

Item297-Tumeurs du col utérin

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur du col utérin et du corps utérin.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<p>- Prise en charge initiale des cancers gynécologiques :</p> <p>Prise en charge initiale des cancers gynécologiques / Société Française d'Oncologie Gynécologique / 2009</p> <p>- La pratique clinique : prévention du cancer du col de l'utérus / Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français / 2007</p> <p>- Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Recommandations pour la pratique clinique / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé / 2002</p> <p>- Prise en charge des ménométrorragies en préménopause, recommandations pour la pratique clinique / Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français / 2008</p> <p>- Polycopiés nationaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gynéco: <ul style="list-style-type: none"> Pathologie bénigne du col utérin Fibrome Cancero: Cancer du col utérin <p>- Cancer primitif du système nerveux central de l'adulte / HAS / 2010</p> <p>- Calendrier vaccinal 2015 BEH</p>	<p>- LIE: HPV 16-18 / vaccination 14ans</p> <p>- JPC / LIE / carcinome épidermoïde</p> <p>- FCV 1x/3ans / 25-65ans / cytologie</p> <p>- Colposcopie / schéma / biopsie-histo.</p> <p>- LIEBG: colposcopie à 6 mois +/- radical</p> <p>- LIEHG: conisation / RAD-histo / test</p> <p>- Col: MTR provoquées / FCV / ADP</p> <p>- Ex. AG-biopsies / IRM-TDM / SCC</p> <p>- RCC-curieT / colpo-hystérectomie</p> <p>- Endomètre: MTR post-ménopausique</p> <p>- Hystéroscopie avec curetage étagé</p> <p>- Echo / IRM / TDM / cysto / mammo</p> <p>- Hystérectomie-annexectomie-curage</p> <p>- Curie +/- radiothérapie adjuvantes ++</p> <p>- Fibromes: méno-MTR / compression</p> <p>- Echographie +/- hystéroscopie / NFS</p> <p>- Anémie / mécanique (4) / nécrobiose</p> <p>- Progestatifs P2 / !! NPO tardyféron</p> <p>- Myomectomie +/- conservatrice (2)</p>	<p>- RCP et PPS - FCV (+) = colposcopie</p> <p>- FCV anormal = bilan IST - Endomètre = seins + FCV</p> <p>- Contre-indication THS - Fibrome asympt = abstention</p>

Avertissement : L'usage de cette fiche est strictement personnel. Toute diffusion est considérée comme illicite. En cas de manquement, l'éditeur se réserve le droit d'annuler votre abonnement sans contrepartie et d'engager des poursuites conformément aux articles L.425-4 et 315-5 du Code de la Propriété Intellectuelle.



A. TUMEURS DU COL UTÉRIN

Généralités

Définitions

- Lésions pré-cancéreuses**
 - = lésions intra-épithéliales (LIE) = cervical intra-epithelial neoplasia (CIN)
 - Anomalies localisées de l'épithélium pavimenteux (exocol): **non invasives**
 - A la jonction pavimento-cylindrique (JPC: exocol-endocol): sensibles à HPV +++
- Cancer du col utérin**
 - = tumeur **invasive**: franchissement membrane basale de l'épithélium cervical
 - !! Cancer non-hormonodépendant (// ovaire mais ≠ sein et de l'endomètre)

Epidémiologie

- 2ème cancer de la femme dans le monde (après cancer du sein) / PVD ++
- âge: exceptionnel avant 25ans / pic d'incidence 48-55ans
- Facteurs de risque**
 - Infection par **HPV** à haut risque: types 16 et 18 (condylomes)

- Tabac (RR x3) / bas niveau socio-économique
- 1ers rapports sexuels précoces / partenaires sexuels multiples
- Multiparités / grossesses nombreuses (> 5) ou jeunes
- Immunodépression (cf HPV): corticothérapie, VIH, etc

Rappels anatomiques

- **Exocol:** épithélium pavimenteux (malpighien → carcinome épidermoïde)
- **Endocol:** épithélium cylindrique (glandulaire → adénocarcinome)
- **Jonction pavimento-cylindrique:** point d'apparition des lésions pré-cancéreuses
- **Paramètres:** ~ tout ce qui est latéral à l'utérus: uretères / ligaments / annexes

Infection à HPV

- HPV = human papillomavirus: virus à ADN / transmission sexuelle = **IST**
- Types à haut risque: **16 / 18** (31/33/35): retrouvés dans 70 à 80% des cancers du col
- !! infection fréquente (20% des 20-30ans) et le plus souvent transitoire (mois)
- → risque de LIE +/- cancer invasif que si persistance de l'infection à HPV

