

# Pathologie du myomètre

Dr.A.Mahdjoub

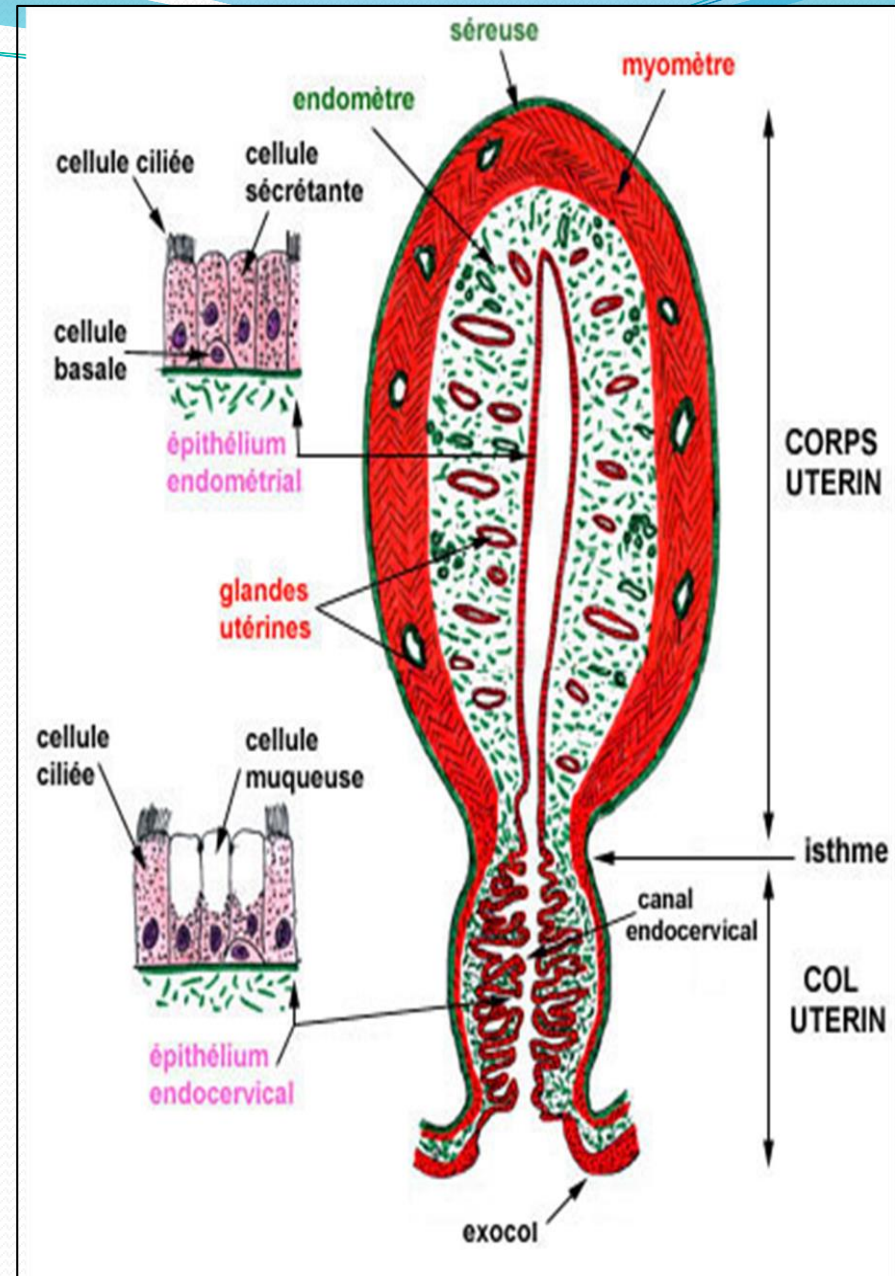
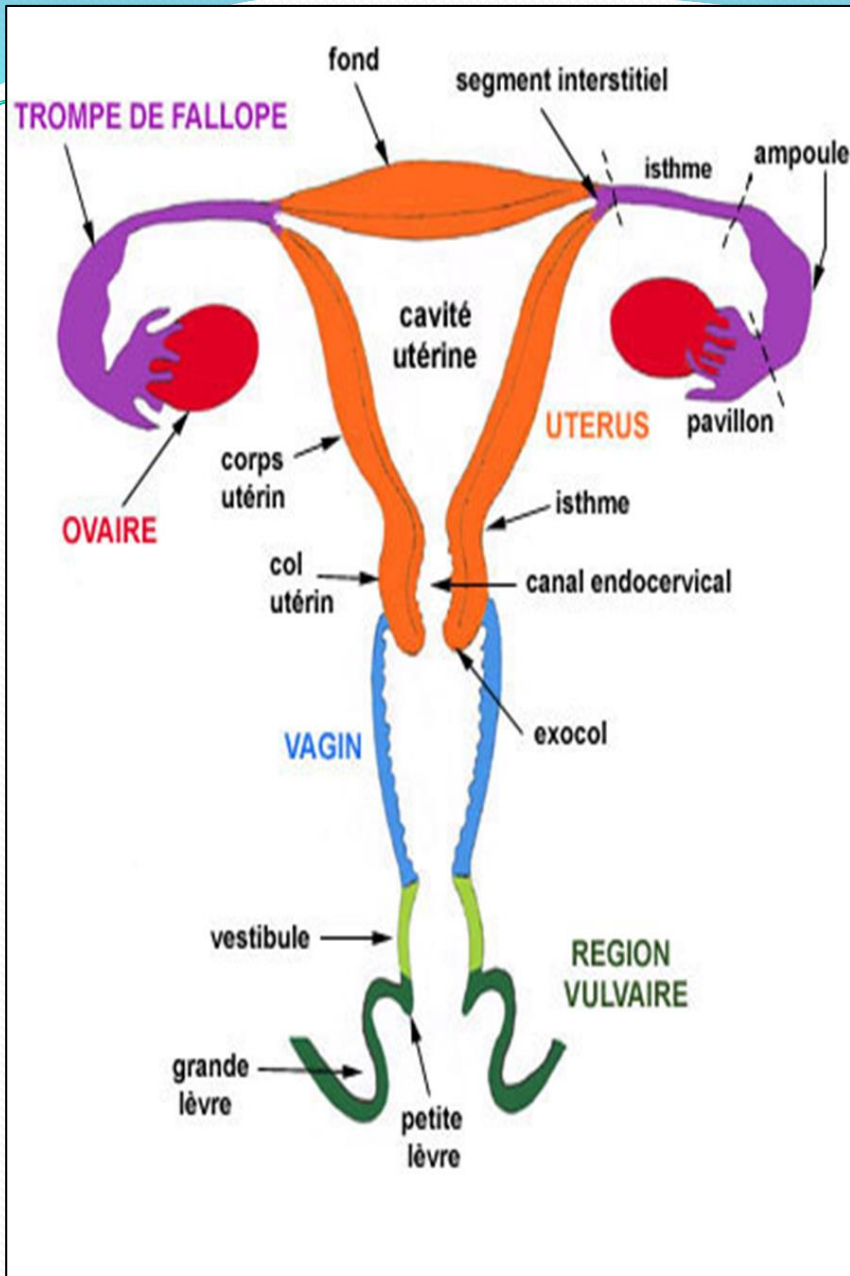
EHS Daksi

# I- INTRODUCTION:

- Les saignements et les douleurs pelviennes d'origine génitale chez les patientes en pré-ménopause ou ménopausées sont dues à une pathologie bénigne dans 80 % des cas. Néanmoins, ils restent le mode de découverte le plus fréquent d'une pathologie maligne.
- L'étude anatomopathologique est indispensable pour le diagnostic, le pronostic ainsi que la prise en charge thérapeutique des différentes pathologies.

## II- Rappels

- L'utérus est un organe ayant une paroi épaisse comportant 3 couches : la séreuse, le myomètre et l'endomètre. L'architecture du myomètre est disposée de telle sorte que sa taille, sa contractilité peuvent se modifier pendant le cycle menstruel, pendant la gestation surtout pendant le travail.
- Les FML sont disposées en 3 couches mal délimitées (long externe, la circule moyenne et la longitudinale interne) qui, par l'augmentation du taux des hormones, se contractent, s'allongent et accroissent leur diamètre.



