Aspects clinique et thérapeutique des sarcomes à faible degré de malignité de l'endomètre

A propos de 4 cas

Ph.		Mayer
C.		Revaz
E.		Gloor
P.		De Grandi

Département de Gynécologie-Obstétrique (Prof. H. Bossart), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

Dr Ph. Mayer, Département de Gynécologie-Obstétrique, CHUV, CH-1011 Lausanne (Suisse)

Dans la classification des sarcomes utérins, le sarcome endométrial à faible degré de malignité ou myose endolymphatique se situe dans les sarcomes homologues du stroma endométrial. Il tire son nom de sa propension à infiltrer le myometre et à se glisser dans la lumière des lymphatiques, ainsi que des veines du myometre. Par définition, on ne trouve au microscope que dix mitoses par dix champs microscopiques [1]. C'est une tumeur rare: une douzaine de myoses endolymphatiques ont été observées à l'Institut de pathologie de Lausanne entre 1939 et 1984. Elles représentent moins de 1 % des tumeurs malignes de l'utérus. Les 4 cas présentés sont résumés dans le tableau I.

Ce tableau récapitulatif met en évidence 3 notions importantes qui sont souvent retrouvées dans la littérature.

- La clinique se présente sous forme de ménométrorragies le plus souvent [4].

Le diagnostic histologique est difficile sur le produit de curetage; en effet, chez 3 de nos 4 patientes, le diagnostic n'a été possible que sur la pièce d'hystérectomie ou sur une biopsie du péritoine.

Le pathologue n'est pas toujours frappé par les polypes ramenés par le curetage qui sont de manière pathognomonique sans glandes.

La myose endolymphatique touche essentiellement des femmes fertiles de moins de 50 ans, en phase pré-ménopausique [4]. Ceci n'est pas étonnant, sachant que cette affection est hormonodépendante (œstrogène) [3, 5, 6].

Mayer/Revaz/Gloor/De Grandi

90

Tableau I

Age, ans	38	43	47	50
Parité	III	II	I	II
Ménopause	non	non	non	médicamenteuse
de 2 ½ ans				
Clinique	ménométrorragies		ménorragie	ménorragie
Diagnostic	curetage		pièce	pièce
pose par	hystérectomie		hystérectomie	biopsie du péritoine

Le traitement de la myose endolymphatique est l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale [1, 4]. La radiothérapie ne semble pas utile [1], la chimiothérapie ne semble pas non plus l'arme de choix [4]. L'hormono-thérapie ou thérapie par progestatifs à des doses à déterminer selon l'étendue de l'envahissement tumoral semble la meilleure attitude [3, 6].

Bibliographic

Gloor, E.: La myose endolymphatique, sarcome «low grade» du stroma endométrial. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 7: 39–50 (1978).

Gloor, E.: Sarcomes et tumeurs müllériennes malignes de l'endomètre. Revue méd. Suisse romande 99: 627–636 (1979).

Gloor, E.; Schnyder, P.; Cikes, M.; Hofstetter, J.; Cordey, R.; Burnier, F.; Knobel, P.: Endolymphatic stromal myosis, surgical and hormonal treatment of extensive abdominal recurrence 20 years after hysterectomy. Cancer 50: 1888–1893 (1982).

Piver, S.; Rutledge, F.N.; Copeland, L.; Webster, K.; Blumenson, L.; Suh, O.: Uterine endolymphatic stromal myosis: a collaborative study. Obstet. Gynec. 64: 173–178 (1984).

Lantta, M.; Kahanpaa, K.; Karkkainen, J.; Lehtovirta, P.; Wahlstrom, T.; Widholm, O.: Estradiol and progesterone receptors in two cases of endométrial stromal sarcoma. Gynecol. Oncol. 18: 233–239 (1984).

Baker

V.V.; Walton

L.A.; Fowler

W.C.

Jr.; Currie

J.L.: Steroid receptors in endolymphatic stromal myosis. Obstet. Gynec. 63: suppl. pp. 72–74 (1984).