

Cancer de l'endomètre

Introduction

- C'est une tumeur maligne primitive qui naissent et se développent aux dépens de l'endomètre
- Il touche essentiellement la femme ménopausée
- **Incidence mondiale** : 13.6-20 pour 100.000 femmes/an
- 3^e cancer de la femme après le cancer du sein et du col utérin
- Un traitement précoce, dont la base demeure, la chirurgie et la radiothérapie, fait du cancer de l'endomètre, un cancer de bon pronostic

Rappel histologique

L'utérus est composé de trois couches :

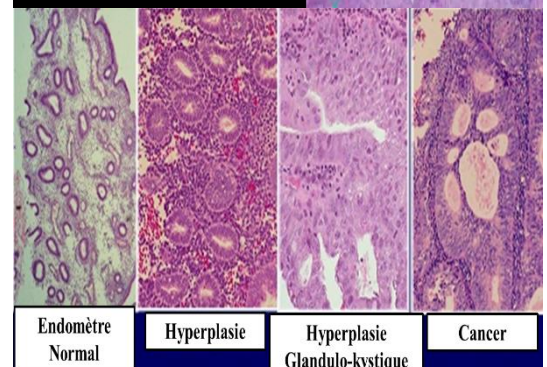
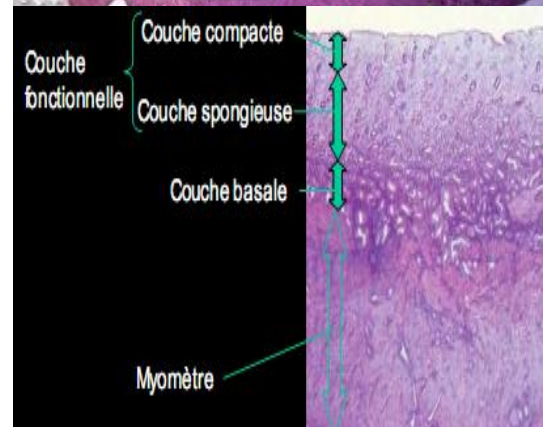
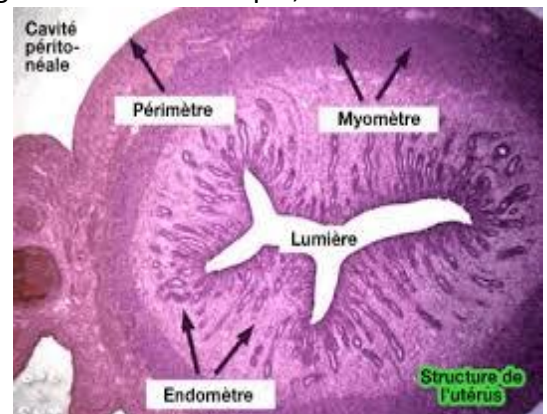
- Couche externe : séreuse
- Couche musculaire épaisse : myomètre
- Couche interne de muqueuse : endomètre

Histoire naturelle

- Le cancer de l'endomètre est hormo-dépendant.
- L'hyper-œstrogénie est un facteur important dans l'apparition du cancer de l'endomètre.
- Il existe un rôle protecteur de la progestérone dans le cancer de l'endomètre.
- Le cancer de l'endomètre se développe le plus souvent (85% des cas) à partir d'un endomètre hyperplasique présentant des atypies cellulaires.
- Dans 15% des cas, il peut survenir sur un endomètre atrophique

Facteurs de risque

- **Âge** : facteur important, le cancer de l'endomètre est un cancer de la femme âgée
 - Fréquence maximale 60-70 ans, âge moyen 64 ans
- **Facteur hormonal** : exposition aux œstrogènes en absence absolue ou relative de progestatif (hyper-œstrogénie) : nulliparité, puberté précoce et ménopause tardive, tumeurs ovariennes sécrétantes des œstrogènes, pilule séquentielle, traitement hormonal substitutif, obésité
- **Hérédité** : facteur moins net, antécédents familiaux de cancer du sein, colon, ovaire, endomètre
- **Lésion précancéreuse** : hyperplasie glandulaire atypique de l'endomètre, serait un véritable précurseur des cancers de l'endomètre
- Diabète et HTA, antécédents d'irradiation pelvienne



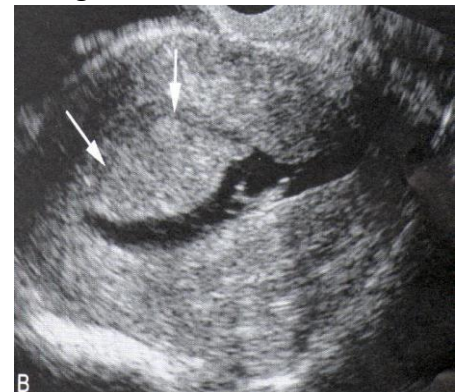
Etude anatomopathologique

- **Sur le plan macroscopique** : le cancer de l'endomètre se présente le plus souvent sous sa forme végétante, d'abord circonscrite, avant de s'étendre en superficie puis en profondeur, envahissant toute la cavité endométriale et la paroi donnant un aspect polypoïde

- **Sur le plan microscopique :**
 - **Classification des tumeurs de l'endomètre (OMS, 2003) :**
 - Tumeurs épithéliales
 - Tumeurs mésoenchymateuses
 - Tumeurs mixtes épithéliales et mésoenchymateuses
 - Dans 80% des cas, Il s'agit le plus souvent d'un cancer glandulaire ou adénocarcinome

