



JAIM

ISSN 1810-4959

Journal Africain
d'Imagerie Médicale

ARTICLE ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

Un cas rare de cancer du col utérin : le carcinome à cellules vitreuses à propos d'un cas.

A rare case of cervical cancer : vitreous cell carcinoma about a case.

ACKO-OHUI Estelle^{1,2*} ; GUI-BILE Lynda² ; ACKO Ubrich³ ; KOUAO Jean-Paul² ; LOKOSSOUN Andréa¹ ; MENGUE Juliette Amélie¹ ; ISART Dominique¹ ; SIMIONCA Grigore⁴ ; ROUSSEL Etienne⁵.

¹: Service de radiodiagnostic et imagerie médicale, centre hospitalier de Blois, mail Pierre-Charlot 41000 Blois, France.

²: Service de radiodiagnostic et imagerie médicale, centre hospitalier et universitaire de CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

³: Service de Médecine Interne-Gériatrie, centre hospitalier de Blois, mail Pierre-Charlot 41000 Blois, France.

⁴: Service d'anatomopathologie, centre hospitalier de Blois, mail Pierre-Charlot 41000 Blois, France.

⁵: Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Blois, mail Pierre-Charlot 41000 Blois, France.

⁶: Service de Médecine Interne-Gériatrie, centre hospitalier et universitaire d'Angré, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Mots-clés :

Carcinome à cellules vitreuses, col de l'utérus, IRM, histologie.

Keywords :

Vitreous cell carcinoma, cervix, MRI, histology.

Auteur**correspondant**

Dr OHUI-ACKO Estelle
Service de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale du CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.
Tel : 00 225 0778136337

Reçu le : 18.04.2021

Accepté le : 30.10.2021

RÉSUMÉ

Le carcinome à cellules vitreuses est une variante mal différenciée du carcinome adénosquameux du col de l'utérus. Il représente moins de 1% de tous les cancers du col de l'utérus et survient à un âge plus jeune. L'aspect radiologique est très peu rapporté en raison de sa rareté et peu spécifique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 45 ans à travers lequel nous décrivons les aspects radiologiques, histologiques et immunohistochimiques du carcinome à cellules vitreuses. Ce cas a été révélé par une ménométrorragie sur un utérus fibromateux. L'IRM avait mis en évidence un processus bourgeonnant de la paroi postérieure du col utérin et une hypertrophie endométriale. Le frottis du col n'étant pas contributif, elle avait bénéficié d'une hystérocopie diagnostique et d'une thermo coagulation. L'aspect histologique de la tumeur avait permis de poser le diagnostic du carcinome à cellules vitreuses.

Le carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus est une forme rare de cancer du col de l'utérus hautement maligne et de mauvais pronostic en raison de sa croissance rapide, de ses fréquentes métastases à distance et de sa résistance relative aux traitements conventionnels des carcinomes invasifs du col utérin.

ABSTRACT

Vitreous cell carcinoma is a poorly differentiated variant of adenosquamous carcinoma of the cervix. It accounts for less than 1% of all cervical cancers and occurs at a younger age. The radiological aspect is rarely reported due to its rarity and not very specific. We report the case of a 45-year-old patient through which we describe the radiological, histological and immunohistochemical aspects of vitreous cell carcinoma. This case was revealed by menometrorrhagia on a fibromatous uterus. MRI showed a budding process in the posterior wall of the cervix and endometrial enlargement. Since the cervical smear was not contributing, she had undergone a diagnostic hysteroscopy and thermocoagulation. The histological appearance of the tumor made it possible to make the diagnosis of vitreous cell carcinoma.

Vitreous cell carcinoma of the cervix is a rare form of highly malignant cervical cancer with a poor prognosis due to its rapid growth, frequent distant metastases and relative resistance to conventional treatments. invasive cervical carcinomas.

1. Introduction

Le carcinome à cellules vitreuses (CCV) du col de l'utérus se présente comme un carcinome adénoquameux mal différencié avec des caractéristiques microscopiques distinctives [1]. L'âge moyen des patients est d'environ 10 ans plus jeune que le carcinome conventionnel du col de l'utérus [1].

