

Case report

Une tumeur du vagin à ne pas méconnaître, l'adénocarcinome mésonéphrique: à propos d'un cas et revue de la littérature

Bennani Amal^{1,&}, El Fatemi Hind¹, Saadi Hanane ², Rabhi Hayat², Moumna Kaoutar¹, Banani Abdelaziz², Harmouch Taoufik¹, Amarti Affaf¹

¹Service d'Anatomie Pathologique, CHU Hassan II, Fès, Maroc, ²Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

[&]Corresponding author: Bennani Amal, Service d'Anatomie Pathologique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Key words: Mésonéphrique, adénocarcinome, vagin, pancytokératine, CD10

Received: 11/11/2014 - Accepted: 26/03/2015 - Published: 15/06/2015

Abstract

L'adénocarcinome mésonéphrique du vagin est une tumeur maligne extrêmement rare avec uniquement trois cas publiés dans la littérature jusqu'à maintenant. Il dérive des reliquats embryonnaires des canaux mésonéphriques au niveau du vagin. Nous rapportons un cas d'adénocarcinome mésonéphrique du vagin survenant chez une femme de 50 ans, et révélé par une masse polyploïde du vagin. L'IRM a montré un envahissement du périnée et de la branche inférieure du pubis. L'étude anatomo-pathologique était en faveur d'un adénocarcinome mésonéphrique dont les cellules tumorales expriment la pancytokératine et le CD10. Elles ne sont pas marquées par les anticorps anti récepteurs ostrogéniques et progestatifs. La patiente a été adressée pour radiothérapie avant la prise en charge chirurgicale. Les auteurs soulignent à travers cette observation les aspects étiopathogéniques, histologiques et thérapeutiques de cette tumeur rare.

Pan African Medical Journal. 2015; 21:126 doi:10.11604/pamj.2015.21.126.5754

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/126/full/>

© Bennani Amal et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

L'adénocarcinome mésonéphrique du vagin est une tumeur extrêmement rare avec quelques cas publiés dans la littérature. Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs agressives du vagin. Plusieurs éléments restent inconnus concernant l'évolution, le pronostic et les stratégies thérapeutiques proposées pour cette tumeur.

Patient et observation

Une femme de 50 ans, consulte pour des métrorragies depuis 2 ans. L'examen clinique a montré un col aspiré avec disparition des culs de sac vaginaux avec présence d'une lésion de la paroi latérale du vagin saignant au contact de 4 cm. L'IRM a objectivé un processus malin du vagin envahissant le périnée et la branche inférieure du pubis ce qui permet de la classer au stade III. Une biopsie a été réalisée. L'étude histologique de la biopsie de cette masse a montré que le chorion vaginal était le siège d'une prolifération tumorale d'architecture tubulaire (**Figure 1**). Les lumières étaient comblées par un matériel éosinophile. Les cellules présentaient des atypies modérées et quelques mitoses. Une image d'engainement périnerveux était observée. Devant cet aspect le diagnostic d'adénocarcinome mésonéphrique infiltrant du vagin a été porté. Les cellules tumorales étaient positives pour les anticorps anti-pancytokératine, anti-CD10 (**Figure 2**), anti-CK7 (**Figure 3**), et négatif pour les récepteurs oestrogéniques et progestatifs. La décision thérapeutique a été de réaliser une curiethérapie avant la chirurgie.

Discussion

L'adénocarcinome mésonéphrique du vagin est extrêmement rare. Il se développe à partir des restes des conduits mésonéphriques (canal de Wolff). Ces conduits cheminent le long du ligament large, des parois latérales de l'utérus et du col utérin et arrivent au niveau du vagin où ils sont appelés conduit de Gartner. Ils sont retrouvés sur 20% des cols enlevés dans le cadre d'hystérectomies systématiques. Des cas de tumeurs mésonéphriques ont été rapportés dans le corps utérin [1], le col utérin [2,3], le ligament large [4], la vessie [5], l'urètre [6], et le diverticule urétral [7].