# Endomètre



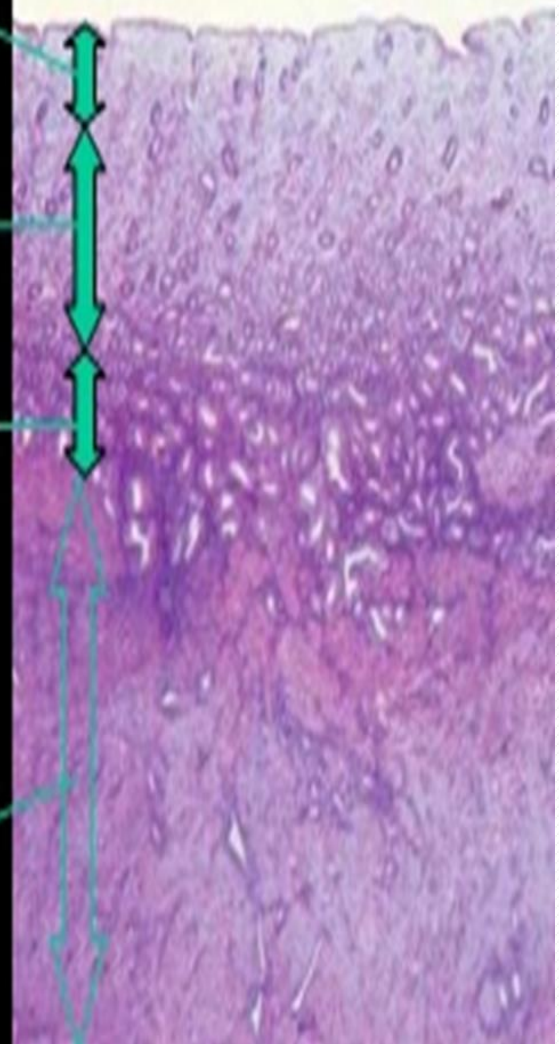
Couche  
fonctionnelle

Couche compacte

Couche spongieuse

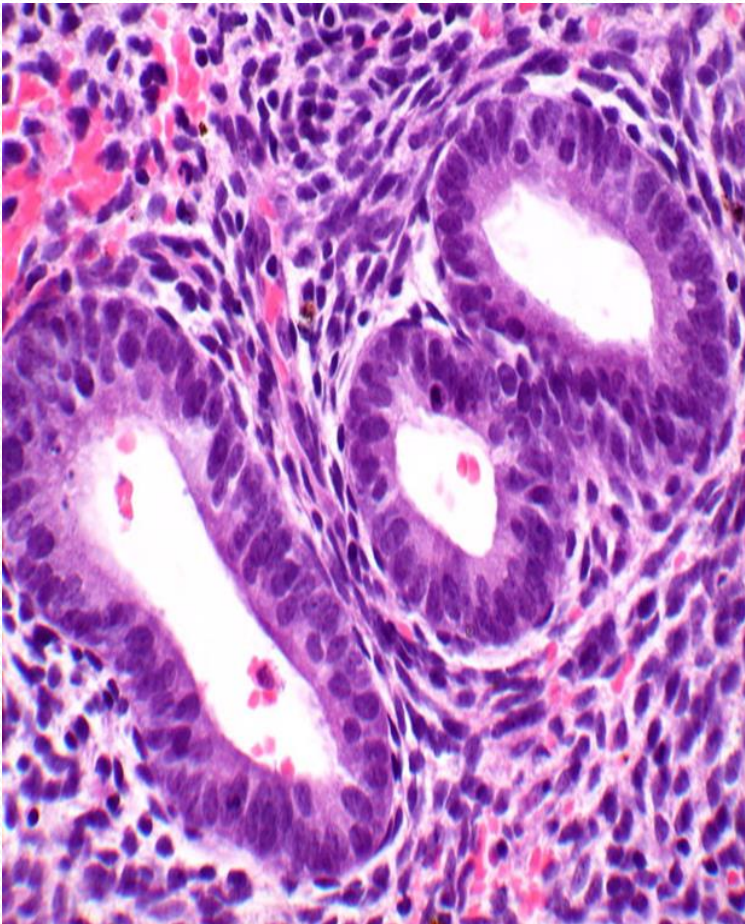
Couche basale

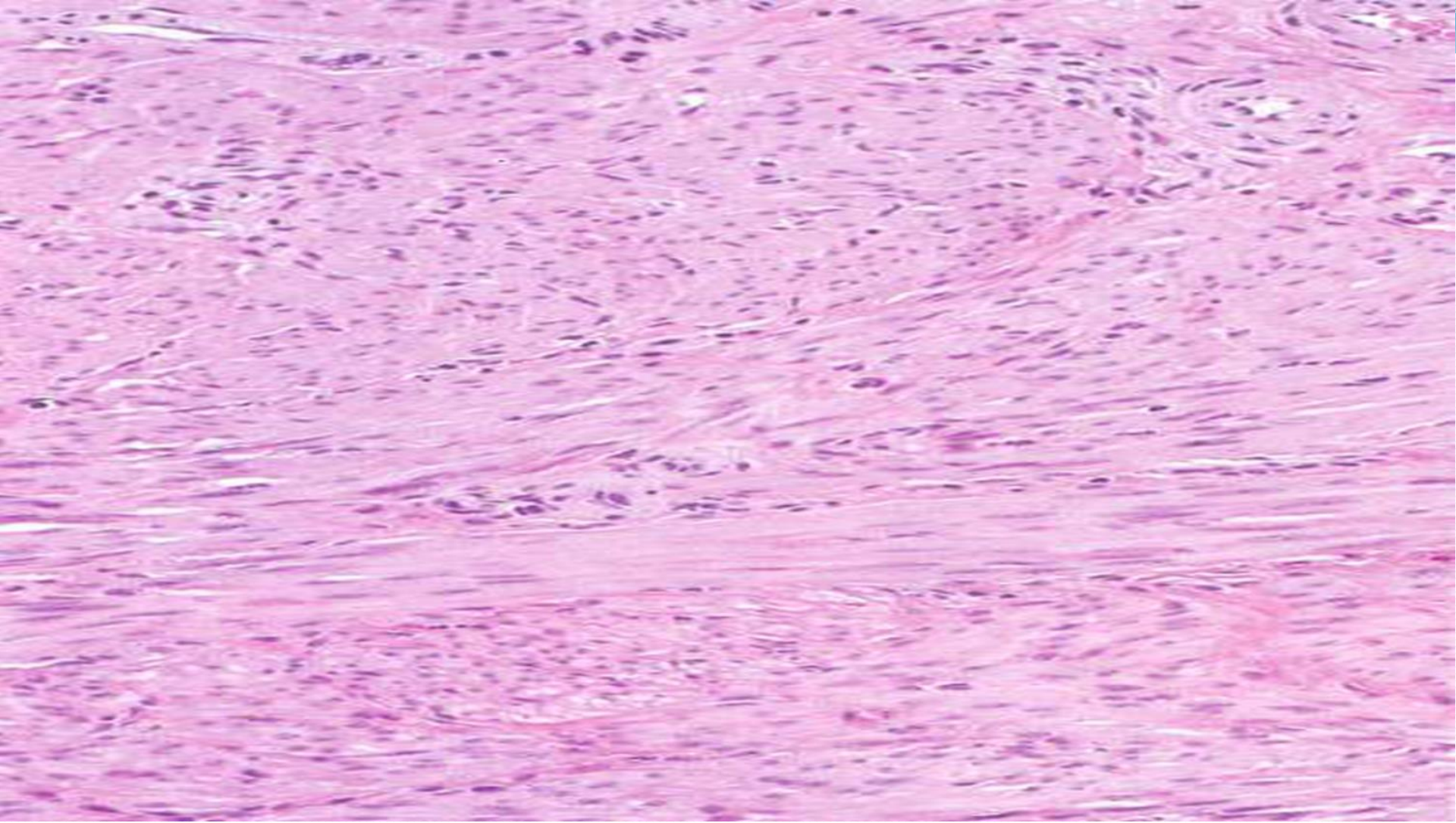
Myomètre



Proliférative

Sécrétoire





Les FML sont disposées en 03 couches mal délimitées (long externe, la circulaire moyenne et la longitudinale interne)

## Les tumeurs mésoenchymateuses : Développées à partir:

- Soit des cellules du chorion cytogène (tumeur stromale)
- Soit des cellules musculaires lisses (leiomyome, leiomyosarcome)
- Soit des autres éléments du tissu conjonctif rares (tumeurs vasculaires..., lymphome malin primitif).
- Les tumeurs mésoenchymateuses malignes sont le léiomyosarcome et le sarcome stromal, plus fréquentes chez les femmes de la race noire.





