814, 2005

- [19]. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G Jr, Winchester D and Osteen R: Cancer of the stomach. A patient care study by the American college of surgeons. *Ann Surg* 218: 583-592, 1993.
- [20]. Hamilton W, Round A, Sharp D and Peters TJ: Clinical features of colorectal cancer before diagnosis: A population-based case-control study. *Br J Cancer* 93: 399-405, 2005
- [21]. Saleeby RG Jr, Rosen L, Stasik JJ, Riether RD, Sheets J and Khubchandani IT: Hemorrhoidectomy during pregnancy: Risk or relief *Dis Colon Rectum* 34: 260-261, 1991.
- [22]. H.K.HYUN, S.Y.BAEK, S.H.KIM, H.H.KIM et al Krukenberg's tumor of the ovary : MR imaging features *American Roentgen Ray Society* January 13,1995 .
- [23]. Carpelan-Holmström M, Louhimo J, Stenman UH, Alfthan H and Haglund C: CEA, CA 19-9 and CA 72-4 improve the diagnostic accuracy in gastrointestinal cancers *Anticancer Res* 22: 2311-2316,2002
- [24]. van der Schouw YT, Verbeek AL, Wobbes T, Segers MF and Thomas CM: Comparison of four serum tumour markers in the diagnosis of colorectal carcinoma. *Br J Cancer* 66: 148-154, 1992
- [25]. Kodama M, Moeini A, Machida H, Blake EA, Grubbs BH, et al. 2016 Feto-maternal outcomes of pregnancy complicated by Krukenberg tumor: a systematic review of literature. *Arch Gynecol Obstet*

- [26]. R.JIANG, J.TANG, X.CHENG, R.Y.ZANG Surgical treatment for patients with different origins of Krukenberg tumors : outcomes and pronostic factors *The Journal of Cancer Surgery* 35 (2009) 92-97294 (3): 589-598
- [27]. V.JALUVKA, W.ENGELHARDT Cervix cytology and primary malignancies of the gastrointestinal tract *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1987,47(12) :868-9
- [28]. P.LASSER, D.ELIOS *Chirurgie d'exérèse des cancers coliques EMC* 40-555 1996
- [29]. G.FOURTANIER , J.F GRAVIE *Cancer du rectum EMC* 40-601 1990
- [30]. R.MAKHLOUF, A.GAMOUDI, F.KHOMSI, J.B.HASSOUNA et al. Tumeurs de Krukenberg *Tunis.chir.*2006, 15(n°2) :82-86
- [31]. NAMIKO YADA-HASHIMOTO, T.YAMAMOTO, S.KAMIURA, H.SEINO et al *Metastatic ovarian tumors : a review of 64 cases Gynecologic Oncology* 89 (2003) 314–317
- [32]. Maggen C, Wolters VERA, Cardonick E, et al. *Pregnancy and Cancer: the INCIP Project. Curr Oncol Rep.* 2020;22(2):17.
- [33]. Kwon YS, Mok JE, Lim KT, et al. *Ovarian Cancer during Pregnancy: Clinical and Pregnancy Outcome. J Korean Med Sci.* 2010;25(2):230.
- [34]. Dudkiewicz J, Kowalski T, Grzonka D, Czarnecki M. *Ovarian tumors in pregnancy. Ginekol Pol.*2002;73(4):342-345.
- [35]. Garofalo S, Degennaro VA, Salvi S, et al. *Perinatal outcome in pregnant women with cancer: are there any effects of chemotherapy, Eur J Cancer Care.* 2017;26(6):e12564.

- [36]. Wu F, Zhao X, Mi B, Feng LU, Yuan NA, Lei F, Li M and Zhao X:
Clinical characteristics and prognostic analysis of Krukenberg
tumor. Mol Clin Oncol 3: 1323-1328, 2015.
- [37]. EL MANSOURI et al . tumeur de KRUKENBERG :un pronostic
encore sombre a propos de 4 observation J .Gynecol .Obstet.
Biol.Reprod,1993 ,22,497-500