



CANCER GYNECOLOGIQUES

Cancer du col de l'utérus

CANCER DU COL UTERIN		
Anatomie	Partie basse de l'utérus ; implanté à la fin du vagin.	
Cancer du col utérin	Carcinome épidermoïde	→80-90% : cancer qui va pouvoir alors se développer à partir de l'épithélium de revêtement du col utérin - Développé aux dépens des <u>cellules</u> de l'épithélium de recouvrement du col utérin et notamment de l'exocol (partie <u>externe</u> la plus visible)
	Adénocarcinome	Dans 10 à 20 % des cas il s'agit d'un adénocarcinome développé aux dépens des <u>cellules glandulaires</u> notamment dans l'endocol : partie <u>interne</u> du col.
Les chiffres	<p>Deuxième cancer féminin au niveau mondial</p> <p>→Différence considérable d'incidence entre les pays développés et les pays en voie de développement (incidence +++ 20% contre 4 à 6%).</p> <p>Chiffre qui semble trop lourd pour un cancer dont on dispose un grand nombre de mesure de prévention</p>	
Facteurs de risque	<p>Dans l'immense majorité des cas, on parle de conséquence d'une maladie sexuellement transmissible à l'infection au papillomavirus humain (HPV)</p> <p>→L'infection par HPV est fréquente mais d'évolution favorable dans l'immense majorité des cas</p> <p>→Une infection persistante notamment dans certains types d'HPV 16 et 18 peut entraîner le développement de lésions cellulaires qui constituent des états précancéreux.</p> <p>Le délai entre l'infection et le développement d'un cancer du col utérin peut être extrêmement long.</p>	
	Facteurs de risque d'une infection par HPV	<ul style="list-style-type: none"> - Précocité de la vie sexuelle - Multiplicité des partenaires ayant eux-mêmes de multiples partenaires - Rapports sexuels non protégés - Existence d'autres infections sexuellement transmissibles : chlamydia et herpes - Défaut d'hygiène - Grossesses multiples - Utilisation des contraceptifs hormonaux
	Facteurs de risque de développement d'un cancer du col infecté par HPV	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des défenses immunitaires par l'HPV ou par des traitements immunosuppresseurs <p>Le tabagisme</p> <p>L'absence de surveillance par frottis ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constitue le facteur de risque le plus important de découverte d'une pathologie à un stade avancé, ne permettant plus de viser un objectif curatif. <p>→ Imposant de lourds traitements.</p>
Prévention	Possible par vaccination	<p>Deux formes disponibles : Gardasil et Cervarix</p> <p>Recommander dès l'âge de 11 ans, 3 injections :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mois entre les 2 premières et 4 mois entre 2 et 3 <p>→ Polémique des pathologies secondaires aux vaccins</p> <p>Les solutions envisagées : élargissement de la vaccination aux garçons sans lien avec les pratiques sexuelles.</p>
Dépistage par le frottis cervical	<p>Tous les 3 ans entre 25 et 65 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permet de dépister les pathologies précancéreuses - Dysplasie plus ou moins prononcée - La dysplasie sévère en l'absence de traitement peut évoluer vers le cancer du col utérin - Et permet parfois de découvrir un authentique cancer du col utérin <p>→Les frottis seront alors rapprochés en cas d'anomalie</p> <p>→Les limites du frottis sur les cancers de l'endocol</p> <ul style="list-style-type: none"> - On voit surtout l'exocol et passe à côté de l'endocol 	
Diagnostic	Lorsqu'il n'est pas découvert dans le cadre d'un dépistage chez une patiente asymptomatique Le cancer du col est le plus souvent révélé	





	<ul style="list-style-type: none"> - Par des hémorragies génitales en dehors des périodes des règles, fréquemment provoquées par un rapport sexuel - Pertes vaginales <p>→ Douleurs, troubles urinaires ou de la sphère anorectale, les œdèmes des membres inférieurs témoignent d'une pathologie avancée.</p> <table border="1"> <tr> <td>Examens</td> <td>Clinique, toucher pelvien va permettre de faire un examen informatif en cas de tumeur très avancée La colposcopie qui permet de faire un examen clinique plus fin du col utérin → Biopsie de la lésion : carcinome épidermoïde pour l'exocol, et adénocarcinome pour l'endocol.</td> </tr> </table>	Examens	Clinique, toucher pelvien va permettre de faire un examen informatif en cas de tumeur très avancée La colposcopie qui permet de faire un examen clinique plus fin du col utérin → Biopsie de la lésion : carcinome épidermoïde pour l'exocol, et adénocarcinome pour l'endocol.																		