Diagnostic positif

- **Circonstances de découverte :** signes fonctionnels :
 - **Métrorragies :** maître-symptôme, quasiment constant, 90 % des cas, spontanées, indolores, peu abondantes, sang noir avec caillots, irrégulière, survenant chez la femme en péri- ou post-ménopause
 - **Leucorrhées :** purulentes et fétides (pyométrie), séreuse (hydrorrhée)
 - **Douleurs pelviennes :** signe tardif et rare traduisant une forme évoluée
- **Examen clinique :**
 - **Interrogatoire :** recherche des facteurs de risques, une altération de l'état général, les signes fonctionnels, les tares associées
 - **Examen Gynécologique :**
 - **Examen au spéculum :** permet d'apprécier l'état du col et recherche un saignement endo-utérin
 - **Toucher vaginal :** recherche un utérus augmenté de volume, mou et sensible
 - **Toucher rectal :** recherche un envahissement des paramètres, de la cloison recto-vaginale et des nodules au niveau du cul-de-sac de Douglas traduisant une carcinose péritonéale
 - **Examen sénologique complet :** doit être réalisé
 - **Examen général :** à la recherche d'un risque opératoire et des signes d'extension
- **Examens paracliniques :**
 - **Echographie pelvienne :** augmentation anormale de l'épaisseur de l'endomètre, précise le siège des lésions endo-cavitaires, appréciation du degré d'infiltration de myomètre, chercher une lame d'ascite, des adénomégalies iliaques, vérifier les annexes
 - **Biopsie d'endomètre** (curetage biopsique) : permet d'affirmer le diagnostic, réalisée hors d'une infection, elle doit être étagée (cavité endocervicale puis cavité corporeale)
 - **Hystérocopie diagnostique :** permet une exploration visuelle de la cavité utérine, de voir les lésions et de pratiquer des biopsies dirigées, permet aussi de juger de l'extension en surface du processus tumoral
 - **Hystérosonographie :** elle peut montrer une augmentation du volume de la cavité utérine, image lacunaire intra-cavitaire
 - **Frottis Cervico-Vaginaux :** doivent être réalisés, leur positivité témoigne d'une lésion étendue ou d'une lésion cervicale associée
 - **Doppler :** montre une vascularisation anormale au niveau de la tumeur
 - **IRM :** permet de montrer le degré d'extension en profondeur vers le myomètre

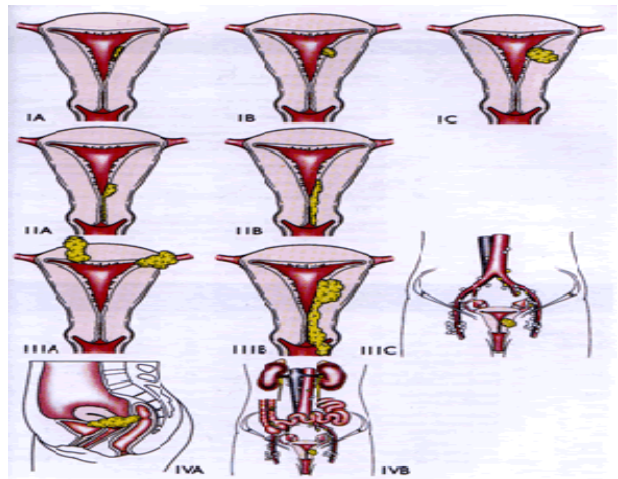


Bilan d'extension

- **Examen clinique :** TV, TR, examen sous speculum (atteinte des paramètres et du vagin)
- **TDM abdomino-pelvienne :** volume tumoral, adénopathie
- **IRM pelvienne :** examen de référence, apprécier l'envahissement du myomètre
- **Radiographie thoracique, échographie hépatique :** systématique
- **Cystoscopie, urographie intraveineuse, colposcopie, TDM cérébrale :** Si signes d'appel

Classification (FIGO 1998)

- **Stade I :**
 - **I_A** : non infiltrant, limité à l'endomètre
 - **I_B** : invasion du myomètre (< 50%)
 - **I_C** : invasion du myomètre (≥ 50%)
- **Stade II :**
 - **II_A** : extension endocervicale glandulaire
 - **II_B** : Invasion du stroma cervical
- **Stade III :**
 - **III_A** : invasion de la séreuse et/ou de l'annexe et/ou cytologie péritonéale positive
 - **III_B** : métastases vaginales
 - **III_C** : métastase ganglionnaire pelvienne et/ou para-aortique
- **Stade IV :**
 - **IV_A** : atteinte de la vessie et/ou du rectum
 - **IV_B** : métastase à distance



Diagnostic différentiel

- Atrophie ou hypertrophie endométriale
- Polypes et léiomyomes sous-muqueux
- Métastase d'un cancer du col utérin ou d'un cancer ovarien

Traitement

- **Méthodes de traitement :**
 - **Chirurgie** : est le traitement de référence d'un cancer de l'endomètre, la chirurgie standard est une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale
 - **Radiothérapie** : curiethérapie locale, radiothérapie pelvienne externe
 - **Chimiothérapie** : elle est peu efficace, utile dans les formes étendues
 - **Hormonothérapie** : elle peut être indiquée en cas de métastase, le traitement repose sur les progestatifs à forte dose
- **Indications** : elles sont en fonction de l'âge, l'état général, l'étendu des lésions, le siège, l'extension
 - **Stade I-II :**
 - **Patiente opérable** : chirurgie 1^{ère} suivie, 2 mois après, d'une curiethérapie
 - **Patiente non-opérable** : radiothérapie
 - **Stade III-IV** : chirurgie impossible, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie

Pronostic

Le taux de survie à 5 ans :

- **Stade I** : 90%, est de meilleur pronostic surtout si le cancer est fundique
- **Stade II** : 75%
- **Stade III** : 31%
- **Stade IV** : 9.1%