

Vagin

Données cliniques

Antécédents :

- Symptômes
- Dysplasie connue, carcinome in situ ou cancer invasif du col de l'utérus
Carcinome connu de l'endomètre, de l'ovaire ou des organes génitaux externes
- Thérapies antérieures : interventions chirurgicales antérieures, état après radiothérapie et/ou chimiothérapie, exposition prénatale au diéthylstilbestrol
- Résultats des constatations cytologiques et histologiques préliminaires :
Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut ou bas grade (HSIL/LSIL), néoplasies intra-épithéliales vaginales de grade 1 à 3 (VAIN 1-3), carcinome in situ, adénose
- Résultats du diagnostic du HPV

Résultats cliniques : tumeur, polype, ulcère

Diagnostic différentiel clinique

Informations sur le prélèvement à analyser :

- Type et localisation de la lésion : lésion à droite, à gauche, antérieure, postérieure et hauteur de la lésion (tiers supérieur, moyen, distal du vagin).
Pour les pièces de résection, demander un croquis ou une photo au chirurgien si nécessaire
- Technique de prélèvement des tissus : biopsie par excision, pièce de résection vaginale, colpectomie/vaginectomie (avec/sans hystérectomie simultanée)

Macroscopie

Pièces opératoires

- État du tissu
 - Natif/fixé
 - Orientable à l'aide de repères au fil de suture, d'un croquis ou d'une photo fournis, ou non orientable
- Type de tissu
 - Biopsie, biopsie par excision, pièce de résection, colpectomie/vaginectomie (avec/sans hystérectomie simultanée), pièce de ré-excision
 - Informations topographiques si possible : à droite, à gauche, localisation antérieure, antérieure, postérieure, et indication du tiers concerné (supérieur/moyen/inférieur)
 - Forme du spécimen en trois dimensions. En cas de forme complexe, prendre une photo ou effectuer un croquis
 - Mesurer la taille du spécimen en trois dimensions : longueur, largeur et profondeur du spécimen
- Description de la lésion
 - Localisation de la lésion
 - Type de lésion : leucoplasie, ulcère, tumeur, coloration
 - Taille de la lésion : mesurer la longueur et la largeur et l'horizontale et, en cas de tumeurs, la profondeur supplémentaire d'infiltration.

- Distance par rapport aux marges latérales de résection (proximale, distale et latérale) et aux marges profondes de résection des tissus mous
- Informations complémentaires
- Muqueuse normale
- Autres lésions éventuelles : type, taille, relation avec l'affection principale et les marges de résection.

Biopsie

- Nombre de fragments
- Taille (dans la dimension la plus grande)

Traitement/coupe

Pièces opératoires :

En principe, tout résultat pathologique doit être inclus. Il est recommandé d'effectuer les prélèvements suivants à des fins de documentation :

- Transition entre la lésion et la muqueuse normale
- Répartir les coupes transversales, la coupe transversale tout entière en un seul bloc ou en plusieurs blocs. Au moins une coupe transversale complète en cas de tumeur invasive, avec documentation de la profondeur d'infiltration la plus importante
- Marges de résection
- Muqueuse normale

Biopsie par excision, pièce de résection en cas de néoplasie intraépithéliale

Une lésion épaissie, blanchâtre ou rougeâtre est souvent visible macroscopiquement.

- Mesurer la longueur et la largeur
- Marquer les marges de résection avec 2 couleurs en tenant compte des repères d'orientation au fil de suture
- Mesurer l'étendue de la lésion
- Déterminer la distance entre la lésion et les marges de résection
- Réaliser des coupes transversales.
- Inclure séparément les extrémités des broches / les pôles
- En cas d'absence de croissance infiltrante à l'échelle macroscopique, inclure toute la lésion.

Colpectomie, pièce de résection en cas de tumeurs malignes invasives

- Inciser le vagin dans le sens de la longueur du côté sans tumeur
- Mesurer la longueur et la circonférence interne du vagin
- Mesurer la distance entre la tumeur et les marges de résection
- Distance par rapport au col de l'utérus (en cas d'hystérectomie simultanée)

Traitement de la tumeur :

- Taille de la tumeur : longueur et largeur à l'horizontale, mesurer la profondeur maximale d'infiltration.
- Inclure complètement les petites tumeurs (jusqu'à 2 cm de diamètre)
- Pour une tumeur de grande taille, au moins 1 bloc/cm du plus grand diamètre tumoral, et au moins une coupe transversale de la tumeur dans la longueur la plus grande
- Documentation de la profondeur d'infiltration, de son rapport avec les structures adjacentes, le cas échéant. Relation avec le col de l'utérus (en cas d'hystérectomie simultanée)
- Transition lésion / muqueuse normale
- Documenter la relation avec les marges de résection.

