

Case report

Cancer primitif du vagin et grossesse: à propos d'un cas

Primitive cancer of the vagina: a report of a case

Lamiaie Boutkhil^{1, &}, Sarah Amourak¹, Sofia Jayi¹, Fatimazahra Fdili Alaoui¹, Hakima Bouguern¹, Hikmat Chaara¹, Moulay Abdelilah Melhouf¹

¹Service de Gynécologie-Obstétrique II, CHU Hassan II de FES, Université Sidi Mohammed Benabdellah, Maroc

[&]Corresponding author: Lamiae Boutkhil, Service de Gynécologie-Obstétrique II, CHU Hassan II de FES, Université Sidi Mohammed Benabdellah, Maroc

Mots clés: Cancers primitifs du vagin, grossesse, HPV

Received: 10/05/2015 - Accepted: 19/05/2015 - Published: 22/04/2016

Abstract

Les cancers primitifs du vagin représentent 1 à 2% des tumeurs malignes gynécologiques, ils touchent surtout la femme ménopausée, donc l'association avec la grossesse est vraiment exceptionnelle. Dans la majorité des cas, il s'agit de cancers épidermoïdes. Les autres types histologiques sont plus rares. Le principal facteur de risque est une infection persistante à papillomavirus humain à l'origine des lésions de VAIN qui peuvent évoluer vers une forme invasive (5%). Le diagnostic clinique, souvent évident, doit être complété par une colposcopie, qui précisera la topographie exacte des lésions invasives mais aussi préinvasives éventuelles, et par un bilan d'extension clinique et paraclinique permettant le staging de la tumeur. Le traitement dépend du stade de la lésion, de l'âge de la patiente et du type histologique. Si le diagnostic est posé au cours du 3^{ème} trimestre, dès la maturité fœtale une extraction s'impose. Au cours du 2^{ème} trimestre, la décision est difficile, et va être discuté au cas par cas. Par contre au cours du 1^{er} trimestre une interruption thérapeutique de grossesse peut être proposée. La radiothérapie est la pierre angulaire du traitement qui apporte l'assurance d'être la plus conservatrice avec le minimum de séquelle. Les indications de la chirurgie sont plus rares. Le pronostic de ces cancers primitifs du vagin dépend du stade FIGO, de l'étendue de la lésion, et de l'âge jeune. A travers notre cas colligé au sein de notre service et une revue de la littérature, nous soulignons les caractéristiques diagnostiques thérapeutiques et pronostiques de cette entité.

Pan African Medical Journal. 2016; 23:219 doi:10.11604/pamj.2016.23.219.7031

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/219/full/>

© Lamiae Boutkhil 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.

Abstract

Primary vaginal cancer represents 1-2% of gynecologic malignancies, which mainly affect menopausal women. So, its association with pregnancy is really exceptional. In the majority of cases it is an epidermoid carcinoma. Other histologic types are rarer. Its main risk factor is persistent infection with human papillomavirus which causes VAIN lesions that may progress to invasive forms (5%). Clinical diagnosis, often obvious, must be complemented by a colposcopy, which determines the exact topography of invasive lesions as well as of potential preinvasive lesions and, by the assessment of clinical and paraclinical extension allowing cancer staging. The type of treatment depends on lesion stage, patient age and histological type. If the diagnosis is made in the third trimester, after documentation of fetal maturity, extraction is required. Decisions in the second trimester are difficult and must be discussed on a case-by-case basis. On the other hand, in the first trimester therapeutic abortion is recommended. Radiotherapy is the corner stone in cancer treatment. It is the most conservative treatment with minimal sequelae. Surgical indications are rarer. Prognosis of primary vaginal cancer depends on FIGO staging, lesion extension and early age. Through data collected in our department and a review of the literature we highlight the therapeutic, prognostic and diagnostic features of this entity.