## III- Pathologie tumorale:

# TUMEURS MESENCYMATEUSES

## CLASSIFICATION OMS 2014

### A- Tumeurs du stroma endométrial:


- Nodule du stroma endométrial.
- Sarcome du stroma endométrial de bas grade.
- Sarcome stromal indifférencié.

### B- Tumeurs du muscle lisse:

- Léiomyosarcome
- Tumeur du muscle lisse de malignité incertaine.
- Léiomyome et ses variantes.

### C- Autres tumeurs mésoenchymateuses :

- Tumeur mixte du stroma et du muscle lisse
- tumeurs mésoenchymateuses rares



A) TUMEURS DES TISSUS ADULTES DU  
MYOMETRE :

# 1- Tumeurs musculaires lisses :

## a. Léiomyomes utérins :

### \* Introduction :

- $\frac{1}{4}$  des tumeurs utérines.
- 20% des femmes de 30 ans et 40%, des femmes de 50 ans en sont porteuses plus souvent chez les nullipares que chez les multipares.
- Les cliniciens les désignent sous le nom de fibromes en raison de leur consistance.

\* Facteurs déclenchant :

-hormono-dépendant, pas avant la puberté ni après la ménopause.

- Le volume et le nombre peut être variable: intra muraux, sous muqueux, sous séreux.

- Certains sont asymptomatiques découverts lors d'un examen gynécologique.
- D'autres sont symptomatiques :
- douleurs,
- des méno-métrorragies,
- une dysurie, une constipation
- Augmentation du volume de l' abdomen
- avortement ou accouchement prématuré....

**Sous-séreux**

*Trompe de Fallope*

**Pediculé**

*Cavité Utérine*

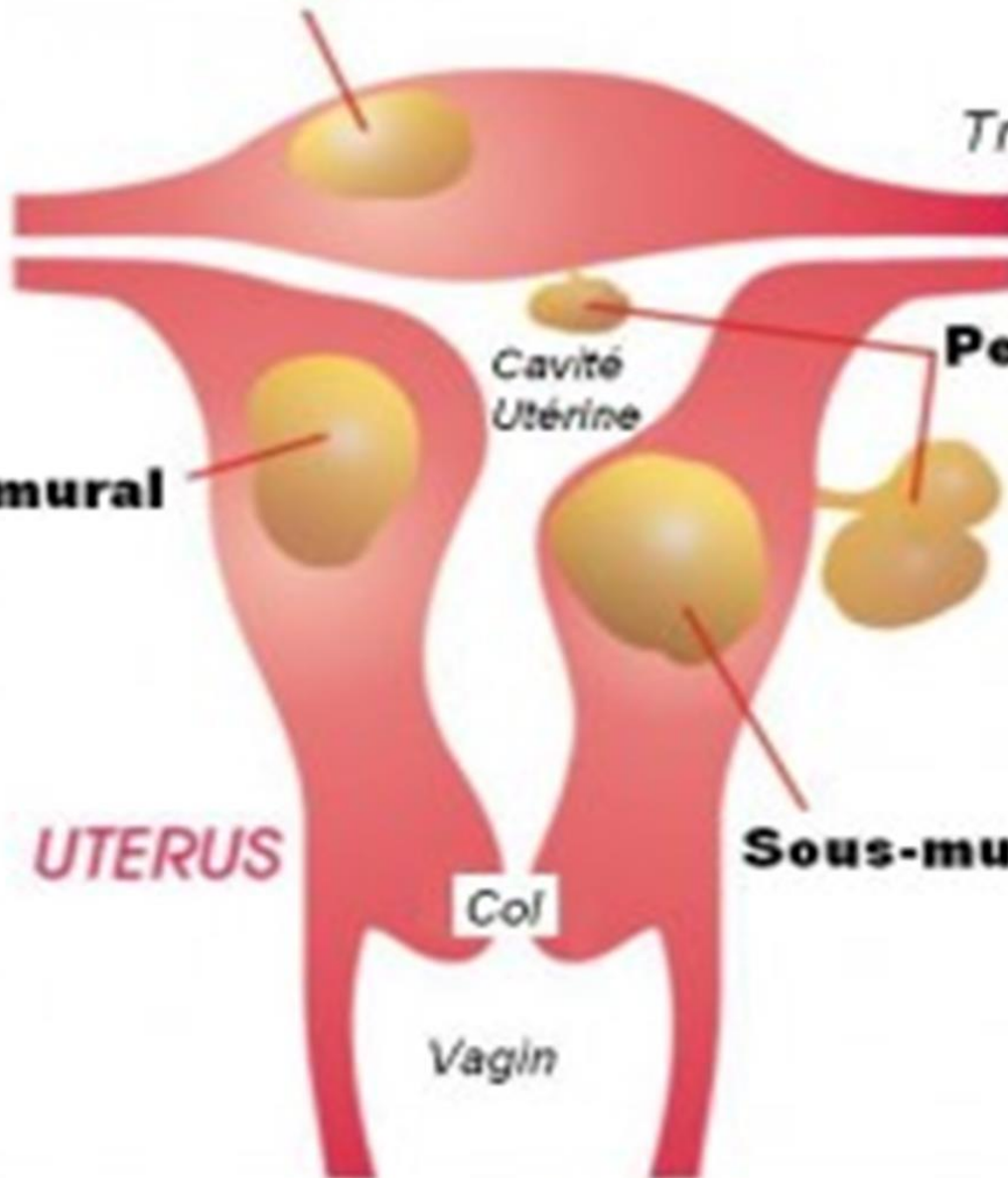
**Intramural**

**UTERUS**

**Sous-muqueux**

**Col**

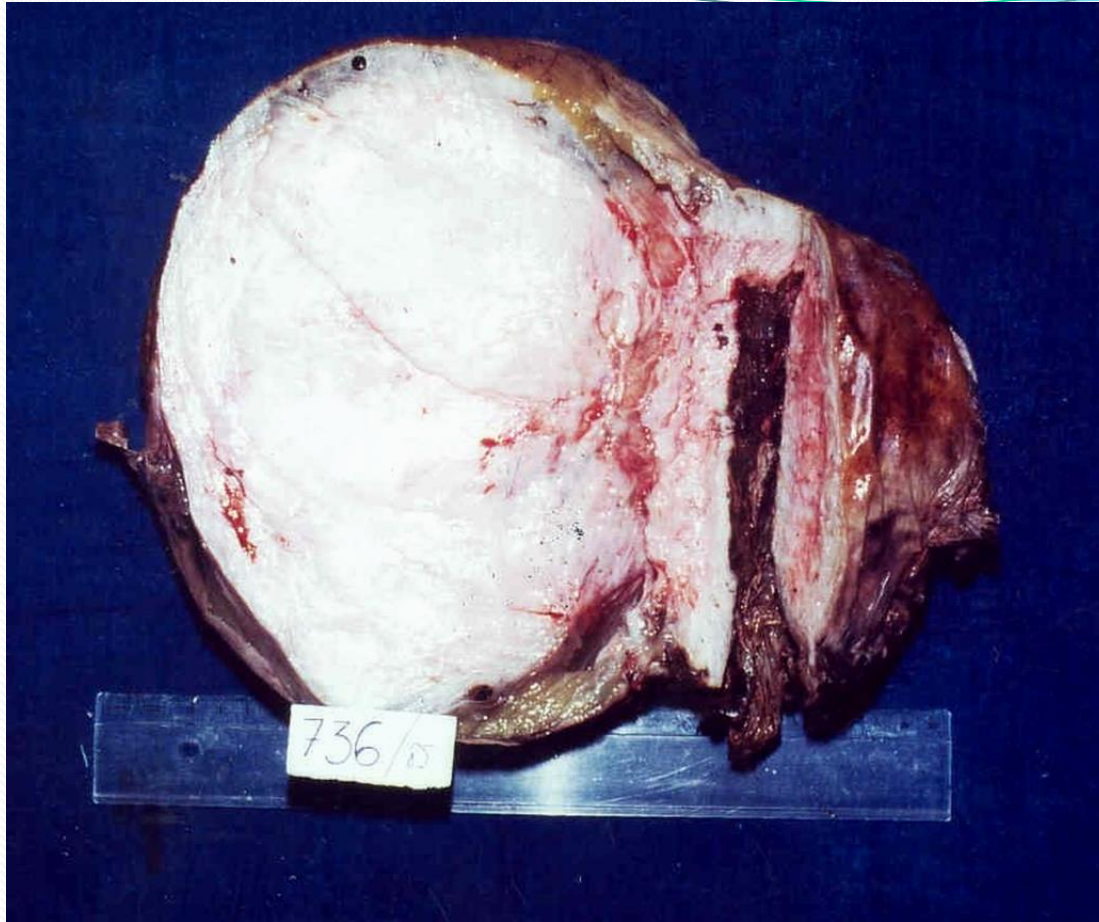
*Vagin*



\*Macro : ferme blanc nacré, mince capsule. A la coupe : fibreux, fasciculé.