Prévention: vaccination anti-HPV

- **Indications remboursées**
 - **A titre systématique:** toutes les jeunes filles de **11 à 14 ans** +++ (prévention primaire)
 - **Rattrapage: 15 à 19 ans révolus**
 - **Schéma vaccinal:** 1 dose en SC, puis 2e dose à 1mois (Bivalent)/ 2mois (Quadrivalent) puis 3e dose à 6mois
 - **schéma à 2 doses (M0 M6)** pour les 11-13 ans (quadrivalent) ou 11-14 ans (bivalent)
- **Modalités**
 - Spécialités = **Gardasil®** (anti-HPV 16/18/6/11) ou **Cervarix®** (16/18)
 - Remboursement à 65% par CPAM / **!! ne dispense pas des FCV (A savoir !)**

Lésions pré-cancéreuses du col

Anatomo-pathologie

- **Histologie**
 - Désorganisation de l'épithélium / atypies cytonucléaires / mitoses
 - !! Jamais de franchissement de la membrane basale (sinon = cancer)
- **Classification**

Béthesda	Richart	OMS	
lésion IE de bas grade (LIE BG)	CIN I	dysplasie légère	anomalies ne dépassant pas le1/3 inférieur de l'épithélium
lésion IE de haut grade (LIE HG)lésion IE de haut grade (LIE HG)	CIN II	dysplasie modérée	anomalies atteignant le1/3 moyen de l'épithélium
	CIN III	dyplasiesévère (Tis)	anomalies sur toute la hauteur de l'épithélium (!! MB respectée)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Asymptomatique** (sinon ce ne sont plus des lésion pré-cancéreuses)
 - !! Le col est d'aspect **normal** (≠ cancer: lésion bourgeonnante hémorragique)
- **Dépistage par frottis cervico-vaginal (cytologie)**
 - **Indications**
 - Consensus: 1er frottis à **25ans**, contrôle à 1an puis **1x/3ans** jusqu'à **65ans**
 - En pratique: 1er FCV dès les 1ers rapports puis 1x/2ans en général
 - **Modalités**
 - En dehors des règles / en l'absence d'infection / pose du spéculum
 - Prélèvement de l'exocol avec **JPC** (spatule d'Ayre) + endocol (cytobrosse)
 - Etalement: frottis conventionnel (direct sur lame) ou en phase liquide
 - Adresser au cytologiste en précisant le contexte (âge - DDR - motif du FCV)
 - **Résultats et CAT (Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Recommandations pour la pratique clinique / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé / 2002)**
 - Si pas de cellules glandulaires: JPC non prélevée → FCV mal fait = à refaire
 - Si présence de koilocytes (cellules vacuolisées) = infection par HPV
 - **Si présence de cellules anormales: anomalies nucléo-cytoplasmiques**

- !! évoque une dysplasie mais ne l'affirme pas (car examen cytologique)
- → **coloscopie** avec **biopsie** et examen **histologique** systématique (A savoir !)
- Si FCV ininterprétable = ASCUS: 3 possibilités
 - FCV de contrôle à 6 mois puis contrôle à 1an si négatif
 - Test HPV si F > 30ans: élimine une LIE si négatif (VPN +++)
 - Coloscopie d'emblée +/- biopsies selon colorations
- !! NPO devant tout FCV anormal
 - **Bilan IST** avec dépistage du partenaire (A savoir !: HPV est une IST !)
- Confirmation par coloscopie avec biopsies (histologie)
 - Indications
 - Systématique devant tout FCV anormal (= cellules atypiques)
 - Modalités
 - Ambulatoire / entre J8-J14 du cycle / !! **schéma** daté-signé
 - Examen sans préparation: aspect du col / anomalies visibles
 - Coloration à l'acide acétique: **JPC** colorée en blanc (+/- LIE)
 - Coloration au lugol: **LIE** (et endocol) non colorés / exocol brun
 - Biopsies: des zones iodo-négatives / seul l'anapath. pose le diagnostic
 - **NPO : faire un schéma des lésions constatées daté-signé +++**
 - Résultats
 - Examen **histologique** → classification: [LIE / CIN / dysplasie]

Evolution

- Disparition spontanée le plus souvent si dysplasies légères (CIN I / LIE BG)
- Evolution vers dysplasie de grade plus élevé / vers carcinome infiltrant
- **IST** associées: cf HPV est une **IST**: toujours rechercher une co-infection (A savoir !)
- !! Complications de la conisation
 - immédiates: hémorragiques / infectieuses
 - tardives: récidive / sténose cervicale / dysménorrhée / **MAP-RPM** / infertilité

