

Cancer du col de l'utérus

DR KERRACHE
MAITRE ASSISTANTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CHU SETIF

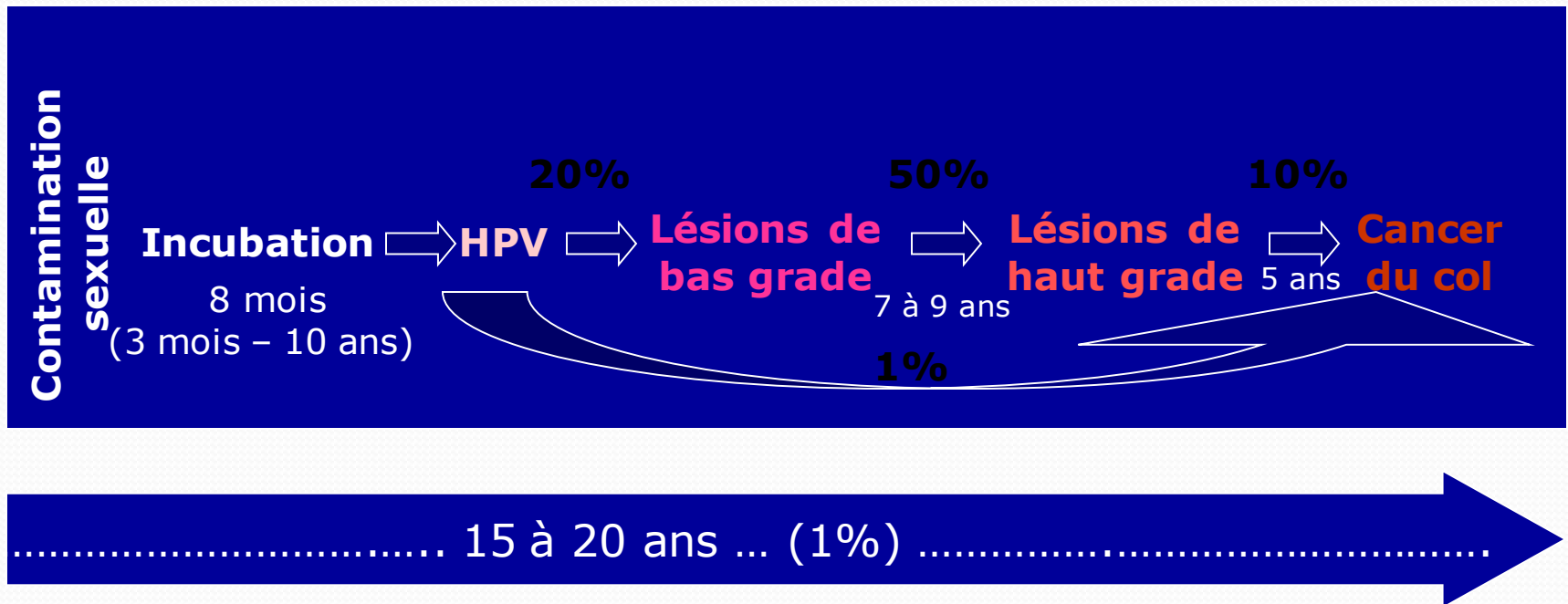
Introduction:

- C'est le deuxième cancer de la femme dans le monde. il est plus fréquent dans les pays en voie de développement.
- Son incidence dans les pays développés a diminué grâce au dépistage cytologique systématique des lésions intraépithéliales précancéreuses.

Epidémiologie:

