

Léiomyome vulvaire à propos d'un cas et revue de la littérature

Youssef Janati Idrissi, Guessan Binene, Belhaj Yassine, Sofia Jayi, Fatima Zohra fdili Alaoui, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah CHU HASSAN II, Fès,

Department of gynecology and Obstetrics II, university hospital of HASSAN II of FEZ.

Corresponding Author: Youssef Janati Idrissi, Sidi Mohamed Ben Abdellah university, department of gynecology and Obstetrics II, university Sidi Mohamed Ben Abdellah, hospital of HASSAN II of FEZ

Abstract: Smooth muscle tumors, called leiomyomas, are benign and can develop anywhere in the body, but the uterine myometrium is the most common site. Vulvar leiomyoma is a rare benign tumor with an incidence of 0.02% of vulvar pathologies. It often has the same clinical features as Bartholin's gland cyst, and it is difficult to distinguish between benign and malignant types of vulvar leiomyomas, making diagnosis extremely difficult. We report the case of a 40-year-old patient, second procedure, with ATCD of conization; who was referred to us for treatment of a solid left vulvar mass. Surgical excision of the mass was carried out and histological examination of the surgical specimen concluded that it was a leiomyoma of the vulva. The postoperative course was simple.

Keywords: Leiomyoma, vulvar, rare tumors, benign, Smooth muscle,

Résumé

Les tumeurs des muscles lisses, appelées léiomyomes, sont bénignes et peuvent se développer n'importe où dans le corps, mais le myomètre utérin est le site le plus courant. Le léiomyome vulvaire est une tumeur bénigne rare avec une incidence de 0,02% des pathologies de la vulve. Il présente souvent les mêmes caractéristiques cliniques que le kyste de la glande de Bartholin et il est difficile de distinguer les types bénins et malins de léiomyomes vulvaires, ce qui rend le diagnostic extrêmement difficile.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans, deuxième geste, ayant un ATCD de conisation ; qui nous a été adressée pour prise en charge d'une masse solide vulvaire gauche. Une exérèse chirurgicale de la masse a été effectuée et l'examen histologique de la pièce opératoire conclut à un léiomyome de la vulve. Les suites opératoires étaient simples.

Mots clés : Léiomyome, vulvaire, tumeur rare, bénigne, muscle lisse,

Introduction

Les tumeurs du muscle lisse ont pour site préférentiel chez la femme, l'utérus avec environ 30% de femme de plus de 35 ans affectées, faisant du léiomyome utérin la première tumeur bénigne gynécologique de la femme [1,2]. Ils peuvent survenir dans n'importe quel système organique contenant des muscles lisses, notamment le tractus gastro-intestinal, le tractus génito-urinaire et le système respiratoire. Sa localisation vulvaire est rare et compte pour environ 0,03% des tumeurs gynécologiques [3]. Le léiomyome vulvaire proviendrait des tissus érectiles, du *dartos muliebris*, du ligament rond ou de la paroi des vaisseaux sanguins et serait sous dépendance hormonale [3]. Il peut affecter les femmes de tout âge mais le plus souvent entre 30 et 60 ans [4]. Leur apparence clinique est celle d'une masse ferme indolore, solitaire et bien circonscrite. La similitude des signes cliniques avec le kyste de la glande de Bartholin égare souvent le diagnostic qui est fait en post opératoire par l'histologie [3]. Nous rapportons un cas diagnostiqué et pris en charge au Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Fès.

Observation

Une patiente âgée de 40 ans, ayant un ATCD de conisation depuis 2019 au CHU suite à des lésions de haut grade dont l'anapath est revenue en faveur de lésions intra-épithéliales de bas grade associée à une cervicite non spécifique actuellement sous surveillance.

Ses cycles menstruels étaient réguliers, indolores et non associés à des caillots. Elle n'avait pas d'antécédents médicaux significatifs. Il n'y avait pas d'antécédents de pertes vaginales, de fièvre, et ses habitudes intestinales étaient régulières. Par ailleurs, pas d'antécédent de traumatisme sexuel, de dyspareunie ou d'autre pathologie vulvaire.

