

Dr M. Messacoudi

Maitre assistante en gynécologie obstétrique

EHS Sidi Mabrouk

Cancer de l'endomètre

I. Introduction :

Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique le plus fréquent : 5000 cas/an
C'est le 4^e cancer de la femme après les cancers du sein, poumon, colon
Il survient souvent entre 60 et 70 ans
Il atteint le corps utérin (la muqueuse) : adénocarcinome le plus souvent, très rarement un sarcome
Il est de diagnostic souvent précoce, son pronostic est globalement bon

II. épidémiologie :

Age : 60-70 ans

Facteurs de risque :

- Principaux facteurs de risque :
 - l'hyperoestrogénie relative endogène (ovaire micropolykystique, insuffisance luteale)
 - facteurs génétiques (syndrome Lynch 2)
- Facteurs de risque relatif :
 - Obésité
 - Diabète
 - Hypertension artérielle
 - Nulliparité / Ménopause tardive / Puberté précoce
 - Exposition THS aux estrogènes seuls / Tamoxifène

III. circonstance de découverte :

1. métrorragies post ménopausique (95 à 98 % des cas)

- spontanées
- indolores
- peu abondantes (pertes brunâtres ou noirâtres ou suintements minimes)

NB : Le cancer de l'endomètre doit toujours être évoqué devant la présence de métrorragies de la ménopause et celles-ci doivent être systématiquement explorées

2. Plus rarement :

- Leucorrhées sales (doivent aussi être explorées)
- Pesanteurs ou douleurs pelviennes, troubles urinaires
- Parfois frottis de dépistage (rare), quand extension au col
- échographie pour un autre motif

IV. diagnostic positif :

A. examen clinique :

- Interrogatoire :
 - apprécie l'importance des métrorragies
 - recherche les facteurs favorisant (hyperoestrogénie, dont THS, Atcds familiaux)
- Examen général :
 - souvent pauvre
 - poids/taille
 - mesure de la pression artérielle
 - altération de l'état général en cas de forme avancée
 - examen des seins, palpation des aires ganglionnaires, recherche d'une hépatomégalie
- Examen gynécologique au spéculum :
 - Col le plus souvent normal (frottis systématique)

- Visualisation parfois de sang provenant de l'utérus
- biopsie d'endomètre par pipelle de Cornier ou canule de Novak (si le col est ouvert)
- Parfois, présence d'un polype au niveau de l'endocol qu'il faut prélever

Ces biopsies à l'aveugle n'ont de valeur que si elles sont positives (qu'elles montrent la présence de cellules cancéreuses), sinon, il faut pratiquer d'autres examens

- Toucher vaginal
 - Le plus souvent normal (géné par l'atrophie et l'obésité)
 - Parfois utérus gros et mou
 - Recherche d'une masse annexielle

B. Examens complémentaires :

Seule la biopsie (l'examen histologique) va assurer le diagnostic positif de cancer de l'endomètre(++++).

Parfois, l'histologie montre une hyperplasie atypique qui présente un risque d'évolution vers le cancer de l'endomètre (état précancéreux) et impose l'hystérectomie

1. ECHOGRAPHIE par voie abdominale et vaginale
 - Mise en évidence d'une muqueuse épaisse (> 5 mm) avec un bourgeon tumoral irrégulier
 - elle permet de donner une idée sur la pénétration myométriale et recherche une atteinte des ovaires
2. HYSTEROSCOPIE (sous anesthésie si curetage)
 - Peut être réalisée en ambulatoire
 - souvent complétée par un curetage biopsique étagé
 - montre une formation végétante, saignant au contact, dans la cavité utérine
 - Elle permet
 - de visualiser directement les lésions
 - d'en évaluer la topographie (atteinte du canal endocervical=gravité).
 - de guider les prélèvements histologiques.

