



Cancer de l'endomètre

DR BISKER

DEFINITION

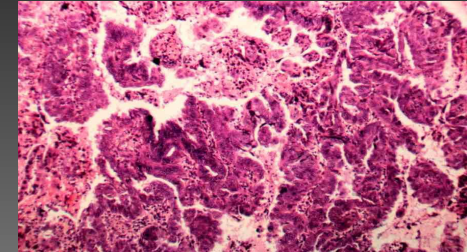
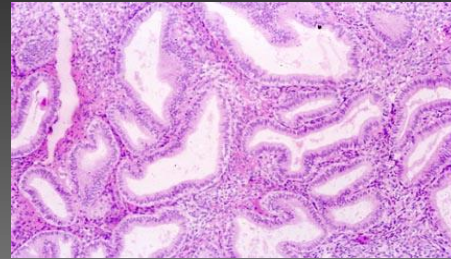
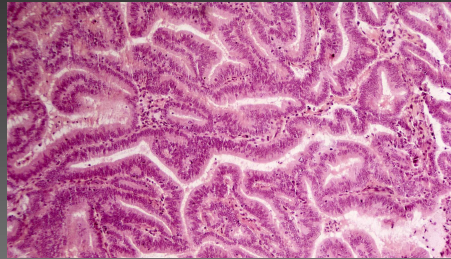
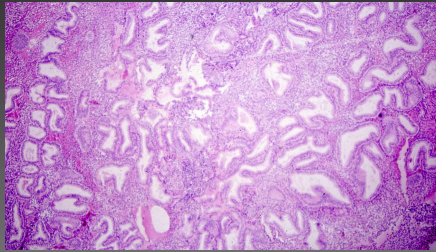
- Les cancers de l'endomètre sont des **adénocarcinomes** qui se développent aux dépens de la muqueuse utérine le plus souvent après **la ménopause**. Assez fréquent et de **bon pronostic**, plus favorable que celui des autres cancers génitaux.
- **Hormono-dépendant par excellence**, Le cancer de l'endomètre est le principal cancer gynécologique de la femme ménopausée, L'âge moyen au moment du diagnostic est de 68 ans et a tendance à rajeunir particulièrement en Algérie.
- La clinique est dominée essentiellement par les **métrorragies post-ménopausiques**.
- Son diagnostic est fait par **échographie et biopsie de l'endomètre**. Le traitement est en général **chirurgical**.
- La découverte d'un cancer de l'endomètre Impose toujours la recherche d'un **cancer du sein** car survient sur le même terrain, à savoir **l'hyper-oestrogénie**.

INCIDENCE

- Elle est d'environ 15 pour 100 000 femmes par an. Il survient 8 fois sur 10 chez des femmes ménopausées (âge moyen de diagnostic est 68 ans).
- **5e rang** des cancers chez la femme en termes d'incidence.
- La mortalité est de 3 à 3,5 pour 100 000 femmes par an.
- **Cancer de «bon» pronostic**
 - . 75 % stades I
 - . 85 % de survie à 5 ans
- **L'hystérectomie constitue la base du traitement.**

Histoire naturelle

- Cancer hormono dépendant



- Rôle initiateur des estrogènes
- Rôle protecteur de la progestérone

FACTEURS DE RISQUE

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

- _ Antécédents de radiothérapie pelvienne.
- _ Antécédents personnels ou familiaux de cancers du sein ou de l'ovaire.
- _ Antécédents familiaux de cancer du côlon héréditaire non polyposique (**syndrome de Lynch**).
- _ Antécédent familiaux de cancer de l'endomètre.
- _ **Hyperplasie endométriale avec atypies véritable lésion pré cancéreuse.**
- _ Âge > 50 ans.
- _ **L'obésité.**
- _ **HTA et/ou Diabète**, voir l'association.
- _ **Tamoxifène pendant > 5 ans.**



FACTEURS DE RISQUE

L'hyper-oestrogénie absolue ou relative, avec des taux réduits de progestérone reste un mécanisme clef dans la genèse du cancer de l'endomètre et peut être retrouvée chez les profils suivants :

