

# Fibrothécome ovarien sécrétant de l'inhibine A et de l'inhibine B révélé par une FSH freinée chez une femme ménopausée

J. Hugon-Rodin<sup>1</sup>, N.Kalhorpour<sup>1</sup>, B.Borghese<sup>3</sup>, C.Bordonne<sup>4</sup>, PA. Just<sup>5</sup>, A.Gompel<sup>1\*</sup>, N.Lahlou<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Unité de Gynécologie-Endocrinienne <sup>2</sup> Unité d'Endocrinologie <sup>3</sup> Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, <sup>4</sup> Service de Radiologie, <sup>5</sup> Service de Pathologie. Université Paris Descartes, APHP, Hôpitaux Port Royal Cochin et Hôtel-Dieu, Paris.

\* Ces deux auteurs ont contribué également au travail

## CONTEXTE et OBSERVATION

La présence d'une FSH freinée chez une femme ménopausée, doit faire rechercher une tumeur sécrétante. La sécrétion de LH et FSH chez la femme est inhibée par les hormones ovariennes : estradiol, progestérone et inhibines. Les Inhibines sont des glycoprotéines hétérodimériques appartenant à la superfamille des TGF- $\beta$  (Transforming growth factor). Il y a deux « types » d'inhibine différant par le type de sous unité beta liant la même sous unité alpha : L'inhibine A (sous unité beta A) ou l'inhibine B (sous unité beta B). L'augmentation des taux circulants d'inhibines entraîne la suppression hypophysaire de la production de FSH (1).

Le fibrothécome ovarien (OFT) est une tumeur, rare (3-4 % des tumeurs ovariennes), potentiellement sécrétante, habituellement bénigne, du stroma ovarien, composée de cellules fibreuses et thécales (2).

Nous rapportons le 1er cas de fibrothécome ovarien sécrétant de l'inhibine A (INHA) et de l'inhibine B (INHB) chez une femme ménopausée, révélé par un taux de FSH anormalement bas pour son âge. Les taux de LH, d'hCG et d'estradiol étaient par contre dans les normes (Table 1). Cette dissociation suggérait une sécrétion d'inhibiteurs de la FSH. Les taux d'INHA et d'INHB étaient nettement élevés pour l'âge, respectivement 475 pg /mL et 100 pg /mL alors que l'hormone anti mullérienne était indétectable.

L'imagerie a mis en évidence une masse pelvienne de nature indéterminée (Figure1).

La chirurgie a révélé une masse ovarienne gauche de 10 cm dont l'analyse histologique a permis de faire le diagnostic d'OFT (Figure 2).

Les taux d'INHA et d'INHB se sont normalisés en post-opératoire immédiat (Figure 3).

