

Métastase cérébrale d'un carcinome épidermoïde peu différencié du col utérin à propos d'un cas.

**SAHRAOUI.K, AZZOUZI.B, BENAAS.T,
KAIM.A, BABAALI.FI**

Service de neurochirurgie CHU BLIDA

GUERMI

Service d'anatomopathologie CHU BLIDA

Résumé :

Le carcinome du col utérin est propagé par extension locale et à travers les voies lymphatiques aux ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux. Les métastases cérébrales sont extrêmement rares dans le cours, sont généralement vus tard et ont un mauvais pronostic (moins de 0.5%).

Nous rapportons un cas d'une métastase cérébrale d'un carcinome du col utérin chez une femme âgée de 58 ans sans antécédents médico-chirurgicaux particulier. Les symptômes étaient hémiparésie, maux de tête et vomissements. Son hémiparésie s'est améliorée après excision chirurgicale de la métastase. Le traitement dans ces cas est principalement palliatif mais peut offrir un soulagement symptomatique et une amélioration de la qualité de vie.

Mots-clés : Métastases cérébrales, cancer du col utérin, traitement, pronostic.

I- INTRODUCTION :

Le carcinome du col utérin est à l'origine de : métastase locale par voie lymphatique ou à distance par voie sanguine (38 à 85%) : métastase pulmonaire, sus-claviculaire, hépatique et osseuse, les métastases cérébrales sont très rares (moins de 0.5%).

Vu la rareté de cette pathologie et le peu des cas décrits dans la littérature, nous rapportons un cas clinique d'une patiente âgée de 58 ans traitée pour métastase cérébrale d'un adénocarcinome du col utérin en insistant sur : la clinique, l'imagerie, la chirurgie et le suivi.

II- PATIENT ET OBSERVATION :

Il s'agit de la patiente **M.Y** âgée de 49 ans originaire et demeurante à LAGHOUAT mariée et mère de 04 EVBP, FAF, aux antécédents chirurgicaux ; opérée d'un néo du col utérin en moi de juillet 2014 (06 mois avant son admission).

IRM pelvienne: deux grosses masses tumorales du corps utérin et de la jonction cervico utérin.

Examen anatomopathologique: carcinome du col utérin.

Traitement radio-chimiothérapie plus curiethérapie utérovaginale

- Radiothérapie : volume pelvien a la dose de 46 Gy
- Chimiothérapie cisplatine 40 ng/m² en hebdomadaire (02 cures)
- Curiethérapie utérovaginale a hauts début de dose 02 fractions 9Gy au point

IRM pelvienne de contrôle : petits léiomyomes utérins, disparition de la lésion du col utérin

Frottis cervico vaginal de contrôle (09/09/2014) : cytologie inflammatoire

Malade admise en neurochirurgie le 13/01/2015 : le début de la symptomatologie remonte à environ a un mois marquée par ; céphalées, vomissements ne cèdent pas sous traitement et évoluant vers L'aggravation

Examen neurologique : patiente consciente et coopérant scorée a 15/15 (SGC) syndrome d'hypertension intracrânienne et une hémiparésie gauche.

IRM cérébrale 18/12/2014 :

- Métastase occipitale paramédiane gauche
 - Hématome pariétal postérieur paramédian avec discret engagement sous falcorien (métastase hémorragique)
- Patiente opérée le 19/01/2015, l'évolution post opératoire bonne.