- **Le syndrome des ovaires polykystiques.**
- **La nulliparité.**
- **Puberté précoce et la ménopause tardive.**
- Les tumeurs productrices d'œstrogènes.
- Les terrains d'anovulation (**dysfonction ovulatoire**).
- **Traitement œstrogénique** sans progestérone : prise d'estrogènes sans addition de progestatifs pendant une durée prolongée ou association mal équilibrée. **Contraception séquentielle** au long cours {n'est plus utilisée} : les autres contraceptifs réduisent le risque, de même que les traitements hormonaux substitutifs associant estrogènes et progestatifs,

Anatomie pathologique

Macroscopiquement, le cancer de l'endomètre se présente le plus souvent sous sa forme végétante, d'abord localisé puis s'étend en superficie et en profondeur, envahissant peu à peu toute la cavité endométriale et la paroi utérine.

Microscopiquement, on a deux types :

Type 1 : l'**adénocarcinome endométriöide** représente entre **75 et 80%** des cancers de l'endomètre.

Type 2 : carcinomes à cellules claires, carcinomes papillaires/séreux et carcinosarcomes sont considérés comme des histologies **plus agressives et à haut risque**,

Voies de dissémination : à partir du foyer initial

- De la surface de la cavité utérine au canal cervical.
- À travers le myomètre jusqu'à la séreuse et dans la cavité péritonéale.
- Via la lumière de la trompe de Fallope vers l'ovaire, le ligament large et les surfaces péritonéales.
- Via la circulation sanguine, conduisant à des métastases à distance.
- Via les lymphatiques.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC



IL est en règle révélé par un signe fonctionnel, **les métrorragies**.

Signes fonctionnels :

Métrorragies : ce sont surtout ses hémorragies franches, rouges ou noirâtres, plus ou moins abondantes, irrégulières, spontanées et récidivantes. Parfois ce sont des pertes minimales, rosâtres, tachant le linge.

Après la ménopause, elles sont très évocatrices ; en péri ménopause, elles peuvent être prises pour des métrorragies fonctionnelles : il faut aussi y penser chez la femme en pleine période d'activité génitale.

Le maître symptôme sont les métrorragies post ménopausiques d'apparition spontanée, la première cause à évoquer est le cancer de l'endomètre.

Leucorrhées : elles sont plus ou moins purulentes (pyorrhée) et parfois striées de sang. Une hydorrhée intermittente s'observe parfois.

Signes généraux :

Ils sont en règle générale absents, sauf dans les formes évoluées (anorexie, amaigrissement) ou surinfectées {état fébrile}.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

Examen clinique :

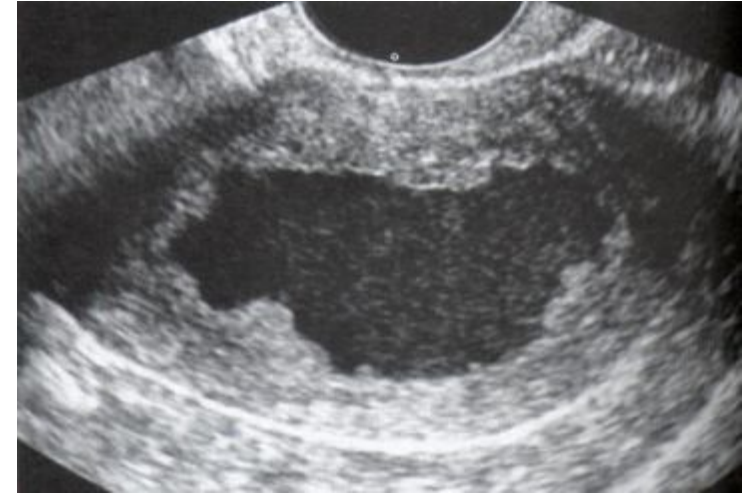
Examen au spéculum : le saignement provient de l'utérus et le col est le plus souvent normal, parfois on observe **un polype « sentinelle »**, exceptionnellement un bourgeon tumoral prolabé.

