

•Femme de **49 ans**, 1m73, 70kg, BMI 23,4 **OMS0**.

•**Pas d'antécédent** médico chirurgical particulier.

•Statut gynécologique: G1P1, non ménopausée.



•Apparition en six mois d'une **distension abdominale** d'installation progressive, se majorant en parallèle de l'apparition de borborygmes, sans trouble du transit, sans douleur, ni symptôme gynécologique.



•Examen clinique dominé par la volumineuse **masse abdomino pelvienne**, avec un pelvis gelé à l'examen gynécologique, sans autre anomalie.

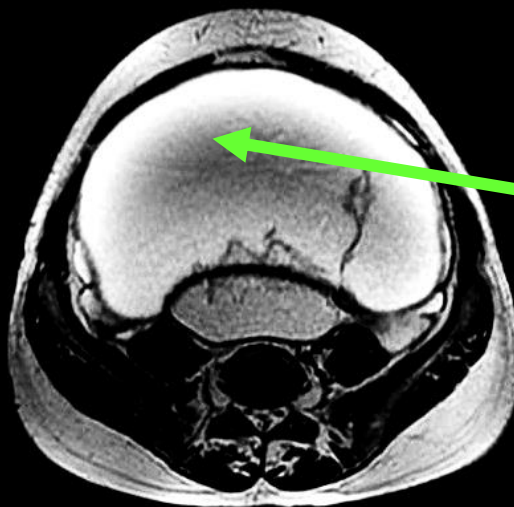
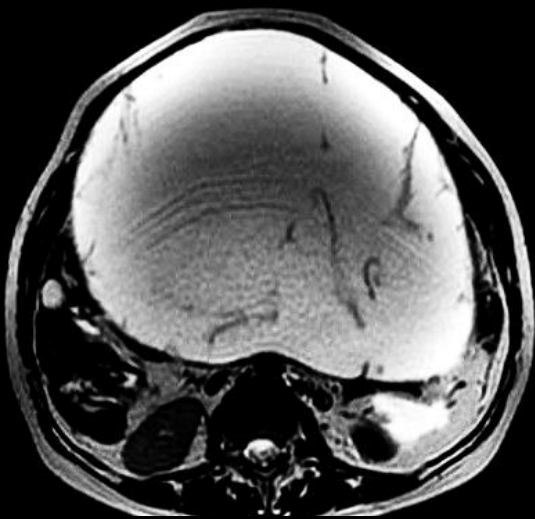
Dr Erwan GABIACHE

•Echographie en faveur de kystes pelviens organiques

*Observations du Dr Hélène SANNER
(Radiologue)*

Dr Gwenaél FERRON (Chirurgie)

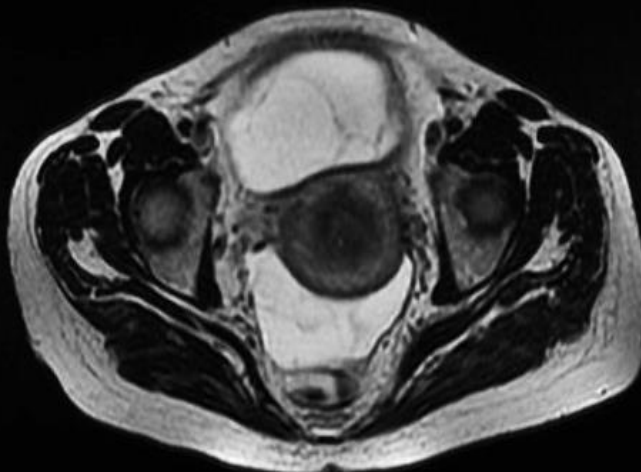
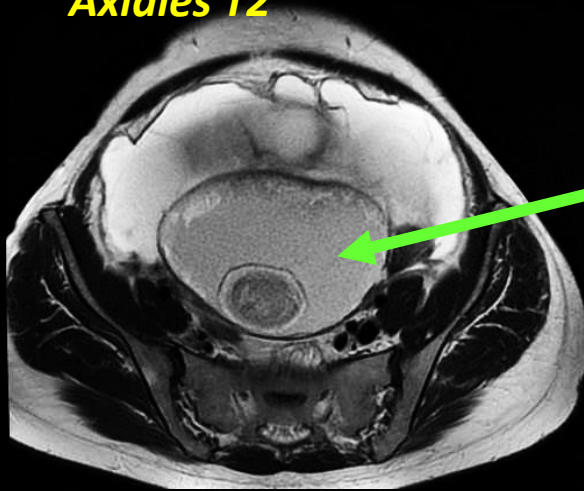
Dr Claire ILAC (Anatomo pathologiste)



Deux masses abdomino
pelviennes complexes:

- une lésion abdomino-
pelvienne kystique
multicloisonnée en
hypersignal T2 franc

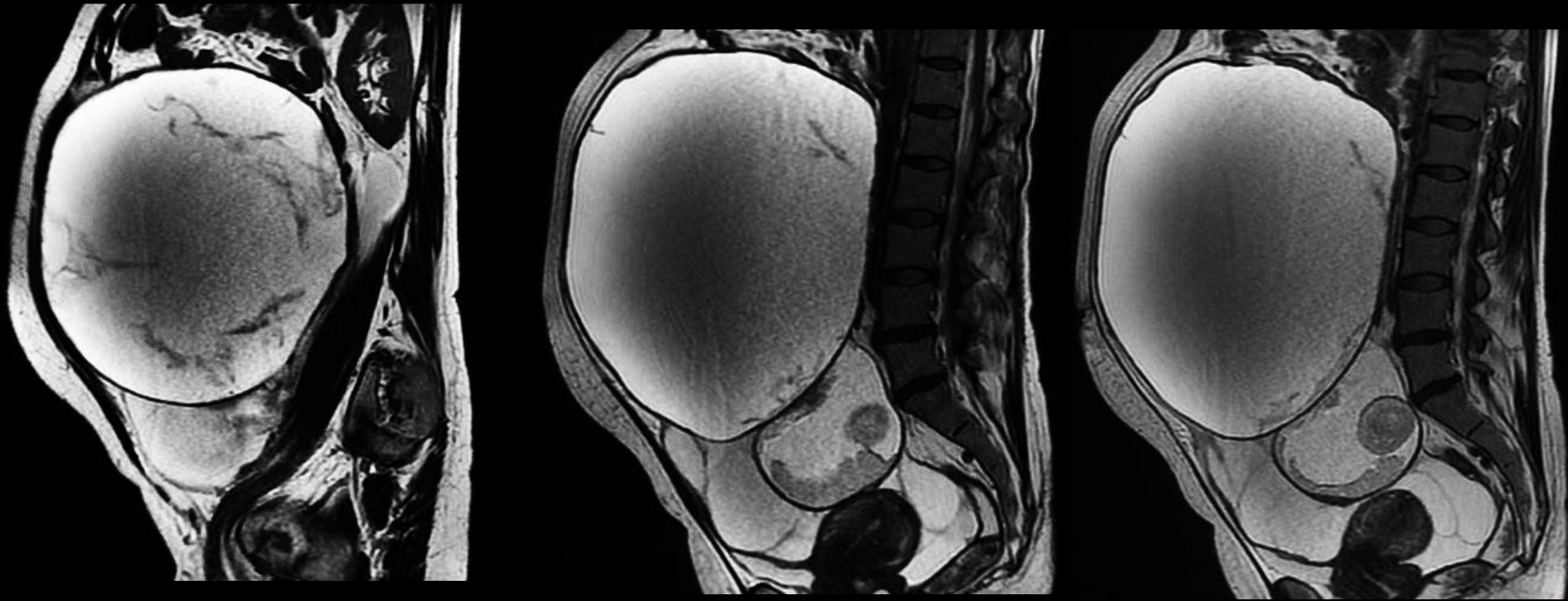
Axiales T2



- une masse pelvienne,
mixte, constituée d'une
lésion **tissulaire**
encapsulée occupant un
kyste en hypersignal T2
inférieur à celui des
liquides à faible teneur
en protéines (urines /
LCR)

-Signe de **l'organe manquant**: l'ovaire droit n'est pas vu

Sagittales T2



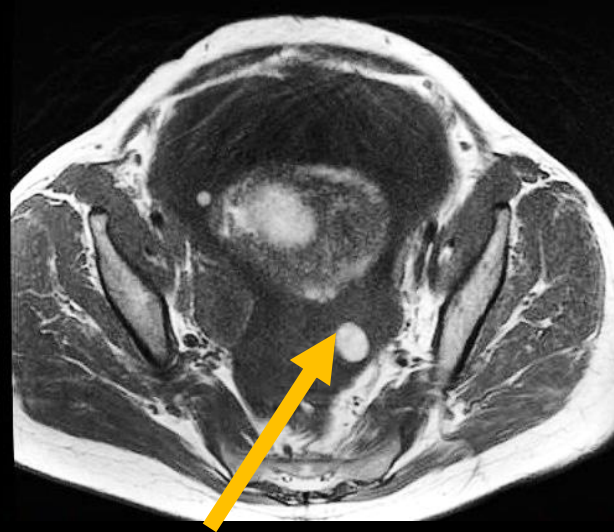
Les coupes sagittales T2 permettent de rendre compte du volume des deux lésions occupant la grande cavité jusqu'à hauteur du processus xyphoïde

Elles permettent de visualiser caractère hétérogène du contenu de la lésion pelvienne, distincte de l'utérus



Les coupes axiales T1
permettent:

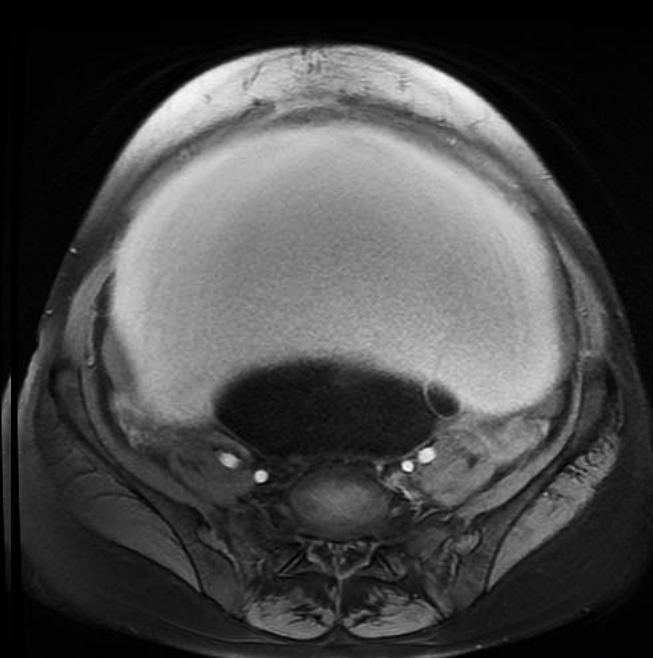
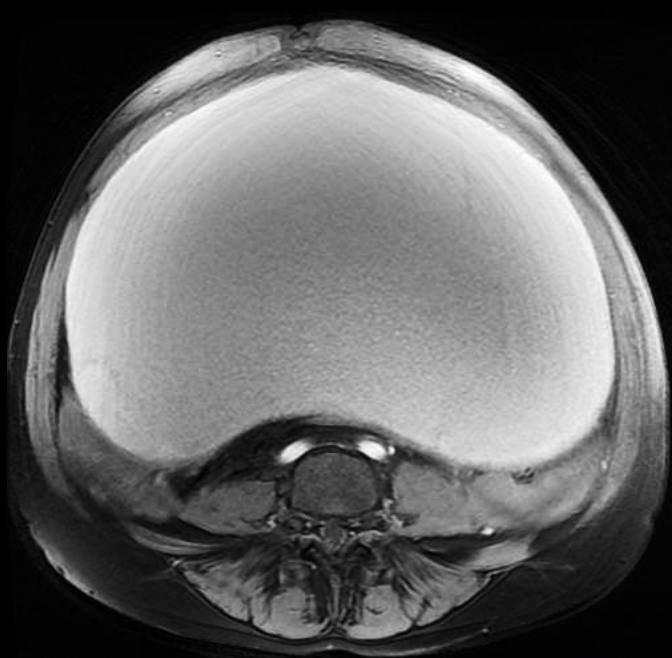
- la caractérisation des liquides lésionnels: en hypersignal pour la lésion pelvienne (lipides ou sang)



- l'hyposignal T1 du contenu de la deuxième lésion multi cloisonnée

- la présence d'implants péritonéaux en hypersignal T1

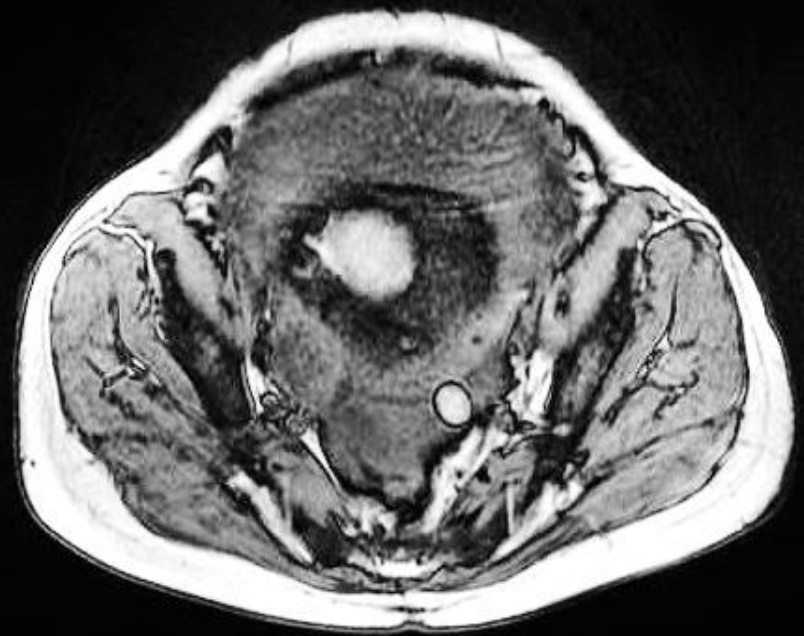
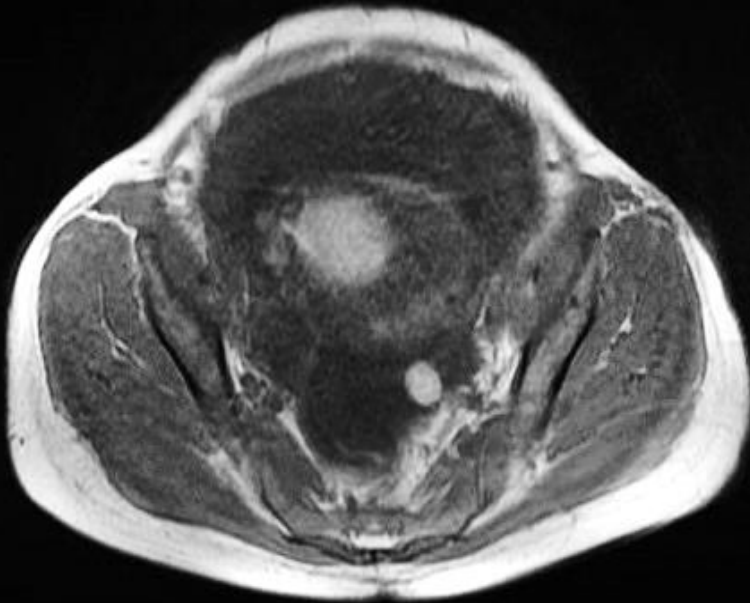
Axiales T1



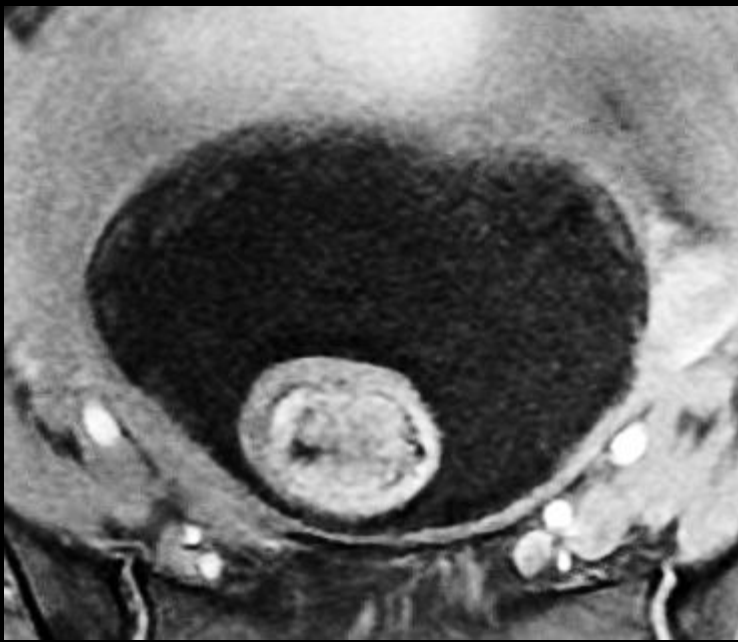
Axiales T1 FAT SAT Gadolinium



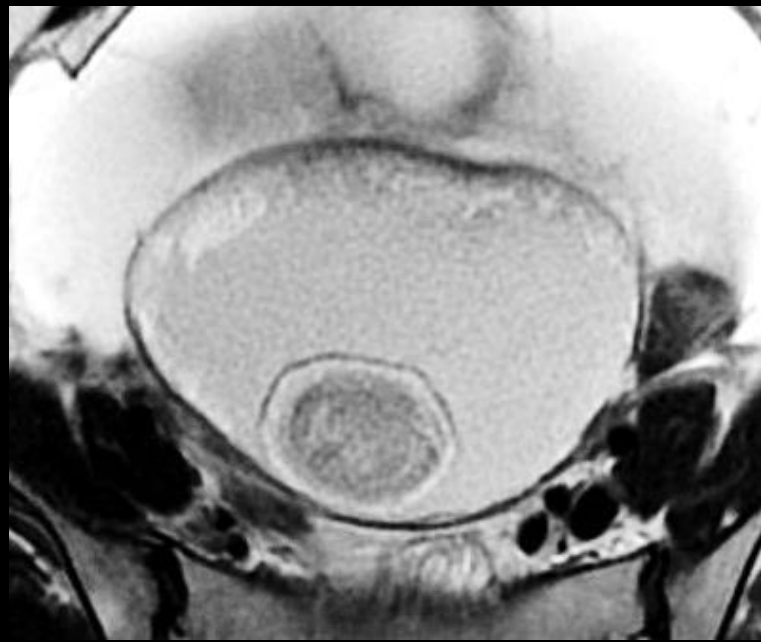
Les acquisitions
avec saturation
du signal de la
graisse et en
opposition de
phase (IP/OP)
objectivent la
chute du signal
du liquide à
composante
lipidique



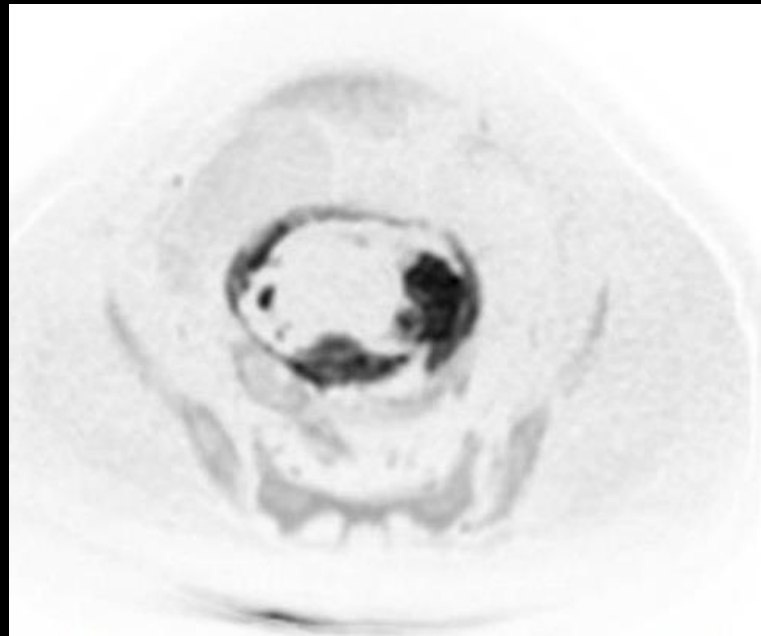
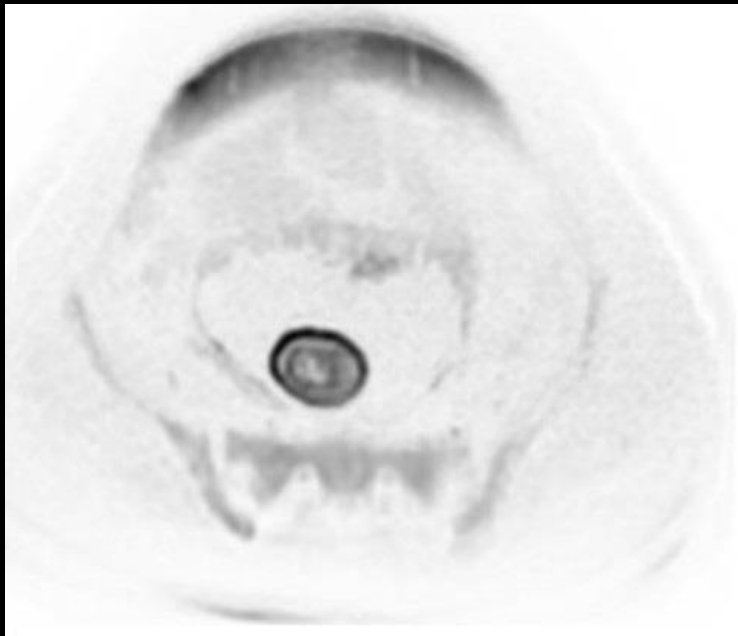
Axiales IP/OP



