

Sarcome du Stroma endométrial de haut grade.

À propos d'un cas

Dr. Ramdani –Dr. Babelhadj –Dr. Abidi Saad –Dr Laouer - Pr. F. MADACI
Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalo-universitaire de BEO, Alger

FACULTÉ DE
MÉDECINE
D'ALGER



INTRODUCTION

Le sarcome est une tumeur maligne rare de l'utérus. Son incidence est de 1 à 2 cas pour 100 000 femmes. Le site d'origine peut être le tissu conjonctif, le muscle lisse ou le stroma endométrial.

Ce dernier est une tumeur encore plus rare qui représente environ 7 à 25 % des sarcomes utérins.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe les tumeurs stromales de l'endomètre en deux catégories : les nodules stromaux bénins de l'endomètre (NSE) n'infiltrant pas le myomètre et les SSE qui sont caractérisées par une infiltration du myomètre.

Les SSE sont classées, sur la base de la morphologie cellulaire et du nombre de mitoses, en tumeurs de bas grade et de haut grade.

Les facteurs de risque identifiés sont l'exposition antérieure à la radiothérapie pelvienne, l'utilisation à long terme de tamoxifène et l'utilisation d'oestrogènes.

CAS CLINIQUE

Patiente âgée de 55ans G1P1 adressée à notre niveau pour la PEC d'un utérus polyyomateux

ATCD familiaux: cancer du sein chez la mère, cancer du poumon chez le frère

ATCD personnels: Ménarche à 14 ans ,cycle auparavant régulier, pas de contraception .

ATCD pathologiques: HTA et Hypotheroidie

Histoire de la maladie: remonte à 01 ans marqué par des menometrorragies

Clinique:

Patiente en BEG ,BCC ,BMI à 30

Pas de notion d'amaigrissement

Aires ganglionnaires libres

Abdomen souple pas de masse palpable

Examen gynécologique :

Présence d'une masse charnue

nécroticohémorragique saignant

au contact accouché par le col

TV : col effacé comblé par

une masse d'origine endoutérine

fasselée se détachant en lambeaux avec odeur fétide

Echographie:



utérus augmenté de volume mesurant 135X103 mm de contours irréguliers bosselés siégeant d'une formation échogène hétérogène prenant le doppler occupant le corps ;l'isthme et s'étendant vers le col sans individualisation de structure endomètre myomètre

IRM :

Polype utérin de 110/77mm d'allure suspecte accouché par le col associé à un épaississement irrégulier de l'endometre

Foyer d'adenomyose de la corne utérine droite

Deux myomes utérins banaux

Hydrosalpinx bilatéral, ovaires de tailles et d'aspects normal

Adenopathie iliaque interne droite

Curetage biopsique :

aspect histologique d'une prolifération maligne mésenchymateuse

immunohistochimie:CD10: marquage cytoplasmique modéré et hétérogène

CyclineD1: marquage nucléaire intense dans 70%

RO:marquage ncléaire faible et hétérogène

RP: marquage nucléaire modéré diffus

Hcaldesmone : marquage cytoplasmique modéré focale

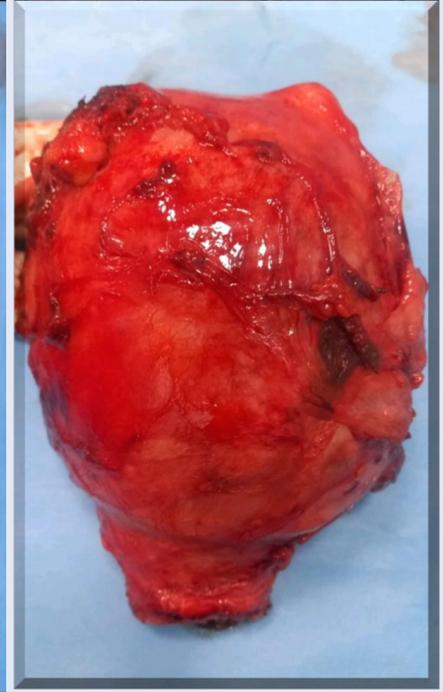
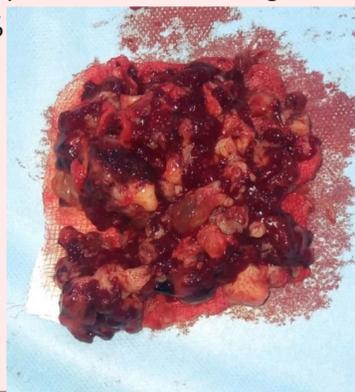
Ki67:estimé à 90%