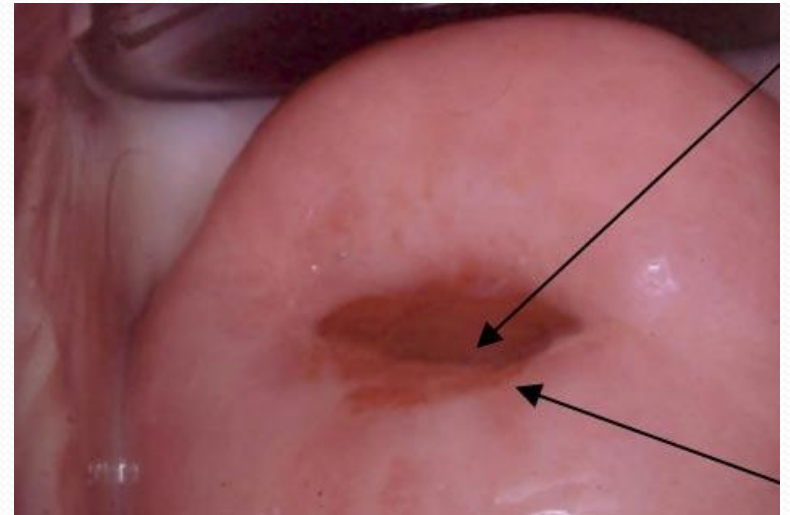
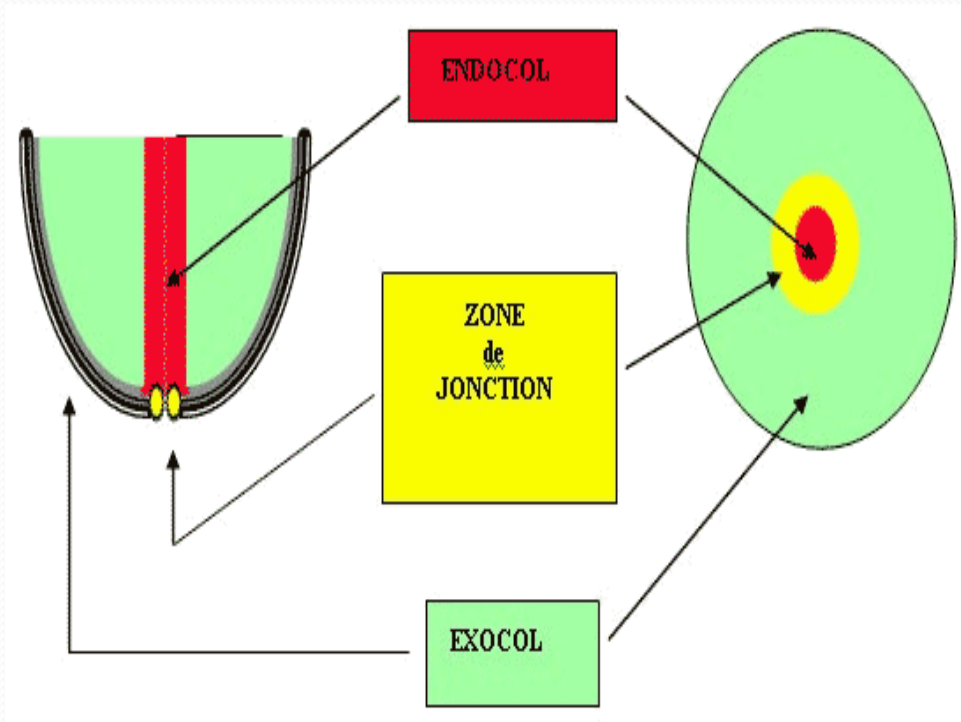
- _ **L'incidence** est rare avant 25 ans, puis augmente progressivement jusqu'à 70 ans, avec une incidence maximale à 48 ans. Il n'est pas hormonodépendant.
- _ **Le principal facteur de risque** de cancer du col est l'infection à HPV oncogène
- _ **Les autres facteurs de risque:**
 - le tabac (×3)
 - rapport sexuel précoce;
 - terrain d'immunodépression: VIH, corticothérapie à long terme, greffes..;
 - partenaires sexuels multiples;
 - la multiparité (> 5 grossesses) ;
 - les autres IST: HSV₂, rôle de cofacteur ;
 - un niveau socio-économique bas ;
 - une exposition in utero au DES (diéthylstilbestrol).