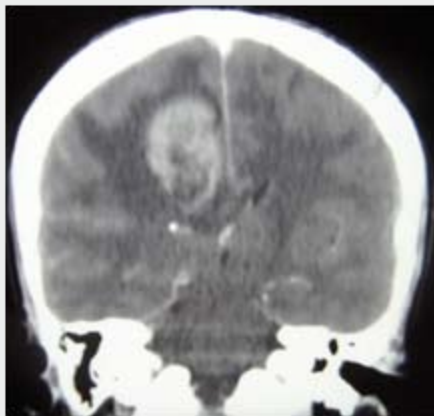
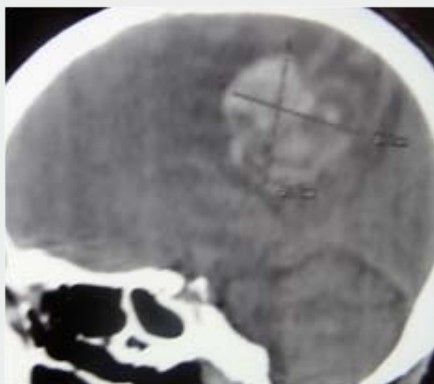
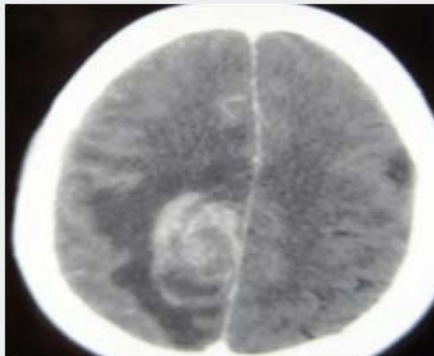
L'étude anatomopathologique : aspect d'une métastase d'un adénocarcinome L'évolution en post opératoire et après le traitement complémentaire était satisfaisante marqué par sédation des céphalées et récupéra



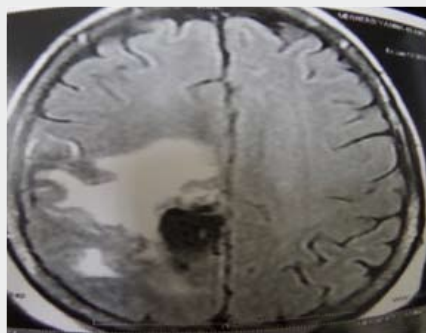
tion motrice après la rééducation fonctionnelle

IRM cérébrale de contrôle: remaniement postopératoires avec cavité hémorragique pariétale postérieure droite en regard d'un volet chirurgical en place.

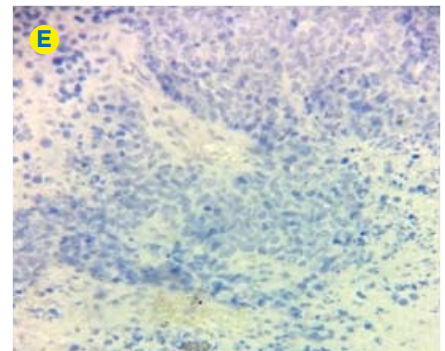
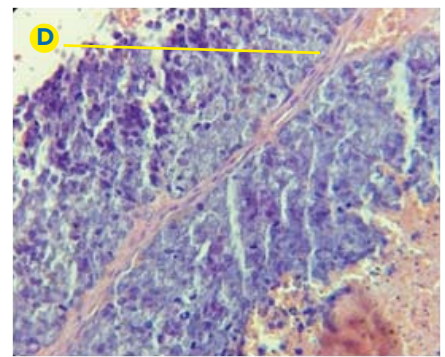
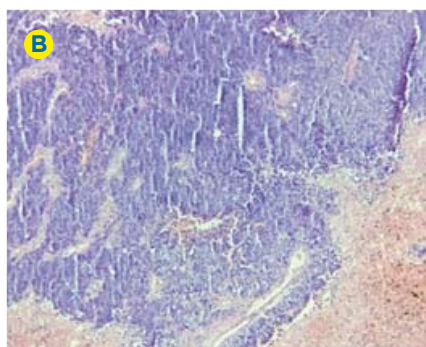
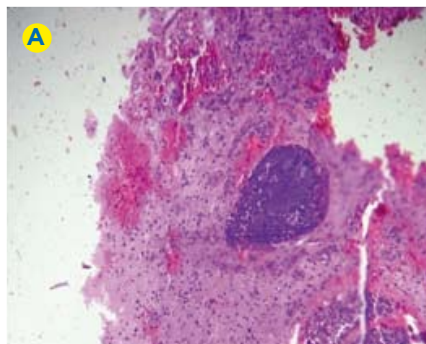
TDM cérébrale (coupe axiale et coronale) objectivant des métastases supra-tentorielles



IRM cérébrale : Métastase occipitale paramédiane gauche



L'examen anatomopathologique avec une étude immuno-histochimique : une métastase cérébrale d'un carcinome épidermoïde peu différencié du col utérin.