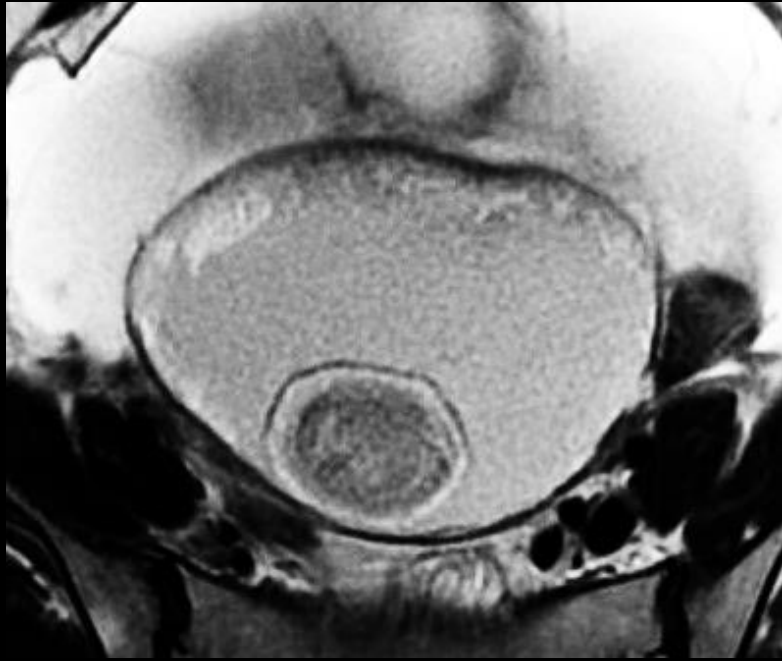
Axiale T1 FAT SAT Gadolinium



Axiale T2



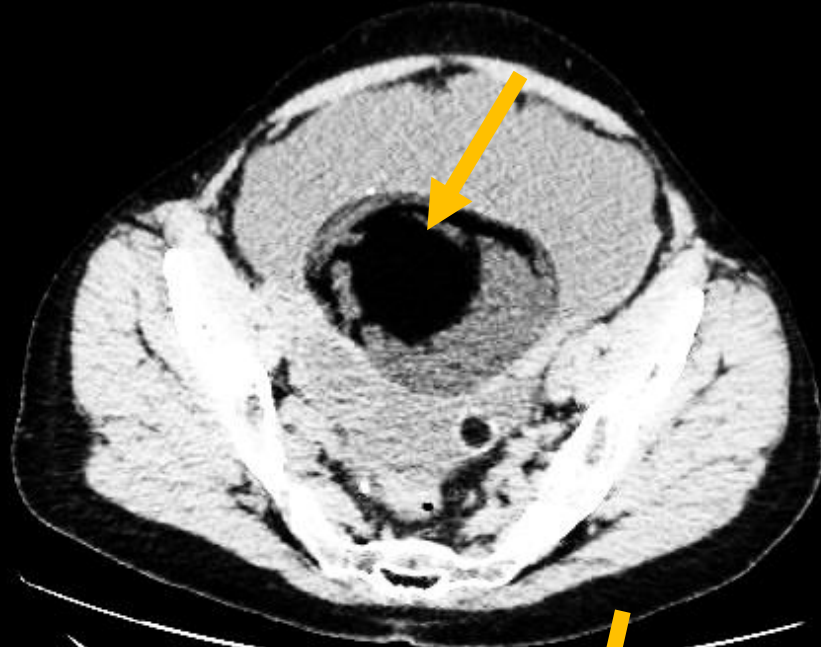
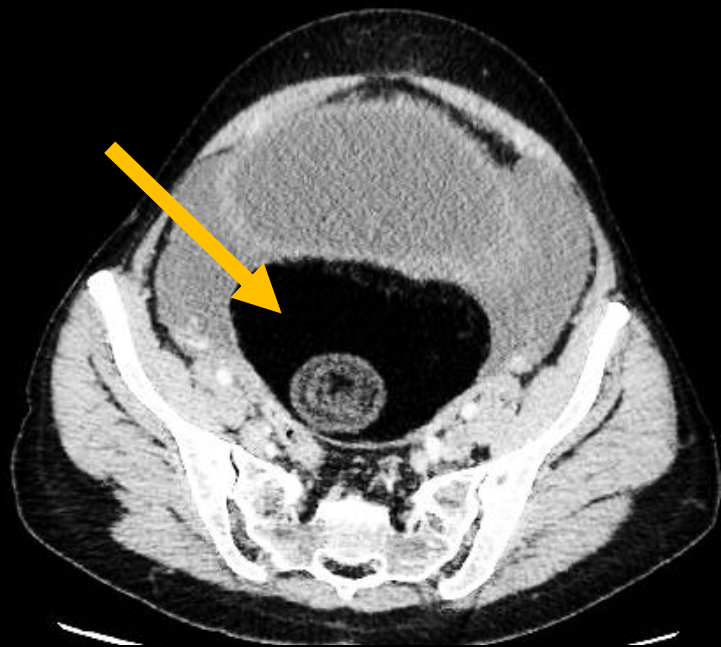
Axiales Diffusion



Axiale T2



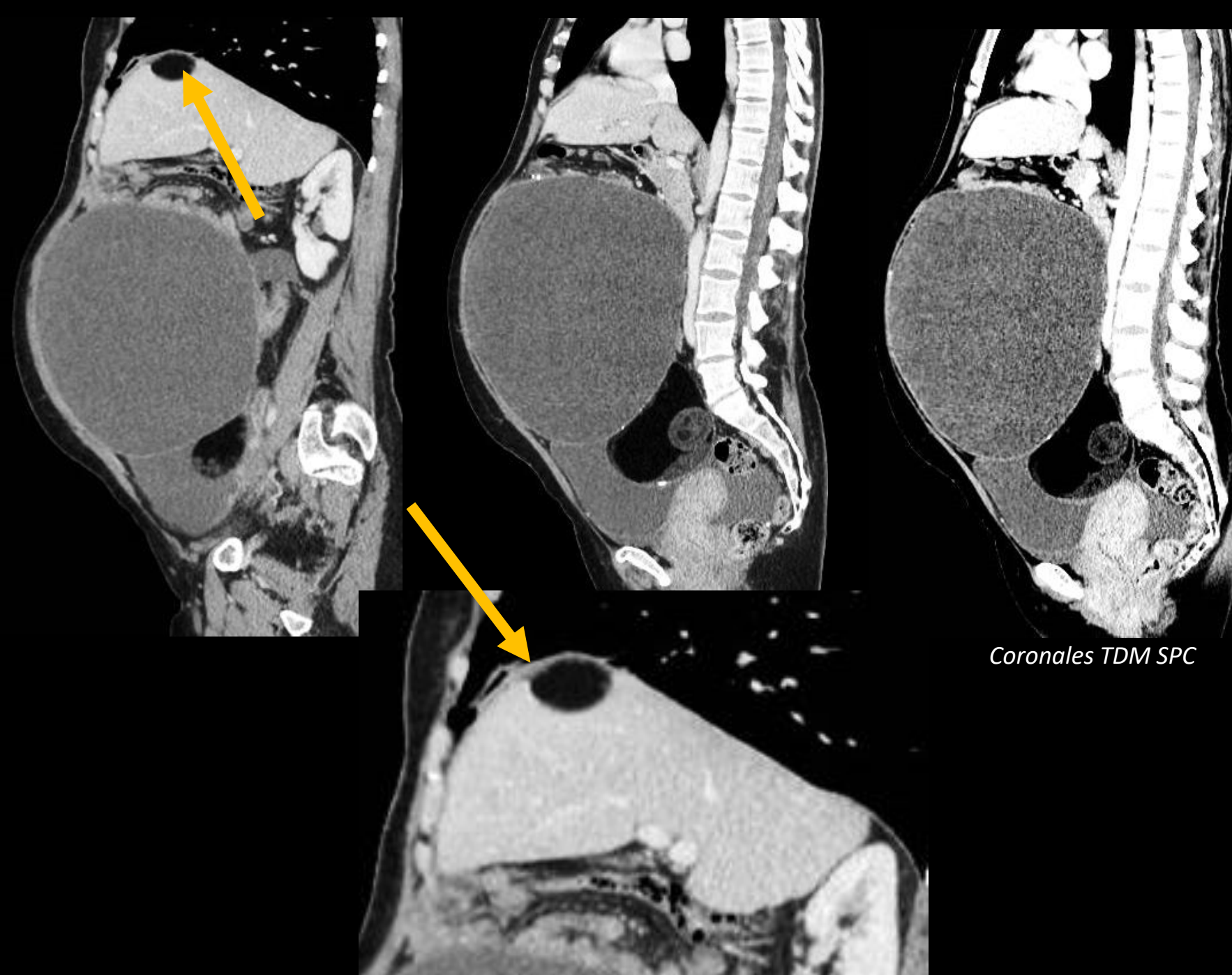
Axiale TDM SPC



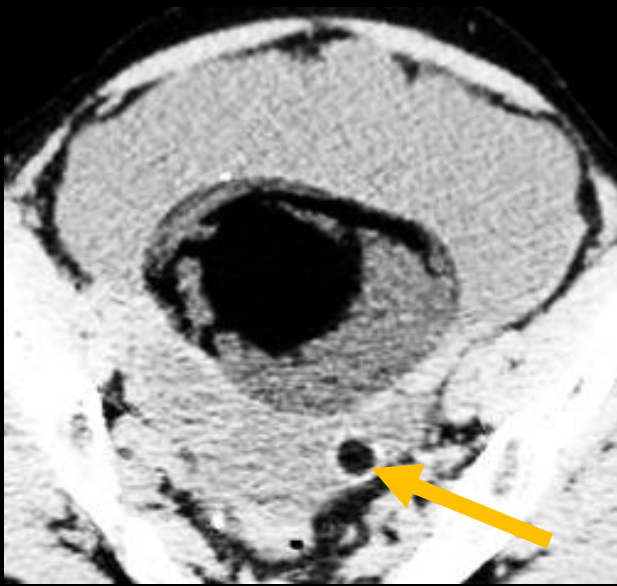
Axiales TDM SPC



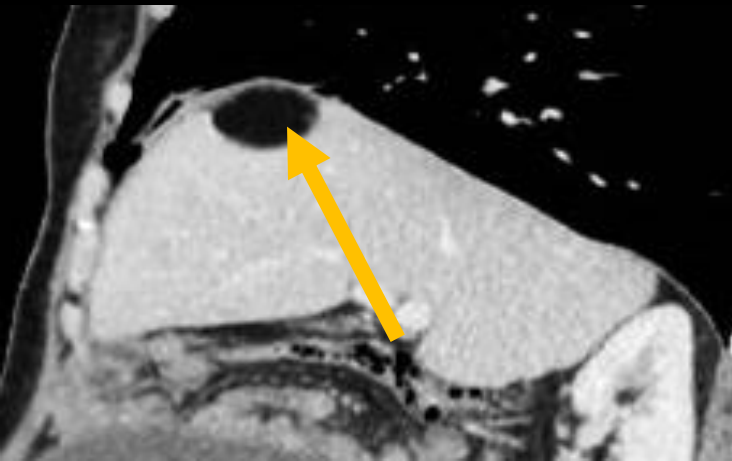
Coronales TDM SPC



Coronales TDM SPC

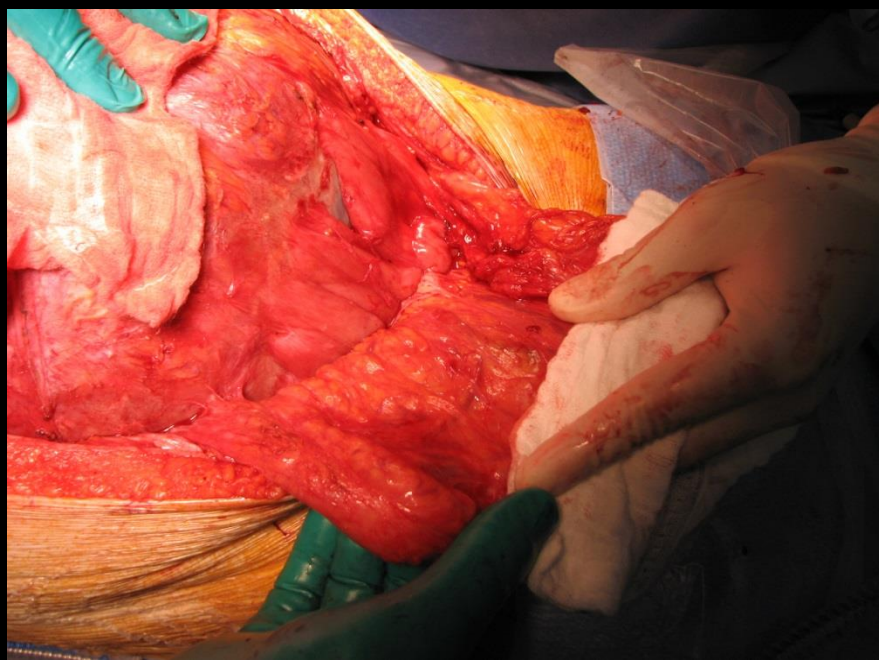


au scanner la mise en évidence de plages de tissu graisseux mature, à côté de zones hypodenses correspondant à des sécrétions sébacées et du nodule de Rokitansky-Aschoff permet d'identifier un **tératome mature**



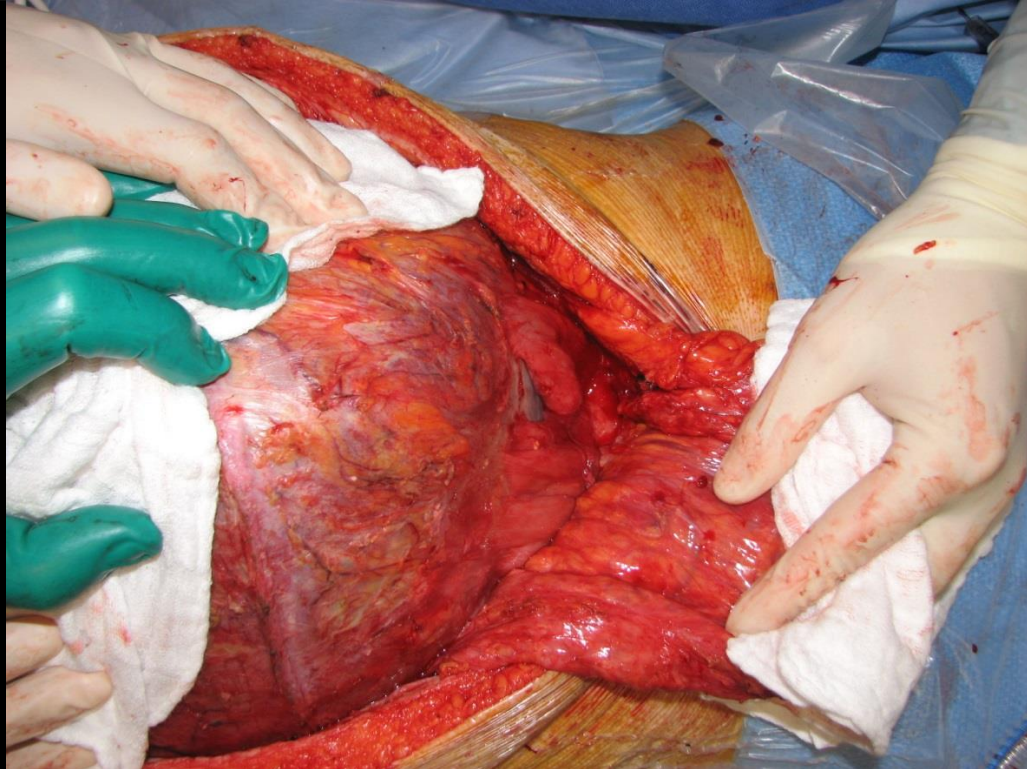
la présence de lésion à contenu graisseux à distance de la lésion pelvienne et en particulier dans l'étage sus-mésocolique signe la **dissémination péritonéale du contenu kystique avec implants "paraasitiques"**

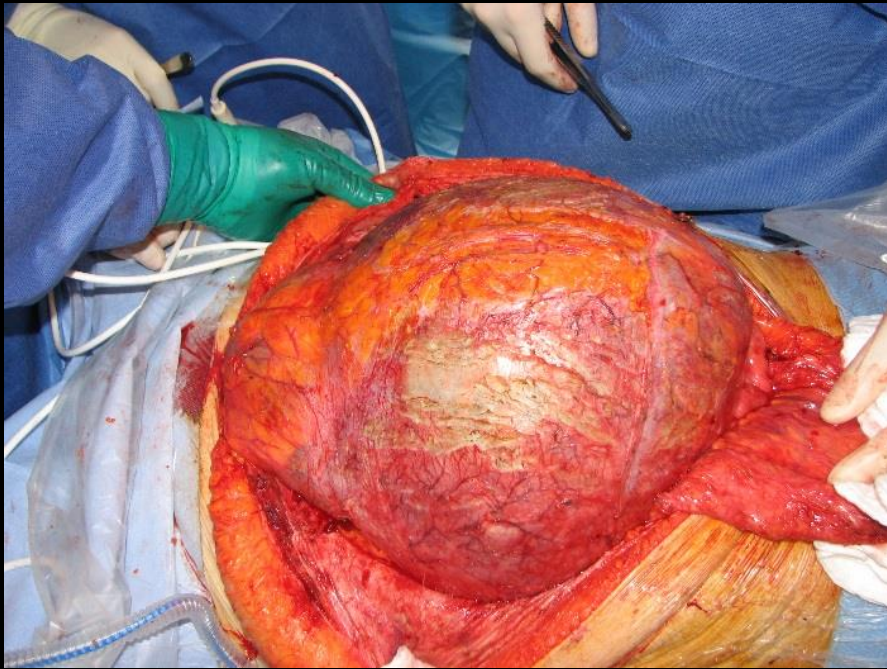
à l'intervention



Principaux temps opératoires

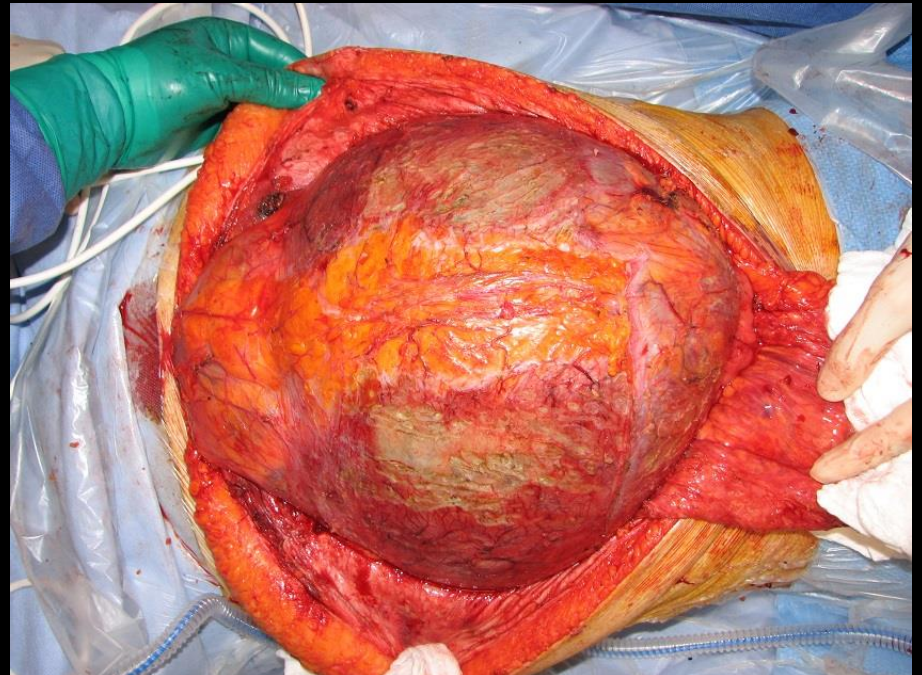
Dissection et exploration permettant de constater le caractère extrêmement infiltré et adhérentiel de l'étage sous mésocolique et du mésentère par les lésions de péritonite chronique

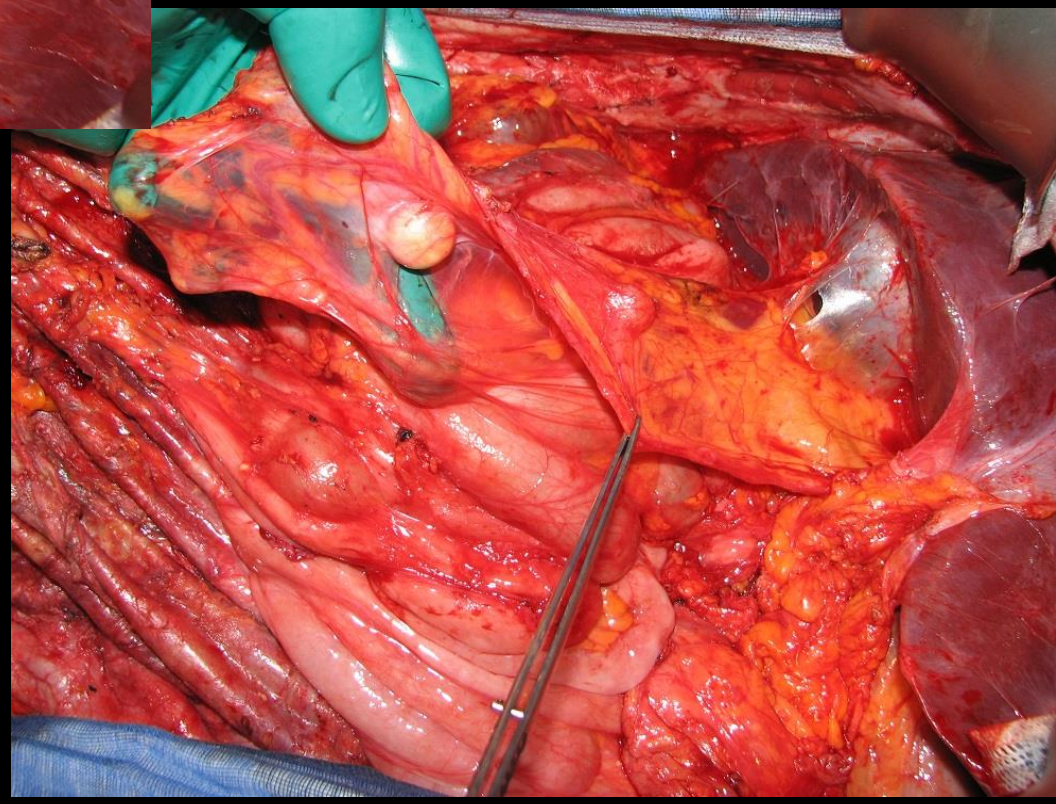
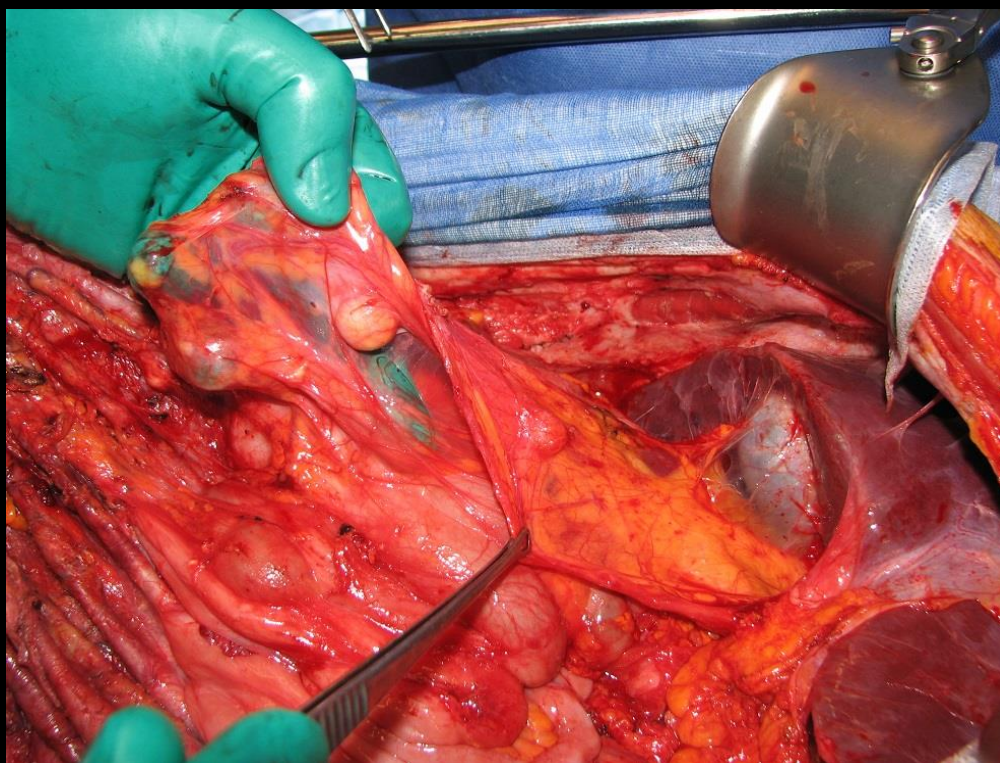




