

Diagnostic rétrospectif d'un Carcinosarcome utérin à propos d'un cas

Introduction

Le carcinosarcome utérin est l'une des tumeurs les plus agressives de l'utérus, associée à un pronostic défavorable, avec un taux de survie inférieur à 50 % à tous les stades confondus. Initialement classé parmi les sarcomes, il fait désormais partie des carcinomes. Son incidence est de 2 cas pour 100 000 femmes par an, représentant entre 1 et 3 % de tous les cancers de l'utérus.

L'intervention chirurgicale de référence pour les sarcomes utérins est l'hystérectomie avec annexectomie bilatérale, en cas de tumeur supposée limitée au corps utérin. Dans le cas des carcinosarcomes, l'omentectomie et la lymphadénectomie pelvienne doivent également être réalisées.

L'exérèse doit être effectuée sans fragmenter la pièce utérine. La laparotomie apparaît ainsi comme la voie la plus appropriée lorsque le diagnostic de sarcome utérin est connu ou suspecté avant l'hystérectomie. Pour les tumeurs de stade plus avancé et/ou métastatique, des résections plus étendues peuvent être nécessaires.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 76 ans, G11P11, ménopausée depuis l'âge de 50 ans, sous anticoagulation avec Sintrom pour une fibrillation atriale chronique (ACFA). Aucun antécédent personnel ou familial de cancer n'est rapporté. La patiente se présente à la consultation pour des métrorragies post-ménopausiques, persistantes depuis 2 ans, avec notion d'expulsion d'une masse par voie vaginale (non apportée par la patiente).

L'examen clinique révèle une patiente dont l'état général est modérément altéré. La palpation abdominale ne met pas en évidence de masse, en raison d'un panicule abdominal important BMI à 30. À l'examen au spéculum, le col est macroscopiquement sain, sans saignement endo-utérin. L'examen vaginal, combiné à la palpation abdominale, montre un col ferme, surmonté d'un utérus augmenté de taille.

L'échographie a objectivé une formation endouterine hétérogène hyperéchogène prenant le doppler.

Un curetage biopsique a été fait revenant non concluant.

L'IRM faite a objectivé une lésion endométriale suspecte intéressant la totalité du corps utérin avec intégrité de l'interface endometre-myometre et respect du stroma cervical, classé IA de FIGO.

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien dans le cadre du bilan d'extension ne retrouve aucune lésions suspecte ou de localisations secondaires. La patiente a bénéficié d'une hystérectomie totale diagnostique avec annexectomie bilatérale, omentectomie et biopsies péritonéales.

L'examen anatomopathologique retrouve un sarcome du stroma de haut grade classé pT1b selon l'OMS 2020 avec présence d'un embole paramétrial droit.

L'immunohistochimie est revenue positive pour les P53, CD10, MYF4, R0, Cycline D1.

La patiente est décédée six mois après le geste chirurgical, et n'a pu bénéficier d'aucun traitement adjuvant. n'a pas pu bénéficier de traitement adjuvant.

Discussion

Le carcinosarcome utérin est également appelé tumeur mixte mésodermique ou tumeur maligne mixte mullérienne (TMMM), l'un des rares et plus agressifs des cancers de l'endomètre. Il représente 5% de tous les cancers utérins, et 20% du cancer endométrial non endométrioïde.

Le carcinosarcome de l'endomètre est une entité intrigante car il s'agit d'une tumeur biphasique caractérisée par la coexistence d'éléments carcinomateux (épithéliaux) et sarcomateux (mésenchymateux).

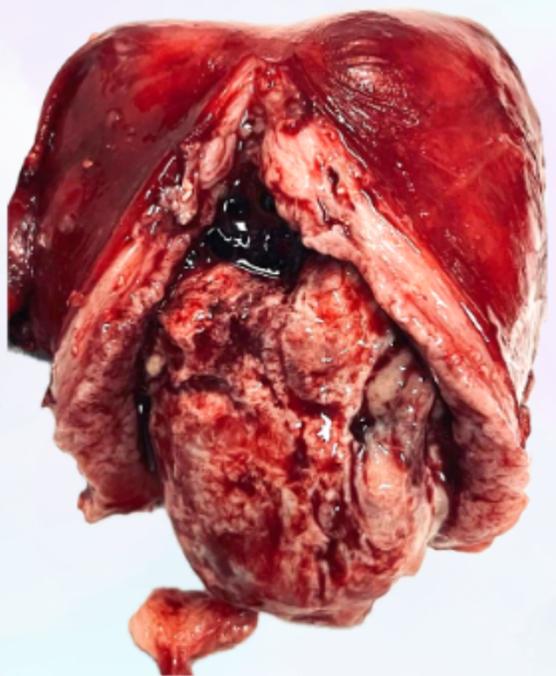
Le taux basal de CA125 sérique est en corrélation avec un stade avancé et un mauvais pronostic, et il peut être utile de guider non pas tant le diagnostic que le suivi.

