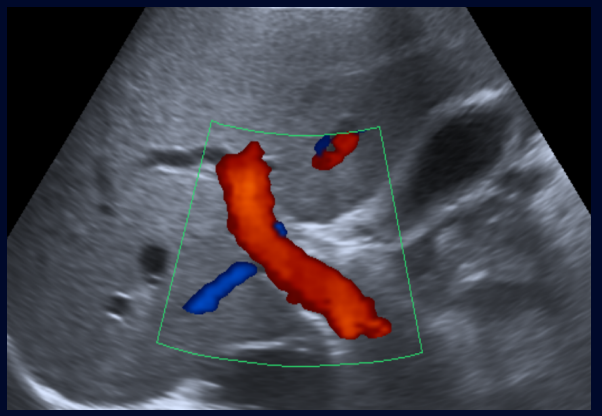
AIRP™
AMERICAN INSTITUTE FOR RADIOLOGIC PATHOLOGY
A PROGRAM OF THE AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY



Cas de l'AIRP 2019-20

Préparé par Joseph Rudy Dadour R5

Collaborateurs: Dre Diane Provencher gynéco-oncologue

Dr Kurosh Rahimi pathologiste

CHUM

Université de Montréal | Faculté de médecine
Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire

Clinique

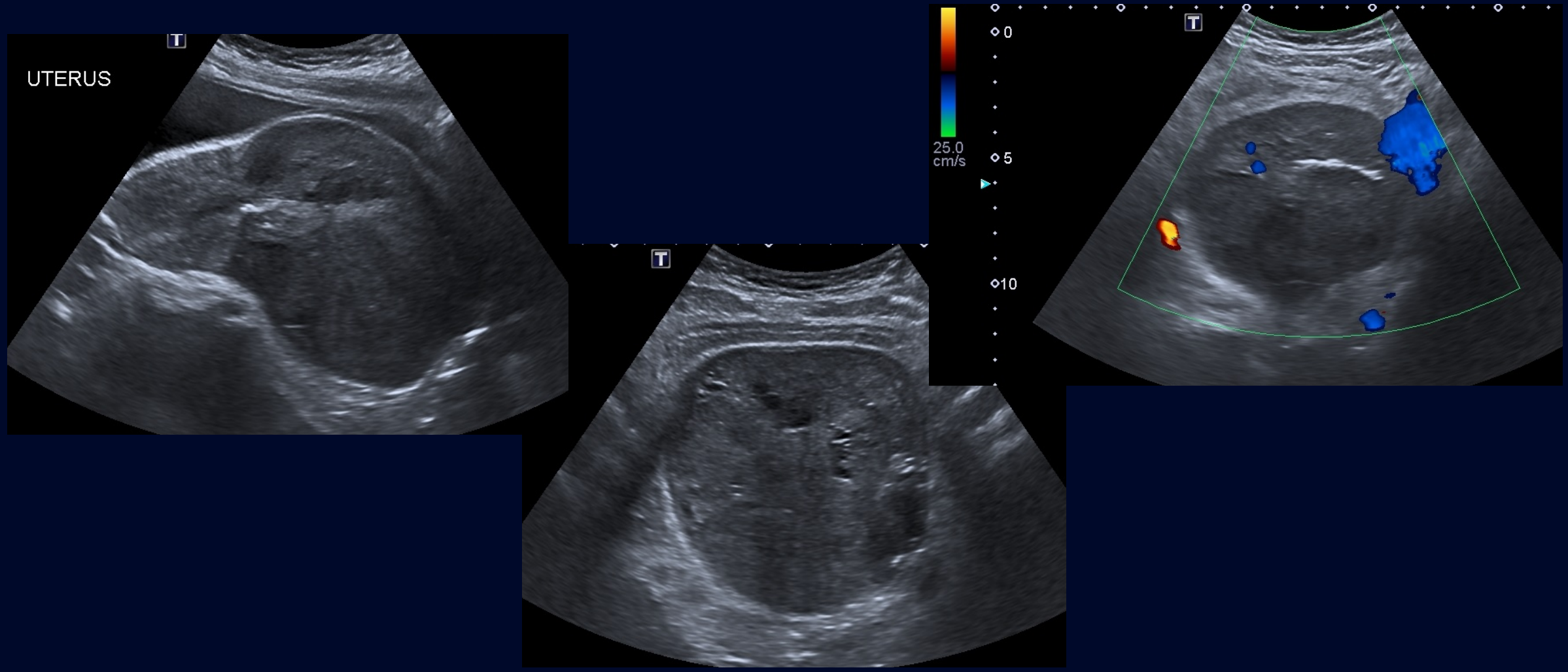
- Origine haïtienne
- Connue pour fibromes
- G2P2
- Consultation initiale pour saignement post-ménopause

