



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Cas clinique

Glassy cell carcinoma : un cancer rare du col de l'utérus. À propos de deux cas et revue de la littérature



Glassy cell carcinoma: A rare cervix neoplasm. Case report of two patients and review of the literature

A. Lépinoy^a, N. Lescut^a, C. Lassabe^b, J.-F. Bosset^a, S. Servagi-Vernat^{a,*}^a Service d'oncologie radiothérapie, centre hospitalier universitaire Jean-Minjoz, 3, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France^b Département d'anatomopathologie, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, 90000 Belfort, France

INFORMATION

Historique de l'article :

Reçu le 30 décembre 2013

Reçu sous la forme révisée

le 3 avril 2014

Accepté le 9 avril 2014

Mots clés :

Glassy cell

Carcinome adénoquameux indifférencié

Cancer du col

Envahissement ganglionnaire

Keywords:

Glassy cell carcinoma

Cervix cancer

Nodal involvement

RÉSUMÉ

Les principales formes histologiques du cancer du col utérin sont le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome. Le *glassy cell carcinoma* est une forme rare rencontrée dans moins de 2% des cas qui constitue une entité, agressive et méconnue, de pronostic plus défavorable, dont la prise en charge actuelle ne se distingue pas de celle des autres formes histologiques. Nous rapportons ici le cas de deux patientes atteintes d'un *glassy cell carcinoma* du col utérin avec une revue de la littérature.

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

ABSTRACT

The main histological types of cervix cancer are squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. The glassy cell carcinoma is a rare form found in less than 2% of cases and it is an entity, aggressive and unknown, of worse prognosis, whose current treatment is not distinguished from other histological types. We report the cases of two patients with glassy cell carcinoma of the cervix with a review of the literature.

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

1. Introduction

Grâce aux campagnes de dépistage, le cancer invasif du col de l'utérus qui constituait il y a quelques décennies la troisième cause de cancer chez la femme, se positionne de nos jours au 12^e rang en France [1], bien que restant la seconde cause de cancer de la femme dans les pays en voie de développement. Le *glassy cell carcinoma* en est une forme histologique rare, le plus souvent retrouvée dans les cancers du col utérin, mais parfois, aussi, dans les cancers

de l'endomètre ou dans les métaplasies de Barrett. Initialement décrite par Glucksmann et Cherry en 1956, il s'agit d'une variété peu différenciée de carcinome adénoquameux mixte, responsable de 1 à 5,3% de tous les cancers du col utérin dans les séries rapportées dans la littérature médicale [2–11]. Le *glassy cell carcinoma* n'a pas été reconnu comme une entité distincte des autres carcinomes du col jusqu'à ce que Littman et al. rapportent 13 cas supplémentaires en 1976, et proposent qu'il soit considéré comme une entité clinicopathologique à part entière [5]. Son aspect histologique est caractéristique, avec des cellules au cytoplasme éosinophile abondant, une membrane cellulaire nette et un noyau volumineux, contenant un nucléole proéminent [3,7,12]. L'ensemble a un aspect de verre dépoli ou une apparence finement granulaire, ce qui lui a conféré son nom. Il a été mis en évidence dans les différentes

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephanie.servagi@gmail.com (S. Servagi-Vernat).

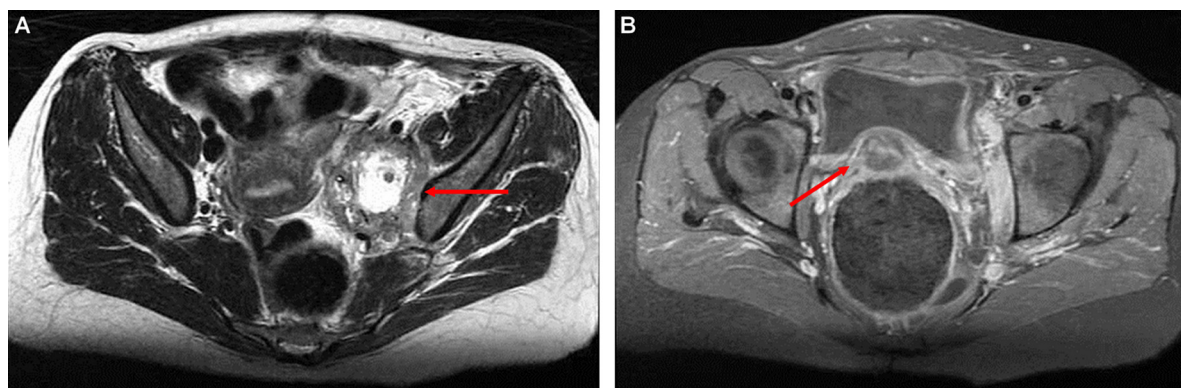


Fig. 1. IRM pelvienne après injection de gadolinium, coupe axiale. A. Séquence T2, adénopathie iliaque interne gauche. B. Séquence T1 FATSAT, col de l'utérus sans lésion radiologique.

Pelvic MRI, gadolinium injection, axial section. A. T2 weighted, left intern iliac lymph node. B. T1 weighted FATSAT, cervix without radiologic disease.

séries publiées son agressivité, avec un pronostic défavorable, en raison d'une résistance aux traitements classiques [2–6,9,11]. Nous rapportons ici deux cas supplémentaires de *glassy cell carcinoma*, atypiques dans leur mode de découverte.

