

## **RECIDIVE METACHRONE OVARIENNE DE TUMEURS DIGESTIVES : REVUE DE LA LITTERATURE A PROPOS DE 2 CAS DE TUMEURS DE KRUKENBERG**

*OVARIAN METACHRONOUS RECURRENCE OF DIGESTIVE TUMORS : REVIEW OF LITERATURE ABOUT 2 CASES OF KRUKENBERG TUMORS*

**KOFFI GM\*\*, ASSOHOUN KT\*\*, YAPO P\*\*\*, SORO KG\*\*\*, ANZOUA-KAKOU I.\***

- 1- \* Interne des hôpitaux
- 2- \*\* Assistant chef de clinique
- 3- \*\*\* Maitre assistant

**Correspondance:** Docteur KOFFI Gngangoran Marcellin

01 BP 7666 Abidjan 01/RCI. Tel : 07670666/40393824

Service de chirurgie digestive et générale du CHU de Yopougon/RCI

E-mail : [drgnangoran72@yahoo.fr](mailto:drgnangoran72@yahoo.fr)

---

### **RESUME**

Les récurrences métachrones ovariennes des tumeurs digestives sont rares. Elles peuvent se voir à tout âge. Leurs manifestations cliniques sont peu spécifiques. Leur traitement est essentiellement chirurgical.

Nous rapportons deux cas de récurrences métachrones ovariennes d'adénocarcinome muco-sécrétant colorectal s'inscrivant dans le cadre du syndrome de Krukenberg. Ces deux patientes âgées de 48 et 55 ans et ménopausées avaient subi respectivement une amputation abdomino-périnéale pour l'une et une résection antérieure pour une tumeur du haut rectum pour l'autre. La récurrence métachrone ovarienne diagnostiquée à la tomodensitométrie a été observée respectivement 21 et 12 mois après l'intervention chirurgicale. La patiente ayant subi l'amputation abdomino-périnéale a été réopérée pour subir une ovariectomie bilatérale tandis que l'autre est décédée dans l'attente de la ré intervention. Ces deux observations posent le problème des résections ovariennes synchrones lors du traitement chirurgical des tumeurs digestives pour prévenir le syndrome de Krukenberg.

**Mots-clés :** Tumeur colorectale-Récidive métachrone ovarienne-Tumeur de Krukenberg-Ovariectomie prophylactique.

### **ABSTRACT**

*Recurrence métachrone digestive ovarian tumors are rare. They may be at any age. Their clinical manifestations are not specific. Their treatment is essentially surgical.*

*We report two cases of recurrence of ovarian metachrone colorectal adenocarcinoma within the framework of Krukenberg syndrome. These two patients aged 48 and 55 years and had undergone menopause. They had respectively undergone amputation abdominoperineal for one and a previous resection for a rectal tumor on the top for the other. Recurrence metachrone ovarian tumor was diagnosed at the CT and was observed, respectively 21 and 12 months after surgery. The patient who suffered abdomino-perineal amputation was reoperated to undergo bilateral oophorectomy, while the other refused surgery and died within a context of respiratory distress on day 5 for hospitalization. These two observations raise the issue of synchronous ovarian resection during surgical treatment of digestive tumors to prevent Krukenberg syndrome.*

**Keywords:** Colorectal cancer- Ovarian metachrone recurrence -Krukenberg tumor- Prophylactic oophorectomy.

## INTRODUCTION

Décrite en 1896 par Friedrich Ernst Krukenberg, la tumeur de Krukenberg se définit comme une métastase ovarienne d'un épithélioma glandulaire digestif. Cette définition a été modifiée par d'autres auteurs<sup>1</sup> et considérée comme une métastase ovarienne uni ou bilatérale dont l'origine est un épithélioma glandulaire. Dès lors, plusieurs cas de cette pathologie ont été rapportés par de nombreux auteurs et plusieurs aspects décrits. Ainsi, l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement de cette affection ont été abordés. Le traitement efficace de cette affection est la résection chirurgicale complète de la tumeur primitive et de l'ovaire suspect<sup>2</sup>, C'est donc à ce seul titre qu'une guérison complète est envisageable.