La présentation clinique du carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus est semblable au cancer du col de l'utérus envahissant avec comme symptôme prédominant, les métrorragies [2].

Les signes radiologiques sont peu décrits en raison de sa rareté et sont peu spécifiques [2].

Le carcinome à cellules vitreuses est un néoplasme cervical rare avec une histologie caractéristique [3].

L'évolution clinique du CCV est agressive. La radiothérapie et la chirurgie sont rarement curatives pour les patients à un stade avancé de la maladie. De plus, on en sait très peu sur l'utilisation de la chimiothérapie pour ce cancer [4].

Nous exposons à travers le cas d'une patiente de 45 ans, la présentation radiologique, histologiques et immunohistochimique du carcinome à cellules vitreuses révéler par une ménométrorragie sur un utérus fibromateux chez elle.

L'IRM avait mis en évidence un processus bourgeonnant de la paroi postérieure du col utérin et une hypertrophie endométriale. Le frottis du col n'étant pas contributif, elle avait bénéficié d'une hystéroscopie diagnostique et d'une thermocoagulation. L'aspect histologique de la tumeur avait permis de poser le diagnostic du carcinome à cellules vitreuses.

2. Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 45 ans qui était suivie pour des ménométrorragies sur un utérus fibromateux.

L'échographie réalisée avait objectivé un myome qui avait doublé de volume en 10 mois.

L'endomètre était mesuré à 14 mm ce qui avait nécessité une hystéroscopie diagnostique et une thermocoagulation. Au cours de cet examen, elle avait présenté un saignement au moindre contact du col utérin. Un frottis et une biopsie cervicale avaient été réalisés au décours. L'IRM avait permis de mettre en évidence, un processus bourgeonnant de la paroi postérieure du col utérin sans extension locorégionale [Figure 1].

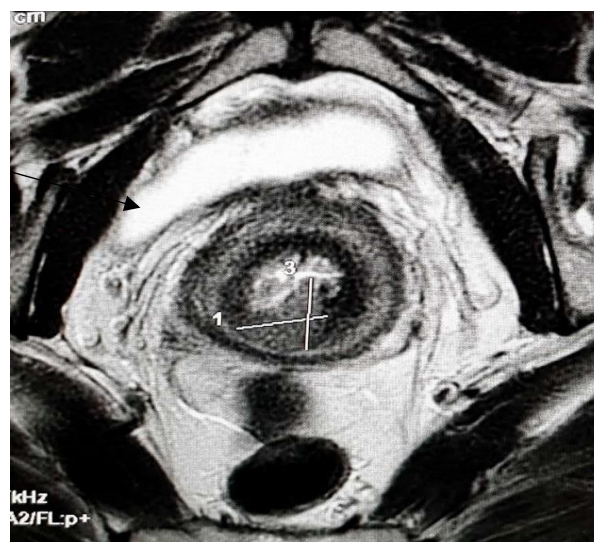


Figure 1 : IRM pelvienne coupe axiale en T2 : processus bourgeonnant de la paroi postérieure du col utérin sans extension locorégionale classé FIGO II.

Ce processus mesurait 27 mm de hauteur sur 23 mm de largeur. Il apparaissait en isosignal T1, T2, en hypersignal diffusion avec un ADC mesuré à $0,7.10^{-3}$. La tumeur se rehaussait de façon inhomogène renfermant une zone de nécrose centrale sans extension paramétriale, au niveau de la paroi vésicale, rectale et du vagin classé FIGO II [Figure 2].



Figure 2 : IRM pelvienne coupe axiale en T1 après injection de gadolinium : rehaussement inhomogène de la tumeur renfermant une zone de nécrose centrale en hypo signal.

La cavité utérine était mal analysable compte tenu de la thermocoagulation et de la compression exercée par le myome [Figure 3].