Histoire naturelle du cancer

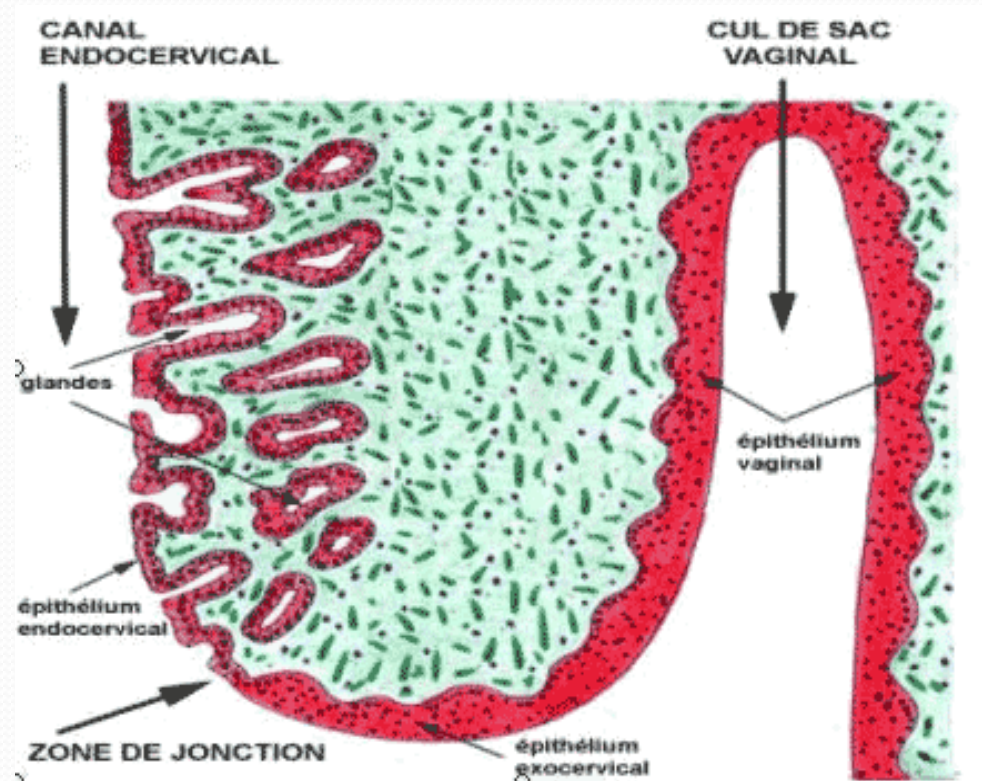
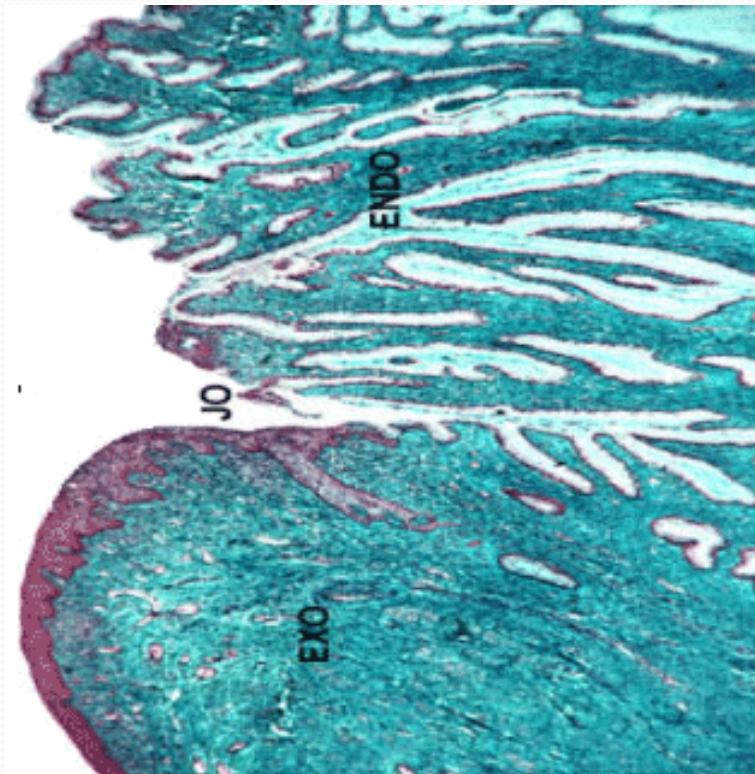


ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Col: endocol (épithélium glandulaire cylindrique) / Zone de jonction / Exocol (épithélium malpighien)