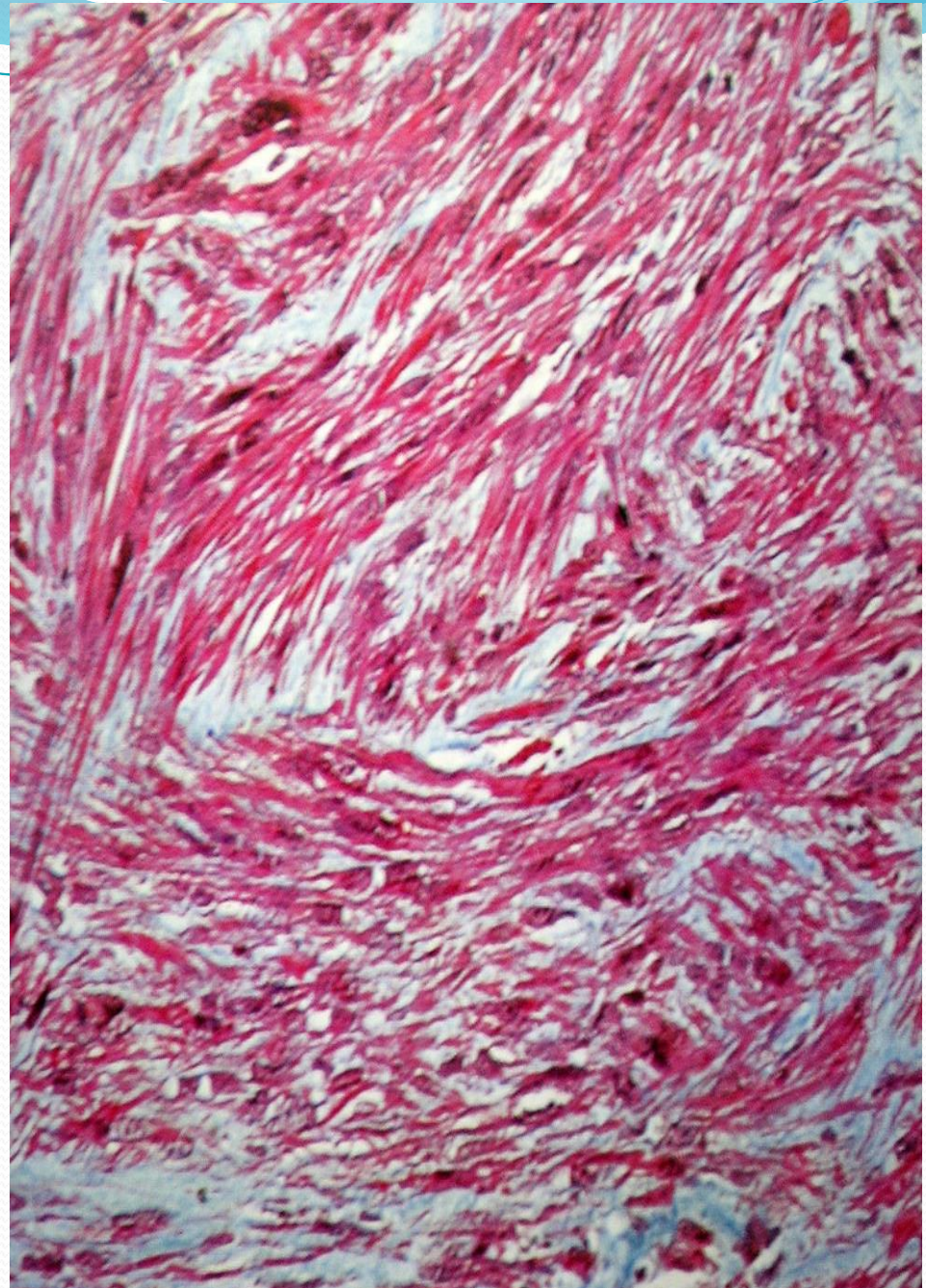
Léiomyome utérin

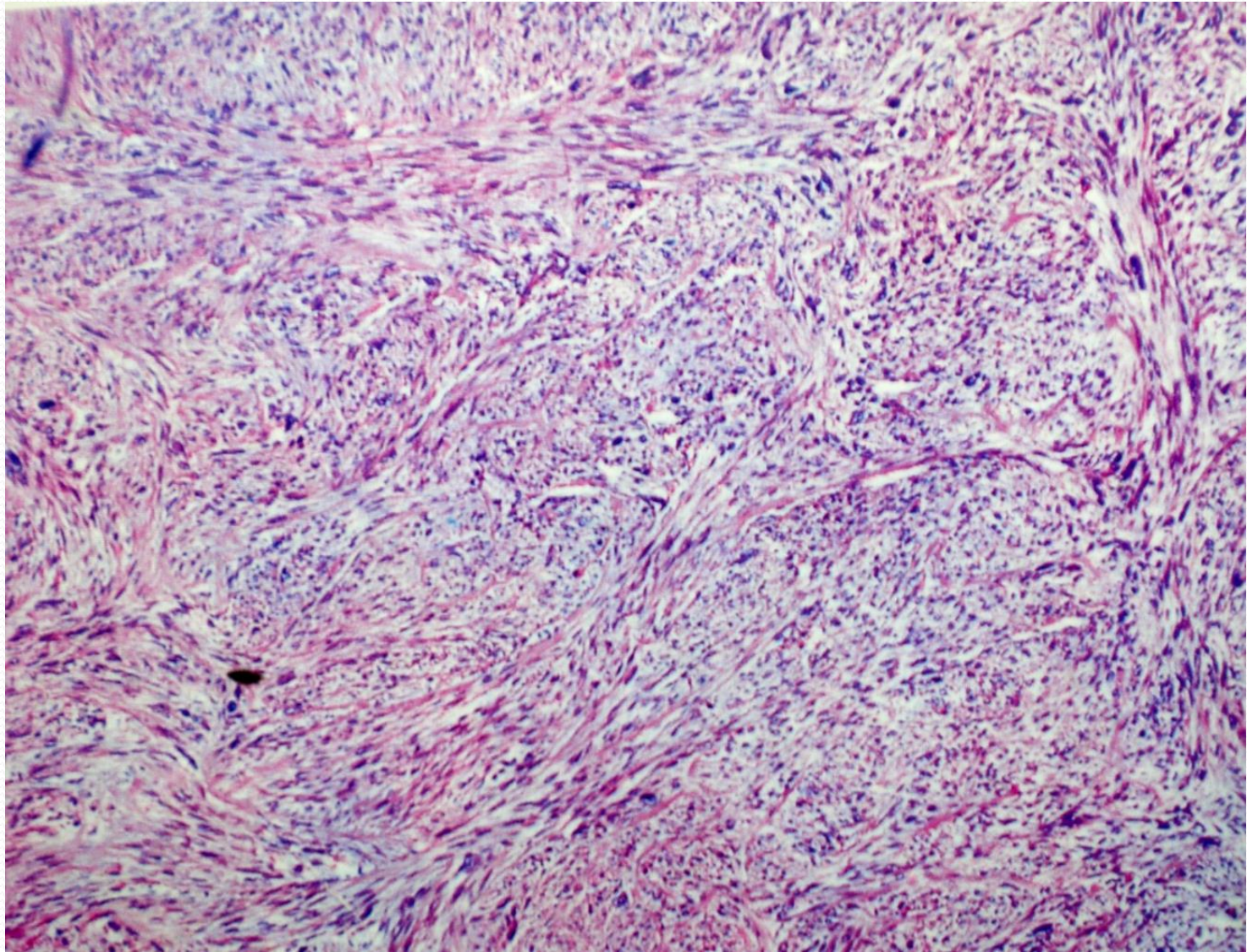
Coupe transversale de la pièce précédente.

