

# CANCER DU COL DE L'UTERUS

Pr. Berkat

## 1. INCIDENCE :

- 2eme cancer chez la femme algérienne
- 2000 nouveaux cas par an.

## 2. HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS :

- L'infection à HPV précède de 20 ans le cancer
- 2 ans après le premier rapport sexuel
- Guérison spontanée en 1 a 3 ans
- Infection persistante 3 à10 %
- Régression des lésions de bas grade dans 2 ans (50%)
- Intégration du génome de l'HPV oncogène dans les cellules cervicales.

## 3. POPULATION A HAUT RISQUE DE CANCER DU COL :

### 4. ANA-PATHOLOGIE

- Les **Carcinomes épidermoïdes** représente **85%** des tumeurs cervicales et se développe dans l'épithélium malpighien.
- Les **adénocarcinomes** représentent **5 a 25%** des tumeurs infiltrantes du col utérin,, les adénocarcinomes sont souvent diagnostiqués a des stades plus avancés ou des tailles importantes, et se développent dans la muqueuse **cylindrique** endocervicale.
- Autres types histologiques:

-carcinome adénoquameux

-carcinome à petites cellules

-carcinome endométrioïde

-carcinome à cellules claires

-Sarcome

- Les adénocarcinomes sont de **mauvais pronostic**:

-le taux de survie est plus faible

-les adénocarcinomes entraînent plus de métastases.

## 5. DIAGNOSTIC :

### a. Signes fonctionnels:

Parfois de découverte fortuite:

- Métrorragies provoquées +++ (après rapport sexuel), indolores, de sang rouge.
- Leucorrhée, hydrorrhée
- Dyspareunie profonde
- Algies pelviennes
- Troubles urinaires: hématurie, pollakiurie
- Troubles rectaux : épreintes, ténesmes, faux besoins
- Douleur abdominale (ascite), douleur lombaire (hydronéphrose)
- Altération de l'état général.

### b. Examen clinique:

- Palpation des aires ganglionnaires inguinales et sus-claviculaires
- Palpation abdominale à la recherche de :
  - masse pelvienne
  - hépatomégalie, ascite
- Examen au spéculum: le cancer du col peut apparaitre sous différentes formes:
  - lésion exophytique (aspect en chou-fleur): la lésion est irrégulière hémorragique
  - Lésion ulcérée avec base indurée
  - Lésion nécrotique
  - Col perçu à la palpation comme étant dur comme de la pierre
  - Col gros et lourd (col en tonneau)
- Toute lésion suspecte au spéculum doit être biopsiée
- Toucher pelvien:
  - Toucher vaginal ; palpation des parois vaginales et des culs-de-sac vaginaux
  - Toucher rectal: palpation de la cloison recto-vaginale

- Signes de cancer du col à la colposcopie
- vaisseaux sanguins atypiques
- contours de surface irréguliers
- épithélium ulcéré, friable et jaune orangé
- anomalies colposcopiques étendues et sévères ou complexes.

#### c. Examen sous anesthésie générale :

L'examen sous anesthésie générale est nécessaire car le cancer cervical peut être douloureux, et la véritable étendue du cancer peut être sous-estimée lors de l'examen, clinique simple,

Cet examen permet d'évaluer l'extension de la tumeur en direction:

- des culs-de-sac vaginaux
- des paramètres
- des ligaments utérosacrés
- de la cloison retro-vaginale et le rectum
- de la paroi pelvienne

\*L'examen sous AG permet de définir **la taille et le volume** tumoral; ainsi que la consistance du col,

\*L'examen sous AG permet d'effectuer:

- une cystoscopie avec biopsie des lésions suspectes;
- une **rectosigmoidoscopie** en cas d'invasion tumorale postérieure ou d'infiltration de l'espace recto-vaginal.

#### d. Examens complémentaires :

- BIOLOGIE
- IRM ABDOMINO-PELVIENNE
- SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN
- ECHOGRAPHIE PELVIENNE
- L'IMAGERIE PAR EMISSION DE POSITONS AU 18F-FLURODESOSYGLUCOSE
- HYSTEROSCOPIE

#### e. Facteurs de mauvais pronostic :

- l'Age jeune
- Le mode de diagnostic: diagnostic effectué en postopératoire
- Le stade FIGO  $\geq$  IIB
- La taille tumorale  $>4$ cm
- L'envahissement ganglionnaire
- Le type histologique: adénocarcinome, carcinome à petites cellules
- Le grade de différenciation tumorale: tumeur peu différenciée
- L'invasion vasculaire ou lymphatique
- Les marqueurs tumoraux élevés

Le cancer du col utérin est considéré volumineux à partir de **4 cm** de plus grand diamètre, ce seuil marque un cap pronostique de la maladie.

