

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Constantine 3

Faculté de médecine de Constantine

Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques
CHU Constantine

Module de gynécologie-anatomie pathologique

5eme année médecine

Cours présenté par Dr M BOUKHENAF
Année Universitaire 2021/2022

Le cancer de l'endomètre.

I. Introduction :

- Les tumeurs du corps utérin correspondent à l'ensemble des proliférations tumorales primitives développées aux dépens des structures épithéliales et mésenchymateuses qui le constituent.
- 97% des cancers du corps utérin sont représentés par les carcinomes endométriaux qui surviennent surtout après la ménopause.
- Les facteurs de risques sont bien connus, sont essentiellement liés a l'hyperœstrogénie, il s'agit d'un cancer de diagnostic précoce dont le pronostic est globalement bon.

II. Rappel histologique :

- L'utérus comporte une muqueuse : **l'endomètre**, une musculuse : **myomètre** et **une séreuse** (ou adventice selon la zone considérée).
- L'endomètre est constitué d'un revêtement épithélial et des glandes endométriales qui subissent des modifications au cours de chaque cycle menstruel.
- Les glandes sont disposées dans un chorion particulier appelé chorion cytogène constitué de petites cellules très monomorphes disposées en nappes qui subissent également des modifications cycliques.
- Le myomètre sous jacent est une couche épaisse richement vascularisée constituée de fibres musculaires lisses
- Ces éléments expliquent la classification des tumeurs primitives de l'utérus qui peuvent naître à partir de chaque élément.

-On distingue trois grands groupes :

1.1. Les tumeurs épithéliales pures : Développées à partir des structures épithéliales de l'endomètre, ce sont les adénocarcinomes ; tumeurs malignes les plus fréquentes de l'utérus.

1.2. Les tumeurs conjonctives pures : Développées à partir :

Soit des cellules du chorion cytogène (tumeurs stromales)

Soit des cellules musculaires lisses (léiomyome, léiomyosarcome)

Soit des autres éléments du tissu conjonctif : rares (tumeurs vasculaires, lymphome malin primitif..).

1.3. Les tumeurs mixtes : Elles associent un contingent d'origine épithéliale et un contingent de type conjonctif.

III. Epidémiologie :

- Le cancer de l'endomètre est un cancer de la femme âgée, il survient entre 60 et 70 ans. 75% des patientes sont ménopausées lors du diagnostic.
- L'incidence est plus élevée dans les pays développés, sa fréquence est en augmentation du fait de l'évolution des moyens de diagnostic, de l'utilisation abusive des traitements hormonaux à bases d'œstrogène et de l'élévation de l'espérance de vie des femmes.
- c'est le 4eme ou 5eme des Kc de la femme et le 2eme ou 1er des Kc gynécologiques selon la répartition géographique.

IV. Facteurs de risques :

-Secondaire à une surexposition aux œstrogènes sans exposition adéquate à la progestérone.

- Nulliparité
- Avortements à répétition.
- Ménopause tardive
- Prise de médicaments : Tamoxifène (traitement du cancer du sein)
- Tumeurs produisant un excès d'œstrogènes : tumeur de la granulosa
- L'obésité est un facteur de risque majeur : observée chez 50%des malades.
- Facteurs génétiques : syndrome de Lynch (appelée aussi syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou Cancer colorectal héréditaire sans polypose) de type II

- Hyperplasie glandulaire atypique de l'endomètre, serait un précurseur d'environ 40% des cancers de l'endomètre.
- Autres facteurs : diabète, hypertension artérielle, tabac, alcool, radiothérapie pelvienne, consommation de la graisse.

V. Signes cliniques :

- Le maître symptôme est le saignement utérin (métrorragie).
- La douleur, la dysurie et les troubles du transit annoncent souvent une évolution avancée de la maladie.
- Rarement, une hydorrhée ou une annexite
- L'examen au spéculum est le plus souvent normal.
- Les métastases sont exceptionnellement révélatrices.

VI. Diagnostic anatomo-pathologique :

A. Apport de la cytologie : la cytologie est moins efficace dans la mise en évidence du cancer de l'endomètre que pour le cancer du col.

-Le diagnostic repose surtout sur la biopsie ou le curetage biopsique

-Un saignement endocervical nécessite également une biopsie du col utérin.

B. Macroscopie : on distingue globalement deux formes :

1. Forme localisée : la plus fréquente, peut se situer à n'importe quel point de l'utérus, mais en générale elle est fréquente sur la paroi postérieure.

