

Les tumeurs mésoenchymateuses de l'utérus

Objectifs :

- Présenter quelques données épidémiologiques.
- Reconnaitre les principales entités histo-pathologiques des tumeurs mésoenchymateuses de l'utérus.
- Identifier les différents critères de malignités des tumeurs mésoenchymateuses de l'utérus.

Plan du cours :

- I) Introduction
- II) Les tumeurs du muscle lisse
 - A) Le léiomyome utérin
 - 1. Epidémiologie
 - 2. Facteurs déclenchants
 - 3. Clinique
 - 4. Macroscopie
 - 5. Microscopie
 - 6. Les remaniements des léiomyomes
 - B) Le léiomyosarcome
 - 1. Epidémiologie
 - 2. Clinique
 - 3. macroscopie
 - 4. microscopie
- III) Tumeurs du stroma endométrial
 - A) Nodule du stroma endométrial
 - 1. Macroscopie
 - 2. Microscopie
 - B) Sarcome du stroma endométrial de bas grade
 - 1. Macroscopie
 - 2. Microscopie
 - C) Sarcome du stroma endométrial de haut grade (indifférencié)
 - 1. Macroscopie
 - 2. Microscopie
- IV) Tumeurs mixtes épithéliales et mésoenchymateuses
 - A) Carcinosarcome (ou *carcinome sarcomatoïde*)
 - B) Adénosarcome
 - C) Carcinofibrome
 - D) Adénofibrome
- V) Traitement
- VI) Conclusion

Les tumeurs mésenchymateuses de l'utérus

Objectifs :

- Présenter quelques données épidémiologiques.
- Reconnaitre les principales entités histo-pathologiques des tumeurs mésenchymateuses de l'utérus.
- Identifier les différents critères de malignités des tumeurs mésenchymateuses de l'utérus.

I) Introduction :

- Dominées particulièrement par les léiomyomes. Ces lésions tumorales bénignes surviennent généralement chez la femme jeune.
- Les tumeurs mésenchymateuses malignes les plus fréquentes sont: les léiomyosarcomes et les sarcomes du stroma endométrial qui touchent surtout les femmes de la race noire.

II) Les tumeurs du muscle lisse :

A) Le léiomyome utérin :

1. Epidémiologie :

- Représente le¹/₄ des tumeurs utérines. Généralement, il touche la femme entre 30 et 50 ans ; les cliniciens les désignent sous le nom de fibromes en raison de leur consistance.
- Le risque de dégénérescence est exceptionnel.

2. Facteurs déclenchants :

- Le léiomyome est hormono-dépendant et ne se rencontre ni avant la puberté ni après la ménopause. Le volume et le nombre des léiomyomes peuvent être variables. Il existe des léiomyomes intra-muraux, sous-muqueux et sous-séreux.

3. Clinique :

- Certains sont asymptomatiques, découverts lors d'un examen gynécologique. D'autres sont symptomatiques : douleurs, des méno-métrorragies, une dysurie, avortement ou accouchement prématuré....

4. Macroscopie :

- Il est ferme, blanc- nacré, limité par une mince capsule. A la coupe, l'aspect est fibreux et fasciculé.

5. Microscopie :

- La tumeur est constituée par des fibres musculaires lisses arrangées en faisceaux entrecroisés et tourbillonnants. Les noyaux sont allongés, le cytoplasme est peu abondant. Ces faisceaux sont le plus souvent séparés par de minces travées fibreuses. Les mitoses sont absentes ou rares et toujours normales, ce qui permet théoriquement la distinction avec les sarcomes.
- profil immunohistochimique : vimentine, actine musculaire lisse et desmine sont positifs

6. Les remaniements des léiomyomes :

-Ils sont fréquents et sont le fait de perturbations vasculaires, ils se traduisent par des œdèmes, hémorragies et ischémie qui par leur durée et leur intensité transforment leur structure et leur morphologie.

-L'infarcissement se traduit par une dégénérescence rouge : c'est la nécrobiose hémorragique, à l'ouverture le myome ressemble à un beefsteak cru.

B) Le léiomyosarcome :

1. Epidémiologie :

-Le plus fréquent des sarcomes utérins purs, il apparait entre 50- 55 ans.

2. Clinique :

-Les signes cliniques ne sont pas spécifiques : augmentation du volume de l'utérus, métrorragies, signes de compression, métastases...

3. macroscopie :

- Se présente comme une tumeur diffuse, mal limitée, molle, hémorragique, nécrosée. Son énucléation est difficile, son développement peut être interstitiel, endo-utérin ou péritonéal.