Malgré cette résection curative de la tumeur primitive digestive, nous avons observé deux cas de récurrences métachrones ovariennes de cette affection.

## II- OBSERVATIONS

### Cas n°1

Le 20-11-2006, une patiente de 46 ans, G4P3, ménopausée, a consulté pour douleur abdominale et constipation évoluant trois mois avant son admission.

L'examen clinique a retrouvé une notion de rectorragie, une anémie sans masse perceptible et des aires ganglionnaires libres chez une patiente en bon état général. Dans la recherche étiologique, une coloscopie et des biopsies ont été réalisées et ont mis en évidence à 5 cm de la marge anale, une tumeur ulcéro-bourgeonnante dure et cartonnée réduisant considérablement la lumière intestinale en faveur d'un adénocarcinome mucosécrétant du rectum.

Dans le cadre du bilan d'extension, une TDM abdomino-pelvienne a mis en évidence un épaississement pariétal rectal circonférentiel sténosant d'allure tumorale avec un bourgeonnement luminal intra-rectal sans envahissement utéro-annexiel, vésical ni localisation secondaire ganglionnaire et viscérale à distance. L'indication d'une amputation abdomino-périnéale a été posée et réalisée le 20-11-2006 avec succès. Il s'agissait d'une tumeur respectant le fascia recti sans envahissement ganglionnaire ni métastase hépatique classée stade II (pT3NoMo). La patiente est sortie à J10 post opératoire.

Après un délai de 21 mois, elle a consulté à

nouveau pour masse douloureuse abdomino-pelvienne associée à une constipation chronique. L'examen physique a mis en évidence une masse d'environ 10 cm de diamètre mobile par rapport au plan superficiel et fixée au plan profond sans adénopathie superficielle décelable. La TDM réalisée a objectivé une volumineuse masse hétérogène abdomino-pelvienne sus utérine mesurant 158 mm

sur 112 mm limitée à l'ovaire en faveur d'une tumeur de Krukenberg (Fig. 1) sans récurrence locale. L'indication d'une tumorectomie a été posée et réalisée le 11-03-2008. En per opératoire, il s'agissait d'une tumeur d'allure maligne confinée dans l'ovaire gauche. La pièce opératoire a été acheminée au laboratoire d'anatomie pathologique. Les suites opératoires ont été simples, la patiente est sortie à J8 post opératoire et adressée au service d'oncologie pour traitement adjuvant.

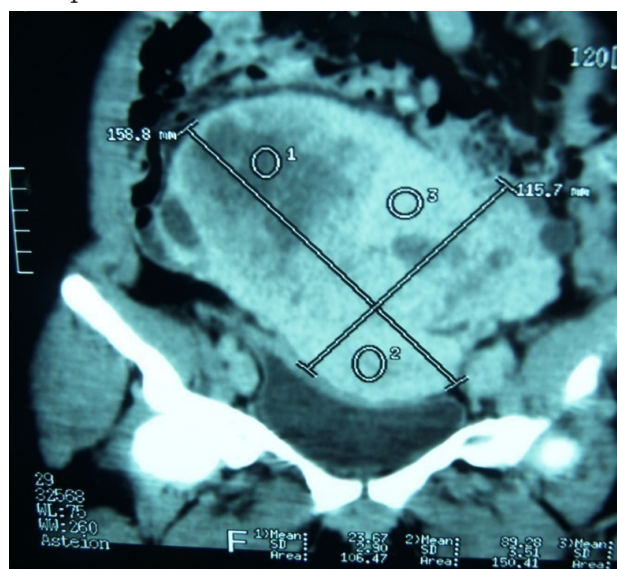
### Cas N°2

Le 10-11-2007, Dame C.M. 55 ans, ménopausée, a consulté pour douleur abdominale avec rectorragie dans un contexte de constipation. La coloscopie totale et les biopsies réalisées ont mis en évidence une tumeur ulcéro-bourgeonnante en faveur d'un adénocarcinome moyennement différencié et mucosécrétant du rectum situé à 8 cm de la marge anale.

