

# Cancer du col utérin



Dr M MERABET  
Maitre Assistant Gyneco-Obstetrique  
CHU Oran

# I. Epidémiologie

- C'est le deuxième cancer de la femme dans le monde.
- Ce cancer est plus fréquent dans les pays en voie de développement .
- Son incidence dans les pays développés a largement diminué grâce au dépistage cytologique systématique des lésions intra-épithéliales précancéreuses.
- L'incidence est exceptionnelle avant 25ans, puis augmente progressivement jusqu'à 70 ans avec une incidence maximale à 48ans.
- Ce cancer **n'est pas hormono-dépendant.**

## II. Facteurs de risque

- Le principal facteur de risque du cancer du col est l'infection à HPV oncogène (human papilloma virus). certains virus de cette famille sont des agents oncogènes, surtout le type 16 et 18 responsables de l'initiation du processus aboutissant à la transformation cancéreuse

- Les autres facteurs de risques sont:
- Tabac:excrétion d'hydrocarbures dans la glaire cervicale et toxicité locale.
- Premiers rapports sexuels précoces (rôle de l'immaturité cellulaire de la jonction pavimento-cylindrique.
- Immunodépression responsable d'une moins bonne défense contre une infection à HPV oncogène:HIV,corticothérapie à long cours

- Partenaires sexuels multiples .
- Multiparité (>5grossesses)
- D'autres infections sexuellement transmissibles comme l'herpès virus type 2
- Bas niveau socio-économique.

# III. Anatomopathologie

- Carcinome épidermoïde (85%) développé au dépens de l'épithélium para-malpighien exocervical.
- Adénocarcinome (10%) développé au dépens de la muqueuse cylindrique endo-cervicale; de pronostic plus sombre (métastases lymphatiques plus fréquentes)
- Autres 5% : carcinome adéno-squameux, tumeurs conjonctives (sarcome)

# IV. Histoire naturelle du cancer du col

- Infection cervicale persistente à HPV oncogène.
- Constitution d'une lésion intra-épithéliale cervicale (membrane basale non franchie) au niveau de la jonction entre les muqueuses exocervicale et endocervicale.
- Puis processus d'invasion par étapes, à partir de la rupture de la membrane basale: invasion stromale, puis cancer micro-invasif et quand l'invasion dépasse 5mm c'est le cancer invasif vrai

- Les cancers invasifs du col de l'utérus ont une extension surtout loco-régionale et lymphatique.
- Extension locale:
  - Vers le vagin, plus rarement, vers le corps utérin.
  - Latéralement vers les paramètres (pouvant comprimer les uretères)
  - En avant vers la vessie
  - En arrière vers la cloison recto-vaginale et le rectum



- Extension lymphatique vers les chaînes iliaques externes, iliaques primitives, puis vers les ganglions lombo-aortiques
- Métastases viscérales très tardives (foie, poumons)

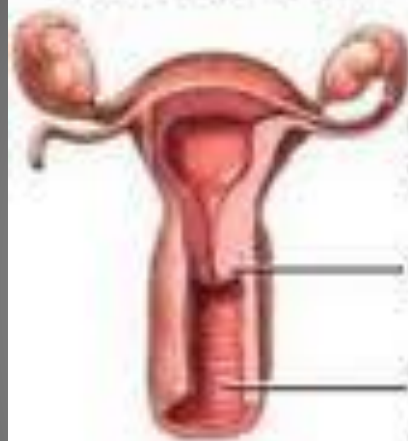
# V. Diagnostic d'un cancer invasif du col

- Circonstances de découverte:
  - Métrorragies de sang rouge, indolores, capricieuses, souvent provoquées (rapport sexuel)
  - Pertes muco-purulentes (par infection associée)
  - Dans les formes avancées: complications urologiques par envahissement urétéral, douleurs pelviennes, épreintes.
  - Cancer parfois asymptomatique de découverte fortuite

# 1. Examen clinique

- Au spéculum: examen normal si cancer micro-invasif. le plus souvent : tumeur bourgeonnante, friable ou ulcérée, saignant au contact, avec une base indurée.
- Toucher vaginal: induration, saignement au contact
- On réalise des biopsies au niveau de la tumeur pour confirmer l'existence de carcinome épidermoïde.

