



## Cas Clinique

# Métastase Cérébrale d'un Cancer de l'Endomètre dans un Territoire Infarci : À Propos d'un Cas

*Brain metastasis from an endometrial cancer in an infarct territory: a case report*

Atenguena Etienne<sup>1</sup>, Ngarka Leonard<sup>1</sup>, Tabola Lionel<sup>1</sup>, Esson Mapoko Berthe Sabine<sup>1</sup>, Mapenya Ruth<sup>1</sup>, Nwatsock Joseph Francis<sup>1</sup>, Kenmogne Sandrine Adeline<sup>1</sup>, Ndom Paul<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales-Université de Yaoundé I

**Auteur correspondant :** TABOLA Lionel ; [magnantr@yahoo.fr](mailto:magnantr@yahoo.fr); 677459538

**Mots clés:** cancer, endomètre, métastase, infarctus cérébral

**Key words:** cancer, endometrial, metastasis, cerebral infarction

## RÉSUMÉ

Le cancer et un accident vasculaire cérébral peuvent coexister chez un patient. Certaines tumeurs ont un faible tropisme cérébral. Nous rapportons un cas de métastase cérébrale d'un cancer de l'endomètre siégeant dans le territoire d'infarctus de l'artère sylvienne droite survenue chez une patiente de 68 ans. Elle avait présenté en l'intervalle de deux mois, 02 épisodes d'hémiplégie gauche. Le scanner du premier épisode confirmait un infarctus sylvien droit, la patiente avait totalement récupéré. Au deuxième épisode, l'IRM mettait en évidence une plage pariétale droite hypo intense ainsi que deux processus parenchymateux, l'un pariétal droit et l'autre pariétal gauche. L'imagerie est indispensable pour poser le diagnostic de métastase cérébrale au sein d'un territoire infarci.

## ABSTRACT

Cancer and stroke can co-exist in a patient. Some tumors have a low cerebral tropism. We report a case of cerebral metastasis of an endometrial cancer located in the infarct territory of the right sylvian artery in a 68-year-old female patient. She presented 02 episodes of left hemiparesis within two months. The CT scan of the first episode shown a right sylvian infarction, she fully recovered. In the second episode, the MRI showed a hypointense right parietal area and two parenchymal processes: one in the right parietal area and the other in the left parietal area. Imaging is essential for the diagnosis of brain metastasis within an infarcted territory.

## INTRODUCTION

Le cancer et l'accident vasculaire ischémique sont fréquents chez les sujets âgés [1]. Un patient peut présenter l'une ou l'autre pathologie de manière séparée ou concomitante. Les métastases de certains cancers comme celui de l'endomètre à un très faible tropisme pour le cerveau. Elles sont rares, et ne surviennent que dans 0.3 à 1.16% [2]. Nous rapportons un cas de métastase cérébrale d'un cancer de l'endomètre siégeant dans le territoire d'infarctus de l'artère sylvienne droite.

## PRÉSENTATION DU CAS

Il s'agissait d'une patiente de 68 ans, hypertendue depuis 20 ans auparavant et contrôlée par la prise quotidienne d'amlodipine 10mg, ménopausée depuis 18 ans sans traitement substitutif hormonal. Elle se plaignait d'un saignement per vaginal post ménopausique avec un flux croissant évoluant depuis 12 mois, associé à une pelvialgie d'intensité légère. Elle avait opté pour des thérapies alternatives durant ces 12 mois sans amélioration des symptômes. Lors d'une consultation spécialisée du

07/11/2021, un scanner thoraco-abdomino-pelvien mettait en évidence un épaississement irrégulier de l'endomètre, une absence d'infiltration de la séreuse, une absence de localisation secondaire. Une hystérectomie avait été réalisé le 17/11/2021. L'analyse de la pièce d'hystérectomie révélait un adénocarcinome endométriode grade III de l'endomètre, infiltrant plus de 50% du myomètre. Le traitement adjuvant n'avait pas été honoré par la patiente. La patiente avait présenté une hémiplégie droite proportionnelle (avec force musculaire à 3/5) d'installation brutale le 10/12/2021. Elle n'avait pas eu de convulsion. Sa tension artérielle était de 201/122 mmhg, la fréquence cardiaque à 89 battements par minute. Elle n'avait pas de signe d'hypertension intracrânienne. Le NIHSS score était de 5. Le diagnostic d'infarctus du territoire de l'artère sylvienne droite avait été retenu, le scanner cérébral sans injection de produit de contraste réalisé 48 heures après l'installation du déficit retrouvait une hypodensité du territoire de l'artère sylvienne droite profonde (figure 1). Elle a été prise en charge par clopidogrel 75mg, rosuvastatine 20mg, et amlodipine