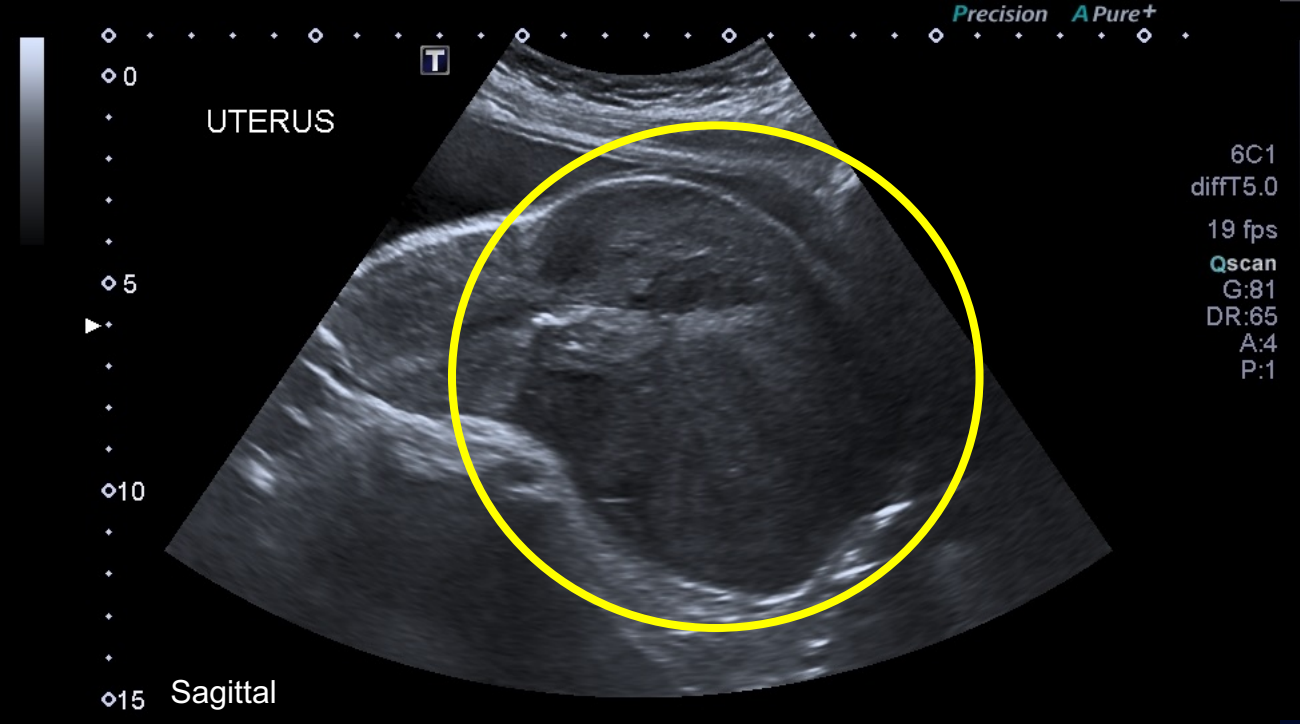
61 ans

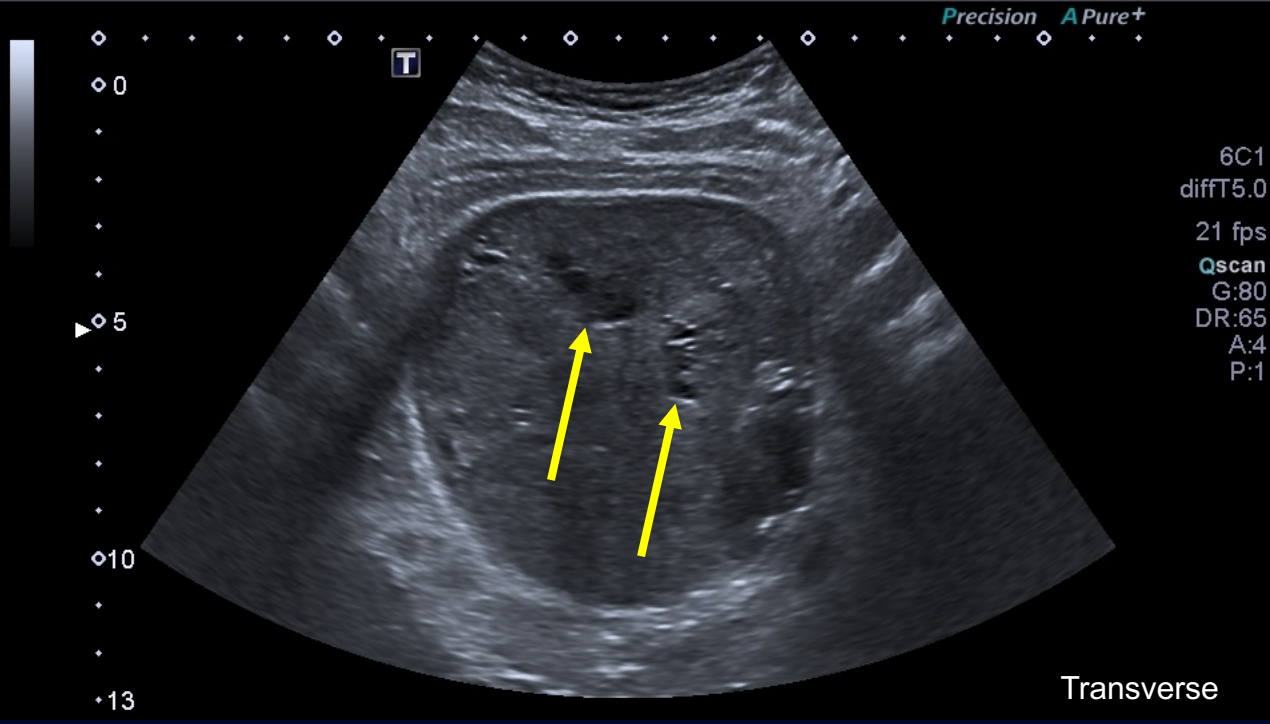
Clinique

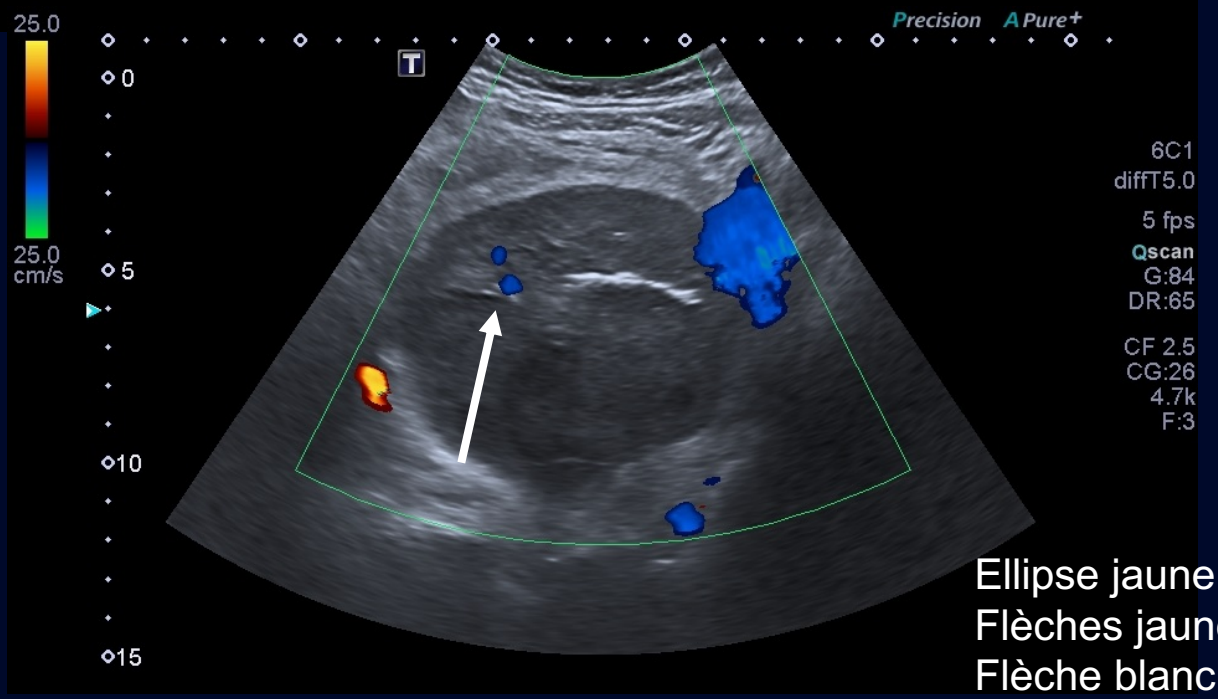
- A eu myomectomie en 2016 : résultat de pathologie = leiomyosarcome vs sarcome indifférencié
- Référée en gynéco-oncologie, mais ne s'est pas présentée pour son rendez-vous
- A décidé de retourner en Haïti pour 1 an ½
- Retour (mi-2018) au Québec et consultation dans un autre centre pour importants saignements vaginaux, rétention urinaire et douleur abdominale.

