

## TUMEURS DU CORPS UTERIN

### Généralités

#### Épidémiologie

- Âge moyen de survenue : **68 ans** (terrain = ménopause, âge, surpoids, diabète, HTA...)
- Incidence
  - rang parmi les cancers (□□) : 4<sup>ème</sup>
  - évolution : en augmentation (≠ cancer du col en régression)
  - nombre de nouveaux cas par an : 7 000
- Mortalité : 5<sup>ème</sup> rang
- Stade de diagnostic : souvent précoce

!! actuellement, aucun test de dépistage pour ce cancer !!

#### Facteurs de risque

- Facteurs génétiques : syndrome de Lynch ++
  - proportion parmi les cancers du syndrome de Lynch : un des plus fréquents
  - risque chez les patientes porteuses d'une mutation responsable du sd : **60%** (population générale : **1,5%**)
  - âge moyen de survenue : 15 ans plus jeune que dans les formes sporadiques
- Facteurs « gynécologiques » (car cancer **hormono-dépendant**)
  - vie génitale :
    - nulliparité (pauciparité **287**)
    - âge précoce de la puberté
    - âge tardif de la ménopause (avec période ménopausique prolongée **287**)
  - traitement hormonal de la ménopause mal conduit (œstrogènes seuls) :
    - RR (prise isolée d'œstrogènes – patiente non hystérectomisée) : 4-5
    - durée du traitement : augmente le risque
    - annuler le facteur de risque = protecteur (idem femme « normale ») : progestatifs ≥ 10 jours/cycle
  - tamoxifène :
    - mécanisme : effet œstrogénique paradoxal
    - RR : 2-7
    - raison de prescription dans cancer du sein : B > R quoi qu'il en soit
- Obésité (++)
  - type : surtout androïde (partie supérieure du corps)
  - mécanisme : ↗ taux d'œstrone plasmatique par aromatisation de l'androstènedione en androgènes (t. adipeux)
- Diabète de type 2
  - RR : 2,8
  - HTA : « habituellement considérée comme un autre FdR ne semble pas être un facteur indépendant »  
!! en tout cas compté dans **287**
- Alimentation
  - éléments riches en : viande, œuf, haricots blancs, graisses ajoutées, sucres
  - mécanisme : variations métabolisme et réabsorption œstrogènes, ↗ lors régimes riches en viande et graisses
- 287** • Ovaires polykystiques

#### Facteurs protecteurs

- Facteurs « gynécologiques » (car cancer **hormono-dépendant**)
  - multiparité
  - contraception orale (pilule) :
    - notamment : COP **item 35**
    - RR : 0,5
    - durée de l'effet protecteur : ≥ 10 ans après arrêt

- **Alimentation** : régimes riches en légumes, fruits frais, pain complet et pâtes

## Types histologiques

- **Tumeurs épithéliales = adénocarcinome de l'endomètre ++ (90%)**
    - **type 1 histologique = adénocarcinome endométrioïde** :
      - **grade 1** :  $\leq 5\%$  de cellules tumorales de type indifférencié
      - **grade 2** : **6-50%** de cellules tumorales de type indifférencié
      - **grade 3** : **> 50%** de cellules tumorales de type indifférencié
- !! NPO : cancer hormono-dépendant [= sein] [≠ col et ovaire] !!**
- **type 2 histologique** :
    - carcinome à cellules claires
    - carcinome papillaire-séreux
    - carcinosarcome (≠ sarcome)
  - **Tumeurs mésoenchymateuses = sarcome (rare)**
    - **types** : sarcome du stroma endométrial, léiomyosarcome, carcinosarcome (?)
    - **pronostic** : redoutable

## Diagnostic

### Circonstances de découverte

- **Découverte fortuite**
  - « arrive » : pièce d'hystérectomie pour pathologie présumée bénigne de l'utérus
  - rare : examen complémentaire d'une autre pathologie (échographie, IRM, TDM, TEP-FDG)
- **Signes fonctionnels**
  - **métrorragies post-ménopausiques (principal symptôme)** :
 

Métrorragie post-ménopausique = cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire

    - **typiquement** : survenue sans cause déclenchante (≠ cancer du col = provoquées)
    - **remarque** : plus la patiente est âgée, plus le risque est grand devant des métrorragies