10mg, ce qui a induit une récupération totale de la force musculaire avec un NIHSS score à 0. Trois mois après l'infarctus cérébral, la patiente a présenté une récurrence de l'hémiplégie gauche proportionnelle d'installation brutale avec participation faciale. La pression artérielle était de 133/90 mmHg, la fréquence cardiaque à 90 battements par minute. Le scanner cérébral réalisé mettait en évidence 02 processus expansifs pariétaux droit et gauche spontanément hyperdenses, se rehaussant intensément après injection de produit de contraste, hétérogènes cernés d'une hypodensité (figure 2a). L'IRM cérébrale réalisée objectivait 02 processus parenchymateux pariétal bilatéral de 29mm (droite) et 22mm (gauche), de signal hétérogène à toutes les séquences avec restriction à l'ADC avec prise de contraste et important œdème périphérique (figure 2b et 2c); ainsi qu'une plage pariétale droite hypo intense en T1 (figure 2b), hyper intense en T2 (figure 2c), une diffusion avec restriction à l'ADC sans prise de contraste (en rapport avec une zone d'ischémie semi récente du territoire sylvien droit). L'électrocardiogramme, l'échographie cardiaque ainsi que l'échographie des troncs supra aortiques n'avaient pas d'anomalie. La mammographie et le scanner thoraco-abdomino-pelvien étaient sans anomalie. Une radiothérapie encéphalique avait été proposée à la patiente qui a été perdue de vue sans la débiter.

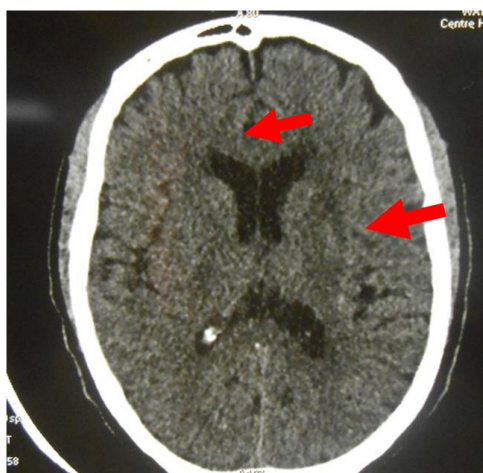


Figure 1 : scanner cérébral avec hypodensité du territoire de l'artère sylvienne profonde gauche (flèche rouge)

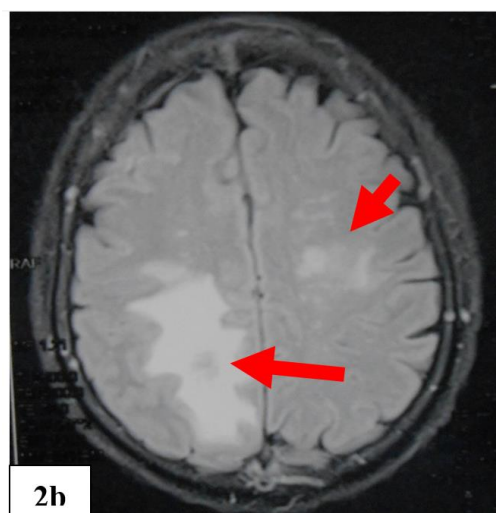
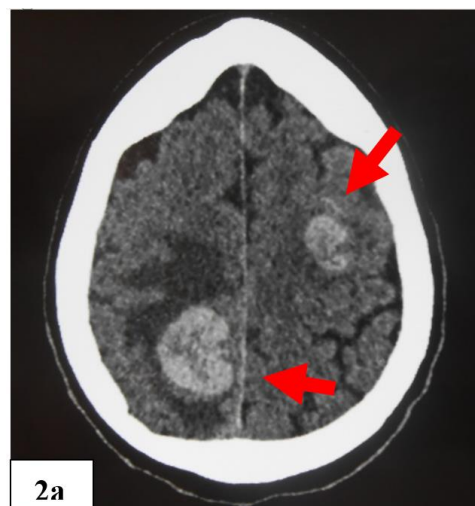


Figure 2 : processus parenchymateux pariétaux (flèches rouges). a Scanner cérébral. b IRM cérébrale en T1. c IRM cérébrale en T2