Cependant, une bonne partie de ces tumeurs, qui étaient auparavant classées comme des adénocarcinomes mésonéphriques sont actuellement classés comme des carcinomes à cellules claires de type Müller. Ainsi, l'incidence réelle des adénocarcinomes mésonéphriques est difficile à déterminer en partie à cause de cette confusion histologique dans la littérature. Actuellement, trois cas bien documentés de l'adénocarcinome découlant de restes de conduits mésonéphrotiques au niveau du vagin ont été rapportés [8-10]. Par ailleurs, il existe peu de données publiées sur la présentation clinique et l'évolution. L'âge moyen des patientes lors du diagnostic est de 50 ans. Elles se présentent souvent avec des saignements vaginaux anormaux. Dans la plupart des cas, l'examen gynécologique révèle une masse qui peut être exophytique ou endophytique. Dans notre cas, la tumeur était située au niveau de la paroi vaginale droite. Histologiquement, les adénocarcinomes mésonéphriques peuvent être purs ou associés à une composante à cellules fusiforme. L'aspect le plus fréquent se présente sous forme de structures tubulaires de taille variable bordées par une ou plusieurs couches de cellules cylindriques. La lumière de ces structures comporte une substance PAS positive. Des études immunohistochimiques récentes réalisées dans l'adénocarcinome mésonéphrique du col utérin [1,2] ont rapporté que les marqueurs épithéliaux y compris pancytokeratin, CK7, CAM 5.2, et l'EMA sont constamment exprimés par les cellules tumorales. La vimentine est positive dans 70% des 11 cas, la calrétinine dans 88%, et les récepteurs androgéniques dans 33% des cas, l'expression du CD10 dans un adénocarcinome mésonéphrique du corps utérin a été également rapportée [1]. L'anticorps Monoclonal CK20, ACE, les récepteurs oestrogéniques et progestatifs ont été négatifs. Notre tumeur a montré une positivité pour la pancytokeratin, CK7, EMA, CD10, et une négativité pour CK20, ER et PR.

Le diagnostic différentiel de l'adénocarcinome mésonéphrique inclut le carcinome à cellules claires, le carcinome séreux, les tumeurs mixtes malignes de Müller (MMMT), l'hyperplasie de Wolff, et l'adénocarcinome endométrioïde. Le problème de diagnostic différentiel se pose essentiellement dans la littérature entre l'adénocarcinome et le carcinome mésonéphrique à cellules claires. Toutefois, le carcinome à cellules claires montre généralement des degrés variables de structures kystique, papillaire, ou solide, avec deux types de cellules peuvent retrouvées: les cellules claires à cytoplasme abondant autour d'un noyau central et les cellules cloutés avec une moindre quantité de cytoplasme granuleux opaque et un noyau excentré. Le PAS est positive à la fois dans les sécrétions intraluminales et les globules intra cytoplasmiques. Par

ailleurs, la distinction entre un carcinome mésonéphrique et simple hyperplasie peut être difficile parce que la majorité des carcinomes se développent sur une hyperplasie des conduits mésonéphriques qui est diffuse. Néanmoins, il faut noter que, contrairement à l'hyperplasie, le carcinome n'a pas une architecture lobulaire et les noyaux apparaissent cytologiquement malins. Il est possible également que l'adénocarcinome mésonéphrique peut-être sous-diagnostiquée en raison de sa ressemblance avec l'adénocarcinome endométrioïde d'où l'intérêt des études immunohistochimiques dans les cas difficiles (récepteurs hormonaux). Les adénocarcinomes mésonéphriques biphasiques avec une composante sarcomatoïde ont été rapportés, ce qui peut être confondue avec les MMT [11,12]. Cependant, dans notre cas, le stroma était bénin, écartant ainsi cette possibilité. La rareté globale de l'adénocarcinome mésonéphrique du vagin rend difficile l'étude de son évolution et son pronostic. Cependant, cette tumeur semble avoir un comportement plus indolent que les tumeurs malignes d'origine mullerienne [11]. Peu de données sont publiées dans la littérature concernant la prise en charge optimale de ce type de tumeur [10].

