

physical examination, he was found to have abdominal tenderness and distension, which were worse in the lower abdomen and suggestive of peritonitis. The blood test showed marked leukocytosis. The serum creatinine level was elevated to 28 mg/L with biochemical features of acute renal failure (K: 5.5 mmol/l, Na: 128 mmol/l). Abdominal ultrasonography detected a large amount of intraperitoneal fluid. Open exploration showed a large (3 cm) tumoral left bladder wall disruption. The bladder tumor was nearly in contact with the sigmoid without any evidence of digestive fistula. Also, both ureters showed moderate dilatation. Conservative treatment by bladder suture with urinary drainage was attempted at the first time. Then, total cystectomy with bilateral ureterocutaneostomy was performed 48 hours later. Post-operative course was unremarkable.

Figure 4: Microscopic aspect: Vimentin positivity on spindle cell component (IHC x 400).



Conclusion

Bladder perforation associated with bladder cancer is an extremely rare cause of spontaneous rupture. The early diagnosis and the urgent surgical repair are the keys for such condition management.

References

1. Arenas LF, Fontes DA, Pereira EM, Hering FL. Sarcomatoid carcinoma with osseous differentiation in the bladder. *Int Braz J Urol.* 2006;32: 563-5.
2. Lopez-Beltran A, Pacelli A, Rothenberg HJ, et al. Carcinosarcoma and sarcomatoid carcinoma of the bladder: clinicopathological study of 41 cases. *J Urol.* 1998;159:1497-503.
3. Perret L, Chaubert P, Hessler D, Guillou L. Primary heterologous carcinosarcoma (metaplastic carcinoma) of the urinary bladder: a clinicopathologic, immunohistochemical and ultrastructural analysis of eight cases and a review of the literature. *Cancer.* 1998;82:1535-49.
4. Lee JH, You HW, Lee CH. Spontaneous intra peritoneal bladder perforation associated with urothelial carcinoma with divergent histologic differentiation, diagnosed by CT cystography. *Korean J Urol.* 2010;51:287-90.
5. Holmäng S, Kleist H, Lundstam S, Borghede G. Spontaneous perforation of the bladder after external beam radiotherapy for bladder carcinoma. *J Urol.* 1996;155:645.

Sataa Sallami¹, Ines Chelly², Chafik Kacem³, Mohamed Ben Slima³

1Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital la Rabta, Service d'Urologie, Tunis, Tunisie;

2Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital la Rabta, Service d'Anatomopathologie, Tunis, Tunisie;

3Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital la Rabta, Service de Chirurgie générale "B", Tunis, Tunisie

Carcinosarcome utérin

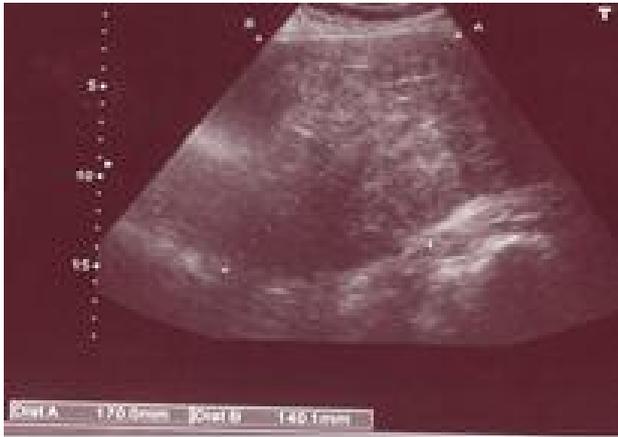
Le carcinosarcome constitue une entité pathologique relativement rare dont l'incidence paraît augmenter ces dernières années. Ceci est dû à une étude anatomopathologique plus précise et le recours à l'immunohistochimie. Les carcinosarcomes et les leiomyosarcomes constituent les sarcomes utérins les plus rencontrés, ils représentent environ 80% des sarcomes utérins [1]. Le carcinosarcome de l'endomètre représente moins de 1,5% de l'ensemble des tumeurs malignes du corps utérin [2]. Le carcinosarcome de l'endomètre est caractérisé par l'existence simultanée de deux composantes respectivement au dépend du tissu épithélial et mésenchymateux de l'endomètre. Les carcinosarcomes surviennent autour de la ménopause mais surtout en post ménopause, le plus souvent chez les femmes de plus de 65ans [3] avec un âge moyen de 53ans. L'IRM pelvienne ne permet pas de distinguer les carcinosarcomes des autres tumeurs de l'endomètre. Cependant elle garde un intérêt majeur dans le bilan d'extension. Seul l'examen anatomopathologique et immunohistochimique de la pièce opératoire permet de confirmer le diagnostic du carcinosarcome avec certitude en mettant en évidence la présence simultanée des deux composantes épithéliale et conjonctive malignes de la tumeur. Le carcinosarcome de l'endomètre est caractérisé par une évolution rapide et un mauvais pronostic.