Investigation initiale par échographie dans un autre centre





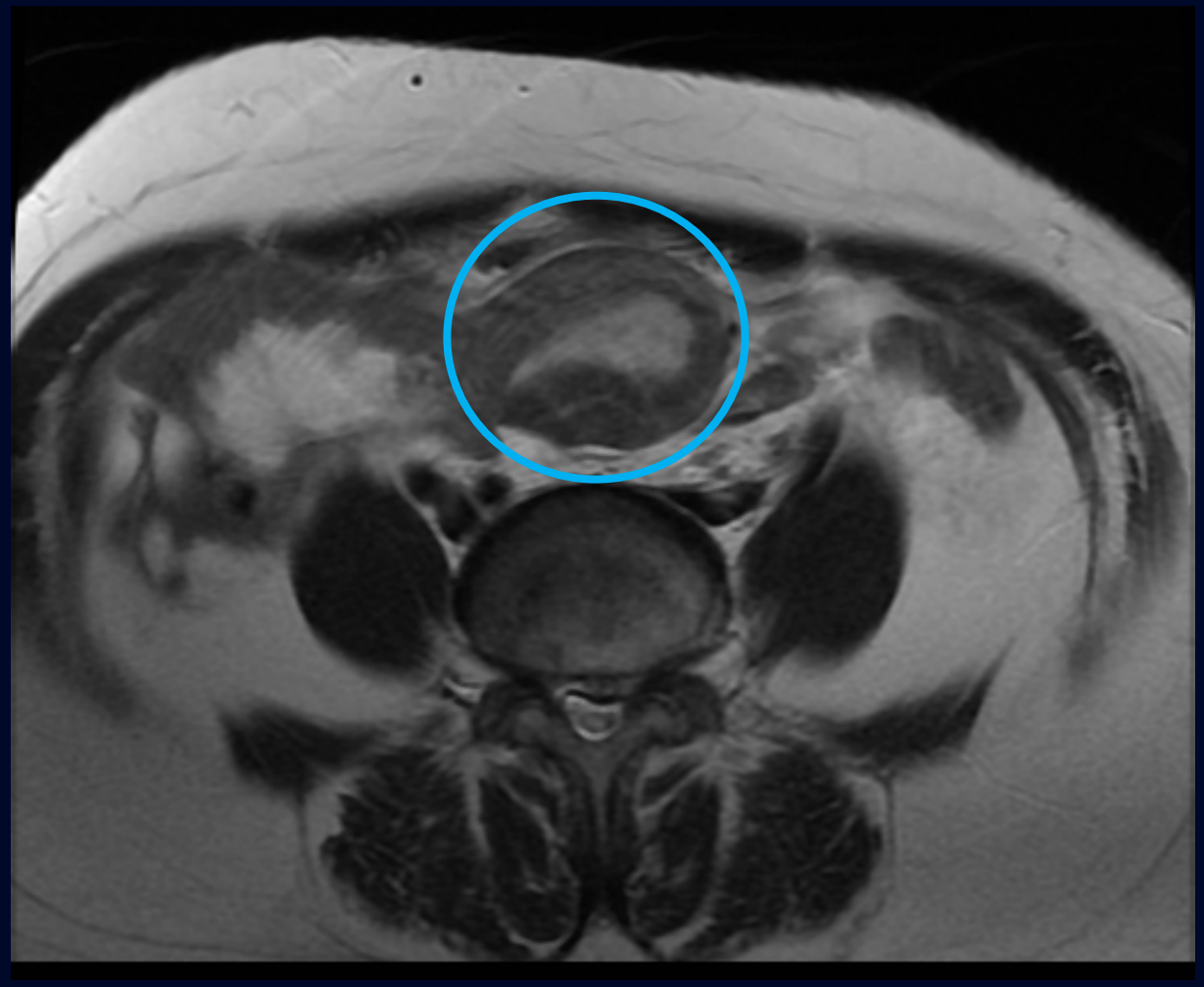


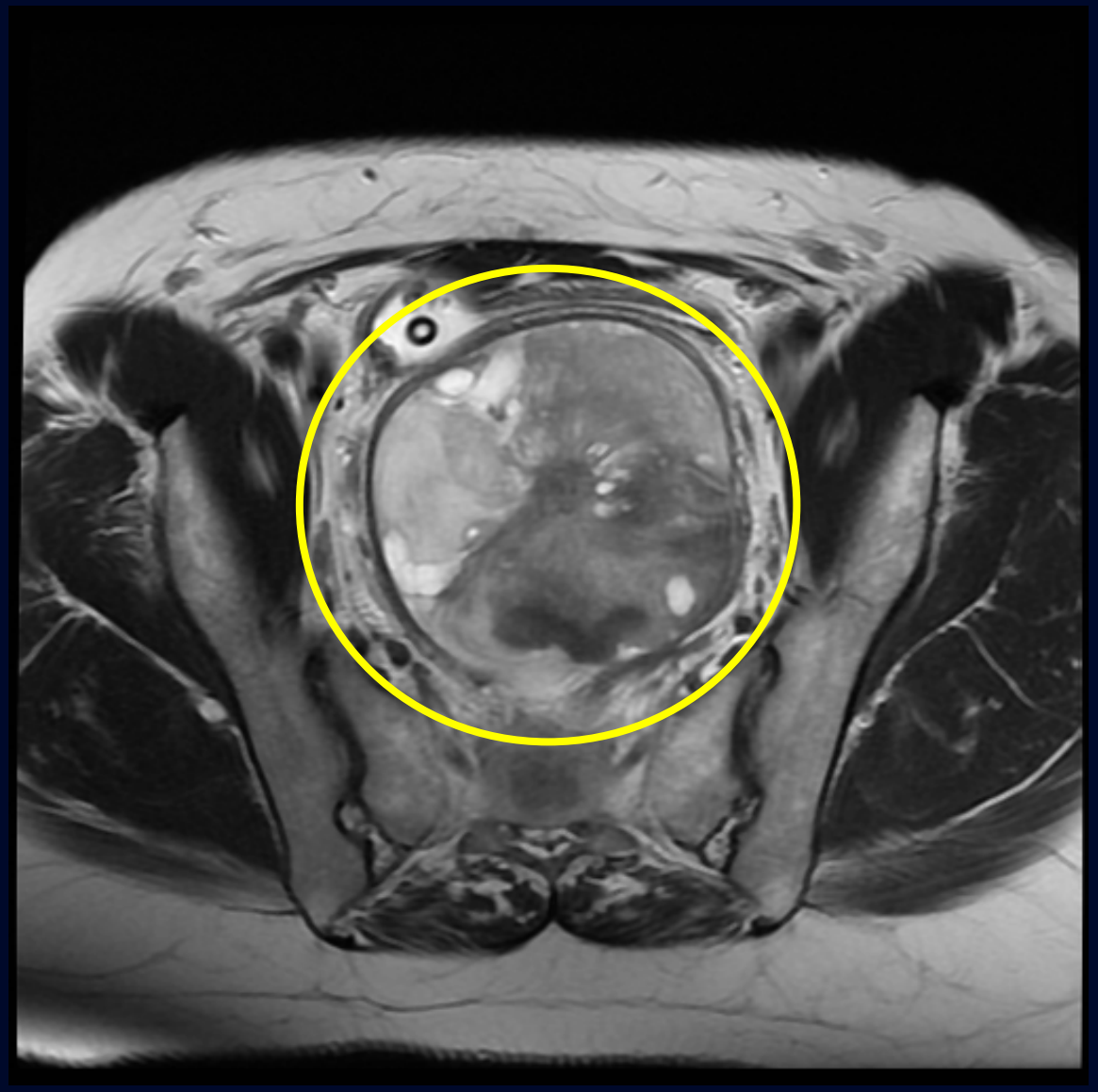


Masse hétérogène potentiellement sarcomateuse → Recommandation de compléter l'investigation par IRM

Ellipse jaune : masse hétérogène s'étendant de la partie inférieure de l'utérus
Flèches jaunes : composantes hypoéchogènes, soit nécrotiques soit kystiques
Flèche blanche : composante vasculaire