Conclusion

L'adénocarcinome mésonéphrique du vagin est une entité rare. Le diagnostic est souvent aisé en cas d'hyperplasie des restes mésonéphriques associée. Sa prise en charge rejoint celles des autres tumeurs agressives du vagin.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Contributions des auteurs

Amal Bennani a rédigé le manuscrit et a participé à l'analyse anatomopathologique des biopsies. Hinde el fatemi, taoufik harmouch et Affaf Amarti ont également participé au diagnostic anatomopathologique. Hayat rabhi, hanane saidi et abdelaziz banani ont participé à la prise en charge chirurgicale du malade. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Adénocarcinome mésonéphrique bien différencié fait de structures glandulaires comportant dans leur lumière une substance éosinophile avec des atypies cytonucléaires

Figure 2 : Positivité focale des cellules tumorales pour le CD10

Figure 3: Positivité des cellules tumorales pour le CK7

Références

1. Ordi J, Nogales FF, Palacin A, Marquez M, Pahisa J, Vanrell JA et al. Mesonephric adenocarcinoma of the uterine corpus : CD10 expression as evidence of mesonephric differentiation. *Am J Surg Pathol.* 2001Dec;25 (12):1540-5. **PubMed | Google Scholar**
2. Silver SA, Devouassoux-Shisheboran M, Mezzetti TP, Tavassoli FA. Mesonephric adenocarcinoma of the uterine cervix : a study of 11 cases with immunohistochemistry findings. *Am J Surg Pathol.* 2001Mar;25(3):379-87. **PubMed | Google Scholar**
3. Clement PB, Young RH, Keh P, Ostor AG, Scully RE. Malignant mesonephric neoplasms of the uterine cervix : a report of eight cases, including four with a malignant spindle cell component. *Am J Surg Pathol.* 1995 Oct;19(10):1158-71. **PubMed | Google Scholar**
4. Kariminejad MH, Scully RE. Female adenexal tumor of probable Wolffian origin : a distinctive pathologic entity. *Cancer.* 1973Mar;31(3): 671-7. **PubMed | Google Scholar**
5. Kanokogi M, Uematsu K, Kakudo K, Shimada K, Ikoma F. Mesonephric adenocarcinoma of the urinary bladder : an autopsy case. *J Surg Oncol.* 1983Feb (2);22:118-20. **PubMed | Google Scholar**
6. Murayama T, Komatsu H, Asano M, Tahara M, Nakamura T. Mesonephric adenocarcinoma of the urethra in a woman: report of a case. *J Urol.* 1978Oct;120(4):500-1. **PubMed | Google Scholar**

7. Hinman F, Cohlan WR. Gartner's duct carcinoma in a urethral diverticulum. *J Urol.* 1960Apr;83:414-5. **PubMed | Google Scholar**
8. Hinchey WW, Silva EG, Guarda LA, Ordonez NG, Wharton JT. Paravaginal Wolffian duct (Mesonephros) adenocarcinoma: a light and electron microscopic study. *Am J Clin Pathol.* 1983Oct;80(4):539-44. **PubMed | Google Scholar**
9. Bifulco G, Mandato VD, Mignogna C, Giampaolino P, Di Spiezio Sardo A, De Cecio R, De Rosa G, Piccoli R, Radice L, Nappi C. Adenocarcinoma of the vagina with a 1-year follow-up. *Int J Gynecol Cancer.* 2008 Sep-Oct;18(5):1127-31. **PubMed | Google Scholar**
10. Ersahin C, Huang M, Potkul RK, Hammadeh R, Salhadar A. Mésonephric adenocarcinoma of the vagina with a 3-year follow-up. *Gynecol Oncol.* 2005 Dec; 99(3): 757-60. **PubMed | Google Scholar**
11. Hart WR. Symposium part II: special types of adenocarcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Pathol.* 2002Oct; 21(4): 327-46. **PubMed | Google Scholar**
12. Blaustein's pathology of the female genital tract, 6th ed. Carcinoma and other tumors of the cervix. 359-360. **Google Scholar**

