

## Cancer de l'endomètre

On entend par cancer de l'endomètre les tumeurs malignes épithéliales qui naissent et se développent aux dépens de la muqueuse du corps utérin.

Il touche principalement la femme ménopausée, mais peut se rencontrer chez la femme plus jeune.

Toute métrorragie post ménopausique est un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire.

## Epidémiologie

- 1- Incidence : il existe à tout âge mais sa fréquence est maximale dans la période pré ménopausique et ménopausique c.a.d entre 50 et 60 ans.

Le cancer de l'endomètre est hormonodépendant. (Œstrogène)

- 2- Histologiquement, il s'agit d'un adénocarcinome, cancer uniquement glandulaire.

### 3- Facteurs de risque :

-hyperœstrogénie relative ou absolue : puberté précoce, dysovulation, ménopause tardive.

-obésité : par l'hyperœstrogénie qu'elle détermine, du fait de la conversion des androgènes en œstrogènes dans le tissu adipeux.

-nulliparité, pauciparité, ou première grossesse tardive,

-TRT hormonal substitutif à base d'œstrogènes seul,

-ATCDS d'hyperplasie ou de polype de l'endomètre.

-ATCDS familiaux de cancer de l'endomètre.

-HTA, diabète.

Le dépistage est difficile pour l'ensemble de la population. Il n'est pratiqué actuellement que devant des signes d'appel.

## Anatomie pathologique

1-Macroscopie : il s'agit le plus souvent de végétations qui bourgeonnent et envahissent la cavité utérine mais il peut s'agir d'un polype d'aspect banal, ou d'une hyperplasie irrégulière de la muqueuse.

2-Microscopie : c'est un cancer glandulaire ou adénocarcinome +ou – bien différencié.

3-extension :

- Extension locale : d'une part en surface, sur l'endomètre atteignant progressivement toute la cavité utérine puis l'isthme et le canal cervical. D'autre part en profondeur dans le myomètre.

- Extension en dehors de l'utérus : ● au vagin en premier
  - Au reste du pelvis : uretères, vessie et

rectum

- Aux ganglions lymphatiques

pelviens : ils sont tardivement envahis, sauf quand l'isthme est touché, l'extension lymphatique devenant celle d'un cancer du col utérin.

● À distance, les métastases sont relativement peu fréquentes et tardives (foie, poumon, os)

## DIAGNOSTIC

### A-Diagnostic positif :

#### 1. Signes fonctionnels :

##### a- métrorragies :

Signe révélateurs dans 90% des cas.

Il s'agit d'hémorragies franches de sang rouge ou noirâtre, d'abondance variable, irrégulière et répétées. Elles sont très évocatrices en période post-ménopausique, mais facilement confondues avec des métrorragies fonctionnelles en péri ménopause ou en période d'activité génitale.

b-leucorrhée : a type de petites pertes rosées, voire purulentes, nauséabondes.

c-hydrorrhée : rarement signe évocateur.

d-douleurs : n'apparaissent que tardivement.

#### 2. Signes généraux :

Absents, sauf dans les formes très évoluées. Ce sont alors des signes d'altération de l'état général ou d'infection.

#### 3. Signes physiques :

L'examen gynécologique donne peu de renseignements.

L'examen au spéculum est normal en l'absence d'extension au col et au vagin, il confirme l'origine endométriale du saignement lorsqu'il existe. Recherche un polype sentinelle au niveau du col témoin parfois d'un cancer dans la cavité utérine.

Au toucher vaginal ; le corps utérin peut être augmenté de volume, arrondi, globuleux. Le col est normal et les culs de sacs sont libres.

L'examen des seins est systématique car les pathologies mammaires surviennent sur le même terrain.

#### 4. Examens complémentaires :

a- Les frottis cervicaux vaginaux sont systématiques, sont sans intérêt diagnostique mais permettent d'éliminer une atteinte du col.

b- Echographie vaginale : montre un épaississement de l'endomètre sup. à 4 mm chez la femme ménopausée, ou une image hyper-échogène dilatant la cavité utérine.

c- Hystérographie : indiquée devant toute métrorragie inexplicée, ou métrorragie fonctionnelle persistante après 35 ans. Elle est pratiquée en dehors d'une infection évolutive ou de saignements importants.

Elle montre une cavité utérine avec des images lacunaires irrégulières, déchiquetées, marécageuses, à contours flous. Parfois une simple irrégularité d'une corne. Elle précise la topographie et la limite inférieure de la lésion.

d- hystérocopie: permet de voir directement la lésion, ses limites, ses rapports avec le col et pratiquer des biopsies.

Il s'agit - de lésion bourgeonnante, ulcérée, nécrotique, hémorragique.

- polype.

- hyperplasie endométriale saignant au contact.

e- biopsie de l'endomètre : examen indispensable au diagnostic.