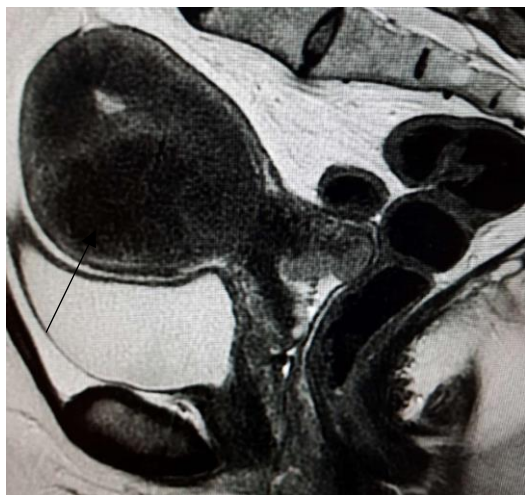


Figure 3 : IRM pelvienne coupe sagittale en T2 : Myome (FIGO 2-5) comprimant l'endomètre associé à un épaissement diffus de la zone jonctionnelle.

IRM pelvienne coupe sagittale en T2 : Myome (FIGO 2-5) comprimant l'endomètre associé à un épaissement diffus de la zone jonctionnelle.

La zone jonctionnelle était épaissie de façon diffuse mesurant 19 mm. Il s'agissait d'un myome de type hyalin classé FIGO 2-5.

Le frottis du col n'était pas contributif car il était peu cellulaire et dépourvu de cellules endocervicales.

L'étude microscopique de la biopsie cervicale avait révélé des fragments occupés en quasi-totalité par une prolifération tumorale carcinomateuse formé par des cellules de grandes tailles dotées de noyaux volumineux, de forme et de taille variable fortement nucléolés et d'un cytoplasme vitreux assez abondant [Figure 4].

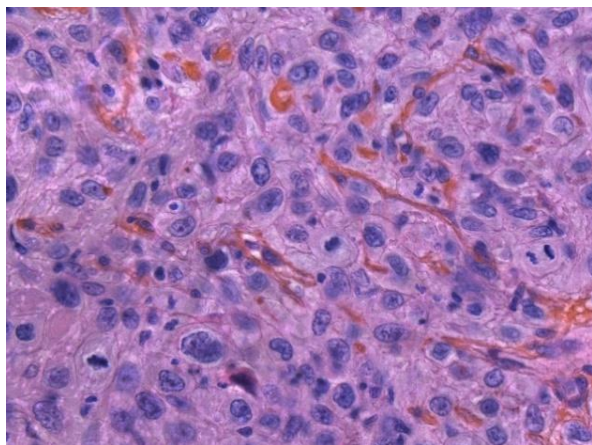


Figure 4 : histologie, microscopie : grossissement 40x0008 : cellules de grande taille au cytoplasme vitreux associées à des atypies nucléaires marquées et présence de nombreuses mitoses.

De manière focale, on observait une différenciation malpighienne qui était marquée par la CK7 à l'étude immuno-histochimique [Figure 5].

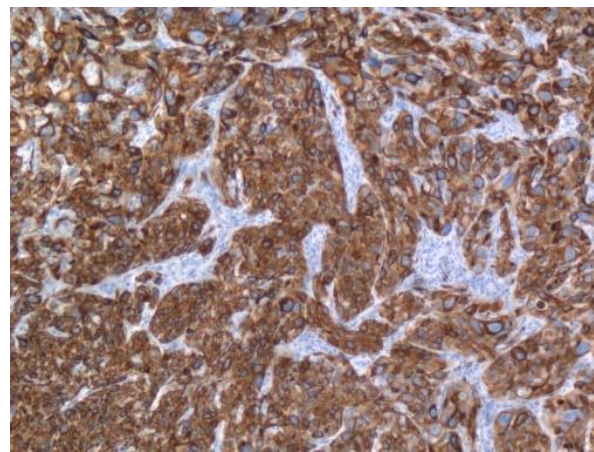


Figure 5 : histologie, immunohistochimie : grossissement 10x0014 (b) : marquage des cellules à différenciation malpighienne par la CK 7.

L'aspect histologique de la tumeur avait permis de poser le diagnostic du carcinome à cellules vitreuses.

