

Angioléiomyome vaginal : A propos d'un cas

[Vaginal Angioleiomyoma: A case report]

Moulay El Mehdi ElHassani¹, Youssef Benabdejilil¹, Abdellah Babahabib¹, Adil Boudhas², Mohamed Boukhachba², Mohammed Oukabli², Jaouad Kouach¹, Driss Moussaoui¹, and Mohammed Dehayni¹

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V- Rabat, Maroc

²Service d'Anatomie-Pathologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V- Rabat, Maroc

Copyright © 2014 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Vaginal Angioleiomyoma is a rare entity. We report a case of vaginal Angioleiomyoma with literature review. Our case was about a 48 years old woman who consulted for a nodule in the posterior wall of the vagina. The surgery allowed removal of a tissue-like structure of 2 cm. The final histologic diagnosis was a vaginal Angioleiomyoma.

KEYWORDS: Angioleiomyoma, Vagina, Pelvic MRI, case report.

RESUME: L'Angioléiomyome vaginal est une entité rare. Nous rapportons un cas d'angioléiomyome au niveau de la paroi postérieure du vagin avec revue de la littérature. Il s'agissait d'une patiente âgée de 48 ans admise pour nodule au niveau de la paroi postérieure du vagin évoluant depuis un an. L'intervention chirurgicale a permis l'exérèse d'une structure d'allure tissulaire de 2 cm. Le diagnostic histologique final était un angioléiomyome vaginal.

MOTS-CLEFS: Léiomyome, Vagin, Échographie, IRM pelvienne, cas clinique.

1 INTRODUCTION

L'angioléiomyome vaginal est une entité rare. Il se présente le plus souvent sous forme d'un nodule et pose le problème de différenciation entre les formes bénignes et malignes [1]. Nous rapportons le cas d'une patiente avec un angioléiomyome vaginal. A travers cette observation, les auteurs discutent les différents aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie rare.

2 OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 48 ans, troisième geste, troisième pare, sans antécédents pathologiques particuliers, aux cycles réguliers, utilisant une contraception naturelle par méthode d'Ogino-Knaus, qui consultait dans notre formation pour un nodule vaginal de découverte fortuite lors de toilettes intimes, évoluant depuis un an, sans autres signes associés. L'examen du vagin au spéculum retrouvait un nodule au niveau de la paroi postérieure du vagin, bien limité, indolore, mobile par rapport au plan profond non ulcérée et sans signes inflammatoires en regard. Il n'y avait pas d'adénopathies inguinales. Le reste de l'examen gynécologique était sans particularités. Une IRM pelvienne réalisée avait révélé la présence d'une formation kystique en isosignal T1 et T2 de siège sous muqueux au niveau de la paroi postérieure du vagin mesurant 16 mm de grand axe (Figure 1). Cette lésion refoulait la muqueuse vaginale en avant qui était intacte ainsi que la cloison recto-vaginale en arrière sans l'envahir. La muqueuse rectale était d'aspect IRM normale. L'utérus était de taille et de morphologie

normale et il n'y avait pas d'adénopathies iliaques associées. L'intervention chirurgicale avait permis l'exérèse d'une structure d'allure tissulaire nacrée de 2 cm (Figure 2 a,b). L'examen histologique avait montré une prolifération nodulaire, limitée en périphérie par une capsule fibreuse fine. Ces cellules tumorales étaient fusiformes pourvues de noyaux allongés à bords arrondies sans atypies cytonucléaires et délimitaient des fentes de taille variable. Le stroma était fibreux montrant des remaniements myxoïdes sans nécrose tumorale (Figure 3 a,b). A l'examen immunohistochimique, les cellules tumorales exprimaient de manière diffuse et intense l'anticorps CD34 (Figure 4). Les suites post opératoires de la patiente étaient simples. Après six mois, l'examen clinique n'avait pas objectivé de récurrence.

3 DISCUSSION

Les tumeurs du muscle lisse sont rarement localisées au niveau du vagin, elles sont beaucoup plus fréquentes au niveau de l'utérus. Les tumeurs du muscle lisse de l'utérus ont leurs propres critères de malignité qui ne s'appliquent pas à celles du muscle lisse du vagin. Les tumeurs du muscle lisse ont été classées initialement sur la base de leur emplacement superficiel ou profond. Les lésions génitales ont été placées dans la catégorie du muscle lisse superficiel qui inclut le léiomyome cutané et l'angioléiomyome. Cependant, les tumeurs du muscle lisse du vagin diffèrent cliniquement et histologiquement de ceux du muscle lisse cutané et ne doivent pas avoir la même classification [2]. Trois catégories de tumeurs du muscle lisse sont actuellement reconnues, chacune avec ses propres critères de malignité, superficielle (inclus le mamelon), génitale (vulve, vagin, scrotum) et profonde (utérus).