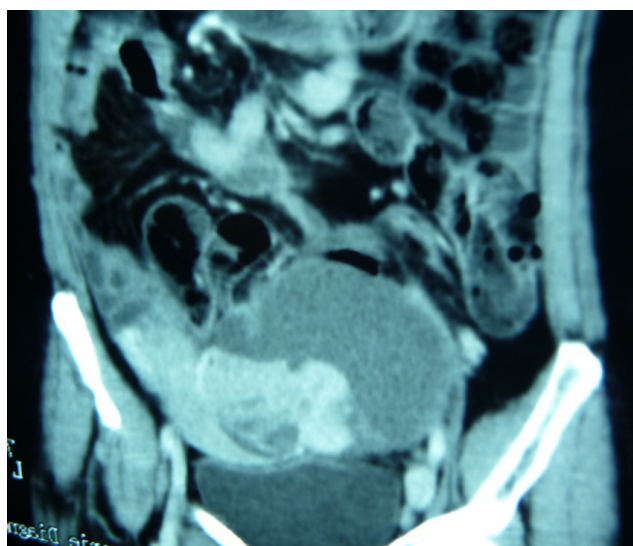
La TDM réalisée Le 15-11-2007 a retrouvé un épaississement pariétal rectal avec un bourgeonnement endoluminal sans envahissement utérin, vésical ni localisation secondaire ganglionnaire et viscérale à distance. L'indication d'une résection tumorale par voie abdominale antérieure a été posée et réalisée le 20-11-2007. Il s'agissait d'une tumeur limitée à la séreuse sans envahissement du méso rectum ni atteinte ganglionnaire qui a fait l'objet d'une résection avec anastomose colorectale classée stade II (pT2NoMo). Les suites opératoires ont été simples avec la sortie de la patiente au 8<sup>e</sup> jour après l'intervention chirurgicale. Elle a été réadmise 12 mois après cette intervention pour masse douloureuse abdomino-pelvienne évoluant depuis 2 mois avant son admission. Patiente sous chimiothérapie complémentaire, l'examen physique à l'admission a mis en évidence une volumineuse masse abdomino-pelvienne douloureuse, à surface irrégulière, ferme et fixé au plan profond associée à une altération de l'état générale et à une anémie.

Une TDM a mis en évidence une volumineuse

masse ovarienne latéro-utérine droite hétérogène, kystique avec un contingent tissulaire compatible avec une tumeur de Krukenberg associée à une infiltration des paramètres le long de la paroi antérieure du colon gauche (Fig.2). La patiente a refusé l'intervention et est décédée dans un contexte de détresse respiratoire à J5 d'hospitalisation.



**Fig. 1 :** Volumineuse tumeur de Krukenberg sans récidence locale



**Fig. 2 :** Volumineuse masse ovarienne droite hétérogène kystique avec un contingent tissulaire en faveur d'une tumeur de Krukenberg

## II- COMMENTAIRES

Le syndrome de Krukenberg se définit 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.

La chronologie d'apparition de cette récidence ovarienne ou tumeurs de Krukenberg (TK) par rapport à ce cancer primitif est variable. Elle peut se faire de façon synchrone ou métachrone<sup>3,4</sup> selon la littérature. L'âge de nos patientes était 46 ans et 55 ans. Il était superposable à celui des rares cas rapportés par la littérature. En effet, K. Atipou a rapporté une série de 3 cas de récidence métachrone ovarienne de cancer digestif avec deux patientes de 50 ans et une de 23 ans. L'âge de prédilection des cancers colorectaux pourrait expliquer celui de la récidence métachrone ovarienne. L'âge relativement jeune de notre patiente de 46 ans serait en rapport avec le fait que les cancers colorectaux s'observent de plus en plus chez les sujets jeunes<sup>5</sup>.