Notre patiente avait bénéficié d'une hystérectomie radicale suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie avec succès. Une IRM pelvienne lui avait été prescrite dans le cadre d'une surveillance annuelle.

3. Discussion

3.1 Incidence

Selon Tamimi HK et al. [5] l'incidence du carcinome à cellules vitreuses est de 1 à 5,75% de tous les néoplasmes cervicaux malins. Dans le carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus, les patientes sont plus jeunes en comparaison à tous les autres types de cancers du col de l'utérus affirmaient Ihssane Hakimi et al. [2]. Tamimi HK et al. [5] avaient aussi objectivé des patientes jeunes dans leur étude dont l'âge moyen était de 45 ans. Cet âge moyen était semblable au nôtre. Selon ces mêmes auteurs, Tamimi HK et al. [5], Les patients diagnostiqués étaient principalement de race noire, alors que dans leur observation la patiente était de race blanche comme la nôtre.

3.2 Description clinique et radiologique

Les caractéristiques radiologiques du CCV sont peu décrites en raison de sa rareté [2]. Selon Tamimi HK et al. [5], la présentation clinique du carcinome à cellule vitreuse du col de l'utérus est semblable au cancer du col de l'utérus envahissant avec le saignement vaginal qui semble être le symptôme prédominant. La présentation clinique de notre cas est en accord avec celle de la littérature car la tumeur avait été révélée par les ménométrorragies.

Lotocki RJ et al. [6] dans leur étude, affirmaient que la tumeur se présentait en général sous la forme d'une croissance ulcérée ou non ulcérée autour de la jonction squamo-cylindrique ou se développait dans le canal endocervical en forme de tonneau avec extension dans le vagin et les paramètres. Selon Yuji Ukita et al. [4] la tumeur se présentait également sous la forme d'un polype cervical ou d'une lésion micro-invasive. Les polypes utérins sont des excroissances qui se développent au dépens de la muqueuse du corps utérin (endomètre) ou au dépens de la muqueuse du col utérin (endocol) [4]; Ils apparaissent en hyposignal T2 et se raccorde avec la muqueuse utérine. L'IRM n'est pas l'imagerie spécifique, L'hystérosonographie avec injection de sérum physiologique améliore la détection du polype [4].

Le signal du polype muqueux est le plus souvent égal à celui de l'endomètre en T2. Après injection de gadolinium, le polype se rehausse et l'artère centrale est parfois visible [7].

Tamimi HK et al. [5], Gray HJ et al. [8] affirmaient que les caractéristiques à l'imagerie du carcinome à cellules vitreuses étaient semblables à ceux des autres cancers du col de l'utérus envahissant. Dans notre cas, il s'agissait d'un aspect ulcéré, bourgeonnant de la paroi postérieure du col utérin qui avait été objectivé, comme l'avaient décrit Lotocki RJ et al. [6] dans leur étude. Par ailleurs, chez notre patiente, il n'y avait pas d'extension locorégionale.

3.3 Description histologique

A la microscopie, Costa MJ et al. [9], avaient décrit la tumeur comme un motif cellulaire vitreux pur ou une tendance à la différenciation squameuse avec kératinisation ou perles squameuses mal formées entourées de cellules vitreuses, kératinisation sporadique ou dyskératose. Selon ces mêmes auteurs [9], peu de tumeurs présentaient une tendance à la différenciation glandulaire sous la forme de glandes mal formées bordées de cellules vitreuses. La sécrétion de mucine est évidente dans certains cas et est principalement intracellulaire dans les zones cellulaires vitreuses [9]. Par ailleurs, selon Kaei Nasu et al. [10], pour qu'une tumeur soit qualifiée d'un CCV, le motif

cellulaire vitreux doit constituer au moins un tiers de la tumeur. L'histologie de la tumeur de notre patiente était en accord avec celle décrite dans la littérature.

3.4 Traitement et pronostic

En raison de son agressivité, de son mauvais pronostic du fait de sa croissance rapide et de ses fréquentes métastases à distance, Kaei Nasu et al. [10] avaient suggéré qu'une thérapie multimodale avec une chirurgie radicale, une radiothérapie et une chimiothérapie combinée soit utilisée pour traiter le carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus. Telle était le cas chez notre patiente.