Anterior view



Cancer tissue

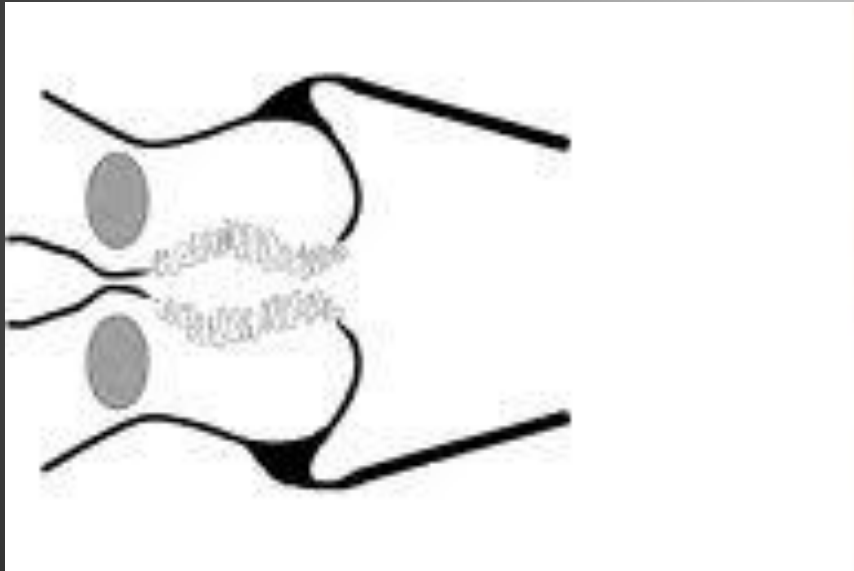
Cervix

Vaginal wall



Cervix viewed through speculum with patient in lithotomy position





## 2. Bilan loco-régional

- Examen sous anesthésie générale: indispensable dans le bilan de tout cancer du col
- Réalisé au bloc opératoire avec examen sous valves
- Toucher vaginal, toucher rectal, toucher bidigital
- Indispensable pour apprécier le volume tumoral, l'extension latérale vers les paramètres, de l'atteinte de la vessie et du rectum

- Biopsies au niveau des zones suspectes
- Examen complété par une échographie endo-vaginale et endo-rectale et une cystoscopie +/- biopsies
- +/- rectoscopie (dans les cancers à développement postérieur)
- Au terme de l'examen, évaluation du stade de la tumeur (classification FIGO)

- IRM pelvienne: mesure le volume tumoral avec précision, évalue l'extension aux paramètres , à la cloison vésico-vaginale, recherche d'adénopathies.(IRM tend à devenir un examen de référence dans l'évaluation pré-thérapeutique des cancers du col)
- Scanner abdomino-pelvien: pour la recherche d'adénopathies, de métastases et d'une compression extrinsèques des voies urinaires



- Marqueurs tumoraux: SCC antigen squamous cell carcinoma élevé dans les carcinomes épidermoïdes, ACE dans des adénocarcinomes.

# VI. Classification FIGO

Cette classification, basée sur l'examen clinique sous anesthésie générale « Staging », est la référence anatomo-clinique pour poser une indication thérapeutique

# VI. Classification FIGO

Stade 0	Cancer intra-épithélial
Stade I: cancer strictement limité du col	la: cancer micro-invasif la1: micro invasion <3mm de profondeur la2: 3mm<microinvasion<5mm en profondeur Ib cancer invasif
Stade II: cancer ayant dépassé le col	IIa: tiers supérieur du vagin IIb: infiltration des paramètres
Stade III: cancer étendu à la paroi pelvienne ou au tiers inférieur du vagin	IIIa: tiers inférieur du vagin IIIb: atteinte de la paroi pelvienne ou retentissement rénal
Stade IV: cancer envahissant les organes de voisinage	IVa: vessie ou rectum IVb: organes éloignés