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

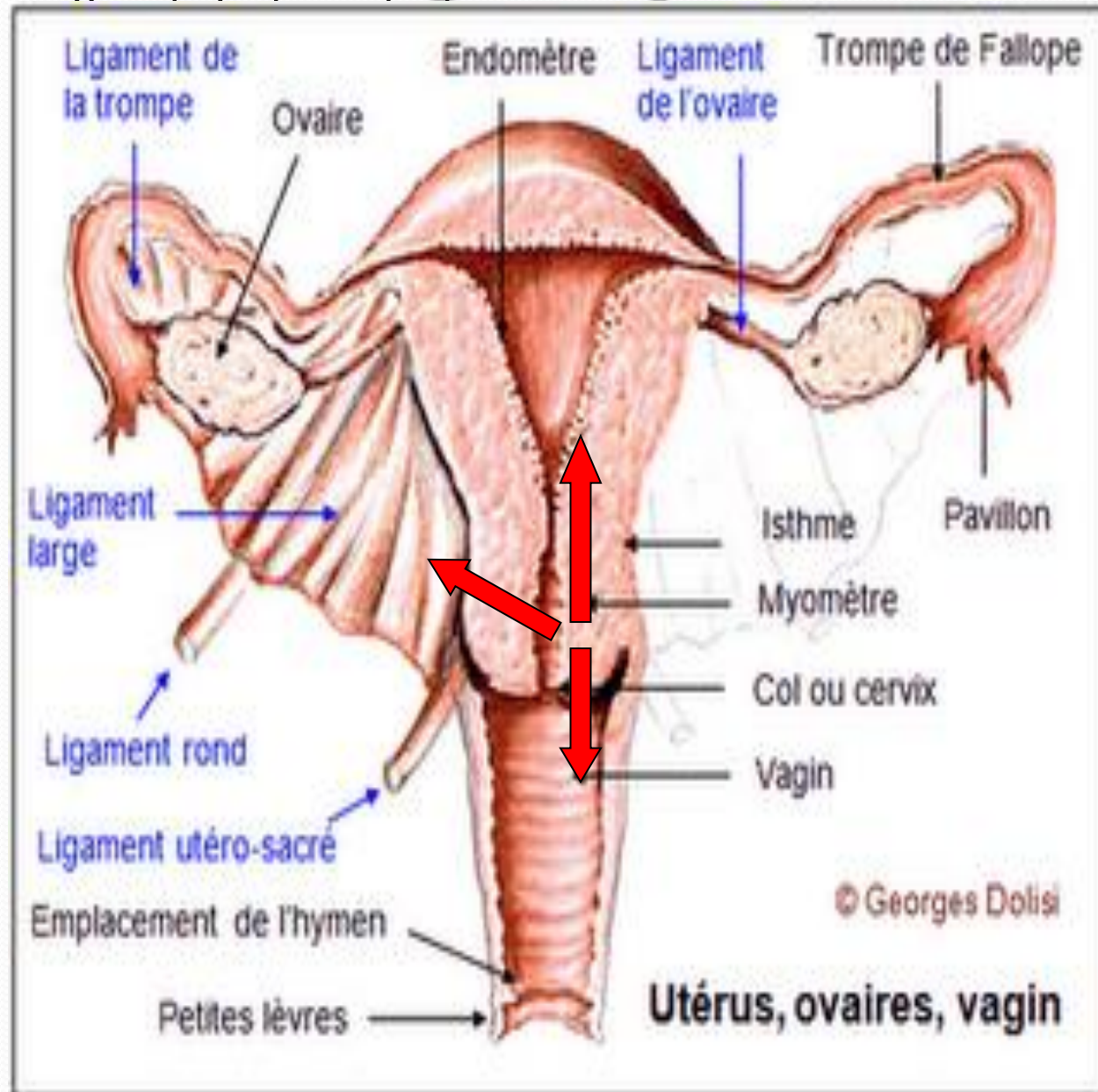


ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Carcinome épidermoïde 85 %
- Adénocarcinome 10%
- Autre tumeurs du col : 5%carcinome adénosquameux, tumeurs conjonctives (sarcome).

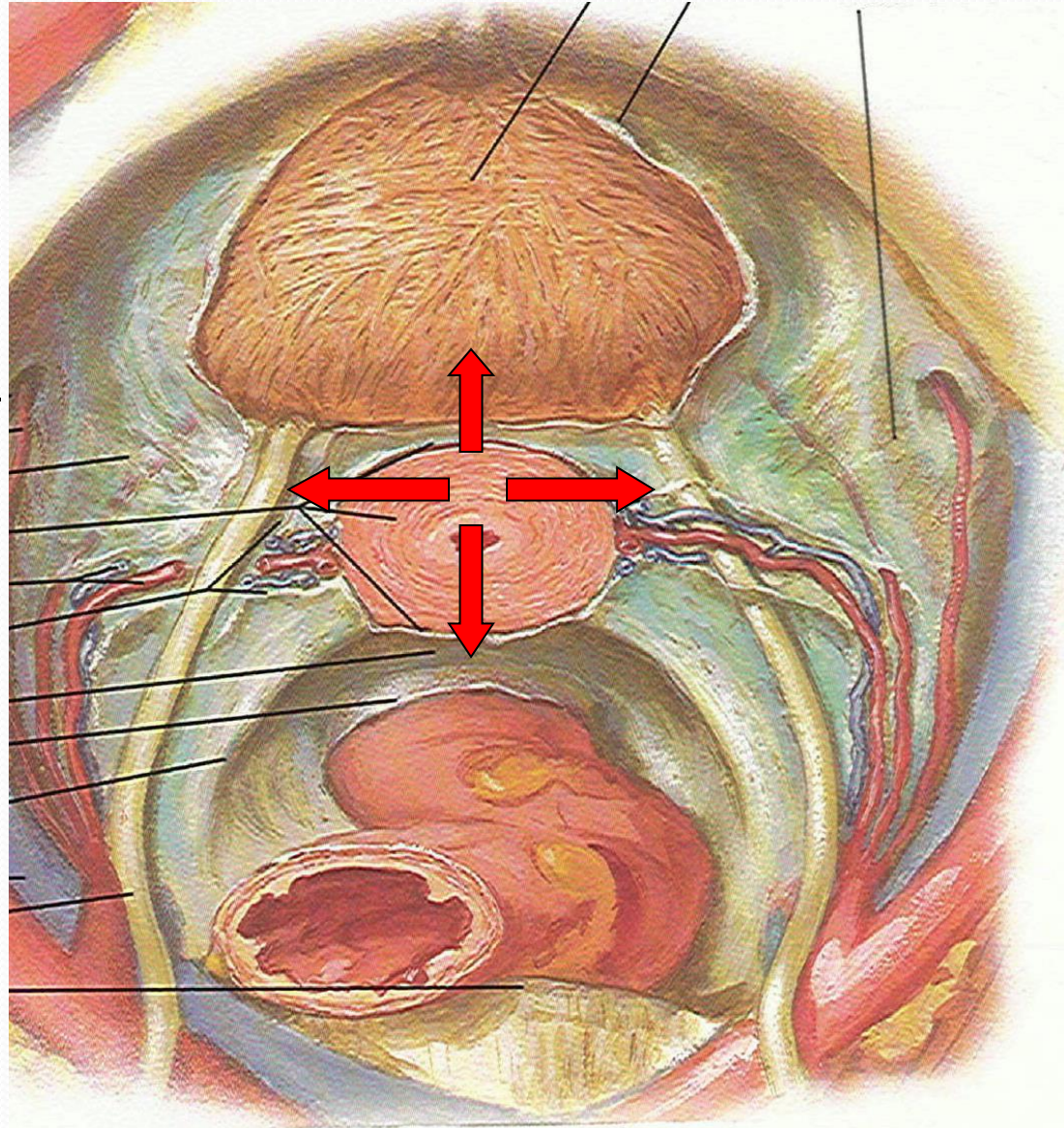
Extension locorégionale (contiguïté/ lymphatique)

