

## TUMEURS DE L'UTERUS

	TUMEURS DU COL DE L'UTÉRUS	TUMEURS DU CORPS DE L'UTÉRUS
<b>Epidémiologie</b>	11 <sup>ème</sup> cancer en France (4 <sup>ème</sup> dans le monde) , incidence $\searrow$ dans les pays développés (dépistage FCV), <b>plus fréquent dans les pays en voies de développement</b> , âge moyen de diagnostic en France 54 ans, Taux de survie tous stades confondus 66% à 5 ans	4 <sup>ème</sup> cancers de la femme en France, âge moyen de diagnostic 68 ans, 8 fois /10 chez la <b>femme ménopausée</b> , le diagnostic est souvent fait au stade précoce, Taux de survie relative tous stades confondus 76% à 5 ans
<b>Anatomopathologie</b>	Carcinome épidermoïde 85% ( <b>70%</b> ), adénocarcinome 10%, autres 5% (sarcomes, mélanomes, lymphomes) (!) non hormono-dépendant	D'origine épithéliale +++ : cancer de l'endomètre - Type 1 histologique ++ hormono-dépendant : Adénocarcinome endométrioïde (grade 1 à 3) - Type 2 histologique : carcinome papillaire séreux, carcinome à cellules claires, carcinosarcome, D'origine mésoenchymateux : Sarcome ( rare), pronostic redoutable  => Recherche du statut MSI (+/- si < 50 ans, ATCD pers/familiaux de cancer du spectre)
<b>Facteurs de risque</b>	- <b>Infec;on HPV (16+++ (55%) &amp; 18++ (15%), 31 et 33 ) ++++</b> - <b>Tabac ++</b> ( risque X3) - <b>Partenaires multiples ++, rapports sexuels précoces &lt; 17 ans ++</b> ( risque X2) - Multiparité ( > 5 grossesses) - Immunodépression (VIH) - Bas niveau socio- économique par absence de dépistage - Contraception orale ( RR=1.2 pour adénocarcinomes endo-cervicales)	- <b>ATCD familiaux ou personnels</b> (Cancer estomac, colon, spectre du Syndrome de Lynch+++ ) - <b>Exposition aux oestrogènes</b> : => Hyperoestrogénie d'origine endogène ( nulliparité, puberté précoce, ménopause tardive, <b>obésité</b> , SOPK) => Hyperoestrogénie d'origine exogène ( THM mal conduit, hormonothérapie par tamoxifène) - HTA et diabète - Hyperplasie endométrioïse atypique - ATCD d'irradiation pelvienne <i>Facteur protecteur</i> : contraception orale
<b>Clinique</b>	- <b>Métrorragies rouge indolore post-coïtales</b> , pertes mucopurulentes Dans les formes plus avancées : symptômes urologiques ou rectales, douleurs pelviennes. Au spéculum: tumeur bourgeonnante ou ulcérée, friable, saignant au contact (!) <i>un col normal macroscopiquement n'élimine pas un cancer</i> <i>TV : induration, saignement au contact</i>	- <b>Métrorragies post-ménopausiques ++</b> (=> <i>Cancer endomètre jusqu'à preuve du contraire</i> ) , <i>Douleurs pelviennes, leucorrhées purulentes</i> -Au spéculum (saignement d'origine utérin), touchers pelviens, examen bilatéral et comparatif des <b>seins</b>
<b>Diagnostic</b>	<b>Biopsies cervicales</b> dirigées +/- sous guidage colposcopique ou sur une pièce de conisation => examen anatomopathologie ( Classification FIGO )	<b>Echographie pelvienne endovaginale ++</b> ( muqueuse utérine > 5-8mm : très suspect) <b>Biopsie de l'endomètre +++</b> ( prélèvement à l'aveugle => risque de faux négatif) Curetage biopsique sous AL (prélèvement à l'aveugle => risque de faux négatif) Hystérocopie diagnostique + biopsie d'endomètre
<b>Facteurs pronostiques</b>	Stade clinique, état ganglionnaire , volume tumoral >4 cm, existence d'embols tumoraux lymphatiques ou vasculaires	Âge élevé, comorbidité (bilan d'opérabilité), <b>Stade FIGO 2009 , grade de différenciation histologique, type histologique</b> (type 2 histologique de plus mauvais pronostic que le type 1 histologique), degré d'envahissement du myomètre, envahissement ganglionnaire, embolies lymphovasculaires, taille tumorale (>2cm)