### risque de cancer de l'endomètre lors de métrorragies post-ménopausiques en fonction de l'âge

- **ménorragies (femme non ménopausée)** :
  - **fréquence** : **20-30%**
  - **clinique** : saignements dans le cycle ou au moment des règles (ménométrorragies)
  - **interprétation** : souvent difficile en pré-ménopause
- **écoulements séreux (hydrorrhée)** :
  - **origine** : cavité utérine
  - **type** : permanents ou par période
  - **signes associés** : hémorragies ++
- **pyorrhée** :
  - **fréquence** : rare
  - **évoquer** : évoquer systématiquement un cancer de l'endomètre chez la femme âgée
- **signes fonctionnels de métastases** :
  - **mode de découverte** : rare
  - **types** : osseuses, hépatiques, pulmonaires
  - **survenue** : tard dans la maladie
  - **!! sarcomes : métastases pulmonaires** souvent révélatrices

### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **symptomatologie** : ancienneté et évolution
  - **ATCD** : personnels et familiaux (voir « FdR du cancer de l'endomètre »)
- **Examen physique**
  - **examen gynécologique et sénologique** :

- **examen au spéculum :**
  - **but :** diagnostic différentiel = confirmer l'origine du saignement (utérus et non du col ou du vagin)
    - !! hémorragies génitales basses
  - **saignement :** souvent de faible abondance et extériorisé par le col
  - **inspection du col :** éliminer un cancer du col ou une atteinte cervicale du cancer de l'endomètre
- **toucher vaginal :** en pratique peu contributif
  - !! signes difficiles chez patientes obèses et/ou ménopausées
  - !! patiente ménopausée : clinique difficile à interpréter (lésions svt associées : fibromes, adénomyose)
  - **dimension de l'utérus :**
    - . **volume :** gros (!! non constant : peut être petit et atrophique)
    - . **forme :** globuleux
    - . **consistance :** **molle**
  - **mobilité de l'utérus :** autre élément fondamental à apprécier +++
    - . **non suspect :** mobile
    - . **suspect :** retenu par l'induration ou la rétraction des paramètres
- **examen des seins :** recherche un cancer du sein associé  **systématiquement** [même terrain]
- **examen général = temps essentiel du bilan pré-thérapeutique (terrain volontiers à risque) :**
  - **retentissement des saignements (surtout anciens, abondants) :** signes d'anémie (pâleur, tachycardie)
  - **organes lymphoïdes :** aires ganglionnaires (Troisier ++), palpation abdominale (HMG)
  - **TR :** examen des paramètres, ADP, carcinose péritonéale
  - **syndrome paranéoplasique :** syndrome myogène

## Examens complémentaires

- **Démarche générale**
- **Suspicion diagnostique = (clinique +) imagerie**
  - **échographie pelvienne par voie abdominale et transvaginale :**
    - !! n'est **PAS** un bon test de dépistage du cancer de l'endomètre
    - **échographie trans-abdominale :** mesure de la taille de l'utérus
    - **échographie transvaginale :**
      - **mesure l'épaisseur de l'endomètre :**
        - . **< 4 mm :** probabilité de cancer faible (VPN très bonne, VPP faible)
        - . **> 8 mm** chez une femme ménopausée : anormal = investigations supplémentaires
      - **évaluation du degré d'infiltration du myomètre ± annexes**
      - **Doppler :** vascularisation anormale ; extension : ascite, ADP iliaques

### hypertrophie de la muqueuse utérine : cancer de l'endomètre

- **Diagnostic positif = analyse histologique**
  - **méthodes de prélèvement :**
    - **biopsie aspirative d'endomètre :**
      - **matériel :** pipelle de Cornier®
      - **lieu de réalisation :** en consultation (lors de l'examen au spéculum)
      - **anesthésie :** **NON**
      - **indication :** !! devant toute métrorragies post-ménopausiques
      - **valeur :** !! n'a de valeur que positive (*aveugle : risque de faux négatifs ++*)
        - . **test + :** évite anesthésie car **PAS** de curetage biopsique
        - . **test – ou ininterprétable :** curetage biopsique
    - **curetage biopsique :**
      - **indication :** indispensable !! **SAUF** si BE a déjà affirmé la nature néoplasique
      - **moment de réalisation :** généralement au décours d'une hystérocopie
      - **lieu de biopsie :** lésions suspectes
  - **hystérocopie diagnostique (AL ou AG, tube rigide) :**
    - **permet :**