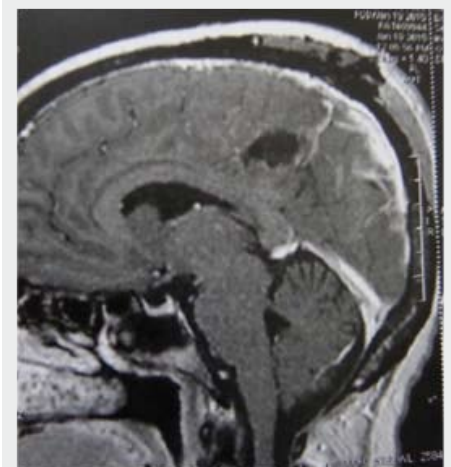


Femme de 56 ans : Métastase cérébrale d'un carcinome épidermoïde peu différencié.

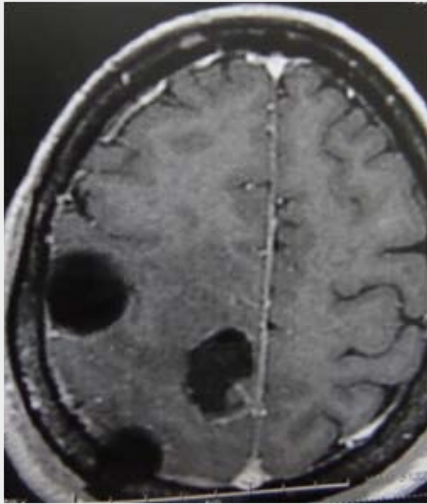
Antécédents : patiente connue et traitée pour un carcinome épidermoïde du col de l'utérus.

A : Ilot tumoral au sein d'un parenchyme cérébral (**flèche**). **B** et **C** : Prolifération carcinomateuse solide largement nécrosée de cellules basaloides peu différenciées. **D** : immunomarquage à l'ACE négatif excluant une origine adénocarcinomateuse.

IRM cérébrale de contrôle : absence de reliquat tumoral



**IRM cérébrale de contrôle :
absence de reliquat tumoral**



III-DISCUSSION :

Les métastases cérébrales à partir d'un cancer du col utérin sont extrêmement rares. Elles représentent 0,5 à 1,2% de toutes les métastases cérébrales. Cette incidence ne cesse d'augmenter ces dernières années, en raison des avancées réalisées en matière de diagnostic et de traitement, aboutissant à une meilleure survie des patientes atteintes de cancer du col utérin. L'allongement de la survie, permettrait la croissance des cellules métastatiques sanctuarisées dans l'encéphale. (1)

En 1949, Henrisken a décrit le premier cas de métastase cérébrale issue d'un cancer du col utérin sur une étude autopsique. Peu de cas ont été publiés depuis lors. Ces métastases surviennent habituellement dans la sixième décennie. Par contre, notre patiente était d'un âge beaucoup plus jeune (44 ans), soit 16 ans de moins par rapport à la majorité des patientes rapportées dans la littérature. (2) (4)

La dissémination métastatique au cerveau d'un cancer du col de l'utérus se ferait par voie hématogène. Le système veineux vertébral constitue la principale voie de ces métastases. Cette dissémination dépend de la réponse immunitaire de la patiente, de la néo vascularisation cérébrale, du nombre d'embolies vasculaires et des caractéristiques de la tumeur. (3) (5) (4)

Ces métastases sont plus fréquemment observées avec des tumeurs du col utérin peu différenciées. Dans notre cas il s'agissait d'un **carcinome épidermoïde peu différencié**. (6) (7)

L'intervalle entre le diagnostic initial de cancer du col de l'utérus et la survenue de métastases cérébrales est considérablement variable, allant de 8 semaines à 8 ans.