2. Observations

2.1. Cas n° 1

Une femme âgée de 35 ans a été admise dans un autre hôpital pour un syndrome abdominal aigu. Une scanographie abdominopelvienne a révélé une adénopathie iliaque interne gauche compressive de 6 cm de grand axe, responsable d'une urétérohydronéphrose et d'une thrombose veineuse iliaque externe et commune. L'examen anatomopathologique d'une ponction radioguidée a permis d'identifier un carcinome adénosquameux mixte, très indifférencié. L'examen gynécologique n'a pas montré de tumeur macroscopique mais le toucher vaginal a mis en évidence un col légèrement induré et a déclenché des métrorragies. Une série de biopsies à l'aveugle de l'endocol a confirmé la présence d'un cancer primitif du col utérin. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a retrouvé le ganglion iliaque gauche, à centre nécrotique, avec un doute sur une extension osseuse de contiguïté au niveau de l'os iliaque (Fig. 1A), sans lésion du col visible (lésion infraradiologique, Fig. 1B). La tomographie à émissions de positons au fluorodésoxyglucose (TEP au FDG) a retrouvé une hyperfixation uniquement de l'adénopathie. La maladie a été classée IA2 selon la classification de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (Figo). Une exérèse macroscopiquement incomplète de l'adénopathie a été pratiquée, un filtre cave et une sonde JJ ont également été mis en place. L'examen histologique de la pièce d'exérèse a évoqué un carcinome indifférencié à inflexion épidermoïde, ou adénosquameux correspondant à un *glassy cell carcinoma* (Fig. 2). Le profil immunohistochimique était CK7 +++, CK5/6 +++, vimentine +++, CA125 focalement très +/EMA focalement +/PS100 focalement +/CK20–, calrétinine–, CD30–, chromogranine–, calcitonine–, TTF1–, ACE–, α -fœtoprotéine–, récepteurs hormonaux–. Après présentation en réunion de concertation pluridisciplinaire, trois cycles de chimiothérapie néoadjuvante associant docétaxel (75 mg/m²), cisplatine (75 mg/m²), 5-fluoropyrimidine (750 mg/m²/jour) et cétuximab (250 mg/m²) ont été délivrés, sans réponse objective. Une radiothérapie conformationnelle pelvienne incluant l'extension osseuse iliaque de 45 Gy en 25 fractions en association avec une chimiothérapie concomitante hebdomadaire par cisplatine de 40 mg/m² et cetuximab de 250 mg/m² a été délivrée. La patiente nous a été adressée pour une curiethérapie. L'IRM avant la

curiethérapie a alors objectivé une progression de la lésion osseuse sans progression locale. Après avis extérieur, un complément de dose de 20 Gy a été délivré cette zone a été délivré par irradiation externe et le traitement complété par une curiethérapie utérovaginale de 15 Gy, prescrite sur l'isodose 100% couvrant au minimum 95% du volume cible anatomoclinique (*clinical target volume*, CTV) risque intermédiaire, définie selon les recommandations du Groupe européen de curiethérapie – European Society for Radiotherapy and Oncology (Gec-ESTRO) [13]. Une scanographie réalisée trois mois plus tard a révélé une progression régionale responsable d'une dégradation rapide de l'état général. Après trois cures de chimiothérapie associant gemcitabine (1000 mg/m²) et topotécane (2 mg/m²), la patiente est décédée d'une progression régionale de sa maladie, sans lésion à distance (TEP au FDG, scanographie thoraco-abdominopelvienne).

2.2. Cas n° 2

Une femme âgée de 37 ans a été adressée à un chirurgien viscéral pour un lymphœdème de la racine de la cuisse gauche en période de post-partum. Une scanographie abdominopelvienne et une IRM pelvienne ont mis en évidence une volumineuse adénopathie obturatrice gauche. Une chirurgie par abord direct, a été tentée, mais seule une biopsie ganglionnaire a été réalisée, en raison de l'inxérpabilité de la tumeur. L'examen anatomopathologique initial était en faveur d'un carcinome peu différencié, et les diagnostics de sarcome et de mélanome ont été évoqués. À la prise en charge dans notre service, l'examen gynécologique a mis en évidence une tumeur bourgeonnante de la lèvre antérieure, de 3 cm de long et 6 cm de large, sans atteinte vaginale, des culs de sacs vaginaux ni des paramètres. La relecture des examens histologiques, demandée pour définir la forme histologique exacte, a permis de poser le diagnostic de *glassy cell carcinoma*. Il s'agissait d'une tumeur classée IB2 - Figo. Une chimioradiothérapie (cisplatine 40 mg/m² hebdomadaire) délivrant 45 Gy dans le pelvis et la région lombo-aortique a été planifiée. Sur une scanographie réalisée à 30 Gy, devant la découverte d'une progression du ganglion, la radiothérapie a été accélérée en mode bifractionné (soit deux fractions par jour de 1,5 Gy) jusqu'à la dose totale de 49,5 Gy dans le col et 60 Gy dans le ganglion ilio-obturbateur gauche. L'indication d'une curiethérapie utérovaginale n'a pas été retenue en raison de la progression sous traitement et la prise en charge a été complétée, dans un centre de référence, par une colpohystérectomie élargie avec exérèse de la maladie pelvienne gauche, contraignant à l'ablation monobloc du psoas iliaque gauche emportant les vaisseaux iliaques primitifs homolatéraux et le nerf obturbateur. Une lymphadénectomie pelvienne controlatérale et lombo-aortique a également été

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2118227>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2118227>

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