

ADENOCARCINOME DE LA TROMPE

A PROPOS DE DEUX CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

M Achaaban ; R Maakoul ; H Hachi *; A Bougtab *; M Yousfi **; S El Amrani**; S Bargach**

(*) Service de chirurgie II Institut National Oncologie INO Rabat

(**) Service de gynécologie obstétrique cancérologie grossesses à haut risque maternité Souissi RABAT

RESUME :

Introduction : Les cancers primitifs de la trompe sont rares. Ils représentent moins de 2% des tumeurs gynécologiques et ils sont dominés par l'adénocarcinome.

Observations cliniques : Nous rapportons deux cas d'adénocarcinomes tubaires chez deux patientes suivies au service de chirurgie II institut national d'oncologie Rabat

Discussion : l'adénocarcinome tubaire est une pathologie plus fréquente chez la femme ménopausée. Le diagnostic de cancer primitif de la trompe est très difficile à affirmer. Le traitement rejoint celui des tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire avec un pronostic meilleur dans les stades précoces.

Conclusion : cancer rare d'étiologie méconnue, les signes cliniques sont souvent dissociés, le diagnostic préopératoire est difficile, avec un pronostic qui dépend du stade de la maladie.

Mots-clés : trompe, cancer, diagnostic, traitement.

ABSTRACT

Introduction: The primary cancer of the fallopian tube is rare. They represent less than 2% of gynecological tumors and they are dominated by adenocarcinoma.

Clinical Observations: We report two cases of tubal adenocarcinoma in two patients followed at the Department of Surgery II, National Institute of Oncology Rabat

Discussion: tubal adenocarcinoma is a common disease in postmenopausal women. the diagnosis of primary cancer of the fallopian tube is difficult. treatment is similar malignant epithelial ovarian tumors with a better prognosis in the early stages.

Conclusion: rare cancer of unknown etiology, clinical signs is often separated, the preoperative diagnosis is difficult, with a prognosis depends on the stage of the disease.

Key words: fallopian tube; cancer diagnosis treatment

INTRODUCTION

Le cancer de la trompe de Fallope est une tumeur rare, représentant entre 0,3 et 1,8 % de toutes les tumeurs malignes de la sphère gynécologique [1]. Du fait de la proximité de l'utérus et de l'ovaire, le

diagnostic de cancer primitif de la trompe est très difficile à affirmer et repose sur de critères très rigides. Leur symptomatologie trompeuse et non spécifique, avec un pronostic qui reste assez sombre. Le traitement rejoint celui des tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire.

OBSERVATION N 1

Il s'agit d'une patiente âgée de 63 ans , sans antécédents particuliers, ménopausée depuis 14 ans , célibataire, sans enfants, qui a consulté pour algies pelviennes chroniques depuis 06 mois, d'intensité croissante, avec signes de compression urinaire à type de pollakiurie, et digestives à type de constipation, sans trouble du cycle ou autre signe associé.

L'examen clinique trouve une patiente en assez bon état général, constantes correctes, abdomen souple, sans masse cliniquement palpable, le toucher vaginal, trouve un empatement douloureux au niveau latéro utérin droit et gauche sans autre signe associé, le reste de l'examen somatique sans particularité.

Un écho pelvien fait montrait un hydrosalpinx bilatéral.



Figure.1 : cliché échographique d'un hydrosalpinx chez la première patiente de notre étude.

La patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice avec annexectomie bilatérale, le résultat histologique parlait alors d'un adénocarcinome papillaire infiltrant toutes les tuniques de la paroi tubaire ; la patiente a été adressée au service de chirurgie II INO pour complément chirurgical, elle a bénéficié d'une hystérectomie totale avec lymphadenectomie pelvienne et lombo aortique, et une omentectomie avec cytologie péritonéale. Le résultat anatomopathologique définitif ne montrait pas de résidu tumoral, le curage

ganglionnaire négatif, pas de localisation de cellules malignes au niveau péritonéale La patiente n'a pas reçu de traitement adjuvant ; avec un suivi en consultation régulier, bon contrôle locorégional, et un recul de 3 ans.

OBSERVATION N2 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans , ménopausée depuis 15 ans, G3P3, trois enfants vivants, qui a consulté pour algies pelviennes chroniques, avec une échographie réalisée qui parle d'une kyste ovarien gauche d'allure bénigne mesurant 7 cm de diamètre, elle a bénéficié dans une autre formation hospitalière d'une annexectomie gauche , le résultat histologique était le suivant : cystadénome ovarien remanié par des lésions hémorragiques et un adénocarcinome papillaire tubaire infiltrant.