Traitement (Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Recommandations pour la pratique clinique / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé / 2002)

- Prise en charge ambulatoire
- Si LIE bas grade (CIN I)
 - En 1ère intention = surveillance
 - Si jonction entièrement visible à la coloscopie : FCV +/- test HPV à 12 mois puis à 24 mois si normal, refaire à 18 mois si anormal
 - Si jonction non visible à la coloscopie : conisation si FCV initial répondant LIEHG , FCV +/- test HPV à 12 mois si FCV initial ASC-US ou LIEBG
 - Si persistance d'un FCV anormal voire test HPV + à 18 mois: Traitement destructeur
 - Vaporisation au laser (mais pas d'examen histologique possible) en première intention si jonction visible (- de complications obstétricales)
 - Conisation à l'anse diathermique ou bistouri avec examen anapath si jonction non vue
- Si LIE haut grade (CIN II ou III)
 - **Conisation**: exérèse systématique de la lésion et examen **anapath** (A savoir !)
 - 2 possibilités: chirurgicale (au bistouri) ou à l'anse diathermique
- Surveillance (!! La pratique clinique : prévention du cancer du col de l'utérus / Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français / 2007)
 - FCV + test HPV: à 3-6 mois puis à 18 mois: coloscopie directe si anomalie
 - Puis examen clinique et FCV : 1x/an pendant ≥ 10ans (RR x5 de cancer)

Cancer invasif du col de l'utérus

Anatomo-pathologie

- Types histologiques
 - **Carcinome épidermoïde** +++ (85%): sur épithélium exocervical pavimenteux
 - Adénocarcinome (10%): sur épithélium cylindrique endo-cervical (moins bon pronostic si pas d'atteinte ganglionnaire, idem après)
 - Autres: carcinome adéno-squameux, sarcome, etc.
 - Le développement du cancer est très long (15 à 20 ans) → Intérêt de la prévention Ilaire
- Classification = FIGO

Stade 0 (Tis)

○ = carcinome intra-épithélial

Stade I (T1)	<ul style="list-style-type: none"> ○ = carcinome limité au col <ul style="list-style-type: none"> ■ IA = micro-invasif (lésion non visible: profondeur de l'invasion ≤ 5mm, largeur ≤ 7mm) ■ A1: envahissement du chorion ≤ 3mm et largeur ≤ 7 mm ■ A2: envahissement du chorion > 3mm et < 5 mm et largeur ≤ 7 mm ■ IB = cancer invasif (lésion visible à l'examen clinique) <ul style="list-style-type: none"> ■ B1: lésion ≤ 4cm de diamètre maximal ■ B2: lésion > 4 cm de diamètre maximal
Stade II (T2)	<ul style="list-style-type: none"> ○ = carcinome étendu aux structures juxta-utérines, sans atteindre les parois pelviennes ni le 1/3 inf du vagin <ul style="list-style-type: none"> ■ IIA = extension vaginale sans atteinte des paramètres (IIA1: ≤ 4cm, IIA2: > 4cm) ■ IIB = extension vaginale avec atteinte d'au moins un des paramètres
Stade III (T3)	<ul style="list-style-type: none"> ○ = carcinome étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet <ul style="list-style-type: none"> ■ IIIA = extension au 1/3 inférieur du vagin sans atteinte des parois pelviennes ■ IIIB = extension aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet
Stade IV (T4)	<ul style="list-style-type: none"> ○ = invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne <ul style="list-style-type: none"> ■ IVA = extension à la muqueuse vésicale et/ou rectale ■ IVB = métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumon, etc.)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd gynéco-obstétriques / DDR ou ménopause
 - **Traitement:** contraception / THS / aspirine-AV
 - **Anamnèse:** date et résultat du **dernier FCV** réalisé +++
 - **Signes fonctionnels**
 - **métrorragies provoquées** (rapports sexuels) / sang rouge / indolores
 - leucorrhées: pertes muco-purulentes (cf. infection associée)
 - signes liés à l'envahissement régional +++ (épreinte / signes urinaires, etc)
 - **Examen physique**
 - **Positif = examen au spéculum**
 - !! peut être normal = cancer micro-invasif T1a (invasion < 5 mm)
 - Tumeur bourgeonnante / ulcérée / saignant au contact / base indurée
 - **Bilan d'extension clinique**
 - !! cancer du col = extension **urinaire:** paramètres / hydronéphrose
 - **Touchers pelviens:** TV / TR +++
 - TV: induration étendue / indolore / saignant au contact / vagin
 - TR: rechercher extension aux paramètres / carcinose péritonéale
 - **A distance**
 - Palpation de toutes les aires ganglionnaires (!! schéma daté)
 - Point d'appel pour métastase à distance: foie / poumons / os
- **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - **Examen avec biopsies sous AG**
 - Examen sous valves / au bloc opératoire / **schéma** daté-signé
 - TV/TR: examen de la tumeur / des paramètres / vessie et rectum
 - Echographie endovaginale/endorectale / cystoscopie +/- rectoscopie
 - **Biopsie** et ex. **anapath** de la tumeur et toute lésion suspecte → FIGO
 - **Pour bilan d'extension (si >IA)**
 - **IRM lombopelvienne** +++
 - Pour évaluation du volume tumoral / extension **locale** ++
 - Extension régionale: **paramètres** / cloison vésico-vaginale