En oncologie gynécologique, ces patientes avec un passé de cancer colorectal qui présentent une masse ovarienne sont moins fréquemment rencontrées. Selon la littérature<sup>6</sup>, seulement 1,4% des patientes subissent un ré intervention pour récidence ovarienne après une résection de cancer colique. Mais l'utilisation de certains produits immunohistochimiques à base de cytokératine 7 et 20 génère une modification morphologique de l'ovaire pouvant simuler une tumeur ovarienne d'où la place d'un examen anatomopathologique pour éviter toute confusion diagnostique<sup>7</sup>. Dans l'histoire de nos patientes, aucune notion d'utilisation de ces produits n'a été retrouvée et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire n'a pu être effectué.

Plusieurs théories ont été élaborées quant au mode de propagation très controversé des tumeurs digestives à l'ovaire. Il s'agit du mode de propagation par contiguïté, par voie lymphatique rétrograde, par voie sanguine et transpéritonéale<sup>8</sup>. Si actuellement, la voie lymphatique rétrograde est le mode de propagation qui fait plus d'adeptes dans les cancers gastriques avec métastases ovariennes<sup>8,9</sup>, la contiguïté semble expliquer le mode de propagation des cancers colorectaux aux ovaires.

Les tumeurs primitives les plus pourvoyeuses de tumeurs de Krukenberg dans les cas rapportés sont l'estomac dans plus de la moitié des cas (70% à 100% selon les études), suivies du colon et du rectum<sup>10</sup>. Dans notre étude, les cancers primitifs siégeaient sur le rectum.

Cliniquement, les symptômes du cancer de l'ovaire sont peu spécifiques et apparaissent souvent quand l'affection a évolué dans la cavité abdominale. Les douleurs vagues, le ballonnement

abdominal, les troubles dyspeptiques sont les plus fréquemment rencontrés<sup>11</sup>. La douleur et la masse abdominale étaient les signes d'appel les plus observés chez nos patientes. Cela pourrait donc être mis sur le compte d'un retard de consultation. En effet, les deux patientes ont été perdues vue durant respectivement à 21 mois et à 12 mois.

Au plan des explorations paracliniques, l'écho endoscopie rectale a montré une performance au dessus de la tomодensitométrie dans le diagnostic des métastases ovariennes des cancers colorectaux<sup>12</sup>. Mais dans notre étude, la tomодensitométrie a été d'un apport diagnostique considérable. Elle nous a permis de poser le diagnostic d'organe et donner des caractères de la tumeur ovarienne (caractères hétérogènes du parenchyme) faisant suspecter un processus malin ovarien.

Le traitement des tumeurs de Krukenberg est avant tout chirurgical ; que ces tumeurs soient d'apparition synchrone ou métachrone. Mais le résultat de ce traitement chirurgical dépend de l'extension et de la resecabilité de la tumeur de Krukenberg. En effet, selon R.Jiang<sup>13</sup>, une métastectomie complète contrairement à une résection avec résidu tumorale améliore la survie de la patiente. Selon le même auteur, les meilleures candidates à la métastectomie sont celles dont la lésion est confinée dans l'ovaire. Dans notre étude, une patiente a fait l'objet de réintervention avec résection tumorale ovarienne. Il s'agissait effectivement d'une résection complète sur une tumeur de Krukenberg limitée à l'ovaire. Mais nous pensons que le meilleur traitement est la prévention de ces tumeurs. En effet, selon certains auteurs<sup>14</sup>, une ovariectomie prophylactique lors d'une colectomie pour cancer du colon n'influence pas la survie de la patiente et qu'elle a plutôt l'avantage de prévenir la survenue de métastases secondaires. Le problème d'indication d'une ovariectomie prophylactique demeure chez les patientes jeunes encore en activité génitale, victime plus fréquemment de tumeurs de Krukenberg<sup>15</sup>. Mais nous pensons que les patientes ménopausées doivent faire l'objet d'ovariectomie synchrone à la résection d'une tumeur digestive. Notre point de vue est en accord, selon cette même littérature avec le consensus qui se dégage dans la prise en charge des tumeurs de Krukenberg. Il s'agit de recommandations en trois points<sup>14</sup> :

1°) la réalisation d'une échographie endovaginale dans le bilan préopératoire;

2°) la palpation des ovaires en per opératoire et faire une biopsie au moindre doute;

3°) la pratique systématique d'une ovariectomie bilatérale chez la femme ménopausée.

