



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/17140
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17140>



RESEARCH ARTICLE

SARCOME DU STROMA ENDOMETRIAL : LOCALISATION SECONDAIRE GASTRIQUE INHABITUELLE A PROPOS UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

M. Elkhayari¹, H. Abid¹, M. Elyousfi¹, D. Benajah¹, M. El Abkari¹, A. Ibrahimi¹, N. Lahmidani¹ and I. Akoch²

1. Service d'hépto-Gastro-Entérologie, CHU Hassan II de Fès, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Sidi Mohamed ben Abdallah de Fès.
2. Cabinet d'hépto Gastroentérologie, Centre Riha Fès.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 April 2023
Final Accepted: 28 May 2023
Published: June 2023

Abstract

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

Introduction:-

Les Sarcomes utérins sont des tumeurs rares, représentant moins de 3 % des tumeurs malignes du tractus génital féminin et entre 3 et 7 % des tumeurs malignes du corps utérin.[1]

Quand la localisation est utérine, le diagnostic est facile, mais en cas de symptomatologies extra gynécologiques il est difficile d'y penser. Seulement trois cas de localisation gastrique étaient rapportés dans la littérature anglaise et française .[2], [3]

Nous rapportons 1 cas de sarcome endométrial de localisation secondaire gastrique dont le diagnostic a été retenu après avoir exclu les autres types histologiques potentiellement plus fréquentes.

Observation Clinique:

Mme H.F âgée de 52ans, sans antécédents pathologiques notables, s'est présentée pour bilan d'anémie avec distension abdominale qui remontait à 1 an évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 5 kg et d'altération de l'état générale, sans saignements extériorisés gynécologiques ni extra gynécologiques, sans pertes vaginales, sans douleurs abdomino-pelviennes.

A l'Examen Clinique :

La patiente était consciente, apyrétique, OMS à 1, Pâleur Cutanéomuqueuse, Matité des flancs, Pas d'Hépatomégalie, ni de Splénomégalie, ni de signes d'insuffisance hépatocellulaires. IMC 20 Kg /m².

Le Bilan biologique objectif :

HB à 6 g /dl, VGM à 70 fl, CCMH à 23 %, plq 160000 elm /mm³, GB 5000 elm/mm³, TP 100%, ionnogramme et bilan hépatique étaient corrects.

Corresponding Author:- M. Elkhayari

Address:- Service d'hépto-Gastro-Entérologie, CHU Hassan II de Fès.

Examen Radiologique :

TDM TAP +IRM pelvienne :objectivaient une Masse tumorale infiltrant la paroi gastrique avec multiples nodules et masses de carcinose intra-péritoneale,Ascite de moyenne abondance ,Vésiculebiliaire lithiasique sans signes des complications ,avec une énorme masse intra-utérine envahissant les ovaires .

Examen endoscopique :

Fibroskopie oeso-gastro-duodénale objectivait un Processus gastrique ulcéro-bourgeonnant et nécrosé dans sa grande partie s'étend le long de la grande courbure sur 4 cm envahissant la jonction Antro-fundique .



Figure illustrant un processus gastrique nécrosé .

Examen anatomopathologique de la biopsie du processus gastrique:

Processus gastrique n'exprimant pas de CD117 ni de CD 134 ce qui ne permet pas de retenir une tumeur stromale digestive ,pas d'expression aussi de la Cytokératine AE1/AE3 ou de CK7 avec une faible expression focale de la CK8/18 sur quelques cellules tumorales ,**ces cellules expriment de façon intense et diffuse les récepteurs aux œstrogènes**,ces cellules tumorales n'expriment pas l'inhibine en présence de témoin externe positif ,comme elles n'expriment pas de CD45 en présence de témoin interne positif qui va contre l'éventualité d'un processus lymphomateux ,ces cellules expriment également le CD10 de façon assez intense et diffuse ,la desmine est également exprimée de façon intense sans expression d'HCaldesmeone ,pas d'expression de la Calrétinine ,ni de la CD34 qui éloigne le diagnostique d'une tumeur de la granulosa.