- examen aires ganglionnaires
- +/- PET-scan
 - si IRM ne retrouve pas d'atteinte ganglionnaire
 - 10% de faux négatifs : d'où curage quand même si tumeur de plus de 2 cm
- +/-Lymphadénectomie coelioscopique
 - exam extempo des ganglions pelviens +/-lombo-aortiques
 - cf importance pronostique/thérapeutique d'une extension ganglionnaire , importance pour organiser la radiothérapie ensuite (savoir s'il faut élargir les champs en lomboaortique)
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Marqueurs tumoraux pour suivi
 - SCC: pour carcinomes épidermoïdes (85% des cas)
 - ACE: pour adénocarcinomes
 - Bilan pré-opératoire: Gpe-Rh-RAI / Cs anesthésie / ECG-RTx
 - Bilan pré-RCT: NFS - iono/créatinine - BHC
 - Terrain: sérologie VIH +++ / cf HPV = IST (A savoir !)

Evolution

- Histoire naturelle
 - Contamination directe puis infection persistante par HPV à haut risque (types 16/18)
 - Lésion intra-épithéliale (LIE) précancéreuse à la jonction pavimonto-cylindrique
 - Rupture de la membrane basale et invasion stromale: **10ans** après LIE en moyenne
 - Extension
 - loco-régionale: vagin / paramètres puis vessie-rectum
 - lymphatique: chaînes iliaques puis lombo-aortiques
 - métastatique: très tardive +++ (foie / poumon)
- Pronostic
 - Taux de survie tous stade à 5ans = 70%
 - Facteurs pronostiques
 - Stade FIGO (survie à 5ans: stade I = 90% / stade IV 30%)
 - Atteinte ganglionnaire et taille (T > 4cm) (cf traitement infra ++)
 - embols tumoraux

Traitement

- Prise en charge
 - Réunion de concertation pluri-disciplinaire (RCP) (A savoir !)
 - Proposition d'un programme personnalisé de soins (PPS)
 - Bilan d'extension / bilan pré-thérapeutique / Cs d'annonce
- Traitement selon le stade FIGO
 - Stade 0 ou Ia = traitement curatif
 - Ia1 : conisation puis surveillance si berges saines , nouvelle conisation ou hystérectomie simple sinon
 - Ia2 :lymphadénectomie pelvienne par coelioscopie recommandée . Ttt par conisation/ trachélectomie (amputation du col utérin)/ hystérectomie simple ou élargie selon présence de FR de récurrence (embols, berges non saines)
 - Stades Ib1 = traitement curatif=Pas de standard
 - 3 options possibles :
 - chirurgie exclusive par colpohystérectomie élargie apres curage pelvien sous coelioscopie
 - traitement radiochirurgical : curiethérapie première puis colpohystérectomie élargie et curage pelvien (à préférer si embols, + 2cm)
 - irradiation exclusive (radiothérapie externe et curiethérapie) en cas de CI chirurgicale
 - Stades avancés ≥ Ib2-IVa (+4cm ou N+ ou atteinte paramètre)= standard
 - Radiochimiothérapie concomittance puis curiethérapie
 - coelioscopie première avec curage pour savoir si les champs d'irradiation doivent s'étendre en lomboaortique : ne doit pas retarder la RCT (obj <52 jours)
 - radiothérapie pelvienne 50 Gy +/- 45 Gy en lomboaortique sur 5 semaines
 - cisplatine 40mg/m2 concomittant hebdomadaire
 - curiethérapie
 - Discuter chirurgie de cloture si reliquat tumoral 6 semaines après la curiethérapie
 - Stade IVb
 - chimiothérapie à base de sels de platine
- Traitement des complications
 - Si compression urétérale
 - Dérivation urinaire par sonde JJ ou néphrostomie
- Mesures associées (cf Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillanc)
 - Prise en charge de la douleur

