

## DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DU LEIOMYOSARCOME UTERIN : A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR DE DAKAR (SENEGAL)

M. CISSE, O. GASSAMA, B. BIAYE, K.B.M. FALL, M.L. CISSE, A. NDIAYE, A.A. DIOUF,  
M. GUEYE, M.E. FAYE DIEME, A. DIOUF, J.C. MOREAU

### RESUME

Nous rapportons un cas de léiomyosarcome utérin découvert en post-opératoire après une hystérectomie par voie basse pour myomatose utérine au Centre de Santé Nabil Choucair. Les léiomyosarcomes sont des tumeurs malignes rares développées aux dépens du myomètre utérin. Ils sont caractérisés par leur diagnostic difficile, leur potentiel de récurrence et leur pronostic sombre. Leur traitement est essentiellement chirurgical.

**Mots clés :** Myomatose utérine, Léiomyosarcome, Hystérectomie.

### SUMMARY

**Difficulties of diagnosis and treatment of uterine leiomyosarcoma: about one case at Nabil Choucair Health Center in Dakar (Senegal).**

We report a case of uterine leiomyosarcoma discovered in surgical specimen after vaginal hysterectomy for uterine myomatosis at Nabil Choucair health center. The leiomyosarcomas are malignant tumors with development depends on the uterine myometrium. Their diagnosis is difficult, and their treatment is essentially surgical.

**Keywords:** Uterine myomatosis, Leiomyosarcoma, Hysterectomy.

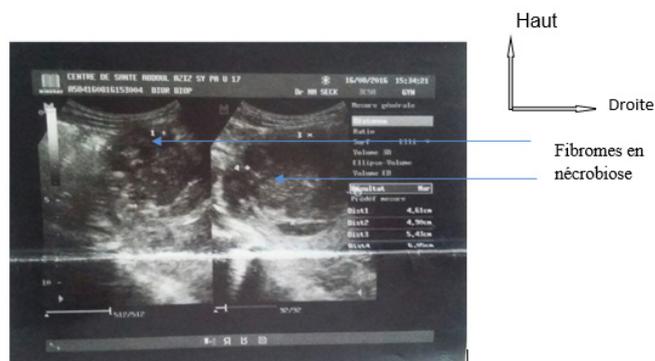
### INTRODUCTION

Les sarcomes utérins sont des tumeurs malignes du corps utérin rares caractérisées par un pronostic globalement médiocre et leur diversité histopathologique. S'il est admis que leur traitement de référence est chirurgical, la place des traitements adjuvants reste discutée [1]. Nous rapportons ici un cas de léiomyosarcome utérin, de découverte post-opératoire histologique avec extension pelvienne localisée et suivi au Centre de Santé Nabil Choucair de Dakar au Sénégal.

### I. OBSERVATION

Il s'agissait de Mme D.D, âgée de 50 ans, 4ème geste, 4ème pare, ménopausée depuis 2 ans, hypertendue mal suivie, au niveau-socio-économique moyen, qui avait consulté dans le service le 20 Septembre 2016 pour des douleurs abdomino-pelviennes associées à des métrorragies. L'examen général de la patiente retrouvait un bon état général, des muqueuses conjonctives colorées avec une hypertension artérielle à 150/100 mm Hg. La palpation abdominale retrouvait une masse pelvienne ferme légèrement sensible, mobile par rapport au plan superficiel et profond, mesurant environ 15 cm de grand axe et la hauteur utérine était évaluée à 16 cm. L'examen au

spéculum était normal. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal retrouvait un utérus augmenté de volume, déformé par des formations nodulaires simulant des fibromes utérins. L'échographie par voie endovaginale objectivait une myomatose utérine avec deux noyaux fundiques en nécrobiose de type 3 selon la classification de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) et mesurant 5 et de 6 cm de grand axe (figures 1 et 2). Le frottis cervico-utérin était sans particularité. Une indication d'hystérectomie par voie vaginale était posée. Une hystérectomie interannexielle par voie vaginale avec amputation première du col de l'utérus, une hémisection, une myomectomie avec morcellement du myomètre étaient réalisées le 03 Octobre 2016.