IRM pelvienne T2

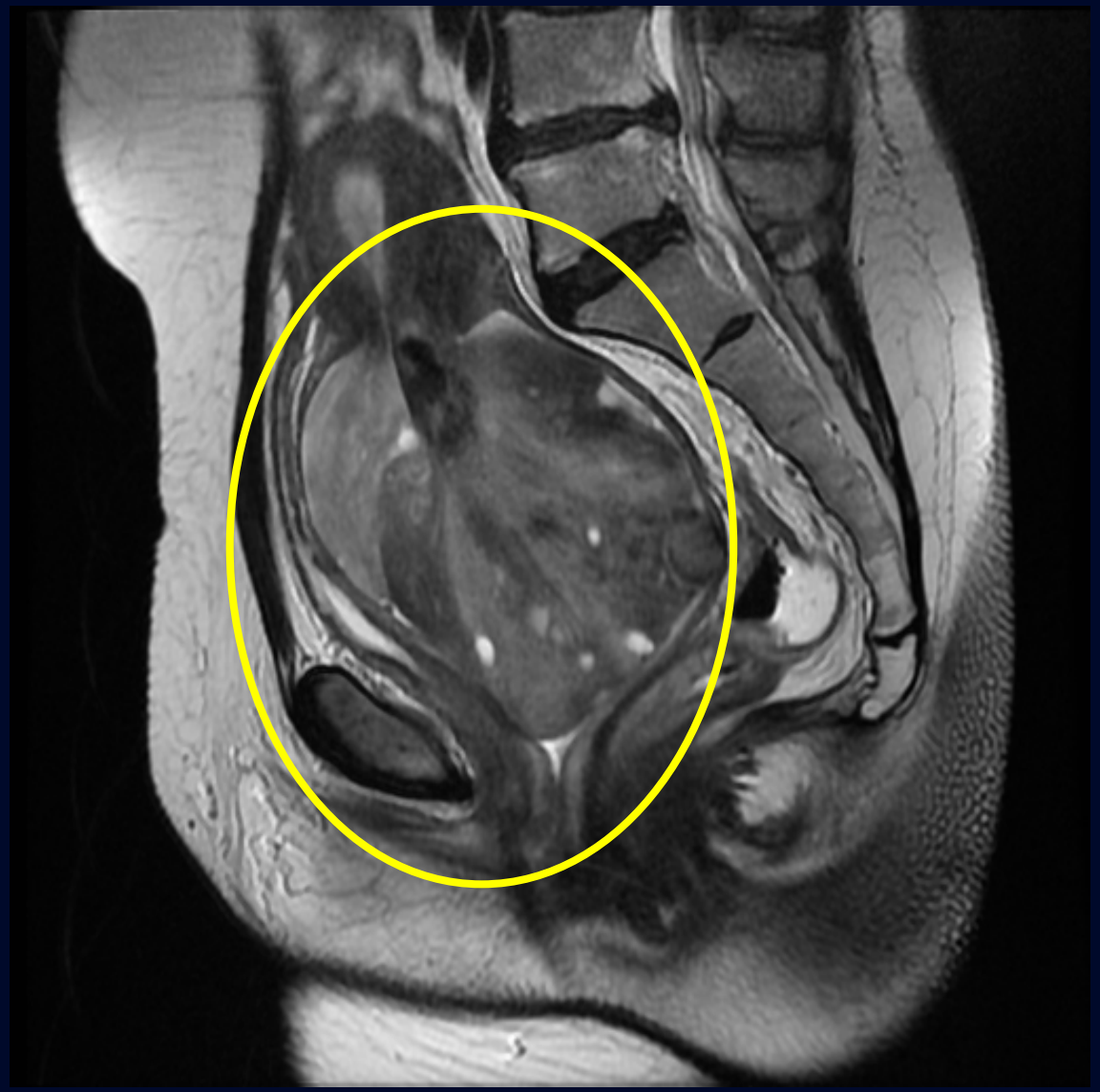




Ellipse jaune : volumineuse masse hétérogène avec composantes kystiques nécrotiques
Ellipse bleue : utérus avec cavité endométriale fundique distendue