4. microscopie :

-Tumeur à cellularité dense, faite de faisceaux de cellules fusiformes à cytoplasme éosinophile abondant et aux noyaux ovalaires irrégulières avec nucléole proéminent.

- Le diagnostic de malignité repose sur les atypies cyto-nucléaires, la nécrose mais surtout le nombre de mitoses.

- Tumeur hautement maligne, la survie à 5 ans est de 15- 25 %.

III)Tumeurs du stroma endométrial :

- Ces tumeurs surviennent chez des femmes entre 30 et 40 ans ou pré- ménopausées. Se traduisent fréquemment par des métrorragies, plus rarement par les douleurs pelviennes et parfois un utérus plus ou moins globuleux.

-Les tumeurs malignes sont représentées par les sarcomes du stroma endométrial de haut et de bas grades ; le nodule du stroma endométrial est une tumeur bénigne.

A) Nodule du stroma endométrial :

1. Macroscopie :

-Nodule bien limité, rond ou ovalaire, charnu, la tranche de section est jaune ou bronze, parfois creusée de kystes.

2. Microscopie :

- Faite d'ilots tumoraux de cellules monotones ressemblant aux cellules du stroma endométrial de la phase proliférative, ovalaires ou fusiformes aux limites indistinctes, parcourus de petites artérioles spiralées à paroi épaisse.

-IHC : RO+, RP+, CD10+.

-Tumeur bénigne nécessitant, parfois une hystérectomie, si l'exérèse est incomplète.

B) Sarcome du stroma endométrial de bas grade :

1. Macroscopie :

- Se présente sous forme d'une masse polypoïde à développement endométrial et myométrial, molle, jaunâtre, ou plus fréquemment sous forme de multiples nodules infiltrant le myomètre de façon diffuse avec ; parfois des remaniements nécrotiques et myxoides.

2. Microscopie:

-C'est une tumeur qui infiltre le myomètre, son aspect est proche de celui du nodule du stroma endométrial, avec une faible activité mitotique et présence d'embolus vasculaires.

-IHC: RP+, RO+ et CD10+.

-Evolution lente et de pronostic favorable.

C) Sarcome du stroma endométrial de haut grade (indifférencié) :

1. Macroscopie :

- Masse volumineuse charnues gris-jaunâtres comblant la cavité utérine et infiltrant massivement le myomètre, avec des remaniements nécrotiques et hémorragiques importants.

2. Microscopie :

-Se caractérise par un polymorphisme plus marqué avec des: cellules fusiformes ou polygonales, atypies nucléaires et une activité mitotique importante, une densité cellulaire élevée, invasion agressive du myomètre, avec nécrose et hémorragie.

-IHC: RP et RO-, CD10 souvent positif

- C'est une tumeur agressive, la mort survient dans moins de 3 ans après hystérectomie.

IV) Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses :

A) Carcinosarcome (ou carcinome sarcomatoïde) :

- C'est une tumeur à double composante épithéliale et mésenchymateuse malignes.

-Touche la femme en post ménopause avec un âge moyen de 65 ans.

1. Macroscopie :

-Se présente sous forme d'une masse isolée, pédiculée, polypoïde, molle avec des zones de nécroses, des kystes et des hémorragies.

2. Microscopie :

-Comporte des zones de carcinome et de sarcome sont étroitement intriquées. La prédominance de l'un des 02 constituants n'a aucune influence sur le pronostic.

B) Adénosarcome: tumeur à double composante épithéliale bénigne et mésenchymateuse maligne.

C) Carcinofibrome: tumeur à double composante épithéliale maligne et mésenchymateuse bénigne

D) Adénofibrome: tumeurs à double composantes bénignes

V)Traitement :

1. Léiomyomes :

- Médical : par les androgènes, progestérone et les hémostatiques. Si échec ou rechute;
- Chirurgie: myomectomie ou énucléation, hystérectomie subtotale ou totale

2. Les tumeurs malignes : repose sur la chirurgie (hystérectomie totale) et la chimiothérapie à visée palliative.

VI)Conclusion :

- Les tumeurs mésoenchymateuses du corps utérin sont dominées par les léiomyomes utérins.
- La confirmation diagnostique est toujours histologique.
- Les tumeurs utérines malignes apparaissent chez les femmes en péri-ménopause.
- Leur pronostic reste toutefois sévère et la thérapeutique est généralement sans succès dans les formes extensives.