Masse blanchâtre fasciculée à gauche et cavité utérine à droite

\* Micro :

- FML arrangées en faisceaux entrecroisés et tourbillonnant, séparés par de minces travées fibreuses.
- Les mitoses sont absentes ou rares et tjrs normales, ce qui permet théoriquement la distinction avec les sarcomes.





## COMPLICATIONS:

- Hémorragies , infections, compression des organes de voisinage .
- Plus rarement: torsion, nécrobiose aseptique due à un déficit de la vascularisation, à l'ouverture le myome ressemble à un beefsteak cru
- La dégénérescence maligne : est exceptionnelle

## b- STUPM (tumeur musculaire lisse a potentiel de malignité incertain):

- Tumeur musculaire lisse comportant des caractéristiques morphologiques ne permettant pas de la classer dans la catégorie bénigne ou dans la catégorie maligne .

## c- Léiomyosarcome :

- Représente 1% des tumeurs malignes de l'utérus et 64 a 80% des sarcomes utérins.
- Touche la femme entre 45 et 55 ans.
- Les FDR: nulliparité, obésité, diabète, HTA...
- Tumeur hautement malignes, survie à 5 ans est de 15- 25 %

CLINIQUE: ne sont pas spécifiques

- ↑rapide du volume de l'utérus après la ménopause
- Métrorragies
- Symptômes gastro-intestinaux ou urinaires
- Métastase pulmonaire

\* Macro:

tumeur diffuse, mal limitée, molle, hémorragique, nécrosée. énucléation difficile, son développement peut être interstitiel, endo utérin ou péritonéal.

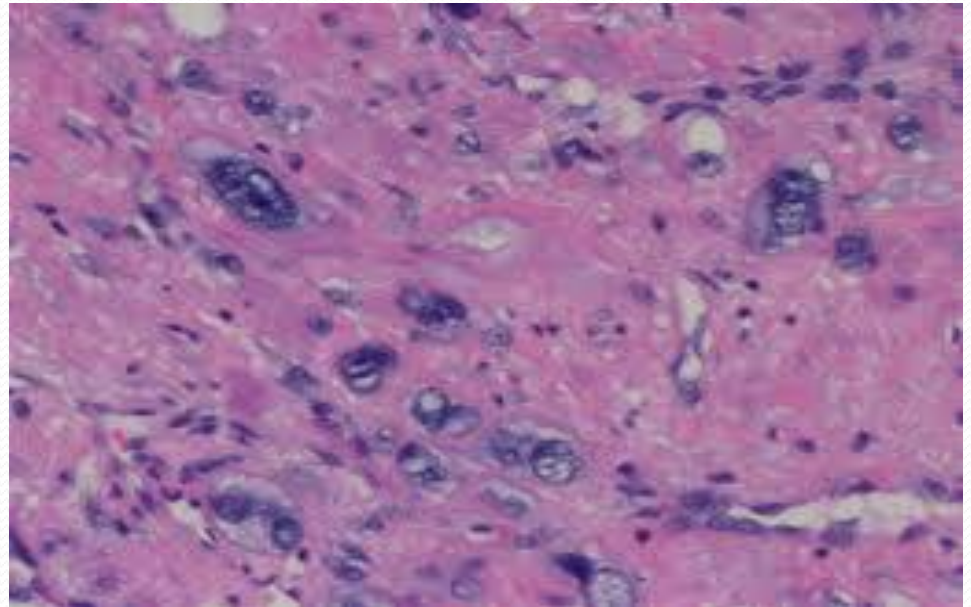
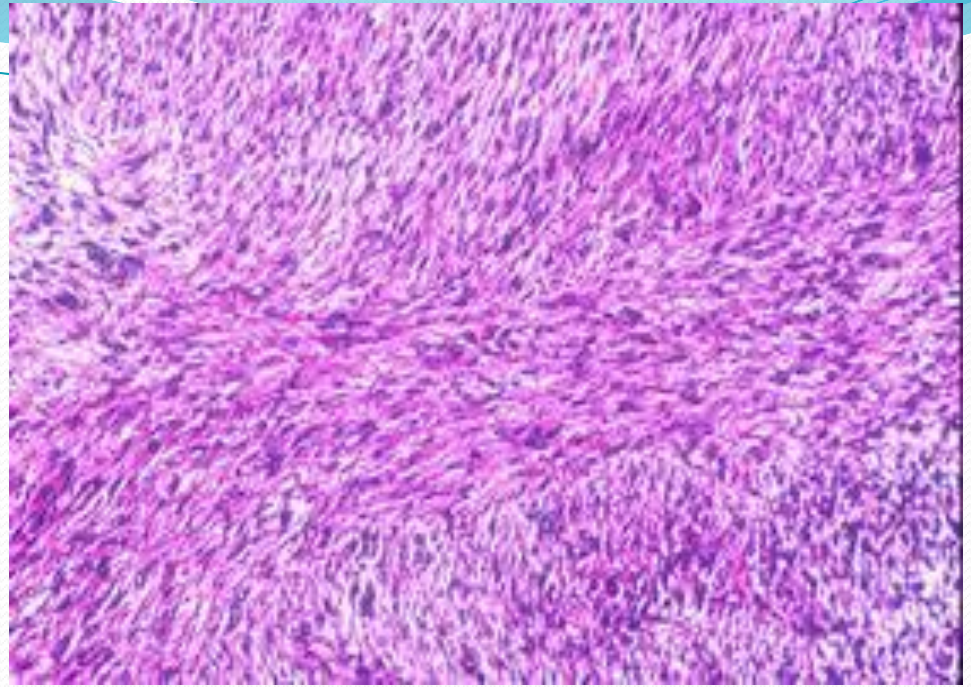




\* Micro:

-cellules allongées  
groupées en faisceaux  
+/- bien  
individualisés,  
séparés par des  
capillaires et des  
dépôts conjonctifs  
hyalins très grêles.

-Les noyaux sont très  
polymorphes, parfois  
monstrueux.



## B) TUMEURS DU STROMA ENDOMETRIAL:

### \* Introduction :

- 30 et 40 ans
- Femmes pré ménopausées.
- métrorragies, parfois douleurs pelviennes ou utérus +/- globuleux.

\* Macroscopie :

-Les tumeurs typiques sont molles, de couleur légèrement jaunâtre, parfois orangé et bombent à la coupe en dessous du myomètre voisin.

-on y rencontre des zones hémorragiques et même des kystes, parfois la tumeur se projette dans la cavité utérine.

la taille varie entre 1,5 et 15 cm.



# Microscopie

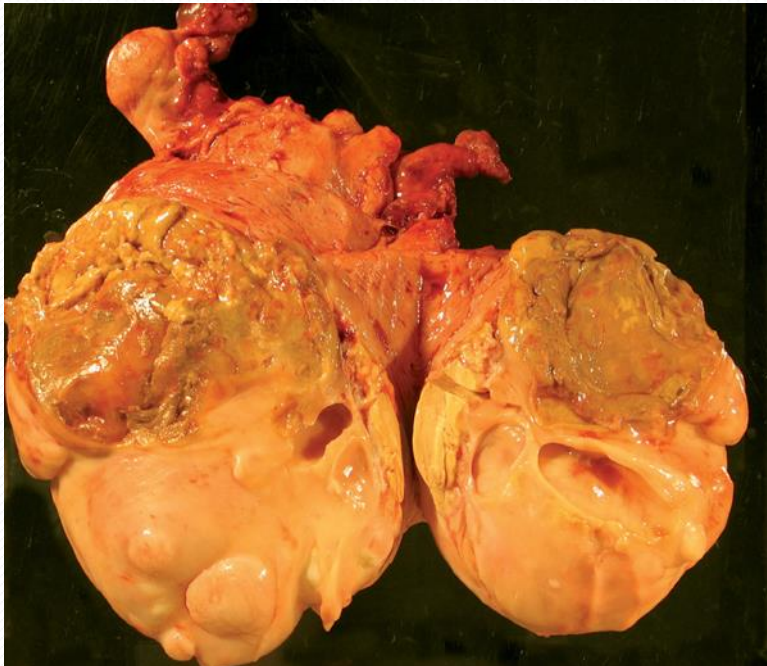
- Tumeur bénigne: nodule du stroma endométrial
- Tumeurs malignes:
  - Sarcome du stroma endométrial de bas grade
  - Sarcome du stroma endométrial de haut grade