Exérèse de la masse

**Dissection et exploration permettant
de constater le caractère
extrêmement infiltré et adhérentiel
de l'étage sous mésocolique et du
mésentère par les lésions de
péritonite chronique**







Pièce opératoire à l'état frais



Pièce ouverte après fixation au formol

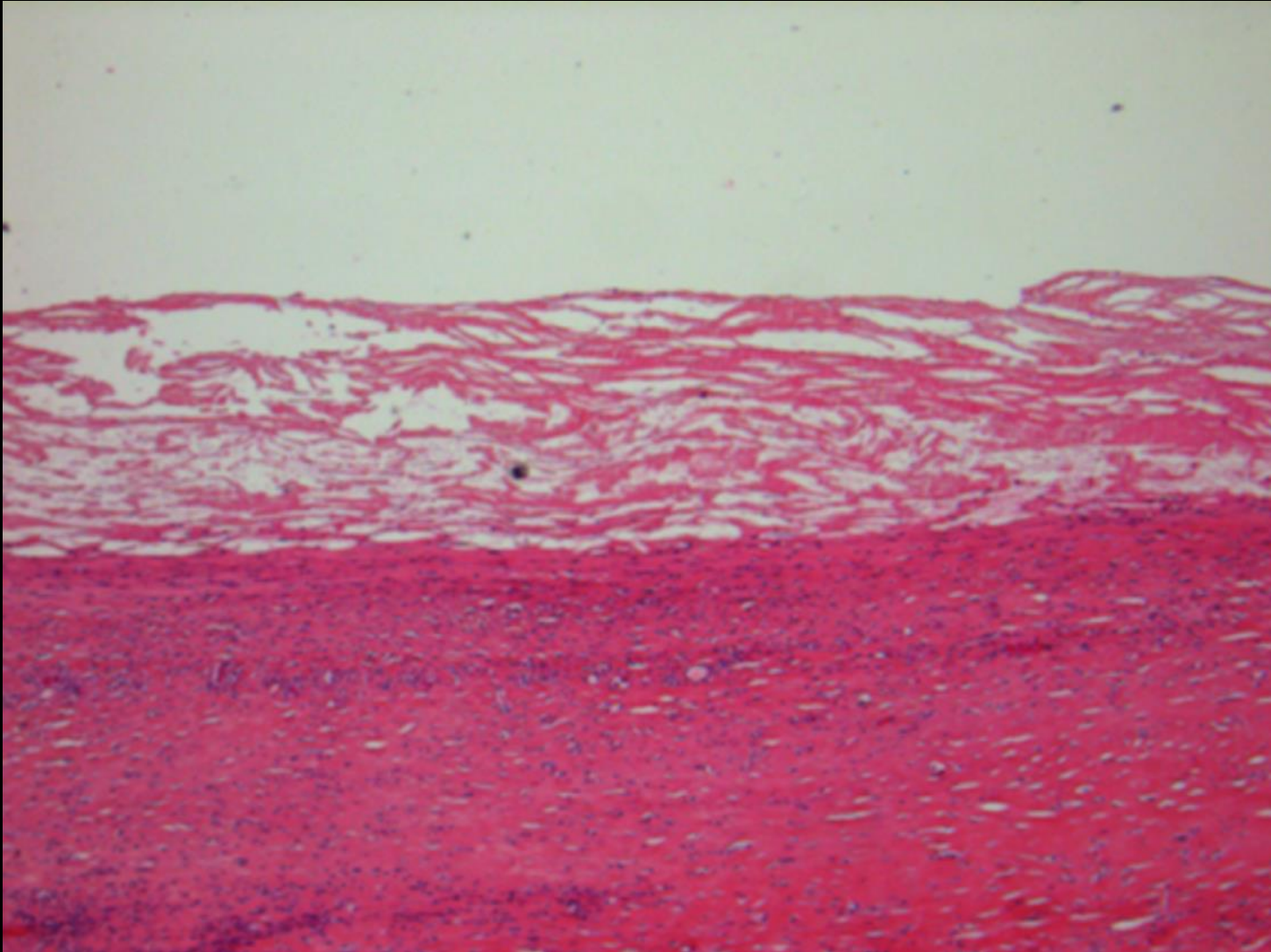
Pièce ouverte après fixation au formol

Revêtement
épidermique
avec annexes
sébacées

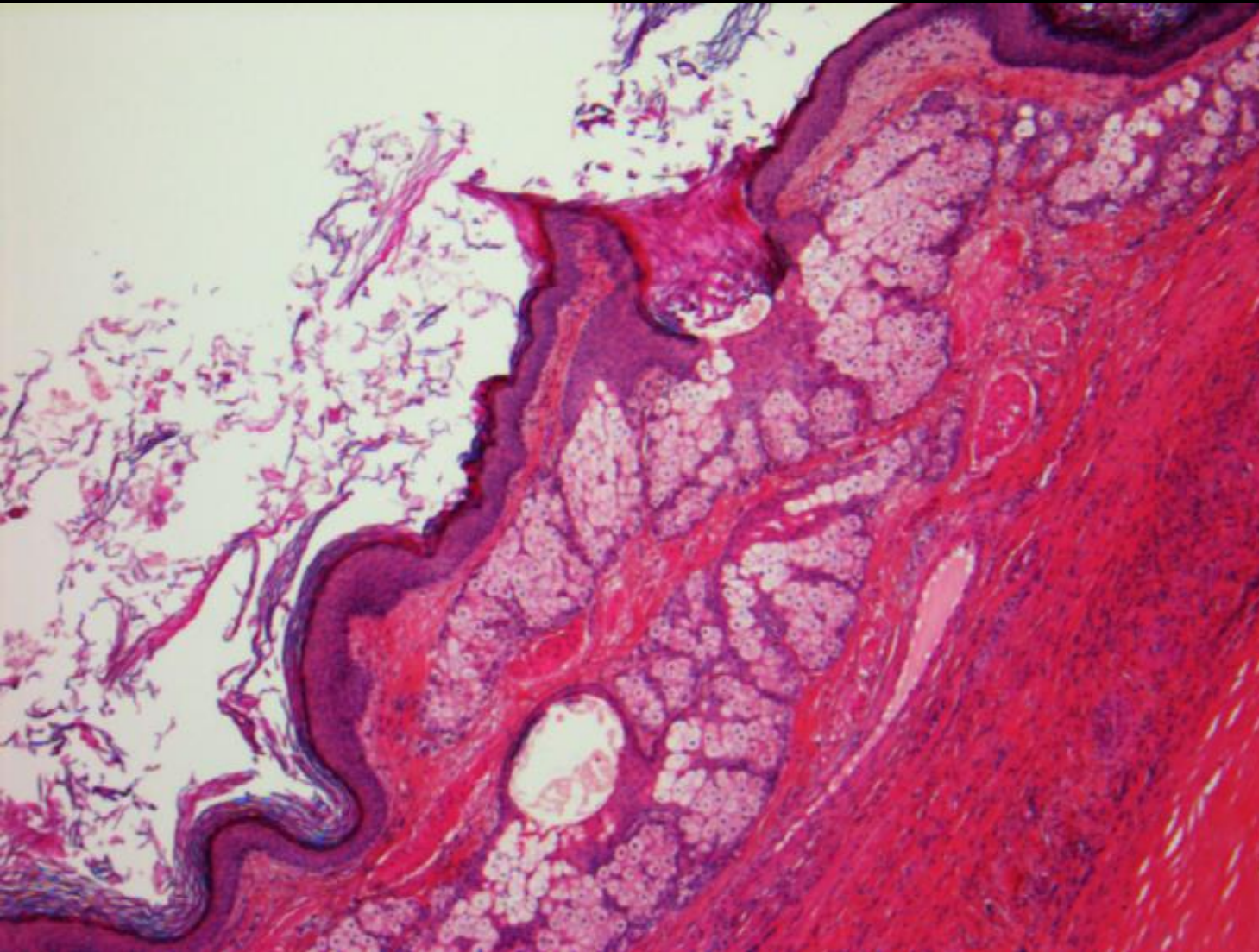
Paroi fibreuse
sans revêtement
propre



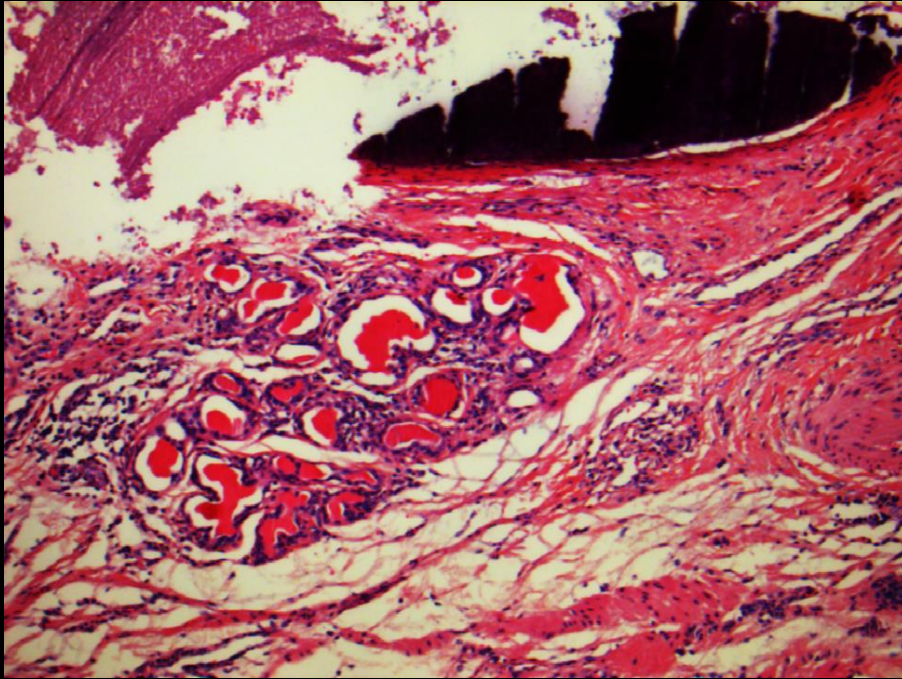
Grossissement paroi fibreuse



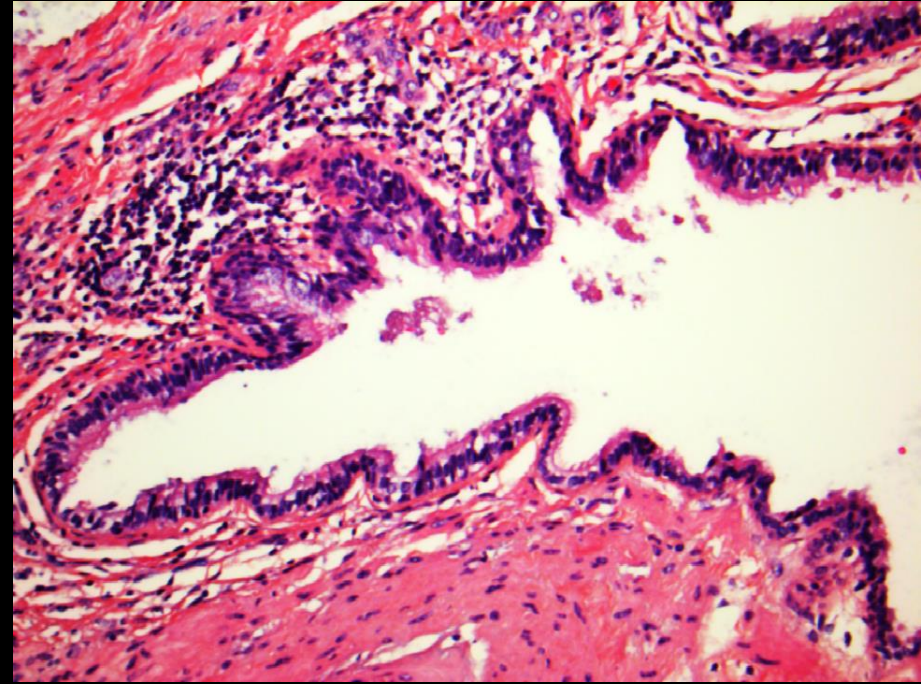
Grossissement paroi côté épidermique



le diagnostic est bien sur celui de Tératome mature

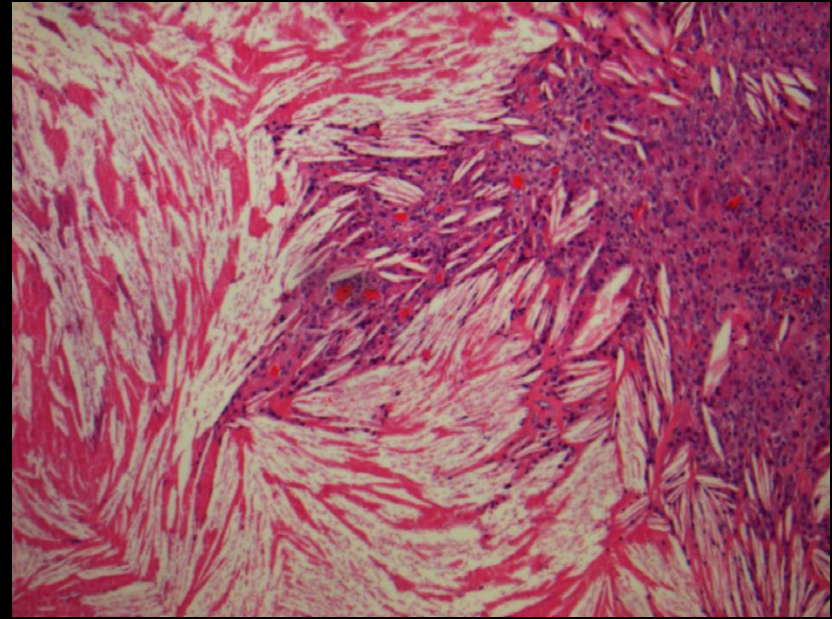
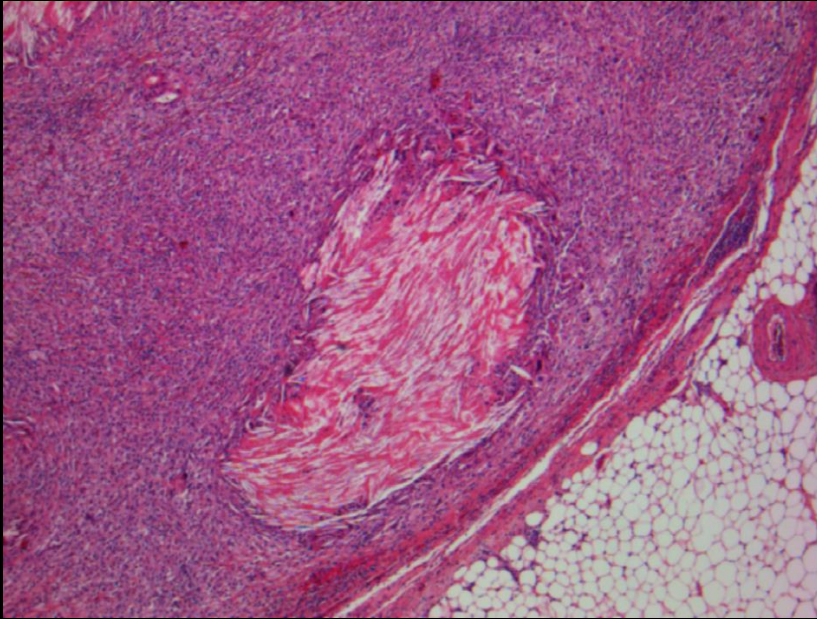


Tissu thyroïdien

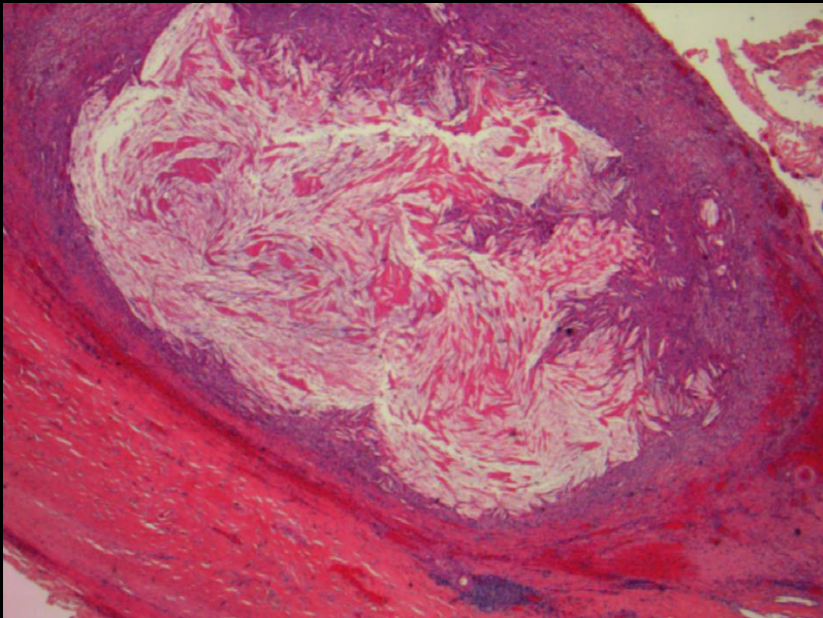


Tissu de type respiratoire

Péritonite chronique dermoïde



**Granulomes sur cristaux
de cholestérol**



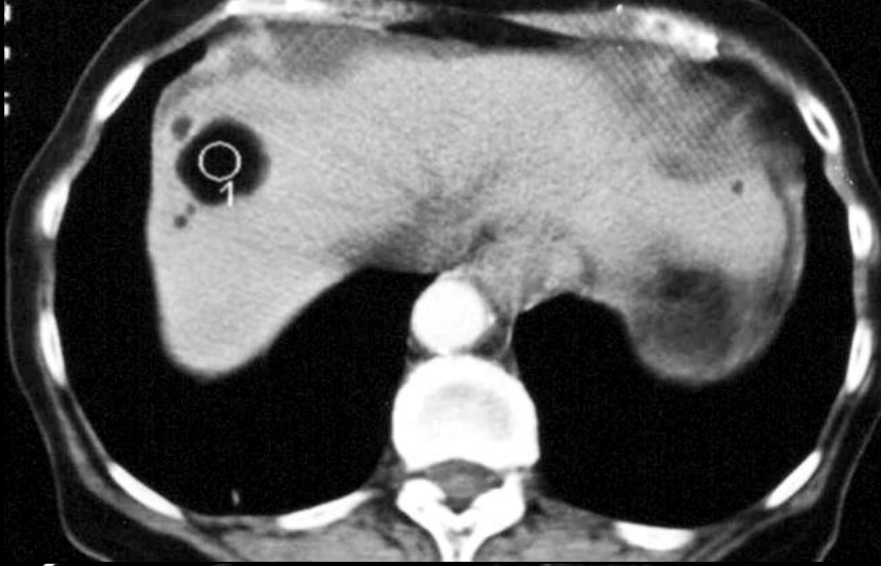
Au total

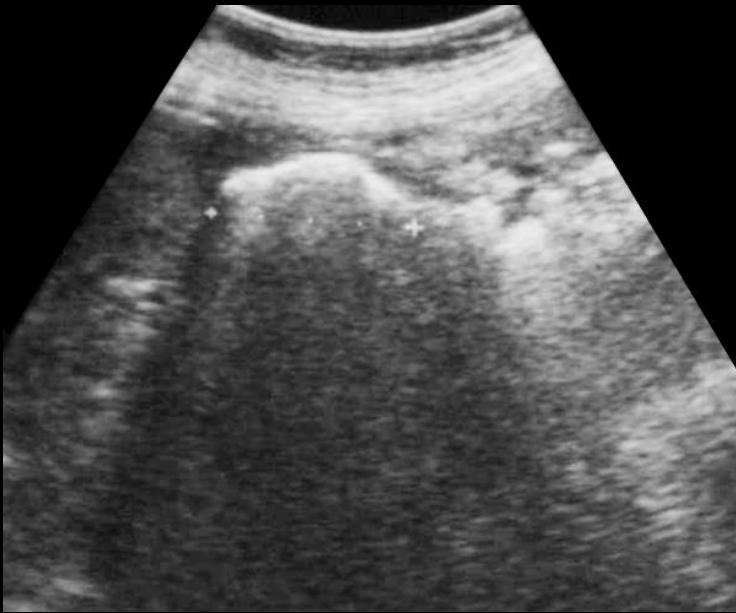
**Tératome mature de l'ovaire rompu
responsable d'une dissémination
péritonéale sous et sus mésocolique**

cas compagnon n° 01

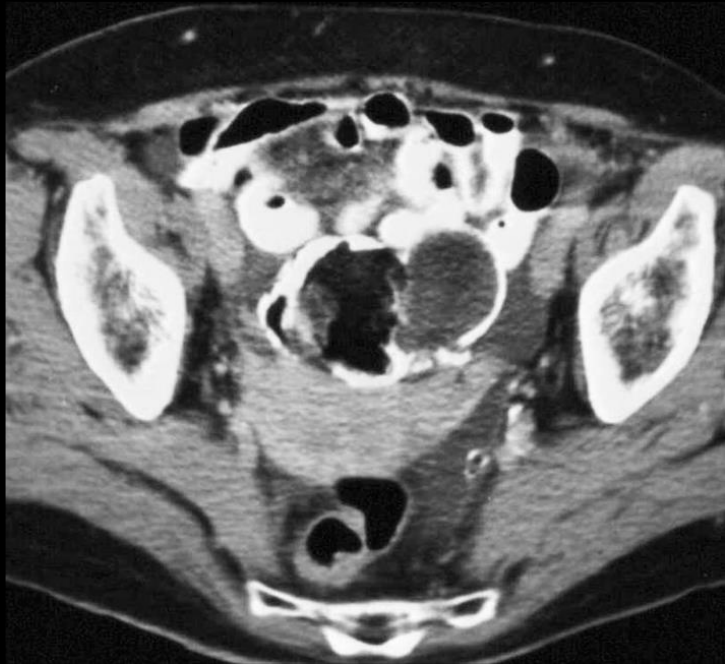
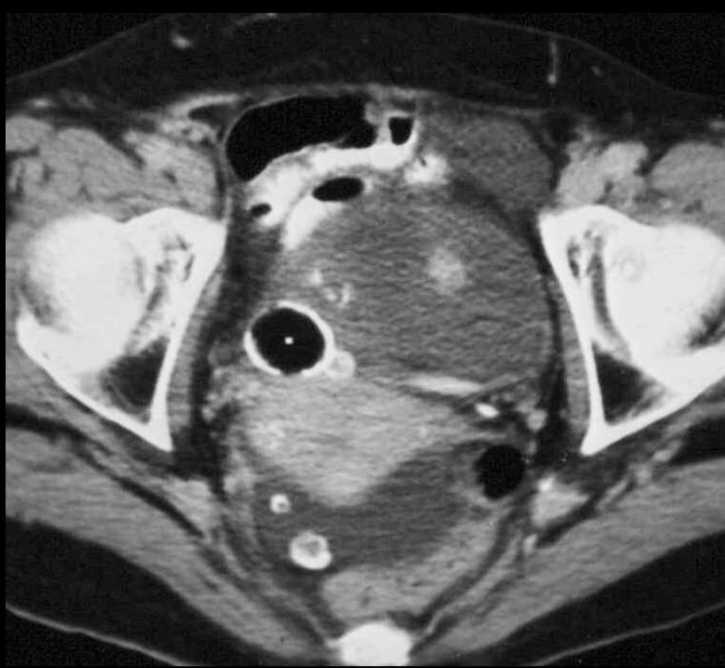
obs. D Mathieu H Mondor