La patiente a été adressée chez nous pour complément thérapeutique, elle a bénéficié d'une hystérectomie avec annexectomie controlatéral et curage ganglionnaire pelvien, ainsi qu'une omentectomie infracolique

Le résultat histologique a confirmé un foyer d'adénocarcinome papillaire sue la corne utérine gauche, sans autre foyer carcinomateux dans le reste des pièces opératoires.

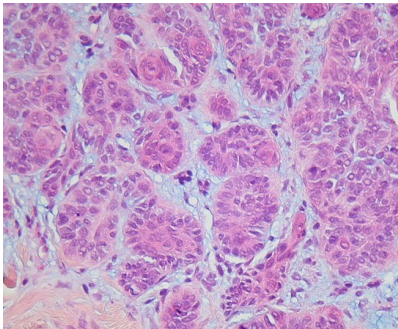


Figure 2 : aspect microscopique d'un adénocarcinome papillaire tubaire (patiente 2)

La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante à base de six cures de paclitaxel et cisplatine.

La patiente est revue en consultations régulières, avec bon contrôle locorégional, et un recul de 18 mois.

DISCUSSION :

Le cancer de la trompe de Fallope est une tumeur rare, représentant entre 0,3 et 1,8 % de toutes les tumeurs malignes de la sphère gynécologique [1 ; 4]. Cette faible prévalence est très probablement sous estimée. Il est en effet difficile de distinguer ces tumeurs, lorsqu'elles sont étendues aux organes de voisinage (formes évoluées), des tumeurs ovariennes ou utérines avec extension tubaire secondaire.

Age de survenue

Le cancer de la trompe est un cancer de la femme âgée, avec un âge moyen entre 52 ans et 64 ans, l'âge moyen de nos patientes est de 64 ans. Il est exceptionnel chez la jeune femme. [1 ; 2 ; 3]

Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque ont été évoqué pour expliquer la survenue du cancer de la trompe ;

- Mutation chromosomique BRCA1 et BRCA2 : la survenue de cancer tubaire chez les patientes porteuses de mutation du chromosome BRCA1 et BRCA2 est bien reconnue, le risque relatif en comparaison avec la population générale est multiplié par 120. [7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 14]
- La nulliparité : et par conséquent l'infertilité ont été rapportées avec des taux de 3 à 59% selon les séries. [5]
- Les PID (pelvis inflammatoire disease) : l'infection tubaire chronique ou les salpingites. [6 ; 15]
- La tuberculose génitale : a été exceptionnellement rapporté dans la littérature. [8]
-
- Mais en réalité, la relation entre ces facteurs de risque et le cancer primitif de la trompe n'a pas été confirmé.

Sur le plan histologique, il existe une grande diversité de présentation macroscopique, allant du simple aspect salpingitique aux énormes masses tumorales englobant les organes de voisinage. Les adénocarcinomes sont majoritaires. 90% selon une étude de williams, c'est ce type histologique qui a été retrouvé chez nos deux patientes, les autres formes histologiques sont représentées par le carcinome andométriode, le carcinome à cellules claires, le carcinome épidermoïde, le carcinome à cellules transitionnelles, les tumeurs non épithéliales (sarcome), les choriocarcinomes primitifs de la trompe, toutes ces formes sont rares et constituent l'exception. [2 ; 25]

DIAGNOSTIC

La symptomatologie est vague et peu caractéristique : hydrohématorrhée, algies pelviennes et tuméfaction latéro-utérine, formant une triade de symptômes associés mais inconstants de la maladie [1 ; 2]. La douleur précoce provoquée par la distension de la trompe touchée conduit souvent la patiente chez le médecin dès les premières phases de la maladie. Cliniquement, on observe une tuméfaction parfois douloureuse au niveau d'une ou des deux fosses iliaques, et il est difficile de déterminer si son départ est ovarien ou si elle touche d'éventuels nodules myomateux

utérins. L'ascite est le signe d'une tumeur du péritoine. [3 ; 6]

- **Imagerie diagnostique**

Le tableau est celui d'une tuméfaction annexielle inhomogène non spécifique, à contours irréguliers et flous ou à parois épaisses, dont la malignité est confirmée par la mise en évidence d'une dissémination à distance. Les processus inflammatoires et l'intimité de rapports trompe-ovaire aggravent le problème diagnostique.