## Nodule du stroma endométrial:

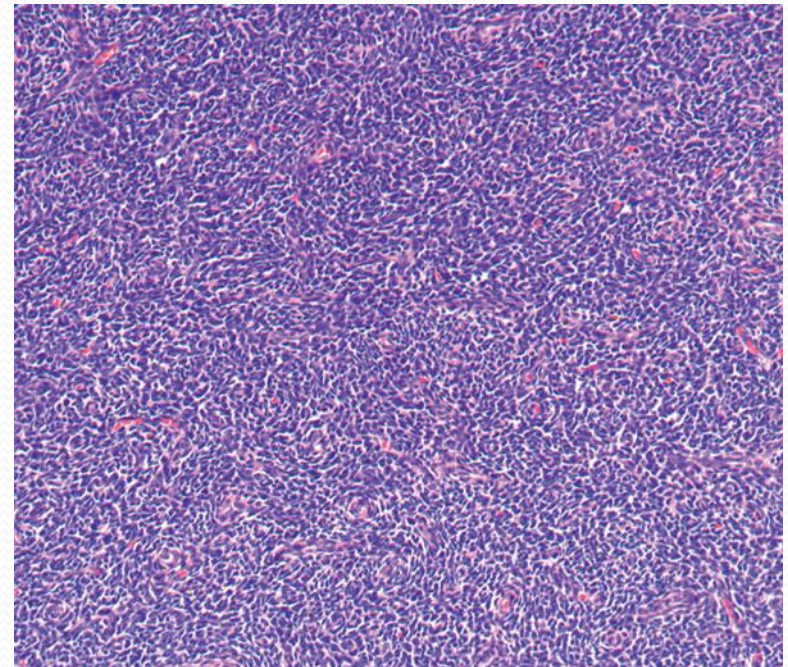
- Femme: 23-75ans, moyenne 47ans
- 1/3 femmes en post ménopause
- Nodule sous-muqueux, bien limité, rond ou ovale, charnu, TS: jaune ou bronze, parfois creusé de kystes, diamètre moyen de 04cm.
- Ilots tumoraux de cellules monotones ressemblant aux cellules du stroma endométrial de la phase proliférative, ovalaires ou fusiformes aux limites indistinctes.
- Les noyaux ne présentent pas d'atypies significatives
- Pas d'atypies, mitoses < 5/ 10 HPF
- IHC : RO+, RP+, CD10+,
- Tumeur bénigne. Nécessitant ,parfois une hystérectomie, si exérèse incomplète

## le nodule stromal endométrial

Masse jaunâtre bien circonscrite avec nécrose et formations kystiques



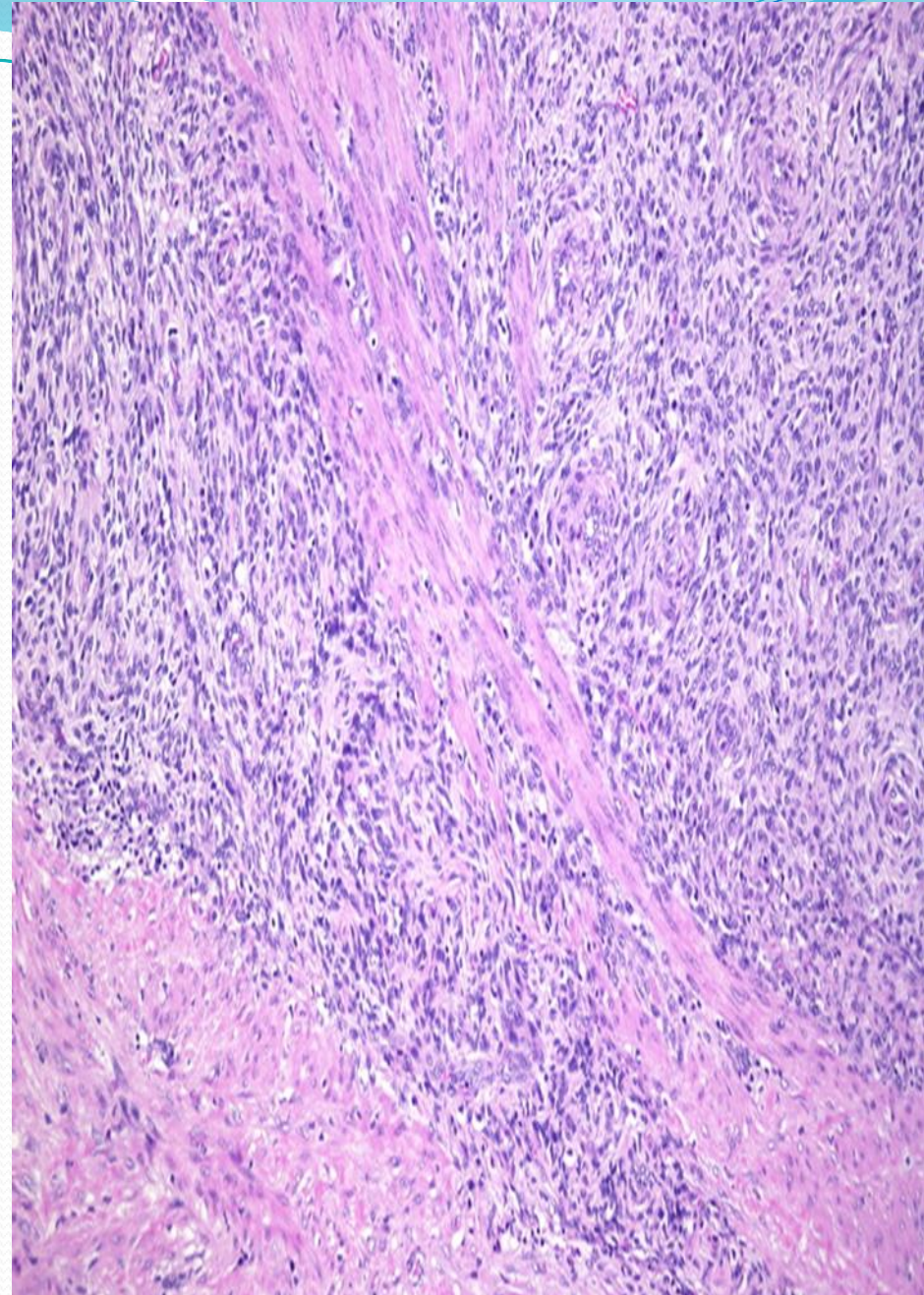
Prolifération diffuse de petites cellules homogènes, cyto réduit, noyau ovalaires ou allongés, denses



# Sarcome du stroma endométrial de bas grade

- Tumeur rare, représente environ 0.2% de toute les tumeurs malignes du tractus génital,
- Affecte la femme entre 42- 58 ans.
- 10 -25% des femmes sont en post-ménopause
- Evolution lente et de pronostic favorable
- Développement endométrial et myométrial, molle, jaunâtre, polypoïde,
- Ou plus fréquemment sous forme de multiples nodules infiltrant le myomètre de façon diffuse.
- +/- des remaniements nécrotiques et myxoides

