



Tumeur de la granulosa sécrétant de la testostérone

Benoît Chauveau, Constance Hordonneau, Pauline Chauvet, Benoît Magnin

► To cite this version:

Benoît Chauveau, Constance Hordonneau, Pauline Chauvet, Benoît Magnin. Tumeur de la granulosa sécrétant de la testostérone. *Imagerie de la Femme*, 2020, 30, pp.186 - 188. <10.1016/j.femme.2020.09.004>. <hal-03492977>

HAL Id: hal-03492977

<https://hal.science/hal-03492977v1>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Tumeur de la granulosa sécrétant de la testostérone

Androgenic granulosa cell tumour: a case report

Benoît CHAUVEAU ^{a*,b}, Constance HORDONNEAU ^{a,b}, Pauline CHAUVET ^{b,c}, Benoît MAGNIN ^{a,b}

^a Service de radiologie, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 1 rue Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France.

^b Université Clermont-Auvergne, 63000 Clermont-Ferrand, France

^c Service de gynécologie, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 1 rue Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France.

***Auteur correspondant :** Benoît Chauveau ; e-mail : b_chauveau@chu-clermontferrand.fr

Résumé

La tumeur de la granulosa est connue pour ses manifestations hyperoestrogéniques mais peut sécréter de la testostérone dans de très rares cas. Nous rapportons ici un cas de tumeur de la granulosa androgénosécrétante chez une patiente de 47 ans.

Summary

Granulosa cell tumours are well-known for their hyperoestrogenism manifestation. But, they can also be responsible of virilization in rare cases. We report here a case of androgenic granulosa cell tumour in 47 year-old patient.

Mot-clés

Tumeur de la granulosa, virilisation, testostérone

Keywords

Granulosa cell tumour, virilization, testosterone

1. Observation clinique

Une femme de 47 ans a consulté son gynécologue pour réaliser le bilan d'une masse ovarienne gauche. Cette patiente, mère d'un enfant, était très sportive et atteinte d'une insuffisance rénale chronique sévère depuis l'âge de 17 ans due à une hyalinose segmentaire et focale non dialysée. Elle était également atteinte d'un hirsutisme depuis 5 ans, sans qu'une exploration complémentaire n'ait été réalisée. Les analyses biologiques ont montré une augmentation de la testostéronémie, de la concentration sérique de déshydroépiandrostérone sulfate et d'androsténédione, ainsi que celle de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Les résultats des dosages de cortisol libre urinaire sur 24h et de la concentration de prolactine étaient normaux. Dans le cadre d'un bilan avant une greffe rénale et après l'élimination d'une lésion surrénalienne ou hypophysaire par la biologie, une IRM pelvienne a été réalisée. Cette dernière a retrouvé une lésion ovarienne gauche de 46x32mm en coupe axiale et 33mm de hauteur, majoritairement tissulaire, avec quelques portions kystiques. Ces portions tissulaires étaient en isosignal T2, hypersignal de diffusion avec restriction du coefficient de diffusion apparent, isosignal T1 avec rehaussement après injection de produit de contraste gadoliné selon une courbe de type 2 (Figure 1). Il n'a pas été retrouvé de lésion controlatérale ni de signes de rupture et il n'y avait pas d'argument en faveur d'une carcinose péritonéale. Devant le taux de testostérone et l'aspect lésionnel compatible avec une tumeur stromale et des cordons sexuels, l'hypothèse d'une tumeur à cellules de Sertoli-Leydig a été émise. L'analyse de la pièce opératoire a retrouvé une lésion solide focalement kystisée de couleur beige charnue. Les analyses histologique et immunohistochimique ont

affirmé le diagnostic de tumeur de la granulosa mature devant la positivité de la calrétinine et de la FOXL2. Il n'y avait pas de cellules suspectes dans le liquide péritonéal. Lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire oncologique, il a été préconisé une annexectomie controlatérale, une hystérectomie et une omentectomie complémentaires, qui ont été réalisées et n'ont pas retrouvé de cellule suspecte. Les suites postopératoires ont été simples.

2. Discussion

La tumeur de la granulosa est une tumeur des cordons sexuels, représentant 1% des tumeurs ovariennes primitives [1]. Ces lésions de bas grade de malignité se présentent sous deux formes distinctes : une forme adulte prédominante (95%) et une forme juvénile (5%)[1]. Elles sont découvertes le plus souvent après la ménopause et sécrètent des hormones dans 80% des cas. En effet, les manifestations hyperoestrogéniques, telles que des métrorragies postménopausiques, sont les plus courantes pour la forme adulte, tandis qu'une pseudo puberté précoce est observée pour la forme juvénile. Cette pseudo puberté précoce s'observe par le développement mammaire, l'apparition d'une pilosité axillaire et pubienne, d'une ménarche, ainsi qu'une augmentation des organes génitaux internes et externes [2].