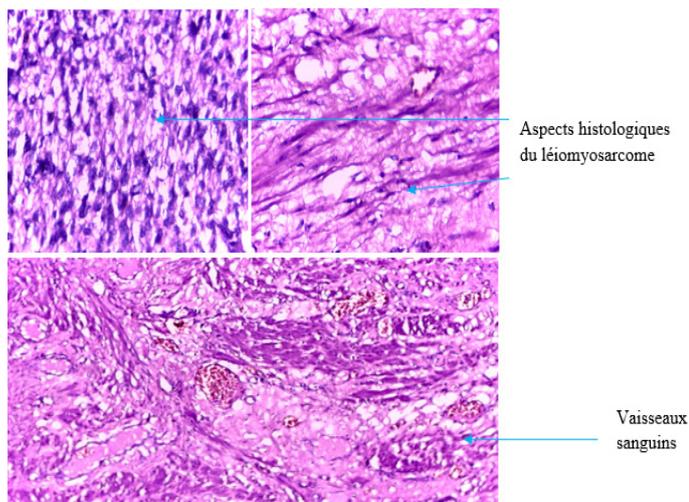


**Figure 1 :** Echographie pelvienne montrant des aspects en faveur de myomes en nécrobiose

**Tirés à part :** Mor Cissé, Interne des Hôpitaux de Dakar, Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Aristide Le Dantec. Email : morbaye66@gmail.com

CISSE M., GASSAMA O., BIAYE B., FALL K.B.M., CISSE M.L., NDIAYE A., DIOUF A.A., GUEYE M., FAYE DIEME M.E., DIOUF A., MOREAU J.C. Difficultés diagnostiques et thérapeutiques du leiomyosarcome utérin : à propos d'un cas au Centre de Sante Nabil Choucair de Dakar (Sénégal) Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°1 p. 29-32

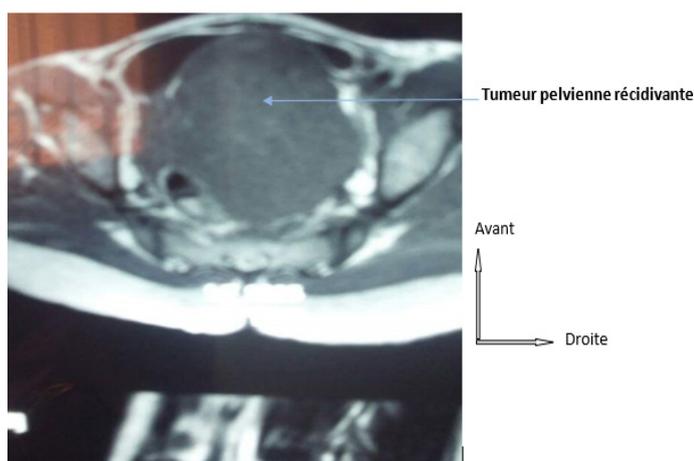
Après hystérectomie, la pièce opératoire était envoyée en anatomopathologie. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était autorisée à sortir quarante-huit heures après son admission.



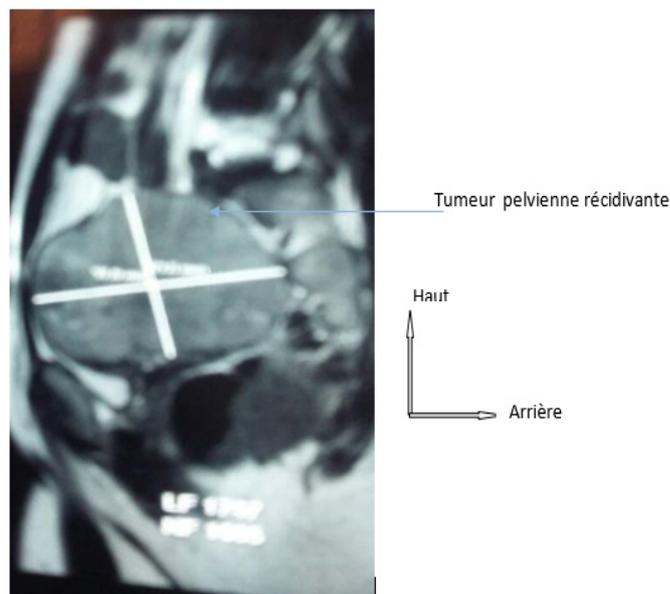
**Figure 2 :** Aspects histologiques du léiomyosarcome