Key words: Primary vaginal cancer, pregnancy, human papilloma virus, therapeutic abortion, radiotherapy, prognosis

Introduction

Le cancer du vagin est un cancer rare. Son association avec la grossesse est encore plus rare puisqu'il atteint moins de 10% des femmes ayant moins de 40 ans. Cette association rend la décision d'initier ou de différer le traitement délicate. A travers notre cas colligé au sein de notre service et une revue de la littérature, nous soulignons les caractéristiques diagnostiques thérapeutiques et pronostiques de cette entité.

Patient et observation

Mme EF âgée de 30 ans, quatrième geste, troisième part, mariée à l'âge de 15 ans, ayant un partenaire détenu. Sans antécédents gynéco obstétricaux particuliers, enceinte se dit à 18 semaines d'aménorrhées (SA) consulte pour des métrorragies évoluant depuis un mois, l'examen clinique objective un col macroscopiquement normal de taille normale souple (Figure 1) avec une masse de 2 à 3 cm au niveau de la paroi vaginale latérale droite sans envahissement des culs de sac vaginaux ni de l'urètre ni du col (Figure 2), le reste de l'examen somatique étant sans anomalie. La biopsie est en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant à caractère infiltrant. La décision de la RCP était de faire une interruption thérapeutique de grossesse et de compléter par une La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelienne. La patiente a été perdue de vue après son refus total de l'interruption de grossesse, puis s'est présentée à la salle d'accouchement enceinte à terme en travail. L'examen clinique objective des métrorragies de

faible abondance, une tuméfaction arrivant au tiers inférieur des parois latérales et antérieures du vagin avec envahissement des culs de sac vaginaux, un utérus étalé longitudinalement, des bruits cardiaques fœtaux positifs à 148 battements par minute. L'échographie obstétricale objective une grossesse monofœtale évolutive, en présentation céphalique, un placenta d'insertion fundique. Le liquide amniotique en quantité normale. Une césarienne a été réalisée, avec extraction d'un nouveau né de sexe féminin, d'apgar 10/10, poids de naissance 3100g. Les suites post opératoires sont simples. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelienne objective un processus au niveau du col faisant 90/80/105mm présentant un envahissement paramétrial distal bilatéral avec légère urétérohydronéphrose bilatérale. Le processus adhère au recto sigmoïde qui est très probablement envahi (Figure 3). La patiente a été adressée au service de radiothérapie.

Discussion

Le cancer primitif du vagin est rare, il représente 1 à 2% des cancers de l'appareil génital féminin. Il atteint moins de 1000 patientes par an en France avec un tiers de décès [1]. Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent, il correspond à 80% des cancers primitifs du vagin [2], alors que l'adénocarcinome, souvent développé à partir de l'épithélium glandulaire de la glande de Bartholin, ne représente que 5% [3]. Les autres types histologiques sont plus rares notamment: le mélanome, le sarcome, le léiomyosarcome et les métastases [1]. Seulement moins de 20 % des femmes atteintes sont âgées de moins de 40 ans [3], ce qui

explique le fait que son association avec la grossesse est très rare. Notre revue de littérature n'a révélé que dix cas.

États précancéreux du vagin

La Néoplasie intra-épithéliale vaginale (VAIN) constitue l'état précancéreux du vagin le plus courant. Elle est souvent accompagnée d'une néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN) et on croit que leur cause est semblable. On observe plus fréquemment la VAIN dans la partie supérieure du vagin et elle est souvent multifocale [4]. De nombreuses années peuvent être nécessaires (environ 5 à 10 ans) pour qu'un état précancéreux se transforme en cancer invasif du vagin, mais cela se produit parfois en moins de temps. Sur le modèle du col utérin et selon la classification de Bethesda, les néoplasies intra épithéliales vaginales sont classées néoplasies: de bas grade, ou VAIN 1, ou dysplasies légères; de haut grade, ou VAIN 2 ou 3, anciennes dysplasies moyennes ou sévères (ou carcinomes in situ) [5].