- visualiser les lésions (excellente appréciation de l'étendue en surface et extension vers le col ++)
- orienter efficacement la réalisation des biopsies
- **limites :**
  - **femme ménopausée :** sténoses cervicales
  - **saignement :** visualisation de la cavité utérine limitée
- **Bilan d'extension**
  - **IRM abdomino-pelvienne **systematique ++** et des aires ganglionnaires lombo-aortiques (T1-T2-gado) :**
    - **examen de référence pour stadification en préopératoire :**
      - localisation et mesure de la lésion
      - évaluation de la profondeur de l'invasion du myomètre
      - extension vers col, annexes, organes de voisinage
    - **recherche d'atteinte lymphonodale**
  - **recherche de métastases **non systematique** :**
    - **indications :**
      - stade FIGO ≥ 3 (tumeur semble évoluée)
      - type 2 histologique
    - **moment :** avant l'intervention
    - **examens :** TDM TAP + évaluation hépatique (échographie **ou** IRM) ± TEP-FDG/TAP
  - **acte chirurgical (considéré dans le bilan d'extension) :** envahissement lymphonodal +++ (pronostic)
  - **mammographie bilatérale :** dépistage **systematique** d'un éventuel cancer du sein associé
- **Bilan pré-thérapeutique**
  - **consultation pré-anesthésie :** évaluer la B/R des thérapeutiques (car âgée, obèse, diabétique et **hypertendue**)
  - **bilan préopératoire :** groupage – Rh - RAI ; ECG-RxT
  - **bilan d'opérabilité ++ :** (mauvais état général fréquent) ETT ; EFR
- **Consultation d'oncogénétique : devant un cancer de l'endomètre...**
  - **recherche systématique du syndrome de Lynch chez toute patiente < 50 ans**  
**ou** quel que soit l'âge si > 1 apparenté du 1<sup>er</sup> degré atteint d'un CCR ou autre cancer du spectre HNPCC

## Classification FIGO (2009)

### Retenir

- **NE dépasse PAS le col**
  - RCP
  - + traitement chirurgical simple (hystérectomie avec annexectomie bilatérale)
  - ± RT si stade précoce à haut risque
- **Dépasse le col :** bilan d'extension (donc à partir du stade 3)
- **Stade IV :** chimiothérapie

## Évolution

### Pronostic

- **Survie à 5 ans selon FIGO :** retenir « 86 – 66 – 46 – 16 » % pour respectivement stade I – II – III – IV (**76%** tous stades)
- **Facteurs pronostiques (3)**
  - **stade FIGO +++ :** élément pronostique déterminant du cancer
    - **définition théorique :** seulement **APRES** l'intervention
    - **définition pratique :** bilan préopératoire (dont IRM ++ ) permet d'évaluer ce stade
    - **éléments influençant directement le traitement :**
      - **dans les stades I :** degré d'envahissement du myomètre
      - **à tous les stades :** atteinte lymphonodale
  - **grade de différenciation :** facteur pronostique indépendant de grande valeur  
**!!** grande différence des évolutions en fonction du grade pour les adénocarcinomes endométrioïdes de stade I
  - **type histologique :**
    - **!! tumeurs de type 2 histologique : plus mauvais pronostic que les types 1**

- **après détermination du groupe de risque** : stratégies thérapeutiques proposées en RCP
- **Définit 3 groupes de risque**
  - **bas risque** : stade IA et grade 1 ou 2
  - **risque intermédiaire** : stade IA et grade 3 / stade IB et grade 1 ou 2 / stade II et grade 1 ou 2
  - **haut risque** : stade IB et grade 3 / stade II et grade 3 / type 2 histologique

### Traitement (hors programme pour le traitement en détail)

#### RETENIR

- **Stades précoces** : chirurgie simple (hystérectomie avec annexectomie bilatérale) ± RT si haut risque
- **Stades métastatiques** : chimiothérapie

#### Mesures associées

- **Contre-indication à vie à un THM** (cancer hormono-dépendant...) mais non indiqué en contre-indication dans l'item 120

### Surveillance

#### Clinique (uniquement)

- **Consultation**
  - **première année** : tous les 3 mois
  - **après 1 an à vie** : tous les 6 mois
- **Examen gynécologique complet avec frottis du dôme vaginal**

**Paraclinique** : PAS d'examen complémentaire systématique

**Rechutes** : 13%, surtout les 3 premières années