<p><b>Bilan d'extension</b></p>	<p><u>Clinique</u>: examen complet +/- <b>sous AGTV</b> (paramètres, cloisonrectovaginale), TR, palpa&lt;on des aires ganglionnaires</p> <p><u>Paraclinique</u>: <b>IRM pelvienne +++</b> ( volume tumoral, extension, atteinte lymphonodale, recherche de dilata&lt;on utéropyélique),</p> <p><b>TEP-TDM</b> pour biland'extension à distance si T&gt; 4cm, cystoscopie ou rectoscopie en cas de doute à l'IRM sur une extension rectale ou vésicale</p> <p><b>Curage ganglionnaire pré-thérapeutique</b> si bilan extension négatif =&gt; classification FIGO</p>	<p><u>Clinique</u>: évaluation de l'état générale</p> <p><u>Paraclinique</u>: <b>IRM abdomino-pelvienne</b> ( détermine le stade en préopératoire, localisa&lt;on et mesure de la lésion, profondeur de l'invasion myométriale, extension vers le col ou les annexes)</p> <p><u>Si stade FIGO ≥ III ou type 2 histologique =&gt;</u> scanner TAP,évaluation hépatique ( écho ou IRM ), TEP-FDG</p>
<p><b>Traitement</b></p>	<p>Stade IA1 &lt;1mm : conisation</p> <p>Stade IA2 et IB1 : lymphadénectomie pelvienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si N+ lymphadénectomie para-aortique et radiochimiothérapie concomitante</li> <li>- si N - : hystérectomie total élargie si &lt;2cm</li> </ul> <p>Stade IB2 à III : radiochimiothérapie concomitante + curiethérapie +/- chirurgie complémentaire</p> <p>Stade IV : situation rare, amtude discuter en RCP</p> <p><b>Surveillance</b> : clinique +/- examen complémentaire tous les 4 mois la 1er année, puis tous les 6 mois pendant 3 ans et enfin annuellement ( marqueurs SCC pour le suivi des cancersépidermoïdes)</p>	<p><u>Hors programme EQN</u> (stades précoces : chirurgie simple +/- radiothérapie , stades métasta&lt;ques : chimiothérapie)</p> <p><b>Surveillance</b>: clinique tous les 4 à 6 mois les 3 premiers années ( stade I à III) ou les 5 premières années (stade III), puis tous les ans</p>
<p><b>Dépistage</b></p>	<p><b>Dépistage de masse entre 25 et 65 ans par frottis cervico-vaginal :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;30 ans : <b>1er examen cytologique à 25 ans, 2ème examen cytologique à 26 ans , puis dans 3 ans si les 2 résultats sont négatifs (sauf si pas de rapport sexuel) / si cytologie positif réaliser un test à HPV+HR</b></li> <li>-&gt;30 ans : <b>test HPV+HR tout les 5 ans/ si positif réaliser une cytologie</b></li> </ul> <p><b>Test HPV+HR positif + cytologie positif =&gt; colposcopie</b></p> <p><b>(!) Pas de dépistage chez les femmes symptomatiques</b></p> <p><b>Classification de Bethesda</b> pour les FCU anormaux : AGS, ASC-US, ASC-H, LIEBG, LIEHG</p>	<p>Pas de test de dépistage</p>
<p><b>Prévention</b></p>	<p><b>Vaccination des filles et des garçons</b> de 11 à 14 ans , rattrapage jusqu'à 19 ans révolus =&gt; <b>ne dispense pas du dépistage</b></p>	