Elle nous a été adressée du service d'urologie pour prise en charge d'une masse vaginale gauche augmentant progressivement de volume associé à des signes fonctionnels urinaires type dysurie, IU d'effort.

À l'examen, on avait une masse ferme, bien définie et non douloureuse dans la région vulvaire gauche.

Cette tuméfaction était rose, bien limitée, dure, d'environ 4x4 cm, et se prolabaient dans le vagin. Elle était indolore et semblait se détacher de la paroi vaginale antérieure (continuité vessie ?).

À l'examen au spéculum, le col et le vagin étaient sains, et la peau sus-jacente était d'apparence normale.

A noter que la patiente fut examinée par les urologues objectivant une paroi vaginal normal, pas de rectocèle, pas de cystocèle, individualisation d'une masse au dépend du vagin extériorisé à l'effort, grande capacité vésicale

Une échographie Reno vésicale réalisée objectivait une vessie pleine à paroi fine bien limitée sans visualisation de diverticule avec en plus l'individualisation d'une masse probablement au dépend du col avec un liséré de séparation avec la paroi postérieure vésicale.

Quant à l'IRM pelvienne, elle objectivait une masse pédiculée accouché par le vagin atypique dont la zone d'insertion semble au niveau de la paroi antérieure du tiers supérieur du vagin mesurant 04x3 cm : à confronter aux données histologiques

Utérus de taille normale, endomètre fin

Absence d'anomalie de signal du col utérin, de la vessie et du rectum

Absence d'adénopathie pelvienne suspecte

La Biopsie de la masse faite au service de gynécologie obstétrique II au CHU HASSAN II de Fès, complétée par une étude anatomopathologique avait conclu à une Muqueuse vaginale sensiblement normale.

Le diagnostic de léiomyome vulvaire n'avait pas été posé à ce stade et l'excision chirurgicale de la masse a été planifiée sous anesthésie rachidienne.

L'intervention a démarré par la préhension de la masse suivie d'une Incision a sa base biconcave de part et d'autre au niveau de sa base. Suivi d'un décollement de la muqueuse vaginale la désolidarisant de la masse, ce qui a pu permettre l'exérèse complet de la masse

Hémostase obtenue. La Fermeture s'est faite par un surjet.

La récupération postopératoire de la patiente s'est déroulée sans incident. L'examen histopathologique de la masse excisée a confirmé le diagnostic de léiomyome. La tumeur était composée de faisceaux entrelacés de cellules musculaires lisses.



Figure 1 : Masse vulvaire gauche

Discussion

Le léiomyome est la tumeur bénigne la plus fréquente des tissus musculaires lisses. Un nombre limité de léiomyomes vulvaires ont été rapportés dans la littérature, ce qui en fait des tumeurs sporadiques. Sa localisation vulvaire est rare mais en constitue la tumeur

solide bénigne la plus fréquente [3]. Elles proviennent généralement de cellules musculaires lisses de la vulve ou du muscle dartos et sont des lésions solitaires, bien circonscrites et à croissance lente. En raison de leur rareté, les caractéristiques morphologiques et épidémiologiques de ces tumeurs ne peuvent pas être entièrement comprises. Le tissu conjonctif profond de l'introït, des grandes lèvres, du corps périnéal, du ligament rond et des cellules souches de la glande de Bartholin peut donner naissance à la tumeur.