- D'aspect papillaire ou polyploïde, légèrement surélevée au dessus de l'endomètre voisin, parfois remaniée par la nécrose et l'hémorragie.

2. Forme diffuse : touche la quasi totalité de la surface endométriale, qui est épaissie, irrégulière, avec des plages polyploïdes, friables, nécrosées en surface, s'accompagnant d'hémorragie et de suppuration.

C. Microscopie :

1. Adénocarcinome endométrioïde :

- C'est le + fréquent, il peut être bien, moyennement ou peu différencié.
- C'est un cancer de bon pronostic.
- Quand il est bien différencié, il reproduit des tubes glandulaires confluentes ; identiques à ceux de la muqueuse endométriale, tapissées par un épithélium pluristratifié fait de cellules cylindriques, plus grandes que les cellules endométriales normales, avec un noyau irrégulier. Les mitoses sont nombreuses.
- Les formes moins différenciées comportent des plages cellulaires d'architecture solide.
- C'est une tumeur qui exprime les récepteurs hormonaux à l'examen immuno-histochimique (RO, RP positifs).
- Les variantes de l'adénocarcinome endométrioïde sont :

-le carcinome villo-glandulaire.

-le carcinome sécrétoire.

-le carcinome cilié.

-le carcinome à différenciation malpighienne.

➤ **Grade histologique des carcinomes endométriaux (OMS) :**

- G1 : moins de 5% de zones solides.
- G2 : 6-50% de zones solides.
- G3 : plus de 50% de zones solides.
- Si les atypies cyto-nucléaires sont importantes, le grade histologique est augmenté.

2. Adénocarcinome mucineux : architecture papillaire, glandulaire ou microglandulaire au moins 50 % de la tumeur est composée de cellules contenant de la mucine intra cytoplasmique, PAS et Bleu alcian positives.
- C'est une tumeur de bon pronostic.

3. Adénocarcinome papillaire séreux : constitué de papilles plus ou moins courtes et épaisses, accolées les une aux autres et tapissées de cellules pléomorphes
-Présence de micro-papilles secondaires et de psammomes
-Les emboles vasculaires sont fréquents
- C'est une tumeur de mauvais pronostic

4. Adénocarcinome à cellules claires : composé de cellules de grande taille avec un cytoplasme clair, chargé en glycogène et un noyau apical réalisant un aspect en « clou de tapissier » ; son pronostic est mauvais.

5. Carcinome squameux : exceptionnel, il survient chez la femme âgée, c'est une tumeur de mauvais pronostic.

6. Carcinome mixte :

Le carcinome mixte est constitué de deux types histologiques associés en proportion variable dans lesquels le type mineur doit comporter au moins 10% de tout le volume de la tumeur.

7. Carcinome transitionnel :

Un carcinome dans lequel 90% ou plus se compose de cellules ressemblant aux cellules transitionnelles urothéliales.

8. Carcinome à petites cellules :

Ce carcinome ressemble au carcinome à petite cellule du poumon.

3. Carcinome indifférencié :

Fait de petites cellules disposées sous forme de nappes étendues ou de travées séparées par des bandes étroites de stroma conjonctif.

VII. Le compte rendu anatomie pathologique type :

- Type histologique
- Grade : degré de différenciation (Le pronostic est d'autant plus sombre que la tumeur est peu différenciée)
- Invasion du myomètre : de façon précise (TNM)
- Emboles vasculaires et lymphatiques
- Extension : col, séreuse utérine, annexes, autres organes pelviens
- Statut ganglionnaire (si curage ganglionnaire)

Tous ces paramètres permettent au chirurgien d'établir le Stade FIGO

VIII. Facteurs pronostiques : Les principaux facteurs pronostiques sont :

- L'âge,
- L'opérabilité : HTA, diabète, obésité.....
- Les données anatomopathologiques
- Le stade FIGO

IX. Traitement :

Le traitement habituel du carcinome endométrial est l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale avec ou sans radiothérapie pelvienne, curiethérapie vaginale et éventuellement chimiothérapie selon le stade et le grade.

X. Conclusion :

- Le cancer de l'endomètre survient essentiellement chez la femme ménopausée, il doit être évoqué devant toute hémorragie post-ménopausique.
- L'examen clinique est souvent peu informatif, le diagnostic repose sur la biopsie
- Les 4 principaux facteurs pronostiques sont : **l'âge, l'opérabilité, le stade et les données anatomopathologiques**
- le traitement repose sur la chirurgie, le pronostic est globalement bon.
- La surveillance est essentiellement clinique.