

# Les tumeurs neuroendocrines du col utérin: à propos d'un cas avec revue de la littérature

Y.Ammor ; Y.Elbaraka ,K.Saoud, N.MAMOUNI, S.ERRARHAY; C.BOUCHEKHI ; A.BANANI

SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE I CHU HASSAN II FES

A.Bensalah; M. Boubou SERVICE DE RADIOLOGIE MERE-ENFANT CHU HASSAN II FES

**Abstract:** Le carcinome neuroendocrine est une tumeur maligne peu fréquente et agressive, son origine est principalement l'arbre bronchique et du tractus digestif. Les carcinomes neuroendocrines à petites cellules gynécologiques sont encore plus rares à l'instar de ces dernières, et malgré un traitement multimodal, leur pronostic reste défavorable. À travers ce cas rapporté et revue de la littérature, nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de ces tumeurs particulières tout en comparant nos données à celles de la littérature. L'évolution est très rapide avec un taux de rechute après traitement de 100% et une mortalité certaine après 48 mois. le dépistage du cancer du col reste le moyen le plus fiable pour faire le diagnostic précoce ainsi une prise en charge adéquate.

**Keywords**—case report carcinoma neuroendocrin cancer col uterus

## 1. Introduction :

Le carcinome neuroendocrine est une tumeur maligne peu fréquente et agressive, son origine est principalement l'arbre bronchique et du tractus digestif. Les carcinomes neuroendocrines à petites cellules gynécologiques sont encore plus rares, et ils représentent moins 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. [1].

À l'instar de ces dernières, et malgré un traitement multimodal, leur pronostic reste défavorable. À travers ce cas rapporté et revue de la littérature, nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de ces tumeurs particulières tout en comparant nos données à celles de la littérature.

## 2. CASE REPORT :

Nous rapportons le cas d'une femme de 47 ans G0P0 , sans antécédents pathologiques notables cycle régulier ,consulte pour des ménorragies et des métrorragies associées a des hydorrhées purulentes évoluant depuis 2 mois évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffrée a 15 kg et une altération de l'état général . L'examen clinique : trouve une masse expulsée par l'endocol de 15 cm friable saignante au contacte avec issue de liquide purulent nauséabond ,et au touchers pelviens la masse envahis les paramètres en bilatéral.



**figure qui montre un processus ulcero bourgeonnant du col utérin friable et saignant au contact**

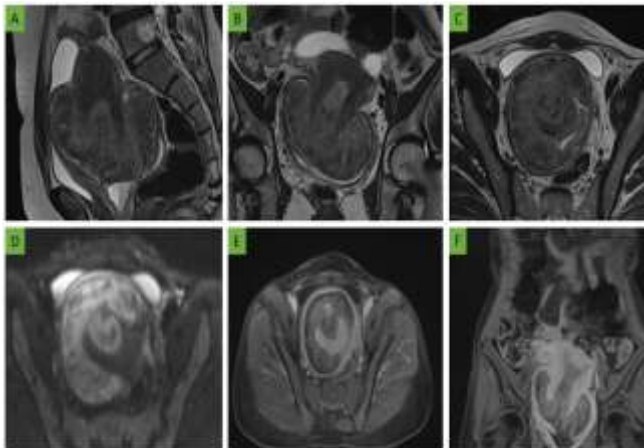
L'échographie pelvienne : présence au dépend du col d'une masse hétérogène tombante dans le vagin de 15 cm de grand axe les deux ovaires sont augmentés de volume par rapport a la normale.