Bilan d'extension :

TDM TAP : pas de localisation secondaire

Decision RCP: Hysterectomie totale avec

annexectomie bilatérale et adenectomie



Anapath finale :

Paroi utérine siège d'un sarcome du stroma endométrial de haut grade classé pT1b

N0(ON+/18N)Mx selon la TNM correspondant au stade 1b de la FIGO

Adénocarcinome endométrioïde de l'ovaire gauche de bas grade classé pT1ANxMx

selon la TNM 2017 Correspondant au stade 1A de la FIGO

Léiomyome

Discussion

En 2020, l'OMS a sous-catégorisé les EST en quatre groupes : nodule stromal de l'endomètre (ESN), sarcome stromal de l'endomètre de bas grade (LGESS), sarcome stromal de l'endomètre de haut grade (HGESS) et sarcome utérin indifférencié (UUS).[3]

les sarcomes de l'endomètre sont un groupe rare de tumeurs, se présentant généralement chez les femmes en péri-ménopause. Dans notre cas l'âge de la patiente était 55 ans.

La présentation clinique habituelle de l'ESS est un saignement utérin anormal. ;les patientes peuvent également présenter des douleurs pelviennes et une dysménorrhée

Dans la présente étude, le symptôme était également le saignement vaginal . L'échographie ;l'IRM et la TDM ne permettent pas de porter le diagnostic du SSE de haut grade, en raison de l'absence de signes spécifiques connus à ce jour . Dans cette étude, notre cas était étiqueté à tort comme un polype à l'IRM.

à l'étude macroscopique le HG-ESS peut être une masse intracavitaire polypoïde, ou masse intra-murale, mal circonscrite avec envahissement myométrial; à la coupe de HG-ESS, la tumeur est charnue et étendue.de zones d'hémorragie et de nécrose .

Sur le plan immunohistochimique, HG-ESS est typiquement négatif pour CD10, ER, et PR, mais présente une forte immunoréactivité diffuse à la cycline D1 (> 70 %noyaux) c'est le cas de notre patiente avec marquage faible au cd10 et marquage nucléaire intense au cycline D1 Le traitement de référence du SSE de haut grade est chirurgical, et consiste en une hystérectomie totale par laparotomie.

Contrairement au SSE de bas grade, il n'est pas clair si l'annexe pourrait être préservée dans femmes préménopausées atteintes de HG-ESS.

La valeur clinique du curage ganglionnaire reste controversée ;des recherches ont été effectuées dans PubMed, EMBASE et la bibliothèque Cochrane pour trouver des études décrivant l'importance pronostique de la lymphadénectomie dans l'uLMS ou l'ESS:

Trente-deux études de cohorte rétrospectives incluant 26 693 patients au total ont été inscrites. Les patients atteints d'uLMS ou d'ESS de bas grade (LG-ESS) n'ont bénéficié d'aucun bénéfice en termes de survie grâce à la lymphadénectomie. Cependant, les patientes présentant un ESS de haut grade (HG-ESS) ont montré des bénéfices de survie grâce à la lymphadénectomie.

La radiothérapie postopératoire ne semble améliorer que le contrôle locorégional de la maladie, sans pour autant modifier le taux globale de survie. L'indication doit être posée en fonction des effets secondaires.

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie peuvent être utilisées en cas de récurrences locorégionales et à distances, mais seule la chirurgie avec résection complète permet d'améliorer le taux de guérison et de survie globale. La chirurgie des métastases devrait également être discutée.

Conclusion

Comme les autres sarcomes utérins, le SSE de haut grade constitue une entité tumorale très rare et de très mauvais pronostic. L'hystérectomie et l'annexectomie bilatérale est le traitement de première intention. Le curage ganglionnaire systématique est controversé . La radiothérapie permet un contrôle locorégional, et peut être discutée après une chirurgie complète dans les stades précoces. La reprise chirurgicale est également le traitement de choix en cas de récurrence. Les autres options thérapeutiques doivent être évaluées pour améliorer la prise en charge .