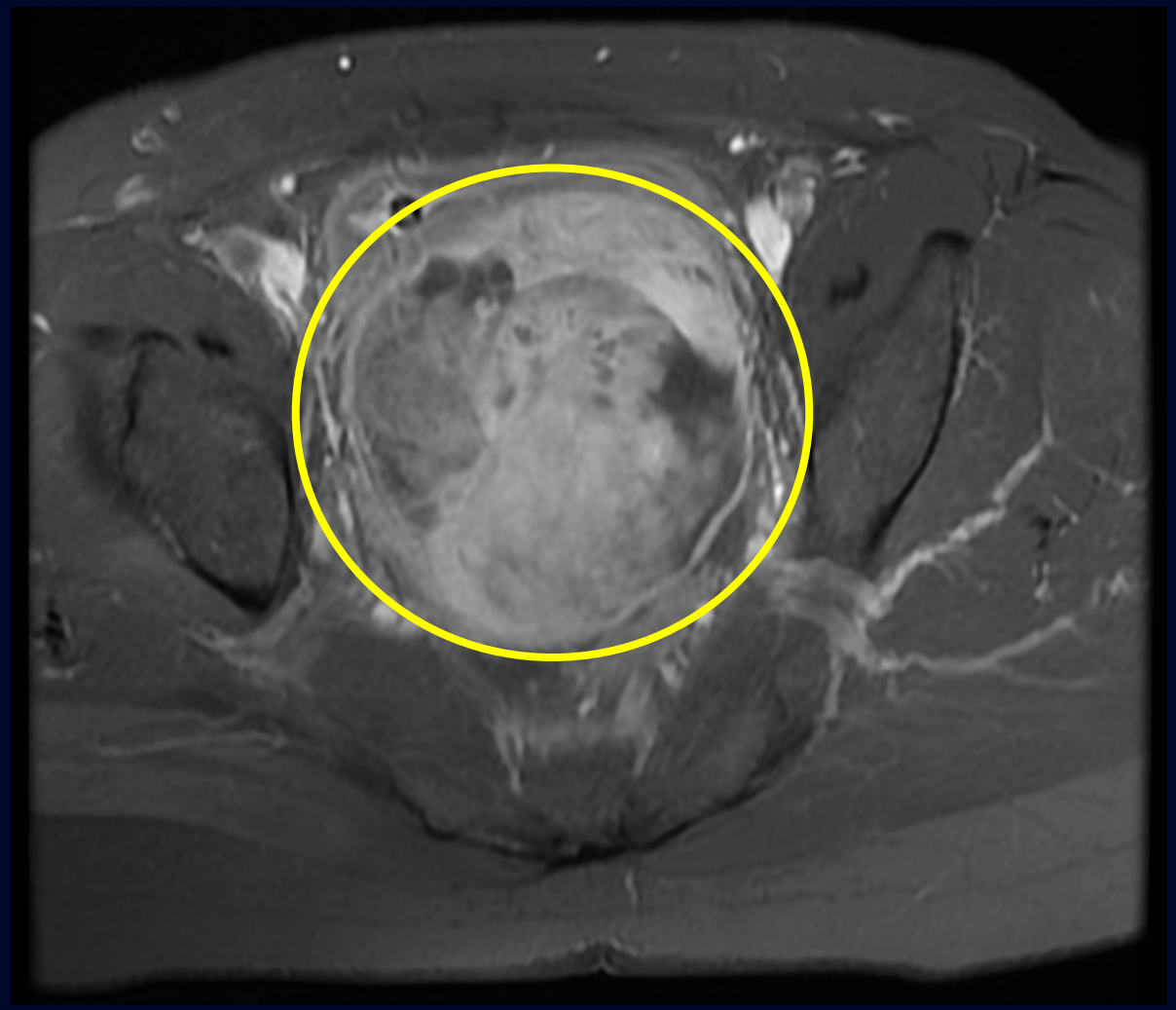
IRM pelvienne

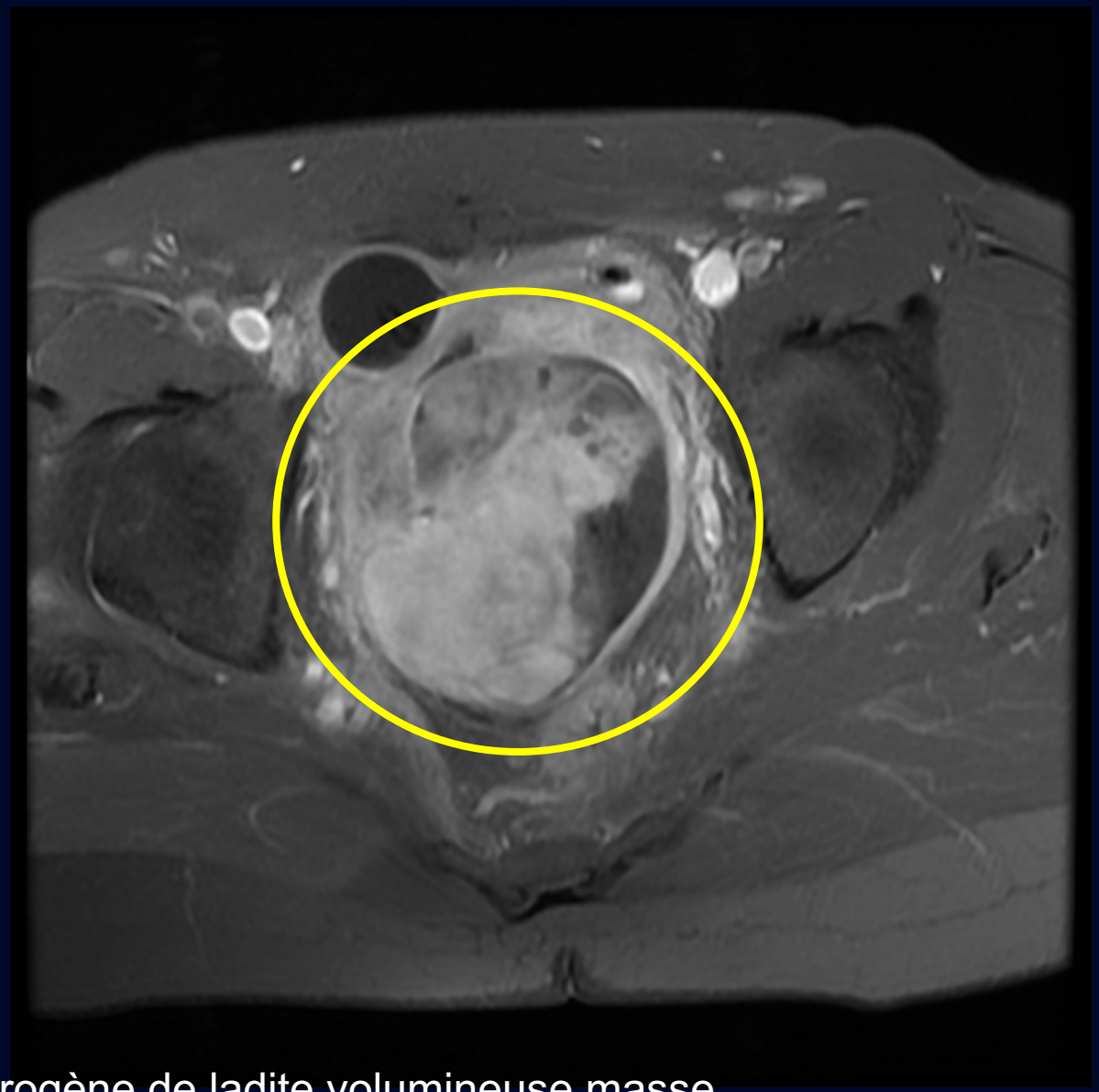
T2



Ellipses jaunes : aspect bourgeonnant et de protrusion à travers le col

IRM pelvienne T1C+ FS

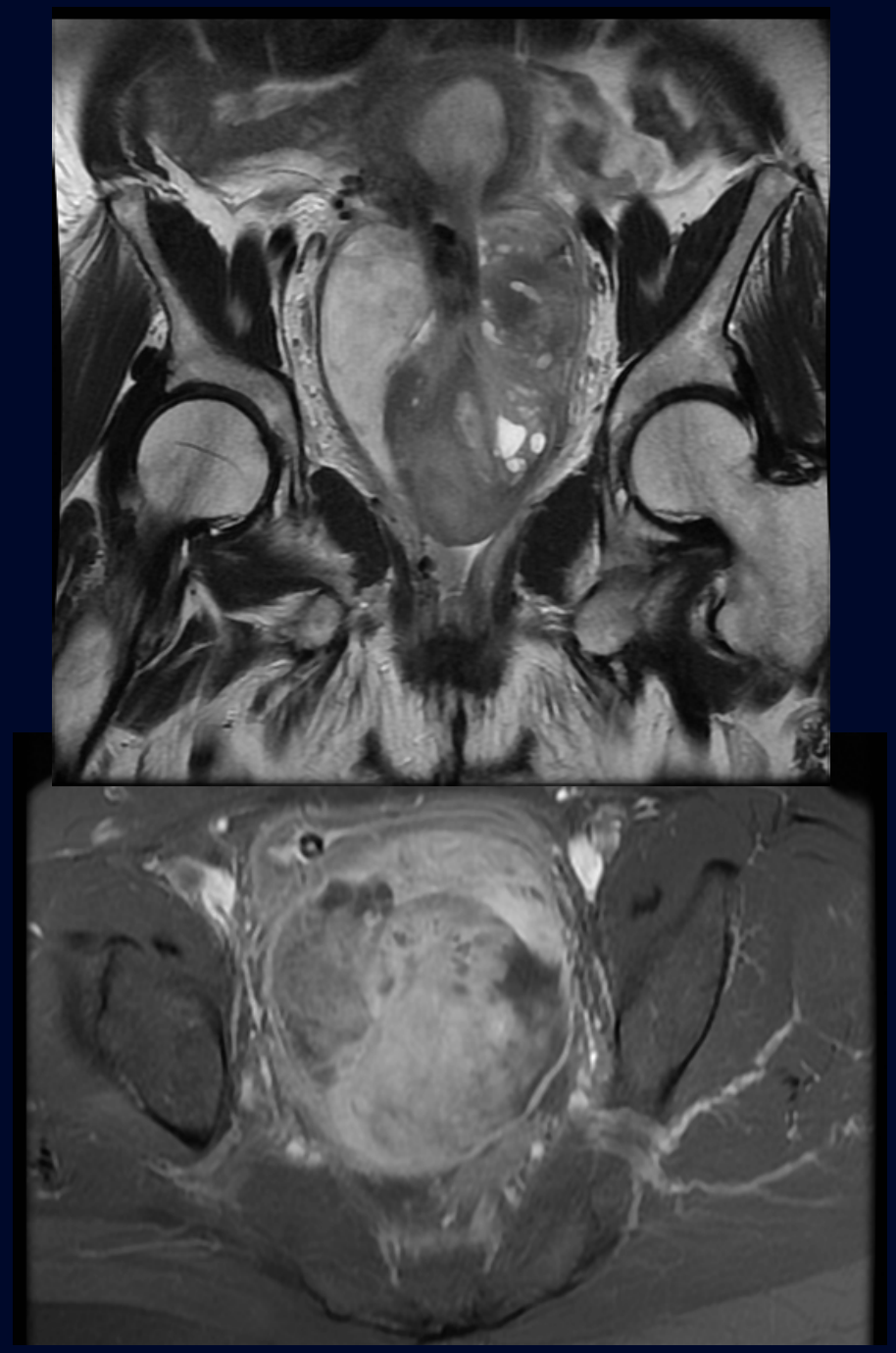




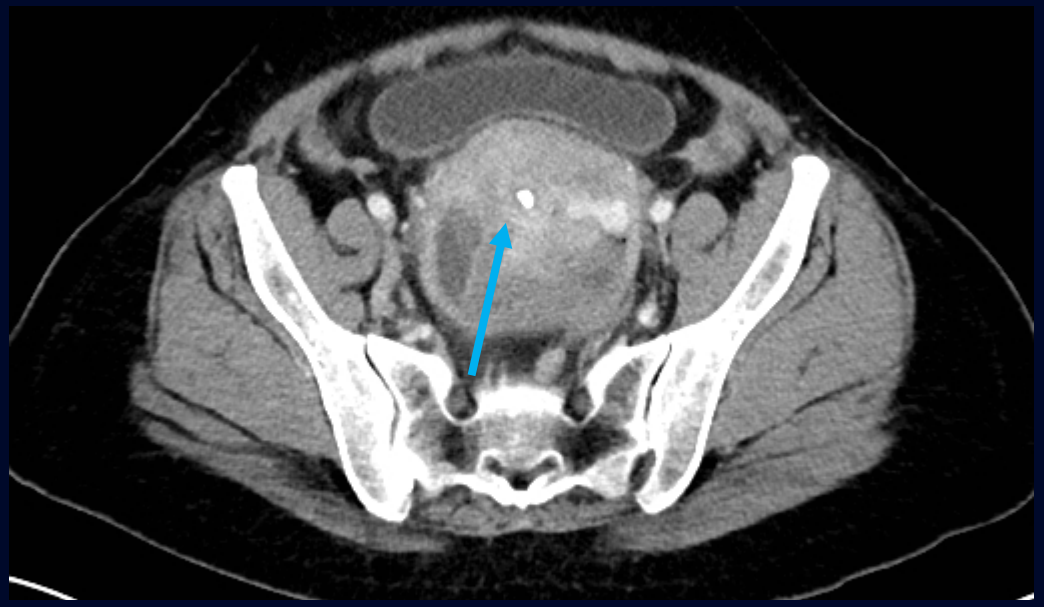
Ellipses jaunes : rehaussement hétérogène de ladite volumineuse masse

