



HÔPITAL NATIONAL DE GYNÉCOLOGIE -  
OBSTÉTRIQUE

CARCINOSARCOME DE  
L'UTÉRUS  
À propos de 8 cas

Pr. VU Ba Quyet  
Dr PHAM Duy Duan  
Dr NGUYEN Ngoc Phuong

# INTRODUCTION

- Les carcinosarcomes (CS) utérins sont des tumeurs rares de mauvais pronostic
  - 2 - 6 % des tumeurs malignes de l'uterus
  - Carcinosarcome = tumeur mullerienne mixte maligne
- = tumeur mixte mésodermique maligne
- une composante épithéliale maligne + une composante mésoenchymateuse sarcomateuse
  - Il existe peu d'études concernant les CS utérins, y compris au Vietnam

# OBJET

1. Décrire les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des carcinosarcomes utérins

2. Évaluer la prise en charge de ces cas à l'hôpital national de gynécologie – obstétrique

# MÉTHODES - PATIENTES

- **Étude rétrospective**
- **8 cas de CS utérins**
- **Hôpital national de Gynécologie - Obstétrique**  
**11/2015 - 11/2016**

# RÉSULTATS

## Épidémiologie:

- Les CS utérins représentent 3,3% des tumeurs malignes de l'utérus qui ont été opérées à l'hôpital national de Gynécologie - Obstétrique
- L'âge moyen des patientes était de 59,8 ans (50 – 69)

# RÉSULTATS

**Tableau 1. Caractéristiques des patients**

Caractéristiques		N	(%)
Age	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
IMC	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Ménopause	Ménopausée	7	87,5
	Non ménopausée	1	12,5
Parité	Nullipare	1	12,5
	Multipare	7	87,5

# RÉSULTATS

*Tableau 1. Caractéristiques des patients*

Caractéristiques		N	(%)
Age	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
IMC	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	<b>≥ 23</b>	<b>3</b>	<b>37,5</b>
Ménopause	Ménopausée	7	87,5
	Non ménopausée	1	12,5
Parité	Nullipare	1	12,5
	Multipare	7	87,5

# RÉSULTATS

**Tableau 1. Caractéristiques des patients**

Caractéristiques		N	(%)
Age	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
IMC	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Ménopause	Ménopausée	7	87,5
	Non ménopausée	1	12,5
Parité	Nullipare	1	12,5
	Multipare	7	87,5

# RÉSULTATS

**Tableau 1. Caractéristiques des patients**

Caractéristiques		N	(%)
Age	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
IMC	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Ménopause	Ménopausée	7	87,5
	Non ménopausée	1	12,5
Parité	Nullipare	1	12,5
	Multipare	7	87,5

## Signes:

### Les signes cliniques non spécifiques

- Aucune patiente présente des ATCD de:  
hormonothérapie, traitement par tamoxifène,  
radiothérapie pelvienne ...
- Aucun symptôme n'est spécifique:  
Métrorragie → symptôme révélateur du diagnostic  
(8 cas)  
+ des douleurs, une pesanteur pelvienne (3 cas), une  
masse tumorale extériorisée (2 cas)
- Délai diagnostique: 1,6 mois (1 - 3 mois)

## Signes:

### Imagerie:

- Échographie: non spécifique
- Endomètre est épais (2 cas)    saccadé (4 cas)
- Masse de mixte écho dans la cavité, pas de frontière (4 cas)
- Masse dans l'épaisseur de l'utérus(2 cas)
- IRM: 4 cas
- Polypoïde dans la cavité (2 cas)
- Masse de myomètre (1 cas)
- Tumeur endométriale + chaîne ganglionnaire pelvienne gauche (1 cas)

## Signes:

### Histologie

- Biopsie d'endomètre:  
BE ou curetage biopsie → histologie
- Histologie pré opératoire:
  - 2 carcinosarcome
  - 2 carcinome
  - 1 sarcome
  - 3 négative
- IRM: 1 sarcoma?  
2 fibrome

# RÉSULTATS

Tableau 2: Dignostic Pré opératoire et Traitement recu

Cas	Dignostic Pré opératoire	Traitement recu
No 1	Carcinome de l'utérus	HC + AB + LP
No 2	Fibrome	HL + AB
No 3	Sarcome de l'utérus	HL + AB + LP
No 4	Fibrome	HC + AB
No 5	CS de l'utérus	HL + AB + LP
No 6	Carcinome de l'utérus	HC + AB + LP
No 7	Sarcome de l'utérus	HL + AB + LP + O
No 8	CS de l'utérus	HL + AB + LP

HL: hystérectomie par laparotomie, HL: hystérectomie par coelioscopie  
AB: annexectomie bilatérale, LP: lymphadénectomie, O: omentectomie