· **Échographie**

C'est le premier examen à utiliser dans la procédure diagnostique. La présentation échographique est le plus souvent proche de celle des carcinomes épithéliaux de l'ovaire sous la forme d'une masse indépendante de l'utérus mixte, solide et kystique avec des projections solides papillaires qui sont hypervascularisés au doppler avec des flux de faible index de résistance et l'existence de shunt artérioveineux. [16 ; 17 ;]

· **IRM**

Utile dans le cadre du staging, pour le suivi ainsi que pour la mise en évidence et la quantification de l'extension locale et de la dissémination du processus néoplasique. L'imagerie IRM typique d'un carcinome tubaire se manifeste par un signal hyperintense en pondération T2, un signal hypointense en pondération T1 d'aspect solide et hypervascularisation pathologique avec injection de gadolinium. [18 ; 19 ; 20]

· **Hystérosalpingographie**

N'est plus guère pratiquée que dans le bilan d'infertilité. Le principal mérite de cet examen consiste dans la mise en évidence de l'anomalie tubaire, les radiographies montrent une cavité utérine régulière et des images d'hydrosalpinx souvent bilatéral, suspectes du fait de leur aspect polyploïde, lacunaire, avec perte de substance et bords irréguliers. En raison du risque de dissémination néoplasique, il est conseillé de limiter l'emploi de l'hystérosalpingographie. [17]

- **Ca125**

Il est très sensible dans cette pathologie. Aux stades avancés de la tumeur, on peut trouver des taux sériques élevés (> 35 U/ml) qui diminuent pendant les phases de rémission, pour redevenir élevés en

cas de progression de la maladie. On peut utiliser le Ca125 pour la surveillance de ces patientes. Nos deux patientes ont bénéficié d'un dosage de CA 125, la première patiente avait un taux modérément élevé (41 U/ml), alors que la deuxième patiente avait un taux normal. [21 - 23]

TRAITEMENT

Le traitement des cancers de la trompe est souvent confondu avec celui des tumeurs épithéliales de l'ovaire, toutefois leur pronostic est meilleur car elles sont le plus souvent diagnostiquées à un stade plus précoce que les tumeurs malignes de l'ovaire, mais aussi à stade égal. [26]

Les recommandations actuelles précisent : [27 ; 28]

- Lors d'une laparotomie médiane, réalisation en premier d'une cytologie péritonéale et d'une inspection réglée sous et sus mésocolique
- Chirurgie de réduction tumorale optimale comportant au minimum : l'hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, omentectomie, curage pelvien et lombo-aortique sous rénal bilatéral, appendicectomie.
- Chimiothérapie associant cisplatine et paclitaxel (six cures), discutée au cas de stade IB grade 1, et recommandée en cas d'histologie défavorable (grade 3 et sous types à cellules claires).
- La place de la chirurgie d'intervalle en cas de résecabilité incomplète, réalisation de trois cures de chimiothérapie puis chirurgie de réduction optimale, suivi ensuite par trois autres cures de chimiothérapie. En conséquence, l'exigence d'une cytoréduction optimale conduit plusieurs équipes à réaliser une cœlioscopie première d'évaluation lorsque l'on soupçonne l'impossibilité de résection réellement optimale. [29 ; 30]
- La radiothérapie est abandonnée en raison de sa faible efficacité. [27 ; 31]

PRONOSTIC

La survie globale à 5 ans des tumeurs malignes tubaires est de 44% à 56% selon les principales séries et va dépendre d'un certain nombre de facteurs pronostique : [26 ; 31 ; 32]

- stade Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) est le principal facteur pronostique retrouvé par toutes les études, (**Tableau 1**)

Classification *tumors-nodes-metastases* (TNM) des tumeurs malignes tubaires et classification FIGO (Fédération internationale des gynécologues obstétriciens) des tumeurs malignes tubaires.

T1	Tumeur limitée aux trompes
a	Unilatérale sans atteinte séreuse sans ascite
b	Bilatérale sans atteinte séreuse sans ascite
c	Uni- ou bilatérale avec extension au-delà de la séreuse tubaire ou avec cytologie péritonéale positive
T2	Tumeur uni- ou bilatérale avec extension pelvienne
a	Extension et/ou métastases à l'utérus et/ou aux ovaires
b	Extension à d'autres organes pelviens
c	Extension pelvienne avec cytologie péritonéale positive
T3 et/ou N1	Tumeur uni- ou bilatérale avec atteinte péritonéale extrapelvienne et/ou métastases ganglionnaires
a	Métastases péritonéales extrapelviennes microscopiques
b	Métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques < 2 cm de plus grand diamètre
c et/ou N1	Métastases péritonéales extrapelviennes microscopiques > 2 cm de plus grand diamètre et/ou N1 ganglionnaire régional
N1	Métastase(s) ganglionnaire(s)
M1	Métastase(s) à distance (non péritonéale(s))
	T1a T1b T1c T2a T2b T2c T3a T3b T3c
N0M0	IA IB IC IIA IIB IIC IIIA IIB IIIC
N1M0	IIIC
NON1M1	IV
Stade 0 : carcinome in situ	