Dans de très rares cas, les tumeurs de la granulosa sécrètent de la testostérone et sont responsables d'un hirsutisme, d'une raucité de la voix et d'une virilisation. Environ 50 cas de tumeur de la granulosa androgénosécrétante ont été rapportés dans la littérature internationale [3].

En histologie comme à l'imagerie, la tumeur de la granulosa possède une forme très variable. La forme juvénile apparaît le plus souvent solide avec une portion kystique hémorragique. La forme adulte quant à elle, se présente plutôt sous une forme kystique mutiloculée avec loculi parfois hémorragiques, séparés par des portions tissulaires [2].

A l'échographie, la tumeur de la granulosa apparaît sous forme solide ou multikystique–solide [4]. Un flux au Doppler couleur peut être retrouvé sur les portions tissulaires. L'aspect morphologique en IRM est lui aussi très varié : solide, kystique ou mixte [2]. Ce sont les signes périphériques qui doivent nous orienter avec un épaississement endométrial, une adénomyose en cas d'hyperestrogénie ou une hypertrophie clitoridienne en cas d'hypertestostéronémie. La biologie retrouve une élévation du taux d'oestrogènes et de l'inhibine A.

Le diagnostic différentiel principal est la tumeur de Sertoli-Leydig. En effet, elle présente un aspect morphologique radiologique très proche de la tumeur de la granulosa. Cependant, ces lésions sont plus rares, représentant moins de 0,5% des tumeurs ovariennes primitives et se retrouvent surtout chez des femmes jeunes [1]. Elles sont responsables d'une virilisation dans 50% des cas. La biologie montre des taux élevés de testostérone et de delta 4-androsténone.

D'autres tumeurs ovariennes sont androgénosécrétantes, telles que le gonadoblastome, se développant chez des patientes jeunes, avec caryotype anormal (XY). De façon générale, toute tumeur ovarienne peut présenter une activité hormonale dans sa portion stromale, en particulier après la ménopause [2].

Les autres diagnostics différentiels sont les pathologies surrénaliennes. Une hyperplasie congénitale surrénalienne bilatérale due à un déficit en 21-hydroxylase peut être éliminée par un dosage de la 17-OH progestérone, dont la concentration sérique sera élevée. Une tumeur maligne surrénalienne telle que le corticosurrénalome peut être retrouvée. Un syndrome de Cushing dû à un excès de cortisol ou de minéralocorticoïdes pourra être observé. Un freinage minute ou un scanner surrénalien permettra d'avancer dans le diagnostic.

Dans le cas de notre patiente, en plus de l'argument de l'âge, la biologie aurait pu permettre de guider le diagnostic : la tumeur de la granulosa sécrète de l'inhibine A, qui n'est pas sécrétée par la tumeur de Sertoli-Leydig ; mais ce dosage n'avait pas été fait chez cette patiente.

La tumeur de la granulosa androgénosécrétante est exceptionnelle mais il faut se rappeler que pour toute suspicion de tumeur ovarienne hormonosécrétante, les dosages biologiques doivent être réalisés avant l'examen radiologique afin de guider au mieux son interprétation.

Déclaration d'intérêt

Aucun conflit d'intérêts à déclarer

Bibliographie

- [1]. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO classification of tumours of female reproductive organs. 4th ed. Lyon : International Agency for Research in Cancer (IARC); 2014.
- [2]. Tanaka YO, Tsunoda H, Kitagawa Y, Ueno T, Yoshikawa H, Saida Y. Functioning ovarian tumors: direct and indirect findings at MR imaging. Radiographics 2004;24 Suppl 1:S147-66.
- [3]. Kabaca C, Karateke A, Gurbuz A, Cesur S. Androgenic adult granulosa cell tumor in a teenager: a case report and review of the literature. Int J Gynecol Cancer 2006;16 Suppl 1:368-74.
- [4]. Van Holsbeke C, Domali E, Holland TK, Achten R, Testa AC, Valentin L, et al. Imaging of gynecological disease (3): clinical and ultrasound characteristics of granulosa cell tumors of the ovary. Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31(4):450-6.

Légende de la figure

Fig. 1. IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'une tumeur de la granulosa. a : coupe sagittale, séquence T2 ; b-e : coupes axiales, séquence T2 (b), de diffusion (c) coefficient de diffusion apparent (d), séquences T1 lava flex sans (e) et avec injection de produit de contraste (f).