L'étude immuno-histochimique montre classiquement des éléments épithéliaux cytotératine-positifs, et des éléments mésenchymateux vimentine-positifs. Les deux contingents sont en général p53-positifs en immunohistochimie.

On retrouve également un profil CK7 positif et CK20 négatif.

L'extension aux organes de voisinage et aux ganglions lymphatiques régionaux est fréquemment retrouvée.

Les carcinosarcomes utérins sont de pronostic sombre comparés aux carcinomes de haut grade, surtout en raison du stade avancé de la maladie au moment du diagnostic, mais aussi sur la forme agressive sur le plan anatomopathologique.



Conclusion

Le carcinosarcome utérin est une tumeur rare au pronostic défavorable. Il est responsable de 15 % des décès liés au cancer de l'utérus, avec une survie à 5 ans estimée entre 33 et 39 %, malgré une prise en charge thérapeutique plus agressive. Le diagnostic préopératoire demeure crucial pour assurer une prise en charge appropriée. À ce jour, il n'existe aucun consensus standard et définitif concernant la prise en charge optimale du carcinosarcome de l'endomètre.

Références

1. Cantrell LA, Havrilesky L, Moore DT, et al. A multi-institutional cohort study of adjuvant therapy in stage I-II uterine carcinosarcoma. *Gynecol Oncol*.
2. Raspollini MR, Tommano S, Amunni G, et al. COX-2, c-KIT and HER-2/ neu expression in uterine carcinosarcomas: prognostic factors or potential markers for targeted therapies? *Gynecol Oncol*.
3. Amant F, Moerman P, Neven P, et al. Endometrial cancer. *Lancet*. 2005
4. McCluggage WG. Uterine carcinosarcomas (malignant mixed mullerian tumors) are metaplastic carcinomas.
5. Bitterman P, Chun B, Kurman RJ. The significance of epithelial differentiation in mixed mesodermal tumors of the uterus. A clinicopathologic and immunohistochemical study.
6. Silverberg SG, Major FJ, Blessing JA, et al. Carcinosarcoma (malignant mixed mesodermal tumor) of the uterus. A Gynecologic Oncology Group pathologic study of 203 cases. *Int J Gynecol Pathol*. 1990

Il est diagnostiqué à un stade avancé plus souvent que les autres cancers de l'endomètre. Le stade au moment du diagnostic suit une distribution bimodale : 40 à 50 % des cas sont à un stade précoce (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) I-II) et 50 à 60 % sont avancés (FIGO III-IV).

En règle générale, les symptômes des carcinosarcomes de l'endomètre comprennent des saignements utérins anormaux persistants ou post-ménopausiques, une leucorrhée et/ou des douleurs abdominales associées à une masse utérine charnue à croissance rapide (souvent bombée dans le vagin).

La biopsie de l'endomètre ou la biopsie d'une masse polypoïde saillante est un élément clé pour le diagnostic.

Il est important de souligner que dans quelques cas, le prélèvement de l'endomètre peut révéler une seule des deux composantes (carcinomateuse ou sarcomateuse) et que le diagnostic final n'est obtenu qu'après une hystérectomie.

L'échographie Trans vaginale, l'IRM pelvienne, la tomographie (thoracique et abdominopelvienne) sont utiles en tant que techniques d'imagerie à des fins de diagnostic et de stadification.

Étant donné que le carcinosarcome de l'endomètre est désormais considéré comme un carcinome primaire de l'endomètre, son traitement s'aligne sur celui des autres cancers de l'endomètre de haut grade non endométrioïdes, comme le suggèrent les lignes directrices de l'ESGO/ESTRO/ESP et du National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

À l'approche multimodale, combinant chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie, constitue actuellement le pilier du traitement.

À l'approche multimodale, combinant chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie, constitue actuellement le pilier du traitement.

Les procédures chirurgicales standard de préférence par chirurgie minimale invasive comprennent l'hystérectomie, la salpingo-ovariectomie bilatérale, l'omentectomie infracolique, les biopsies péritonéales. La stadification rétro-péritonéale pour les stades précoces (par exemple, lymphadénectomie systématique pelvienne et para-aortique) ou biopsie du ganglion lymphatique sentinelle. La cytologie péritonéale n'est pas obligatoire car elle ne constitue pas un facteur de stadification du cancer, mais elle peut être utile comme facteur de risque pour adapter le traitement adjuvant.

Aux stades avancés (FIGO III - IV), une laparotomie doit être envisagée lorsqu'une résection macroscopique complète est réalisable. Des études rétrospectives suggèrent qu'une réduction sous-optimale ne confère pas de bénéfice de survie supplémentaire par rapport à la chimiothérapie.

Quelques petites études ont également démontré le rôle potentiel de protocoles néo adjuvants, tels que la chimiothérapie à base de platine ou la chimiothérapie concomitante. La chimio-radiothérapie, pour augmenter les taux de résection complète, rapportant des résultats intéressants justifiant une validation prospective à grande échelle. La préservation des ovaires et la chirurgie préservant la fertilité ne sont pas recommandées pour le carcinosarcome de l'endomètre.