L'étiopathogénie est mal connue. Les œstrogènes et la progestérone joueraient un rôle dans la prolifération de la tumeur étant donné que les fibromes apparaissent rarement avant la ménarche et disparaissent fréquemment après la ménopause [5]. L'analyse immunohistochimique, lorsqu'elle est réalisée, met en évidence des récepteurs d'œstrogènes et/ou de progestérone [4]. Cette hypothèse reste controversée selon certaines publications où il n'est noté aucune influence de la grossesse sur le léiomyome vulvaire [2,6] et qu'en revanche, il est plutôt rapporté une augmentation du volume de la tumeur en période post-ménopausique [7]. La masse étant d'évolution lente, les patientes ont généralement une longue histoire de masse vulvaire non douloureuse. Les signes fonctionnels qui amènent les patientes en consultation sont une augmentation exagérée de la masse occasionnant des difficultés à la marche, à s'asseoir ou des difficultés sexuelles [2,3,6]. Le diagnostic différentiel inclut le sarcome des tissus mous, le kyste de Bartholin, le fibrome, le lymphangiome et la tumeur neurogène. L'échographie est la méthode de diagnostic la plus efficace et la plus populaire pour les affections utérines et extra-utérines. La plupart des tumeurs sont des masses solitaires et bien définies

Cliniquement, le léiomyome vulvaire apparaît comme une masse ferme, indolore, peu mobile, siégeant au niveau des lèvres. Ses caractéristiques cliniques rappellent ceux du kyste de la glande de Bartholin, ce qui égare souvent le diagnostic. Néanmoins, l'aspect éversé des petites lèvres, la consistance rénitente et la taille de la masse plaident en faveur du kyste de la glande de Bartholin [8]. Dans notre cas, il est retrouvé dans les antécédents, un diagnostic erroné du kyste de la glande de Bartholin qui avait conduit à une première chirurgie. L'échographie transpérinéale est l'examen d'orientation de première intention [8]. Mais la plus grande difficulté de ces tumeurs vulvaires reste la distinction de leur nature bénigne et de leur nature maligne. L'IRM est d'une très grande utilité dans l'orientation diagnostique. Une faible intensité du signal sur les images pondérées en T2 est en faveur d'un léiomyosarcome [8,9]. Notre patiente a pu réaliser l'IRM qui n'a pas permis de poser le diagnostic. Pour le diagnostic de certitude, des critères cliniques et histologiques ont été proposés. Ainsi en faveur de la malignité, on peut retrouver une masse de plus de 5 cm de grand axe, avec infiltration des marges de la tumeur, plus de 5 mitoses par champ à l'objectif 10, et des atypies cytologiques modérées à sévères. Ainsi, la tumeur est classée maligne si au moins 3 critères sont retrouvés [4,10]. Dans le cas rapporté, on avait aucun critère de malignité.

L'exérèse chirurgicale de la tumeur avec marge saine constitue le traitement de référence et la capsule doivent être entièrement retirés pour réduire le risque de récurrence car il améliore le pronostic et diminue le risque de récurrence [3]. Dans tous les cas, un suivi régulier doit être fait car le risque de récurrence est élevé [8].

