

TUMEURS DE L'UTERUS

	TUMEURS DU COL DE L'UTÉRUS	TUMEURS DU CORPS DE L'UTÉRUS
Epidémiologie	11 ème cancer de la femme en France (4ème cancer féminin dans le monde) , incidence \square dans les pays développés (dépistage FCV), + fréquent dans les pays en voies de développement , âge moyen de diagnostic en France 54 ans, Taux de survie tous stades confondus 66% à 5 ans	4ème cancer de la femme en France, 2ème cancer gynécologique, âge moyen de diagnostic 68 ans, 8 fois /10 chez la femme ménopausée , le diagnostic est souvent fait au stade précoce, Taux de survie relative tous stades confondus 76% à 5 ans
Anatomopathologie	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinome épidermoïde 70-80% - Adénocarcinome 15%, - 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 mésenchymateux : Sarcome (rare), pronostic redoutable => Recherche du statut MSI (+/- si < 50 ans, ATCD pers/familiaux de cancer du spectre)
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> - Infection HPV oncogènes (16+++ (55%) , 18++ (15%), 31 et 33) ++++ - Tabac ++ (risque X3) - Partenaires multiples ++, rapports sexuels précoces < 17 ans ++ (risque X2) - Multiparité (> 5 grossesses) - Immunodépression (VIH) - Bas niveau socio- économique par absence de dépistage - Contraception orale (RR=1.2 pour adénocarcinomes endo-cervicales) - Pas hormonodépendant 	<ul style="list-style-type: none"> - ATCD familiaux ou personnels cancer endomètre, sein, ovaire (Cancer estomac, colon, spectre du Syndrome de Lynch+++) - Exposition aux oestrogènes : => Hyperoestrogénie d'origine endogène (nulliparité, puberté précoce, ménopause tardive, obésité, SOPK) => Hyperoestrogénie d'origine exogène (THM mal conduit, hormonothérapie par tamoxifène) - HTA et diabète - Hyperplasie endométriose atypique - ATCD d'irradiation pelvienne <i>Facteur protecteur</i>: contraception orale
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Métrorragies sang rouge indolore post-coïtales, 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 TV : induration, saignement au contact</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Métrorragies post-ménopausiques ++ (=> <i>Cancer endomètre jusqu'à preuve du contraire</i>), Douleurs pelviennes, leucorrhées purulentes - Au spéculum (saignement d'origine utérin), touchers pelviens, examen bilatéral et comparatif des seins
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Biopsies cervicales dirigées +/- sous guidage colposcopique ou sur une pièce de conisation => examen anatomopathologie (Classification FIGO) 	<ul style="list-style-type: none"> Echographie pelvienne endovaginale ++ (muqueuse utérine > 5-8mm : très suspect) Biopsie de l'endomètre +++ (prélèvement à l'aveugle => risque de faux négatif) (n'a de valeur que si positif) Curetage biopsique sous AL (prélèvement à l'aveugle => risque de faux négatif) Hystérocopie diagnostique + biopsie d'endomètre
Facteurs pronostiques	Stade clinique, état ganglionnaire , volume tumoral >4 cm, existence d'embols tumoraux lymphatiques ou vasculaires	Âge élevé, comorbidité (bilan d'opérabilité), Stade FIGO 2009 , grade de différenciation histologique, type histologique (type 2 histologique de plus mauvais pronostic que le type 1 histologique), degré d'envahissement du myomètre, envahissement ganglionnaire, emboles lymphovasculaires, taille tumorale (> 2cm)

Bilan d'extension	<p>Extension loco-régionale et ganglionnaire <u>Clinique</u>: examen complet +/- sous AG. TV (paramètres, cloisonrectovaginale), TR, palpation des aires ganglionnaires <u>Paraclinique</u>: IRM pelvienne +++ (volume tumoral, extension, atteinte lymphonodale, recherche de dilata<on utéroypélique), TEP-TDM pour bilan d'extension à distance si T>4cm, cystoscopie ou rectoscopie en cas de doute à l'IRM sur une extension rectale ou vésicale</p> <p>Curage ganglionnaire pré-thérapeutique (lymphadénectomie par coelio) si bilan extension négatif => classification FIGO</p>	<p>Extension au myomètre puis séreuse puis péritonéale +/- ganglionnaire <u>Clinique</u>: évaluation de l'état générale <u>Paraclinique</u>: IRM abdomino-pelvienne (détermine le stade en préopératoire, localisation et mesure de la lésion, profondeur de l'invasion myométriale, extension vers le col ou les annexes) Si stade FIGO ≥ III ou type 2 histologique => scanner TAP, évaluation hépatique (écho ou IRM), TEP-FDG</p> <p>-</p>
Traitement	<p>Stade IA1 <1mm : conisation Stade IA2 et IB1 : lymphadénectomie pelvienne : - si N+ lymphadénectomie para-aortique et radiochimiothérapie concomitante - si N - : hystérectomie total élargie si <2cm Stade IB2 à III : radiochimiothérapie concomitante + curiethérapie +/- chirurgie complémentaire Stade IV : situation rare, amtdude discuter en RCP</p> <p><u>Surveillance</u> : clinique +/- examen complémentaire tous les 4 mois la 1er année, puis tous les 6 mois pendant 3 ans et enfin annuellement (marqueurs SOC pour le suivi des cancers épidermoïdes)</p>	<p>Hors programme ECN (stades précoces : chirurgie simple +/- radiothérapie , stades métastatiques : chimiothérapie)</p> <p><u>Surveillance</u>: 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>
Dépistage	<p>Dépistage de masse entre 25 et 65 ans par frottis cervico-utérin : - <30 ans : 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 ->30 ans : test HPV-HR tout les 5 ans/ si positif réaliser une cytologie Test HPV-HR positif + cytologie positif => colposcopie (!) Pas de dépistage chez les femmessymptomatiques</p> <p>FCU normal -> nouveau frottis dans 3 ans FCU anormal -> colposcopie + biopsie Si lésion intra-épithéliale de haut grade - > conisation</p> <p>Classification de Bethesda pour les FCU anormaux : AGS, ASC-US, ASC-H, LIEBG, LIEHG</p>	<p>Pas de test de dépistage</p>
Prévention	<p>Vaccination des filles et des garçons de 11 à 14 ans (2 doses), rattrapage jusqu'a 19 ans révolus, hommes ayant des relations homosexuelles jusqu'à 26 ans => ne dispense pas du dépistage</p>	