Le taux de survie en général de 5 ans pour tous les stades était beaucoup plus bas comparé à tous les cancers du col de l'utérus (54.8% contre 75%) [2]. Une IRM pelvienne avait été instituée chez notre patiente dans le cadre du suivi post thérapeutique.

4. Conclusion

Le carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus est une forme rare de cancer du col de l'utérus hautement maligne et de mauvais pronostic en raison de sa croissance rapide, de ses fréquentes métastases à distance et de sa résistance relative aux traitements conventionnels des carcinomes invasifs du col utérin. La maladie est le plus souvent découverte à un stade avancé au moment du diagnostic. Les patients atteints de cette tumeur sont plus jeunes que ceux atteints d'autres types de carcinome invasif du col utérin. La présentation clinique du carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus est semblable aux autres types de cancer du col de l'utérus envahissant avec comme maître symptôme, les métrorragies. L'aspect radiologique est peu décrit en raison et peu spécifique. L'aspect histologique caractéristique de la tumeur permet de poser le diagnostic du carcinome à cellules vitreuses.

Devant toute métrorragie, une IRM pelvienne devra être réalisée et une biopsie devra être instituée devant la découverte d'une lésion du col utérin afin de permettre un diagnostic histologique précoce et une prise en charge adéquate.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Littman P, Clement PB, Henriksen B, Wang CC, Robboy SJ, Taft PD, et al. Carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus. *Cancer* 1976 ; 37 : 2238-46.

2. Ihssane Hakimi, Abdelghani Zazi, Hafsa Chahdi, Khalid Guelzim, Jaouad Kouach, Myabdellah Babahabib, Myehdi Elhassani, Driss Moussaoui Rahali, Mohammed Dehayni. Carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus : à propos d'un cas et revue de littérature. *Pan Afr Med J* 2015 ; 22 : 55.
3. Archana H Deshpande ,MN Kotwal ,SK Bobhate Carcinome à cellules vitreuses du col utérin une histologie rare. Rapport de trois cas avec une revue de la littérature 2004 ; 41 : 92-5.
4. Yuji Ukita , Hiroshi Tsubamoto , Toru Kato , Shigeo Suno , Hiroaki Shibahara. Un cas de carcinome vitreux métastatique primaire du col de l'utérus qui a répondu à l'association docétaxel et carboplatine. *Gynecol Oncol Case Rep* 2013 Nov ; 6: 19-21.
5. Tamimi HK, Ek M, Hesla J, Cain JM, Figge DC, Greer BE. Carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus redéfini. *Obstet Gynecol* 1988 ; 71 : 837-41.
6. Lotocki RJ, Krepert GV, Paraskevas M, Vadas G, Heywood M, Fung FK. Carcinome à cellules vitreuses du col de l'utérus : une stratégie de traitement bimodale. *Gynecol Oncol* 1992 ; 44 : 2549.
7. V. Juhan*, P. Champsaur, N. Girard, G. Moulin, J.-M. Bartoli. Place de l'IRM et des nouveaux scanners en gynécologie-obstétrique. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique publié le 2.12.1998 ; Tome XXII : 12.
8. Gray HJ, Garcia R, Tamimi HK, Koh WJ, Goff BA, Greer BE, et al. Glassy cell carcinoma of the cervix revisited. *Gynecol Oncol* 2002 ;85(2) :274-7.
9. Costa MJ, Kenny MB, Hewan-Lowe K, Judd R. Caractéristiques cellulaires vitreuses dans le carcinome adénosquameux du col utérin. Résultats histologiques, ultrastructuraux, immunohistochimiques et cliniques. *Am J Clin Pathol* 1991 ; 96 : 520-8.
10. Kaei Nasu , Noriyuki Takai , Hisashi Narahara. Traitement multimodal du carcinome vitreux du col de l'utérus. *J Obstet Gynaecol Res* 2009 juin ; 35 (3) : 584-7.