

## ***Titre :Localisation ovarienne secondaire unilatérale et solide d'un lymphome iléo-caecal***

***Semar S –Kahlouche H - Benallègue M***

**Service d'imagerie médicale – Centre Hospitalo-Universitaire d'Hussein-Dey**

### Résumé :

#### **Introduction :**

La localisation métastatique au niveau de l'ovaire reste rare. L'origine digestive est dominante avec notamment la classique tumeur de Krukenberg d'origine gastrique. Les métastases ovariennes d'origine lymphomateuse sont exceptionnellement décrites dans la littérature.

#### **Matériel et méthodes :**

Dans le cadre de l'exploration d'une masse de la fosse iliaque droite chez une patiente de 39 ans, une stratégie diagnostique est élaborée avec une échographie, une TDM thoraco-abdomino-pelviennne en coupes axiales jointives et reconstructions multiplanaires sans et après injection de produit de contraste iodé et une IRM pelvienne en séquences pondérées T2 dans les trois plans : axiales abdomino-pelviennes, sagittales et coronales, axiales T1 , séquences de diffusion B1000 avec cartographie ADC , séquences de perfusion après injection de chélates de gadolinium avec courbes de rehaussement.

#### **Résultats :**

Le contexte clinique et l'aspect tomodensitométrique évoquent un processus tumoral du carrefour iléo-caecal d'origine lymphomateuse dans sa forme invasive pseudo anévrysmale avec hépato splénomégalie homogène. Le bilan d'extension met en relief l'existence d'un gros ovaire droit distinct de la tumeur digestive et caractérisé en IRM : masse ovarienne infiltrante tissulaire purement solide en signal intermédiaire en T1 et T2, hyper signal diffusion avec restriction de l'ADC et rehaussement selon une courbe de type 3 pré-décalée par rapport au myomètre.

#### **Discussion / Conclusion :**

La stratégie du diagnostic radiologique est centrée sur l'échographie couplée au doppler pour la mise en évidence et sur l'IRM pelvienne pour la caractérisation des lésions ainsi que la TDM pour le bilan d'extension et la recherche du cancer primitif s'il n'est pas connu.

La présence d'une masse ovarienne d'allure invasive avec persistance du parenchyme ovarien sain périphérique doit faire évoquer le diagnostic de métastase ovarienne.

Le contexte clinique permet d'évoquer l'origine lymphomateuse.

## Abstract :

**Introduction :** Metastatic localization in the ovary is not frequent. It can be noticed that the digestive origin is prevailing within the classic Krukenberg tumor of gastric origin. Lymphomatous ovarian metastases are described throughly in the literature.

**Material and methods :** In the context of the exploration of a mass in the right iliac fossa in a 39 year old patient , a diagnostic strategy is developed as follows : an ultrasound , a thoraco-abdomino-pelvic CT scan in joined axial sections and multiplanar reconstructions without and after injection of iodinated contrast agent. Also, a pelvic MRI is employed in T2-weighted sequences in the three planes : axial abdominopelvic , sagittal and coronal with the use of axial T1 , B1000 diffusion sequences with ADC mapping , perfusion sequences after injection of gadolinium chelates with enhancement curves.

**Results :** The clinical context and the tomodesitometric aspect indicate a tumoral process of the ileocaecal intersection of a lymphomatous origin in its invasive pseudo aneurysmal form with homogeneous hepatosplenomegaly. The extension assessment highlights the existence of a large right ovary which is distinct from the digestive tumor and characterised by MRI : infiltrating ovarian mass purely solid as an intermediate signal in T1 and T2. It also demonstrates hypersignal diffusion with restriction of ADC and elevation according to a type 3 curve preshifted in relation to the myometrium.

**Discussion / Conclusion :** the radiological diagnosis strategy is centred on both , the coupled-doppler ultrasound for detection and on pelvic MRI for lesion charcaterisation , as well as CT scan for extension assessment and search for primary cancer if it is undiscovered. The presence of an invasive ovarian mass with persistence of peripheral healthy parenchyma should suggest the diagnosis of ovarian metastasis. The clinical context permits to evoke the lymphomatous origin.