V. Bilan d'extension :

- Une fois le diagnostic d'adénocarcinome posé, il est nécessaire d'apprécier le degré d'opérabilité et le stade tumoral
- Estimer l'opérabilité en fonction du terrain +++
 - âge, obésité, HTA, diabète,
 - état général
 - consultation pré-anesthésique
 - Radiographie pulmonaire / bilan biologique (NFS, bilan hépatique, bilan rénal, ionogramme sanguin (Ca ++), phosphorémie
- L'appréciation du stade tumoral repose sur :
 - l'examen clinique pelvien sous anesthésie (pdt l'HSC)
 - l'échographie pelvienne endovaginale et abdominale
 - Et surtout, l'IRM systématique qui tend à remplacer les autres examens (équivalente au scanner). Elle montre :
 - L'envahissement du myomètre
 - envahissement des ganglions du petit bassin
 - Le bilan d'extension générale (à la recherche de métastases) :
 - Dosage du marqueur tumoral CA 125 (atteinte ovarienne patente)
 - Radiographie pulmonaire systématique
 - Echographie hépatique voire scanner cérébral
 - PET scan
 - UIV, cystoscopie

VI. stadification de la FIGO :

Tableau 18.5. Classification TNM et FIGO 2009 des cancers de l'endomètre et survie à

TNM	FIGO	Description
Tx	0	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur
T0		Pas de signe de tumeur primitive
Tis		Carcinome in situ
T1	I	Tumeurs limitées au corps utérin
T1a	IA	- Tumeur limitée à l'endomètre et invasion < 50 % myomètre
T1b	IB	- Invasion > 50 % du myomètre
T2	II	Tumeurs envahissant le col sans dépasser l'utérus
T3 et/ou N1	III	Extension locale et/ou régionale
T3a	IIIA	- Envahissement tumoral de la séreuse et/ou des annexes
T3b	IIIB	- Invasion du vagin (directe ou métastatique)
N1	IIIC	- Atteinte des ganglions lymphatiques
	IIIC1	ganglions pelviens
	IIIC2	ganglions lombo-aortiques ± pelviens
T4	IVA	Envahissement des muqueuses rectales ou vésicales
M1	IVB	Métastases à distance en excluant celles déjà envisagées (vagin, annexes) en incluant les métastases intra-abdominales et/ou les ganglions inguinaux

VII. traitement :

Traitement chirurgical :

- hystérectomie totale extra-fasciale ou colpo-hystérectomie avec annexectomie, voire curage ganglionnaire (=lymphadénectomie) obturatrice (sous la veine iliaque externe)
- par laparotomie transversale (incision de Pfannenstiel)
- ou laparotomie médiane sous ombilicale
- la chirurgie précoce donne d'excellents résultats pour la survie
- la chirurgie tardive peut être comparable à celle pour un cancer de l'ovaire avancé

La radiothérapie (curiethérapie et irradiation externe) peut diminuer les récurrences pour certains stades

La chimiothérapie et l'hormonothérapie ne sont pas des traitements classiques

VIII. facteur pronostic :

- Age / opérabilité
- Le type histologique (carcinome à cellules claires, séreux, papillaire) est de mauvais pronostic
- le degré de différenciation tumorale
- Le stade tumoral (survie à 5 ans) tient compte de l'infiltration du myomètre, de l'endocol, de l'atteinte des organes de proximité. Il est établi après étude de la pièce opératoire
 - Stade 1 (atteinte du corps utérin seul) 80%
 - Stade 2 (corps et col) 60%

- Stade 5 (envahissement local : vagin, ovaire, ganglions) 30%
- Stade 4 (à distance : intestin, vessie, métastases) 10%

IX. surveillance :

- Examen clinique
 - tous les 6 mois les trois premières années puis par an
 - Pour rechercher une récurrence (fond vaginal ++, région sous-urétrale +++)
 - Frottis une fois par an
- Pas d'indication à faire des examens complémentaires à la recherche de récurrences ou de métastases en l'absence de signes d'appel (notamment pas d'échographie ni de dosage du CA 125 en routine).

X. conclusion :

C'est le plus fréquent des cancers gynécologiques,

La majorité des cancers sont diagnostiqués à un stade précoce, donc de bon pronostic

Il survient essentiellement chez la femme ménopausée,

Toute métrorragie de la ménopause doit le faire évoquer

Le diagnostic est donné par l'histologie par biopsie ou curetage

Les 4 principaux facteurs pronostiques sont : l'âge, l'opérabilité, le stade, les données anatomopathologiques

Le traitement est essentiellement chirurgical voire la radiothérapie (mais pas la chimio ou hormonothérapie)

Le dépistage du cancer de l'endomètre n'est pas recommandé