femme 70 ans distension abdominale et baisse de l'état général

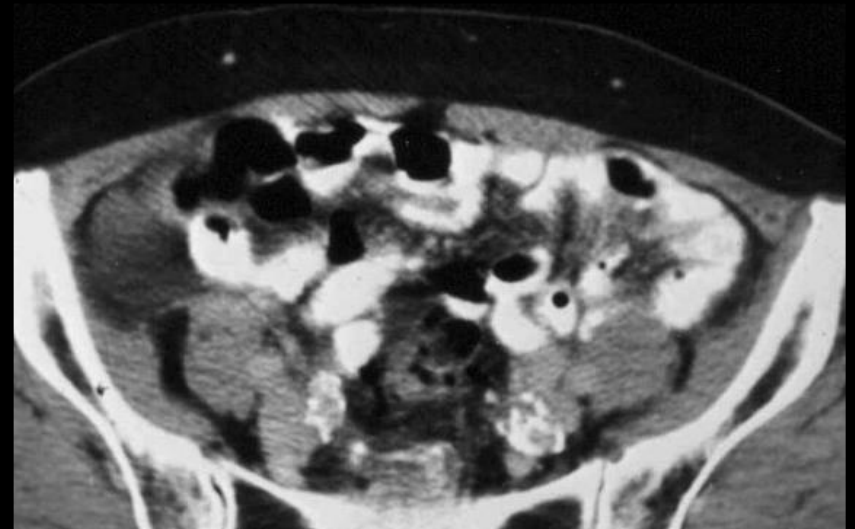
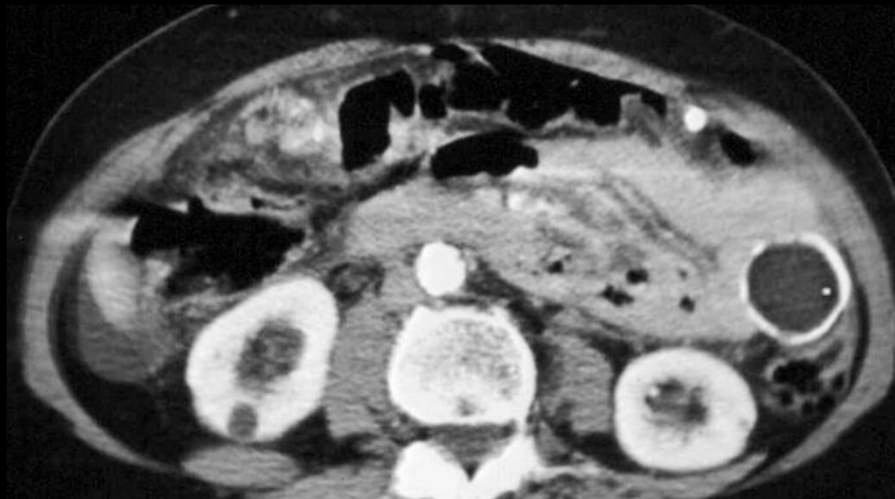
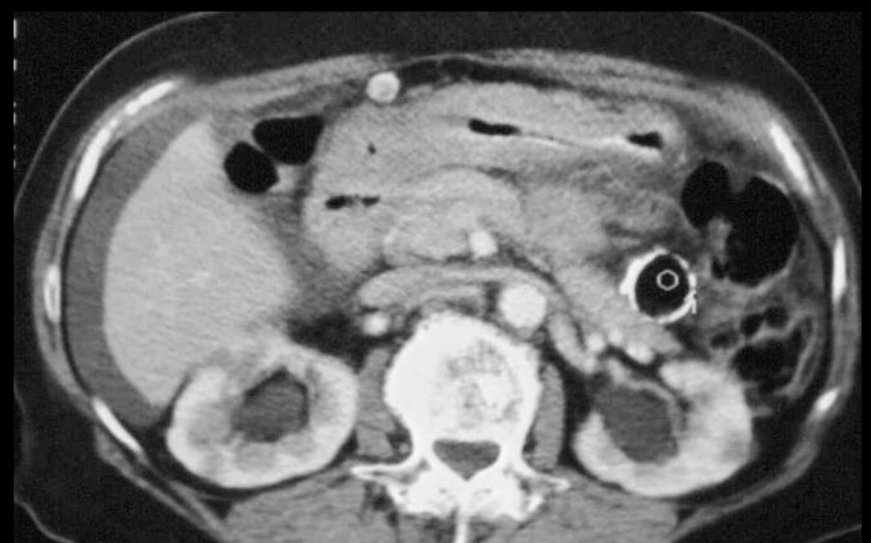




obs. D Mathieu H Mondor



obs. D Mathieu H Mondor

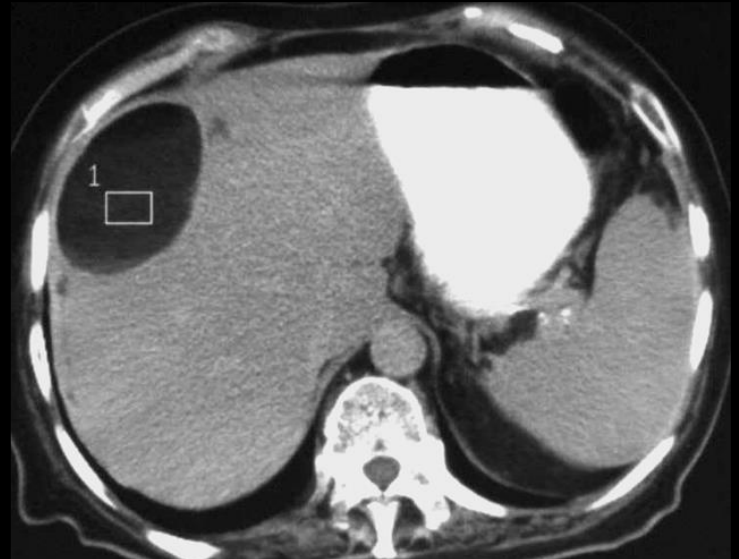
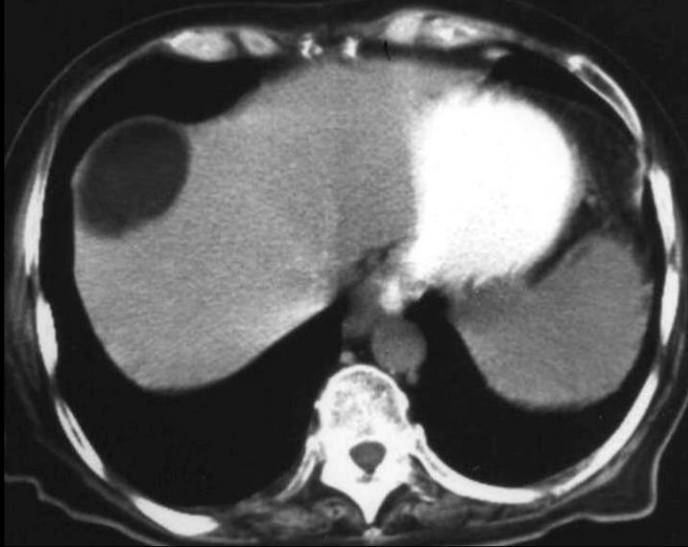


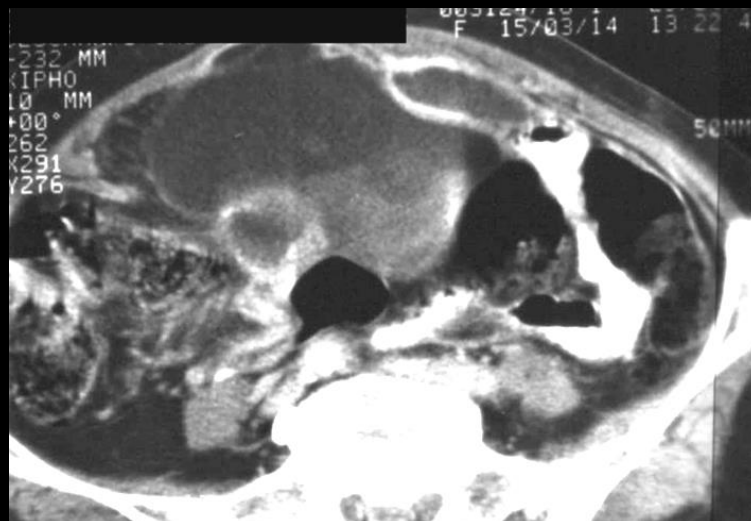
pelvi péritonite chimique chronique par rupture de kyste dermoïde de l'ovaire

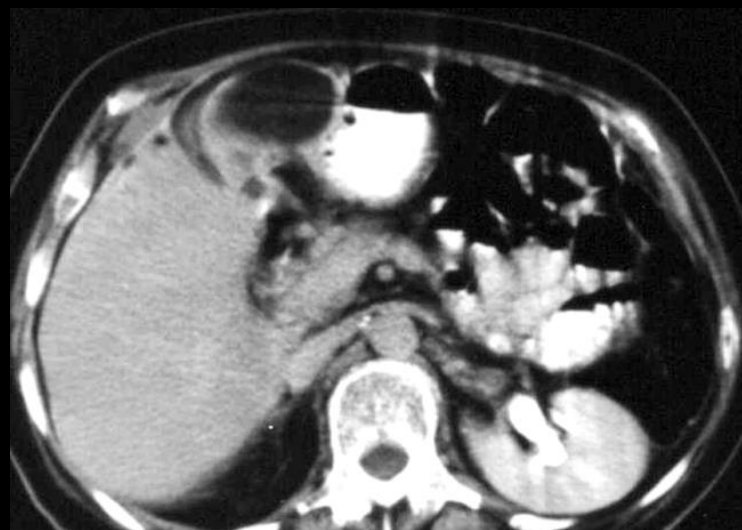
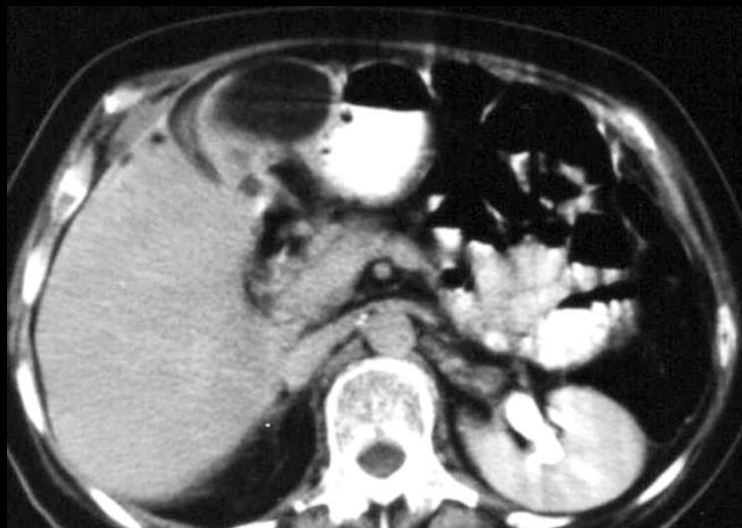
obs. D Mathieu H Mondor

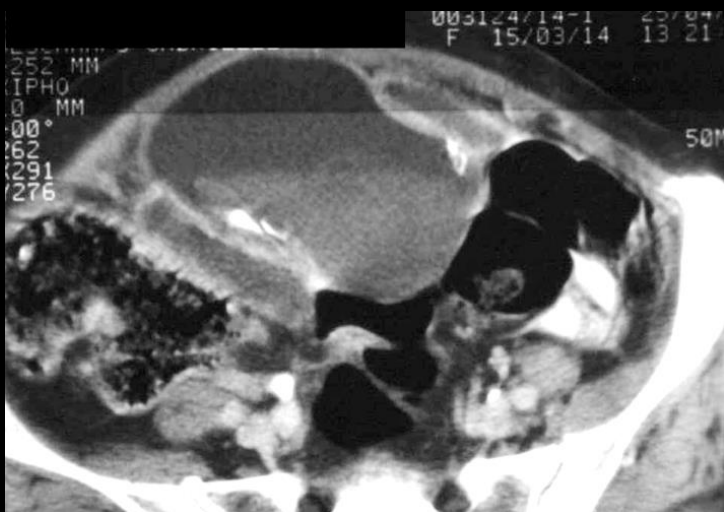
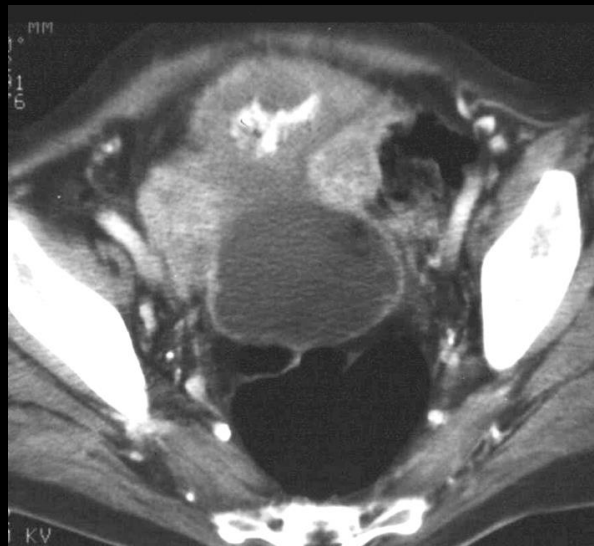
cas compagnon n° 02

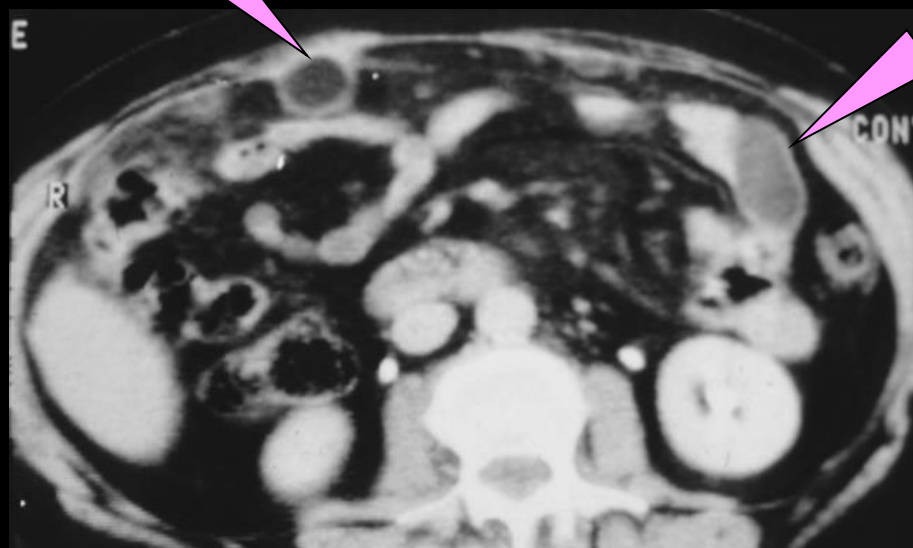
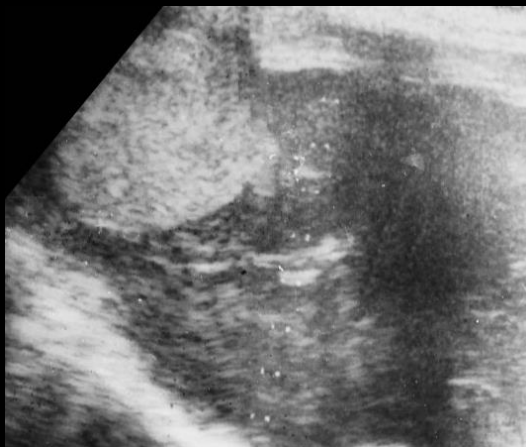
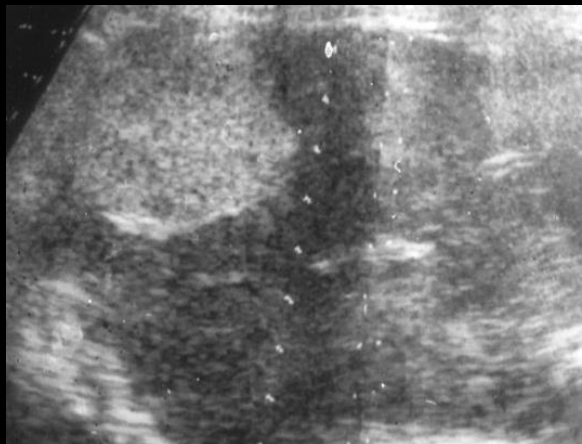
femme 76 ans sd occlusif et baisse de l'état général

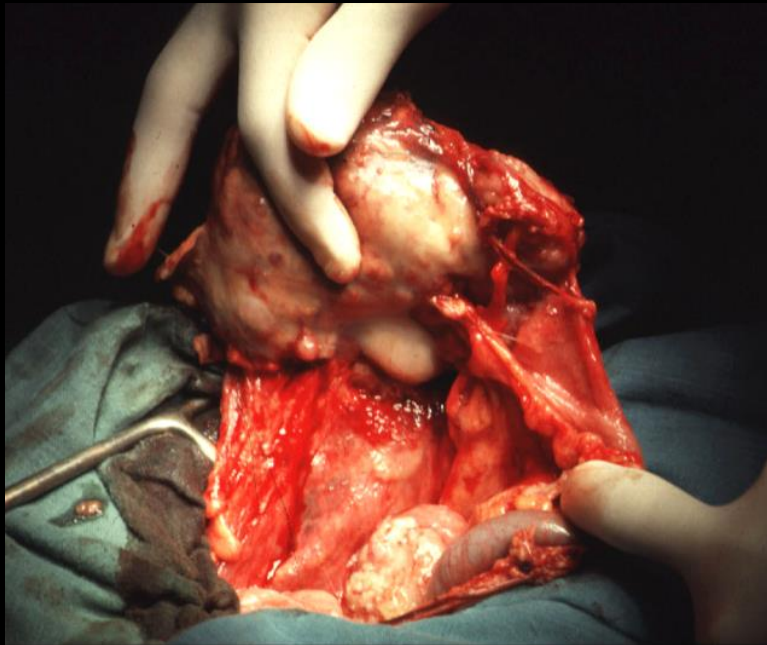
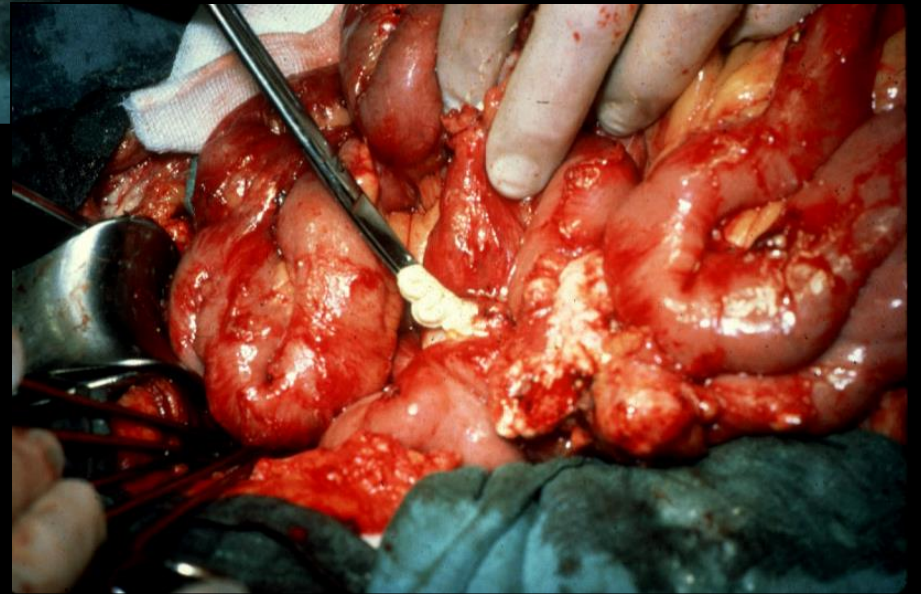
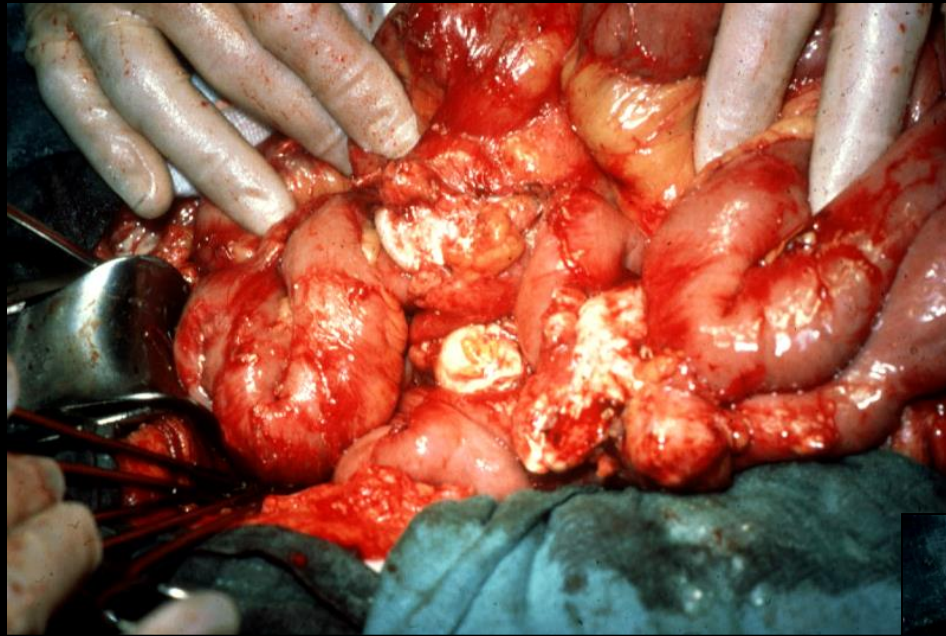