Fig 1 : Processus tumoral de la fosse iliaque droite

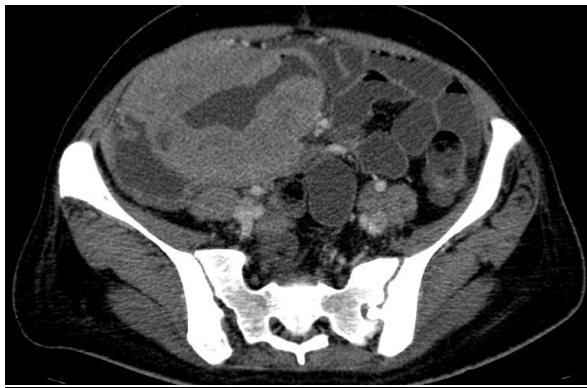


Fig 2 : Masse lymphomateuse dans sa forme anévrysmale typique



Fig 3 : Adénopathies nécrosées



Fig 4 : Hépto-splénomégalie

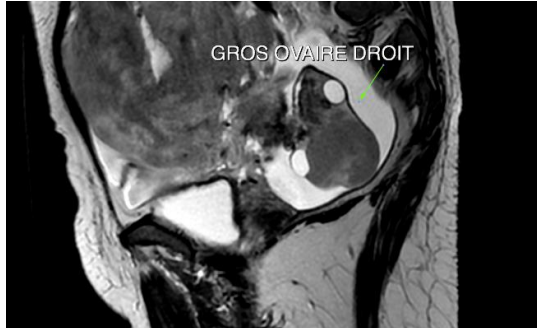


Fig 5 : Masse infiltrante tissulaire avec parenchyme ovarien périphérique normal

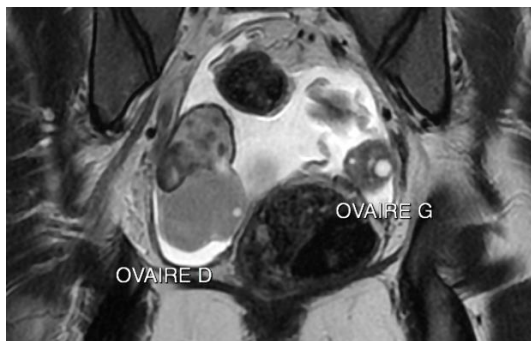


Fig 6 : Processus tumoral avec œdème ovarien

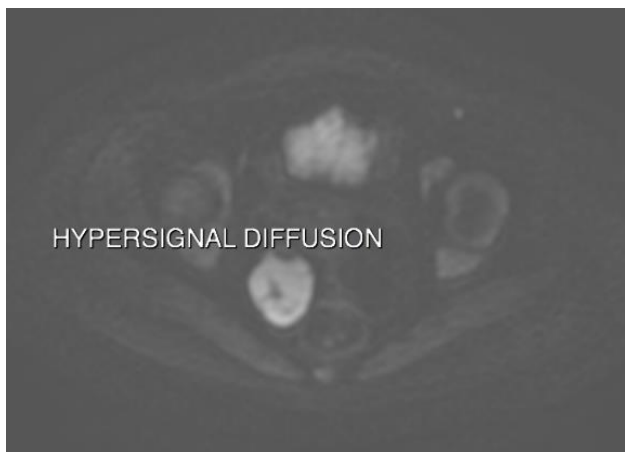


Fig 7 : Séquence de diffusion

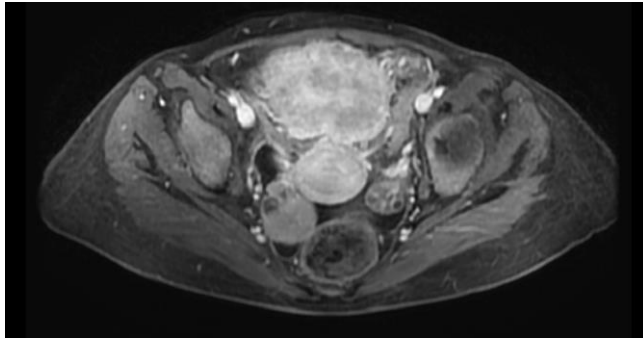


Fig 8 : Rehaussement modéré

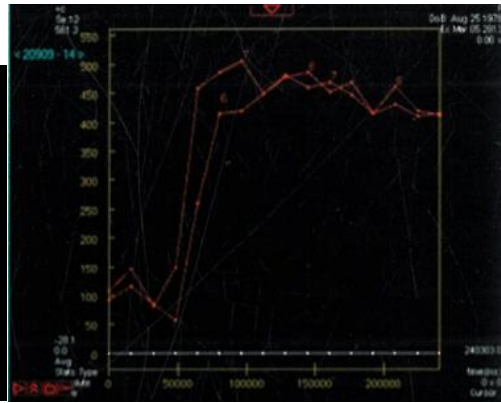


Fig 9 : pré décalage de la courbe

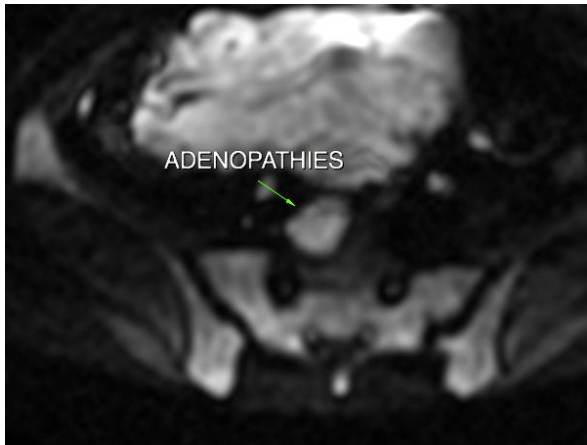


Fig 10 : Adénopathies pelviennes



Fig 11 : Masse du carrefour iléo-caecal en IRM

# ***Titre :Localisation ovarienne secondaire unilatérale et solide d'un lymphome iléo-caecal***

***Semar S - Kahlouche H - Benallègue M***

**Service d'imagerie médicale –Centre hospitalo-universitaire d'Hussein-Dey (Ex Parnet)**

## INTRODUCTION :

Les ovaires constituent un site fréquent de métastases. L'origine digestive et en particulier gastrique prédomine réalisant la classique tumeur de Krukenberg.

Les métastases ovariennes d'origine lymphomateuse sont rarement décrites dans la littérature.

Le diagnostic de certitude est toujours histologique, cependant les techniques modernes d'imagerie morphologique et fonctionnelle sont probantes dans la caractérisation lésionnelle en faveur d'un carcinome primitif de l'ovaire ou d'une métastase.

Nous rapportons le cas d'une localisation secondaire ovarienne unilatérale synchrone d'un lymphome iléo-caecal bien identifié en imagerie.

## OBSERVATION :

Il s'agit de Madame A.R âgée de 39 ans, connue pour maladie coeliaque mal suivie, qui nous a été adressée pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec altération marquée de l'état général.

L'examen clinique objective une voussure mal limitée de la fosse iliaque droite.