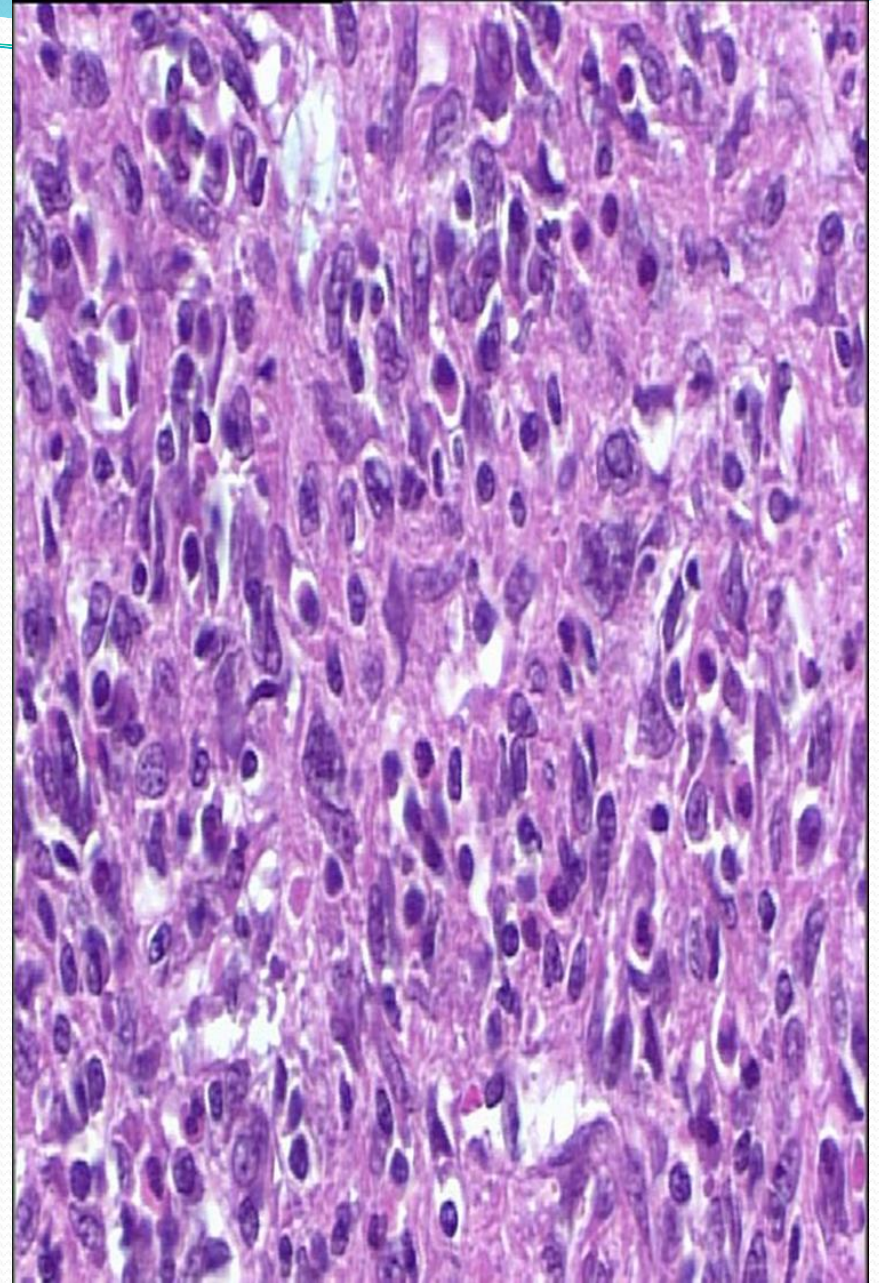
- **Micro:** Aspect proche du nodule du stroma endométrial avec infiltration myométriale.
- Les noyaux ne présentent pas d'atypies significatives
- L'activité mitotique est faible (en général  $< 10$  mitoses / 10 HPF).
- Vascularisation: petites artérioles ressemblant aux artérioles spiralées de la phase sécrétoire
- Emboles lymphatico-vasculaires.
- IHC: RP+ , RO+ et CD10+.





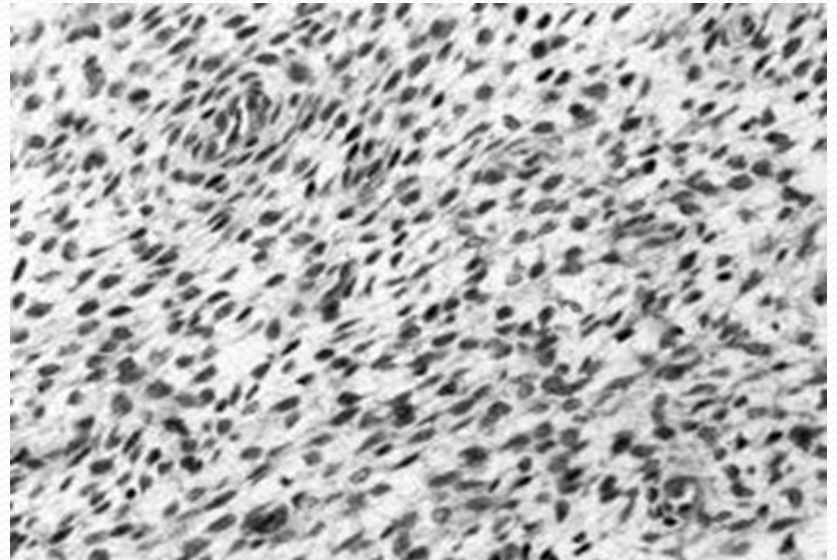
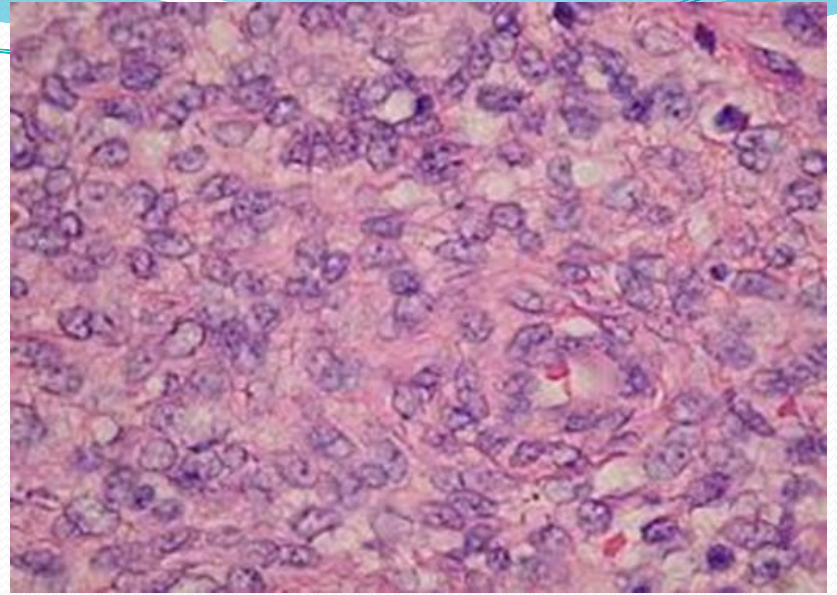
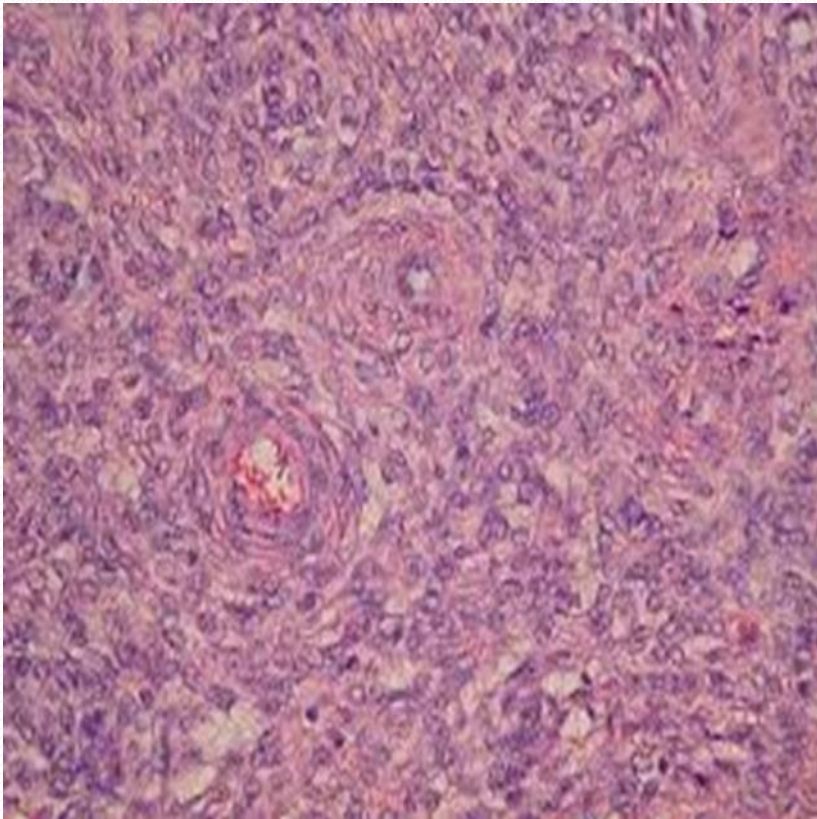
# Sarcome du stroma endométrial de haut grade (indifférencié)

- survient vers 35-45 ans.
- Macro :
- Masses polypoides charnues gris-jaunâtres comblant la cavité utérine et infiltrant massivement le myomètre, avec d'+++ remaniements nécrotiques et hémorragiques.
- Micro : polymorphisme plus marqué avec des: cellules fusiformes ou polygonales, atypies nucléaires et une activité mitotique >10 mitoses / 10HPF, une densité cellulaire élevée, invasion agressive du myomètre, avec nécrose, hémorragie, vascularisation irrégulière
- IHC: RP et RO-, CD10 souvent +
- PC: tumeur agressive, mort survient dans moins de 3 ans après hystérectomie dans la plupart des cas.