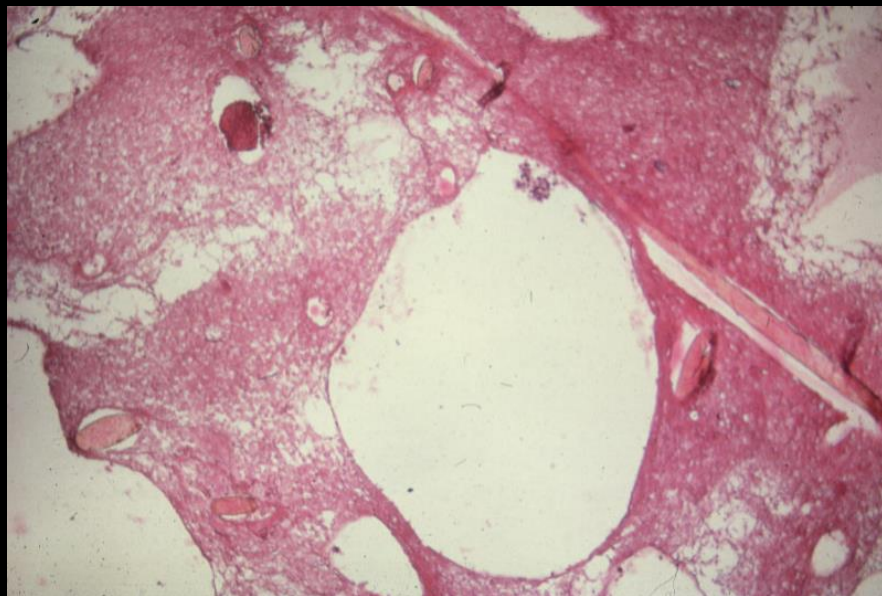
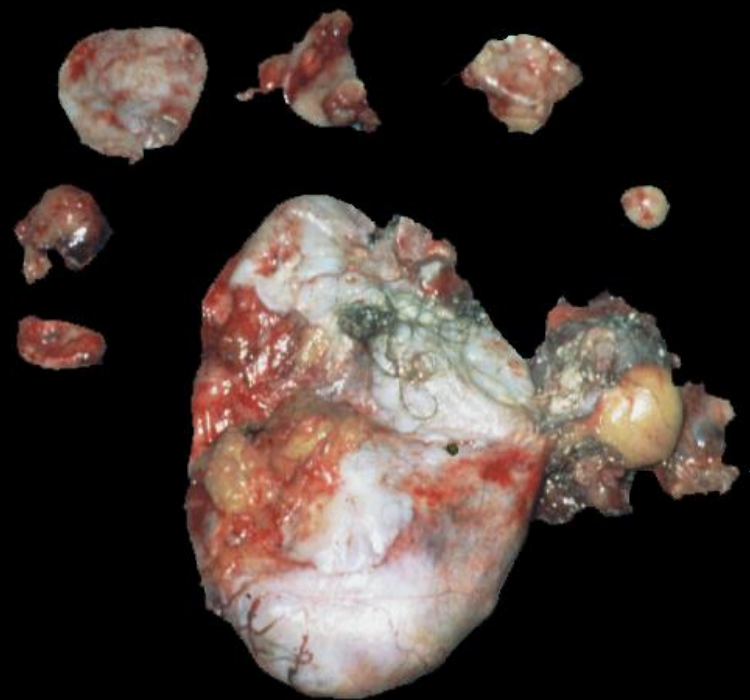
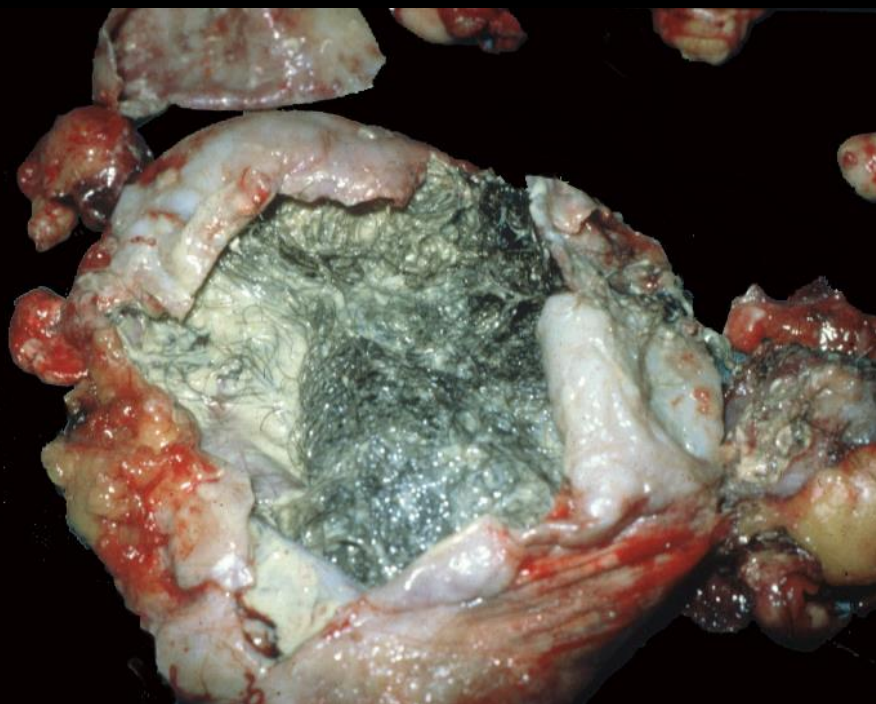


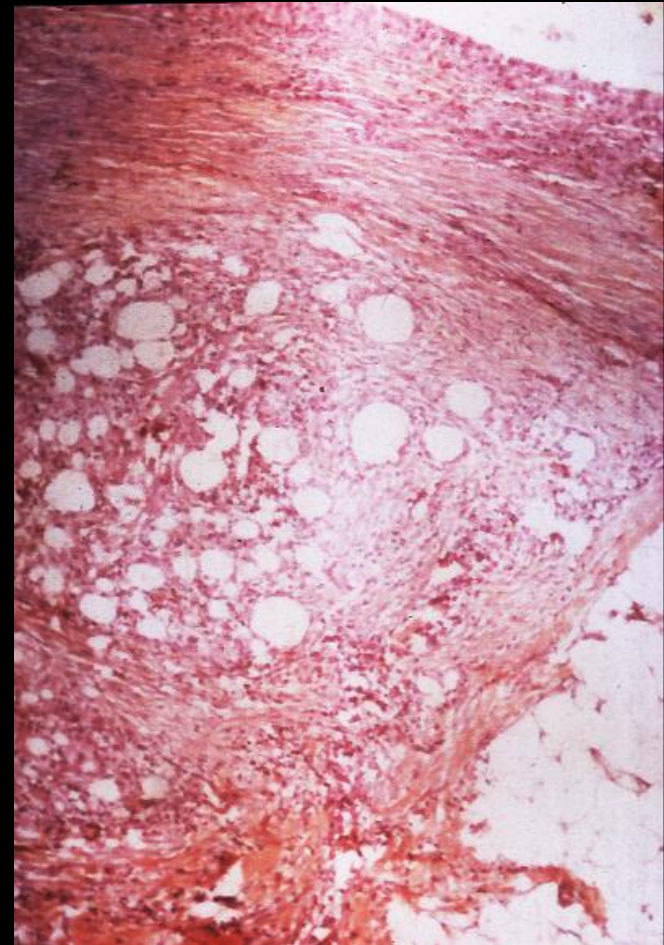
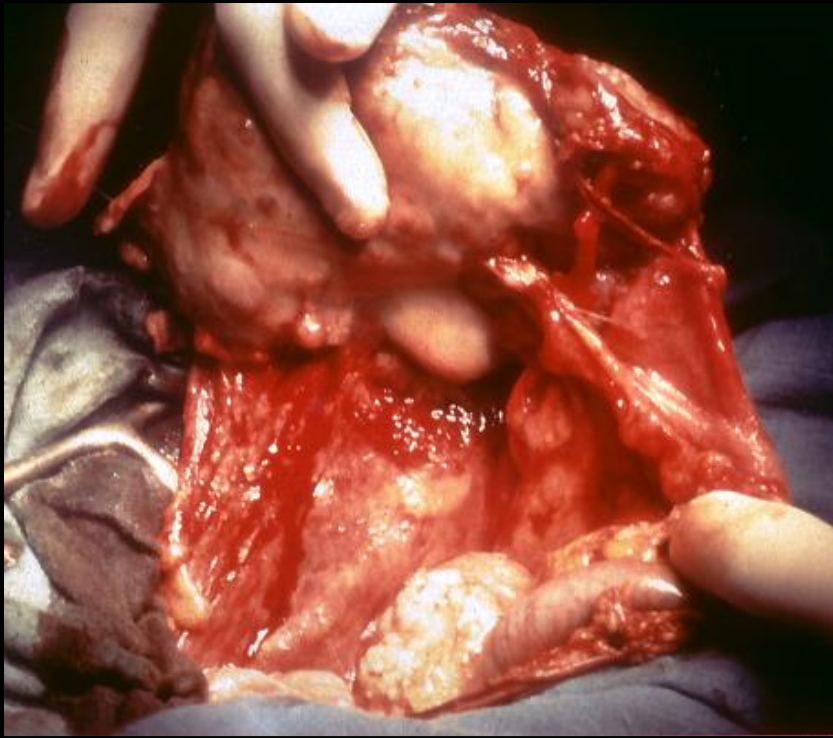




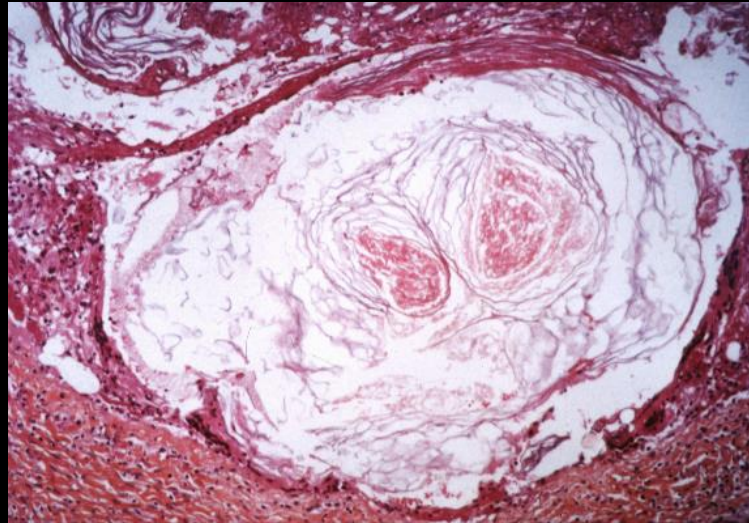
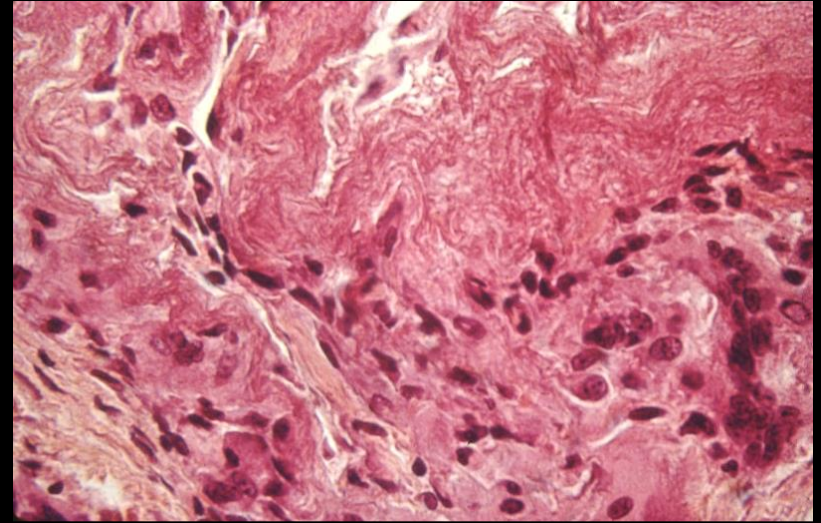
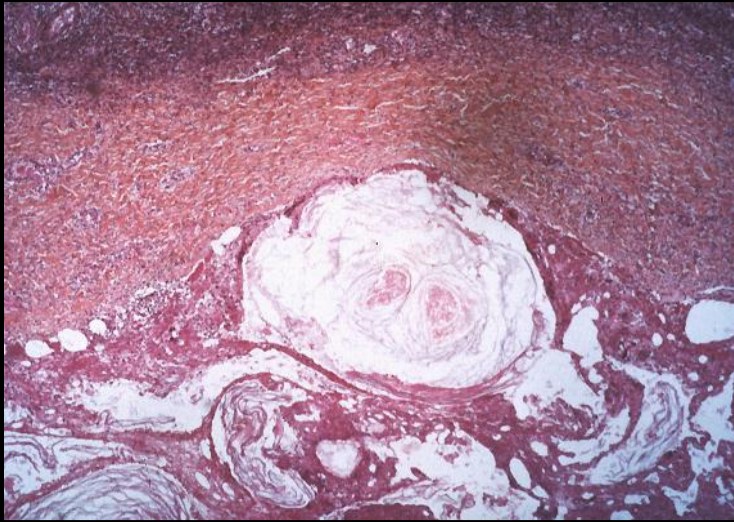






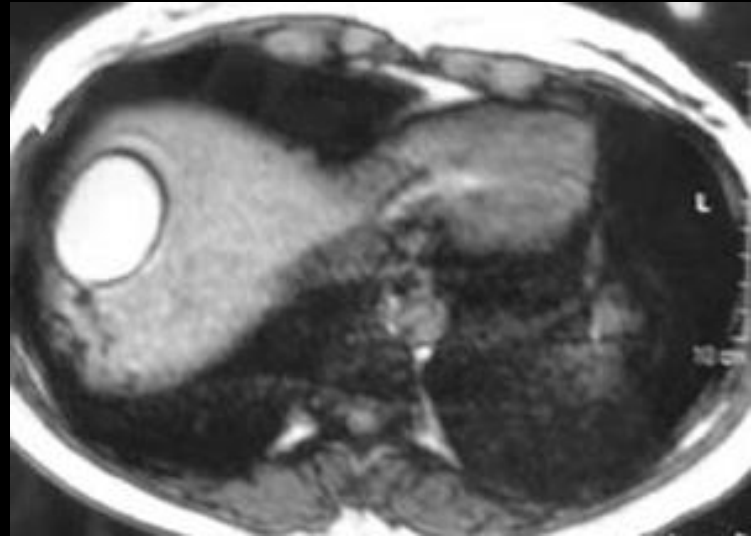
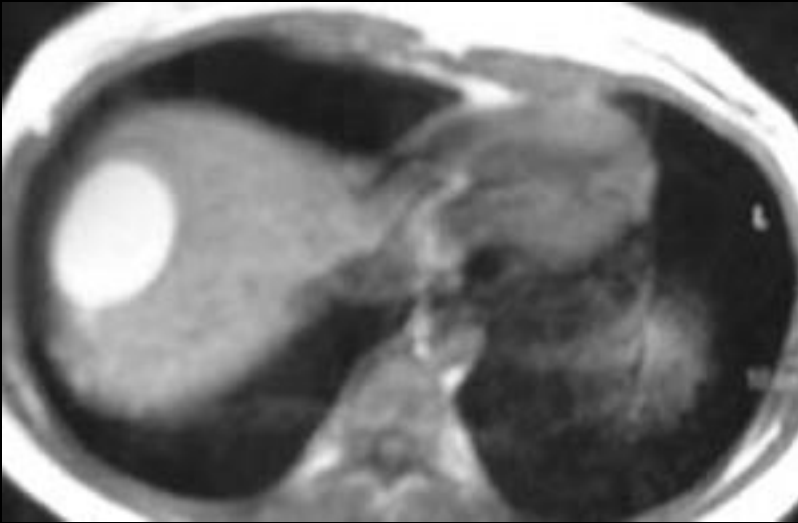


réaction inflammatoire macrophagique et lipophagique à corps étrangers



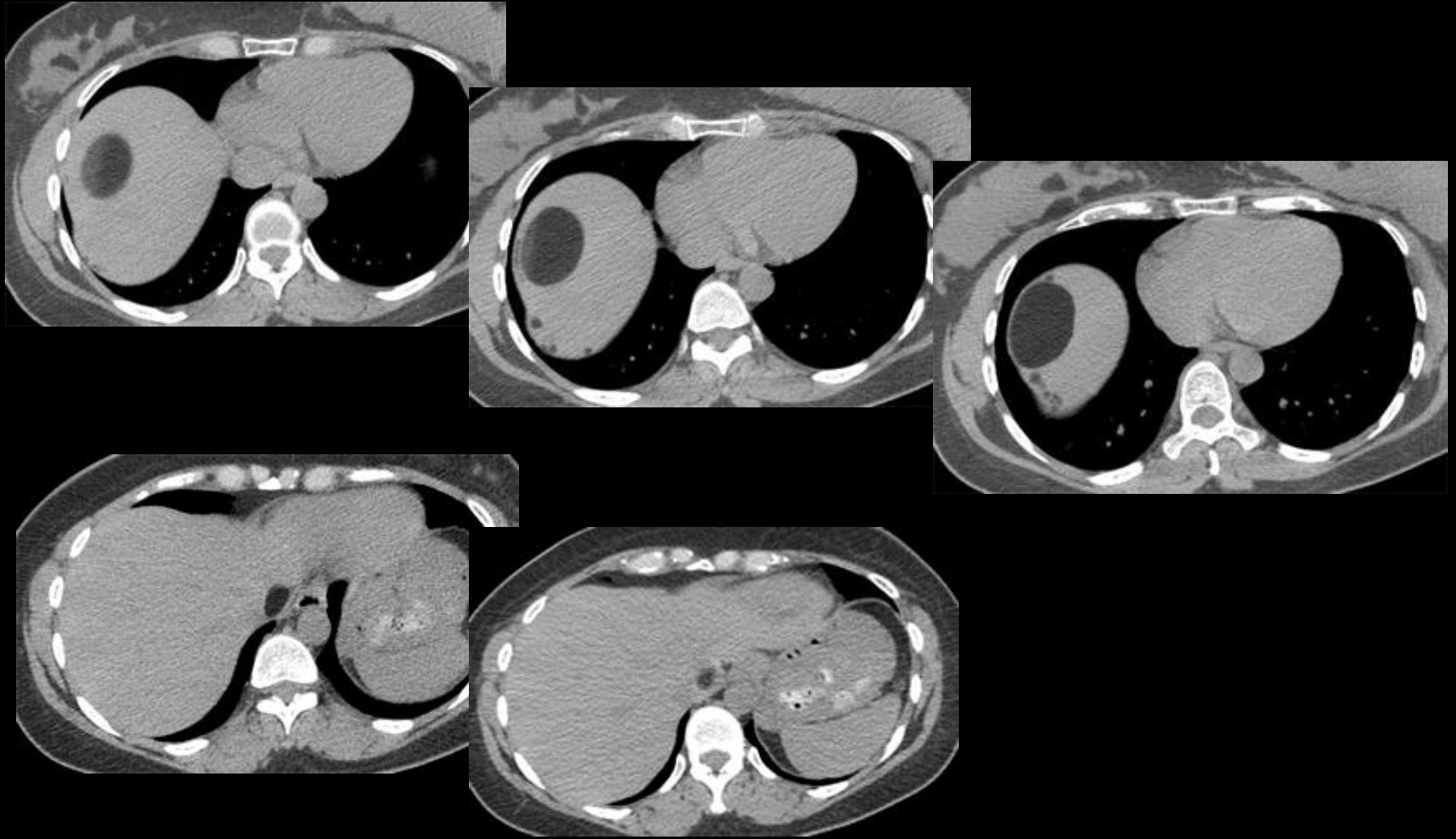
les pseudo-kystes ne comportent pas d'épithélium ; ils sont bordés de cellules inflammatoires avec fibrose débutante et contiennent un liquide gras à l'intérieur duquel on trouve de nombreux poils et de la kératine

cas compagnon n°03 femme 36 ans ; opérée antérieurement
d'un " kyste de l'ovaire "

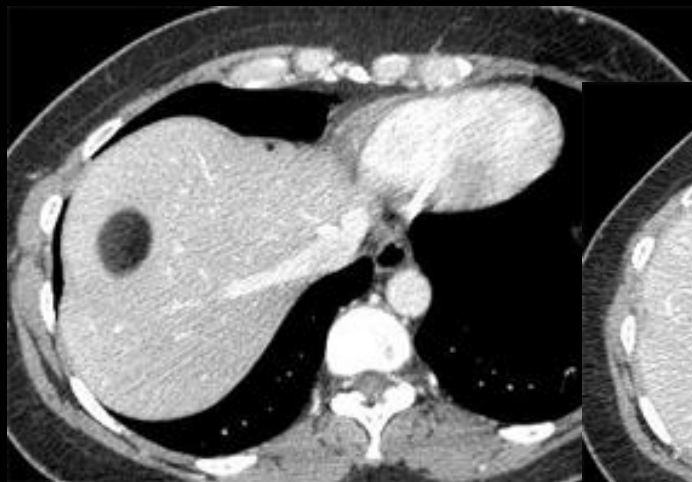
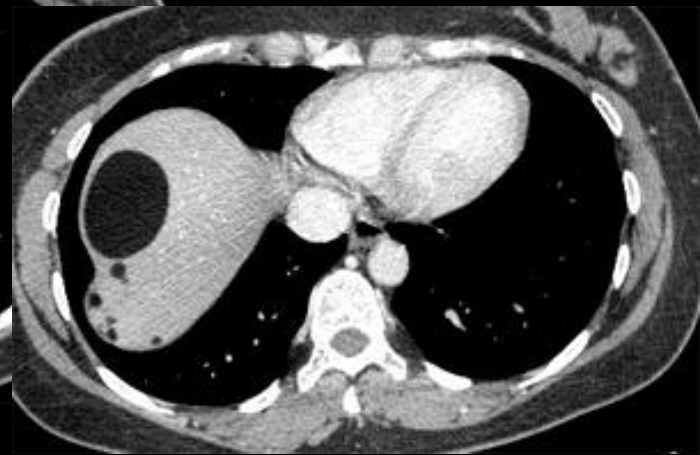
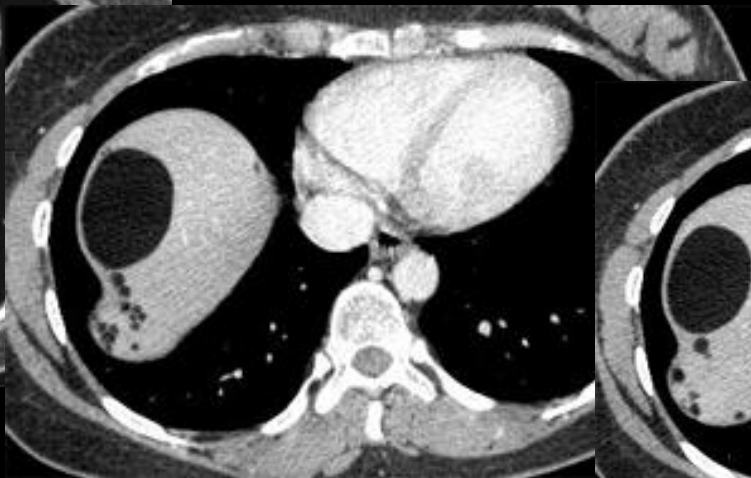


obs. M P Vuillerme Hopital Beaujon

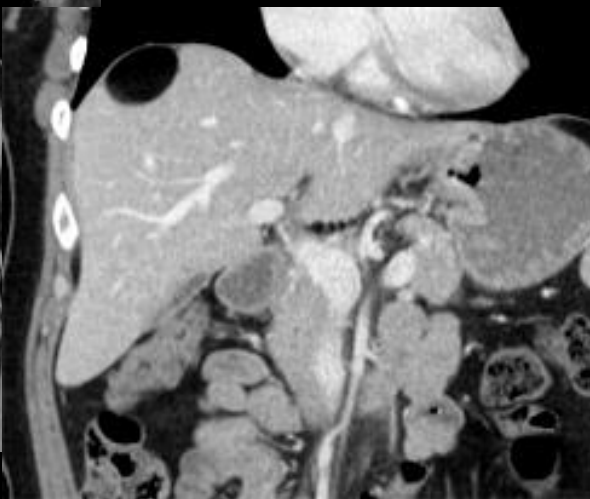
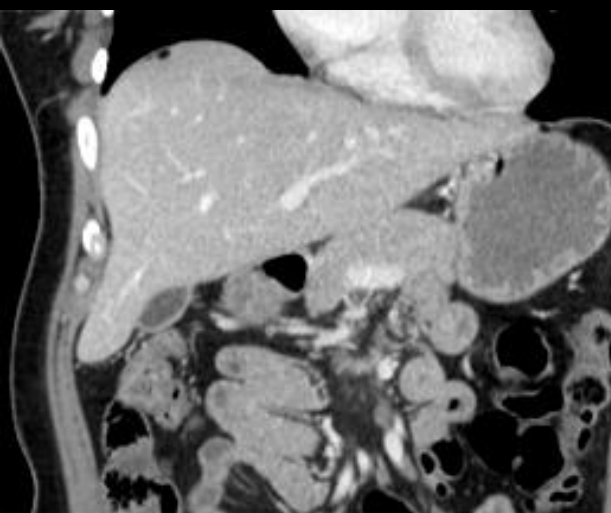
plusieurs années après