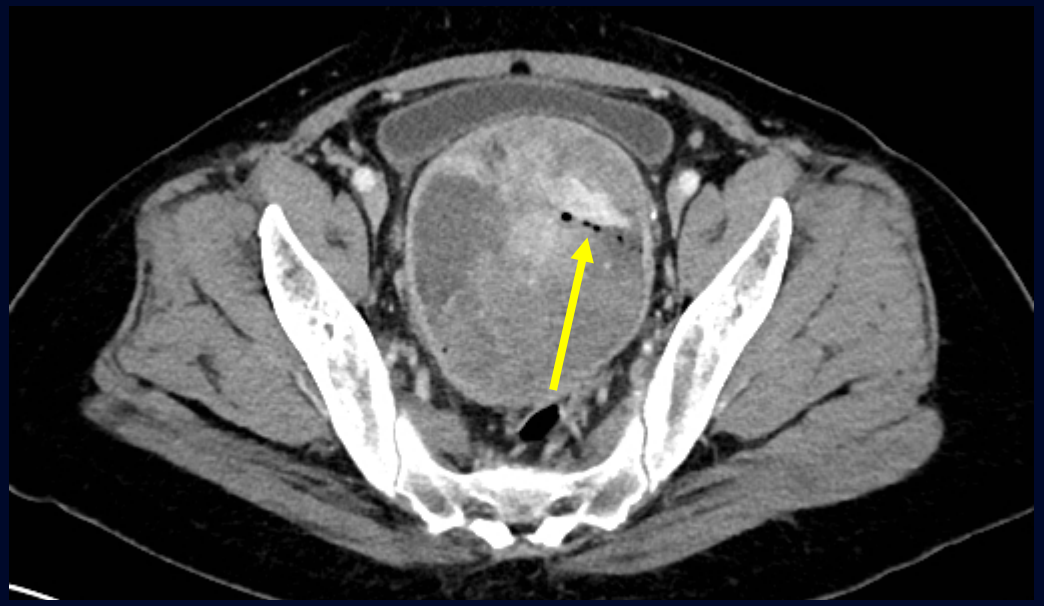
Investigation

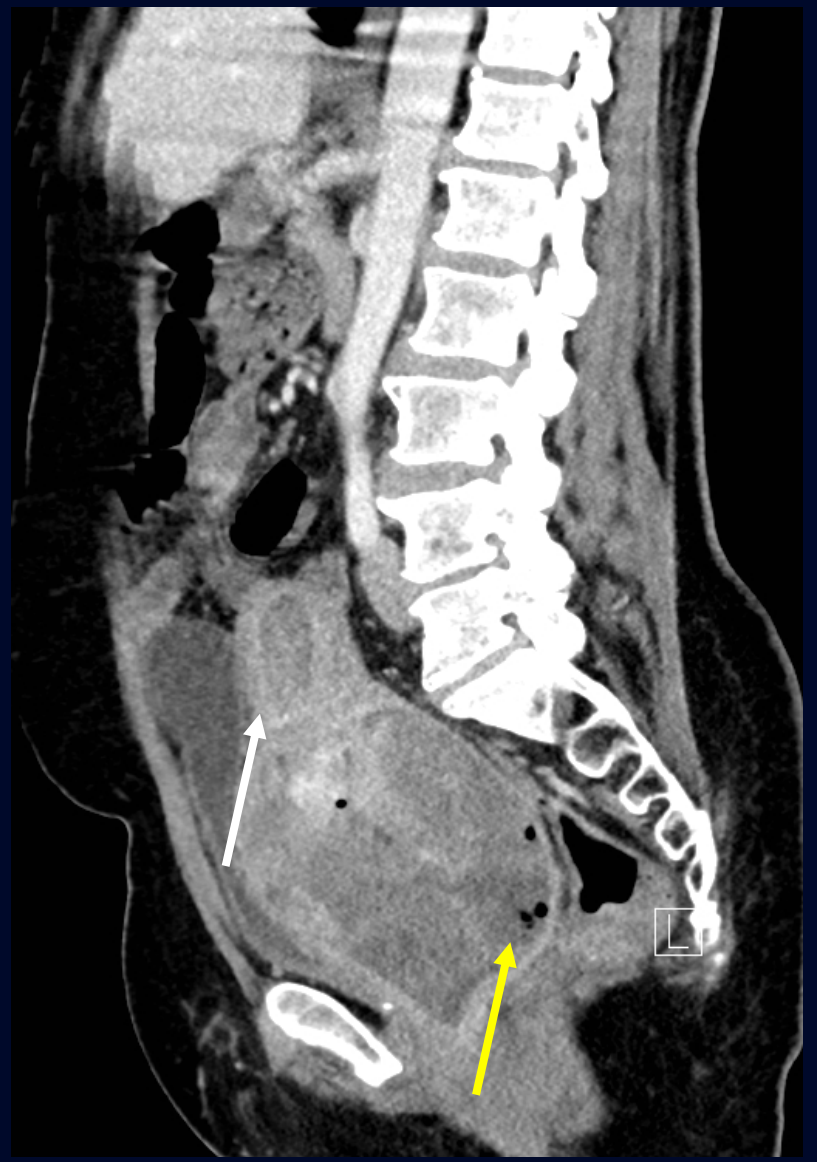
- Masse hétérogène potentiellement sarcomateuse décrite comme un sarcome vaginal
- Épaississement endométrial par obstruction
- Référée en gynéco-oncologie → demande de CT pour bilan métastatique



CT scan C+







Flèches jaunes : bulles d'air témoignant de nécrose
Flèche blanche : distension endométriale
(par processus primaire ou obstructif)
Flèche bleue : calcification interne