Les tumeurs du muscle lisse du vagin peuvent être rencontrées à différents âges, mais plus ordinairement à la quatrième et la cinquième décennie de vie [1,2]. Elles se présentent typiquement comme une masse sous-cutanée. Ces masses ont des tailles variables, mais quand elles sont bénignes elles sont circonscrites et leur taille est comprise entre 30 et 50mm, en revanche, quand elles sont malignes, elles ont tendance à être infiltrantes et de plus grande taille, supérieure à 50 mm [1,2]. L'IRM reste le meilleur outil radiologique pour analyser et caractériser les lésions vulvo-vaginales [3]. Une constatation caractéristique de signal faible imitant l'intensité du muscle lisse dans les images pondérées en T2 est la clé du diagnostic. Le signal est iso intense en T1 et peut être rehaussé par l'injection de gadolinium [4]. Les tumeurs du muscle lisse du vagin présentent trois principaux modèles histologiques, en fuseau, épithélioïde et myxohyalin. Ces modèles peuvent être mélangés ou purs. Le fuseau est comparable à celui des léiomyomes du corps utérin, se composant de cellules en forme de fuseau avec des quantités modérées de cytoplasme éosinophile, avec des noyaux allongés ou ovoïdes et des extrémités arrondies ou émoussées formant des fascicules entrelacés [5]. Dans le modèle myxohyalin, qui est commun dans les tumeurs du muscle lisse de la région vulvo-vaginale, les cellules du fuseau néo-plastique sont séparées par du matériel myxohyalin avec occlusion des petits fascicules donnant un aspect en dentelle ou plexiforme. Dans le modèle épithélioïde, une combinaison de cellules épithélioïdes et en fuseaux est souvent rencontrée, avec les anciennes cellules qui sont arrondies avec des quantités modérées de cytoplasme éosinophile ou clair [5]. En raison de la relative rareté des tumeurs du muscle lisse du vagin et des séries de cas avec suivi à long terme, il existe des difficultés à prédire avec fiabilité le risque de récurrence et de différencier entre tumeurs malignes et bénignes.

Des auteurs ont proposé des critères pour distinguer entre léiomyome et léiomyosarcome vaginal [6]. Les tumeurs qui présentent trois ou toutes les caractéristiques suivantes doivent être considérées comme sarcome :

- > 5cm dans sa plus grande dimension ;
- marges infiltrantes [7] ;
- > 5 mitoses par dix champs au fort grossissement ;
- atypie cytologique modérée à sévère.

Une tumeur qui n'a qu'une seule de ces caractéristiques doit être diagnostiquée comme léiomyome, et celle qui présente deux de ces caractéristiques doit être considérée comme léiomyome atypique bénin [1]. La présence de nécrose coagulatrice au sein de la tumeur est une caractéristique, qui doit soulever la possibilité de sarcome si elle est combinée avec l'une des caractéristiques citées ci-dessus [8]. Le sarcome doit être excisé avec des marges qui passent en zone saine ; le léiomyome et le léiomyome atypique doivent bénéficier d'un traitement conservateur avec surveillance prudente et à long terme.

4 CONCLUSION

L'angioléiomyome vaginal est une entité rare. Il se présente typiquement comme un nodule sous muqueux d'allure bénigne. L'IRM est le meilleur outil radiologique pour caractériser la tumeur et étudier ses rapports. L'histologie donne le diagnostic et permet d'éliminer un léiomyosarcome. L'angioléiomyome et le léiomyome atypique doivent bénéficier d'un traitement conservateur avec surveillance prudente et à long terme vu le risque de récurrence.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