- Soins palliatifs si fin de vie
- Soutien psychologique
- Prise en charge à **100%**
- **Surveillance**
 - **Clinique:** Cs 1x/3M pendant 2ans puis 1x/6M sur 3ans puis 1x/an **A VIE**
 - **Paraclinique:** dosage du **SCC** / frottis du **dôme** vaginal + + +, pas d'imagerie systématique, IRM lombopelvienne si point d'appel clinique

B. CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Généralités

Epidémiologie

- 5ème cancer de la femme
- Femme ménopausée dans 80% des cas (âge moyen = **68 ans**)
- Stades précoces :80% avec pronostic favorable (95% de survie à 5 ans)
- Survie globale : 83% à 5 ans
- **Facteurs de risques**
 - Atcd familiaux de cancer de l'endomètre
 - Atcd de cancers du spectre **HNPCC** (colon/grêle/urothélium/voies biliaires) / sein
 - Hyperplasie endométriale atypique (lésion pré-cancéreuse)
 - Prise de tamoxifène (cf cancer du sein: **Tumeurs du sein**)
 - **Hyperoestrogénie absolue ou relative + + +**
 - Puberté précoce et/ou ménopause tardive
 - Obésité
 - Nulliparité
 - THS ou contraception mal conduits (sans progestérone)
 - Syndrome de ovaires polykystiques (SOPK)
 - HTA et diabète
 - Irradiation pelvienne
- **Facteurs protecteurs:**
 - contraception oestroprogestative
 - tabagisme

Anatomo-pathologie

- !! cancer **hormono-dépendant** (idem sein ; ≠ col et ovaire)
- **Types histologiques**
 - **90% des tumeurs épithéliales**
 - **type I : adénocarcinome endométrioïde**
 - 80% des tumeurs épithéliales
 - hormonodépendance , terrain d'hyperoestrogénie
 - femme en périménopause (55 ans)
 - bas grade ou haut grade (architecture, atypies cellulaires)
 - survie à 5 ans :>80%
 - **type II: adénocarcinome séreux, carcinome à cellules claires, carcinosarcome**
 - 20% des tumeurs épithéliales
 - non hormonodépendant
 - femmes plus âgées (+65 ans)
 - toujours de haut grade
 - survie à 5 ans : 40 %
 - **10%: autres (sarcomes + +)**
- **Classification = FIGO (2009)**

Stade I	<ul style="list-style-type: none"> ◦ = limité au corps de l'utérus <ul style="list-style-type: none"> ■ IA: tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre ■ IB: tumeur envahissant ≥ 50% du myomètre
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> ◦ = atteinte du col de l'utérus <ul style="list-style-type: none"> ■ Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus

Stade III	<ul style="list-style-type: none"> ○ = extension locale et/ou régionale <ul style="list-style-type: none"> ■ IIIA: séreuse et/ou annexes ■ IIIB: envahissement vaginal et/ou paramétrial ■ IIIC: atteinte des ganglions pelviens (IIIC1) / des ganglions para-aortiques +/- ganglions pelviens (IIIC2)
Stade IV	<ul style="list-style-type: none"> ○ = extension extra-pelvienne <ul style="list-style-type: none"> ■ IVA: extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale ■ IVB: métastase à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: femme ménopausée / comorbidités corrélées au terrain: HTA / diabète/ recherche d'un syndrome de Lynch
 - Hyperoestrogénisme: ménarche et ménopause / contraception / THS
 - Signes fonctionnels
 - Métrorragies post-ménopausiques +++
 - Brunes plutôt que rouges / spontanées / indolores / irrégulières
 - !! systématiquement évoquer un cancer de l'endomètre (A savoir !)
 - signes associés: leucorrhées (pyométrie ou hydorrhée) / douleurs pelviennes
 - signes d'extension: urinaires (dysurie, hématurie) / digestifs (constipation)
- Examen physique
 - Examen gynécologique
 - Examen au spéculum: état du col / recherche saignement
 - Toucher vaginal: utérus globuleux / mou / sensible
 - Frottis cervico-vaginal: **systématique**; recherche extension au col (stade II)
 - Examen des seins: rechercher un cancer du sein associé (!! hormono-dépendant: A savoir !)
 - Bilan d'extension clinique
 - Aires ganglionnaires (Troisier ++) / palpation abdominale (HMG)
 - Toucher rectal (TR): examen des paramètres / ADP / carcinose péritonéale
 - Syndrome paranéoplasique: syndrome myogène

