31. MÉTASTASE CERVICALE D'ORIGINE COLIQUE CHEZ UNE FEMME : À PROPOS D'UN CAS

A. NOUI CER ; H. FIZI ; R. BOUHOREIRA ; T. BOUKHRIS . OUARGLA

Introduction :

Les métastases gynécologiques d'origine digestive sont exceptionnelles, en particulier l'atteinte du col utérin. Leur rareté et leur présentation atypique posent un défi clinique et histopathologique, notamment chez les patientes jeunes

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, diagnostiquée en 2017 d'un adénocarcinome du côlon droit. Elle a bénéficié d'une hémicolectomie droite suivie d'une chimiothérapie adjuvante pour un stade II à haut risque. Dans le cadre de la surveillance, une atteinte gynécologique isolée a été mise en évidence en 2023, sous forme d'une masse du col utérin, sans autre localisation secondaire. Une biopsie a été réalisée, en faveur de localisation secondaire d'origine coloque , suivie d'une chimiothérapie de type FOLFOX associée au bevacizumab (12 cures) suivi d'une hystérectomie avec annexectomie. L'examen anatomopathologique a confirmé une atteinte métastatique du col utérin d'origine colique, sans carcinose péritonéale associée. Une chimiothérapie adjuvante complémentaire a été administrée, achevée en février 2024. La patiente a été mise sous surveillance par la suite, jusqu' 2025 ou la patiente a présenté une carcinose péritonéale d'où reprise de chimiothérapie type métastatique jusqu'à ce jour la malade est stable.



Discussion : Les métastases du col utérin d'origine digestive sont extrêmement rares, représentant moins de 1 % des métastases gynécologiques secondaires. Parmi celles-ci, les localisations d'origine colique sont encore plus inhabituelles, La majorité des métastases gynécologiques du cancer colorectal intéressent préférentiellement les ovaires (tumeurs de Krukenberg), tandis que l'atteinte cervicale reste exceptionnelle.

Dans la littérature, les cas rapportés sont souvent associés à une carcinose péritonéale ou à une dissémination multi-viscérale, rendant les formes isolées encore plus rares.

Le mécanisme de dissémination vers le col utérin n'est pas clairement élucidé. Plusieurs hypothèses sont évoquées : hématogène, lymphatique , ou une implantation Le principal défi diagnostique réside dans la distinction entre une tumeur primitive du col utérin et une localisation secondaire.

Cette différenciation est importante, car elle conditionne le traitement et le pronostic, L'immunohistochimie joue un rôle déterminant : CK20 positif , CDX2 positif , CK7 négatif

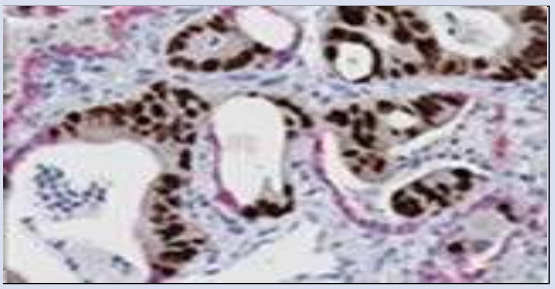


Figure 1 : IHC en faveur de localisation digestive

Ce profil est caractéristique des adénocarcinomes colorectaux et permet d'exclure une origine gynécologique primitive, habituellement CK7 positive.

Sur le plan thérapeutique, La prise en charge repose généralement sur : une chimiothérapie systémique adaptée au cancer colorectal métastatique, associée, dans certains cas, à une chirurgie d'exérèse en cas de localisation isolée et L'évolution reste globalement réservé, surtout en cas de récidive.

Conclusion : Les métastases cervicales d'origine colique, particulièrement isolées, sont rares et de diagnostic difficile. Leur reconnaissance repose sur l'anatomopathologie et l'immunohistochimie, permettant une prise en charge thérapeutique adaptée.

Bibliographie :

-Mazur MT, Hsueh S, Gersell DJ. Metastases to the female genital tract. *Cancer*. 1984;53(9):1978–1984. Kumar NB, Hart WR. Metastases to the uterine cervix from extragenital cancers. *Cancer*. 1982;50(10):2163–2169.
-Young RH. From Krukenberg to today: the ever present problems posed by metastatic tumors in the ovary. *Adv Anat Pathol*. 2006;13(5):205–227.
-Imachi M, et al. Metastatic tumors to the uterine cervix. *Cancer*. 1993;71(12):4032–4037.
-Lemoine NR, Hall PA. Epithelial tumors metastatic to the uterine cervix. *Histopathology*. 1986;10(10):1039–1051.
-McCluggage WG. Immunohistochemistry in the distinction between primary and metastatic tumors in the female genital tract. *J Clin Pathol*. 2000;53(5):327–334.
-Tot T. The cytokeratin profile of medullary carcinoma of the breast. *Histopathology*. 2002;40(2):181–189.
-Van Cutsem E, et al. ESMO guidelines for metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2022.