Examens	Clinique, toucher pelvien va permettre de faire un examen informatif en cas de tumeur très avancée La colposcopie qui permet de faire un examen clinique plus fin du col utérin → Biopsie de la lésion : carcinome épidermoïde pour l'exocol, et adénocarcinome pour l'endocol.																				
Bilan d'extension	<p>Biopsie étant faite, permet de dire le type. A quel stade de la pathologie se trouve-t-on ?</p> <p>IRM pour extension loco-régionale</p> <p>Scanner et pet scan pour l'extension à distance</p> <p>Cystoscopie : muqueuse vésicale</p> <p>Rectoscopie : muqueuse rectale</p> <p>Biologie → les SCC, marqueurs des épidermoïdes.</p>																				
Le staging	<table border="1"> <tr> <td>Stade 0</td> <td>État précancéreux, lésions cellulaires limitées à la couche superficielle → Les carcinomes in situ ou plutôt néoplasies intra cervicales</td> </tr> <tr> <td>Stade I, A ou B</td> <td>Cancer invasif (les cellules ont dépassé la membrane basale pour infiltrer les tissus sous-jacents à l'épithélium)</td> </tr> <tr> <td>Stade II, A ou B</td> <td>La tumeur s'est étendue au-delà du col sans atteinte des paramètres A ou avec extension aux paramètres B</td> </tr> <tr> <td>Stade III A ou B</td> <td>Importante extension loco-régionale : jusqu'au tiers inférieur du vagin (A) ou la paroi pelvienne (B)</td> </tr> <tr> <td>Stade IV</td> <td>Métastatique</td> </tr> </table>	Stade 0	État précancéreux , lésions cellulaires limitées à la couche superficielle → Les carcinomes in situ ou plutôt néoplasies intra cervicales	Stade I, A ou B	Cancer invasif (les cellules ont dépassé la membrane basale pour infiltrer les tissus sous-jacents à l'épithélium)	Stade II, A ou B	La tumeur s'est étendue au-delà du col sans atteinte des paramètres A ou avec extension aux paramètres B	Stade III A ou B	Importante extension loco-régionale : jusqu'au tiers inférieur du vagin (A) ou la paroi pelvienne (B)	Stade IV	Métastatique										
	Stade 0	État précancéreux , lésions cellulaires limitées à la couche superficielle → Les carcinomes in situ ou plutôt néoplasies intra cervicales																			
Stade I, A ou B	Cancer invasif (les cellules ont dépassé la membrane basale pour infiltrer les tissus sous-jacents à l'épithélium)																				
Stade II, A ou B	La tumeur s'est étendue au-delà du col sans atteinte des paramètres A ou avec extension aux paramètres B																				
Stade III A ou B	Importante extension loco-régionale : jusqu'au tiers inférieur du vagin (A) ou la paroi pelvienne (B)																				
Stade IV	Métastatique																				
	<table border="1"> <tr> <td>T1</td> <td>Carcinome cervical limité à l'utérus (l'extension au corps utérin n'est pas prise en compte)</td> </tr> <tr> <td>T1b1</td> <td>Lésion cliniquement visible <4cm</td> </tr> <tr> <td>T1b2</td> <td>Lésion cliniquement visible >4 cm</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>Carcinome cervical étendu au-delà de l'utérus, mais sans atteinte des parois pelviennes, ou du tiers inférieur du vagin</td> </tr> <tr> <td>T2a</td> <td>Lésions cliniquement visible <4cm</td> </tr> <tr> <td>T2b</td> <td>Lésion cliniquement visible >4cm</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>Carcinome cervical étendu jusqu'à la paroi pelvienne et / ou le tiers inférieur du vagin et / ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet</td> </tr> <tr> <td>T3a</td> <td>Extension au tiers inférieur du