Observation

Madame H.A âgée de 73ans, hypertendue, ménopausée depuis 35 ans, a consulté pour des métrorragies avec des douleurs pelviennes évoluant depuis un mois. L'examen gynécologique initial a trouvé un utérus augmenté de taille comme 12 semaines d'aménorrhée (SA). Le reste de l'examen somatique était normal. L'échographie pelvienne a montré un utérus augmenté de taille, avec une cavité occupée par un processus corporel échogène hétérogène faisant 28*51mm vascularisé au Doppler évoquant une tumeur de l'endomètre (Figure 1). Les annexes avaient un aspect normal et sans épanchement dans le douglas. Devant les métrorragies, la patiente a eu un curetage biopsique de l'endomètre avec polypectomie, dont l'étude histologique a objectivé un carcinome de l'endomètre. L'IRM pelvienne a montré une masse tumorale du fond utérin et de la paroi antérieure mesurant 52 mm avec un envahissement myométrial inférieur à 50%, sans signe d'extension aux paramètres et sans atteinte ganglionnaire (Figures 2 et 3). Une radiographie du thorax a montré une cardiomégalie sans anomalie du

parenchyme pulmonaire. A l'échographie abdominale, le foie était normal. L'exploration chirurgicale a montré un utérus comme 10 SA, mou sans effraction de la séreuse utérine. Les deux trompes étaient d'aspect normal et les deux ovaires de petite taille. Il n'y avait pas d'épanchement dans le douglas, le foie avait un aspect normal.

Figure 1 : Aspect échographique du processus intracavitaire



Pas d'adénopathie palpable au niveau des chaînes iliaques ou lombosacrées. La patiente a eu une hystérectomie totale avec une annexectomie bilatérale et un curage iliaque bilatéral. L'examen histologique a montré une prolifération de deux composantes une épithéliale faite de structures glandulaires tapissées par un épithélium cylindrique, la seconde composante est conjonctive prédominante elle est faite par une prolifération de cellules fusiformes avec des atypies nucléaires marquées et des mitoses assez nombreuses. A l'étude immuno-histochimique, les cellules épithéliales étaient positives pour la kératine, les cellules mésenchymateuses étaient positives seulement pour la vimentine. Le myomètre était infiltré dans son tiers interne. Le col, le vagin et les annexes étaient sains. Les ganglions étaient négatifs. La tumeur a été classée stade I, la patiente a eu ensuite une radiothérapie pelvienne à la dose de 50Gy bien tolérée. Actuellement après un 2 et demi, elle est en rémission clinique et les bilans de contrôle radiologique sont négatifs.

Conclusion

Le diagnostic des carcinosarcomes utérins doit être précoce car la survie des patientes est corrélée au stade tumoral. Paradoxalement, ce diagnostic se fait le plus souvent a posteriori sur la pièce d'hystérectomie. L'amélioration du diagnostic préopératoire de ces cancers de mauvais pronostic passera par une meilleure appréhension de ces tumeurs par le clinicien qui devra savoir évoquer le carcinosarcome utérin devant tout « utérus fibromateux » de présentation ou d'évolution atypique, notamment chez la femme ménopausée.

Figure 2 : IRM pelvienne coupe sagittale



Figure 3 : IRM pelvienne coupe transversale



Références

- [1] Reed NS. Uterine sarcomas: the biggest challenge? Clin Oncol 2002; 14: 50-53.
- [2] Donner LR, Ludvick R. Uterine carcinosarcoma with complete sarcomatous overgrowth mimicking pure embryonal rhabdomyosarcoma. Int J Gynecol Pathol 2003; 22: 89-91.
- [3] Ishibashi M, Fujiwaki R, Nakayama I et al. Endometrial carcinosarcoma presenting as tibial metastasis. Int J Clin Oncol 2007 Aug; 12: 305-8.

Nabil Mathlouthi, Aroua Belgharbi, Olfa Slimani, Riadh Ben Temime, Tahar Makhoul, Leila Attia, Abdellatif Chachia

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle Service de gynécologie Obstétrique « A », Tunis, Tunisie