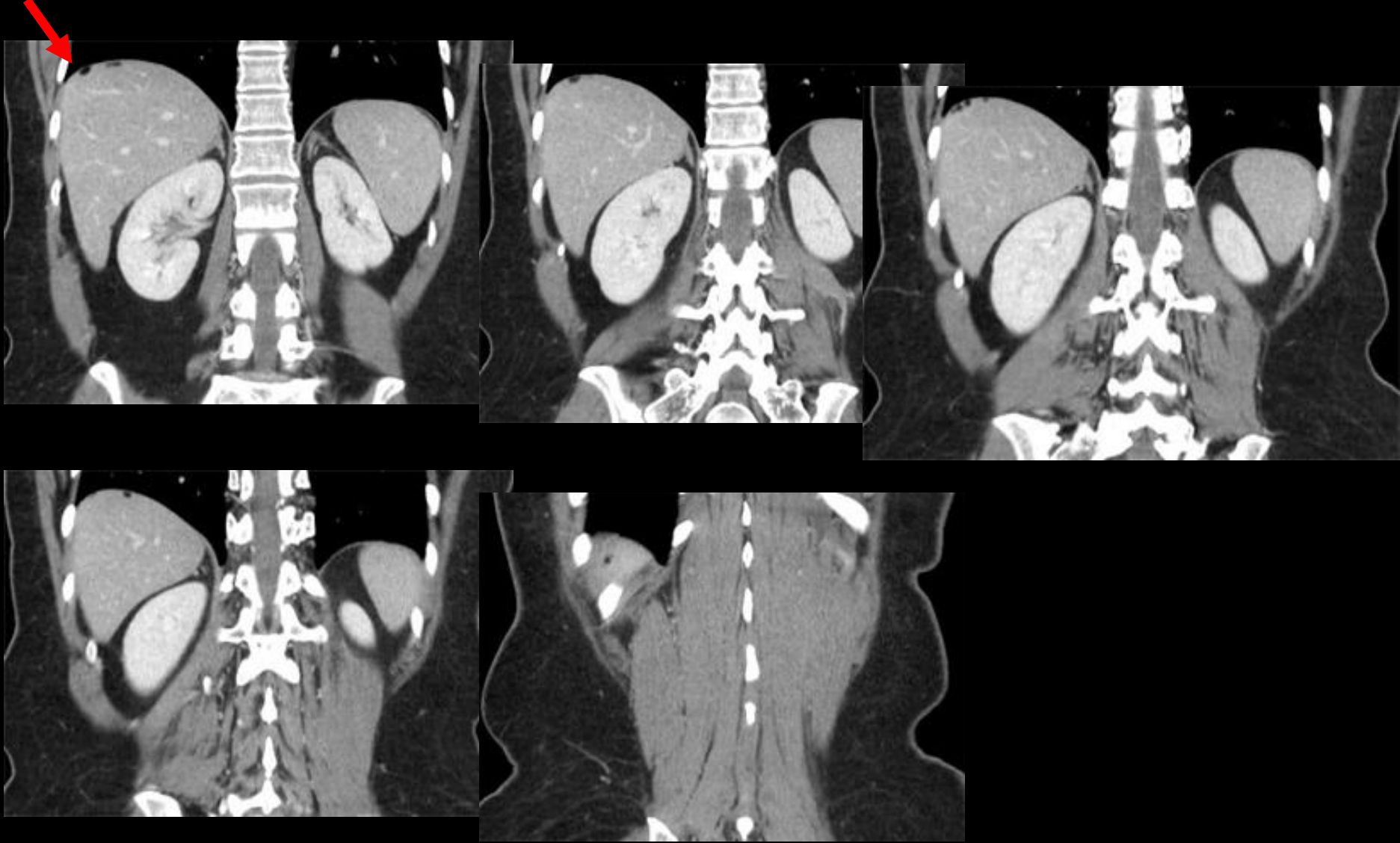
obs. M P Vuillerme Hopital Beaujon



obs. M P Vuillerme Hopital Beaujon



obs. M P Vuillerme Hopital Beaujon



localisations péri hépatiques de péritonite dermoïde

obs. M P Vuillerme Hopital Beaujon

Péritonite dermoïde

" modifications péritonéales secondaires à la rupture intra péritonéale d'un tératome ovarien mature "

2^{ème} complication en fréquence après la torsion

2 formes :

- **rupture brutale** ; tableau aigu sd péritonéal sévère (id après rupture accidentelle per-opératoire (coeliochirurgie +++)

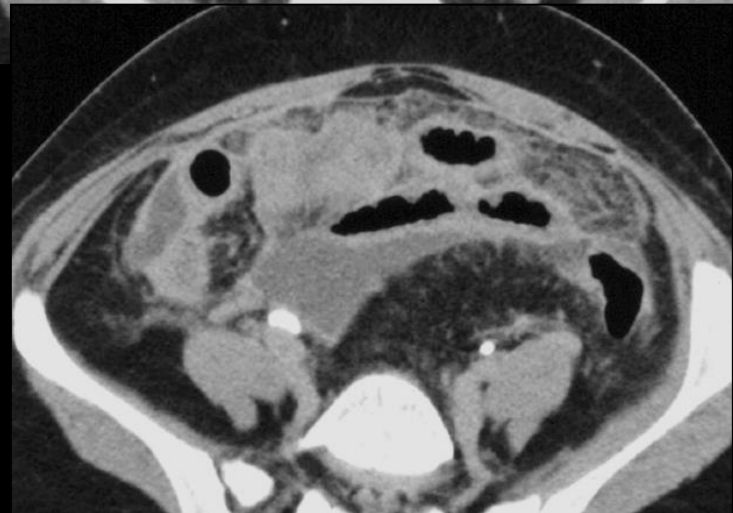
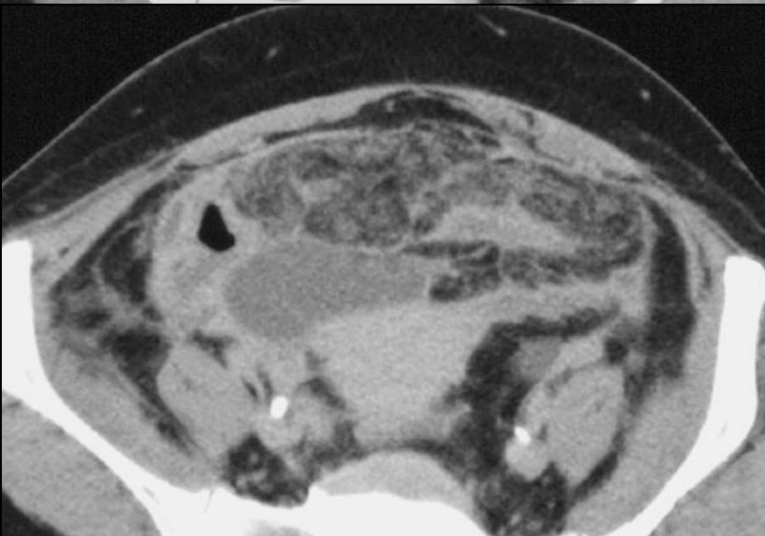
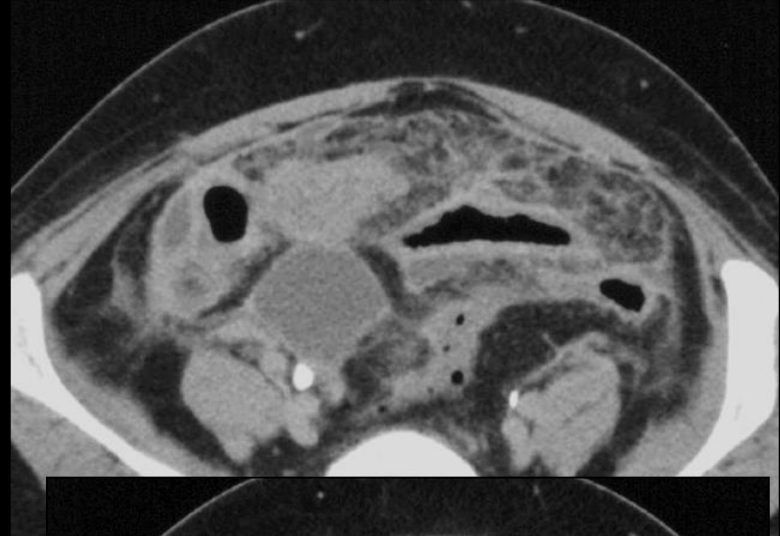
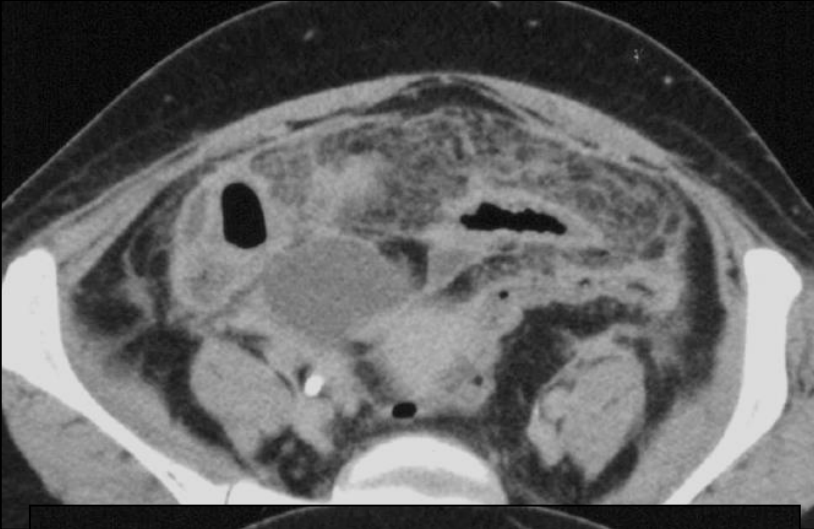
-**forme torpide** ; dissémination du contenu du kyste dans toute la cavité péritonéale avec greffe de kystes secondaires et réaction de défense cellulaire puis fibreuse

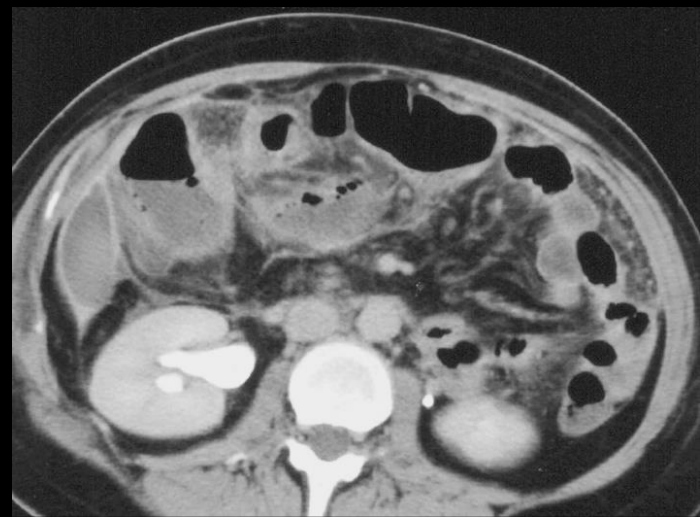
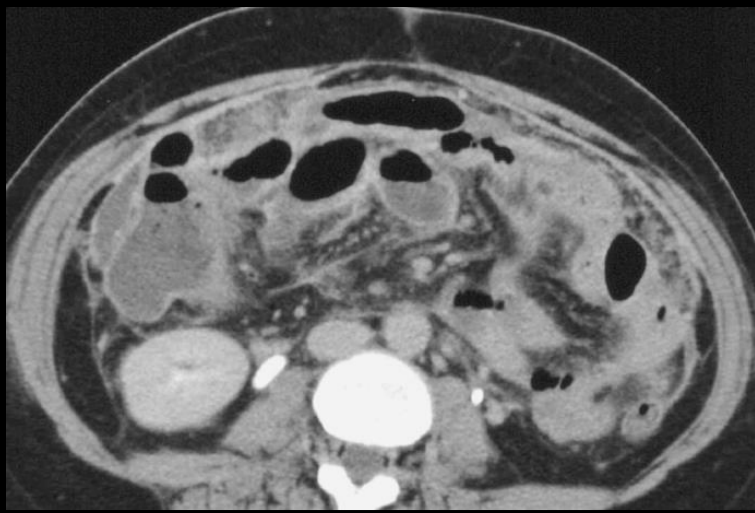
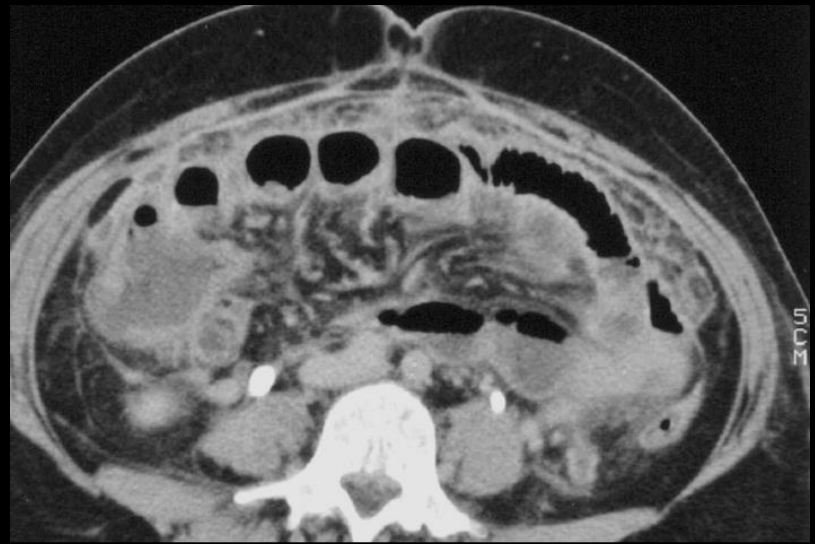
cas compagnon n°04

femme 37 ans , douleurs abdominales et

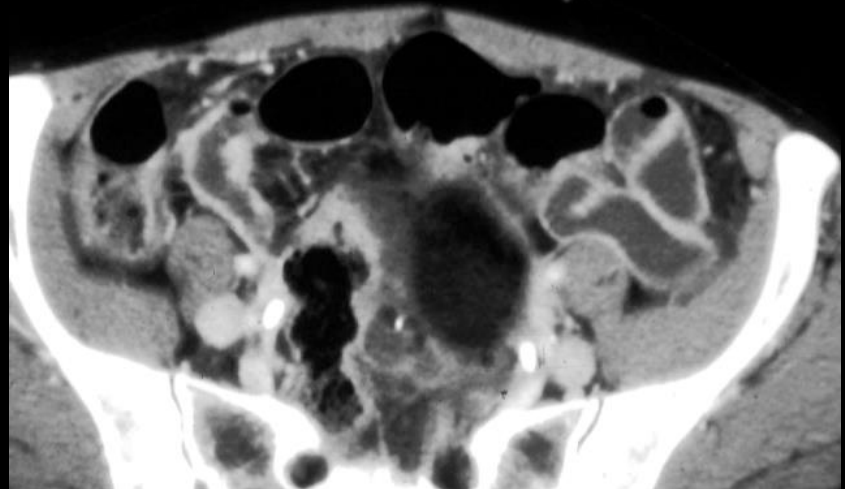
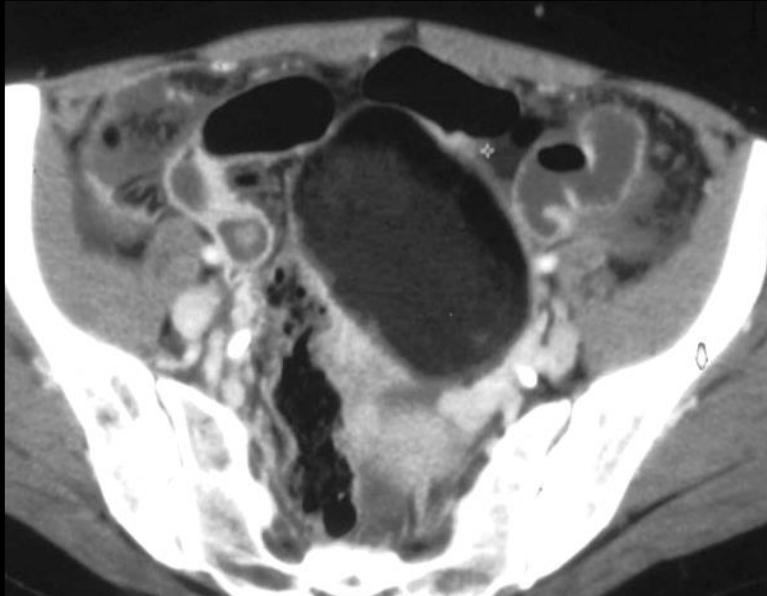
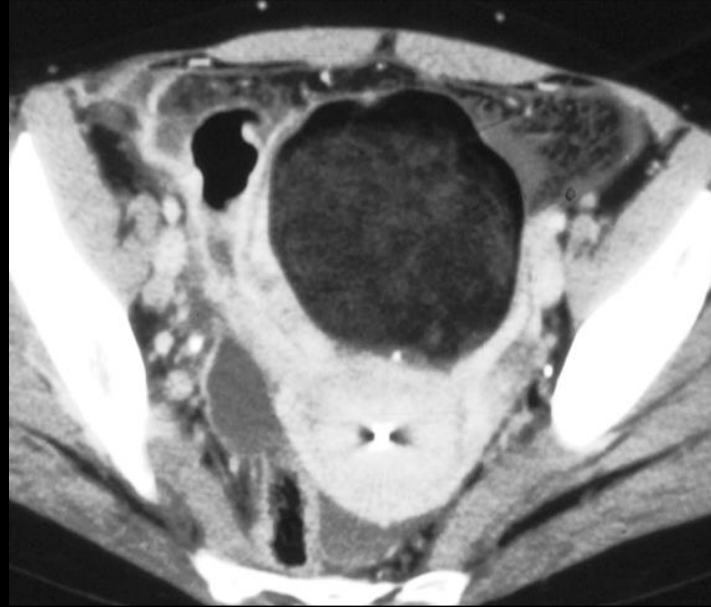
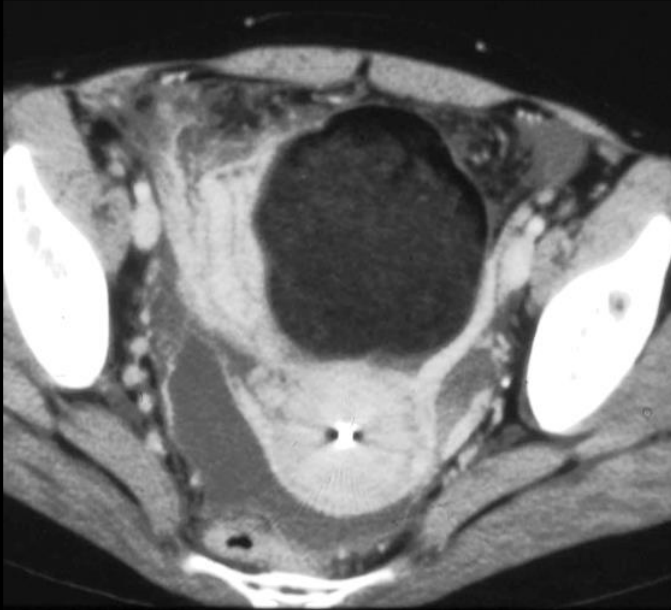
métrorragies

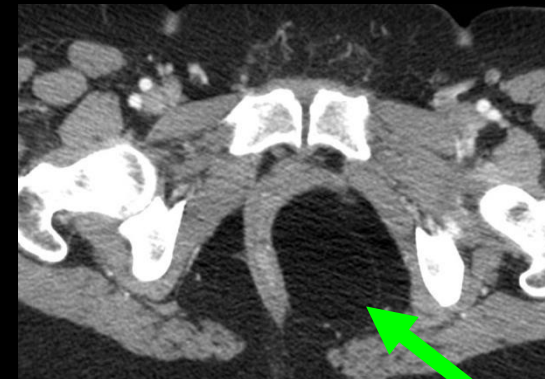
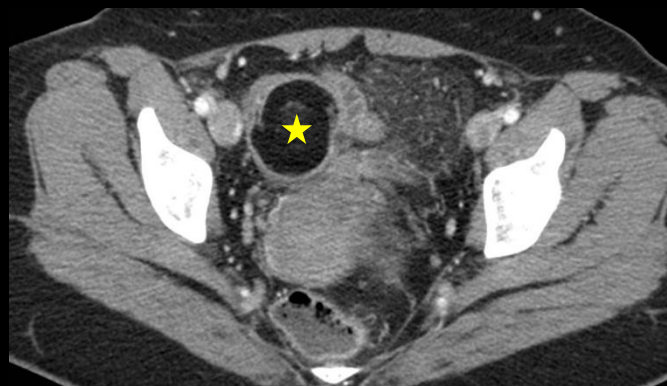
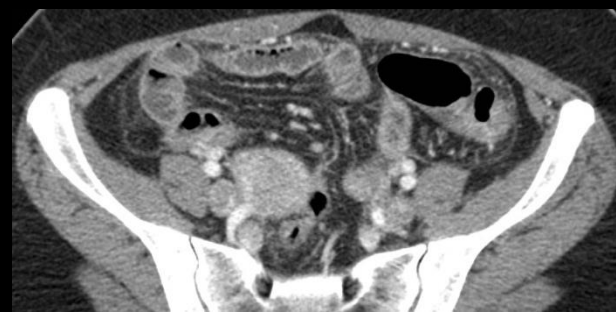
Kystectomie sous coelio ; rupture du kyste et inondation péritonéale entérolyse et
rés





