

Le cancer du col utérin

Dr CHERGUI

I-Introduction :

L'incidence du cancer du col varie selon que l'on prend en compte ou non les lésions dysplasiques de haut grade.

Globalement il atteint 28/100 000 femmes par an, avec une mortalité de 3/100 000 femmes par an. L'âge moyen des cancers invasifs est de 55 ans, celui des lésions pré-invasives entre 30-35 ans.

- 2eme cancer chez la femme.

II-Facteurs de risques : Les facteurs de risque sont bien connus :

- l'infection papillomavirus humain notamment les sérotypes 16 et 18 .
- comportement sexuel (âge précoce au premier rapport, nombre élevé de partenaires)
- multiparités.
- tabac
- facteurs génétiques.
- immunodépression : Ils favorisent l'action des agents infectieux responsables de la transformation maligne .

III- Anatomie pathologique :

Le cancer du col prend naissance au niveau de la zone de jonction cylindro-squameuse.

1. Carcinomes épidermoïdes :

Ils représentent 70 à 95 % des tumeurs malignes du col

a - Néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN) :

Les lésions à progression lente sont caractérisées par les CIN classées en trois grades suggérant trois étapes évolutives. La néoplasie intra-épithéliale est une lésion caractérisée par une désorganisation architecturale sans rupture de la membrane basale. La hauteur de prolifération de ces cellules dans l'épithélium malpighien définit le grade :

- CIN grade 1 ou dysplasie légère : la hauteur de la prolifération est inférieure au tiers inférieur de l'épithélium ;
- CIN grade 2 ou dysplasie moyenne : la hauteur ne dépasse pas les deux tiers de l'épithélium ;
- CIN grade 3 ou dysplasie sévère et épithéliomes in situ : la hauteur atteint la totalité de l'épithélium. La membrane basale est respectée, sans aucune zone d'invasion. Les irrégularités cytonucléaires et les mitoses sont nombreuses.

b- Carcinomes micro-invasifs : il s'agit d'une entité histologique définie comme étant une lésion infiltrante débutante du stroma dont le potentiel métastatique est encore limité ou quasi nul. Selon la classification FIGO, on distingue :

- les carcinomes in situ avec micro-invasion stromale débutante. La profondeur d'envahissement stromale est inférieure à 3 mm.
- les carcinomes in situ avec micro-invasion stromale confluante. L'invasion stromale est comprise entre 3 et 5 mm de profondeur

C- Carcinomes épidermoïdes infiltrants : ils peuvent être

- exophytiques, végétants, avec des bourgeons multiples, friables, nécrosés, hémorragiques.
- endophytiques, infiltrants et (ou) ulcérés. Quatre sous-types de carcinomes épidermoïdes sont individualisés :
- kératinisant ;
- non kératinisant à grandes cellules, les plus fréquents ;
- non kératinisant à petites cellules ;
- à cellules fusiformes.

2. Adénocarcinomes infiltrants : Ils représentent de 10 à 15 % des cancers du col. Comme les carcinomes épidermoïdes, ils peuvent être exophytiques ou infiltrants.



IV- Diagnostic :

Le diagnostic des dysplasies repose sur le trépied frottis, colposcopie et biopsies dirigées.

A- signes fonctionnels :

- des métrorragies provoquées par les rapports sexuels, parfois spontanées.
- leucorrhées purulentes, striées de sang.
- douleurs pelviennes
- les troubles urinaires (cystite, hématurie, pollakiurie)
- rectaux (ténésme, épreintes, faux besoins) témoignent de formes avancées.

B- l'examen gynécologique au spéculum : qui permet de visualiser l'aspect et les dimensions de la lésion, sa situation par rapport à l'orifice externe du col, de pratiquer le cathétérisme du canal cervical avec hystérométrie et d'effectuer une biopsie.

Au retrait du spéculum les parois vaginales sont examinées à la recherche d'une extension vaginale.

C-Le toucher vaginal et rectal : combinés à la palpation abdomino-pelvienne permettent d'apprécier l'extension néoplasique aux parois vaginales, aux structures paravaginales (cloison vésico-vaginale et recto-vaginale), aux culs-de-sac et aux paramètres.

D- les examens complémentaires :

— **radiographie pulmonaire systématique :** des clichés de face et de profil du thorax sont effectués pour détecter des métastases pulmonaires.

— **examens biologiques :** l'examen sanguin est fait de principe avec un bilan hématologique, hépatique et rénal et le dosage éventuel de certains marqueurs tumoraux (squamous cell carcinoma antigen SCC, ACE, CA125)

— **urographie intraveineuse :** cet examen permet de détecter des anomalies du système urétéro-pyélocaliciel, une sténose urétérale et son retentissement sur la fonction rénale.

— **cystoscopie :** elle n'est demandée que s'il existe des signes de suspicion d'atteinte vésicale ou une anomalie urographique. Elle permet de vérifier l'intégrité de la muqueuse vésicale, de découvrir des lésions suspectes qui seront biopsiées ou des signes indirects d'envahissement de la paroi vésicale (œdème...);

— **rectoscopie :** elle peut objectiver un envahissement de la muqueuse rectale; en pratique elle n'est réalisée qu'en présence d'une tumeur à développement postérieur.

— **le scanner** qui permet de visualiser des ganglions augmentés de volume qui peuvent être vérifiés par ponctions percutanées.

— **l'échographie pelvienne** recherche une pathologie annexielle associée (kyste de l'ovaire); une échographie endorectale ou endovaginale permet parfois d'évaluer l'atteinte des paramètres.

— **imagerie par résonance magnétique :** Elle visualise bien la tumeur primitive, les dimensions de l'endocol et de l'exocol, voire l'envahissement en profondeur de l'endocol et du corps utérin

V - Extension locorégionale et classification :

La tumeur en dépassant les limites du col peut envahir le paramètre, le vagin, le corps utérin et, à un stade plus avancé, les organes pelviens la vessie (ou) rectum, ganglionnaire, Ou a distance; les plus fréquentes sont hépatiques et pulmonaires. Les autres localisations (osseuses, cérébrales...) sont plus rares.



VI- Dépistage

Le dépistage organisé du cancer du col par la réalisation de frottis cervico-vaginaux associé ou non à une coloscopie, tous les 2 ou 3 ans a montré que l'on pouvait obtenir une réduction importante de la mortalité par cancer du col (30 à 40%) chez les femmes âgées de 45 à 65 ans.

VII – prévention : vaccination anti-papilloma virus humain :

Gardasil : sérotypes : 6 – 11 – 16 - 18.

Cervirax : sérotypes : 16 – 18.

