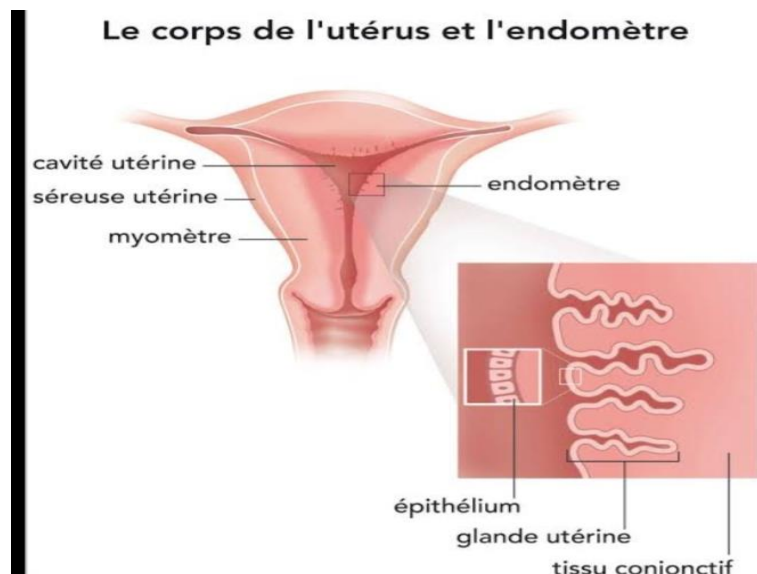


Plan

- Epidémiologie
- Facteurs de risques
- Circonstances de diagnostic
- Diagnostic / bilan d'extension
- Classification
- Traitement
- Surveillance
- Points essentiels

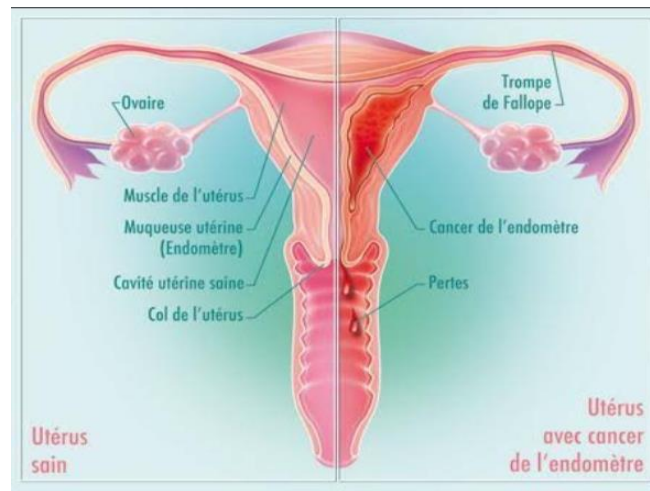
Épidémiologie

- C'est le 4^e cancer de la femme après les cancers du sein, poumon, colon
- Il survient souvent entre 60 et 70 ans
- Il atteint le corps utérin (la muqueuse) : adénocarcinome endométrioïde le plus souvent, très rarement un sarcome
- Il est de diagnostic souvent précoce, son pronostic est globalement bon.



Les facteurs de risques :

- ▶ **Principaux facteurs de risque :**
 - l'hyperoestrogénie relative endogène
 - facteurs génétiques
- ▶ **Facteurs de risque relatif :**
 - Obésité
 - Diabète
 - Hypertension artérielle
 - Nulliparité / Ménopause tardive / Puberté précoce
 - Exposition THS aux estrogènes seuls / Tamoxifène
 - Hyperplasie atypique de l'endomètre.



Circonstances de découverte

- ▶ **métrorragies de la ménopause** (95 à 98 % des cas), **Le cancer de l'endomètre doit toujours être évoqué devant la présence de métrorragies de la ménopause et celles-ci doivent être systématiquement explorées.**
- ▶ Plus rarement :
 - Leucorrhées sales (doivent aussi être explorées)
 - Pesanteurs ou douleurs pelviennes,
 - Parfois frottis de dépistage (rare), quand extension au col
 - échographie pour un autre motif

Diagnostic : examen clinique

Interrogatoire :

- apprécie l'importance des métrorragies
- recherche les **facteurs favorisant**

Examen général :

- souvent pauvre
- poids/taille
- mesure de la pression artérielle
- examen des seins, palpation des aires ganglionnaires, recherche d'une hépatomégalie

▶ **Examen gynécologique au spéculum :**

- Col le plus souvent normal (frottis systématique)
- Visualisation parfois de sang provenant de l'utérus
- biopsie d'endomètre
- Parfois, présence d'un polype au niveau de l'endocol qu'il faut prélever