Toucher vaginal : parfois l'utérus est augmenté de volume pour l'âge. Ce signe a une grande valeur chez la femme ménopausée, il est parfois de volume normal.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Echographie pelvienne

De par son innocuité et sa sensibilité, l'échographie pelvienne, réalisée par voie sus-pubienne puis par voie endovaginale avec étude doppler, est l'examen de choix pour évaluer les patientes avec hémorragies post ménopausiques.

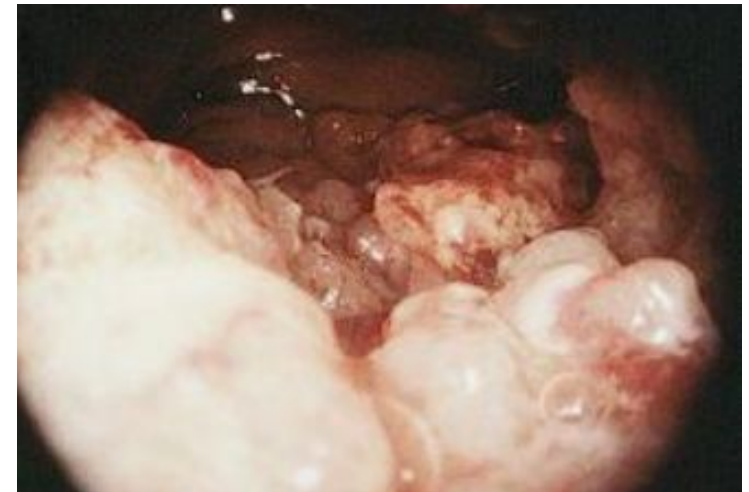


Biopsie d'endomètre

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

La dilatation et curetage à l'aveugle longtemps cette intervention a été considérée comme le gold standard.

Actuellement la référence est l'hystéroscopie avec curetage biopsique de l'endomètre, en effet l'examen se fait sous contrôle visuel et permet la prise de photos, les biopsies sont dirigées ce qui est particulièrement efficace dans les formes débutantes ou la lésion demeure localisée.



BILAN D'EXTENSION ET PRE THERAPEUTIQUE

Examen clinique

Apprécie l'état général et l'opérabilité on explore les aires ganglionnaires.

L'examen au spéculum recherche un nodule vaginal.

Les touchers pelviens apprécient une extension aux paramètres.

Un examen sous anesthésie générale est parfois nécessaire pour préciser le stade.

BILAN D'EXTENSION ET PRE THERAPEUTIQUE

Examens d'imagerie

Le bilan d'extension locorégionale repose sur l'IRM pelvienne associée à une exploration IRM des aires ganglionnaires lombo-aortiques.

Il permet une évaluation de l'extension tumorale dans le muscle utérin et les paramètres. Il évalue aussi comme le ferait une urographie intraveineuse l'état des voies excrétrices rénales.

IRM lombo-pelvienne avec pour objectifs d'apprécier :

Le pourcentage d'infiltration du myomètre.

L'appréciation du volume tumoral.

La présence d'adénopathies iliaques et lombo-aortiques.

L'atteinte du col et des annexes.

La taille de l'utérus (stroma et/ou de la séreuse).

L'atteinte des organes du voisinage.

BILAN D'EXTENSION ET PRE THERAPEUTIQUE

Scanner abdomino-pelvien : ne fait pas partie du bilan d'extension sauf en cas de contre indication à l'IRM. Dans ce cas, il doit être associé à l'échographie pelvienne.

TEP-TDM : il n'est pas systématique, sa réalisation pourra être discutée pour les tumeurs de stade III et/ ou en cas d'atteinte ganglionnaire ou de stade IV et/ ou en cas d'extension métastatique pour la recherche de métastases à distance.

Imagerie thoracique (scanner thoracique) et l'exploration hépatique (par échographie ou IRM) systématiques ne font pas partie du bilan d'extension locorégionale sauf en cas de suspicion d'extension régionale (stade III et/ ou atteinte ganglionnaire ou plus), de type 2 histologique ou de lésions identifiées par l'examen TEP-TDM.

