

CANCER DE L'ENDOMETRE

Dr DERDOUR Nadjat née Nacer
Cours de sémiologie chirurgicale

On entend par cancer de l'endomètre les tm 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 age mais sa fréquence est maximale dans la période pré ménopausique et ménopausique c.a.d entre 50et60 ans.

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

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

3- Facteurs de risque :

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

-obésité : par l'hyperœstrogenie 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 myometre.

- 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.

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 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 épaissement de l'endomètre sup. à 4 mm chez la femme ménopausée, ou une image hyper-échogène dilatant la cavité utérine.

c- Hystérographie : 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.

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

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

1- stade de la classification FIGO :

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

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

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

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

3-traitements médicaux :

-Chimiothérapie.

- Hormonothérapie : progestatifs ou antioestrogènes (tamoxifène).

Surveillance post thérapeutique

Vise 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%.