#### f. Evolution :

Le taux de récurrences des cancers du col dépend du stade initial:

- De **10 à 20 %** dans les stades précoces (IB-IIA)
- DE **20 à 40 %** dans les stades avancés (IIB-IV)

\* Les récurrences sont généralement pelviennes, centrales, à distance sont surtout ganglionnaires lombo-aortiques,

- Les métastases viscérales ou osseuses sont plus rares
- Taux de survie à **5 ans**: -80% au stade 1 -50% au stade 2 -25% au stade 3 -5% au stade 4.

#### 6. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- Le traitement des cancers du col de l'utérus fait appel à :

- la chirurgie (CHEL) → cas opérables\_ cas inopérables
- la radiothérapie -La curiethérapie
- Radiothérapie conformationnelle
- la chimiothérapie, en particulier radio sensibilisante

\*il existe un **effet synergique** de la radio-chimiothérapie (effets additifs entre chimiothérapie et radiothérapie)

\*la radiothérapie et la chimiothérapie agissent sur des cibles différentes du cycle cellulaire, et la chimiothérapie élimine les cellules hypoxiques qui résistent à la radiothérapie

\*la chimiothérapie comporte le plus souvent **un sel de platine** et du 5 fluoro uracile.

\*Toutes les décisions thérapeutiques sont prises en **réunion pluridisciplinaire** d'oncologie (Oncologue, chirurgiens, anatomopathologiste, radiologue)

- CANCERS DE STADE IA1
- CANCERS DE STADE IA2 OU IB1
- CANCER DE STADE IB2, IIA ,IIB proximal
- CANCER DE STADE IIB distal, III ou IVA
- CANCER DE STADE IVB
- MESURES ASSOCIEES.

## **7. COMPLICATIONS :**

Complication liées au cancer:

-urétéro-hydronephrose (compression urétérale par la tumeur)

-Fistule vesico-vaginale, recto-vaginale

-récidive

Complications de la chirurgie:

-Hématome, hémorragie, infection, plaie vasculaire, digestive, vésicale

-lymphocèle après curage ganglionnaire

-fistules urinaires et digestives

-Fistules et sténoses, en particulier urétérales

Complications de radiothérapie

-occlusion intestinale

-grêle radique, cystite radique

-cancers radio-induits

\*complications de la chimiothérapie : infection, anémie, thrombopénie ,,,

## **8. SURVEILLANCE**

La surveillance a deux objectifs principaux:

-diagnostiquer les complications du traitement

-diagnostiquer les récurrences

la prise en charge des récurrences est le plus souvent palliative

\*les récurrences locales précoces est le plus souvent palliative

\*les récurrences locales précoces isolées peuvent bénéficier d'un traitement curatif (radiothérapeutique+/- chimiothérapie, ou chirurgie à type pelvectomie)

\*la surveillance est régulière tous les 6 mois pendant **5 ans** puis tous les ans

- ELLE COMPORTE

\* INTERROGATOIRE

\* EXAMEN CLINIQUE

- Examen au spéculum, frottis du fond vaginal

- touchers pelviens (récurrence pelvienne?)

- examen des aires ganglionnaires inguinales et sus-claviculaires

- recherche d'œdème des membres inférieurs, de phlébite (compression par un ganglion)

\* Bilan biologique: dosage des marqueurs tumoraux

\* TDM Thoraco-abdomino-pelvien

- L'IRM et la tomographie à émission de positons seront effectuées en cas suspicion de récurrence,

## **9. PREVENTION**

- Deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains papillomavirus humains ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM)

En France :

-Un vaccin recombinant quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18 (gardasil)

\*l'efficacité de ces vaccins est de 100% chez les jeunes filles qui n'ont jamais été en contact avec les HPV contenus dans les vaccins

\*Les HAS recommandent la vaccination chez les jeunes filles de 14 ans avec un rattrapage possible chez celles de 15-23 ans qui n'auraient pas eu de rapport sexuels ou, au plus tard dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.