**Scanner abdomino-pelvien :**



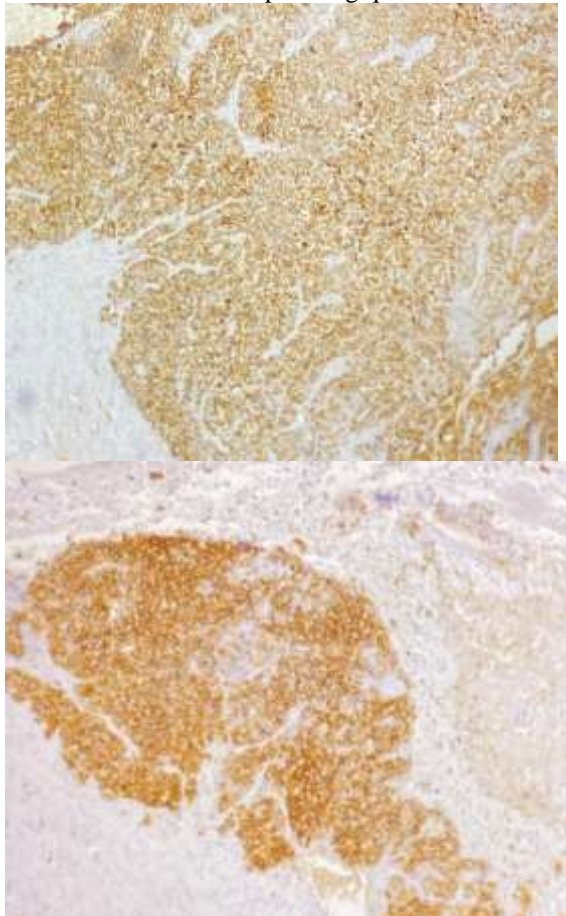
coupses scannerographiques axiales (A-E) et sagittales (F) passant à l'étage pelvien après injection de PDC, montrant une volumineuse masse tumorale du col utérin localement avancé, envahissant l'utérus et le corps utérin, le vagin, les paramètres en bilatéral, la masse reboule également la vessie et le rectum, sans signes évidents d'envahissement. Et mesuré à 15,5 cm.

3. IRM PELVIENNE :

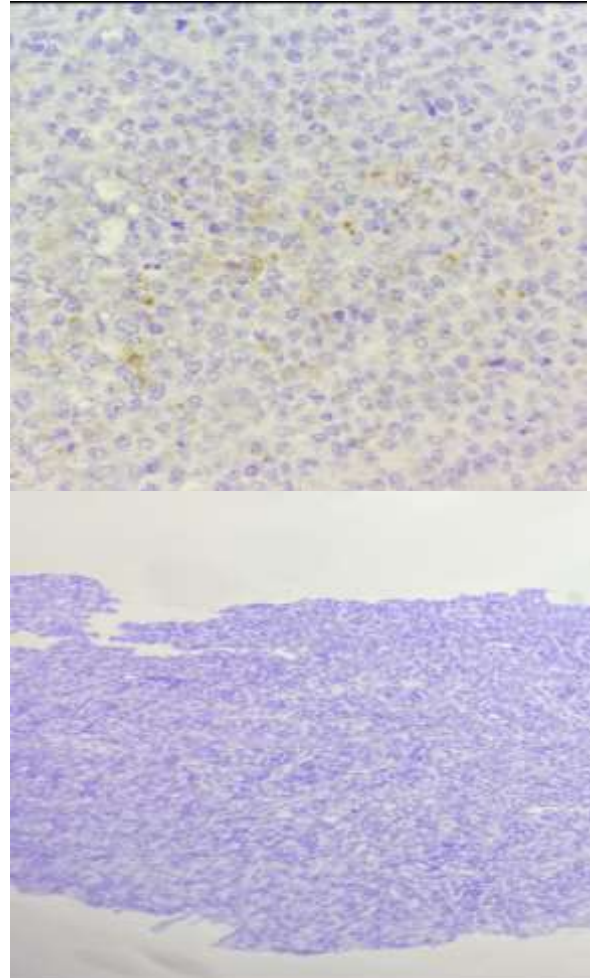


**Volumineuse masse tumorale du col utérin en hyper signal T2 intermédiaire (A,B,C), en hyper signal diffusion ( D),rehaussée de façon précoce et hétérogène après injection du PDC. Cette masse envahit l'isthme et le corps utérin, le tiers supérieur du vagin, et la portion proximale des paramètres en bilatéral Elle mesure 9 x 9.5 cm**

