



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Cas clinique

Carcinome neuroendocrine à petites cellules du col utérin : à propos de six cas et revue de la littérature



Small cell neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix: Report of six cases and a review of the literature

S. Bellefqih*, J. Khalil, I. Mezouri, T. Kebdani, N. Benjaafar

Service de radiothérapie, Institut national d'oncologie, avenue Allal-El Fassi, 10100 Rabat, Maroc

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 octobre 2013
 Reçu sous la forme révisée
 le 16 janvier 2014
 Accepté le 30 janvier 2014

Mots clés :

Carcinome à petites cellules
 Neuroendocrine
 Col utérin
 Radiothérapie
 Chimiothérapie
 Chirurgie

Keywords:

Small cell carcinoma
 Neuroendocrine
 Uterine cervix
 Radiotherapy
 Chemotherapy
 Surgery

RÉSUMÉ

Le carcinome neuroendocrine est une tumeur maligne peu fréquente et agressive, se développant principalement aux dépens de l'arbre bronchique et du tractus digestif. Les carcinomes neuroendocrines à petites cellules gynécologiques sont inhabituels, et ils ne représentent que 2 % des tumeurs du col utérin. Compte tenu de leur rareté et de l'absence d'essais randomisés, la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces tumeurs est difficile et est essentiellement calquée sur celle des tumeurs neuroendocrines pulmonaires. À l'instar de ces dernières, et malgré un traitement multimodal, leur pronostic reste défavorable. À travers cette série rétrospective, nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de ces tumeurs particulières tout en comparant nos données à celles de la littérature.

© 2014 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Neuroendocrine carcinoma is a rare and aggressive malignant tumour, mainly developing at the expense of the respiratory and of the digestive tract. Gynecological neuroendocrine tumours are rare and small cell neuroendocrine tumours of the uterine cervix represent 2% of cervical cancer. Given their rarity and the lack of randomized trials, the diagnostic and therapeutic management of these tumours is difficult and essentially based on that of pulmonary neuroendocrine tumours. Like the latter, and despite multimodality regimens, the prognosis of these tumours remains poor. Through this series, we report our experience in the management of these particular tumours while comparing our data with those of the literature.

© 2014 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Décrits pour la première fois en 1957 [1], les carcinomes neuroendocrines à petites cellules du col utérin sont des tumeurs rares, représentant moins de 3 % des tumeurs cervicales [2–4]. Ils présentent des caractéristiques communes aux carcinomes épidermoïdes du col utérin, notamment une agressivité locale marquée et l'association à l'infection aux papillomavirus humains (HPV),

mais également des caractéristiques propres aux carcinomes neuroendocrines à petites cellules, à savoir une perte d'hétérozygotie, un envahissement ganglionnaire précoce, une invasion vasculaire importante, une chimiosensibilité initiale et un taux élevé de récives précoces [2,5,6]. Ces tumeurs sont également de pronostic très défavorable, et à stade égal, la survie par rapport aux carcinomes épidermoïdes du col utérin est de loin inférieure [4]. Du fait de leur rareté, il n'existe pas d'étude randomisée évaluant leur traitement, qui repose en grande partie sur l'expérience acquise aussi bien des tumeurs du col utérin que des tumeurs pulmonaires. Il est apparu rapidement qu'un traitement local seul (chirurgie ou radiothérapie) était associé à un taux de récive important, notamment

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sara.bellefqih@gmail.com (S. Bellefqih).

hématogène, conduisant la majorité des auteurs à lui associer un traitement systémique [3,7–11]. Malgré ce traitement multimodal, le pronostic des carcinomes neuroendocrines n'en demeure pas moins défavorable [4]. Par ailleurs, si pour les tumeurs évoluées l'association de chimiothérapie et de radiothérapie semble acquise, en cas de tumeur localisée, certaines interrogations demeurent, notamment la place de la radiothérapie : peut-elle se substituer à la chirurgie ou doit-elle être proposée en situation adjuvante ? Enfin, si le rôle de la chimiothérapie semble établi, le schéma optimal demeure quant à lui moins certain.

À travers cette série rétrospective, nous rapportons notre expérience dans la prise en charge des carcinomes neuroendocrines à petites cellules du col utérin tout en comparant nos données à celles de la littérature.

2. Patientes et méthodes

Au cours d'une période de 11 ans, neuf patientes atteintes d'un carcinome neuroendocrine du col utérin ont été traitées à l'Institut national d'oncologie du Maroc, dont trois patientes en situation métastatique. De ce fait, notre étude n'a concerné que six patientes qui ont été traitées pour un carcinome neuroendocrine à petites cellules, à visée curative.

Le diagnostic était histologique, et un immunomarquage positif pour au moins un des trois marqueurs suivants : chromogranine A, synaptophysine et *neuron-specific enolase* (NSE) était requis pour porter le diagnostic de tumeur neuroendocrine.