Cinq mois après, la patiente était revenue dans un tableau de douleurs pelviennes invalidantes, des céphalées intenses avec une altération profonde de l'état général et une masse hypogastrique ferme à l'examen.

L'anatomie pathologique retrouvait un léiomyosarcome de haut grade du corps utérin (figure 2). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) était demandée pour bilan d'extension concluant une tumeur classée en T1bN0M0 (figure 3 et 4).



**Figure 3 :** IRM pelvienne (coupe transversale) montrant la tumeur récidivante



**Figure 4 :** IRM pelvienne (coupe sagittale) montrant la tumeur récidivante

La patiente était alors orientée au service de Cancérologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec pour une meilleure prise en charge. A l'Hôpital Aristide Le Dantec, une chimiothérapie était instaurée après amélioration de l'état général. La malade décédait un mois après le début de la chimiothérapie.

## II. DISCUSSION

### 1. Aspects épidémiologiques

Le léiomyosarcome utérin est une tumeur maligne, rare, de nature conjonctive, développée aux dépens des éléments mésenchymateux du myomètre [12]. La fréquence relative est de 1,3% de tous les cancers utérins [7], 1% à 5% au Sénégal [2]. Aucune cause ne leur est reconnue [2]. Cependant, les principaux facteurs de risque connus sont :

- l'âge : les léiomyosarcomes apparaissent à la péri-ménopause entre 45 et 55 ans et atteignent les femmes qui, pour la moitié d'entre elles, sont encore réglées [2] ;
- les antécédents de fibromes utérins : les léiomyosarcomes apparaissent au sein d'un myomètre soit normal et sont alors dénommés primaires, soit au contraire porteur de fibromes [2]. Dans notre observation, la patiente est âgée de 50 ans, ménopausée depuis 2 ans avec une échographie objectivant une myomatose utérine avec des myomes en nécrobiose.

### 2. Aspects diagnostiques

Le diagnostic pré-opératoire n'est que rarement fait. Le diagnostic est le plus souvent fait sur pièce opératoire de fibrome utérin comme dans notre cas. La clinique reste peu spécifique mais un groupe de signes permet