La suite de la prise en charge de la patiente a été marquée par la réalisation d'une biopsie sous sédation d'on le résultats anatomopathologique est le suivant:



**figure 1 et 2 qui montrent une prolifération tumorale, en majeure partie nécrosée, représentée par des coulées et nappes diffuses, disposées au sein d'un stroma fin vasculaire. les cellules tumorales sont de grande taille, plutôt dyscohesives a noyau volumineux, nucléole fréquemment mitotique et a cytoplasme peu abondant mal limité ,basophile ou amphiphile.**



**figure 3 et 4 qui montrent l'immun marquage positif au anticorps anti EMA/ au anticorps anti synaptophysine / et aux anticorps anti pancyto-kératine, en faveur du diagnostic de carcinome neuroendocrinien a petites cellules.**

**Résultat**

notre patiente a été diagnostiqué porteuse d'un cancer du col utérin localement avancé avec envahissement des paramètres classée FIGO IIB. après concertation pluridisciplinaire la décision étai de faire une radiothérapie et chimiothérapie concomitante.

l'évolution étai marqué dans les deux mois qui suivent le début de traitement par une altération de l'état général de la patiente et une augmentation du volume abdominal évoluant

dans un contexte de fièvre chiffrée à 39 degrés et une augmentation de la CRP ( c réactif protéine ) à 275.

l'exploration scénographique a montré l'augmentation du volume tumoral dépassant les 20 cm avec envahissement des deux ovaires de la vessie et du rectum en postérieur, et l'apparition de plusieurs collection pelviennes abcès péritonéaux et sous péritonéaux. associé a l'apparition de plusieurs métastases pulmonaires.

une tentative échoué d'un drainage scan guidé des collections suivie d'une hospitalisation et traitement par triple association d'antibiotiques, marquée par une bonne évolution clinique et biologique.

la décision finale du comité multidisciplinaire étai de mettre la patiente sous un protocole palliatif et de faire une surveillance clinique et scannographique chaque trois mois.

**4. Discussion:**

nous avons pris la série de S. Bellefqih\*, J. Khalil [2] de six patientes ayant été diagnostiqués porteuse d'une tumeur du col neuroendocrinienne a petites cellules. leurs résultats étai résumé dans un tableau comme suivant: [2]

Tableau 1  
Caractéristiques des patientes atteintes de carcinome neuroendocrine du col utérin et résultats des traitements.  
Characteristics of patients with small cell neuroendocrine tumors of the uterus cervix in our series and treatment outcomes.

Patients (ID#)	Age (ans)	Stade (FIGO)	Taille tumorale (cm)	Adjuvants/initialisation	Traitement initial	Rechute (mois)	Traitement de relèvement	État (mois)
1	42	IIIb	5	000	Chimiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine) et radiothérapie	local (cancer pévicel) (7)	Chimiothérapie	Décès (16)
2	46	IIIb	6	révulsion hémorragique (fluxus extrême, fluxus puerilis) (antibiotiques)	Chimiothérapie (3 cycles étoposide/cisplatine) et 2 cycles étoposide/cisplatine	révulsion, hémorragique et pulmonaire (1)	Chimiothérapie	Décès (16)
3	48	IIIb	5	000	Chimiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine) et radiothérapie	révulsion et pulmonaire (11)	Chimiothérapie	Décès (14)
4	48	IIIb	4,5	000	Chimiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine)	NA	NA	12
5	38	IIIb	4	000	Chimiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine) et radiothérapie	Pelvicite, métastase osseuse, métastase pulmonaire (11)	Support	Décès (11)
6	39	IIIb	2	000	Chimio (chimiothérapie (2 cycles étoposide/cisplatine), radiothérapie et chimiothérapie	NA	NA	28