REFERENCES

- [1] Nielsen G.P., Rosenberg A.E., Koerner F.C., Young R.H., Scully R.E. Smooth-muscle tumors of the vulva: a clinicopathologic study of 25 cases and review of the literature *Am J Pathol* 1996 ; 20 : 779-793.
- [2] Newman P.L., Fletcher C.D.M. Smooth muscle tumours of the external genitalia: clinicopathological analysis of a series *Histopathology* 1991 ; 18 : 523-529.
- [3] Akakpo J., Lauratet B., Badachi Y., Genestie C., Capron F., Lefranc J. , et al. Les lésions vulvo-vaginales: aspects en imagerie avec corrélation anatomo-clinique *J Radiol* 2007 ; 88 (10) : 1512-1513.
- [4] Fasih N., Shanbhogue P.A.K., Macdonald D.B., Fraser-Hill M.A., Papadatos D. , et al. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations *RadioGraphics* 2008 ; 28 : 1931-1948.
- [5] Nucci M.R., Fletcher C.D.M. Vulvovaginal soft tissue tumours: update and review *Histopathology* 2000 ; 36 (2) : 97-108.
- [6] Pittukijronnakorn S., Leelachaikul P., Chittacharoen A. Labial leiomyoma: a case report *J Med Assoc Thai* 2005 ; 88 (1) : 118-119.
- [7] Zhou J., Ha B.K., Schubeck L., Chung-Park M. Myxoid epitheloid leiomyoma of the vulva: a case report *Gynecol Oncol* 2006 ; 103 (1) : 342-345.
- [8] Bell S.W., Kempson R.L., Hendrickson M.R. Problematic uterine smooth muscle neoplasms. A clinicopathologic study of 213 cases *Am J Surg Pathol* 1994 ; 18 : 535-558.

ANNEXES



Figure 1: Coupe sagittale du pelvis montrant la présence d'une formation kystique en isosignal T1 et T2 de siège sous muqueux au niveau de la paroi postérieure du vagin mesurant 16 mm de grand axe.



Figure 2a



Figure 2b

Figure 2 a,b : Vue macroscopique de l'Angioléiomyome excisé.

