

- 4<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent de la femme et le 5<sup>e</sup> en termes de mortalité
- Terrain : Dans 80% des cas chez des **femmes ménopausées**, âge moyen = **68 ans**
- Diagnostic souvent à un stade précoce (cancer localisé) dans 70% des cas, survie tous stades confondus à **76% à 5ans**
- **2 types de cancers de l'utérus :**
  - **Cancer de l'endomètre**, origine épithéliale, hormono-dépendant souvent chez les femmes ménopausées en surpoids
  - **Sarcome**, d'origine mésenchymateuse, beaucoup plus rare mais pronostic mauvais
- Histoire naturelle : - Naît le plus souvent du **fond utérin** ou d'une **corne utérine**
  - Evolution longtemps locorégionale : extension vers le col, invasion du myomètre
  - **Dissémination extra-utérine** tardive : ADP iliaques externes puis lombo-aortiques, vagin, annexes, péritoine → **métastases** rares (poumon, foie)

**CODEX**  **S-ECN.COM**

	Bilan d'extension	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>IRM pelvienne et lombo-aortique injectée</b> = examen de référence : profondeur d'invasion myométriale, recherche d'une atteinte vésicale, rectale ou paramétriale, ADP iliaque et lombo-aortique suspecte</li><li>- <b>Scanner thoraco-abdomino-pelvien</b> : indiqué si stade III ou N+ ou type 2 histologique</li><li>- <b>PET-scanner et écho/IRM hépatique</b> : non systématique, discuté en cas de stade III (T3, N1) et IV (T4, M1)</li><li>- <b>Dosage du CA 125</b> : discuté en cas de suspicion d'extension régionale, d'atteinte ovarienne ou de type 2 histo</li><li>- Associés : - <b>Bilan d'opérabilité</b><ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Mammographie bilatérale de dépistage</b> systématique (terrain à risque)</li></ul></li></ul>	
Classification FIGO	Stade I	Survie à 5 ans 85%	= Limité au corps utérin (± glandes cervicales) : sans atteinte du col utérin <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>IA</b> = envahissement du myomètre &lt; <b>50%</b></li><li>- <b>IB</b> = envahissement du myomètre ≥ <b>50%</b></li></ul>
	Stade II	66%	= Atteinte du col utérin sans atteinte extra-utérine associée
	Stade III	44%	= Extension extra-utérine : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>IIIA</b> = séreuse du corps utérin et/ou annexes</li><li>- <b>IIIB</b> = vagin et/ou paramètre</li><li>- <b>IIIC</b> = envahissement ganglionnaire pelvien (c1) ou para-aortique (c2)</li></ul>
	Stade IV	15%	- <b>IVA</b> : atteinte de la muqueuse vésicale et/ou rectale <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>IVB</b> : ADP ganglionnaire inguinale et/ou MT à distance</li></ul>
Pronostic	Facteurs pronostiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tumeur : <b>stade FIGO, type</b> (type 1 de bon pronostic, type 2 de mauvais pronostic) et grade</li><li>- <b>Degré d'envahissement du myomètre</b></li><li>- <b>Grade de différenciation</b> (pronostic plus favorable en cas de grade 1 ou 2)</li></ul>	
	Groupes pronostiques du stade I	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Bas risque</b> : type 1 stade IA grade 1 ou 2</li><li>- <b>Risque intermédiaire</b> : type 1 stade IA grade 3 ou stade IB ou II grade 1 ou 2</li><li>- <b>Risque élevé</b> : type 1 stade IB ou II grade 3 ou embolies lymphatiques ou tous type 2</li></ul>	
TTT	Stade I Type 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Risque bas : <b>hystérectomie totale avec annexectomie</b> sans traitement adjuvant</li><li>- Risque intermédiaire : <b>hystérectomie + curage pelvien + curiethérapie</b> post-opératoire</li><li>- Risque élevé : <b>hystérectomie totale avec annexectomie + curage lombo-aortique et iliaque commun ± pelvien + radiothérapie externe ± curiethérapie</b></li></ul>	
	Stade I Type 2	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Chirurgie</b> : <b>hystérectomie totale avec annexectomie + curage pelvien et lombo-aortique</b> + cytologie et biopsies péritonéales + <b>omentectomie infra-colique</b></li><li>- <b>Radiothérapie post-opératoire ± curithérapie ± chimiothérapie adjuvante</b></li></ul>	
	Stade II	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Chirurgie</b> : <b>hystérectomie totale (± élargie) + curage pelvien ± lombo-aortique</b></li><li>- <b>Radiothérapie + curithérapie post-opératoire + chimiothérapie adjuvante</b> si type 2</li></ul>	
	Stade III	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>IIIA</b> : - <b>Hystérectomie totale avec annexectomie + curage pelvien et lombo-aortique</b> + cytologie péritonéale + <b>omentectomie infra-colique</b></li><li>- <b>Radiothérapie et chimiothérapie post-opératoire</b></li><li>- <b>IIIB</b> : <b>radiothérapie exclusive (radiothérapie externe + curithérapie) ± curage lombo-aortique</b> pré-thérapeutique ± <b>chimiothérapie adjuvante</b> → <b>chirurgie</b> si réponse complète</li><li>- <b>IIIC</b> : <b>curage lombo-aortique + radiothérapie externe + curithérapie ± chimiothérapie adjuvante</b></li></ul>	
	Stade IV	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>IVA</b> : - <b>Radiothérapie exclusive (radiothérapie externe + curithérapie) ± chimiothérapie</b></li><li>- <b>Chirurgie</b> (exentération pelvienne) si échec de l'irradiation</li><li>- <b>IVB</b> : - <b>Chirurgie de cytoréduction complète</b> si carcinose péritonéale résécable sans MT à distance</li><li>- <b>Chimiothérapie + hormonothérapie</b> si RH+ + <b>radiothérapie externe</b></li></ul>	
	Mesures associées	- <b>Traitement hormonal substitutif non contre-indiqué</b> : seulement oestrogénique < 50 ans en cas de ménopause invalidante induite par l'ovariectomie	
	Complication	- Curithérapie/radiothérapie : <b>cystite radique, rectite radique, sténose urétérale post-radique, dyspareunie, sténose de l'intestin grêle</b> (si hystérectomie)	
	Surveillance	Surveillance uniquement clinique (en l'absence de signe d'appel) : <ul style="list-style-type: none"><li>- Tous les 4-6 mois pendant les 3 premières années puis annuellement pour les stades I et II</li><li>- Tous les 4-6 mois durant les 5 premières années puis annuellement pour les stades III et IV</li></ul>	
HNPCC	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Phénotypage MSI</b> (instabilité des microsatellites) sur la pièce tumorale si : - Femme jeune &lt; 50 ans<ul style="list-style-type: none"><li>- Antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou du spectre HNPCC</li></ul></li><li>- Si phénotype MSI positif : recherche d'une <b>mutation MMR (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)</b> sur prélèvement sanguin</li><li>→ Phénotype MSI non spécifique : 25 à 40% des cancers de l'endomètre sont MSI+, pour 2 à 5% de syndrome de Lynch</li></ul>		