Les examens complémentaires

- ▶ **ECHOGRAPHIE** par voie abdominale et vaginale
 - Mise en évidence d'une muqueuse épaisse (> 5 mm) avec un bourgeon tumoral irrégulier
 - elle permet de donner une idée sur la pénétration myométriale et recherche une atteinte des ovaires
- ▶ **HYSTEROSCOPIE** : sous anesthésie si curetage
 - Peut être réalisée en ambulatoire
 - souvent complétée par un curetage biopsique étagé
 - montre une formation végétante, saignant au contact, dans la cavité utérine
 - Elle permet :
 - de visualiser directement les lésions
 - d'en évaluer la topographie (atteinte du canal endocervical=gravité),
 - de guider les prélèvements histologiques.



Bilan d'extension

- Une fois le diagnostic d'adénocarcinome posé, il est nécessaire d'apprécier le degré d'opérabilité et le stade tumoral

Estimer l'opérabilité en fonction du terrain +++

- âge, obésité, HTA, diabète,
- état général
- l'échographie pelvienne endovaginale et abdominale
- Et surtout, l'IRM systématique qui tend à remplacer les autres examens (équivalente au scanner)

- Le bilan d'extension générale (à la recherche de métastases) :
 - Dosage du marqueur tumoral CA 125 (atteinte ovarienne patente)
 - Radiographie pulmonaire systématique
 - Echographie hépatique voire scanner cérébral

Classification FIGO

► Classification chirurgicale:

Classification FIGO 1988 pour cancer de l'endomètre

-Stade 0:adénocarcinome in situ.

-Stade I:cancer limité à l'utérus:

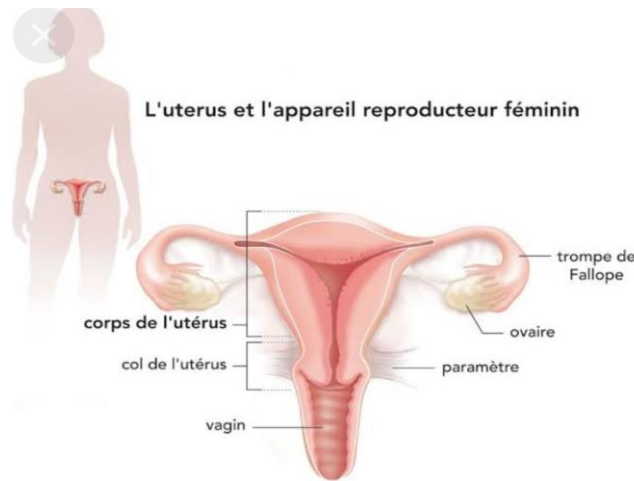
Ia: invasion du myomètre < 50%.

Ib: invasion du myomètre > 50%.

Stade II:cancer étendu au col

Stade III: cancer étendu hors de l'utérus, mais non hors du pelvis.

Stade IV: cancer étendu hors du pelvis ou à la vessie et/ou au rectum



Grade histologique

Pour chaque stade:

- **Grade I**: adénocarcinome bien différencié;
- **Grade II**: adénocarcinome moyennement différencié;
- **Grade III**: adénocarcinome peu différencié.

Le traitement

- La chirurgie est la base du traitement et sera toujours réalisée en première intention
- La majorité des cancers de l'endomètre sont diagnostiqués précocement
- **Traitement chirurgical** :
 - hystérectomie totale extra-fasciale avec annexectomie, voire curage ganglionnaire .
- **La radiothérapie** peut diminuer les récides pour certains stades
- La chimiothérapie et l'hormonothérapie ne sont pas des traitements classiques

Surveillance

► Examen clinique

- tous les 6 mois les trois premières années puis 1 fois par an
- Pour rechercher une récurrence
- Frottis une fois par an

Points essentiels

- C'est le plus fréquent des cancers gynécologiques,
- La majorité des cancers sont diagnostiqués à un stade précoce, donc de bon pronostic
- Il survient essentiellement chez la femme ménopausée,
- **Toute métrorragie post ménopausique doit le faire évoquer**
- Le diagnostic est donné par l'histologie par biopsie ou curetage
- Les 4 principaux facteurs pronostiques sont : l'âge, l'opérabilité, le stade, les données anatomopathologiques
- Le traitement est essentiellement chirurgical voire la radiothérapie (mais pas la chimio ou hormonothérapie)
- Le dépistage du cancer de l'endomètre n'est pas recommandé