d'orienter le diagnostic vers un léiomyosarcome [8] : les métrorragies surtout quand elles surviennent chez une patiente ménopausée comme dans notre observation, les douleurs pelviennes qui sont sous la forme de coliques expulsives rencontrées aussi dans notre cas, une masse abdomino-pelvienne absente chez notre patiente. L'échographie pelvienne est peu spécifique [7] ; le léiomyosarcome est le plus souvent limité à une seule masse. Une augmentation rapide de la taille du fibrome et une image de myome en nécrobiose peuvent être trompeuses. Plusieurs études ayant analysé l'apport de l'échographie et du Doppler couleur, n'ont pas trouvé de caractères permettant de distinguer un fibrome d'un sarcome utérin [8]. Dans notre observation, l'échographie concluait à une myomatose utérine avec deux noyaux fundiques de type 3 de la classification de la FIGO ; mesurant 50 et 60 mm de diamètre en nécrobiose. L'hystérosalpingographie peut montrer une cavité utérine augmentée de volume, présentant une lacune polycyclique à contours nets, creusée d'échancures intra lésionnelles [6]. Au scanner, les lésions se présentent sous forme de larges zones de nécrose ou de transformation kystique, bien que non spécifique, mais qui doivent faire évoquer le diagnostic. A l'IRM, les lésions présentent un signal hétérogène en pondération T2 avec des plages en hyper signal. En revanche, en cas de lésion histologiquement prouvée, l'IRM permet au mieux de réaliser le bilan d'extension locale et locorégionale. Dans notre observation, ni l'hystérosalpingographie, ni le scanner ne sont réalisés ; l'IRM était réalisée mais dans le but d'un bilan d'extension. Le diagnostic de certitude, comme pour la plupart des cancers, est fait par l'histologie. Sur le plan anatomopathologique, l'aspect macroscopique évocateur d'un léiomyosarcome est la consistance molle, friable, la couleur blanche, la taille volontiers volumineuse (en moyenne 10 cm de diamètre), siège de remaniements nécrotiques et hémorragiques avec parfois un envahissement franc du myomètre et de la séreuse péritonéale. Les critères histologiques retenus par la plupart des auteurs pour le diagnostic de léiomyosarcome sont ceux de Hendrickson et de Kempson repris par Zaloudek et Norris [4, 12]. Le diagnostic est posé lorsqu'il y a plus de 10 mitoses par champ à l'objectif 10 ou s'il y a un nombre de mitoses compris entre 5 à 9 par champ à l'objectif 10 associé à des atypies cellulaires ou des métastases. Les immunomarquages à l'anti-desmine, à l'anti-vimentine, à l'anti-1-anti-trypsine sont utiles pour confirmer le caractère musculaire lisse de la prolifération [4, 12]. Dans notre observation, l'histologie concluait à un léiomyosarcome de haut grade du corps utérin avec des mitoses nombreuses estimées à 25 mitoses/10CFG c'est-à-dire 20 mm<sup>2</sup> et des cellules à noyaux atypiques hyperchromatiques, à chromatine mottée, parfois monstrueux.

### 3. Aspects thérapeutiques

Le traitement est essentiellement chirurgical et doit être complété d'emblée [6,10]. Le premier temps de l'intervention consiste en une cytologie péritonéale et une exploration de l'abdomen. La plupart des auteurs réalisent une hystérectomie non conservatrice, bien que certains ont montré que la conservation des ovaires ne modifie pas la survie. Les gestes complémentaires sont fonction de l'exploration : exérèse viscérale selon l'extension et le curage pelvien si des adénopathies sont palpées. La radiothérapie diminue l'incidence des récives pelviennes mais n'améliore pas la survie globale [9, 10,11] : sa place doit être discutée au cas par cas. La chimiothérapie peut être proposée avant chirurgie si la tumeur est jugée non résécable d'emblée ou après la chirurgie si la résection tumorale n'était pas optimale ou enfin en cas de métastases à distance. Les principaux protocoles contiennent du Cis-platine, de l'Adriamycine et de l'Ifosfamide et dernièrement le Gemcitabine et le Docetaxel [9]. L'efficacité de la chimiothérapie dans ces cancers n'est pas encore spectaculaire [6]. Lorsqu'un léiomyosarcome est découvert histologiquement sur une pièce d'hystérectomie comme dans notre cas, aucun traitement adjuvant n'est à prévoir et notamment il n'est pas nécessaire de réintervenir pour un « staging » ganglionnaire, le léiomyosarcome étant peu lymphophile [6]. Toutefois, il est préférable de réaliser un bilan d'extension afin de s'assurer qu'il n'existe pas de métastases pulmonaires et abdominales. Dans notre cas, on avait réalisé une IRM pour bilan d'extension qui avait permis de classer la tumeur en T1bN0M0 selon la classification Tumor (T), Node (N) et Metastasis (M). La radiothérapie n'était pas faite parce que l'appareil, le seul au Sénégal, était en panne. Une chimiothérapie était donc instaurée à base Decarboplatine et de Doxorubicine (50 à 60mg/m<sup>2</sup>) et la patiente en avait reçu deux cures.