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
 - Echographie pelvienne endovaginale (dépistage)
 - Augmentation anormale de l'épaisseur de l'endomètre (> 7mm)
 - Evaluation du degré d'infiltration du myomètre +/- annexes
 - Doppler: vascularisation anormale / extension: ascite / ADP iliaque
 - Hystérocopie au tube rigide sous AL pour biopsies +++
 - Visualisation: tumeur bourgeonnante / saignant au contact
 - Précise siège / taille / extension (col ++) : !! schéma daté
 - Curetage biopsique étagé: endo-cervical puis endo-utérin
 - Réalisation de biopsies pour examen **anapath**: pose le diagnostic
 - en ambulatoire : biopsies d'endomètre à la canule de Novak ou pipelle de Cormier/frottis endométrial à la cytobrush
 - risque de faux négatifs car fait à l'aveugle et les cancers de l'endomètre desquament peu
- Pour bilan d'extension
 - IRM pelvienne et abdominale ++
 - Examen de référence +++
 - Evaluation de l'invasion du myomètre
 - Extension aux annexes / paramètres / organes de voisinage
 - recherche d'ADP lomboaortiques
 - TDM thoraco-abdomino-pelvienne
 - Pour ganglions (pelviens ou lombo-aortiques)
 - Pour métastases (foie +++ / poumon/ carcinose péritonéale)
 - à discuter si présomption de maladie avancée
- Mammographie bilatérale (A savoir !)
 - Dépistage **systématique** d'un éventuel cancer du sein associé
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan pré-opératoire: Gp-Rh-RAI / Cs anesthésie / ECG-RTx

- **Bilan d'opérabilité +++:** (mauvais état général fréquent): ETT / EFR, etc.

Evolution

Histoire naturelle

- Localisation initiale: fond utérin ou corne utérine le plus souvent
- Evolution lente: invasion du myomètre progressive / extension vers le col
- Extension régionale tardive: ganglions lombo-aortiques / annexes / vagin / péritoine
- Extension métastatique à distance rare: foie / poumon / cerveau

Pronostic

- **Survie à 5ans:** selon stade FIGO
 - Stade I: **90%** - II = 60% - III = 40% - IV = 20%
- **Facteurs pronostiques**
 - grade
 - type I ou II
 - embols
 - infiltration du myomètre
 - atteinte ganglionnaire
 - stade FIGO

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation multi-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Programme personnalisé de soins (PPS)
- Bilan pré-opératoire (opérabilité) / extension / Cs d'annonce

Traitement selon le stade FIGO

- **Traitement chirurgical**
 - ttt de référence +++
 - hysterectomie +salpingo-ovariectomie bilatérale ±lymphadenectomie/omentectomie selon stade
 - cuarge lomboartique chez patientes jeunes en BEG avec atteinte gglionnaire pevienne ou grade 3 ou >50%myomètre ou atteinte ovarienne
 - coelioscopie pour les stades I, laparotomie sinon
 - **traitement complémentaires des fomes localisées selon le risque de récidence :**
 - **bas risque (type I et FIGO IA grade 1 ou 2):** chirurgie exclusive
 - **risque intermédiaire (type I et FIGO IA grade 3 ou IB garde 2):** chirurgie puis curiethérapie
 - **haut risque (Type I et FIGO IB grade ,type II):** chirurgie puis radiotherapie externe et curiethérapie
 - chimiothérapie adjuvante :
 - essais en cours, à discuter au cas par cas; pas d'hormonothérapie en adjuvant
 - **traitement des stades avancés ou métastatiques :**
 - chimiothérapie par carboplatine taxol en première ligne
 - monothérapie en 2ème ligne (anthracycline, taxane, platine) ou inclusion dans des essais thérapeutiques
 - hormonothérapie si maladie bien différenciée avec récepteurs hormonaux et évolution lente
- Cas des patientes inopérables : RTE + curithérapie

Mesures associées (cf **Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillanc**)

- **Contre-indication à vie à un THS** (cf cancer hormono-dépendant)
- Prise en charge de la douleur
- Soins palliatifs si fin de vie
- Soutien psychologique
- Prise en charge à **100%**