- Vers l'utérus
- Vers le vagin
- Vers l'atmosphère péricervicale : paramètre, paravagin, ligament utéro-sacré



Extension locorégionale (contiguïté/ lymphatique)

- Vers les organes voisins : l'uretère, vessie et le rectum.
- L'extension lymphatique : de façon progressive avec atteinte successive des ganglions para-utérins, inter-iliaques, iliaques primitifs, et lombo-aortiques.



Extension générale

- moins fréquente, responsable des métastases viscérales. Par ordre de fréquence décroissant, les localisations secondaires siègent au niveau:
 - Des poumons
 - Du foie et de la cavité abdominale
 - Des os
 - Des reins...

Diagnostic d'un cancer du col

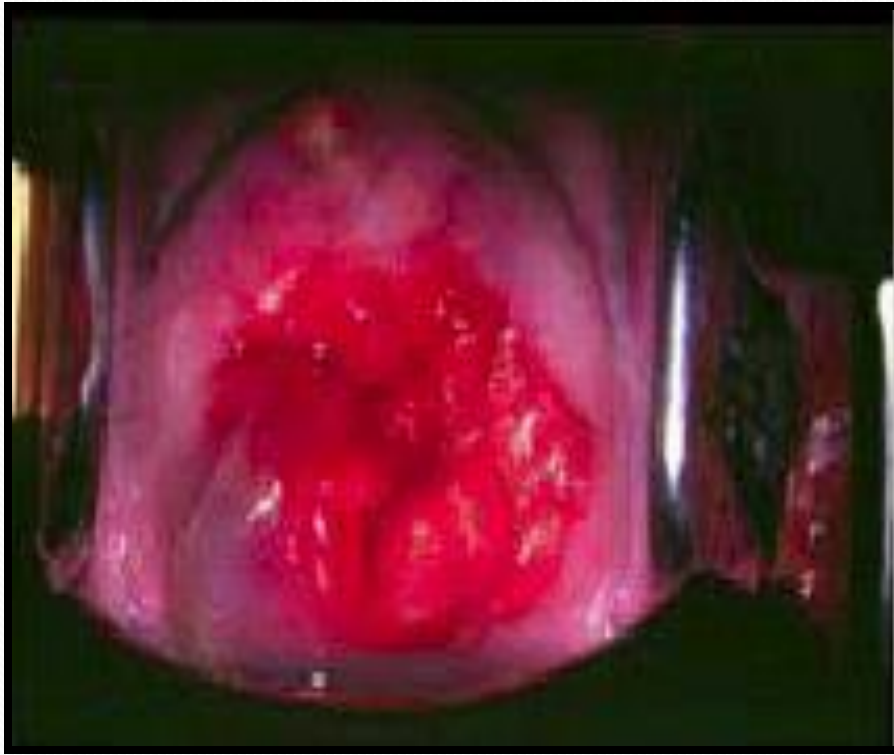
- **Dépistage** → colposcopie + biopsie → cancer
- **Consultation de routine** : tumeur du col → biopsie
- **Formes symptomatiques** :
 - Métrorragies spontanées ou provoquées (rapports sexuels)
 - Leucorrhées banales
- **Formes évoluées**
 - Syndrome vésicaux, rectaux, compressions vasculaires → œdèmes des membres inférieurs, Altération de l'état générale, infection cervico vaginale...

L'examen clinique:

L'examen au spéculum

- Des formes bourgeonnantes de taille variable, petit bourgeon irrégulier sur l'exocol, ou forme prenant tout le col, réalisant un aspect de gros col tumoral.