- l'âge avancé qui est classique : le risque relatif de décès des patientes de plus de 65 ans comparé à celui de la population 40-65 ans est de 1,78 (IC 95 % : 1,51-2,11) ; [26]
- l'aspect en saucisse **Fig3** (correspondant à l'occlusion de l'extrémité distale est un facteur favorable compris en analyse multivariée [31] probablement, car il existe alors une moindre dissémination péritonéale de la maladie ;



Figure 3 : aspect macroscopique d'un cancer de la trompe montrant l'aspect en « saucisse » [1]

- l'a qualité de la résection (exprimée par la lymphadénectomie par Wethington et al. [26]) est aussi retenue comme observé dans les cancers épithéliaux ovariens ;

- le type histologique endométrioïde est qualifié par certains comme ayant un pronostic favorable (avec une survie moyenne de $100,7 \pm 15,261$ mois comparés aux $69,48 \pm 12,500$ mois des lésions séreuses [32]) ;
- d'autres facteurs tels le grade, l'invasion vasculaire, sont plus controversés. [32]

CONCLUSION

L'adénocarcinome tubaire est un cancer rare, d'étiologie inconnue, sous estimée et parfois confondu avec une pathologie ovarienne, le diagnostic positif est difficile car le tableau clinique est polymorphe, l'IRM apporte un grand intérêt diagnostique, le traitement rejoint celui des tumeurs ovariennes épithéliales malignes, avec un pronostic qui dépend du stade de la FIGO.

REFERENCES

- 1 V. Lavoué, S. Lorand, S. Henno, I. Romoscanu, A. Grouin, F. Foucher, J. Levêque. Tumeurs primitives de la trompe de Fallope. EMC - Gynécologie 2012;7(1):1-8 Article 689-A-10.
- 2 Young R.H. Neoplasms of the fallopian tube and broad ligament: a selective survey including historical

perspective and emphasising recent developments Pathology 2007 ; 39 : 112-124

3 Pfeiffer P., Mogensen H., Amtrup F., Honore E. Primary carcinoma of the fallopian tube. A retrospective study of patients reported to the Danish Cancer Registry in a five-year period Acta Oncol. 1989 ; 28 : 7-11

4 Stewart S.L., Wike J.M., Foster S.L., Michaud F. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States Gynecol. Oncol. 2007 ; 107 : 392-397

5 Riska A., Leminen A., Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953-97 Int. J. Cancer 2003 ; 104 : 643-645

6 Baalbaky I., Vinatier D., Leblanc E., Querleu D. Aspects cliniques du cancer primitif de la trompe de fallope. Étude rétrospective de 20 observations J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) 1999 ; 28 : 225-231

7 Brose M.S., Rebbeck T.R., Calzone K.A., Stopfer J.E., Nathanson K.L., Weber B.L. Cancer risk estimates for BRCA1 mutation carriers identified in a risk evaluation program J. Natl. Cancer Inst. 2002 ; 94 : 1365-1372

8 Aziz S., Kuperstein G., Rosen B., Cole D., Nedelcu R., McLaughlin J., et al. A genetic epidemiological study of carcinoma of the fallopian tube Gynecol. Oncol. 2001 ; 80 : 341-345

9 Cass I., Holschneider C., Datta N., Barbuto D., Walts A.E., Karlan B.Y. BRCA-mutation-associated fallopian tube carcinoma: a distinct clinical phenotype? Obstet. Gynecol. 2005 ; 106 : 1327-1334

10 Levine D.A., Argenta P.A., Yee C.J., Marshall D.S., Olvera N., Bogomolniy F., et al. Fallopian tube and primary peritoneal carcinomas associated with BRCA mutations J. Clin. Oncol. 2003 ; 21 : 4222-4227

11 Eisinger F., Bressac B., Castaigne D., Cottu P.H., Lansac J., Lefranc J.P., et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004) Bull. Cancer 2004 ; 91 : 219-237

12 Kurman R.J., Shih Ie M. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory Am. J. Surg. Pathol. 2010 ; 34 : 433-443

13 Casey M.J., Synder C., Bewtra C., Narod S.A., Watson P., Lynch H.T. Intra-abdominal carcinomatosis after prophylactic oophorectomy in women of hereditary breast ovarian cancer syndrome kindreds associated with BRCA1 and BRCA2 mutations Gynecol. Oncol. 2005 ; 97 : 457-467