Il peut s'agir d'une biopsie d'endomètre à la canule de Novak, Geste simple mais n'a de valeur que si elle ramène un lambeau tumoral. Pour cela le curetage biopsique est indispensable. Précédé d'une hystérocopie qui permet de visualiser la lésion, aide à préciser son siège, voir dirige le prélèvement. Elle est pratiquée sous anesthésie après une brève dilatation du col. C'est sur cette histologie de l'endomètre que sera affirmé le diagnostic et préciser le degré de différenciation de la tumeur.

### **Diagnostic différentiel**

1- chez la femme ménopausée :

le diagnostic de vaginite sénile, d'endométrite sénile ou des métrorragie liées à la prise d'un traitement anticoagulant devra être retenu qu'après avoir formellement éliminé un cancer de l'endomètre.

2- chez la femme en période d'activité génitale :

Les causes des métrorragies sont nombreuses ; cancer du col, fibrome, lésion précancéreuses (polype, hyperplasie) adénomyose, anomalie de l'hémostase, surdosage en trt progestatif.

### **Pronostic**

Il dépend de certains éléments :

1- stade de la classification FIGO :

STADE 0 : cancer in situ de l'endomètre.

STADE I. cancer limité au corps de l'utérus.

a) Limité à l'endomètre.

b) Envahi moins de la moitié de l'épaisseur du myomètre.

c) Envahi plus de la moitié de l'épaisseur de du myomètre.

STADE II. Cancer étendu au col.

STADE III. Extension en dehors de l'utérus dans le petit bassin ou cytologie péritonéale positive.

STADE IV. Envahissement de la muqueuse de la vessie ou du rectum ou métastases en dehors du pelvis.

2- degrés de différenciation de la tumeur : 3degrés bien, moyennement, ou indifférenciée.

Moins la tumeur est différenciée, plus le pronostic est péjoratif.

3- bilan d'extension :

Examen clinique général avec exploration des différentes aires ganglionnaires.

Touchers pelviens pour apprécier l'extension aux paramètres et au reste du petit bassin.

Une cystoscopie et UIV à la recherche d'un retentissement sur les voies urinaires.

Rectoscopie si clinique évocatrice

Echographie hépatique et pelvienne.

Une radiographie du thorax voir un scanner en fonction des résultats.

- 4- état général de la patiente : importance de la consultation pré-anesthésique et de l'évaluation du risque opératoire avant de prendre une décision thérapeutique.

### **Traitement**

#### **A – Méthodes :**

1- la chirurgie : plus la tumeur se rapproche du col plus la chirurgie s'élargie.

- ▶ Hystérectomie totale non conservatrice emportant l'utérus, le col, et les annexes.
- ▶ Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie emportant l'utérus, col, collerette vaginale, avec curage ganglionnaire.

2-Radiothérapie : elle prévient les récurrences et les métastases.

- ▶ Curiethérapie vaginale : Stérilise le col et les tissus de voisinages mais pas les ganglions pelviens.
- ▶ Curiethérapie utérovaginale, rarement endométriale.
- ▶ Cobalthérapie externe : stérilise les paramètres et les ganglions pelviens

3-traitements médicaux :

- ▶ Chimiothérapie.
- ▶ Hormonothérapie : progestatifs ou antioestrogènes (tamoxifène).

**B- Indications : soit malade opérable :** (l'opérabilité dépend de l'âge physiologique, du degré d'obésité, de l'état cardiovasculaire : HTA, état veineux, diabète)

- Stade 0 : l'hystérectomie totale avec annexéctomie bilatérale est suffisante si l'anat-path confirme le caractère non invasif de la tumeur.

Stade 1 : hystérectomie totale avec annexéctomie bilatérale et prélèvement ganglionnaire.

Complément de radiothérapie en fonction des résultats anat-path.

- Stade 2 : le traitement est le même que pour un cancer du col ; curiethérapie préopératoire, puis colpohystérectomie totale avec annexéctomie bilatérale suivie éventuellement d'une irradiation externe en fonction de l'état ganglionnaire.

- au-delà, le traitement repose sur la radiothérapie + hormonothérapie voir chimiothérapie ou hormonothérapie seule.

Soit malade inopérable :

Radiothérapie exclusive +ou- chimiothérapie voir hormonothérapie.

### **Surveillance post thérapeutique**

Visite à dépister les récurrences, les métastases, et les complications liées au traitement ;

Examen à 3 mois puis tous les 6 mois :

- examen général,
- foie,
- reins,
- examen de la vulve, du vagin et de la cicatrice vaginale,
- Pratique de frottis sur la cicatrice,
- Touchers pelviens,
- Radiographie de thorax.

### **Pronostic**

La survie à 05ans est de

Stade 1 : 80% ; Stade 2 : 60% ; Stade 3 :30% ; stade 4 : 10%.

Dr. derdour