1er stade



2er stade

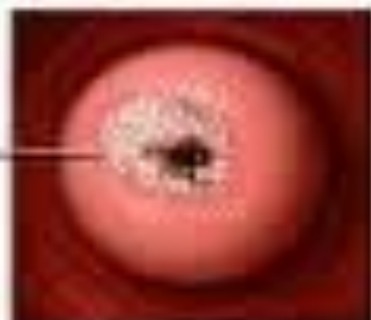


3er stade



Uterus  
Col  
Vagin

Cancer



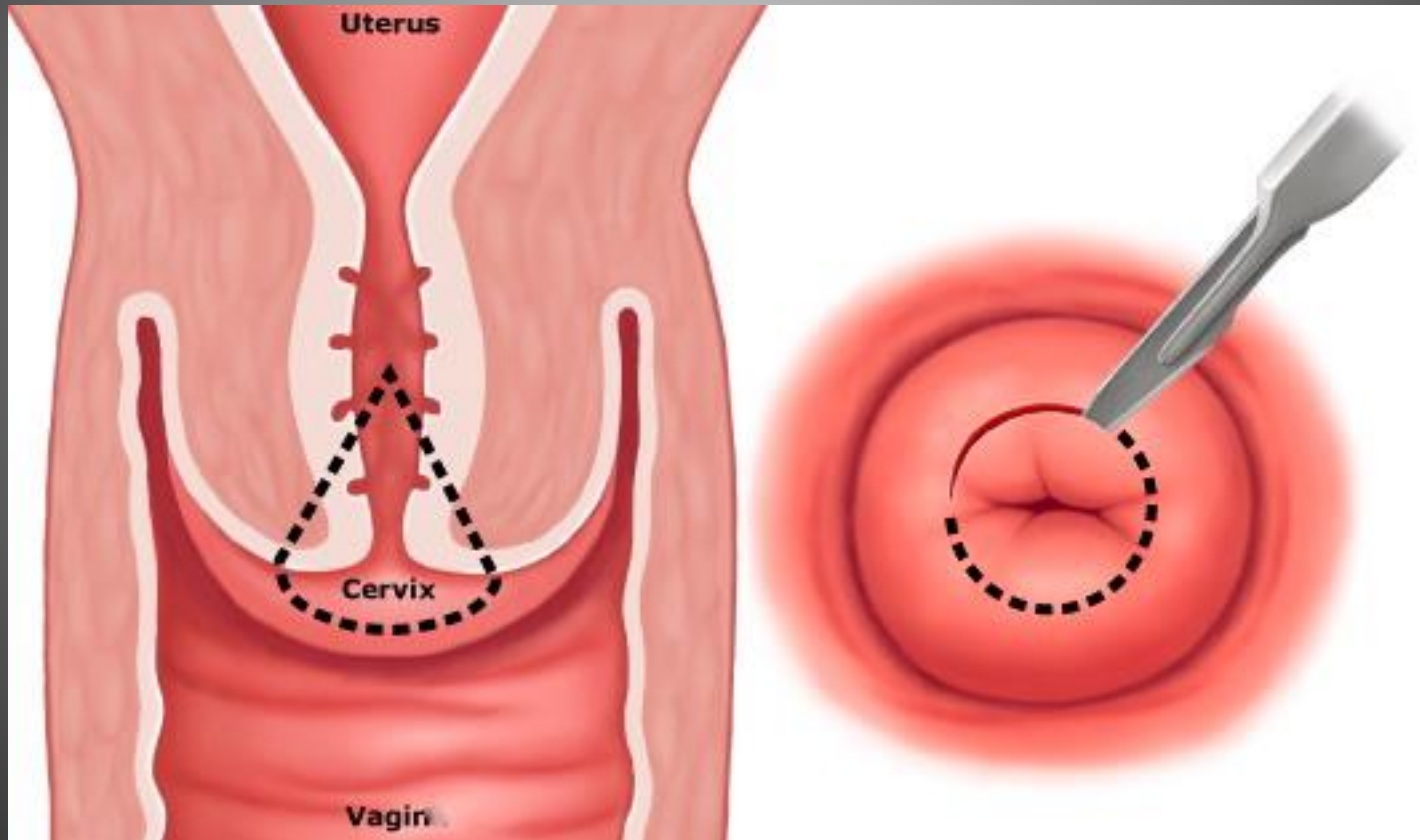
# VII.Traitement

- Le traitement dépend du stade du cancer , il est basé sur la chirurgie,la curithérapie et radiothérapie+/- chimiothérapie