Surveillance

13% de rechutes , surtout les 3 premières années

- **Clinique**
 - Consultation 1x/3M puis 1x/6M après 1an A VIE
 - Ex gynéco complet avec **frottis du dôme vaginal**
- **Paraclinique**
 - pas d'examens complémentaires systématiques

C. FIBROMES UTÉRINS

Généralités

Définition

- Fibromes utérins = myomes utérins = fibromyomes utérins
- Tumeurs bénignes développées à partir du myomètre (muscle lisse + tissu fibreux)
- Le plus souvent multiples (70% des cas) → utérus polymyomateux

Epidémiologie

- Très **fréquent**: concerne 20% des femmes de plus de 35ans +++
- **Facteurs favorisants**: oestrogènes mais physiopathologie encore mal connue
- **Facteurs de risque**: ethnique (race noire ++) / héréditaire (atcd familiaux)

Anatomo-pathologie

- **Histologie**
 - Tumeurs **bénignes** se développant à partir du muscle utérin = léiomyomes
 - Bien limitées / encapsulées / vascularisés / contiennent tissu musculaire + fibreux
 - Hyperplasie endométriale associée quasi-constante → troubles hémorragiques
- **Localisations**
 - **Fibrome intra-cavitaire**: pédiculé / dans cavité utérine
 - **Fibrome sous-muqueux**: sous l'endomètre (bosse vers la cavité utérine)
 - **Fibrome interstitiel (intra-mural)**: dans myomètre (aspect d'utérus « bosselé »)
 - **Fibrome sous-séreux**: à l'extérieur de l'utérus / asymptomatique ++

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - Antécédents familiaux / en péri-ménopause ++ : hyperoestrogénie
 - **Signes fonctionnels**
 - !! Le plus souvent **asymptomatiques**
 - **Troubles des règles (dysménorrhées)**
 - **Ménorragies** (fonctionnelles): cf endomètre hyperplasique
 - **Métrorragies** (mécaniques): cf érosions vasculaires
 - **Signes fonctionnels compressifs**
 - **signes urinaires**: pollakiurie / incontinence (compression vésicale)
 - **signes digestifs**: constipation / occlusion (compression rectale)
- **Examen physique**
 - **Examen gynécologique**
 - **Examen au spéculum**: état du col / **FCV** de dépistage si non fait
 - **Examen des seins**: bilatéral et comparatif (dépistage cancer du sein)
 - **Touchers pelviens**: TV bi-manuel (endovaginal et abdominal)
 - Tumeur régulière / de consistance ferme / indolore
 - Mouvements solidaires de l'utérus / pas de sillon (≠ tumeur de l'ovaire)
 - **Examen général**
 - Evaluer le retentissement du fibrome / rechercher des complications ++
 - → PNA-IU / OMI-TVP / prolapsus / diurèse / syndrome anémique

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Echographie pelvienne voie abdominale et endovaginale +++**
 - **Signe positif**: masse solide hypoéchogène à contours réguliers
 - **Précise**: nombre / siège / taille / type (localisation: cf supra)
 - **Recherche**: déformation utérus / hypertrophie endométriale
 - **Hystérocopie: seulement si troubles hémorragiques**
 - visualise les fibromes endocavitaires / sous-muqueux
 - +/- curetage biopsique de l'endomètre si suspicion de cancer
 - +/- résection endoscopique des fibromes intra-cavitaires
- **Pour évaluation du retentissement**
 - **NFS**: anémie par carence martiale sur méno-métrorragie +++
 - **TP-TCA**: éliminer un trouble de l'hémostase associé

- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan pré-opératoire: Groupe-Rh-RAI / Cs anesthésie
 - !! NPO bilan du terrain: FCV et mammographie si non faits
- !! Examens non indiqués (RPC)
 - Hystérogographie (sauf bilan d'infertilité: cf Stérilité du couple : conduite de la première consultation.)
 - IRM pelvienne (sauf en pré-thérapeutique si besoin)

Diagnosics différentiels

- Hyperplasie de l'endomètre (associée ++)
- Cancer de l'endomètre
- Polype endométrial
- Adénomyose
- Troubles de l'hémostase

Evolution

Histoire naturelle

- Evolution lente et asymptomatique dans la majorité des cas
- !! Remarque: si grossesse sur fibrome
 - conséquences sur la grossesse: AUCUNE le plus souvent
 - conséquences sur les fibromes: risque de nécrobiose aseptique