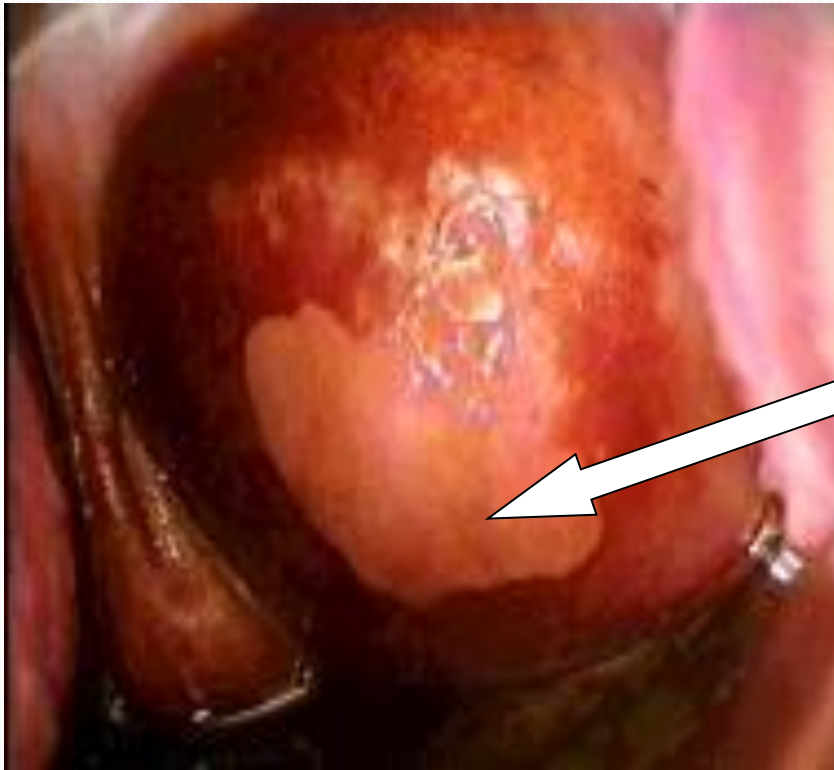


Les touchers pelviens (vaginal et rectal)

- Le toucher vaginal (TV) :prolifération endovaginale, apprécie l'état du col et des paramètres (induration), le doigtier peut revenir tâché de sang.
- Le toucher rectal (TR) permet d'apprécier l'état des paramètres.
- Le toucher en ciseaux permet d'évaluer la cloison recto-vaginale.

Examen paraclinique : La biopsie+++, à l'œil nu ou sous colposcopie

Colposcopie (3)



- Application de Lugol

Zone iodo négative
= dysplasie
⇒ **BIOPSIES DIRIGÉES**

Bilan d'extension:

- **L'UIV, Rx thorax, échographie abdominopelvienne**
- **Examen sous AG**
 - La cystoscopie
 - Touchers pelviens
 - La rectoscopie
- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM): extension locorégionale, atteinte ganglionnaire**

Classification: CLASSIFICATION DE LA FIGO

Stade 0: Carcinome in situ, carcinome intraépithélial

Stade I : Cancer strictement limité au col utérin

Stade Ia: Cancer préclinique

Stade Ia1: Lésions avec invasion ≤ 3 mm

Stade Ia2: Lésions détectées au microscope pouvant être mesurées. Profondeur d'invasion > 3 à 5mm.
L'extension horizontale ne doit pas dépasser 7mm

Stade Ib: Lésions invasives > 5 mm

Stade Ib1: Lésions ≤ 4 cm

Stade Ib2 : Lésions > 4 cm

Stade II: Cancer étendu au-delà du col, sans atteindre la paroi pelvienne. Cancer infiltrant le vagin, mais pas le tiers inférieur

Stade IIa: Pas d'infiltration visible des paramètres

Stade IIb : Infiltration visible des paramètres

Stade III:

Cancer étendu à la paroi pelvienne. La tumeur atteint le tiers inférieur du vagin. Tous les cas avec hydronéphrose ou dysfonctionnement rénal (sauf en présence d'une autre cause connue)

Stade IIIa: Pas d'extension à la paroi pelvienne

Stade IIIb: Extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou dysfonctionnement rénal

Stade IV:

Cancer étendu au-delà du pelvis réel ou envahissant cliniquement la muqueuse de la vessie ou du rectum