Il faut préciser au passage que l'endoscopie haute était normale et que la coloscopie, gênée par l'existence d'une sténose a permis quand même la pratique de biopsies concluant à un processus lymphomateux non hodgkinien de type B à grandes cellules CD20+.

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien est réalisé avec des coupes axiales jointives et reconstructions multiplanaires sans et après injection de produit de contraste iodé.

Les images objectivent un épaississement pariétal irrégulier du carrefour iléo caecal, sténosant, hypodense fortement rehaussé après injection de produit de contraste, réalisant l'aspect d'une masse de la fosse iliaque droite avec distension intestinale d'amont (fig 1,2). Nous notons également la présence de nombreuses adénopathies volumineuses, loco régionales et rétro péritonéales dont certaines sont nécrosées (fig3).

Le contexte clinique et l'aspect tomodynamométrique évoquent un processus tumoral du carrefour iléo-caecal d'origine lymphomateuse dans sa forme invasive pseudo anévrysmale avec hépato splénomégalie homogène (fig 4). Un épanchement intra-péritonéal de petite abondance était présent sans nodules de carcinose péritonéale décelable.

Par ailleurs, le bilan d'extension met en relief l'existence d'un gros ovaire droit qui pose le problème nosologique et par conséquent une caractérisation par IRM.

Cette IRM pelvienne est réalisée en séquences pondérées T2 dans les trois plans : axiales abdomino-pelviennes, sagittales et coronales, axiales T1, séquences de diffusion B1000 avec cartographie ADC, séquences de perfusion : acquisitions répétées de séquences T1 en écho de gradient centrées sur la masse explorée et sur le myomètre après injection de chélates de gadolinium avec courbes de rehaussement.

La présence d'un ovaire droit augmenté de taille est confirmée (fig 5,6) ; il est le siège d'une masse infiltrante tissulaire purement solide en signal intermédiaire en T1 et T2, hyper signal diffusion (fig 7) avec restriction de l'ADC et rehaussement modéré mais précoce après injection de chélates de gadolinium, selon une courbe de type 3 pré-décalée par rapport au myomètre (fig 8,9).