Autres lésions :

- Échantillons du reste de la muqueuse vaginale.
- Documentation de toutes les lésions macroscopiques manifestes

Biopsie

Procéder à un examen complet de toutes les biopsies envoyées. Petites biopsies (< 5 mm) en totalité, couper en deux les biopsies plus grandes. Inclure les biopsies en forme de disque perpendiculairement (comme la peau) à la surface de la muqueuse.

Examens complémentaires conventionnels, si nécessaire :

- Bleu Alcian PAS : pour la détection de l'adénose vaginale, de l'adénocarcinome et la caractérisation des kystes.
- Coloration PAS, de Grocott : détection de champignons

Compte-rendu**A. Maladies non néoplasiques**

- Type et étendue de la lésion, éventuellement diagnostic descriptif.
 - o Infections
 - o Dermatoses papulosquameuses non infectieuses
 - o Inflammations granulomateuses
 - o Lésions de vasculopathie
 - o Homogénéisation du derme / sclérose en plaques
 - o Maladies bulleuses / dermatoses acantholytiques
 - o Troubles de la pigmentation
 - o Kystes
- Commentaire, avec diagnostic différentiel si nécessaire

B. Néoplasies bénignes

- Localisation de la lésion
- Taille de la lésion
- Type histologique, selon la classification actuelle de l'OMS, des lésions épithéliales malpighiennes, glandulaires, mésoenchymateuses et mélanocytaires
- Marges de résection : excision complète ou non.

C. Néoplasie intraépithéliale

Néoplasie intraépithéliale malpighienne associée au HPV : Terminologie et classification des lésions

Dysplasie	Néoplasie intraépithéliale	Néoplasie intraépithéliale
Dysplasie de bas	VaIN-1	Bas grade (LSIL)
Dysplasie	VaIN-2	Haut grade (HSIL)
Dysplasie de haut	VaIN-3	Haut grade (HSIL)
Carcinome in situ	VaIN-3	Haut grade (HSIL)

Néoplasie intraépithéliale malpighienne non associée au HPV : la néoplasie intraépithéliale vaginale de type différencié (dVaIN) est une néoplasie intraépithéliale de haut grade.

Adénocarcinome in situ, adénose atypique

Examen immunohistochimique complémentaire :

Protéine p16 pour la détection d'une association avec le HPV à haut risque, utile pour la différenciation des HSIL par rapport aux changements épithéliaux réactifs et à la dVaIN, ainsi que pour la classification comme LSIL ou HSIL d'une dysplasie modérée sur le plan morphologique

Protéine p53 et antigène Ki-67 pour le diagnostic des néoplasies intraépithéliales de type différencié (dVaIN).

Compte-rendu

- Localisation
- Type histologique selon la nomenclature actuelle de l'OMS
- Intégralité de l'excision : en cas de lésion marginale, indication topographique de la marge de résection affectée.

D. Compte-rendu sur les carcinomes, biopsie

- Carcinome invasif/suspicion de carcinome invasif
- Sous-type histologique selon la classification actuelle de l'OMS, voir ci-dessous.
- Grade histologique
- Profondeur d'infiltration
- Présence d'une invasion lymphovasculaire
- Lésion précurseur présente oui/non

Compte-rendu, pièce de résection

- Type de spécimen : biopsie par excision, pièce de résection, colpectomie (éventuellement avec hystérectomie simultanée), pièce de ré-excision.
- Sous-type histologique selon la classification actuelle de l'OMS
- Carcinome épidermoïde avec variantes
- Adénocarcinome avec variantes
- Tumeurs épithéliales différenciées mixtes
- Tumeurs épithéliales et mésenchymateuses mixtes
- Tumeurs neuroendocriniennes de haut grade

- Carcinome épidermoïde : si le col de l'utérus ou la vulve sont affectés simultanément, le carcinome peut être classé comme carcinome cervical ou carcinome de la vulve.
- Les métastases sont plus fréquentes que les tumeurs primaires : métastase ou infiltration directe des carcinomes de l'utérus, des ovaires, de la vulve, du côlon et du rectum, de la vessie, etc.
 - Grade histologique
 - Étendue de l'invasion (stroma, couche de tissu musculaire lisse)
Mesurer la profondeur de l'infiltration
 - Distance par rapport aux marges latérales et profondes de résection et, si nécessaire, relation avec les structures adjacentes (p. ex. en cas d'hystérectomie simultanée).
 - Invasion lymphovasculaire (vaisseaux lymphatiques ou sanguins) oui/non
 - Ganglions lymphatiques régionaux : voir ci-dessous, section F.
- Classification TNM : selon la classification TNM actuellement en vigueur
- Décrire les autres lésions :
Néoplasie intraépithéliale caractérisée par un épithélium de type malpighien (VaIN 1-3), de type glandulaire (adénocarcinome in situ, adénose atypique) et des condylomes.
Dans les néoplasies intraépithéliales de haut grade caractérisées par un épithélium de type malpighien (VaIN 2 et 3) ainsi que des adénocarcinomes in situ et des adénoses atypiques, indiquer la relation avec la marge de résection, emplacement compris.

