

Cancer du col utérin

Introduction

- C'est le 2^e cancer de la femme dans le monde.
- Ce cancer est plus fréquent dans les pays en voie de développement.
- L'incidence a largement diminué grâce au dépistage systématique des lésions précancéreuses.
- L'âge moyen des lésions pré-invasives se situe 30-35 ans, celui des cancers invasifs est de 55 ans.
- C'est un cancer épidermoïde le plus souvent. La plupart des cancers du col succèdent à une dysplasie ; les dysplasies le plus souvent la conséquence d'une infection par HPV. Le cancer épidermoïde du col est une Infection Sexuellement Transmissible (IST)
- Ce cancer n'est pas hormono-dépendant

Facteurs de risque

- Infection à HPV de haut risque +++
- **Autres** : tabac, premiers rapports sexuels précoces, immunodépression, partenaires sexuels multiples, multiparité, autres IST (herpes virus), bas niveau socio-économique

Anatomopathologie

- **Carcinome épidermoïde** : 85 %.
- **Adénocarcinome** : 10 %.
- **Autres** : carcinome adéno-squameux, tumeurs conjonctives

Diagnostic

- **Circonstances de découverte** : métrorragies (sang rouge, indolores, souvent provoquées), pertes muco-purulentes, urétéro-hydronephrose, douleurs pelviennes, épreintes, pollakiurie..., découverte fortuite
- **Examen clinique** :
 - **Examen au spéculum** : tumeur bourgeonnante, friable ou ulcérée, saignant au contact, à base indurée
 - **TV** : induration, saignement au contact
 - **Réalisation de biopsies** : preuve anatomopathologique

Bilan locorégional pré-thérapeutique

- **Examen sous anesthésie générale** : TV, TR, apprécier le volume tumoral, extension vers les paramètres, atteinte de la vessie ou du rectum, biopsies des zones suspectes
- **IRM pelvienne** : mesure le volume tumoral, extension aux paramètres, recherche des adénopathies
- **TDM** : adénopathies, métastases, compression urétérale
- **Marqueurs tumoraux** : SCC, ACE

Classification FIGO

- **Stade 0** : cancer intra-épithélial
- **Stade I** : cancer strictement limité au col
 - **I_a** : cancer micro-invasif (< 5 mm en profondeur)
 - **I_b** : cancer invasif
- **Stade II** : cancer ayant dépassé le col
 - **II_a** : tiers supérieur du vagin
 - **II_b** : infiltration des paramètres
- **Stade III** : cancer étendu à la paroi pelvienne ou au tiers inférieur du vagin
 - **III_a** : tiers inférieur du vagin
 - **III_b** : atteinte de la paroi pelvienne ou retentissement rénal
- **Stade IV** : cancer envahissant les organes de voisinage
 - **IV_a** : vessie ou rectum
 - **IV_b** : organes éloignés

Traitement

- **Moyens** :
 - **Traitement chirurgical** : hystérectomie totale avec ou sans lymphadénectomie
 - **Radiothérapie** : externe ou curiethérapie utérovaginale
 - **Chimiothérapie**
- **Indications** :
 - **Stade I_a** : hystérectomie totale avec lymphadénectomie pelvienne
 - **Stade I_b, II_a, II_b** :
 - **Avec facteurs de bon pronostic** (tumeur < 4 cm, N0) :
 - ✓ **Chirurgie première** : Colpo-Hystérectomie Elargie avec Lymphadénectomie (CHEL) + radio-chimiothérapie concomitante si N+
 - ✓ **Irradiation exclusive** : externe et curiethérapie
 - ✓ **Association radio-chirurgicale** : curiethérapie préopératoire, CHEL 6-8 semaines plus tard, radio-chimiothérapie concomitante post-opératoire si N+
 - **Avec facteurs de mauvais pronostic** :
 - ✓ Radio-chimiothérapie concomitante préopératoire, CHEL 6-8 semaines plus tard
 - **Stade III, IV** : radio-chimiothérapie concomitante + curiethérapie, parfois chirurgie palliative de dérivation urinaire

Pronostic

- Les facteurs pronostiques sont : stade clinique, état ganglionnaire, volume tumoral (> 4 cm de mauvais pronostic), existence d'embolies tumorales
- La survie à 5 ans est de : 100% pour les cancers *in situ*, 80-90% pour le stade I, 60% pour le stade II, 30-50% pour le stade III, 15-30% pour le stade IV

Surveillance après traitement

- La surveillance après le traitement doit être effectuée 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
- Un frottis du fond vaginal sur la cicatrice annuellement.
- Enfin, il faut être attentif aux signes urinaires et pratiquer au moindre doute, une Urographie Intra-Veineuse et des échographies rénales