



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## CAS ANATOMOCLINIQUE

# Une tumeur placentaire inhabituelle

## An unusual placental tumor

Arnaud Uguen<sup>a,\*</sup>, Françoise Le Dé<sup>a</sup>, Audrey Basinko<sup>b</sup>,  
Denis Margis<sup>c</sup>, Pascale Marcorelles<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service d'anatomie pathologique, pôle biologie–pathologie, hôpital Morvan, CHRU de Brest, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France

<sup>b</sup> Service de cytogénétique, cytologie et biologie de la reproduction, pôle biologie–pathologie, hôpital Morvan, CHRU de Brest, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France

<sup>c</sup> Service de gynécologie et obstétrique, pôle Mère–Enfant, hôpital Morvan, CHRU de Brest, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France

Accepté pour publication le 12 juin 2010

Disponible sur Internet le 16 octobre 2010

### MOTS CLÉS

Mort fœtale in utero ;  
Tumeur placentaire ;  
Léiomyome utérin

### KEYWORDS

Fetal abortion;  
Placental tumor;  
Uterine leiomyoma;  
Smooth muscle tumor

**Résumé** Les tumeurs placentaires non trophoblastiques sont des lésions rares, tant primitives que secondaires, d'origine fœtale ou maternelle. Nous rapportons ici le cas d'un léiomyome intraplacentaire rencontré en contexte de mort fœtale in utero inexpliquée à terme. Ce cas pose le double problème, d'une part, de l'origine de la tumeur, explorée en cytogénétique moléculaire et, d'autre part, des complications obstétricales imputables aux léiomyomes utérins.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Non-trophoblastic placental tumors are rare lesions, either primitive or metastatic, from fetal or maternal origin. We report a case of an intraplacental leiomyoma which was observed in a term stillborn fetus. On the one hand, this observation asks for the origin of this rare tumor, question which can find an answer by molecular cytogenetic and, on the other hand, it deals with obstetrical complications linked to uterine leiomyomas.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les tumeurs placentaires sont des entités rares, surtout les tumeurs non trophoblastiques. Nous rapportons ici un cas de léiomyome intraplacentaire découvert dans un contexte de mort fœtale in utero à terme. Ce cas rare pose le pro-

blème, d'une part, de l'origine de la tumeur, maternelle ou fœtale, question à laquelle une étude en cytogénétique moléculaire peut apporter une réponse et, d'autre part, des complications obstétricales liées aux tumeurs placentaires et aux léiomyomes utérins.

## Observation clinique

Une femme de 34 ans (G5P3) ayant une grossesse sous stérilet s'est présentée à 40 SA pour un tableau de mort fœtale in

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arnophele@yahoo.fr (A. Uguen).



**Figure 1.** Échographie à 36 semaines d'aménorrhée : formation tumorale placentaire arrondie de 27,3 mm x 39 mm vascularisée en doppler.  
*Thirty-six weeks of amenorrhoea ultrasound examination: round placental mass measuring 27.3 mm x 39 mm with vascularity throughout the mass assessed by Doppler ultrasound study.*

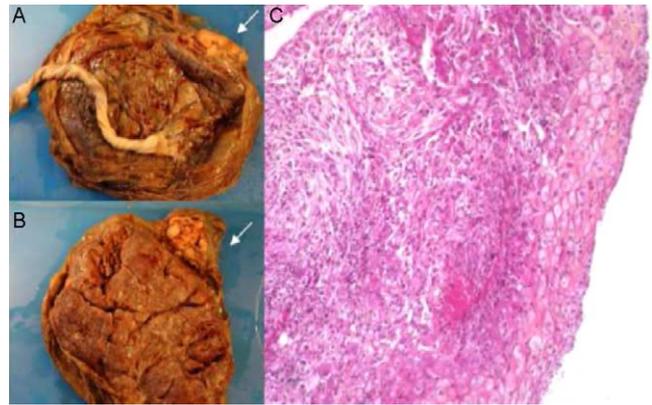
utero. Le fœtus et le placenta ont fait l'objet d'un examen anatomopathologique.

La patiente a présenté au cours de la grossesse une thrombose veineuse superficielle traitée par héparine de bas poids moléculaire à dose curative jusqu'à terme. Le suivi de cette grossesse a été émaillé par la réalisation d'une amniocentèse pour signes d'appel biologiques (triple test HT21 avec risque à 1/225; le caryotype fœtal étant 46,XY dans toutes les métaphases) et par la constatation dès 21 semaines d'aménorrhée d'une formation tumorale placentaire de 26 mm de grand axe croissant progressivement jusqu'à 27 mm x 39 mm à terme (Fig. 1). La patiente ne présentait pas de diabète gestationnel, un diabète ayant été recherché devant la macrosomie fœtale.