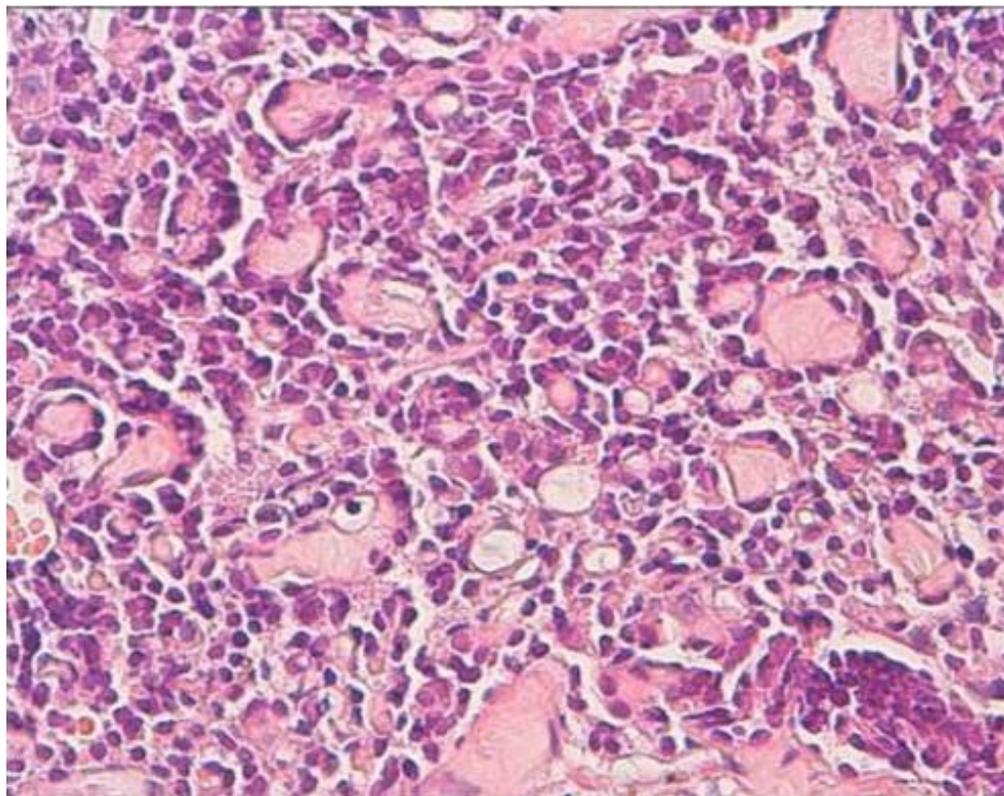


Figure 1: Adénocarcinome mésonephrique bien différencié fait de structures glandulaires comportant dans leur lumière une substance éosinophile avec des atypies cytonucléaires

