

# Métastase Ganglionnaire rare d'un Leiomyosarcome: à Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature

A. Benamar\*, A. Lahkim Bennani\*, M.B. Idrissi\*, M.K.Saoud\*, N. Mamouni\*, S. Errarhay\*, C. Bouchikhi\*, A.Banani\*

Department of Gynecology and obstetric of Hassan II university hospital , Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez, Sidi Mohammed Ben Abdellah University, Fez,

**Abstract:** *les métastases ganglionnaires dans le cadre d'un leiomyosarcome utérin sont exceptionnelles, les facteurs prédictifs de survenue de ces métastases sont incertains. Nous rapportons le cas d'un leiomyosarcome utérin avec métastase ganglionnaire chez une patiente opérée initialement au CHU hassan 2 de Fes. Notre patiente a bénéficié le 01/02/2018 d'une laparotomie avec réalisation d'une Hystérectomie totale+ annexectomie gauche+ salpingectomie droite, histologie post opératoire est revenu en faveur d'un Léiomyosarcome. Puis la patiente a bénéficié d'une surveillance clinique et radiologique par le biais d'un TDM TAP chaque 6 mois objectivant l'apparition d'une adénopathie iliaque commune gauche, suspecte, augmentant progressivement de taille. la patiente a bénéficié d'une adénectomie, histologie post opératoire en faveur de métastases ganglionnaires. En comparaison avec les résultats de la littérature, on déduit que les métastases ganglionnaires est une localisation extrêmement rare pour les leiomyosarcomes d'où la non nécessité de réaliser un curage ganglionnaire systématique.*

**Keywords:** *Léiomyosarcome, métastase, TDM , histologie*

## Introduction:

Les léiomyosarcomes utérins (LMS) sont des tumeurs musculaires lisses relativement rares, avec une incidence annuelle estimée à 0,64 pour 100 000 femmes [1]. Ils représentent environ un tiers des sarcomes utérins et 1,3 % de toutes les malignités utérines [2]. Le diagnostic est souvent posé incidemment au moment de la myomectomie ou de l'hystérectomie pour des léiomyomes bénins présumés, dont environ 0,1 % seront des léiomyosarcomes [3,4].

La plupart s'accordent pour dire qu'au minimum, une hystérectomie totale abdominale doit être réalisée. Le rôle du prélèvement des ganglions lymphatiques et de l'ovariectomie, cependant, est incertain. L'incidence des métastases ganglionnaires dans les sarcomes des tissus mous chez l'adulte est inférieure à 3 %, et la lymphadénectomie régionale n'est pas réalisée de manière systématique [9]

## Observation :

Patiente âgée de 36ans, sans antécédents pathologiques notables, célibataire, nulligeste. Admise initialement en 2018 pour la PEC d'une augmentation du volume abdominale, chez qui l'examen clinique initiale un OMS à 1.l'examen abdominal a trouvé une masse abdomino-pelvienne arrivant à l'ombilic, étalée transversalement sans autre signes associé.

Echo pelvienne le 18/01/18 au CHU: utérus polymyomateux arrivant à l'ombilic, avec grand axe dépassant l'écran.

La patiente a bénéficié le 01/02/2018 d'une laparotomie exploratrice :

a l'exploration : présence d'un utérus augmenté de taille des plusieurs masses à surfaces lisses avec vascularisation anarchique très développée aspect évoquant en premier un sarcome utérin, les 2 ovaires sans particularités

➔ Le geste réalisé : Hystérectomie totale+ annexectomie gauche + salpingectomie droite

Histologie post-opératoire :

Hystérectomie totale :

- Léiomyosarcome, infiltrant plus de 50% de l'épaisseur de la paroi utérine et s'étendant au col utérin.
- Les trompes, le col et l'ovaire gauche sont indemnes de toute infiltration tumorale.
- Tumeur classée : pT1bNx (FIGO 2009).
- Les récepteurs oestrogéniques : 80% des cellules tumorales infiltrantes expriment les récepteurs oestrogéniques avec une intensité de 2 à 3+.
- Les récepteurs progestéroniques : 90% des cellules tumorales

La patiente a bénéficié d'une surveillance clinique qui était sans particularités et radiologique faite d'une TDM TAP tous les 6 mois revenant sans anomalies suspectes, jusqu'à la TDM TAP du 28/10/2021 montrant l'apparition d'une adénopathie iliaque commune gauche, suspecte sans autres anomalies suspectes d'apparition récente aux étages TAP.