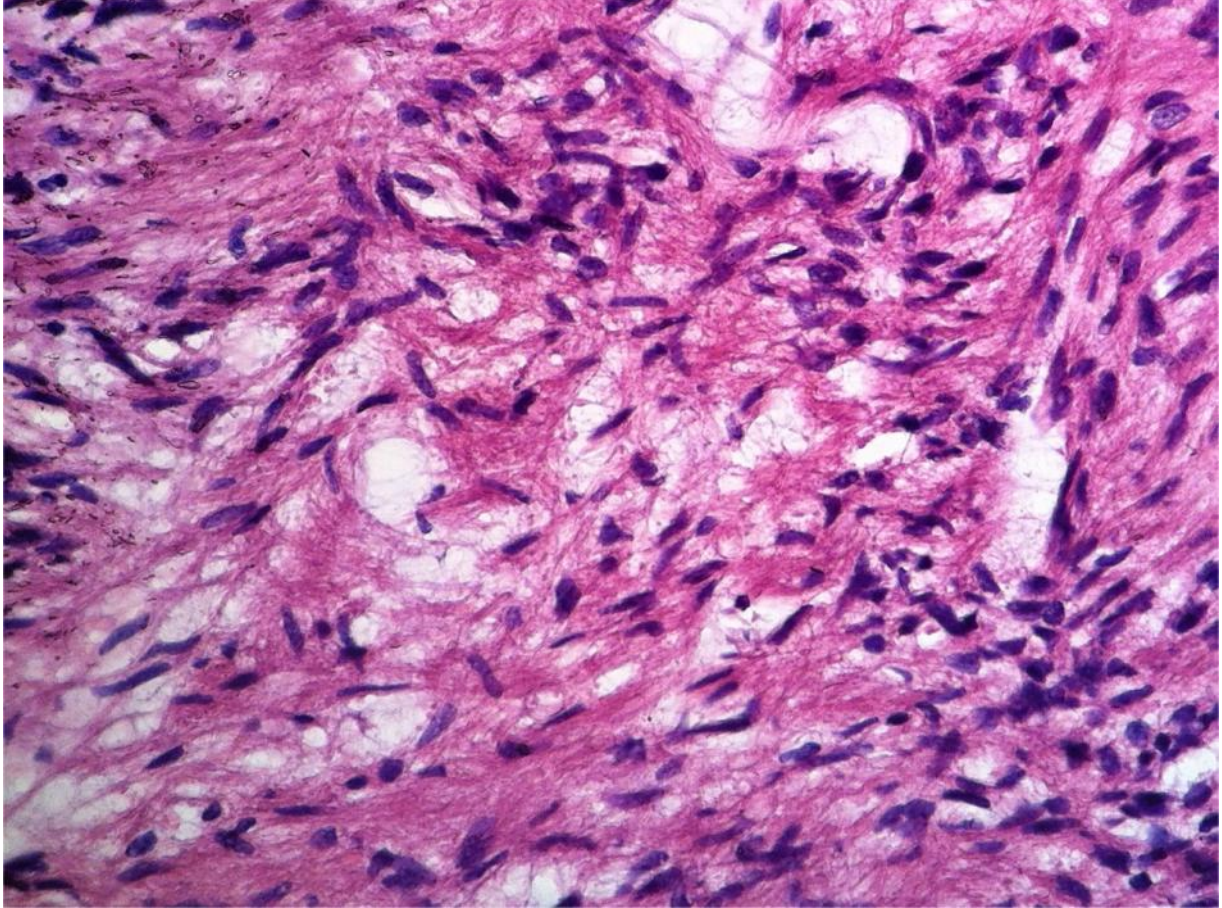


Figure 3a: Hematoxyline Eosine, GX20

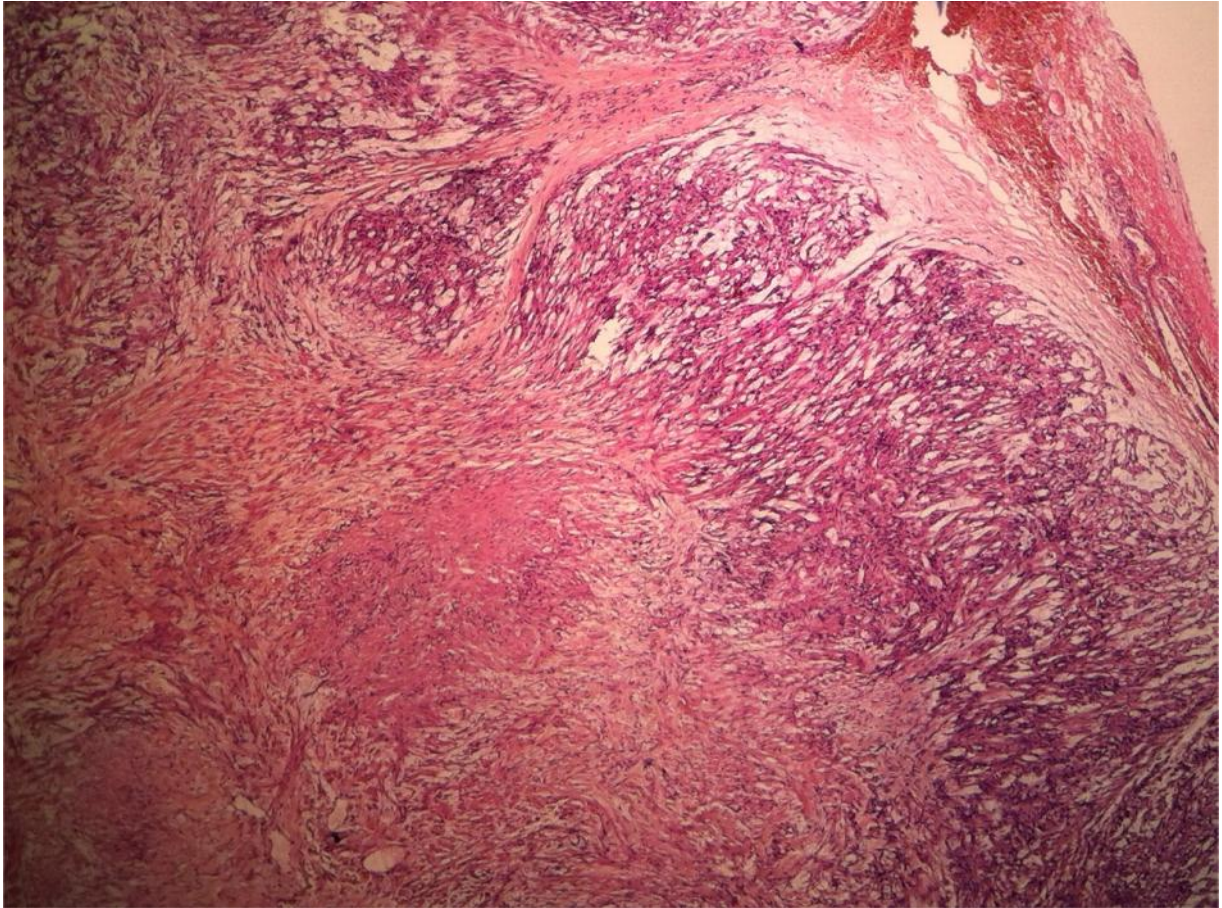


Figure 3b: Hematoxyline Eosine GX4

Figure 3 a,b: Prolifération nodulaire de cellules fusiformes pourvues de noyaux allongés à bords arrondies sans atypies cytonucléaires.