Dadlani et al. ont rapporté l'observation d'une patiente ayant développée une métastase cérébelleuse solitaire 11 ans après le diagnostic d'un adénocarcinome du col utérin. Une moyenne de 28,4 mois a été retrouvée par Ikeda et al et de 18 mois par Cormio et al. Aucune relation entre le type histologique et l'intervalle de temps n'a jamais été établi. Le diagnostic de métastase cérébrale chez notre patiente a été fait 14 mois après le diagnostic du cancer primitif. (2) (8) (10).

La symptomatologie dépend du siège de la lésion et de l'existence de l'œdème cérébral. Les céphalées et l'hémiplégie sont les symptômes les plus fréquemment rapportés. Les nausées, les vomissements, les troubles de la marche peuvent aussi exister et doivent alerter le clinicien. (11)

Le diagnostic topographique repose essentiellement sur l'imagerie par résonance magnétique. Plus de 80% des métastases cérébrales sont situées dans la région sus-tentorielle du cerveau. Cette particularité pourrait être liée à la vascularisation et aux caractéristiques spatiales de cette région. Dans un tiers des cas, les lésions sont uniques et siègent fréquemment dans le lobe frontal. Dans notre cas, les lésions étaient multiples et situées à la fois dans la région sus et sous-tentorielle. (12)

Les métastases cérébrales de cancer du col utérin surviennent généralement à un stade avancé de la maladie et dans le cadre de néoplasie polymétastatique, notamment dans les poumons, le foie et l'os. Les métastases pulmonaires semblent être les plus souvent associées. Cependant, l'atteinte métastatique cérébrale isolée a été déjà décrite. Notre patiente présentait des métastases cérébrales associées à des métastases ganglionnaires lombo-aortique, médiastinale et sus-claviculaire. (13)

Il n'existe pas de standard thérapeutique des métastases cérébrales issues de cancers du col utérin. Le traitement dépend du nombre et du siège des lésions, du statut extracrânien de la maladie et de l'état général de la patiente (Indice de Karnofsky). (14) Historiquement, les traitements des métastases cérébrales ont été basés sur la corticothérapie puis sur l'irradiation de l'encéphale en totalité.

La chirurgie est devenue un traitement local efficace. Son indication reste indiscutable quand le pronostic vital est rapidement engagé (hémorragie, hydrocéphalie) et permet aussi d'obtenir le diagnostic anatomopathologique de certitude. Elle constitue la meilleure option thérapeutique en cas de lésion unique ou de lésions multiples accessibles par la même voie d'abord de craniotomie, en l'absence d'autres métastases à distance. Cette chirurgie combinée à une radiothérapie adjuvante aboutit à une meilleure survie par rapport à la radiothérapie seule. Par contre en cas de lésions multiples ou inopérables, la radiothérapie encéphalique totale est préconisée à visée palliative. (1) (2) (12) (9) (14)

La radiochirurgie et la radiothérapie stéréotaxique hypofractionnée sont actuellement des traitements reconnus des métastases cérébrales et peuvent être utilisées chez les patients porteurs de lésions petites et inaccessibles. (2) (12) (9)

La chimiothérapie à base de cisplatine joue un rôle important dans le traitement du cancer du col de l'utérus. Bien que son efficacité sur les métastases cérébrales soit encore inconnue, la chimiothérapie est le traitement de choix chez les patientes porteuses de métastases cérébrales multiples associées à des métastases extra-crâniennes. (2) (12) (9) (14)

Le pronostic de métastases cérébrales des cancers du col utérin dépend de l'âge des patientes, de l'état neurologique, du sous type histologique, de l'histoire clinique, du nombre des lésions et des comorbidités. Il reste néanmoins sombre malgré toutes les options thérapeutiques avec une survie moyenne très courte, de quelques mois seulement. Cependant, un âge inférieur à 50 ans, un bon état général, une lésion cérébrale unique sans d'autres métastases extra-crâniennes sont liés un pronostic assez favorable. (9)

IV- CONCLUSION :

Les métastases du néo du col utérin en intracérébrale sont très rare
Le pronostic dépend du nombre et du siège des lésions, du statut extracrânien de la maladie et de l'état général de la patiente
Conflits d'intérêts
Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt
Contributions des auteurs
Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit.