Facteurs de risques:

Sont reconnus comme des facteurs oncogènes, les HPV [6, 7] un antécédent d'hystérectomie, de radiothérapie pelvienne [8], l'existence d'un prolapsus vaginal extériorisé ou le port prolongé d'un pessaire [9]. L'exposition in utéro au diéthylstilboestrol (DES) [10, 11] augmente notamment le risque d'adénocarcinome à cellules claires dont l'incidence est estimée à 1% après 40 ans [6, 12], ainsi que les néoplasies du vagin et du col [13, 14].

Diagnostic:

Ce cancer est souvent révélé par la survenue de métrorragies, la patiente peut aussi consulter pour des dyspareunies ou pour une symptomatologie de fistule vésicovaginale ou rectovaginale, témoignant d'une lésion évoluée. La lésion peut aussi être mise en évidence sur un frottis cervicovaginal réalisé de manière systématique alors que le col est normal. A l'examen clinique ces tumeurs ont un aspect le plus souvent exophytique saignant au contact, parfois surinfecté [15]. C'est la biopsie qui permet le diagnostic positif avec certitude.

Extension du cancer du vagin

L'évolution tumorale est essentiellement locorégionale avec un risque métastatique modéré, ce qui explique l'importance des

thérapeutiques à visée locorégionale comme la chirurgie et la radiothérapie [16].

Stadifications FIGO et TNM:

Il s'agit d'une classification clinique des carcinomes infiltrants du vagin [17]. Une tumeur étendue à l'exocol et ayant atteint l'orifice externe doit être classée comme un carcinome du col utérin. Une tumeur intéressant la vulve est classée comme un carcinome vulvaire (Tableau 1 et Tableau 2).

Traitement et prise en charge:

Si le diagnostic est posé au cours du 3^{ème} trimestre, dès la maturité foetale une extraction s'impose. Au cours du 2^{ème} trimestre, la décision est difficile, et va être discuté au cas par cas. Par contre au cours du 1^{er} trimestre une interruption thérapeutique de grossesse peut être proposée. Si c'est la moitié inférieure du vagin qui est atteinte, la prise en charge sera identique à celle d'une tumeur vulvaire, par contre si c'est la moitié supérieure du vagin qui est atteinte, le néo du vagin sera traité comme un néo du col de l'utérus [18]. Le traitement des cancers du vagin associe chirurgie et radiothérapie. Cependant, la proximité anatomique d'organes critiques tels que la vessie et le rectum rend l'exérèse chirurgicale difficile. L'association d'une radiothérapie externe avec une curiethérapie vaginale est la stratégie thérapeutique la plus souvent utilisée [17, 19, 20].

Pronostic :

Les paramètres ayant un impact sur le taux de survie des patientes sont l'âge, l'étendue de la lésion et le stade FIGO [3, 17, 21]. Les tumeurs du tiers supérieurs seraient de meilleurs pronostics en comparaison aux tumeurs de la paroi vaginale postérieure. Le rôle du type histologique a été rapporté par de nombreux auteurs. Les adénocarcinomes sont reliés à un moins bon pronostic en comparaison aux carcinomes épidermoïdes [21].

Conclusion

Le cancer du vagin est un cancer rare, qui concerne essentiellement la femme âgée. Et donc l'association avec la grossesse est vraiment

exceptionnelle, cette association rend la décision d'initier ou de différer le traitement délicate.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge des patientes.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux et figures