CANCER DE L'ENDOMETRE								
Stade			Atteinte	CHIRURGIE		RADIOTHERAPIE		CHIMIO-THERAPIE
				Tumeur	Curage	Radiothérapie externe	Curie-thérapie	
Stade I	Type 1	Risque bas	IA (< 50% myomètre) de grade 1 (< 5% cellules indifférenciées) ou 2 (< 50%)	Oui				
		Risque moyen	IA de grade 3 (> 50%) IB (> 50% myomètre) de grade 1 ou 2	Oui	Oui		±	
		Risque haut	IB de grade 3 ou embolie	Oui	Oui	Oui	±	
	Type 2		ADK non endométrioïde : à cellule claire, mucineux, papillaire séreux, carcinosarcome	Oui	Oui	Oui	±	±
Stade II		Atteinte du col utérin		Oui	Oui	Oui	Oui	Si type 2
Stade III	IIIA	Séreuse du corps utérin et/ou annexe		Oui	Oui	Oui		Oui
	IIIB	Vagin et/ou paramètre		Si réponse complète	±	Oui	Oui	±
	IIIC	ADP pelvienne ou para-aortique			Oui	Oui	Oui	±
Stade IV	IVA	Vésicale et/ou rectale		Si échec		Oui	Oui	±
	IVB	ADP inguinale et/ou MT				Oui		Oui Hormono-thérapie si RH+

*N.B : Dans le nouveau collège de gynéco-obstétrique, il est bien précisé que le traitement n'est pas au programme, le traitement est à titre indicatif (il n'est pas développé dans le collège).*