

+CANCER DE L'ENDOMETRE

Module de gynécologie obstétrique

Année universitaire 2017-2018

Cours présenté par DR A.ABES

I. INTRODUCTION :

Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique pelvien le plus fréquent en France, se situant au 5

Ce cancer survient généralement après la ménopause.

L'âge moyen des patientes lors du diagnostic se situe à 68 ans.

II. FACTEURS DE RISQUE :

Les principaux facteurs de risque du cancer de l'endomètre sont :

- l'obésité ;
- le diabète ;
- l'HTA,
- la puberté précoce,ménopause tardive.
- la nulliparité,l'infertilité,
- un traitement par Tamoxifène.
- Le syndrome HNPCC/Lynch.

III. ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Les tumeurs épithéliales représentent plus de 90 % des cancers de l'endomètre.

Les 10 % restants sont constitués par de nombreux types histologiques qui sont chacun beaucoup plus rare,exemple des sarcomes.

III. ETUDE CLINIQUE :

A. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

Par ordre de fréquence, le cancer de l'endomètre peut se manifester cliniquement par des :

- Métrorragies spontanées, d'abondance moyenne
- leucorrhées (hydrorrhée, ou pyorrhée) accompagnées généralement de pertes sanguines leur

donnant alors une coloration rosée

B. INTERROGATOIRE :

L'interrogatoire permet de préciser notamment les antécédents, personnels et familiaux (recherche du syndrome HNPCC / Lynch), les facteurs de risque et les comorbidités. Il recherche les symptômes pouvant évoquer un cancer de l'endomètre.

C. EXAMEN CLINIQUE :

L'examen clinique comprend un examen abdomino-pelvien et des aires ganglionnaire. L'examen gynécologique peut être difficile en cas d'atrophie du vagin post-ménopausique ou d'obésité.

L'examen au spéculum permet notamment d'exclure une pathologie cervicale

IV. EXAMENS PARACLIQUES :

A. ECHOGRAPHIE PELVIENNE :

Une échographie pelvienne, sus-pubienne et endovaginale est réalisée à la recherche d'une hypertrophie endométriale qui impose alors une étude histologique de l'endomètre

Le diagnostic de cancer de l'endomètre repose sur l'examen anatomopathologique de la biopsie tissulaire.

B. LA BIOPSIE DE L'ENDOMETRE :

Par curetage biopsique ou per hysteroscopique, la biopsie permet :

- de confirmer la malignité ;

- de définir le type histologique :

•type 1 (les plus fréquents) : tumeurs endométrioïdes,

•type 2 (de moins bon pronostic) : carcinomes à cellules claires, carcinomes papillaires séreux et carcinosarcomes ;

- pour les types histologiques 1, d'évaluer le grade de 1 à 3 (grade 1 le plus différencié .

C. LES MARQUEURS TUMORAUX :

Il n'existe pas de marqueur tumoral spécifique du cancer de l'endomètre.

Cependant, pour évaluer la réponse au traitement, le dosage initial du CA 125 peut être discuté en cas de stades avancés.

D. IMAGERIE PAR RAISONNANCE MAGNETIQUE :

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne associée à une exploration IRM des aires ganglionnaires lombo-aortiques est l'examen de référence afin de rechercher le degré d'extension de la tumeur primitive aux différentes couches de l'utérus ainsi qu'aux organes de voisinage et aux ganglions pelviens et lombo-aortiques.

V. CLASSIFICATION DES TUMEURS DE L'ENDOMETRE :

FIGO (2009)	TNM (2009)	Description
Stades I	T1	Tumeur limitée au corps utérin
IA	T1a	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre
IB	T1b	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre
Stades II	T2	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus
Stades III	T3 et/ou N1	Extensions locales et/ou régionales comme suit :
IIIA	T3a	Séreuse et/ou annexes
IIIB	T3b	Envahissement vaginal et/ou paramétrial
IIIC	N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
IIIC1		Ganglions pelviens
IIIC2		Ganglions lombo-aortiques ± ganglions pelviens
Stades IV	T4 et/ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance
IVA	T4	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale

IVB M1 Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux

VI. FACTEURS PRONOSTIQUES DU CANCER DE L'ENDOMETRE :

- L'âge de la patiente
- Les pathologies associées
- Le stade selon la classification de la FIGO(TNM)
- Le type histologique
- Le grade : meilleur pronostic si adénocarcinome endométriode.

VII. LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ENDOMETRE :

a. Le traitement chirurgical :

La chirurgie est le traitement de référence d'un cancer de l'endomètre tant que le stade et l'état de la patiente le permettent.

La chirurgie standard est une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale.

La réalisation de gestes supplémentaires (lymphadénectomie, omentectomie) dépend du stade clinique, du type histologique et du grade.

La voie d'abord recommandée pour les stades I est la voie coelioscopique ou coeliovaginale.

La voie vaginale exclusive est réservée aux patientes à très haut risque chirurgical.

La laparotomie reste indispensable dans certaines conditions.

b. La radiothérapie :

La radiothérapie externe et/ou la curithérapie est indiquée en cas de cancer de l'endomètre

c. La chimiothérapie :

Peut être proposée en cas de cancer de l'endomètre notamment en cas de localisation ovarienne

d. L'hormonothérapie :

Rarement indiquée, à base de médroxyprogestérone à raison de 500mg par jour en cas de récepteurs hormonaux positifs.