## IMAGERIE PELVIENNE

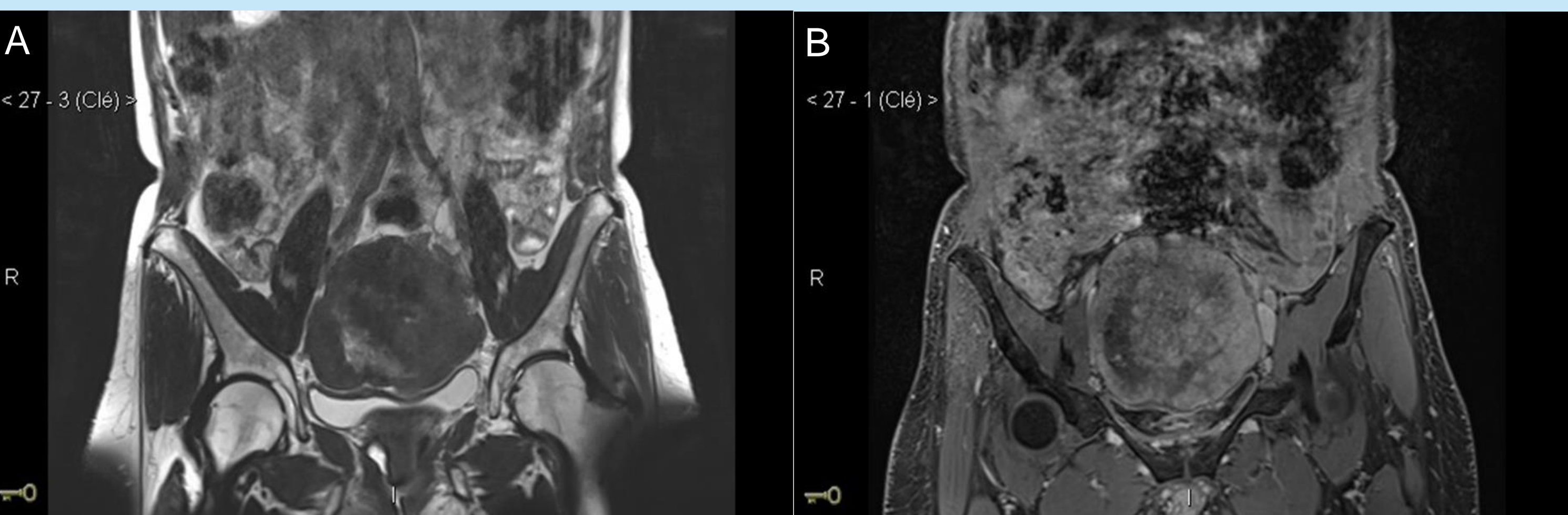


Figure 1: Masse centro-pelvienne de 8\*10 cm à l'IRM.  
A: coupe coronale séquence T2. B: coupe coronale séquence T1 FAT-SAT injectée

## BILAN BIOLOGIQUE

	Value	Normal range
<b>Tumor markers</b>		
CA 125 (kU/l)	7.8	<35
CEA ( $\mu$ g/l)	0.9	<5
CA 15-3 (kU/l)	16.6	<25
CA 19.9 (kU/l)	3.5	<39
HCG (U/l)	4.0	<1
AFP ( $\mu$ g/l)	<2	0.9-10
<b>Hormonal exploration</b>		
FSH (U/l)	6	20-70
LH (U/l)	33	10-40
Estradiol (pmol/l)	40	18-110
Inhibin B (pg/ml)	475	<1
Inhibin A (pg/ml)	100	<2
AMH (pmol/l)	<0.3	0.1-0.2
Testostérone (nmol/l)	0.33	0.17-1.70
Androstenedione (nmol/l)	2.1	0.70-4.50