Il s'y associe de volumineuses adénopathies loco-régionales en signal intermédiaire T2 et en hyper signal diffusion d'allure suspecte (fig 10).

Par ailleurs, l'épanchement intra-péritonéal est confirmé, il est de petite abondance sans nodules de carcinose décelables et sur les coupes hautes passant par l'abdomen, nous notons la présence d'une volumineuse dilatation anévrysmale iléo-caecale en rapport avec la lésion vue au scanner, bien distincte de la lésion ovarienne (fig 11).

#### DISCUSSION :

Les cancers métastasant au niveau de l'ovaire sont, par ordre de fréquence décroissante, ceux du sein, de l'estomac, du colon, du rein et le lymphome (1). Le mode de propagation n'est pas univoque : hématogène, lymphatique ou trans-cœlomique (2). Dans la majorité des cas, les métastases ovariennes sont découvertes dans un contexte de cancer primitif connu comme chez notre patiente.

Cependant dans un tiers des cas (2), sur le plan clinique, l'atteinte ovarienne peut précéder la lésion initiale.

La stratégie du diagnostic radiologique est basée sur l'échographie couplée au doppler pour la mise en évidence et sur l'IRM pelvienne pour la caractérisation des lésions ainsi que la TDM pour le bilan d'extension et la recherche du cancer primitif s'il n'est pas connu.

L'échographie-doppler est non spécifique, elle retrouve une masse ovarienne tissulaire vascularisée indéterminée avec index de résistance élevés (0,7) indiquant la réalisation d'une IRM complémentaire.

Il n'existe pas en IRM de signes pathognomoniques de métastases ovariennes et le diagnostic repose donc sur un faisceau d'arguments.

Les métastases ovariennes à prédominance solide sont souvent de petite taille, bilatérales, en signal T2 intermédiaire et hyper signal diffusion, se rehaussant selon une courbe de type 2 ou 3 (3).

Le diagnostic de malignité est facilement posé devant une courbe de type 3.

De nombreux facteurs prédictifs sont évoqués : l'âge jeune de la patiente, la petite taille tumorale, le rehaussement modéré (4) et le signal tissulaire(5).

En fait, la présence d'une masse ovarienne d'allure invasive avec persistance du parenchyme ovarien sain périphérique est un critère déterminant qui doit faire évoquer le diagnostic de métastase ovarienne.

Cependant, il reste difficile de différencier des métastases ovariennes d'un carcinome ovarien primitif en imagerie. En effet, un carcinome ovarien primitif est le plus souvent de grande taille, uni ou bilatéral, majoritairement mixte kystique et tissulaire mais peut être solide pur(3).

Les métastases ovariennes des hémopathies malignes compliquent dans la majorité des cas des lymphomes non hodgkiniens de type B ou des lymphomes folliculaires déjà connus. Les quelques cas IRM rapportés dans la littérature montrent des masses solides, souvent bilatérales associées à des adénomégalies et une hépto-splénomégalie (3).

#### CONCLUSION :

La distinction entre les métastases et les cancers ovariens primitifs est souvent un challenge pour le radiologue. La caractérisation des lésions repose essentiellement sur l'IRM morphologique et fonctionnelle en recherchant des critères prédictifs. Le contexte clinique permet d'évoquer l'origine lymphomateuse.

#### REFERENCES :

(1) Kamaoui I et al Pan African Medical Journal. 2013 ; 16 : 44 Les métastases ovariennes d'origine biliaire : 2 cas avec revue de la littérature.

(2) In Pan African Medical Journal . 2013 ; 16 : 44 N 9 Maaouni S et al Pub Med. 2006 ; 35 (7-8) : 1181-4 Une métastase rare du cholangiocarcinome hilair, la tumeur de Krukenberg.

(3) In A. Jalaguier-Coudray et al Imagerie des métastases ovariennes J.femme . 2017 ; 10 . 005



Kim SH et al J Comput Assist Tomogr 1996 ; 20 (3) : 393-8 CT and MRI findings of Krukenberg tumors : Comparison with primary ovarian tumors.

(4) XuY et al Journal of Ovarian Research . 2015 ; 8 : 61 MRI for discriminating metastatic ovarian tumors from primary epithelial ovarian cancers.

(5) Douglas L et al Radiology . 2001 ; 219 : 213-18 Primary versus secondary ovarian malignancy : imaging findings of adnexal masses in the Radiology Diagnostic Oncology Group Study.