Coupe de la TDM pelvienne montrant l'apparition d'une adénopathie iliaque commune gauche

### Discussion :

dans la série de Mario M Leitaó [6], aucune des patientes de la série présentant une léiomyosarcome de l'utérus n'avait de métastases aux ganglions lymphatiques; La combinaison de ces résultats avec ceux du Gynecologic Oncology Group (GOG), tels que publiés par Major et al. [13], démontre que l'incidence des métastases aux ganglions lymphatiques est de 2,4 % chez les patientes présentant un leiomyosarcome utérin (Tableau 3) [5,3–4]. Ce taux est similaire à l'incidence signalée des métastases aux ganglions lymphatiques pour d'autres sarcomes des tissus mous pour lesquels la lymphadénectomie n'est pas recommandée de manière systématique [9]. Les ganglions lymphatiques grossièrement élargis doivent être retirés car la résection complète des leiomyosarcome utérins est essentielle, mais l'avantage du retrait des ganglions lymphatiques microscopiquement impliqués, même chez les patientes présentant une maladie extra-utérine grossière - avec un taux de survie à 5 ans très faible - semble limité.

Nous concluons que le prélèvement systématique des ganglions lymphatiques chez les patientes présentant des LMS utérins a un rendement négligeable et sans aucun bénéfice. Nous ne recommandons pas que les patientes subissent une procédure

chirurgicale supplémentaire dans le seul but d'évaluer les ganglions lymphatiques. Si un diagnostic intraopératoire de LMS est établi par une analyse au microscope en congélation, il peut être raisonnable de procéder à une évaluation des ganglions lymphatiques en raison de la possibilité que l'examen pathologique final identifie un carcinosarcome. La résection des ganglions grossièrement élargis devrait être envisagée si elle permet d'obtenir une résection chirurgicale complète.

**Conclusion :**

les métastases ganglionnaires dans le cadre d'un leiomyosarcome utérin sont exceptionnelles, les facteurs prédictifs de survenue de ces métastases sont inconstants, en comparaison avec les résultats de la littérature on déduit qu'il n'y a pas d'intérêts à réaliser un curage ganglionnaire systématique. l'adénectomie reste l'option thérapeutique en cas de survenue de métastases ganglionnaires

**Références :**

- [1] Harlow BL, Weis NS, Lofton S. *The epidemiology of sarcomas of the uterus. J Natl Cancer Inst* 1986;76:399–402.
- [2] Zaloudek C, Norris HJ. *Mesenchymal tumors of the uterus. In: Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. New York: Springer-Verlag, 1994. p. 487–528*
- [3] Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, Morrow CP, Creasman WT, Currie JL, Yordan E, Brady MF. *Prognostic factors in early-stage uterine sarcoma: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer* 1993; 71:1702–9.
- [4] Chen SS. *Propensity of retroperitoneal lymph node metastasis in patients with stage I sarcoma of the uterus. Gynecol Oncol* 1989;32: 215–7.
- [5] Gadducci A, Landoni F, Sartori E, Zola P, Maggino T, Lissoni A, Bazzurini L, Arisio R, Romagnolo C, Cristofani R. *Uterine leiomyosarcoma: analysis of treatment failures and survival. Gynecol Oncol* 1996;62:25–32.
- [6] Mario M Leitao<sup>1</sup>, Yukio Sonoda, Murray F Brennan, Richard R Barakat, Dennis S Chi. *Incidence of lymph node and ovarian metastases in leiomyosarcoma of the uterus. Gynecol Oncol. 2003 Oct;91(1):209-12.*
- [7] Parker WH, Fu YS, Berek JS. *Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. Obstet Gynecol* 1994;83:414–8.
- [8] Takamizawa S, Minakami H, Usui R, Noguchi S, Ohwada M, Suzuki M, Sato I. *Risk of complications and uterine malignancies in women undergoing hysterectomy for presumed benign leiomyomas. Gynecol Obstet Invest* 1999;48:193–6.
- [9] Fong Y, Coit DG, Woodruff JM, Brennan MF. *Lymph node metastasis from soft tissue sarcoma in adults. Analysis of data from a prospective database of 1772 sarcoma patients. Ann Surg* 1993;217: 72–7.