## La chirurgie

- Les patients ont reçu un traitement chirurgical de hystérectomie totale et annexectomie bilatérale
  - La voie de laparotomie: 5 cas, de coelioscopie: 3 cas
- En tous cas de suspicion de cancer: l'utérus n'était pas fragmenté
- 1 cas: ascite jaunete
  - cyto: pas de cellule cancéreuse
  - Lymphadenectomie pelvienne: 6 cas
  - Omentectomie: 1 cas (des lésions visible au niveau du grand épiploon)

## Anatomopathologie

- Post-opératoire: 7 cas de CS  
1 cas suspect
- immunohistochimie
- 6 cas de lymphadenectomie pelvienne: 1 cas (+)
- 1 cas de récurrence ovarien
- Stade de FIGO (2009):
  - 2 stade IA,
  - 3 stade IB,
  - 1 stade II,
  - 1 stade IIIA,
  - 1 stade IIIC.

## Traitement adjuvant – Surveillance

- Multidisciplinaire
- Hôpital national de cancer

# DISCUSSION

- Les CS utérins: rares, 2 – 6% des tumeurs malignes de l'utérus

→ la fréquence de notre étude: 3,3%

- Les CS utérins : femme ménopausée,  
le plus souvent  $\geq 60$  ans

Âge moyen: 53 ans, le risque augmente avec l'âge

→ Âge moyen de notre étude: 59,8 ans

(50 – 69 ans)

# DISCUSSION

- Triade de signe: métrorragie, douleur ou pesanteur pelvienne, une masse tumorale
- Non spécifique
- Facteurs de risque:
  - Obésité
  - Nulliparité
  - Hormonothérapie par oestrogène
  - ATCD de radiothérapie pelvienne
  - Traitement par tamoxifène

## DISCUSSION

- L'imagerie: échographie, IRM, TDM ...
  - valeur d'orientation:
    - L'endomètre épais chez femme ménopausée
    - Masse dans la cavité utérine ou dans la paroi de l'utérus, pas de frontière
  - ne pas confirmer le diagnostic des CS

## DISCUSSION

- Histologie: faire le diagnostic
- Faux négatif: 5 – 57%

Notre étude: 3 des 8 cas (pas des critères malignes): 1 IRM suspectait un processus malin

2 cas: CS utérin

- Métrorragie chez femme ménopause + BE (-)
  - Hystérocopie avec biopsie et/ou IRM
  - Limiter les faux négatifs

## Chirurgie – le traitement de première intention

- La voie d'abord:

Objectif est 1 exérèse de la tumeur utérine sans morcellement

- Classique: sur l'aspect de cancerologie, laparotomie est la voie d'abord de choix
- La coelioscopie est de plus en plus considérée:
  - + facteurs de cancer, le risque de récurrence
  - + taille de l'utérus

## Chirurgie

- Hystérectomie totale et annexectomie bilatérale, cytologie péritonéale et lymphadénectomie pelvienne
- Biopsie péritonéale et omentectomie si doute
- Ne pas morceler l'utérus en cas de maladie maligne
- Lymphadénectomie lombo-aortique si le curage pelvien est positif.

Quelques chirurgiens proposent la lymphadénectomie lombo-aortique et pelvienne en tous cas à cause de parfois ganglions lombo-aortiques (+) et pelviennes (-)

## Traitement adjuvant: pas de consensus

- Chimiothérapie adjuvant:

Menczer: Ifosfamide + cisplatine

Powell WA: Carboplatine + Paclitaxel

Pautier: Doxorubicine + cisplatine + Ifosfamide

→ efficace

- Radiothérapie adjuvant:

- Reste à discuter

- Diminuait le taux de récurrence locale, n'avait aucun impact sur la survie globale

→ en raison du mauvais pronostic de la maladie

## **Facteur de pronostic:**

- Le facteur pronostique majeur: le stade chirurgical de la tumeur (FIGO)

Autres facteurs pronostiques:

- Âge
- La grade histologique
- L'épaisseur d'envahissement myométrial
- ...
- La survie à 5 ans varie de 30 à 50 %

# CONCLUSION

- Les carcinosarcomes utérins sont des tumeur rare de mauvais pronostic, surviennent le plus souvent chez la femme ménopausée.
- Le diagnostic pré-opératoire est essentiel.
- Le traitement de première intention sera chirurgical. La morcellation utérin n'est pas recommandée.
- Il n'existe pas de consensus concernant les traitements adjuvant.
- Il serait nécessaire de réaliser des études prospectives randomisées afin de pouvoir déterminer le traitement adjuvant optimal.

**Merci pour votre attention**



HÔPITAL NATIONAL DE GYNÉCOLOGIE -  
OBSTÉTRIQUE

CARCINOSARCOME DE  
L'UTÉRUS  
À propos de 8 cas

Pr. VU Ba Quyet  
Dr PHAM Duy Duan  
Dr NGUYEN Ngoc Phuong