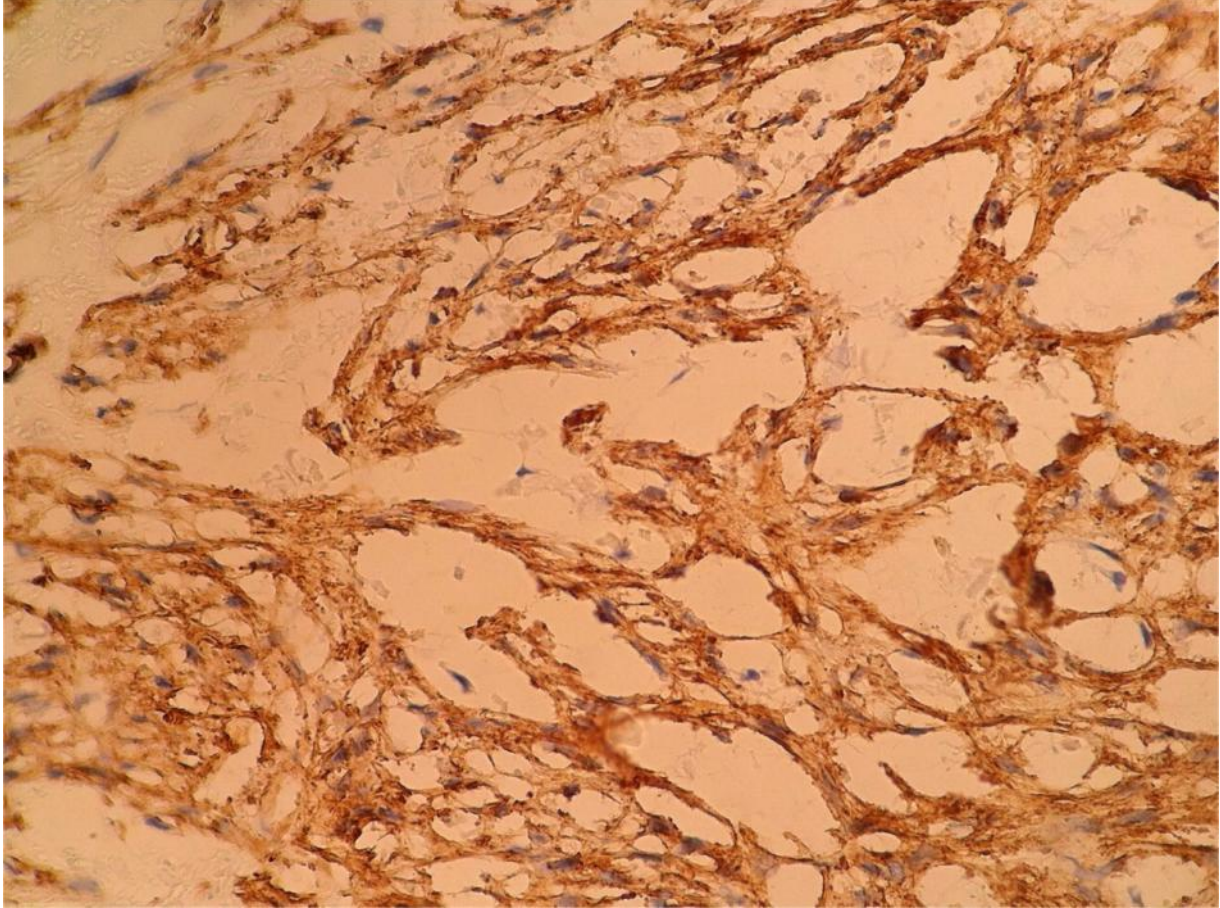


Figure 4: Immunohistochimie: Marquage intense et diffus de l'anticorps CD34.