Stade IVa: Extension de la tumeur aux organes voisins

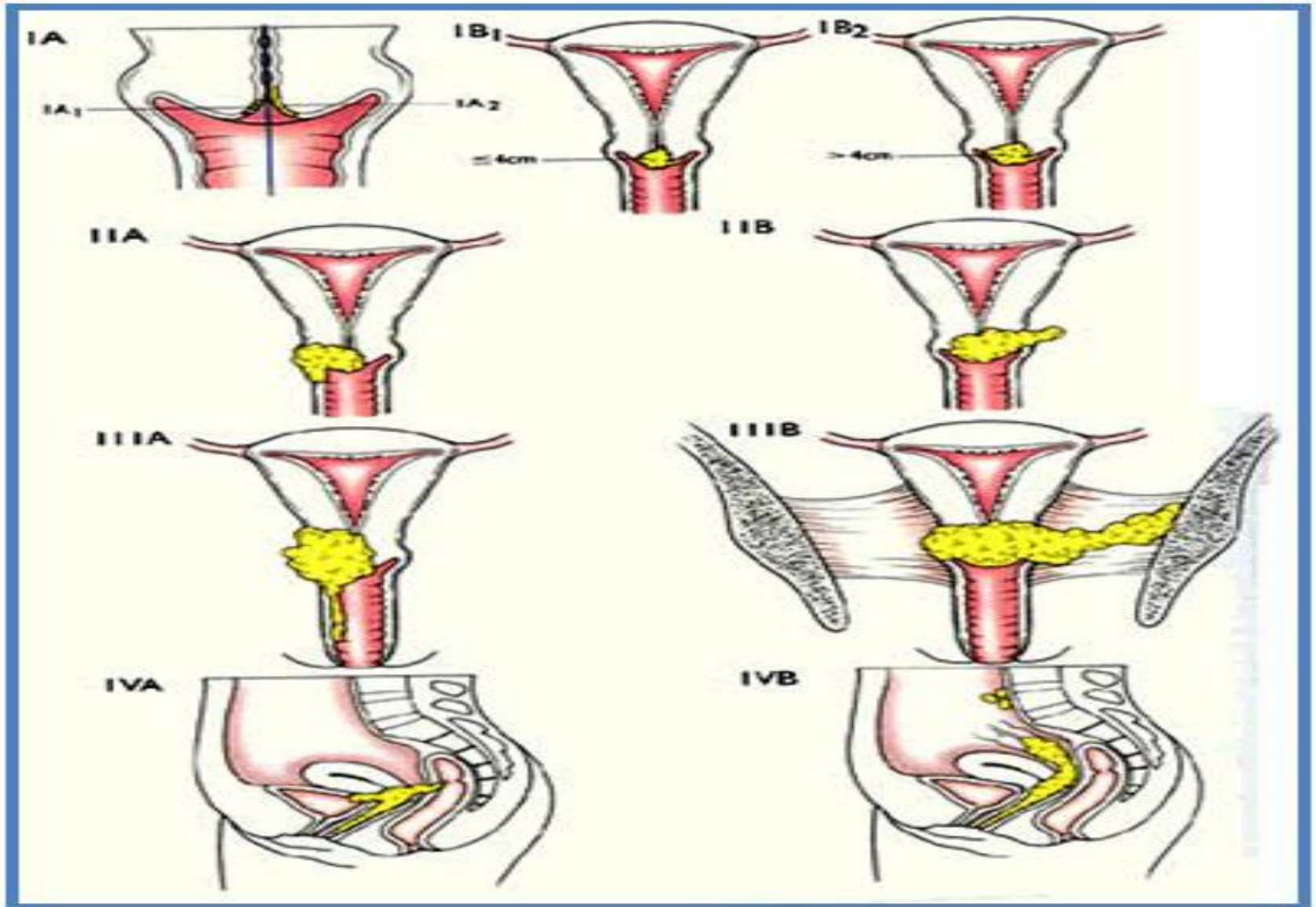
Stade IVb : Extension à des organes éloignés

Bilan d'extension loco-régional (1)

- **CLINIQUE** : examen sous anesthésie générale
 - STADIFICATION FIGO+++
 - Choix du traitement
 - Pronostic

- **Stade O** : Carcinome in situ, néoplasie intra-épithéliale de grade III.
- **Stade I** : Extension strictement limitée au col.
 - **I a** : micro invasif (diagnostic uniquement histologique) .
 - **I b** : lésion cliniquement visible, limitée au col.
 - **I b 1** : lésion \leq 4cm.
 - **I b2** : lésion $>$ 4cm.
- **Stade II** : Extension au-delà du col, sans atteinte de la paroi pelvienne ni du 1/3 inf du vagin.
- **Stade III** : Atteinte de la paroi pelvienne ou du tiers inférieur du vagin, ou uretère.
- **Stade IV** : Atteinte au-delà du pelvis, ou atteinte de la muqueuse rectale ou vésicale.

CLASSIFICATION DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)



Formes cliniques:

- Formes infiltrantes.
- Cancer du col et grossesse.
- Formes pré cliniques: Dépistage: FCV, Colposcopie.

Diagnostic différentiel :

- Fibrome accouché par le col.
- Polype du col
- Infections génitales

TRAITEMENT

- *CHIRURGIE*
- *RADIOThERAPIE*
- *CHIMIOThERAPIE* : assez limitée.

LA CHIRURGIE

- *Hystérectomie totale élargie selon Wertheim* = ablation de l'utérus + annexes + ablation du dôme vaginal et des paramètres + lymphadénectomie (laparotomie, voie basse pour certaines équipes avec lymphadénectomie par coelioscopie).
- *Exentérations pelviennes* = ablation de la vessie et/ou du rectum avec dérivations.

RADIOTHERAPIE

- Curiethérapie endo vaginale.
- Radiothérapie externe = cobaltothérapie.

Traitement:

1. Stade de cancer micro invasif:

stade 0: conisation (ablation de la zone concernée par le cancer)

stade Ia: hystérectomie totale élargie avec annexectomie bilatérale

2. Stades localisés sans facteurs de mauvais pronostic: stades Ib₁, IIa <40mm
Curiethérapie utéro-vaginale+ chirurgie (colposhystérectomie totale élargie avec annexectomie bilatérale et une lymphadénectomie)+/-une radiothérapie externe associée à une chimiothérapie concomitante (si envahissement ganglionnaire identifié en postopératoire).
3. Stades localement évolués et/ou atteinte ganglionnaire: Ib₂, IIa>40mm, III et IVa et ceux avec une atteinte ganglionnaire après lymphadénectomie quel que soit le stade: Une radio-chimiothérapie première puis une curiethérapie utéro-vaginale, éventuellement une chirurgie.
- 4-stades métastatique: IVb, chimiothérapie +/- chirurgie palliative.