Tableau 1: Classification TNM des tumeurs du vagin

Tableau 2: Correspondance des stades FIGO et TNM

Figure 1: Col macroscopiquement normal

Figure 2: Tuméfaction au niveau de la paroi vaginale latérale droite

Figure 3: Images scanographiques objectivant la masse

Références

1. Remy V, Mathevet P, Vainchtock A. Vulvar and vaginal cancers and dysplasia in France an analysis of the hospital medical information system (PMSI) database. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Dec; 147(2): 210-4. **PubMed | Google Scholar**
2. Murta EF, Neves Junior MA, Sempionato LR, Costa MC, Maluf PJ. Vaginal intraepithelial neoplasia: clinical-therapeutic analysis of 33 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2005 Oct;272(4):261-4. **PubMed | Google Scholar**
3. Smith JS, Backes DM, Hoots BE, Kurman RJ, Pimenta JM. Human papillomavirus type-distribution in vulvar and vaginal cancers and their associated precursors. *Obstet Gynecol.* 2009 Apr; 113(4): 917-24. **PubMed | Google Scholar**
4. Sugase M, Matsukura T. Distinct manifestations of human papilloma virus in the vagina. *Int J Cancer.* 1997 Jul 29; 72(3): 412-5. **PubMed | Google Scholar**
5. Eifel PJ, Berek JS, Markman MA. Cancer of the Cervix, Vagina and Vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 9th edition. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 1311-1344. **Google Scholar**
6. Zurhausen H. Are human Papillomavirus infections not necessary or sufficient causal factors for invasive cancer of the cervix. *Int J Cancer.* 1995; 63(2): 315-6. **PubMed | Google Scholar**
7. Kirkbride P, Fyks A, Rowling GA. Carcinoma of the vagina: experience at the Princess Margaret Hospital (1974-1989). *Gynecol Oncol.* 1995 Mar; 56(3): 435-43. **PubMed | Google Scholar**
8. Benedet JL, Sanders BH. Carcinoma in situ of the vagina. *Am J Obstet Gynecol.* 1984 Mar 1; 148(5): 695-700. **PubMed | Google Scholar**
9. Dixit S, Shingall S, Baboo HA. Squamous cell carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol.* 1993 Jan; 48(1): 80-7. **PubMed | Google Scholar**
10. Richart RM. The incidence of cervical and vaginal dysplasia after exposure to DES. *JAMA.* 1986 Jan 3; 255(1): 36-7. **PubMed | Google Scholar**
11. Robboy SJ, Noller KL, O'Brien P, Kaufman RH, Townsend D, Barnea AB et al. Increased incidence of cervical et vaginal dysplasia in 3980 diethylstilbestrol-exposed young women: experience of the National Collaboration diethylstilbestrol adenosis project. *JAMA.* 1984 Dec 7; 252(21): 2979-83. **PubMed | Google Scholar**
12. Turner-Warwick R, Eirby RS. The construction and reconstruction of the vaginal with the coloecum. *Surg Gynecol Obstet.* 1990 Feb; 170(2): 132-6. **PubMed | Google Scholar**