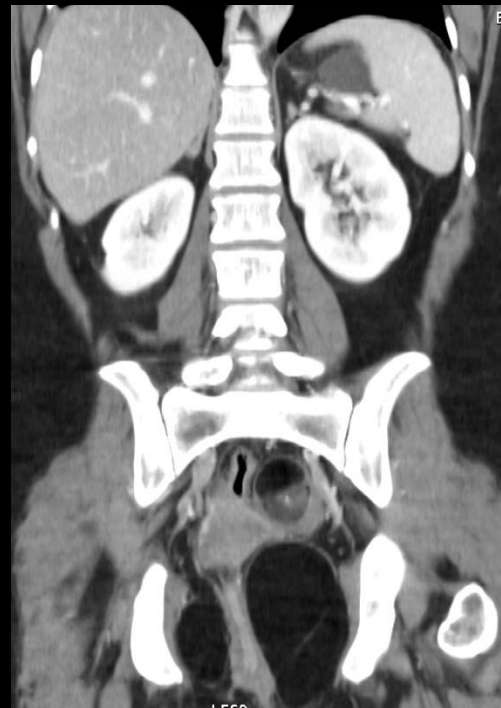
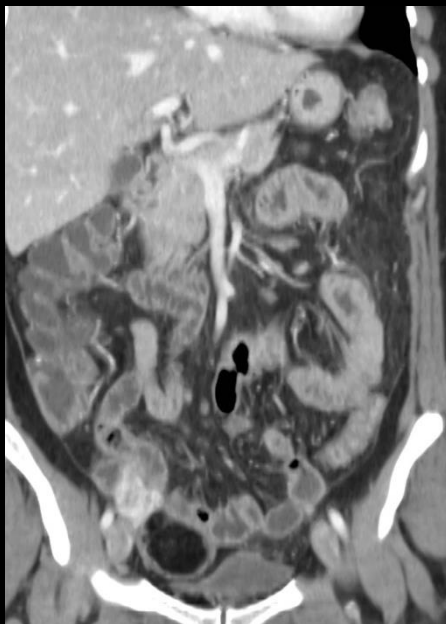
cas compagnon n°06 femme jeune ; tableau de torsion de kyste ovarien

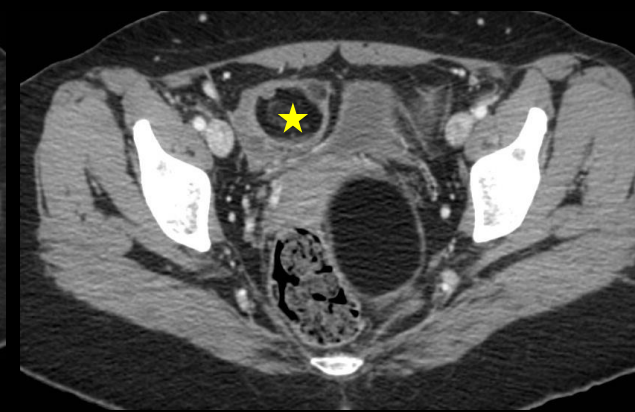
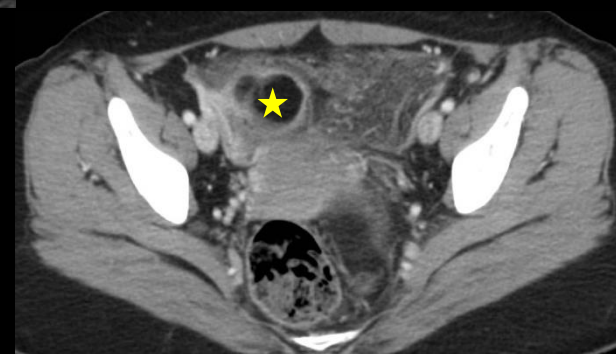
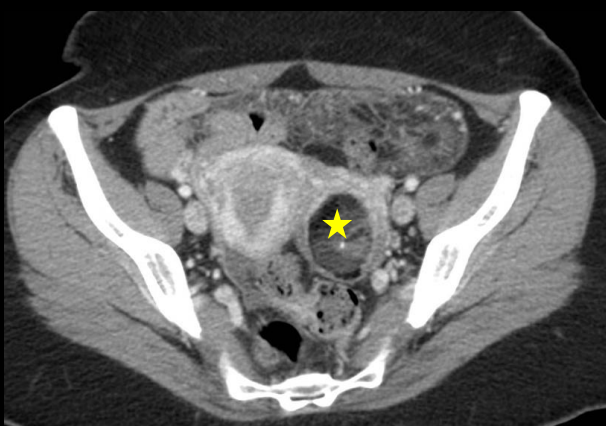
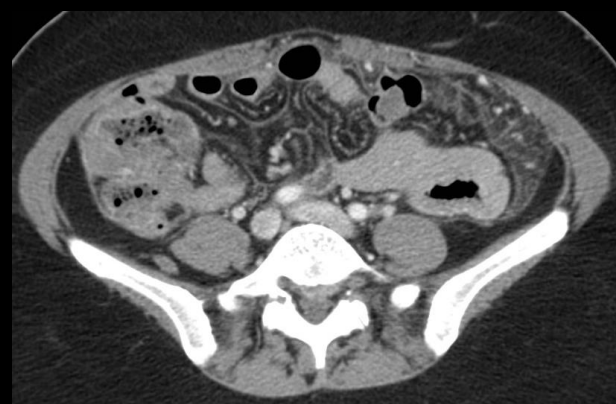




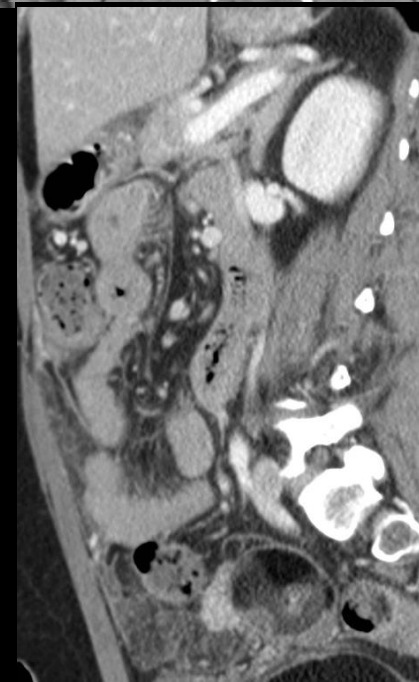
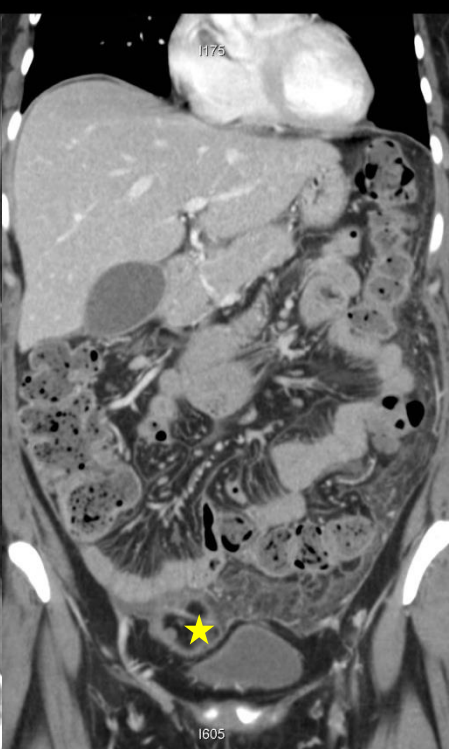
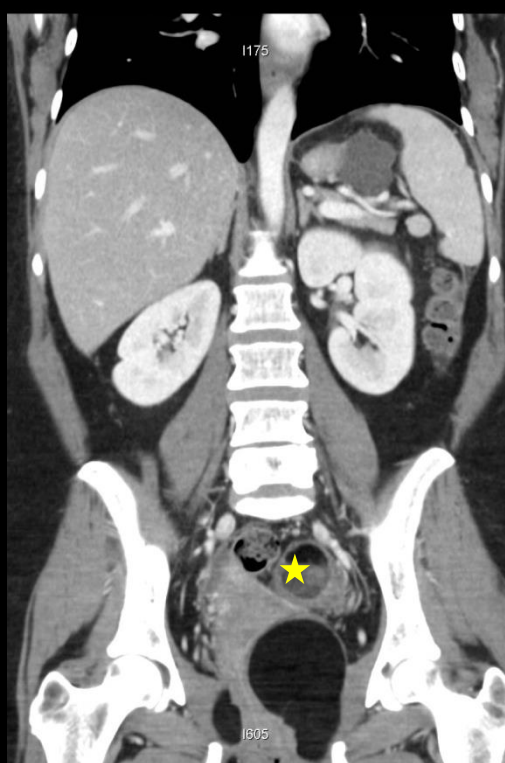
**cas compagnon
n°07**

femme 42 ans,
douleurs
abdominales
diffuses,
fébricule

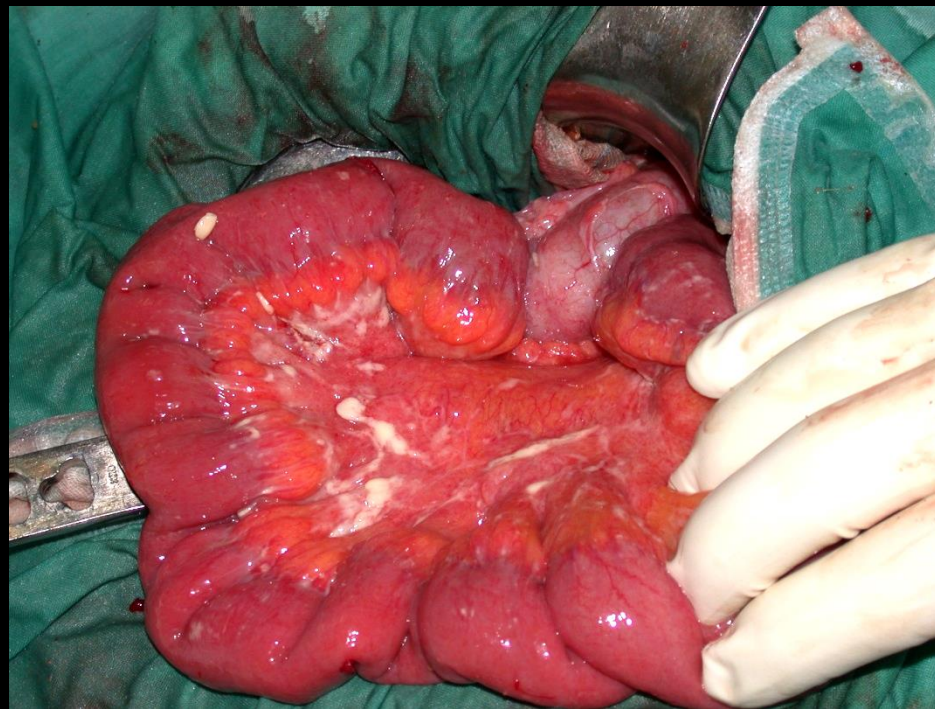
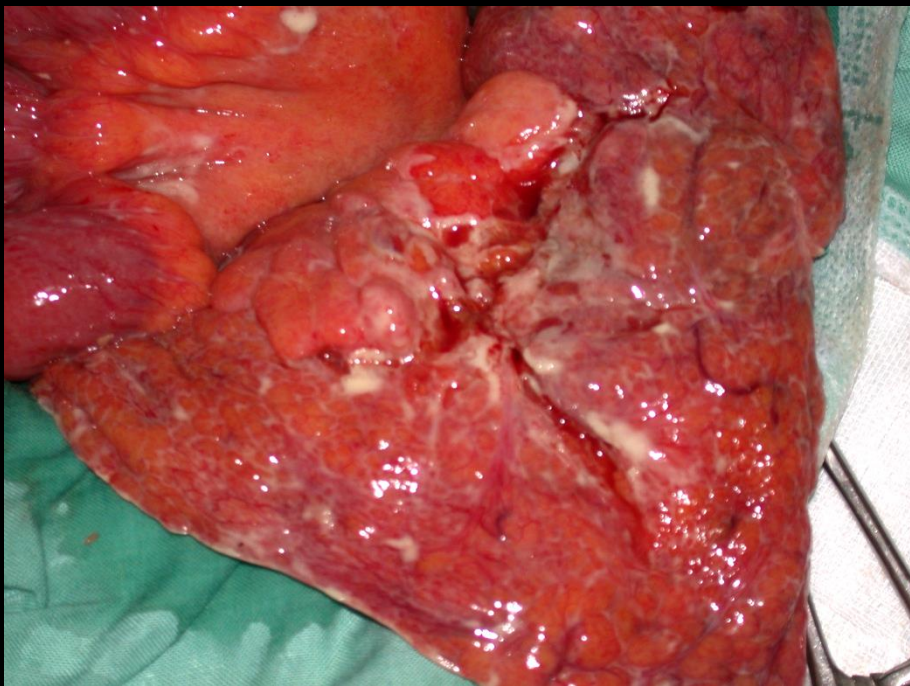
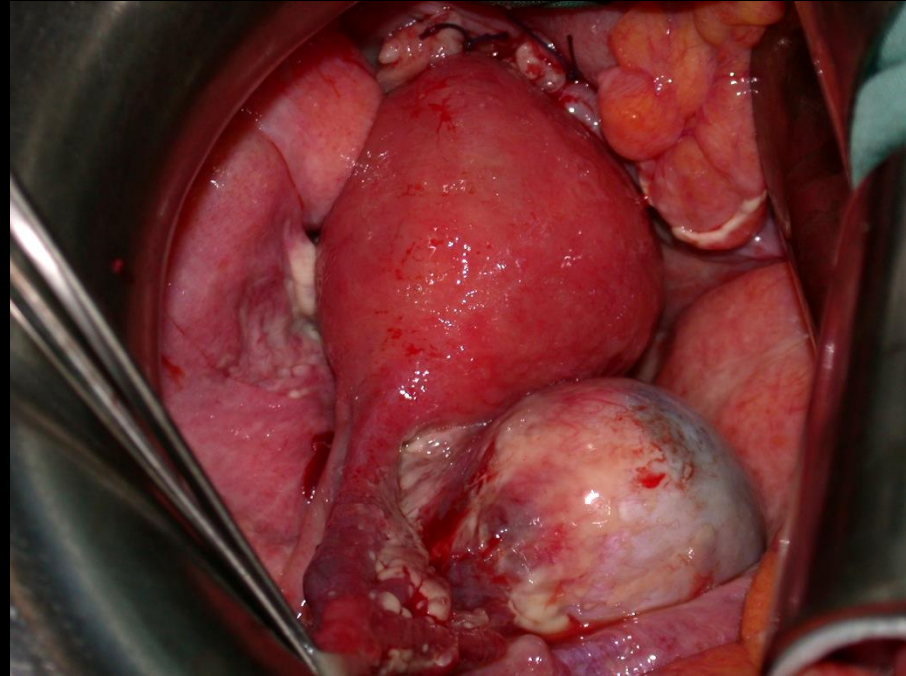
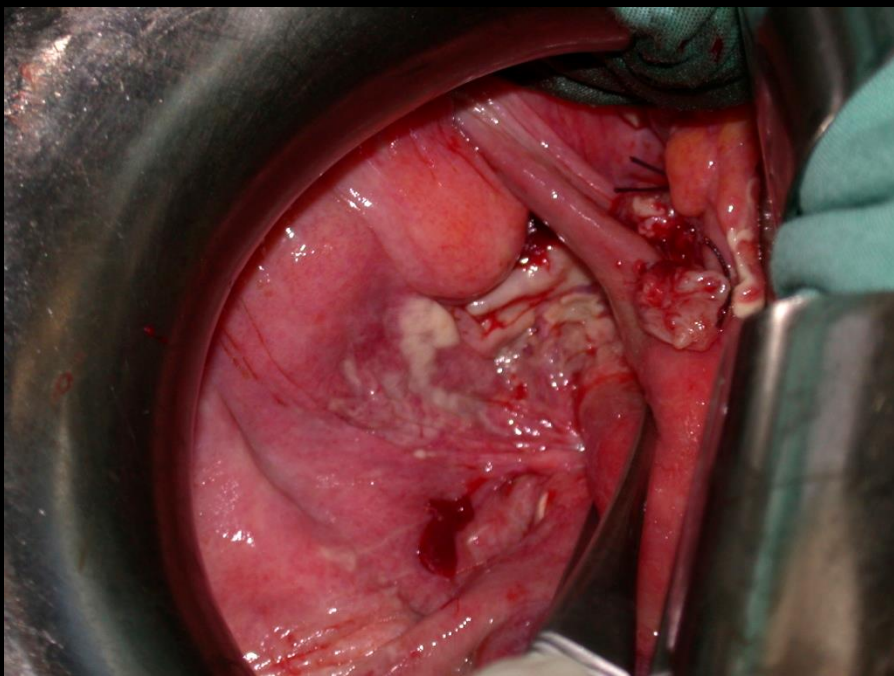


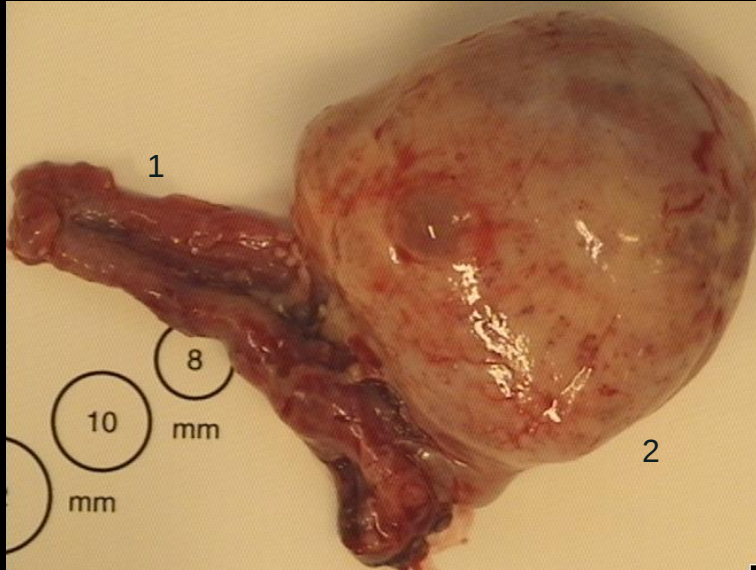


scanner 09 12 08

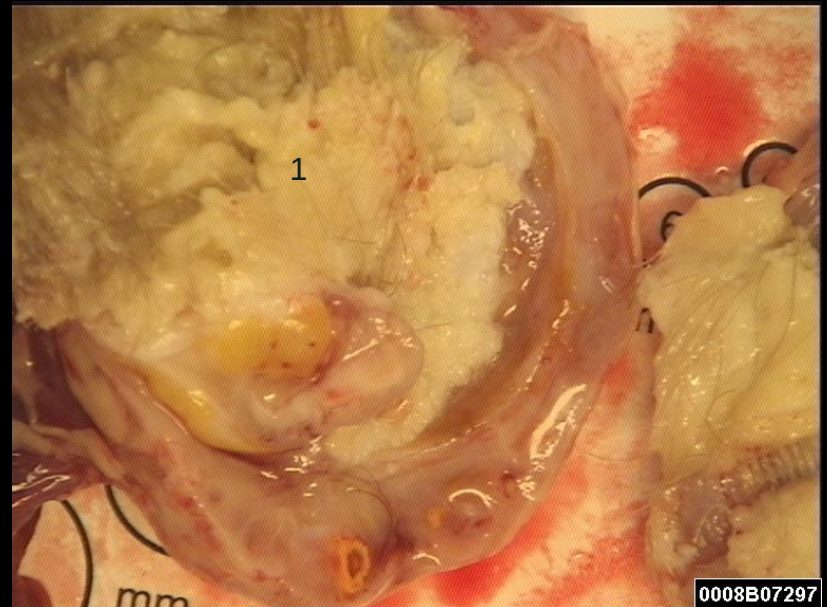
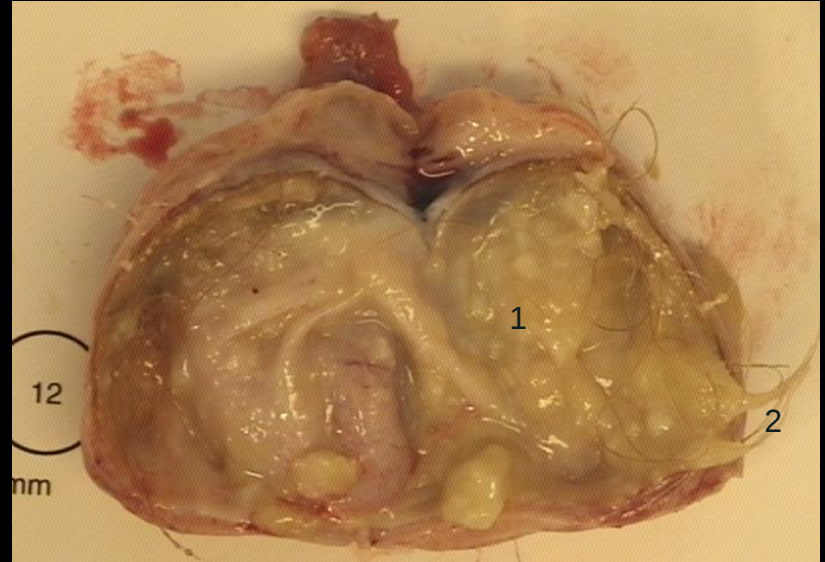


scanner 09 12 08

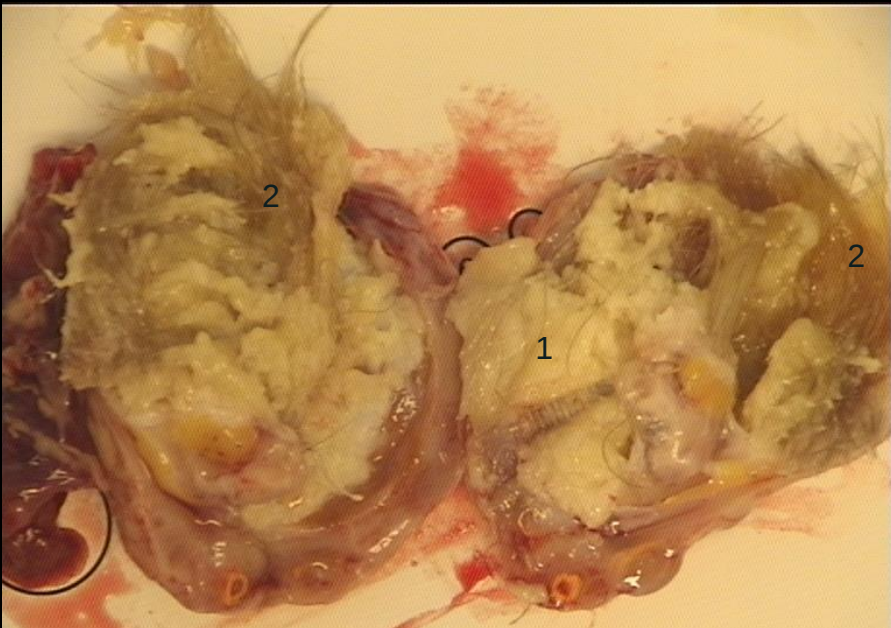


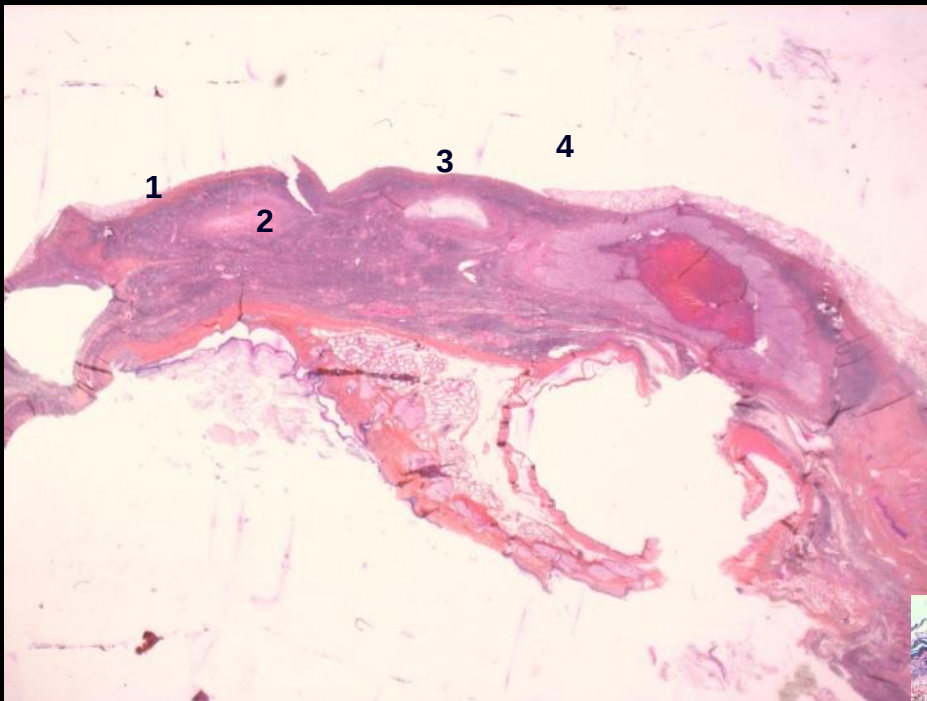


1 : Trompe
2 : ovaire



Formation kystique
1 : contenu pateux
2 : cheveux
Pas de bourgeonnement endo luminal