Pronostic

Le devenir des patientes atteintes d'un cancer du col est fonction des principaux facteurs pronostiques :

- ***le stade clinique*** : survies à 5 ans de l'ordre de 100 % pour les cancers in situ, 80 % pour les stades I, 50-60 % pour les stades II, 20-30 % pour les stades III et < 5 % pour les stades IV ;
- ***le statut ganglionnaire*** : une atteinte ganglionnaire métastatique divise par 2 les chances de guérison ;
- ***le volume tumoral*** ; en particulier les tumeurs supérieures à 4 cm qui sont de mauvais pronostic ;
- ***l'existence d'embolies tumorales lymphatiques ou vasculaires.***

Surveillance

Elle comporte une consultation avec interrogatoire, examen clinique, et la recherche de complications.

Le rythme recommandé est de trois ou quatre fois par an pendant les deux premières années, puis tous les six mois pendant les trois années suivantes, puis une fois par an. L'intérêt de la réalisation systématique d'examens d'imagerie ou de marqueurs n'est pas démontré. Ils sont réalisés en fonction de signes d'appel. Les traitements substitutifs hormonaux ne sont pas contre-indiqués.

Prévention :

Primaire:

- Abstinence
- Vaccin anti HPV

Prévention :

Secondaire: DEPISTAGE+++

Un test de dépistage doit tenir compte de quatre points: SENSIBILITE, SPECIFICITE, INNOCUITE, ET COUT.

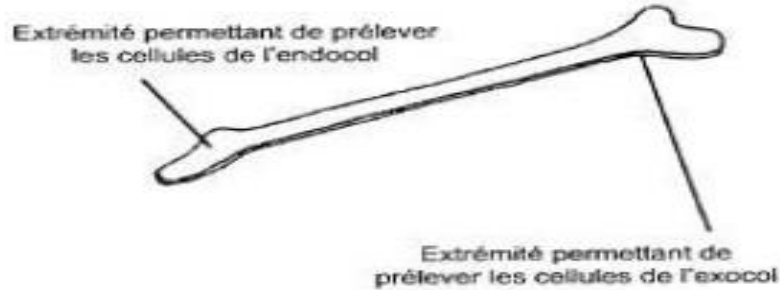
Evolution dysplasie légère-carcinome lente (10-20 ans) d'où la pertinence du dépistage.

Les lésions pré-invasives du col de l'utérus sont le plus souvent asymptomatiques et inapparentes à l'examen au spéculum réalisé à l'œil Nu, le dépistage consiste à révéler ces lésions précancéreuses.

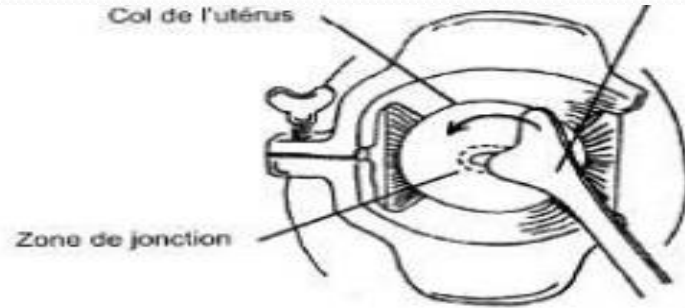
Le dépistage repose sur un test cytologique, **le frottis cervico-utérin, FCU** qui permet d'identifier l'existence de cellules anormales. Deux techniques coexistent : le frottis avec cytologie conventionnelle sur lame et le frottis avec cytologie en milieu liquide. Le FCU nécessite un prélèvement de cellules sur le col utérin au niveau de la jonction squamo-cylindrique.

Prévention :

La spatule d'Ayre



Col de l'utérus



Schématisation de la réalisation d'un FCV

Technique de prélèvement



Insérer le spéculum
visualiser le col + Zone
de TRANSITION si
possible !



Spatule (préférentiellement à
pointe allongée) : rotation de
360 -> exocol

Cytobrush :

Rot 1cm profondeur
->endocol



Étendre côte à côte sur
une seule lame



Vaporiser le fixatif le
plus rapidement
possible



Envoyer au labo pour
analyse

Prévention :

Conditions: le FCU se fait en dehors de tout saignement, sans rapport sexuel ou de toilette intime pendant 3 jours.

Tout frottis cervico-utérin anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques complémentaires.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est préconisé entre 25 et 65 ans chez les femmes éligibles pour ce dépistage, vaccinées ou non contre le papillomavirus.

Le rythme des frottis cervico-utérins préconisé est de 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle.

Prévention :

Autres moyens de dépistage: moins intéressants

- cervicographie:
- test à l'acide acétique:
- typage viral HPV: coûteux
- colposcopie: fiable, mais nécessite un personnel qualifié



conclusion

La prise en charge d'un cancer dépistable, sur un organe accessible, et dont les conséquences sont très graves doit passer par la prévention primaire ou secondaire