

Le cancer du col utérin

I. Introduction :

Dans la majorité des cas, le cancer du col utérin répond aux caractéristiques suivantes:

- Une maladie sexuellement transmissible
- l'agent pathogène a été identifié: Papillomavirus humain
- Son histoire naturelle est bien connue et l'intervalle entre la première transformation cellulaire et le cancer invasif est en moyenne 15 ans.
- Toujours précédé de lésions précancéreuses: CIN, accessible au dépistage
- De diagnostic de plus en plus précoce.
- 90% des cas, il s'agit d'un carcinome épidermoïde

II. Epidémiologie :

Deuxième cancer dans le monde, après le cancer du sein

Age: entre 45 et 55 ans

Facteurs de risques:

- Premier rapport sexuel avant l'âge de 17 ans
- Partenaires multiples
- Les MST: infection à HSV2, HPV oncogène: 16, 18, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 57, 58, 59
- Le tabagisme
- La multiparité
- Niveau socioéconomique défavorable: absence de dépistage
- La contraception hormonale: risque pour le cancer glandulaire (risque controversé)
- Les déficits immunitaires: immunosuppresseur, HIV, transplantées rénales

III. Circonstances de découvertes

- Dépistage systématique:

Dépiste le cancer infra-clinique= micro-invasif sur le frottis cervico-vaginal (FCV) anormal.

- Signes cliniques:

1. Métrorragies provoquées par le rapport sexuel= cancer invasif jusqu'à preuve du contraire

- ✓ Peu abondantes
- ✓ Indolores
- ✓ Intermittentes

2. leucorrhées:

- ✓ Rosées
- ✓ Purulentes

3. Les formes évoluées: en cas d'extension pelvienne

- ✓ Des douleurs à type de névralgie crurale ou obturatrice
- ✓ Syndrome infectieux
- ✓ Œdème des membres inférieurs
- ✓ Symptômes vésicaux: cystite, hématurie, pollakiurie ou rectaux: ténesmes, épreintes

IV. Diagnostic positif

A. Interrogatoire :

- ✓ Les circonstances de découvertes
- ✓ Les ATCD: médicaux, chirurgicaux, et surtout gynéco-obstétriques: facteurs de risques?

B. Examen au speculum:

1. Dans les formes asymptomatiques:

- ✓ Col apparaît normal
- ✓ Présence d'une zone rouge d'aspect banal
- ✓ Il faut alors réaliser une colposcopie qui montre en général, un aspect très inquiétant par l'existence de vaisseaux très atypiques, des aspects caractéristiques après acide acétique et réaliser des biopsies. Le toucher vaginal n'est dans ce cas pas informatif

2. Dans les formes symptomatiques: examen à l'œil nu met en évidence :

- ✓ Forme bourgeonnante, de volume variable, saignant au contact, hémorragique et friable.
- ✓ Forme ulcérée, irrégulière, souvent nécrotique avec aspect de cratère.

3. Dans certaines situations, le diagnostic clinique est plus difficile :

- ✓ Le cancer de l'endocol est de diagnostic difficile. Le col peut apparaître normal mais volontiers gros, renflé en barillet, saigne lors de l'expression du col entre les valves du spéculum.
- ✓ Le cancer du col restant est de plus en plus rare puisque l'hystérectomie sub totale n'est plus guère pratiquée.
- ✓ Le cancer chez la femme enceinte : les métrorragies sont précoces, abondantes, risquent d'être banalisées en raison de la fréquence des métrorragies pendant la grossesse. Il faut y penser et rappeler que la grossesse pour beaucoup de femmes est la seule circonstance où elles rencontrent un gynécologue : le dépistage doit être réalisé pendant la grossesse chez les femmes qui n'en bénéficient pas.

C. Toucher vaginal :

- ✓ la lésion est indolore
- ✓ repose sur une base indurée
- ✓ saigne au contact.

D. Examen complémentaire:

Colposcopie: dans les formes asymptomatiques, elle montre un aspect très inquiétant par l'existence de vaisseaux très atypiques, des aspects caractéristiques après acide acétique et permet de réaliser des biopsies dirigées.

La biopsie dirigée : seule qui permet de confirmer le diagnostic par l'étude histopathologie

V. Bilan d'extension

Il comporte :

- l'appréciation de l'état général (âge, ASA, Anémie),
- le bilan d'extension repose sur :

A. L'examen clinique (au mieux réalisé sous anesthésie générale par chirurgien et radiothérapeute) :

- ✓ Il faut ouvrir les branches du spéculum pour déplier les parois vaginales et mettre en évidence une extension à ce niveau,
- ✓ Le toucher vaginal apprécie le volume et la mobilité du col, la souplesse des culs de sac vaginaux,
- ✓ Le toucher rectal apprécie la présence d'une infiltration des paramètres.
- ✓ Le toucher combiné permet d'évaluer l'extension latérale le long des ligaments utérosacrés.

B. Des examens complémentaires :

Ils permettent d'apprécier le volume tumoral, l'extension au-delà du col, l'extension ganglionnaire et l'extension à distance.