### Examen anatomopathologique

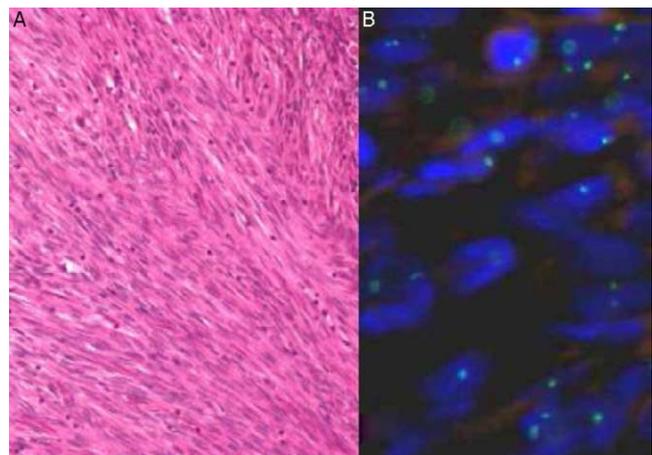
Le fœtus, de sexe masculin, non dysmorphique, présentait une macrosomie isolée (ensemble des mensurations supérieures au 97<sup>e</sup> percentile) sans argument pour une macrosomie d'origine diabétique ni un syndrome de Beckwith-Wiedemann. Il n'y avait pas d'étiologie retrouvée à l'examen autopsique à ce décès in utero. À l'examen placentaire, au sein d'un placenta de 530 g, outre le stérilet présent dans les membranes, était mise en évidence une masse de 6 x 5,5 x 2 cm en position marginale contre les membranes, ferme, solide avec remaniements nécrotiques à la section (Fig. 2 A et B) représentant environ 10% de la masse placentaire totale.

En microscopie, le parenchyme placentaire adjacent présentait un aspect normal en rapport avec le terme de la grossesse. L'examen de la masse blanchâtre retrouvait une lésion tumorale d'architecture fasciculée constituée de cellules fusiformes à contours cytoplasmiques mal individualisables et à noyaux réguliers, allongés à bouts arrondis, avec de petits nucléoles. L'activité mitotique était mesurée à moins de cinq mitoses pour dix champs au grossissement x 400. Cette formation tumorale arrivait au contact de la caduque basale et était entourée de cellules trophoblas-



**Figure 2.** A : galette placentaire : face chorale avec masse tumorale (flèche); B : galette placentaire : face basale avec masse tumorale (flèche); C : HE, x 200 : en bordure de la tumeur (gauche), trophoblaste de la caduque (droite).  
*A: gross placental examination: fetal surface with tumor (arrow). B: gross placental examination: maternal surface with tumor (arrow). C: HES, x 200: tumor (left) surrounded by decidual and trophoblastic tissue (right).*

tiques extra-villeuses (Fig. 2C et Fig. 3A). La vascularisation était peu développée au sein même de la tumeur. Malgré la présence de remaniements nécrotiques, d'origine ischémique, associés à des remaniements hémorragiques, les cellules ne présentaient pas d'atypies cytonucléaires ni de mitoses anormales. La nature musculaire lisse de la tumeur était confirmée par des immunomarquages mettant en évidence une expression par ces cellules fusiformes à 80% de l'actine musculaire lisse, à 40% de la desmine et à 20% de la caldesmone, le marquage pour la protéine S-100 étant négatif. Cette tumeur d'aspect musculaire lisse ne présentait pas de caractère de malignité microscopique [1]. Le diagnostic retenu est celui d'un léiomyome intraplacentaire.



**Figure 3.** A : hémateïne-éosine-safran, x 200 : tumeur, faisceaux enchevêtrés de cellules fusiformes non atypiques. B : *fluorescent in situ hybridization* avec sonde centromérique CEP X en vert et sonde centromérique CEP Y en rouge, contre coloration au DAPI sur coupe déparaffinée de la tumeur (x 630 à immersion) : deux signaux verts et aucun signal rouge dans les 200 noyaux étudiés.  
*A: HES, x 200: tumor showing interlacing bundles of fusiform cells without atypia. B: fluorescent in situ hybridization with centromeric CEP X probe (green) and centromeric CEP Y probe (red), DAPI counterstaining on a paraffin-embedded tumor tissue section (x 630 oil-immersion): two green spots without any red spot were observed in 200 nuclei.*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128735>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128735>

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