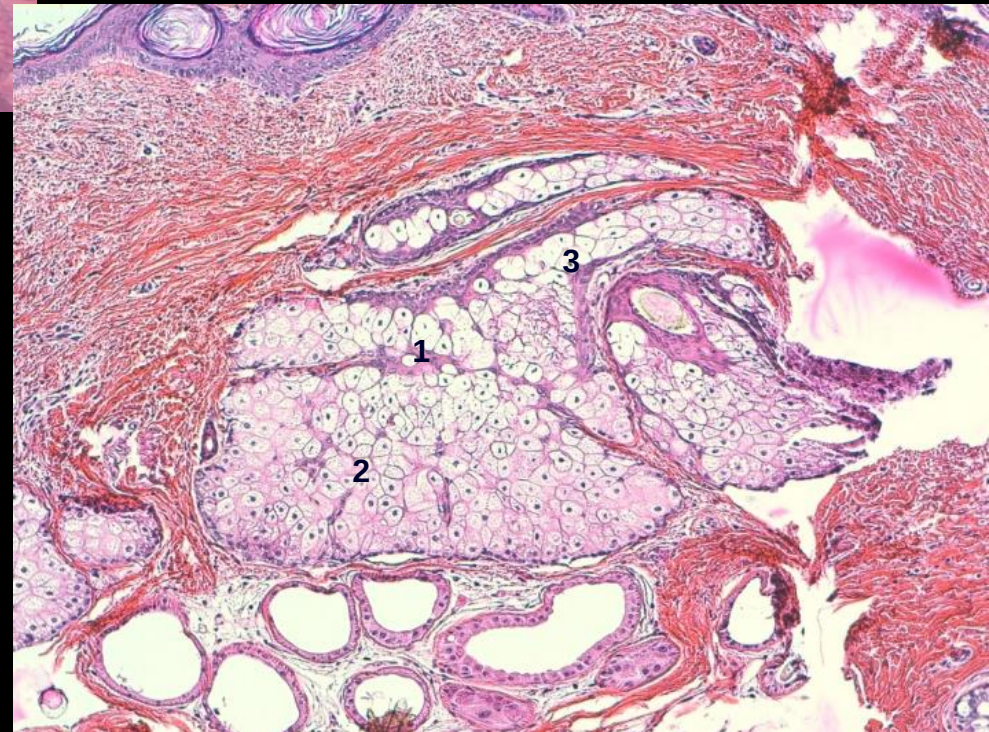




Kyste:

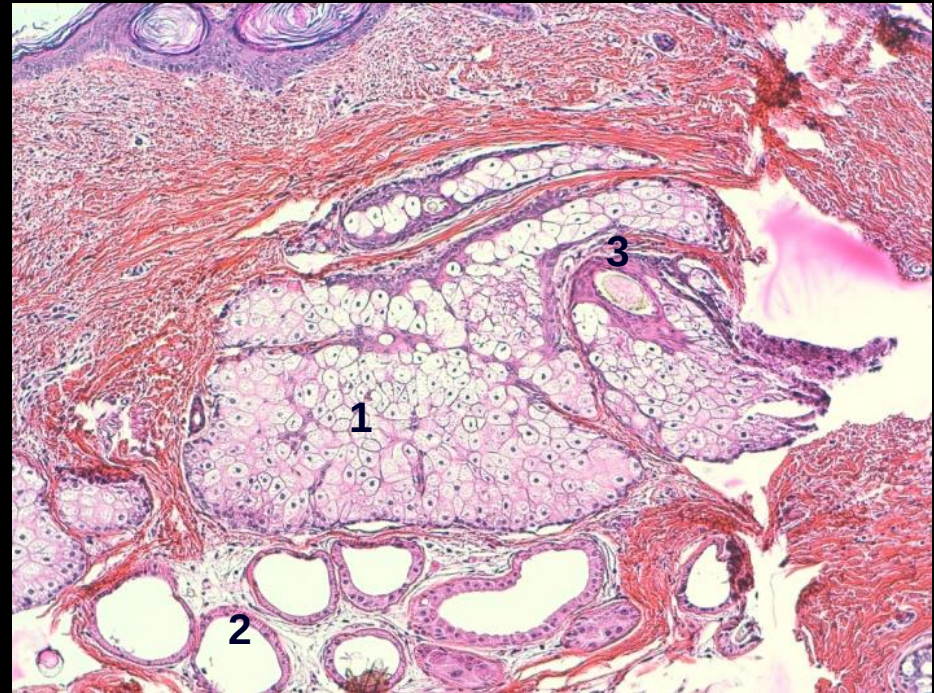
- 1 : Glandes sébacées
- 2 : Glandes apocrines
- 3 : Poil en coupe

Vue d'ensemble:
 1 : paroi kyste
 avec revêtement malpighien keratinisé
 2 : glandes apocrines
 3: cortex ovarien + corps jaune
 4 : hyperplasie mésothéliale
 + inflammation séreuse

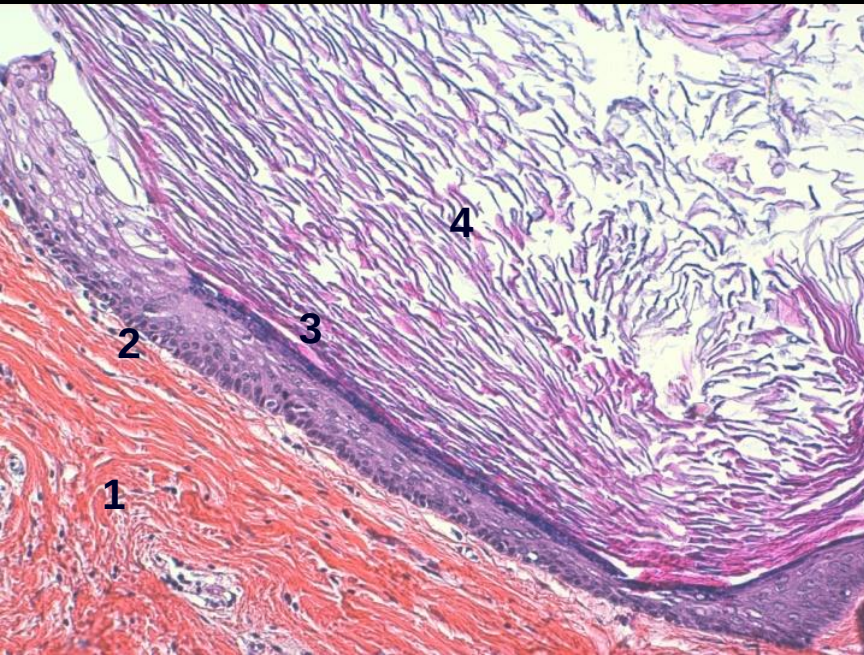




Vue d'ensemble:
 1 : paroi kyste
 avec revêtement malpighien keratinisé
 2 : glandes apocrines
 3: cortex ovarien + corps jaune
 4 : hyperplasie mésothéliale
 + inflammation séreuse



Kyste:
 1 : Glandes sébacées
 2 : Glandes apocrines
 3 : Poil en coupe



Kyste: Revêtement malpighien

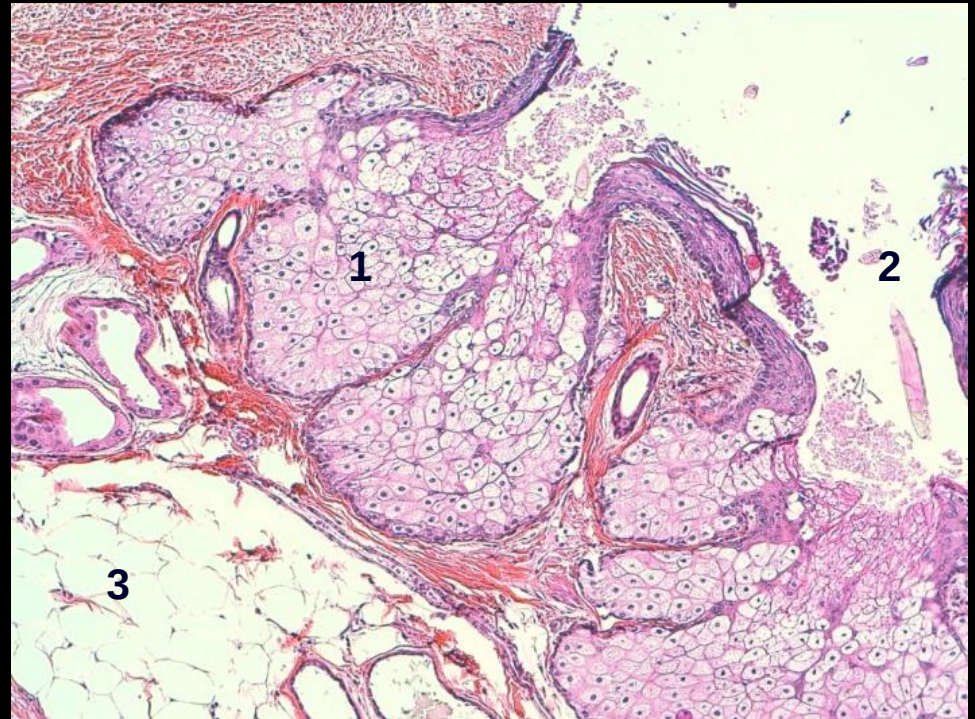
kératinisé : derme

1: tissu conjonctif

2: couche granuleuse

3: couche à épine

4: kératine en lamelles



Kyste:

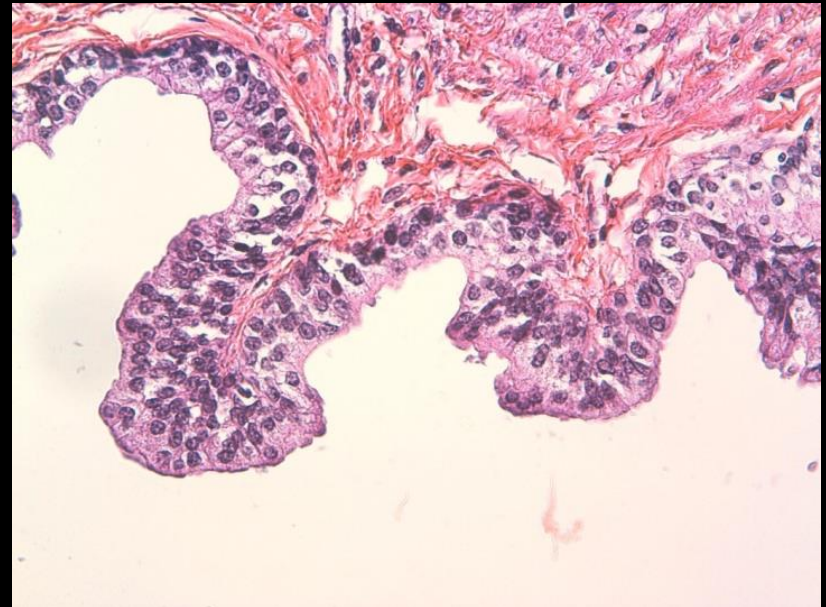
**1 : glandes sébacées
sécrétant sébum**

2 : poil

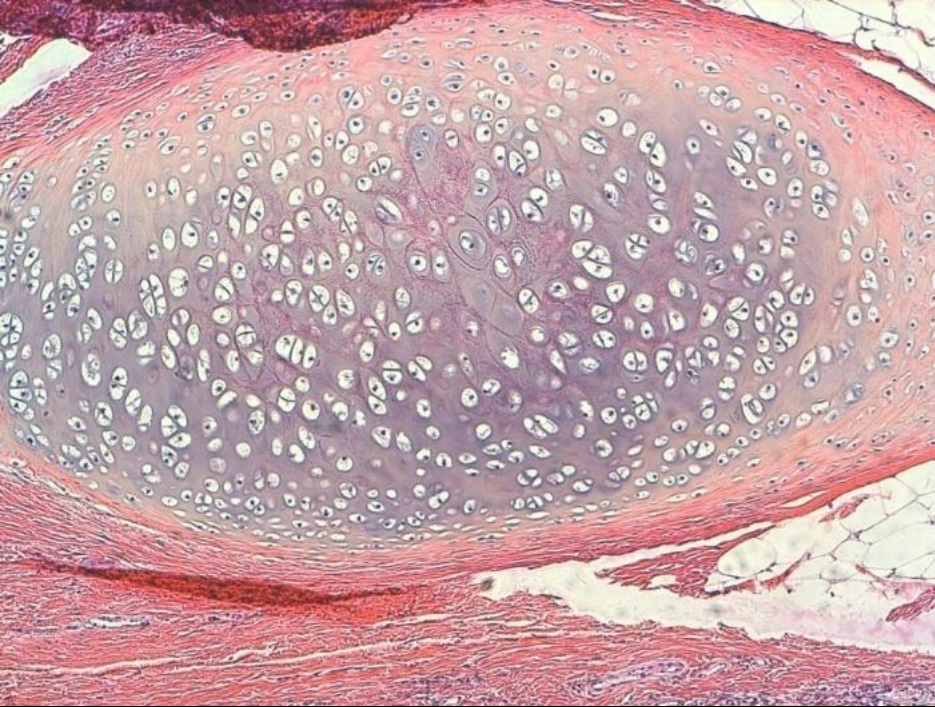
3 : ilôts adipeux



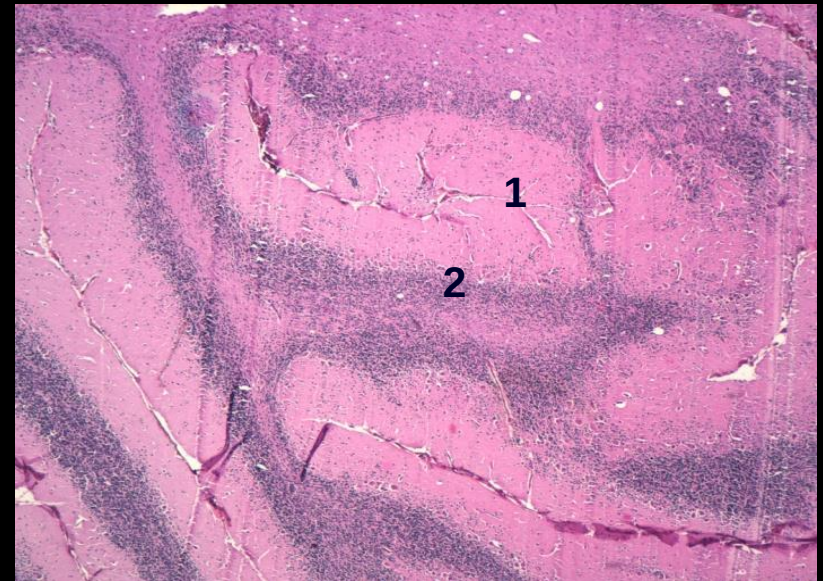
Poil en coupe



Kyste: contenant un revêtement pseudo stratifié cylindrique avec cils (exemple : respiratoire, tubaire...)



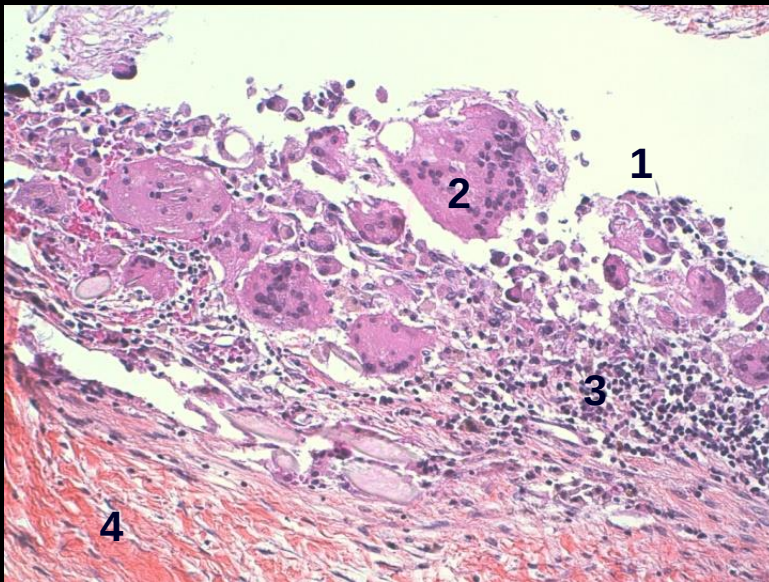
Kyste: cartilage



Kyste : tissu cérébral: cervelet?

1 : couche moléculaire (fibres amyéliniques)

2 : couche des grains (cellules +++)



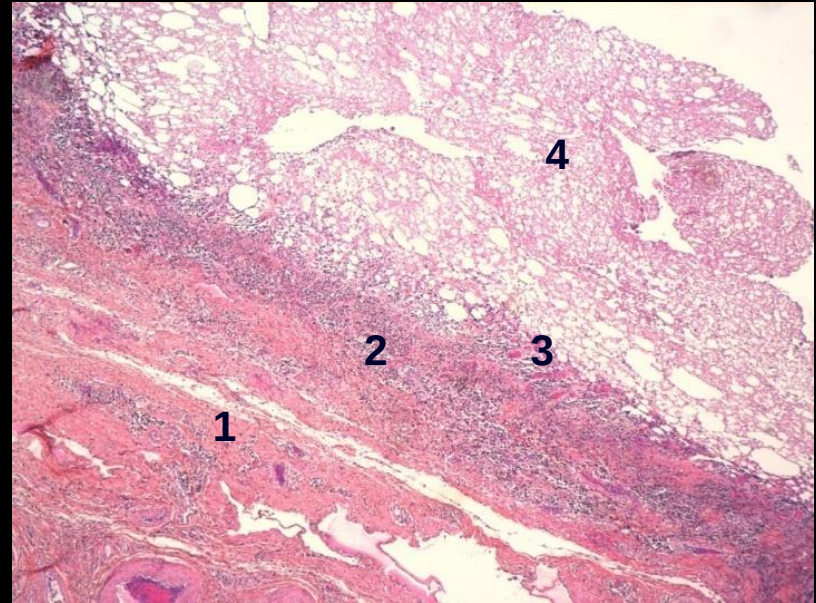
**Réaction macrophagique
résorptive périphérique**

1 : cavité kystique

**2 : macrophages + cellule géante
plurinucléée**

3 : lymphocytes

4 : paroi conjonctive



**Réaction inflammatoire :
trompe**

**1: trompe (muscleuse +
vaisseaux)**

**2 : épaissement
séreuse**

3 : réaction inflammatoire

4 : adiponécrose

Péritonite dermoïde

rupture de kyste dermoïde = accident évolutif rare

selon MEIGS **fréquence inférieure à 1 % des cas**

; encore plus rare maintenant du fait du dépistage plus facile des
tératomes en écho

1er cas décrit 1843 Barth : nodules graisseux adhérents au foie et
tératome ovarien

diagnostic radiologique par lésions calcifiées multiples sur l'ASP en
1952

Péritonite dermoïde

la rupture peut se faire dans un **organe creux** : grêle ,rectum, vessie ;
dans la paroi abdominale ou le vagin.

elle est favorisée par la grossesse et peut se produire lors de
l'accouchement ; il s'agit alors d'une péritonite aiguë qui peut être
précédée de douleurs intermittentes. La rupture peut survenir
pendant ou après la délivrance

Péritonite dermoïde

- la péritonite est de type "chimique" ; liée à des dépôts de graisses neutres , de cristaux d'acides gras et de cholestérol . Les cellules épidermiques jouent également un rôle
- d'autres composés ont été incriminés : tyrosine , leucine , xanthine dilués dans un liquide aqueux supposé de nature sudoripare

occasionnellement on trouve des nodules stratifiés composés de lipides (palmitine , ac stéarique);de la bilirubine et des sels calciques .

- les éléments granulomateux sont constitués de macrophages chargés de lipides, de lymphocytes de plasmocytes et de cellules géantes à corps étrangers

-le traitement peut comporter une omentectomie et une ovariectomie uni ou bilatérale en fonction de l' âge