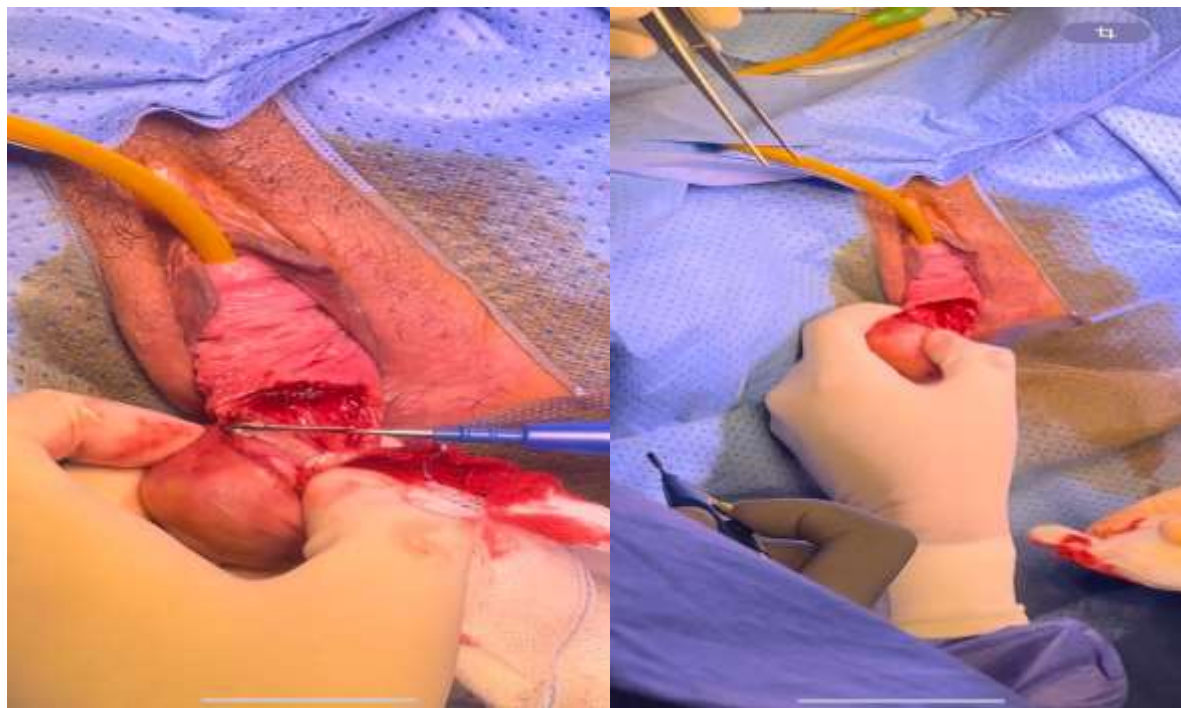




Figure 2,3,4 : les différents temps opératoires de l'exérèse de la masse vulvaire gauche

Conclusion

Le léiomyome vulvaire est une tumeur bénigne rare souvent diagnostiquée à tort comme un kyste de la glande de Bartholin. La distinction clinique avec un léiomyosarcome est difficile d'où l'importance de l'histologie de la pièce opératoire. Le traitement est l'exérèse chirurgicale de la masse avec une marge saine afin d'améliorer le pronostic et prévenir la récurrence. Un suivi continu postopératoire est fortement recommandé.

Références

1. Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, Fraser-Hill MA, Papadatos D, Kiear AZ *et al.* Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. *Radiographics*. 2008 Nov-Dec;28(7):1931-48. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Zhao T, Liu X, Lu Y. Myxoid Epithelial Leiomyoma of the Vulva: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2015;2015:894830. [PubMed](#)
3. Youssef A, Neji K, M'barki M, Ben Amara F, Malek M, Reziga H. Leiomyoma of the vulva. *Tunis Med*. 2013 Jan;91(1):78-80. [PubMed](#)
4. Kurdi S, Arafat AS, Almegbel M, Aladham M. Leiomyoma of the Vulva: A Diagnostic Challenge Case Report. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2016;2016:8780764. [PubMed](#)
5. Ammouri S, Elkarkri C, Zerardi N, Lakhdar A, Baydada A. Vulvar leiomyoma: a case report. *Pan Afr Med J*. 2019 Apr 29;32:208. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Kim HR, Yi BH, Lee HK, Hong HS, Lee MH, Lee HH *et al.* Vulval epithelioid leiomyoma in a pregnant woman. *J Obstet Gynaecol*. 2013 Feb;33(2):210-11. [PubMed](#)
7. Francis SA, Wilcox FL, Sissons M. Bartholin's gland leiomyoma: a diagnostic and management dilemma. *J Obstet Gynaecol Res*. 2012 Jun;38(6):941-3. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Pandey D, Shetty J, Saxena A, Srilatha PS. Leiomyoma in vulva: a diagnostic dilemma. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;2014:386432. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
9. Fontinele DRDS, Silva LHC, Vieira SC, Pinheiro FDCS, Nunes GA. Leiomyoma of the Vulva: Case Report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022 Jun;35(3):391-392. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
10. Nielsen GP, Rosenberg AE, Koerner FC, Young RH, Scully RE. Smooth-muscle tumors of the vulva. A clinicopathological study of 25 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol*. 1996 Jul;20(7):779-93. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)