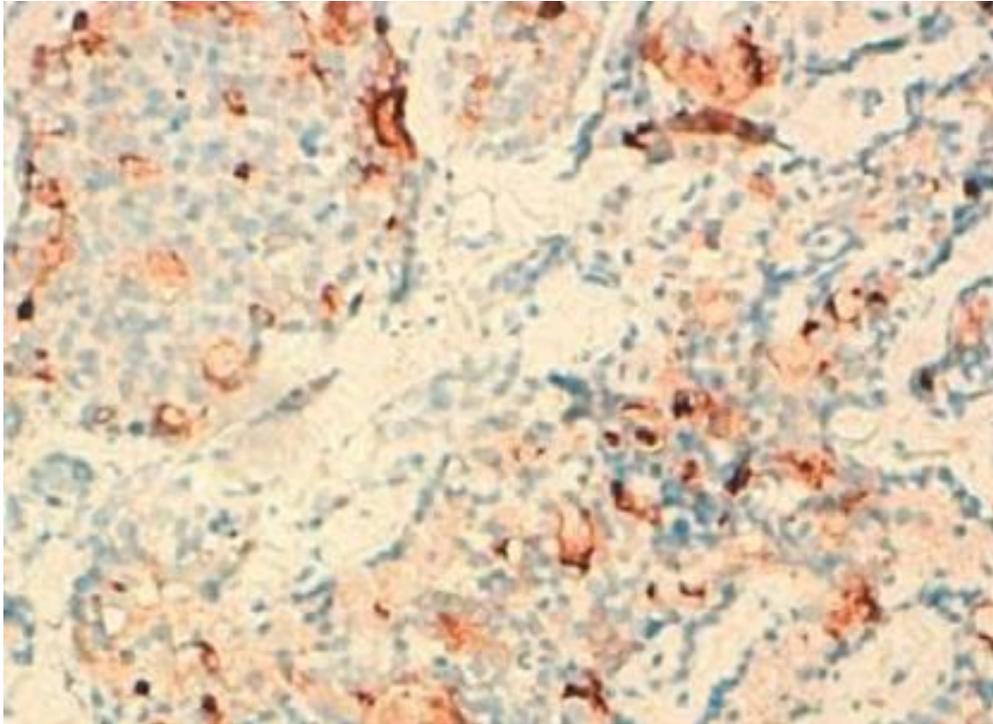


Figure 2: Positivité focale des cellules tumorales pour le CD10

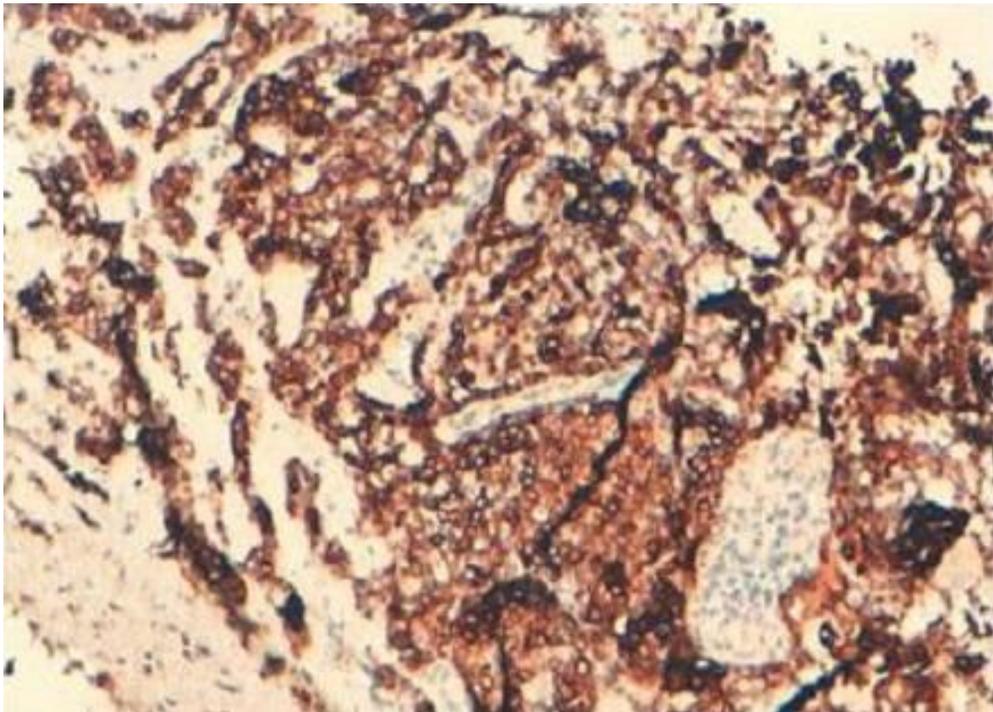


Figure 3: Positivité des cellules tumorales pour le CK7