

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)

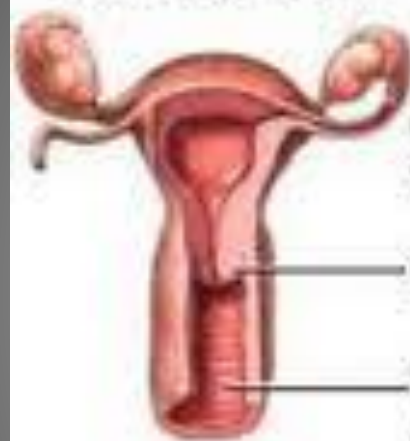
V. Diagnostic d'un cancer invasif du col

- 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

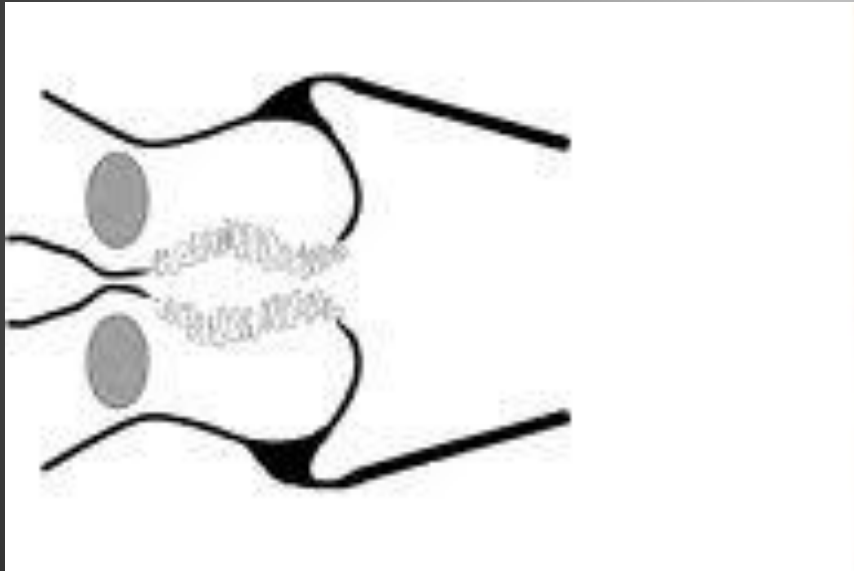
Cervix

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	Ia: cancer micro-invasif Ia1: micro invasion <3mm de profondeur Ia2: 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