14 Finch A., Beiner M., Lubinski J., Lynch H.T., Moller P., Rosen B., et al. Salpingo-oophorectomy and the risk of ovarian, fallopian tube, and peritoneal cancers in women with a BRCA1 or BRCA2 Mutation JAMA 2006 ; 296 : 185-192

15 Romagosa C., Torne A., Iglesias X., Cardesa A., Ordi J. Carcinoma of the fallopian tube presenting as acute pelvic inflammatory disease Gynecol. Oncol. 2003 ; 89 : 181-184

16 Ko M.L., Jeng C.J., Chen S.C., Tzeng C.R. Sonographic appearance of fallopian tube carcinoma J. Clin. Ultrasound 2005 ; 33 : 372-374

17 Patlas M., Rosen B., Chapman W., Wilson S.R. Sonographic diagnosis of primary malignant tumors of the fallopian tube Ultrasound Q. 2004 ; 20 : 59-64

18 Spencer J.A., Ghattamaneni S. MR imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass Radiology 2010 ; 256 : 677-694

19 Ghattamaneni S., Bhuskute N.M., Weston M.J., Spencer J.A. Discriminative MRI features of fallopian tube masses Clin. Radiol. 2009 ; 64 : 815-831

20 Thomassin-Naggara I., Darai E., Cuenod C.A., Fournier L., Toussaint I., Marsault C., et al. Contribution of diffusion-weighted MR imaging for predicting benignity of complex adnexal masses Eur. Radiol. 2009 ; 19 : 1544-1552

21 Davies A.P., Fish A., Woolas R., Oram D. Raised serum CA 125 preceding the diagnosis of carcinoma of the fallopian tube: two case reports Br. J. Obstet. Gynaecol. 1991 ; 98 : 602-603

22 Tokunaga T., Miyazaki K., Matsuyama S., Okamura H. Serial measurement of CA 125 in patients with primary carcinoma of the fallopian tube Gynecol. Oncol. 1990 ; 36 : 335-337

23 Chi D.S., Zivanovic O., Palayekar M.J., Eisenhauer E.L., Abu-Rustum N.R., Sonoda Y., et al. A contemporary analysis of the ability of preoperative serum CA-125 to predict primary cytoreductive outcome in patients with advanced ovarian, tubal and peritoneal carcinoma Gynecol. Oncol. 2009 ; 112 : 6-10

24 Liapis A., Bakalianou K., Mpotsa E., Salakos N., Fotiou S., Kondi-Paffiti A. Fallopian tube malignancies: A retrospective clinical pathological study of 17 cases J. Obstet. Gynaecol. 2008 ; 28 : 93-95

25 Longacre T.A., Oliva E., Soslow R.A. Recommendations for the reporting of fallopian tube neoplasms Hum. Pathol. 2007 ; 38 : 1160-1163

26 Wethington S.L., Herzog T.J., Seshan V.E., Bansal N., Schiff P.B., Burke W.M., et al. Improved survival for fallopian tube cancer: a comparison of clinical characteristics and outcome for primary fallopian tube and ovarian cancer Cancer 2008 ; 113 : 3298-3306

27 Querleu D., Bonnier P., Morice P., Narducci F. Prise en charge initiale des cancers gynécologiques : référentiels de la Société Française d'Oncologie Gynécologique. Référentiel de traitement des tumeurs frontalières et des cancers épithéliaux de l'ovaire. <http://asfog.free.fr>. 2007.

28 Deffieux X., Morice P., Thoury A., Camatte S., Duvillard P., Castaigne D. Anatomy of pelvic and para-aortic nodal spread in patients with primary fallopian tube carcinoma J. Am. Coll. Surg. 2005 ; 200 : 45-48

29 Vergote I., Trope C.G., Amant F., Kristensen G.B., Ehlen T., Johnson N., et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer N. Engl. J. Med. 2010 ; 363 : 943-953

30 Querleu D., Gladieff L., Ferron G., Rouge P. Vers une évolution du dogme de la chirurgie « optimale » dans les cancers de l'ovaire Bull. Cancer 2009 ; 96 : 1175-1182

31 Heintz A.P., Odicino F., Maisonneuve P., Quinn M.A., Benedet J.L., Creasman W.T., et al. Carcinoma of the fallopian tube. FIGO 6th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer Int. J. Gynaecol. Obstet. 2006 ; 95 (suppl1) : S145-S160

32 Kosary C., Trimble E.L. Treatment and survival for women with Fallopian tube carcinoma: a population-based study Gynecol. Oncol. 2002 ; 86 : 190-191