Investigations additionnelles

- Bilan d'extension négatif

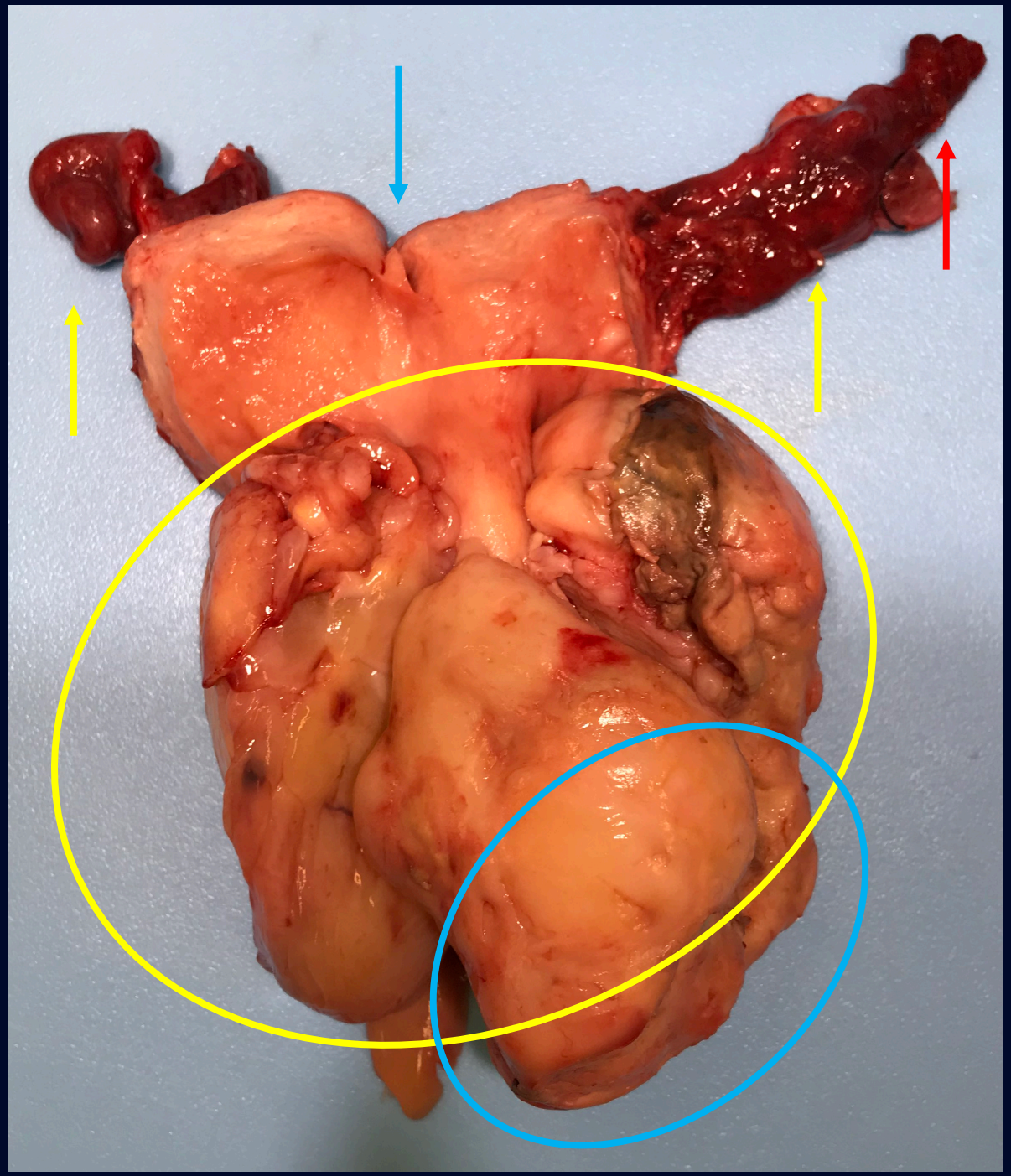
➢ Prise en charge chirurgicale

Rapport opératoire d'hystérectomie radicale

- Volumineuse masse utérine faisant prolapsus *via* l'os interne et s'étendant dans le vagin jusqu'à environ 2 cm de l'introïtus
- Séreuse, trompes et ovaires d'aspect normal
- Pas d'évidence de maladie pelvienne ou de l'abdomen supérieur
- Pas d'évidence d'adénopathie

Macroscopie

- Lésion pédiculée de 495g
- Aspect béant de l'os externe avec lésion tumorale faisant protrusion à partir de la cavité utérine
- Composantes nécrotiques et graisseuses notables
- Annexes sans particularité



Flèches jaunes : trompes utérines
Flèche bleue : fundus utérin
Flèche rouge : ovaire gauche
Ellipse bleue : ouverture externe du col (exocervix)
Ellipse jaune : masse tumorale faisant protrusion via le col

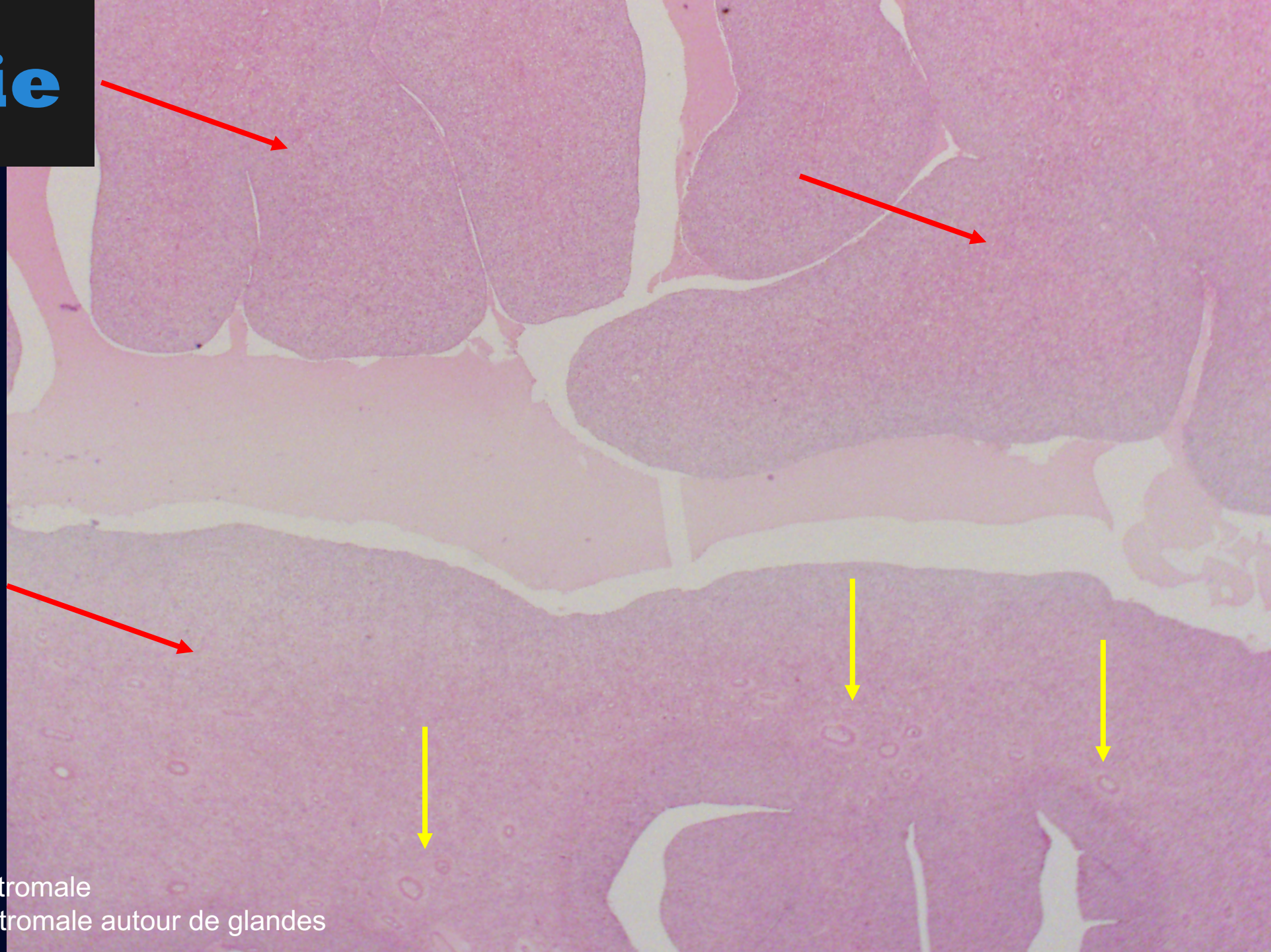
Histologie

Zoom x 10

Flèche bleue : pattern phyllode
Flèche rouge : excroissance stromale
Flèche jaune : concentration stromale autour de glandes