vagin</td> </tr> <tr> <td>T3b</td> <td>Extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet</td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>Tumeur envahissant la muqueuse vésicale ou rectale et / ou s'étendant au-delà du petit bassin</td> </tr> </table>	T1	Carcinome cervical limité à l' utérus (l'extension au corps utérin n'est pas prise en compte)	T1b1	Lésion cliniquement visible <4cm	T1b2	Lésion cliniquement visible >4 cm	T2	Carcinome cervical étendu au-delà de l'utérus , mais sans atteinte des parois pelviennes, ou du tiers inférieur du vagin	T2a	Lésions cliniquement visible <4cm	T2b	Lésion cliniquement visible >4cm	T3	Carcinome cervical étendu jusqu'à la paroi pelvienne et / ou le tiers inférieur du vagin et / ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet	T3a	Extension au tiers inférieur du vagin	T3b	Extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet	T4	Tumeur envahissant la muqueuse vésicale ou rectale et / ou s'étendant au-delà du petit bassin
T1	Carcinome cervical limité à l' utérus (l'extension au corps utérin n'est pas prise en compte)																				
T1b1	Lésion cliniquement visible <4cm																				
T1b2	Lésion cliniquement visible >4 cm																				
T2	Carcinome cervical étendu au-delà de l'utérus , mais sans atteinte des parois pelviennes, ou du tiers inférieur du vagin																				
T2a	Lésions cliniquement visible <4cm																				
T2b	Lésion cliniquement visible >4cm																				
T3	Carcinome cervical étendu jusqu'à la paroi pelvienne et / ou le tiers inférieur du vagin et / ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet																				
T3a	Extension au tiers inférieur du vagin																				
T3b	Extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet																				
T4	Tumeur envahissant la muqueuse vésicale ou rectale et / ou s'étendant au-delà du petit bassin																				
Traitement des formes limitées	<p>→ Uniquement dans les formes très limitées = 0 et IA</p> <p>Le traitement standard est une chirurgie limitée par conisation (enlever une partie de l'utérus)</p> <p>Un temps très important est celui de l'examen de la pièce opératoire qui permettra de préciser le degré d'invasion avec, par ailleurs, nécessité de marge in sano.</p>																				
Traitement des formes plus avancées	<p>→ La chir : colpo hystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne proposée d'emblée</p> <p>En fonction des résultats d'examens histologiques, il y aura indication ou non de traitement complémentaire et notamment de radiothérapie : externe et curiethérapie</p> <p>La radio-chimiothérapie peut être une option retenue en alternative à la chirurgie</p> <p>→ Radiothérapie externe à raison d'une séance par jour, 5J/semaine et six semaines de suite</p> <p>→ Avec administration de chimiothérapie dite de potentialisation une fois par semaine durant le temps d'irradiation par le Cisplatine ou Carboplatine</p> <p>Curiethérapie endovaginale</p>																				
Traitement des maladies métastatiques	<p>Sur les formes métastatiques, utilisation de la chimiothérapie soit d'emblée, soit à distance du traitement d'une maladie apparemment localisée afin de mettre sous contrôle la pathologie sans espoir curatif, pour permettre à la patiente de vivre le plus longtemps possible et le moins mal possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paclitaxel, Carboplatine - Topotédan - Avastin 																				