E. Lésions mélanocytaires

Compte-rendu

- Type de spécimen
- Type de lésion : type histologique selon la classification actuelle de l'OMS
- Pigmentation oui/non
- **Mélanome :**
Mesure de la profondeur d'infiltration comme dans le cas du mélanome de la peau. Invasion lymphovasculaire oui/non
Distance par rapport aux marges de résection
Classification TNM : voir la classification en vigueur pour les mélanomes de la peau

Indication de l'éventuelle présence d'une lésion précurseur mélanotique et de sa relation avec les marges de résection.

F. Sarcomes

- Type de spécimen
- Type de lésion : type histologique selon la classification actuelle de l'OMS
- Taille de la tumeur.
- Classification TNM : voir la classification actuellement en vigueur pour les tumeurs des tissus mous

G. Ganglions lymphatiques :

Ganglions lymphatiques inguinaux, ganglions lymphatiques pelviens : indication du nombre de ganglions lymphatiques examinés et du nombre de ganglions lymphatiques affectés avec/sans infiltration périnodale des tissus mous et avec indication des topographies. Pour les ganglions lymphatiques sentinelles, indication de micrométastases ou macrométastases.

**Modèle de compte-rendu :
Carcinome épidermoïde**

Vagin (colpectomie et hystérectomie) :

Carcinome épidermoïde du vagin, faiblement différencié (G3) avec infiltration du tissu paravaginal.

Diamètre horizontal maximum : 5 mm. Profondeur maximale d'infiltration : 6 mm.

Pas d'invasion vasculaire ni d'infiltration périnéale.

Pas d'infiltration du col de l'utérus. Col de l'utérus sans dysplasie. Atrophie de l'endomètre.

Dysplasie modérée, non marginale, du petit foyer péritumoral correspondant à des HSIL / une VaIN 2.

Marges de résection sans infiltration de carcinome.

Distance entre le carcinome invasif et les marges de résection :

6 mm par rapport aux marges de résection latérales, 4 mm par rapport à la marge de résection profonde.

Classification TNM définitive (TNM, 8^e édition 2017) : pT2, N0 (0/25), L0, V0, Pn0, G3

Références

1. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH, eds. *WHO Classification of Tumors of the Female Reproductive Organs, 4th edition*. IARC; 2014. Tumors of the Vagina, Chapter 9, 229-253
2. Kurman RJ, Ronnett BM, Sherman ME and Wilkinson EJ. *Atlas of Tumor Pathology: Tumors of the Cervix, Vagina, and Vulva*. 4th Series. Fascicle 13. Washington, DC: American Registry of Pathology; 2010.
3. Batista TP, Morais JA, Reis TJ, et al. A rare case of invasive vaginal carcinoma associated with vaginal prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2009; 280(5):845-848.
4. Brierley JD, Gospodarowicz MK and Wittekind C, eds. *TNM Classification of Malignant Tumours*, 8th edition, Wiley Blackwell; 2016
5. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Arch Pathol Lab Med*. 2012;136:1266-97
6. Ditto A, Martinelli F, Carcangiu ML, et al. Incidental diagnosis of primary vaginal adenocarcinoma of intestinal type: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol*. 2007;26:490-493
7. Edge SB, Byrd DR, Carducci MA, Compton CC, eds. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017.
8. Frank SJ, Deavers MT, Jhingran A, et al. Primary adenocarcinoma of the vagina not associated with diethylstilbestrol (DES) exposure. *Gynecol Oncol*. 2007;105:470-474.
9. Gadducci A, Fabrini MG, Lanfredini N, Sergiampietri C. Squamous cell carcinoma of the vagina: natural history, treatment modalities and prognostic factors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015;93:211-24
10. Hanselaar A, van Loosbroek M, Schuurbijs O, et al. Clear cell adenocarcinoma of the vagina and cervix: an update of the central Netherlands registry showing twin age incidence peaks. *Cancer*. 1997;79:2229-2236.
11. Kaufman RH, Noller K, Adam E, et al. Upper genital tract abnormalities and pregnancy outcome in diethylstilbestrol-exposed progeny. *Am J Obstet Gynecol*. 1984;148:973-984.
12. Mudhar HS, Smith JH, Tidy J. Primary vaginal adenocarcinoma of intestinal type arising from an adenoma: case report and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol*. 2001;20:204-209.
13. Oncology FCoG. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(1):3-4.
14. Peters WA, Kumar NB, Morley GW. Microinvasive carcinoma of the vagina: a distinct entity? *Obstet Gynecol*. 1985;153:105-107.
15. Rajaram S, Maheshwari A, Srivastava A. Staging for vaginal cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 ;29:822-32.
16. Seifried S, Haydu LE, Quinn MJ et al. Melanoma of vulva and vagina: principles of staging and their relevance to management based on a clinico-pathologic analysis of 85 cases. *Ann Surg Oncol* 2015;22:1959- 66.

Auteurs :

E. Obermann, P.-A. Diener Mars 2018