Cette dernière recommandation n'a pas été appliquée à nos deux patientes qui étaient ménopausées et qui par la suite ont développé chacune une métastase ovarienne sur tumeurs rectales.

## CONCLUSION

Les récurrences métachrones ovariennes des tumeurs digestives sont des affections rares. Elles peuvent se voir à tout âge mais l'âge de prédilection de ces tumeurs est celui des tumeurs digestives. Leur traitement est avant tout chirurgical, la seule garantie d'un meilleur pronostic. Mais la résection synchrone ovarienne du traitement chirurgical des tumeurs digestives pour prévenir le syndrome de Krukenberg chez les patientes ménopausées reste le meilleur traitement ; il suffit seulement d'y penser.

## REFERENCES

- 1-E. Delannoy, M. Verhaeghe, P. Gautier. Le syndrome de Krukenberg. A propos de 6 observations personnelles inédites. Rev. Fr. Gynecol-obstét.1951, (3-4) :57-68
- 2-Kim HK, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Prognostic factors of Krukenberg tumor. Gynecol Oncol 2001;82:105.
- 3-Blanc B. ; Cormure M. ; Martin PM. ; Jouve NP. ; Thomas M. ; Serment M. Tumeur non endocrine de l'ovaire. Enc. Med. Chir. Gynecologie 1985-680 BI 0-11.
- 4-Crespy B. ; Delpero J.R. ; Carabalona B. ; Sastre B. métastase ovarienne des cancers colorectaux: 18 observations. Med. Chir. Dig. 1986; 1-5:54-56.
- 5-Soro KG, A. Coulibaly, Yapo P., Assohoun KT, Koffi G, Ehua SF, Kangah Miessan JB. Les cancers colorectaux du sujet jeune de 30 ans au plus, en pratique hospitalière. Cah. Santé Publique, Vol.5, n°2-2006
- 6-Blamey SL; Mc Demott FT; Pihl E; Hughes ES. Resected ovarian recurrence from colorectal adenocarcinoma: a study of 13 cases. Dis colon rectum 1981; 24:272-5
- 7-Russell P.; Robboy, S.J.; and Anderson, M.C. Miscellaneous and metastatic tumors of the ovaries. CH 23,691-670.2002. Churchill Livingstone.
- 8-Zouari M., Ghorbel A., Ammous A., Rekik S. tumeur de Krukenberg: A propos d'un cas. La Tunisie Médicale, Mai 1993 ; vol.71 no 5.
- 9-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
- 10-Young RH, Scully RE. Metastatic tumors of the ovary. In: Kuman RJ, ed. Blaustein's pathology of the female genital tract. 5th edn. New York, Springer, 2002.

- 11-Giovanni D., Aletti, MD, Mary M. Gallenberg, MD; William A. Cliby, MD Aminah Jatoi, MD; and Lynn C. Hartmann, MD. Current management strategies for ovarian cancer. *Mayo Clin Proc.* 2007; 82(6):751-770.
- 12-Bhavani Moparty, Guillermo Gomez, Manoop S. Bhutani. Large solitary ovarian metastasis from colorectal cancer diagnosed by endoscopic ultrasound. *World Gastroenterol.* 2008; 14(32):5096-5097.
- 13-R. Jiang, J. Tang, X. Cheng, R.Y. Zang. Surgical treatment for patients with different origins of Krukenberg tumors: Outcomes and prognostic factors. *EJSO* 35 (2009) 92-97.
- 14-Young RH. From Krukenberg to today: the ever present problems posed by metastatic tumor in the ovary: part I. *Adv Anat Pathol*, 2006; 13:205-227.
- 15-Cuttait R, Lesser ML, Enker WE. Prophylactic oophorectomy in surgery for large bowel cancer. *Dis Colon Rectum* 1983; 26:6-11.