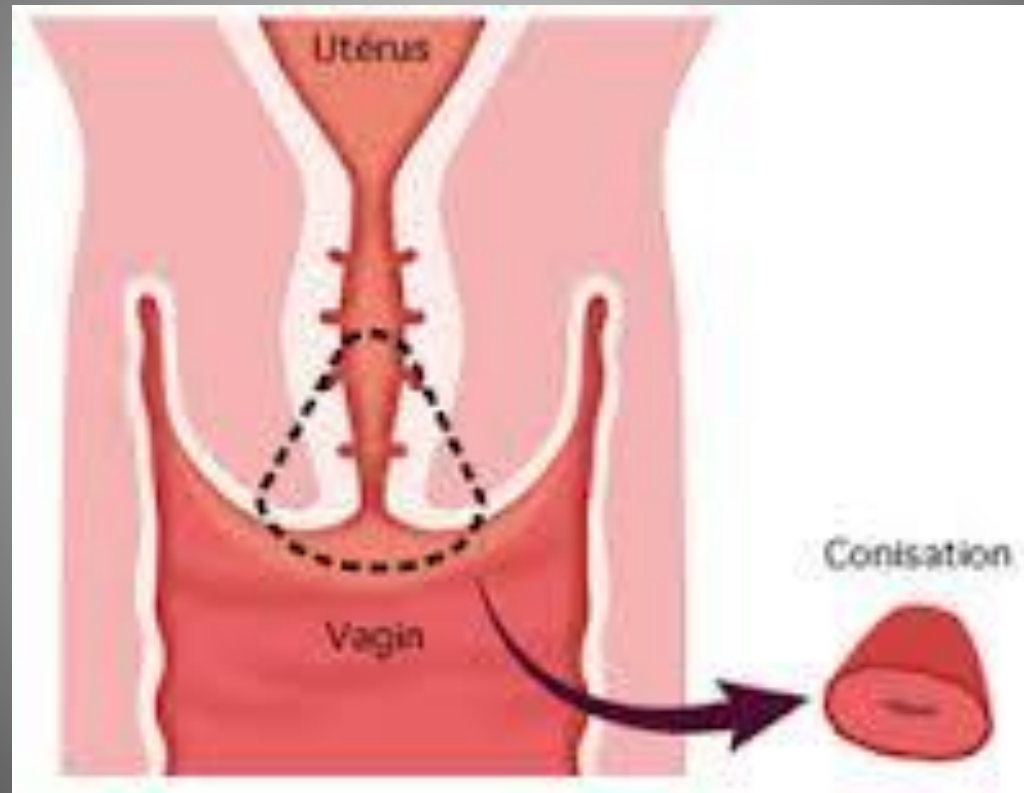
# 1. En cas de cancer micro-invasif

- Si microinvasion stromale <1mm traitement conservateur : conisation
- Si invasion entre 1mm et 3mm : conisation ou hystérectomie totale sans lymphadénéctomie
- Si invasion entre 3mm et 5mm : hystérectomie totale avec lymphadenectomie

# Conisation



# Conisation





# 2. En cas IB, IIA, IIB proximal (invasion proximale des paramètres)



**Bon pronostic:**  
Taille tumeur < 4cm  
Pas d'envahissement ganglionnaire

**mauvais pronostic:**  
Tumeur > ou 4cm  
Envahissement ganglionnaire (N+)



1. Curiethérapie utéro-vaginale
2. Chirurgie: hystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie rétropéritonéale
3. Radiothérapie externe post-opératoire si N+

1. Radio-chimiothérapie concomitante pré-opératoire
2. +/- curiethérapie utéro-vaginale (surimpression sur le lit tumoral)
3. chirurgie: HTT élargie avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie rétropéritonéale

## 3. En cas IIB distaux, III, IV

- Radiothérapie externe+chimiothérapie concomittante +curiethérapie
- Pour certains, chirurgie élargie: exentération pelvienne ou pelvectomie.
- Chirurgie palliative de dérivation urinaire en cas de retentissement rénal

- La surveillance après le traitement doit être régulière (tous les 6 mois), frottis du dôme vaginal, +/- complétés par des examens paracliniques, à fin de dépister les récurrences et les complications du traitement

# VIII.Pronostic

- Le pronostic du cancer du col utérin est conditionné par le stade clinique:  
survie à 5 ans 100% pour cancer in situ, 80% stade I, 50% au stade II, 20-30% au stade III, et < 5% au stade IV.
- L'atteinte ganglionnaire: une atteinte ganglionnaire divise par 3 les chances de guérison
- Le volume tumoral >4cm est de mauvais pronostic
- L'existence d'embolies tumorales lymphatiques ou vasculaires

# IX. Conclusion

- Le cancer du col utérin suit une histoire naturelle , favorisée par l'infection cervicale persistante à HPV oncogène
- Le dépistage des lésions précancéreuses est possible grâce au frottis cervico-vaginal, d'où l'intérêt de le proposer chez toute femme en activité sexuelle. contrôle après 1 ans puis tout les 3 ans s'il est normal jusqu'à 65ans.