les caractéristiques de notre patiente comparée al suite de S.belfqih: âge 47 ans par rapport a la série 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 %)./notre patiente présentait une tumeur localement avancée IIB de FIGO, avec une similitude avec 83% des patientes ./la taille tumorale étai de9.5 cm au moment du diagnostic qui est largement augmenté par rapport a la moyenne de la série de 4.5 cm./une seule patiente a bénéficié d'un traitement chirurgical pour une tumeur limité au col, le reste notre patiente y compris a bénéficié d'une radiothérapie et chimiothérapie première./la rechute et l'augmentation du volume tumoral a été vue chez toute les patient avec une chimiothérapie de rattrapage ou traitement palliatif d'embles./le taux de mortalité et de 66.6% dans les 10

mois qui suivent le début de traitement et a 100% après 2 ans.

les tumeurs neuroendocriniennes du col restent des tumeurs rare avec un soucis de diagnostic qui restait flous a causes des plusieurs classification anatomopathologiques décrites comme tumeur carcinoïde, carcinome à cellules argyrophile, apudome, carcinome à cellules en « grain d'avoine », carcinome neuroendocrine, carcinoïde atypique, carcinome à petites cellules indifférenciées ou carcinome à cellules intermédiaires [3,4,5].

le motif de consultation reste constant métrorragies chez la totalité des patientes , la douleur ne représente que 50% des motifs de consultation.

le diagnostic est clinique avec une masse du col utérin localement avancée chez 83% des patientes.

la confirmation se fait par bilan d'extension locorégional et a distance fait d'une irm pelvienne et un scanner thoraco-abdomino pelvien.

l'anatomie pathologique est plus précise par la sur expression des protéines de la synaptophysine de l'EMA et la chromographe.

le traitement étai chez la quasi totalité des patiente une radiothérapie et chimiothérapie première sauf le cas d'une seul patiente qui a bénéficié d'un traitement chirurgical d'embles.

une rechute avec augmentation du volume tumorale a été vu chez toutes les patientes en plus notre patiente a présenté des collections suppurées profondes qui on bien répondu a l'antibiothérapie.

les pronostic est sombre avec une survie nulle a 2ans.

**5. Conclusion :**

Les tumeurs neuroendocrinienne du col ne représente que 1 a` 2 % de l'ensemble des tumeurs du col et dont l'évolution est très rapide et bouillante avec un pronostic sombre, l'évolution des techniques d'anatomopathologie et de l'immunohystochimie permet de réaliser le diagnostic de plus en plus facilement. permettant ainsi un diagnostic plus précis et une prise en charge adéquate.

l'évolution est très rapide avec un taux de rechute après traitement de 100% et une mortalité certaine après 48 mois.

le dépistage du cancer du col reste le moyen le plus fiable pour faire le diagnostic précoce ainsi une prise en charge adéquate..

**Références :**

[1]. 2014 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS  
[2] Carcinome neuroendocrine à petites cellules du col utérin : à propos de six cas et revue de la littérature S. Bellefqih\*, J. Khalil , I. Mezouri , T. Kebdani , N. Benjaafar

[3] Sevin BU, Method MW, Nadji M, Lu Y, Averette HA. Efficacy of radical hysterectomy as treatment for patients with small cell carcinoma of the cervix. *Cancer* 1996;77:1489–93.

[4] McCusker ME, Coté TR, Clegg LX, Tavassoli FJ. Endocrine tumors of the uterine cervix: incidence, demographics, and survival with comparison to squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003;88:333–9.

[5] Mannion C, Park WS, Man YG, Zhuang Z, Albores-Saavedra J, Tavassoli FA. Endocrine tumors of the cervix. Morphologic assessment, expression of human papillomavirus and evaluation for loss of heterozygosity on 1p, 3p, 11q, and 17p. *Cancer* 1998;83:1391–400.