## le sarcome stromal :

- survient vers 35-45 ans.
- Macro : coulées nodulaires blanchâtres, s'enfoncent dans le myomètre, l'endomètre prend un caractère polypoïde, remplissant toute la cavité utérine.
- Micro : la tumeur est faite de coulées d'éléments allongés souvent mitotiques, séparés par un tissu conjonctif fibrillaire ; avec parfois des plages de nécrose.
- La lésion se substitue à l'endomètre dont les tubes glandulaires sont respectés. Des coulées tumorales filent parfois entre les faisceaux du myomètre.
- pc sévère, - de 25% survivent après 05 ans.

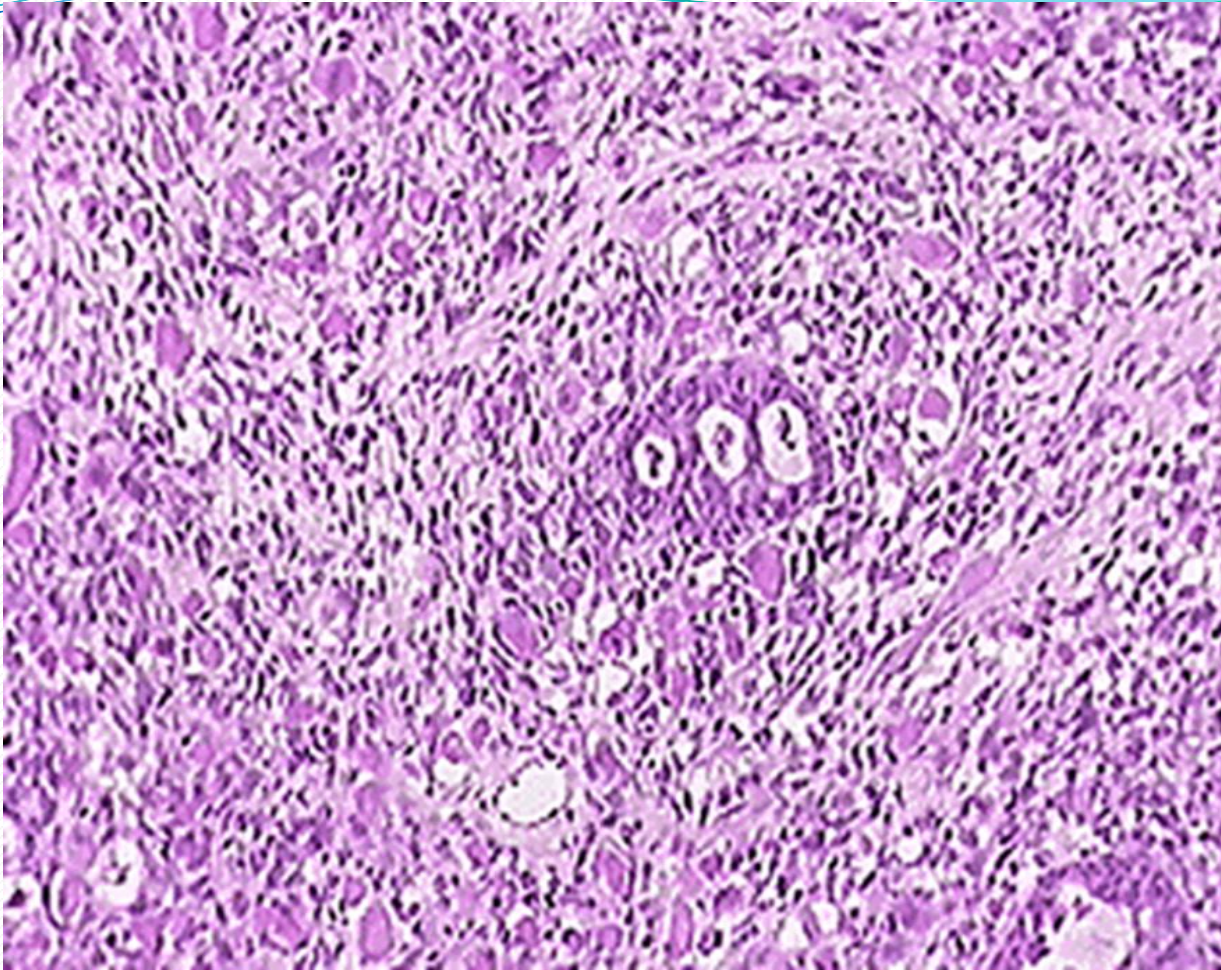


Sarcome stromal

## C) TUMEURS MIXTES MALIGNES :

**1- Carcinosarcome** : survient en post ménopause, entre 48 et 76 ans (moyenne 62 ans).

- **Macro** : isolée, pédiculée, polypoïde, molle avec des zones de nécroses, des kystes et des hémorragies.
- **Micro** : 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.



**CARCINOSARCOME**

## ● 2- Les sarcomes pures à tissus hétérologues :

- rares.
- les rhabdomyosarcomes.
- les sarcomes ostéo et chondrogéniques :
- les angiosarcomes :
- le sarcome botryoïde : souvent situé dans le col et le vagin, l'apanage des fillette.

### **3- Les tumeurs mésenchymateuses à tissus multiples:**

intrication d'éléments mésenchymateux malins de différenciation variable : foyers et plages chondroblastiques, ostéoblastiques, lipoblastique, rhabdomyosarcomateux et leiomyosarcomateux.



## IV- PATHOLOGIE NON TUMORALE :

- 1) Atrophie post-ménopausique :
- Se caractérise par une perte du sarcoplasme des FML de sorte que les cellules sont très étroitement tassées donnant une apparence de fibrose.
- Les vaisseaux demeurent visibles avec une sclérose hyaline de leur perforation et souvent une calcification plus ou moins épaisse, tandis que la lumière est oblitérée.

## 2) Hypertrophie utérine diffuse :

- Ce tissu conjonctif est augmenté. Les FML sont hypertrophiées, s'enroulent autour des vaisseaux et forment des tourbillons, ce qui se traduit par le terme de micromyomes.
- Les parois de tous les vaisseaux sont épaissies, la lumière est oblitérée, parfois existe une légère infiltration lymphocytaire entre l'adventice et les fibres musculaires lisses.

### 3) Adénomyome et adénomyose :

- La présence de larges nappes d'endomètre en situation ectopique dans le myomètre constitue l'élément autour duquel apparaît une hyperplasie des muscles lisses, si cette léiomyomatose est mal limitée on parle d'adénomyose diffuse.

# V- TRAITEMENT

- Léiomyomes :

- Médical : androgènes, progestérone et les hémostatiques. Si échec ou rechute;
- Chirurgie: 3 techniques
  - Myomectomie/énucléation
  - Hystérectomie subtotale
  - Hystérectomie totale.

- Les tumeurs malignes :

- L'évolution des sarcomes utérins est dans la grande majorité des cas rapidement mortelle. Les traitements proposés ont une visée palliative ou d'hémostase.
- La chirurgie: hystérectomie totale.
- Chimiothérapie à titre palliatif
- Radiothérapie : se révèle peu efficace.

## VI- CONCLUSION :

- Les léiomyomes utérins sont les tumeurs pelviennes les plus fréquentes chez les femmes de plus de 35 ans.
- La confirmation diagnostique est toujours histologique.
- Ils peuvent être sans gravité comme ils peuvent présenter un risque de cancérisation.
- Les tumeurs utérines malignes apparaissent chez les femmes en période péri-ménopausiques.
- Leur pronostic reste toutefois sévère et la thérapeutique est généralement sans succès dans les formes extensives.