Table 1: Bilan biologique pré-opératoire

## EVOLUTION BIOLOGIQUE

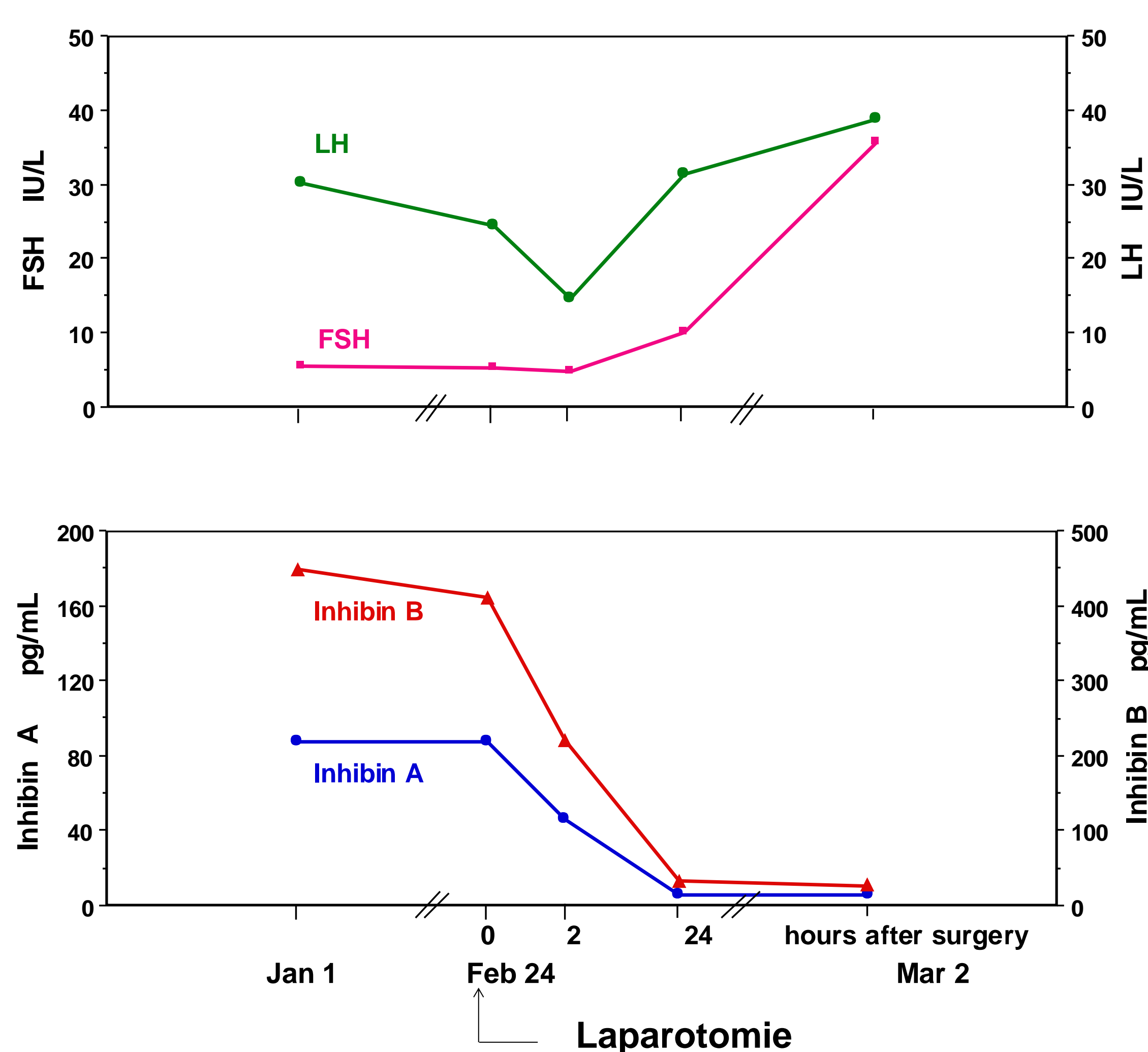
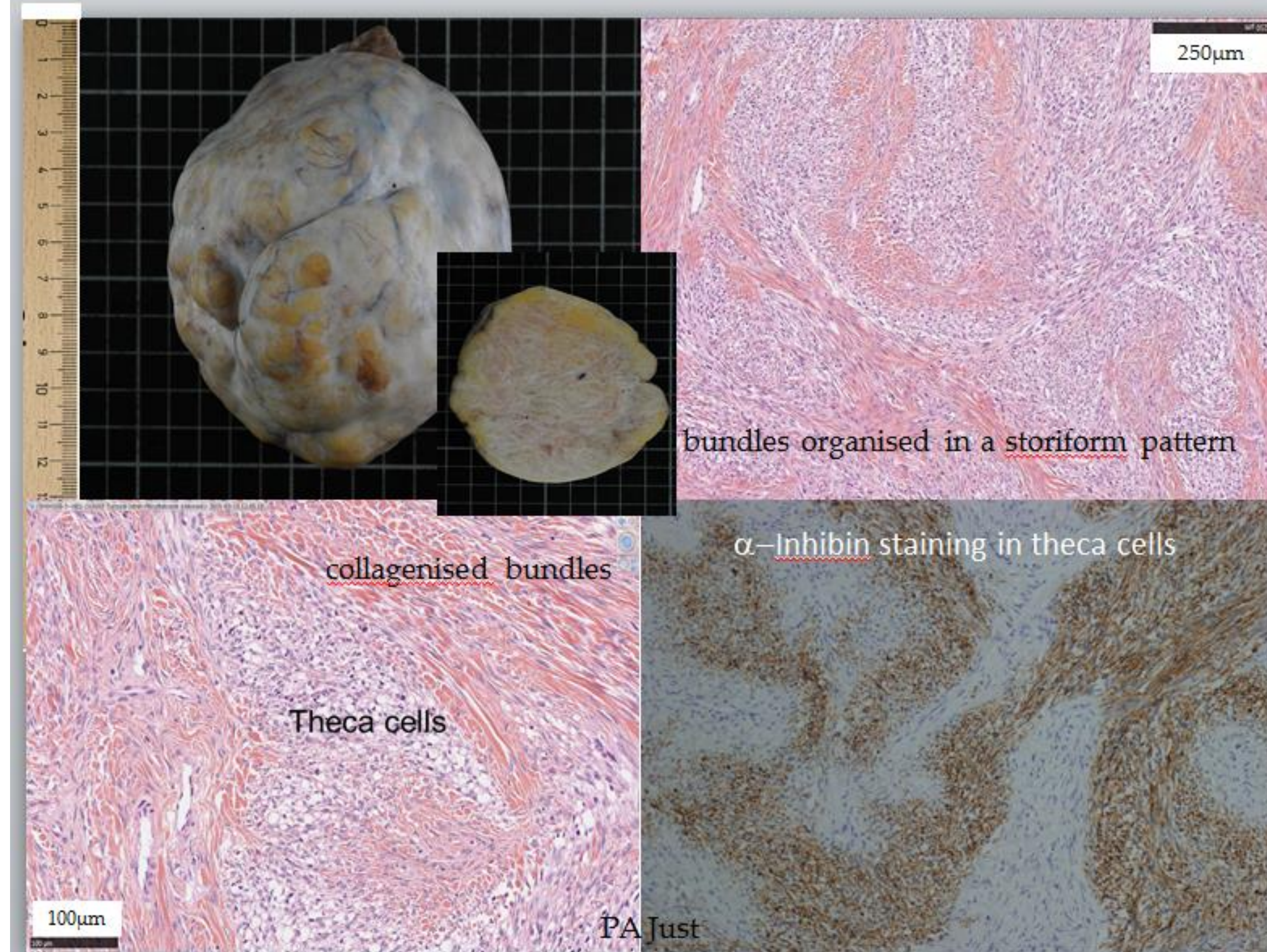


