27

Le carcinosarcome endométrioïde : un défi diagnostic et thérapeutique

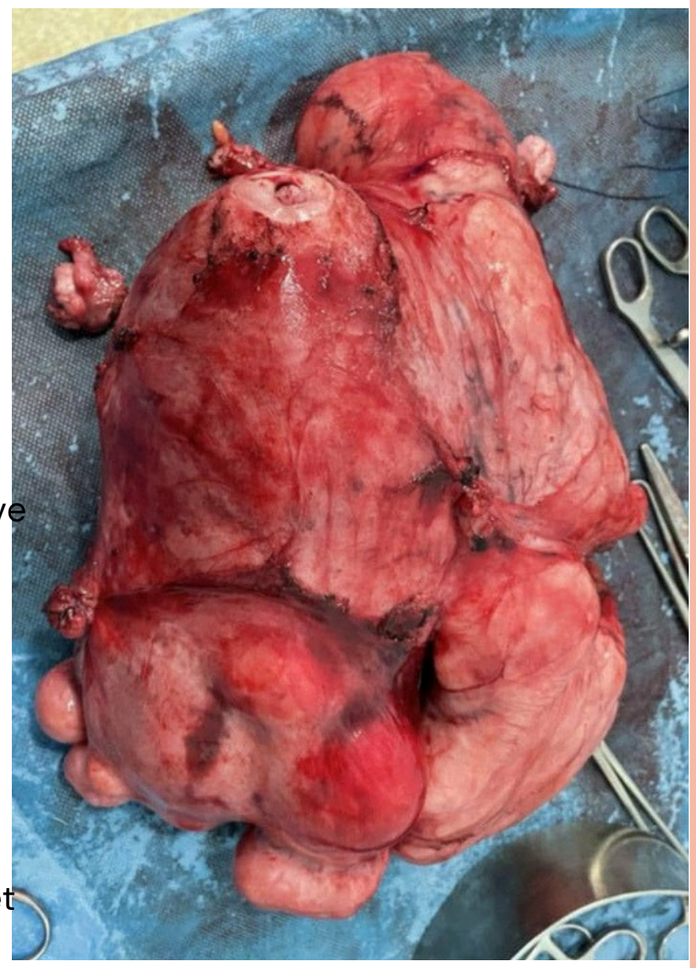
DR TOUMI , DR OUANADA , DR BENAMAR , DR TAMEUR , PROF. DAMMEN DEBBIH

ABSTRACT

le carcinosarcome oula tumeur mullerienne mixte est une tumeur rare et agressive du corps uterin , elle represente moins de 5% de l'enssemble des tumeurs malignes et ont fait l'objet de peu d'etudes .
Nous rapportons le cas d'une patiente ménopausée qui a présenté des metrorragies post ménopausique avec à l'imagerie un uterus polymyomateux , le iagnostic de carcinosarcome a été obtenu en post operatoire sur la piéce d'hystéréctomie.

INTRODUCTION :

le carcinosarcome est une tumeur trés rare et agressive du corp uterin contenant des éléments épithéliaux et mésodermiques malins provenant de la méme cellule précursseur.
Elle fait partie des cancers de l'endométre type 02 et sont considérés d'emblée comme de haut grade et donc de mauvais pronostic.
tumeurs sont non hormonodépandantes , et surviennent en général sur des endométres atrophiques.



OBSERVATION :

C'est une nulligeste nullipare agée de 58ans sans antécédants personnels pathologiques et sans antécédants familiaux de néoplasie, ménopausée depuis 10ans , qui présente des métrorragies post ménopausiques.
L'examen clinique retrouve un abdoméne augmenté de volume avec une hauteur à 20cm , et la palpation objective une masse ferme non douleureuse dépassant l'ombilic.
l'examen gynécologique : examen sous speculum et touches pelviens non fait , patiente célibataire refusant l'examen.
L'echographie complété par une IRM pelvienne retrouve un utérus polymyomateux , dont le plus volumineux et isthmique de type 2-5 de la FIGO de 200mm en dégénérescence myxoide , avec un endométre fin.
La patiente , étant célibataire refusa l'exploration hysteroscopique et bénéficia d'emblé d'un geste chirurgical.

EXPLORATION PER OPERATOIRE :

On retrouve un utérus augmenté de volume déformé par plusieurs myomes de type 6 , et 2-5 , richement vascularisés , le plus volumineux mesurant 25cm plié en deux et occupant le pelvis et le cul de sac de Douglas , et refoulant le tube digestif vers le haut.
La patiente bénéficia d'une Hysterectomie totale avec annexectomie bilatérale , la piécé ayant pesé 3600g.

Resultatanapath : Uneparoi utérinesiége d'un carcinosarcome (carcinomeendométroidede haut grade avec un sarcome du stroma de haut grade) , avec présence d'emboles tumoraux endovasculaire .

Etudes IHC :

****CD10 marquage focal hétérogéne au niveau de la composante sarcomateuse***
****CK7 marquage cytoplasmique et membranaire des cellules tumorales avec témoin externe et interne positifs***
****ki67 à 80%***

Biland'extension : TDMTAPetScintigraphieosseuserevenantsanssextensiontumoralà distance

DISCUSSION :

Le carcinosarcome est rare , ses facteurs de risque n'ont pas été largement étudiés , certains sont connus dont : l'irradiation pelvienne , exposition chronique aux oestrogénes , le tamoxiféne , nulliparité.
Il survient le plus souvent chez la femme ménopausée avec un Âge moyen de 60ans.
Les métrorragies post ménopausiques sont le plus souvent le symptome révélateur ce qui a été le cas pour notre patiente.
Il est important de faire le diagnostic histologique en pré opératoire idéalement par une hystéroscopie avec des biopsies dirigées fin que la prise en charge soit optimale d'emblée.
dans notre contexte , lexploration endoutérine refusée , ce qui a prévalu la réalisation d'une chirurgie à visée diagnostic se basan sur les donées de l'IRM n'ayant pas objectivé de signes péjorative , de ce fait la chirurgie n'a pas été optimale.
L'analyse histologique finale à conclu avec complémentl immunohistochimique a conclu à un carcinome endométrioide de hau grade avec un sarcome du stroma de haut grade .
Aprés un bilan d'extension la tumeur a été classée en carcinosarcomeendométrioide de haut grade stade IB de la FIGO.
Selon la NCCN 2019 , la prise en charge initiale du carcinosarcome consiste en une réalisation d'une **Hystéréctomie totale + annexectomie bilatérale +omentectomie + cytologie péritonéale + curage ganglionnaire**
Il n y'a actuellement pas de consensus concernant les traitements adjuvants .
Aprés discussion en RCP , la décision été d'orienter la patiente pour un complément chirurgical : **omentectomie + curage ganglionnaire** associé à une **radio-chimiothérapie adjuvante.**

CONCLUSION :

LE CARCINOSARCOMEEST UNE TUMEUR RARE DE MAUVAIS PRONOSTIC , LE DIAGNOSTIC PRE OPÉRATOIRE RESTE ESSENTIEL POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMAL , LE PRONOSTIC DEPEND ESSENTIELLEMENT DU STADE INTIALE DE LA TUMEUR , ET TOUT CAS DE CARCINOSARCOME DOIT 2TRE DISCUTE EN RCP POUR ETABLIR UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE.