Tous ces caractéristiques histologiques et Immunohistochimiques étaient en faveur d'une prolifération tumorale indifférenciée compatible avec une origine gynécologique vue la forte expression des récepteurs aux œstrogènes ,et qui est plutôt **en faveur du sarcome de type stroma endométrial avec une localisation secondaire gastrique** .

Après une longue discussion avec une deuxième relecture anatomopathologique le diagnostique retenu était un **Sarcome du stroma endométrial de primitif endométriale avec des localisations secondaires péritonéales et gastriques** .

Le Dossier a été discuter à la réunion de concertation pluridisciplinaire(RCP) en présence des gynécologues ,oncologues ,radiologues ,gastrologues ,et radiothérapeutes et dont la décision vis-à-vis la prise en charge était une Poly-chimiothérapie vu qu'on était devant un sarcome de haut grade non opérable et poly métastatiques .La patiente actuellement sous chimiothérapie à base **Doxorubicine / Ifosfamide** au secteur privé ,en parallèle elle a bénéficiée de transfusion sanguine .L'Evolution à été marqué par la régression d'asthénie vu la récupération des réserves en fer ,elle est prévue pour contrôle radiologique dans 3 mois .

Discussion et Revue de la Littérature:-

Les sarcomes utérins sont des tumeurs rares mésoenchymateuses malignes, qui représentent 3 à 7 % des tumeurs malignes du corps de l'utérus. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) [4] a revu la classification anatomopathologique des tumeurs mésoenchymateuses du corps utérin en 2020, et permet d'en distinguer trois types histologiques : les tumeurs du stroma endométrial, dont font partie les sarcomes du stroma endométrial (SSE), comprenant **les SSE de haut grade (SSEHG)** et de bas grade (SSELG), **et les sarcomes indifférenciés utérins (SI)** ; les tumeurs du muscle utérin (léiomyosarcomes) ; et les tumeurs mésoenchymateuses diverses .

Les Sarcomes du stroma endométrial de haut grade sont des tumeurs rares (les moins fréquents des sarcomes utérins) qui surviennent le plus souvent chez des femmes de plus de 55 ans comme s'était le cas de notre patiente âgée de 57 ans .

Les symptômes les plus fréquents sont les saignements vaginaux, pertes vaginaux anormaux ,les douleurs abdominales et/ou une masse abdominopelvienne. Il faut noter qu'une partie des diagnostics se fait de façon accidentelle après myomectomie ou hystérectomie pour une pathologie bénigne présumée, plus rarement sur une biopsie endométriale ou de métastases sans primitif retrouvé .chez notre patiente la symptomatologie était dominée par l'asthénie vu l'anémie profonde avec la distension abdominale lié à l'ascite vu la carcinose péritonéale ,sans signes gynécologiques .

L'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ne permettent pas de porter le Diagnostic du SSE , en raison d'absence de signes spécifiques connus à ce jour. Le diagnostic est Souvent retenu de façon rétrospective après analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire.[5] le diagnostic différentiel est celui des autres cancers de l'endomètre, notamment pour les formes de petit volume entièrement confinées à l'endomètre . L'analyse des coupes tardives après injection à la recherche de plage de nécrose permet de penser au diagnostic.[6] L'imagerie dans notre situation aussi n'était pas trop parlante ,objektivait une masse gastrique avec carcinose péritonéale avec une masse utérine envahissant l'ovaire sans orientation particulière à un diagnostic précis .

L'extension tumorale des sarcomes se fait vers les aires ganglionnaires qui seront systématiquement explorées lors de l'examen IRM initial jusqu'au plan des vaisseaux rénaux. Le pronostic à long terme des sarcomes utérins en rémission locale est lié à l'apparition de métastases pulmonaires, qui seront systématiquement recherchées par un scanner thoracique.[6] Particulièrement chez notre patiente pas de localisation pulmonaire ni ganglionnaire avec une localisation gastrique et péritonéale .