1. Noël G, Daisne JF, Thillays F. Radiothérapie en conditions stéréotaxiques des métastases cérébrales. *Cancer Radiother.* **2012** Jun;(16 Suppl):S101-10. DOI : 10.1016/j.canrad.2011.02.008. [PubMed] [Cross Ref]
2. Amita M, Sudeep G, Rekha W, Yogesh K, Hemant T. Brain metastasis from cervical carcinoma: a case report. *MedGenMed.* **2005** Jan 5;7(1):26. [Article PMC gratuit] [PubMed]
3. Ikeda SI, Yamada T, Katsumata N, Hida K, Tanemura K, Tsunematu R, et al. Cerebral metastasis in patients with uterine cervical cancer. *Jpn J Clin Oncol.* **1998** Jan;28(1):27-9. [PubMed]
4. Chura JC, Shukla K, Argenta PA. Brain metastasis from cervical carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* **2007** Jan-Feb;17(1):141-6. [PubMed]
5. Cormio G, Pellegrino A, Landoni F, Regallo M, et al. Brain metastases from cervical carcinoma. *Tumori.* **1996** Jul-Aug;82(4):394-6. [PubMed]
6. Lefkowitz D, Asconape J, Biller J. Intracranial metastases from carcinoma of the cervix. *South Med J.* **1983** Apr;76(4):519-21. [PubMed]
7. Henriksen E. The lymphatic spread of carcinoma of the cervix and of the body of the uterus. A study of 420 necropsies. *Am J Obstet Gynecol.* **1949** Nov;58(5):924-42. [PubMed]
8. Agrawal A, Kumar A, Sinha AK, Kumar M, Pandey SR, Khaniya S. Intracranial metastases from carcinoma of the cervix. *Singapore Med J.* **2007**;48(5):e154. [PubMed]

9. Weed JC, Jr, Graff AT, Shoup B, Tawfik O. Small cell undifferentiated (neuroendocrine) carcinoma of the uterine cervix. *J Am Coll Surg.* **2003** Jul;197(1):44-51. [PubMed]
10. Park SH, Ro DY, Park BJ, Kim YW, Kim TE, Jung JK, et al. Brain metastasis from uterine cervical cancer. *J Obstet Gynaecol Res.* **2010** Jun;36(3):701-4. DOI : 10.1111/j.1447-0756.2010.01219.x. [PubMed] [Cross Ref]
11. Peters P, Bandi H, Efendy J, Perez-Smith A, Olson S. Rapid growth of cervical cancer metastasis in the brain. *J Clin Neurosci.* **2010** Sep;17(9):1211-2. DOI : 10.1016/j.jocn.2010.01.021. [PubMed] [Cross Ref]
12. Dadlani R, Ghosal N, Hegde AS. Solitary cerebellous metastasis after prolonged remission in a case of uterine cervical adenocarcinoma. *J Neurosci Rural Pract.* **2012**;3(2):185-7. [Article PMC gratuit] [PubMed]
13. Cordeiro JG, Prevedello DM, Da Silva Ditzel LF, Pereira CU, Araujo JC. Cerebral metastasis of cervical uterine cancer: report of three cases. *Arq Neuropsiquiatr.* **2006** Jun;64(2A):300-2. [PubMed]
14. Hwang JH, Yoo HJ, Lim MC, Seo SS, Kang S, Kim JY, et al. Brain metastasis in patients with uterine cervical cancer. *J Obstet Gynaecol Res.* **2013** Jan;39(1):287-91. DOI : 10.1111/j.1447-0756.2012.01927.x. [PubMed] [Cross Ref]

PUB

46^e Entretiens de Médecine Physique & de Réadaptation

23, 24 & 25 Mars 2018

Montpellier







Pathologie locomotrice,
Rééducation neurologique,
Médecine orthopédique,
Médecine du sport,
Neuropsychologie,
Appareillage,
Podologie...