Complications

- Hémorragiques
 - Fibromes sous-muqueux ++ / anémie par carence martiale +/- associée
 - Ménorragies = fonctionnelles (endomètre hyperplasique par hyperoestrogénie)
 - Métorragies = mécaniques (érosion vasculaire par le fibrome)
- Mécaniques
 - Compression urétérale (fibrome dans ligament large) → hydronéphrose / PNA
 - Compression vésicale (fibrome antérieur) → signes fonctionnels urinaires / IU
 - Compression rectale (fibrome postérieur) → constipation / pesanteur anale
 - Compression vasculaire (v. iliaques) → oedème membres inférieurs / TVP
 - Torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé (plus rare que torsion de l'ovaire !)
- Nécrobiose aseptique
 - = ischémie du fibrome (au cours d'une grossesse ++)
 - Examen clinique: douleur intense + fièvre (Sd toxi-infectieux) + fibrome « ramolli »
 - Echographie: image en « cocarde » : zone centrale nécrosée / oedème périphérique
- latrogènes (sur myomectomie)
 - Risque hémorragique important (!! corriger l'anémie en pré-opératoire)
 - Risque thrombo-embolique / récidives / adhérences tubaires (↓ fertilité)
- Autres complications
 - Dégénérescence maligne: en sarcome / très discutée / exceptionnelle
 - C° infectieuses: très rares / sur fibrome intra-cavitaire « accouché » au col ++
 - Infertilité: fibromes à évoquer qu'en l'absence de tout autre étiologie
 - Fibrome praevia : gêne à l'accouchement +/- HPP (globe utérin difficile)

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire hors traitement chirurgical

Abstention thérapeutique

- Systématiquement en cas de fibrome **asymptomatique (A savoir !)**
- !! c'est une RMO (Référence Médicale Opposable: cf Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations pour le bon usage.)

Traitements médicamenteux

- Macroprogestatifs +++
 - Action: réduction de l'hyperplasie endométriale (mais pas du fibrome !)
 - Indications: en 1ère intention si troubles hémorragiques associées
 - Modalités: ex: promégestérone (Surgestone®) PO entre J15 et J25 du cycle
- Traitement symptomatique (!! NPO)
 - Supplémentation martiale: Tardyféron +/- B9 PO pendant 4M (cf Anémie chez l'adulte et l'enfant)
 - Antalgiques si douleur: ex: paracétamol 3x1g/jour PO
- Agonistes de la LHRH

- **Action:** « ménopause chimique » réversible: ↓ volume du fibrome
- **Indications:** limitées +++ : en préop si anémie sévère ou fibrome très volumineux
- **Modalités:** ex: Décapeptyl LP® 1inj./M pendant 3 mois maximum

Traitement chirurgical

- **Indications**
 - Echec du traitement médicamenteux (progestatifs): méno-métrorragies persistantes
 - Complications: compressions / anémie / torsion / nécrobiose / OMI-TVP
 - Fibromes à développement intra-cavitaire (sous-muqueux ou intra-cavitaire)
- **Modalités**
 - **Traitement conservateur = myomectomie**
 - Si femme en âge de procréer / avec désir de grossesse
 - **Voie endoscopique:** si fibrome intra-cavitaire ou sous-muqueux < 4-5cm
 - **Par laparotomie:** dans tous les autres cas / NPO ex. **anapath.** du fibrome
 - **Traitement radical = hystérectomie totale**
 - Si femme ménopausée ou pas de désir de grossesse
 - Avec annexectomie bilatérale si ménopause / inter-annexielle sinon ++

Embolisation radio-interventionnelle

- Embolisation sélective des fibromes après cathétérisme des artères utérines
- **Indications:** si fibromes multiples ou en pré-opératoire si fibrome volumineux
- **Complications:** douleur / insuffisance ovarienne (!! donc à éviter chez la femme jeune)

Mesures associées

- Pas de DIU (dispositifs intra-utérins) si fibrome sous-muqueux
- !! Pas de CI à la contraception oestro-progestative ni au THS

Surveillance

- **Si abstention thérapeutique:** uniquement clinique / **pas d'échographie**
- **Si traitement:** surveillance de la tolérance et efficacité du traitement

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 2 indications remboursées du vaccin Gardasil ?

- Toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans
- Rattrapage 15 à 19 ans avant ou dans l'année suivant les 1er rapports sexuels

Quel est le type histologique le plus fréquent dans le cancer du col de l'utérus ?

- Carcinome épidermoïde (85%)

Quel est le type histologique le plus fréquent dans le cancer de l'endomètre ?

- Adénocarcinome endométrioïde (80%)

Quel est le signe fonctionnel d'appel principal du cancer de l'endomètre ?

- Métorragies post ménopausiques