Pour les Sarcomes opérables la chirurgie doit idéalement être réalisée en centre expert et consiste principalement en une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale en évitant le morcellement. Le curage ganglionnaire ne doit être envisagé qu'en cas d'adénopathie macroscopiquement pathologique. Un traitement adjuvant par radiothérapie et chimiothérapie doit être discuté systématiquement en réunion de concertation pluridisciplinaire. En cas de maladie oligo-métastatique, le traitement chirurgical du primitif et des métastases doit être discuté. [7] ,Pour les sarcomes du stroma endométrial de haut grade et les sarcomes utérins indifférenciés métastatiques , plusieurs études montrent un avantage à la polychimiothérapie en termes de taux de réponse[8].Pour ce qui concernait le cas de notre patiente la décision était une polychimiothérapie à base de Doxorubicine / ifosfamide .

Il existe peu d'études permettant de définir des recommandations de suivi optimales, cependant du fait de l'agressivité de ces tumeurs, un suivi clinique et morphologique renforcé semble nécessaire. La surveillance sera réalisée tous les trois mois pendant les deux à trois premières années, puis tous les six à douze mois. La surveillance par imagerie est basée sur le TDM thoraco-abdomino-pelvien tous les trois à six mois les trois premières années, puis tous les ans pendant cinq ans[7] .la surveillance Radiologique chez notre patiente est prévu d'ici un mois après 3 mois du début de traitement .

Conclusion:-

Comme les autres sarcomes utérins, le SSE de haut grade constitue une entité tumorale très rare. Pour la plupart des études pas de présentation clinico-radiologique pathognomonique ,Mais il faut y penser après élimination des formes histologiques les plus fréquents .Pour la prise en charge thérapeutique plusieurs études montrent un avantage à la poly chimiothérapie en termes de taux de réponse.

Références:-

- [1] « Référence Sarcomes de l'utérus ». <http://oncologik.fr/referentiels/interregion/sarcomes-de-l-uterus> (consulté le 19 mai 2023).
- [2] S. R. Kethu, S. Zheng, et R. Eid, « Metastatic low-grade endometrial stromal sarcoma presented as a subepithelial mass in the stomach was diagnosed by EUS-guided FNA », *Gastrointest Endosc*, vol. 62, no 5, p. 814-816, nov. 2005, doi: 10.1016/j.gie.2005.07.013.
- [3] M. Jin, J. P. Reynolds, S. I. Odronic, et P. E. Wakely, « Primary gastric extra-uterine endometrial stromal sarcoma », *Annals of Diagnostic Pathology*, vol. 18, no 3, p. 187-190, juin 2014, doi: 10.1016/j.anndiagpath.2014.02.001.
- [4] E. D'Angelo et J. Prat, « Uterine sarcomas: a review », *Gynecol Oncol*, vol. 116, no 1, p. 131-139, janv. 2010, doi: 10.1016/j.ygyno.2009.09.023.
- [5] « Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma - a Review - PubMed ». <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30317238/> (consulté le 24 juin 2023).
- [6] E. Masson, « Imagerie des sarcomes utérins », *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/197509/imagerie-des-sarcomes-uterins> (consulté le 24 juin 2023).
- [7] C. Roussel-Simonin et al., « Sarcomes utérins du stroma de haut grade et sarcomes indifférenciés – Référentiels de prise en charge du Groupe Sarcome Français et du Groupe des Tumeurs Rares Gynécologiques », *Bulletin du Cancer*, vol. 110, no 7, p. 855-864, juill. 2023, doi: 10.1016/j.bulcan.2023.03.017.
- [8] « Référence Sarcomes de l'utérus ». <http://oncologik.fr/referentiels/trc/sarcomes-de-l-uterus> (consulté le 24 juin 2023).