Histologie

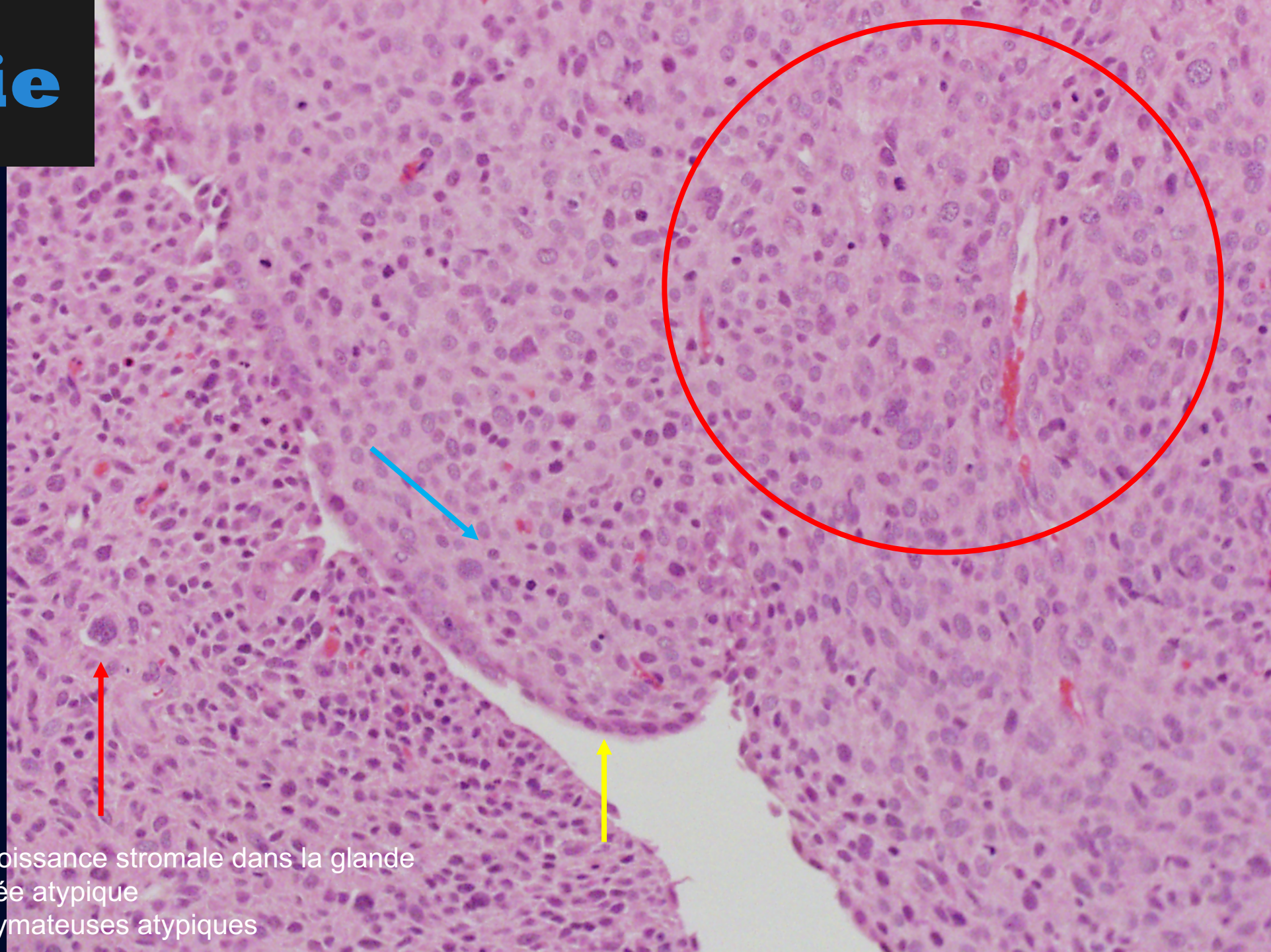
Zoom x 40



Flèches rouges : excroissance stromale
Flèches jaunes : concentration stromale autour de glandes

Histologie

Zoom x 100



Flèche jaune : glande bénigne
Flèche bleue : extension de la croissance stromale dans la glande
Flèche rouge : cellule multinucléée atypique
Ellipse rouge : cellules mésenchymateuses atypiques

Rapport de pathologie

- Glandes endocervicales normales
- Composante sarcomateuse pauvrement différentiée
- Pas de métastase ganglionnaire, d’extension lymphovasculaire ni périneurale.

Diagnostic final

Adénosarcome avec composante sarcomateuse dédifférentiée au col, excroissance stromale et infiltration endocervicale

Adénosarcome – clinique

- Signe/symptôme le plus commun = saignement post-ménopause
- Autres signes/symptômes = masse/douleur pelvienne(s)
- Habituellement, de 13 à 67 ans

- 90% endométriaux; 10% endocervicaux
- Peut originer de foyers d'adénomyose si origine myométriale
- De taille variable, souvent large (jusqu'à 9 cm)

Adénosarcome – échographie

- Expansion de la cavité endométriale avec épaississement endométrial hétérogène
- Foyers anéchogènes nécrotiques peuvent être présents
- Pédicule vasculaire pourrait être perçu au Doppler si origine d'un polype adénomateux

Adénosarcome – CT

- Volumineuse masse utérine polypoïde hétérogène ou multiples masses solides
- Expansion de la cavité endométriale et protrusion à travers le col
- Vascularisation interne avec rehaussement hétérogène et zones nécrotiques

Adénosarcome – IRM

- Utérus augmenté de taille avec masse démontrant un rehaussement réticulaire hétérogène important
- Protrusion via l'orifice interne du col
- Multiples foyers nécrotiques (hyperintenses T2)
- Foyers hyperintenses T1 en lien avec des foyers hémorragiques intratumoraux
- Si hyposignal T2 à la zone jonctionnelle : suspecter envahissement myométrial.

Adénosarcome – Diagnostic différentiel

Polype adénomateux :

- Potentiellement non-différentiable d'adénosarcome
- Si envahissement myométrial : il s'agit d'un adénosarcome

Carcinome endométrial :

- Épaississement endométrial d'intensité intermédiaire sur le T2

Tumeur Müllerienne mixte maligne :

- Volumineuse masse solide dans la cavité endométriale
- Nécrose et hémorragie beaucoup plus proéminentes
- Métastases ganglionnaires et carcinomatose plus fréquentes

Sarcomes utérins autres :

- Souvent d'aspect plus agressif, plus hétérogènes et plus gros

Pronostic et Traitement

TRAITEMENT

- Hystérectomie et salpingo-ovariectomie bilatérale avec dissection ganglionnaire
- Chimiothérapie et radiothérapie potentiellement si envahissement myométrial profond ou extra-utérin

PRONOSTIC

- Métastases hématogènes extrêmement rares
- Risque de récurrence si invasion myométriale dans ~25% des cas
- Récurrence surtout vaginale ou pelvienne (locale)
- Mauvais pronostic si récurrence

Références

- Nathenson MJ, Ravi V, Fleming N, Wang WL, Conley A. Uterine Adenosarcoma: a Review. Curr Oncol Rep. 2016;18(11):68. doi:10.1007/s11912-016-0552-7
- Nathenson MJ, Conley AP. Prognostic factors for uterine adenosarcoma: a review. Expert Rev Anticancer Ther. 2018;18(11):1093–1100. doi:10.1080/14737140.2018.1518136
- Togami S, Kawamura T, Fukuda M, Yanazume S, Kamio M, Kobayashi H. Clinical management of uterine cervical mullerian adenosarcoma: A clinicopathological study of six cases and review of the literature. Taiwan J Obstet Gynecol. 2018;57(4):479–482. doi:10.1016/j.tjog.2018.04.032
- Menias C.O., Sala E.; Adenosarcoma ; Statdx.com (https://my.statdx.com/document/adenosarcoma/b890564a-cad1-43a3-b285-c0130dfb8794?searchTerm=adenosarcoma)