Mammographie bilatérale de dépistage éliminant un cancer du sein associé {terrain d'hyperoestrogénie}.

Examens biologiques

Le dosage du **CA 125** ne fait pas partie du bilan d'extension systématique mais peut être discuté en cas de :

- _ Suspicion d'extension régionale (stade III/T3 et/ou N1 ou plus)
- _ Atteinte ovarienne
- _ Type 2 histologique.

RESULTATS

Classification du cancer de l'endomètre FIGO 2018 – anatomo chirurgicale

STADE I	Tumeur limitée au corps utérin
I A	Tumeur limitée à l'endomètre ou envahissant moins de la moitié du myomètre
I B	Tumeur envahissant la moitié ou plus du myomètre
STADE II	Tumeur envahissant le stroma cervical sans dépasser les limites de l'utérus
STADE III	Extensions locales et/ou régionales selon les caractéristiques suivantes :
IIIA	Envahissement tumoral de la séreuse du corps utérin ou des annexes (extension directe ou métastatique)
IIIB	Envahissement vaginal ou des paramètres (extension directe ou métastatique)
IIIC	Atteinte des ganglions lymphatiques pelviens ou para-aortiques
IIIC1	Atteinte des ganglions lymphatiques pelviens
IIIC2	Atteinte des ganglions lymphatiques para-aortiques avec ou sans atteinte des ganglions pelviens
STADE IV	Extension à la muqueuse vésicale et ou intestinale et ou métastase à distance
IVA	Extension à la muqueuse vésicale et ou intestinale
IVB	Métastase à distance incluant les métastases intra-abdominales et ou ganglions inguinaux excluant les métastases vaginales

EVOLUTION

1.Evolution sans traitement : Le cancer de l'endomètre reste longtemps limité à l'endomètre ; avec un risque d'extension vers le col puis s'étend au pelvis et à ses organes vitaux : uretères, vessie, rectum. Des métastases, surtout pulmonaires, émaillent le cours de cette évolution.

2.Evolution avec traitement : Les chances de guérison dépendent du stade et de l'état général de la patiente. Le pronostic de survie à 5 ans est au stade I de 70 à 80% et au stade II de 50 à 70% chez des malades sans tare médicale. Au-delà les chances de survie sont faibles.

SURVIE A 5 ANS

Stade 1 : 80%

Stade 2 : 60%

Stade 3 : 30%

Stade 4 : moins de 10%

CAT ET PRISE EN CHARGE

Moyens

- ❖ Chirurgie
- ❖ Curiethérapie et radiothérapie externe
- ❖ Hormonothérapie
- ❖ Chimiothérapie, exceptionnellement (formes métastatiques).

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.

Radiothérapie

Une irradiation de la tumeur peut être réalisée par radiothérapie externe ou curiethérapie.

Hormonothérapie

En situation métastatique, elle peut être indiquée lorsque la chimiothérapie n'est pas applicable ou en cas de maladie lentement évolutive avec récepteurs hormonaux positifs.

Le traitement repose alors principalement sur **l'acétate de médroxyprogestérone** par voie orale. En cas de contre-indication, **des anti-oestrogènes** peuvent être utilisés.

Indications

- **Stade I** : – Le traitement est chirurgical.

- L'étendue de l'exérèse sera fonction du terrain.

_Une radiothérapie postopératoire est effectuée : en cas d'envahissement ganglionnaire ; d'envahissement du myomètre supérieur à 50 % ; ou de grade élevé.

- **Stade II** : le traitement est le même que pour un cancer du col :

- Curiethérapie préopératoire.

- Puis CHEL.

- Suivi éventuellement d'une irradiation externe en fonction de l'état ganglionnaire.

- **Au-delà**, le traitement repose le plus souvent sur la radiothérapie +hormonothérapie ou hormonothérapie seule, car les patientes sont souvent inopérables ou l'intervention représente un risque trop important.

CONCLUSION

5e rang des cancers chez la femme en termes d'incidence.

Survient généralement après la ménopause.

Le facteur causal essentiel est l'**hyperoestrogénie** relative ou absolue.