### 4. Aspects pronostiques

Ce sont des tumeurs de mauvais pronostic puisque que la survie à 5 ans est d'environ de 30% [5, 13]. La survie des patientes est corrélée au stade tumoral [11]. Le facteur pronostique dominant est l'activité mitotique de la tumeur [6, 12], le pronostic est d'autant plus sombre que l'activité mitotique est élevée. L'absence de nécrose et d'une hyalinisation pérítumorale sont des facteurs de bon pronostic. Le jeune âge ainsi que la préménopause sont des facteurs de bon pronostic [4, 6, 12]. La présence de métastases influence nettement la survie. Ces métastases touchent par ordre de fréquence le poumon, le foie, les os et le cerveau. Le décès survient en moyenne 8 mois après l'apparition de la première récive. Notre patiente n'avait pas de métastases à distance,

ni d'extension lymphatique. La récurrence est survenue 4 mois après l'intervention. L'histologie concluait à un léiomyosarcome utérin de haut grade du corps utérin avec des mitoses nombreuses estimées à 25 mitoses/10 CFG. Notre patiente est décédée 7 mois après l'hystérectomie, 2 mois après la récurrence et 1 mois après l'instauration de la chimiothérapie.

## CONCLUSION

Le léiomyosarcome utérin est un cancer rare touchant essentiellement la femme en péri-ménopause. Son diagnostic, histologique, sur pièce d'hystérectomie faite souvent dans un contexte de myomatose utérine. Son traitement est chirurgical complété au besoin par la radiothérapie ; la chimiothérapie n'a pas fait sa preuve d'efficacité. Son pronostic est globalement médiocre.

## REFERENCES

1. **Benabdejilil Y, Elmarjany M, Babahabib A, Elhassani M, et al.** Leiomyosarcome utérin récidivant : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* 2014 ; 19 :74 (9) : 1-9
2. **Cissé B.** Les sarcomes du corps utérins : étude rétrospective et revue de la littérature à propos de 14 cas Thèse-Med. Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 1998 Numéro 22
3. **Echt G, Jepson J, Langholz B et al.** Treatment of uterine sarcoma. *Cancer* 1990;66(1) :35-9.
4. **Gerst PH, Levy J, Swaminathan K, Kshetry V, Albu E.** Metastatic leiomyosarcoma of the uterus : unusual presentation of a case with late endobronchial and small bowel metastases. *Gynecol Oncol.* 1993 ; 49 (2) : 271-5
5. **Goff BA, Rice LW, Fleischaker D, Muntz HG et al.** Uterine leiomyosarcoma and endometrial stroma sarcoma : lymph node metastases and sites of recurrence. *Gynecol Oncol,* 1993 ; 50(1): 105-9.
6. **Hata K, Hata T, Makihara K, Aoki S, et al.** Sonographic finding of uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Obstet Invest.* 1990 ; 30 (4) : 242-5.
7. **Leibsohn S, Ablig G, Mishell DR Jr, Schlaerth JB.** Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies performed for presumed leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol.* 1990 ; 162(4) :968-74
8. **Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, Morrow CP et al.** Prognostic factors in early-stage uterine sarcoma; A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1993 ; 71 (4 Suppl) : 1702-9.
9. **Nordal RR, Thoresen SO.** Uterine sarcomas in Norway 1956-1992: Incidence, Survival and Mortality. *Eur J Cancer.* 1997 ; 33(6) :907-11
10. **Salazar OM, Bonfiglio TA, Patten SF, Keller BE et al.** Uterine sarcomas: natural history, treatment and prognosis. *British Journal of Cancer* 1978 ; 42(3) : 1152- 60.
11. **Socolov RV, Pricop FZ, Stratan D.** La malignité du sarcome utérin par comparaison avec les leiomyomes suspects : Etude anatomo-clinique sur 16 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1992 ; 87 (10) : 457-60
12. **Swartz LB, Diamond MP, Swartz PE.** Leiomyosarcomas : clinical presentation. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 ;168 (1) :180-3.
13. **VanDinh T, Woodruff JD.** Leiomyosarcoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1982 ; 144(7): 817-23.