13. Thigpen JT, Blessing JA, Homesley HD, Berek JS, Creasman WT. Phase II trial of cisplatin in advanced or recurrent cancer of the vagina: a gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol.* 1986 Jan; 23(1): 101-4. **PubMed | Google Scholar**
14. Townsend DE, Levine RU, Crum CP, Richart RM. Treatment of vaginal carcinoma in situ with the carbon dioxide laser. *Am J Obstet Gynecol.* 1982 Jul 1; 143(5): 565-8. **PubMed | Google Scholar**
15. Masson SAS Document téléchargé le 18/03/2015 par SCD Paris Descartes (292681). **Google Scholar**
16. Murta EF, Neves Junior MA, Sempionato LR, Costa MC, Maluf PJ. Vaginal intraepithelial neoplasia: clinical-therapeutic analysis of 33 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2005 Oct;272(4):261-4. **PubMed | Google Scholar**
17. American joint committee on cancer. Vagina. In: Edge SB, Compton CC, Byrd DR, editors. *Cancer Staging Manual.* New York: Springer; 2009, p. 251-8. **Google Scholar**
18. Stryker JA. Radiotherapy for vaginal carcinoma: a 23-year review. *Br J Radiol.* 2000 Nov; 73(875): 1200-5. **PubMed | Google Scholar**
19. Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA, Wharton JT, Delclos L. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina: outcome and prognostic factors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1996 Jul 15; 35(5): 891-905. **PubMed | Google Scholar**
20. Rubin SC, Young J, Mikuta JJ. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications, and long-term follow-up. *Gynecol Oncol.* 1985 Mar; 20(3): 346-53. **PubMed | Google Scholar**
21. Hellman K, Lundell M, Silfverswärd C, Nilsson B, Hellström AC, Frankendal B. Clinical and histopathologic factors related to prognosis in primary squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 May-Jun; 16(3): 1201-11. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: Classification TNM des tumeurs du vagin	
Taille de la tumeur (T)	
T1	Tumeur limitée au vagin
T2	Tumeur intéressant le para-vagin sans atteindre la paroi pelvienne
T3	Tumeur atteignant la paroi pelvienne
T4	Tumeur envahissant la muqueuse de la vessie ou du rectum et/ou s'étendant au-delà du petit bassin
Adénopathies régionales (N)	
NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de signe d'envahissement ganglionnaire
N1	Envahissement des ganglions lymphatiques inguinaux ou pelviens.
Métastases	
Mx	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance.
M0	Pas de métastase à distance.
M1	Métastase à distance.
T: tumor ; N: node ; M : metastasis.	

Tableau 2: Correspondance des stadifications FIGO et TNM			
FIGO	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0-1	M0
IV-a	T4	N0-1	M0
IV-b	T1-4	N0-1	M1

FIGO: Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique; T: tumor; N: node; M: metastasis.



Figure 1: Col macroscopiquement normal



Figure 2: Tuméfaction au niveau de la paroi vaginale latérale droite

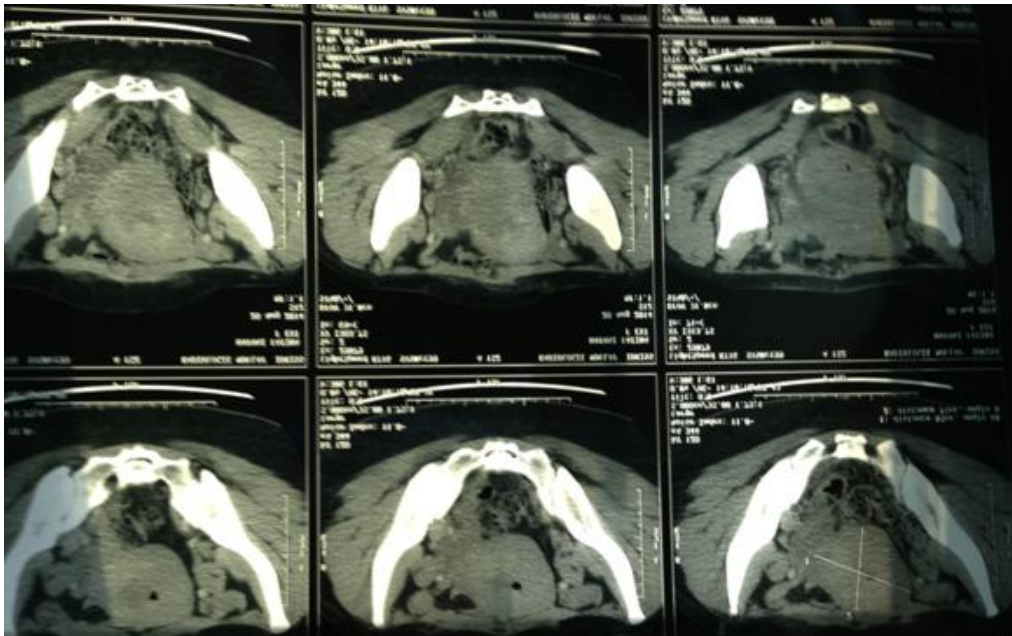


Figure 3: Images scanographiques objectivant la masse