## DISCUSSION

Lors de l'évolution naturelle du cancer de l'endomètre, les sites métastatiques de prédilection sont pelviens et ganglionnaires (para aortiques). Moins fréquemment, il y'a atteinte du foie, des poumons, et des os [3]. Le type histologique retrouvé chez la patiente est celui le plus fréquemment retrouvé. Elle avait un cancer de haut grade. Les tumeurs de haut grade ont un caractère agressif et une grande propension aux métastases [4]. La voie de dissémination hématogène serait la voie utilisée par les cellules cancéreuses endométriales pour arriver au cerveau. Elles quitteraient le pelvis pour les poumons, passeraient ensuite par les artères carotides pour arriver au cerveau [5]. Les patientes ayant des métastases cérébrales ont généralement d'autres métastases extra cérébrales, notamment pulmonaires. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien n'avait pas retrouvé de localisation secondaire extra cérébrale. Le déficit moteur apparu chez la patiente pouvait être en rapport avec plusieurs étiologies. Seule l'imagerie dans ce cas permet d'avoir un diagnostic. L'imagerie par résonance magnétique réalisée par la patiente retrouvait des images compatibles avec celle de métastases cérébrales concomitantes à celle d'un infarctus cérébral. Un accident vasculaire cérébral survenant chez un patient ayant un cancer peut être hémorragique ou ischémique [6]. L'infarctus cérébral est le type le plus fréquemment retrouvé [7]. Le risque d'infarctus cérébral est élevé les premiers mois après qu'un diagnostic de cancer soit posé [8]. Le lien entre infarctus cérébral et cancer est complexe. Le cancer aggrave les causes d'infarctus telles que l'athérosclérose, l'hypercoagulabilité ou encore la maladie des petits vaisseaux [9]. Le traitement des cancers (radiothérapie, chimiothérapie) sont associés à un risque accru d'infarctus cérébral [10]. La modification du micro environnement (néo vascularisation, fuite de la barrière hémato-méningée) induite par un infarctus cérébral serait un facteur de risque de métastases cérébrales [11]. L'irradiation cérébrale fait partie du traitement des métastases cérébrales. Notre patiente avait été perdue de vue, ce qui est souvent le cas des patients ayant un cancer dans notre contexte [12].

## CONCLUSION

Nous avons rapporté un cas rare de métastase cérébrale d'un cancer de l'endomètre siègeant dans un territoire infarci d'une artère cérébrale. L'imagerie a permis de diagnostiquer une association de pathologies ayant la même présentation clinique.

## CONTRIBUTION DES AUTEURS

Décision de soumettre le manuscrit à la publication : NL.  
Rédaction du manuscrit : AE, TL, EMBS, MR, NJF, KSA, NP.

Tous les auteurs ont participé à la relecture du manuscrit.

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## RÉFÉRENCES

1. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017 ; 67(3):177-93
2. Uccella S, Morris JM, Multinu F, Cliby WA, Podratz KC, Gostout BS, et al. Primary brain metastases of endometrial cancer: A report of 18 cases and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2016; 142(1):70-5.
3. Orrù S, Lay G, Dessì M, Murtas R, Deidda MA, Amichetti M. Brain metastases from endometrial carcinoma: report of three cases and review of the literature. *Tumori.* 2007; 93(1):112-7
4. Gien LT, Kwon JS, D'Souza DP, Radwan JS, Hammond JA, Sugimoto AK, et al. Brain metastases from endometrial carcinoma: a retrospective study. *Gynecol Oncol.* 2004;93(2):524-8
5. Nasu K, Satoh T, Nishio S, Nagai Y, Ito K, Otsuki T, et al. Clinicopathologic features of brain metastases from gynecologic malignancies: a retrospective study of 139 cases (KCOG-G1001s trial). *Gynecol Oncol.* 2013 ; 128(2):198-203
6. Katz JM, Segal AZ. Incidence and etiology of cerebrovascular disease in patients with malignancy. *Curr Atheroscler Rep.* 2005 ;7(4):280-8
7. Cestari DM, Weine DM, Panageas KS, Segal AZ, DeAngelis LM. Stroke in patients with cancer: incidence and etiology. *Neurology.* 2004; 62(11):2025-30
8. Zöller B, Ji J, Sundquist J, Sundquist K. Risk of haemorrhagic and ischaemic stroke in patients with cancer: a nationwide follow-up study from Sweden. *Eur J Cancer.* 2012; 48(12):1875-83
9. Navi BB, Iadecola C. Ischemic stroke in cancer patients: A review of an underappreciated pathology. *Ann Neurol.* 2018; 83(5):873-83
10. Bang OY, Chung JW, Lee MJ, Seo WK, Kim GM, Ahn MJ et al. Cancer-Related Stroke: An Emerging Subtype of Ischemic Stroke with Unique Pathomechanisms. *J Stroke.* 2020; 22(1):1-10
11. Kim J, Jung G, Kim HG, Kim JY, Yang GY, Kim YZ. Role of cancer emboli as a metastatic core on the growth of brain metastasis in patients with non-small cell lung cancer. *J Neurointensive Care.* 2020;3(1):12-9
12. Tchounzou R, Simo Wambo AG, Nana Njamen T, Ofakem Ilick I, Tatah Neng H, Dadao F, and al. Patients Lost to Follow-Up for Cervical Cancer in the Limbe Regional Hospital. *J Glob Oncol.* 2019; 5: JGO.18.00067. doi: 10.1200/JGO.18.00067