- ✓ IRM : examen de référence
- ✓ TDM : surtout le TEP-TDM est proposée pour le bilan d'extension à distance et évaluer l'atteinte ganglionnaire.
- ✓ Une cystoscopie et ou rectoscopie en cas de doute à l'IRM sur une extension rectale ou vésicale
- ✓ Des examens biologiques :
 - Bilan pré-opératoire, hématologique, tests hépatiques et rénaux,
 - Marqueurs tumoraux : pour les cancers épidermoïdes, le dosage du SCC « Squamous Cell Carcinoma antigen » peut être utile non pas pour le diagnostic mais pour le suivi ultérieur.
- Au terme de ce bilan, la tumeur est classée selon la classification de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO). Elle repose sur les caractéristiques du cancer lui-même et sur la présence ou non d'un envahissement local, régional ou à distance.

Schématiquement, on distingue 4 stades :

1. Stade I = Tumeur limitée au col,
 - Stade IA = Cancer micro-invasif, c'est-à-dire avec une profondeur d'invasion sous la basale inférieure à 5 mm (1A1 < 3 mm et 1A2 = 3 à 5 mm)
 - Stade IB = Cancer invasif (1B1 = tumeur < 4 cm et 1B2 = tumeur > 4 cm).
2. Stade II = Tumeur dépassant le col sans atteindre de la paroi pelvienne ni le 1/3 inférieur du vagin,
3. Stade III = Tumeur étendue à la paroi pelvienne, au 1/3 inférieure du vagin ou comprimant l'uretère,
4. Stade IV = Tumeur étendue aux organes de voisinage.

VI. Les facteurs pronostiques :

Dépend du:

- ✓ Stade
- ✓ Du volume tumoral
- ✓ De l'envahissement ganglionnaire

Les taux de survie à 5 ans sont de l'ordre de

- ✓ 99 % au stade IA
- ✓ 85 à 90 %, au stade IB
- ✓ 60 à 70 % au stade IIB
- ✓ 30 à 50 % au stade III.
- ✓ 20 % au stade IV

VII. Traitement :

A. Méthodes

- **Les techniques chirurgicales** vont du plus simple au plus compliqué.
 - ✓ La conisation : est l'ablation d'une partie du col. Elle peut être effectuée au bistouri froid, au laser et le plus souvent à l'anse diathermique.
 - ✓ L'intervention de référence pour le carcinome invasif est la colpohystérectomie élargie avec cellulolympHADénectomie pelvienne (CHEL).
 - ✓ La cervicectomie élargie permet de conserver la fécondité : cette intervention a été proposée récemment par Dargent,
 - ✓ Enfin, il peut être réalisé des pelvectomies, antérieures emportant avec l'utérus la vessie, postérieures étendues au rectum, voire totales.
- **La radiothérapie**
 - La curiethérapie utérovaginale
 - La radiothérapie pelvienne, Elle traite le pelvis dans son ensemble, utérus, paramètres mais aussi ganglions iliaques voire lombo-aortiques. Elle est réalisée en ambulatoire à raison de 5 séances par semaine pendant 5 à 6 semaines.
- **La chimiothérapie** : Elle s'est imposée ces dernières années et fait appel essentiellement aux sels de platine et au 5 Fluoro-Uracile.

B. Indications thérapeutiques

- En cas de cancer micro-invasif : la technique dépend de la profondeur de l'invasion qui ne peut être précisée que par conisation :
 1. IA1 < 1 mm : la conisation est le traitement suffisant,
 2. IA1 > 1-3 mm : conisation seule en cas de désir de grossesse sinon hystérectomie totale simple,
 3. IA2 : sera traité comme un stade IB1 < 2 cm.
- En cas de cancer invasif :
 1. IA2 et IB1 < 2 cm : CHEL,
 2. IB1 2 à 4 cm : chimiothérapie puis CHEL
 3. IB1 N+, IB2 et III : radiochimiothérapie première +/- chirurgie complémentaire,
 4. IV : radiochimiothérapie, éventuellement exentération pelvienne

C. Complications thérapeutiques :

1. liées à la chirurgie

- ✓ Hémorragies
- ✓ Plaies vésicales ou digestives
- ✓ Complication thromboemboliques
- ✓ Fistule vésicale ou urétérale

2. Liées à la radiothérapie :

- ✓ Asthénie
- ✓ Troubles digestifs
- ✓ Cystite
- ✓ Rectite
- ✓ Fibrose pelvienne et cutanée
- ✓ Sténose vaginale
- ✓ Sténose ou Fistule urétérale

VIII. Surveillance :

Tous les trois mois la première année

Puis tous les six mois pendant trois ans et enfin annuellement.

Un examen clinique doit être effectué tant au plan général que local avec examen de la vulve et du vagin au spéculum, test de Schiller ou frottis du fond vaginal sur la cicatrice annuellement, réalisation de touchers pelvien

IX. Conclusion :

1. il s'agit d'une maladie sexuellement transmise liée au papillomavirus humain (HPV),
2. Le diagnostic est réalisé par biopsie,
3. Le bilan d'extension est essentiellement anatomopathologique,
4. Les 3 principaux facteurs pronostiques sont : le stade, le volume tumoral et l'envahissement lymphatique,
5. Le traitement comporte le plus souvent l'association chirurgie-radiothérapie voire chimiothérapie dans les grosses tumeurs,
6. La surveillance est essentiellement clinique
7. Le test de dépistage du cancer du col utérin recommandé est le frottis cervical,
8. Le dépistage permet détecter les lésions précancéreuses. En le traitant, on fait la prévention secondaire du cancer invasif,