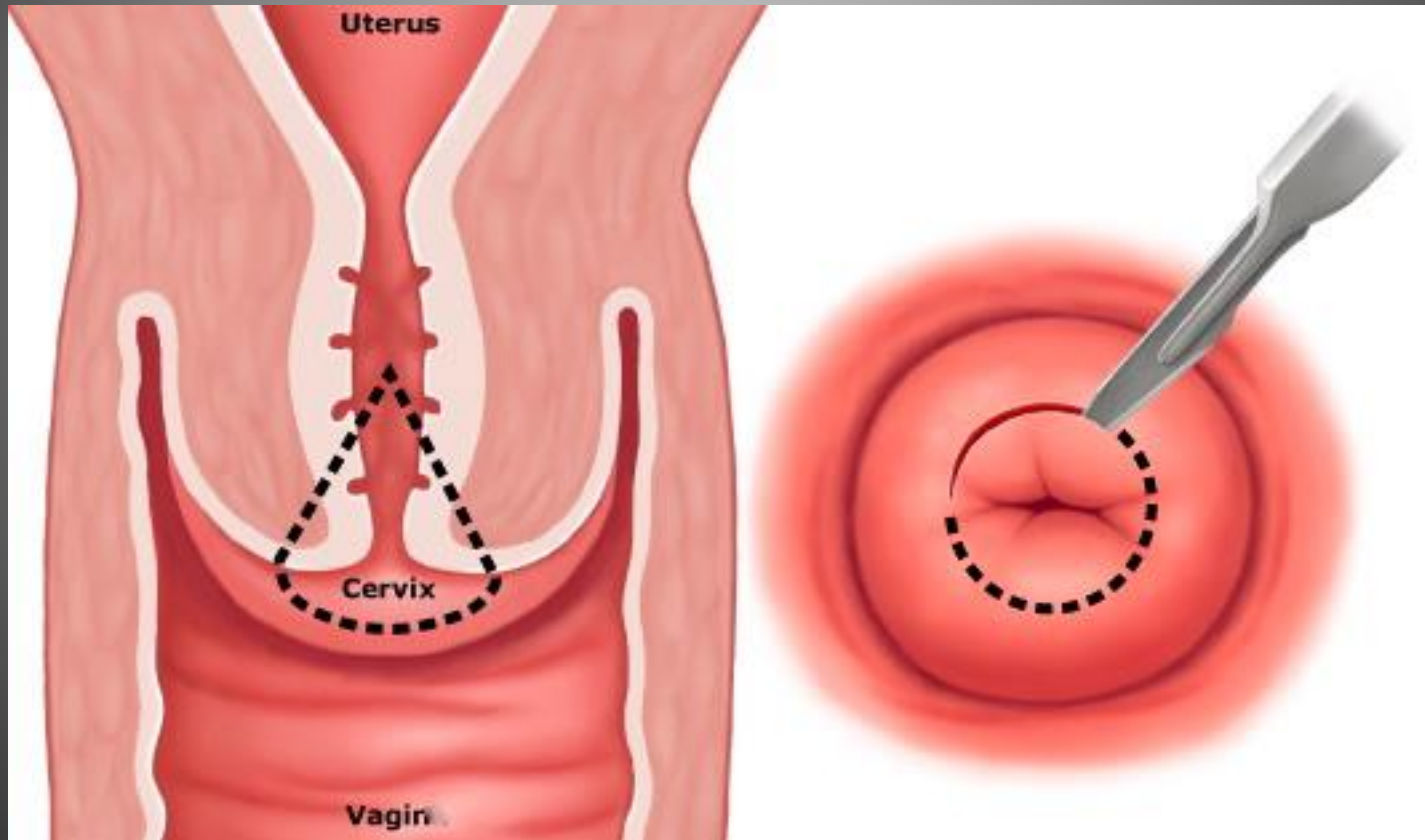
VII.Traitement

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

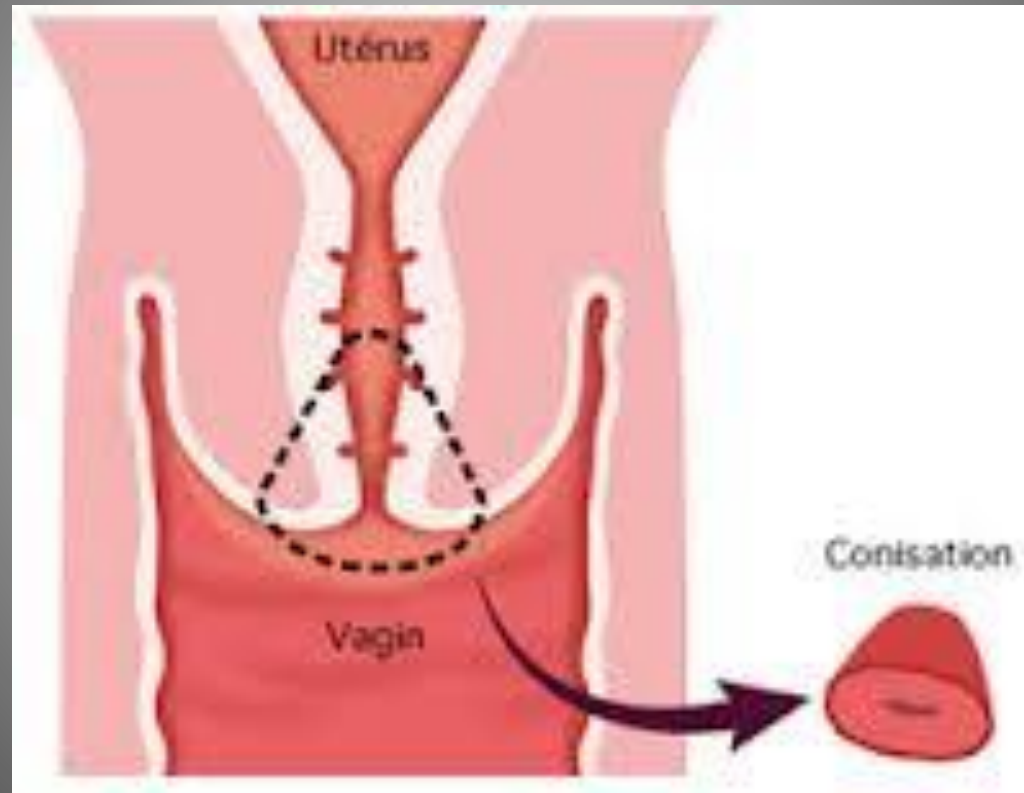
1. En cas de cancer micro-invasif

- Si microinvasion stromale <1mm traitement conservateur :conisation
- Si invasion entre 1mm et 3mm :conisation ou hysterectomie 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.