Figure 3: Variation des taux plasmatiques d'inhibines et de gonadotrophines

## CARACTERISTIQUES ANATOMOPATHOLOGIQUES (Figure2)



## CONCLUSION

Nous rapportons le 1er cas de fibrothécome ovarien sécrétant de l'inhibine A et de l'inhibine B. La sécrétion anormale d'inhibine est classiquement observée dans les tumeurs de la granulosa. Dans ce cas, cette étiologie a été écartée devant le taux bas d'estradiol et d'AMH. De plus, les caractéristiques radiologiques n'étaient pas en faveur de ce diagnostic. Dans la littérature, alors que l'expression de l'inhibine Alpha est quasi constante en immunohistochimie ( 4-7), seuls trois cas d'OFT sécrétant de l'INHB ont été rapportés (1,8,9). Une sécrétion d'INHA n'a jamais été associée à l'OFT.

Ce cas souligne l'importance de l'analyse du ratio FSL/LH dans une démarche diagnostique.

**Une dissociation FSH/LH chez une femme ménopausée doit conduire à des investigations complémentaires, à la recherche d'une tumeur sécrétant des facteurs inhibiteurs, dont les inhibines notamment quand l'estradiolémie est basse.**

1. Donovan LE et al. Fertil Steril. 2010;94:1097
2. Chechia A et al. Am J Obstet Gynecol. 2008;199:473.
3. Saito et al. Intern med 2011;50(13):1419-24
4. Hildebrandt RH et al Hum Pathol. 1997; 28:1387-95
5. Mc Cluggage et al, Hum Pathol, 1997;28:9
6. Stewart et al, Histopathology 1997;31:67-64
7. Flemming et al, Histopathology 1996;29:465-468
8. Meyer A.C et al. Fertil Steril. 2000 Feb;73(2):258-60.3
9. Van Liempt SW et al. Hum Reprod. 2012;27:1144-8.