La tumeur était classée selon la classification de la Fédération internationale de gynécologie-obstétrique (Figo). Le bilan radiologique comportait une tomодensitométrie thoracoabdomino-pelvienne ; la scintigraphie osseuse et la scanographie cérébrale n'étaient réalisées qu'en cas de signes d'appel.

Le traitement était multimodal associant chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. La chirurgie a été réalisée chez deux patientes et consistait en une colpohystérectomie élargie associée à un curage ganglionnaire pelvien. La radiothérapie externe a été délivrée par quatre faisceaux de photons X de 18 à 25 MV selon la technique dite « en boîte », de manière isocentrique. La limite supérieure du volume irradié était située sur l'interligne L4–L5, elle était portée à l'interligne D12–L1 en cas de nécessité d'irradier les aires ganglionnaires lombo-aortiques. La limite inférieure

dépendait de l'extension tumorale. Pour les faisceaux latéraux, la limite antérieure se situait à mi-symphise pubienne, la limite postérieure au niveau du bord postérieur du sacrum. La radiothérapie était bidimensionnelle (quatre patientes) ou conformationnelle (deux patientes). La dose totale délivrée à l'isocentre était de 46 Gy en 23 fractions de 2 Gy. En cas d'envahissement ganglionnaire pelvien, un complément d'irradiation a été délivré jusqu'à une dose totale de 60 Gy dans les ganglions initialement envahis, ce complément était de 10 Gy en cas d'envahissement paramétrial.

La radiothérapie externe a été suivie d'une curiethérapie utéro-vaginale de bas débit de dose, par applicateur de Delouche chargé par des sources d'iridium 192, de 24 Gy. La distribution de la dose a été calculée dans un plan oblique frontal et un plan oblique sagittal, et était fondée sur les paramètres anatomiques, cliniques et d'implantation. La valeur de l'isodose de référence a été choisie en fonction du volume tumoral cervical initial et de la dose aux points de référence vésical et rectal maximum, selon les recommandations du rapport 38 de l'International Commission on Radiation Units and Measurements (ICRU). Les dimensions (hauteur, largeur, épaisseur), exprimées en millimètres, de l'isodose de référence 60 Gy ont été rapportées conformément à ces mêmes recommandations. Le débit de dose moyen sur l'isodose de référence était de 0,57 Gy/h (0,5–0,86).

Toutes les patientes ont reçu une chimiothérapie à base de cisplatine (100 mg/m², j1) et d'étoposide (100 mg/m², j1–3).

3. Résultats

Les caractéristiques des six patientes incluses durant la période d'étude sont résumées dans le [Tableau 1](#). L'âge médian était de 41 ans (38–60). Le tableau clinique était dominé par les métrorragies, présentes chez toutes les patientes, les leucorrhées (67 %) et les douleurs pelviennes (50 %). Aucune patiente ne souffrait de symptômes en rapport avec un syndrome paranéoplasique.

Cinq tumeurs étaient localement évoluées au moment diagnostique, soit de stade Ib2–III, la taille tumorale médiane était de 4,75 cm (2–6). Une lésion (ID #6) localisée, de stade Ib1, a été traitée par une colpohystérectomie élargie suivie d'une radiothérapie. Du fait du délai entre la chirurgie et le début de la radiothérapie, deux cures de chimiothérapie ont été administrées dans l'intervalle. Une lésion (ID #5) a été traitée par chirurgie suivie

Tableau 1

Caractéristiques des patientes atteintes de carcinome neuroendocrine du col utérin et résultats des traitements.

Characteristics of patients with small cell neuroendocrine tumours of the uterine cervix in our series and treatment outcome.

Patientes (ID#)	Âge (ans)	Stade (Figo)	Taille tumorale (cm)	Adénopathies/métastases	Traitement initial	Rechute (mois)	Traitement de rattrapage	État (mois)
1	42	IIIB	5	0/0	Chimioradiothérapie (3 cycles étoposide/cisplatine) et curiethérapie	Second cancer : pancréas (7)	Chimiothérapie	Décès (9)
2	40	IIIB	6	Pelviennes bilatérales (iliaque externe, iliaque primitive) lomboaortique/0	Chimioradiothérapie (3 cycles étoposide/cisplatine) et 2 cycles étoposide/cisplatine	Pelvienne, lomboartique et pulmonaire (3)	Chimiothérapie	Décès (6)
3	48	IIB	5	0/0	Chimioradiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine) et curiethérapie	Pelvienne et pulmonaire (11)	Chimiothérapie	Décès (14)
4	60	IIB	4,5	0/0	Chimiothérapie : 2 cycles étoposide/cisplatine Chimioradiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine) et curiethérapie	NA	NA	32
5	38	IIB	4	0/0	Chirurgie, chimioradiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine) et curiethérapie	Pulmonaire, hépatique, osseuse, cutané, adénopathies cervicales (10)	Soins de support	Décès (11)
6	39	IB1	2	0/0	Chirurgie, chimiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine), radiothérapie et curiethérapie	NA	NA	28

Figo : Fédération internationale de gynécologie-obstétrique ; NA : non applicable.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2118225>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2118225>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)