**Le cancer de l’endomètre**

# Chapitre 15

Le cancer de l’endomètre est un cancer de type glandulaire : il se développe aux dépends des glandes de la muqueuse tapissant la cavité utérine.

Cette caractéristique le rend hormono-dépendant : son origine est liée à l’existence, pendant des années, d’un climat hyperoestrogénique. Il survient donc généralement après une ménopause tardive.

C’est le plus fréquent des cancers du pelvis : 13 pour 100.000 femmes.

Ce cancer n’est vu en principe qu’après la ménopause, puisque la muqueuse utérine se « rénove » à chaque cycle menstruel. Le diagnostic doit donc être évoqué lorsque survient un saignement chez une femme ménopausée.

## **I) Les terrains pré-disposant**

* Age moyen de 62 ans.
* Obésité.
* Nulliparité.
* Ménopause tardive (hyperoestrogénie).
* HTA.diabète.
* Ttt oestrogénique post-ménopausique isolé.
* *Tomixifène* \* (anti-œstrogène).
* ATCD familiaux de cancer de l’endomètre.
* Hyperplasie atypique de l’endomètre (= augmentation de la masse endométriale).

## **II) Anatomopathologie**

Les cancers de l’endomètre se divisent en 2 catégories :

* Les adénocarcinomes : 85%.
* Les carcinomes : 15%.

Ils sont exprimés en « grade tumoral » ou « stade », en fonction de leur extension :

* In situ : aspect histologique.
* Ia : limité à l’endomètre.
* Ib : envahissement du myomètre < 50%.

Extension locale

* Ic : envahissement du myomètre > 50%.
* IIa : envahissement endo-cervical superficiel.
* IIb : envahissement endo-cervical profond.

Extension lymphatique et vasculaire

* IIIa : envahissement des annexes et du péritoine.
* IIIb : métastases vaginales.
* IIIc : métastases ganglionnaires et para-aortiques.
* IVa : envahissement intestinal et vésical.

Extension loco-régionale

* IVb : métastases à distance.

Ils font également appel à la classification TNM (comme tous les cancers) :

* T0 : tumeur in situ.
* TIa : tumeur < 0,5 cm.
* TIb : 0,5 < T < 1 cm.
* TIc : 1 < T < 2 cm.
* TII : 2 < T < 5 cm.
* TIII : > 5 cm.
* TIV : atteinte de la paroi ou de la peau.
* N- : adénopathie régionale < 3 ganglions.
* N+ : adénopathie régionale > 3 ganglions.
* M0 : pas de métastases à distance.
* M1 : métastases à distance.

***Ex :*** *un cancer est dit TIII N+ M0 stade IIIc.*

## **III) Diagnostic et clinique**

Il n’existe pas de dépistage de masse.

**Les signes cliniques :**

* Métrorragies post-ménopausiques.
* Leucorrhées.
* Tumeur bourgeonnante ou ulcérée ou polypéfriable.
* Douleurs pelviennes.

**Les examens complémentaires :**

* Toucher rectal et toucher vaginal sont souvent normaux.
* Frottis endo-utérin et cervico-vaginal : à la recherche de cellules cancéreuses (le résultat est dit normal, ASCUS (= les anomalies cellulaires ne permettent pas d’exclure une lésion atypique), LBG (= lésions de bas grade) ou LHG (= lésions de haut grade)).
* Echographie endo-vaginale +++ et hystérosonographie : à la recherche d’une tumeur et/ou d’une augmentation du volume utérin.
* Hystéroscopie diagnostique et curetage avec biopsie étagée : pour connaître le stade du cancer.
* Bilan d’extension : pour connaître l’extension du cancer.
* IRM : à la recherche d’une éventuelle extension au myomètre.
* Tomodensitométrie avec uroscan : à la recherche d’une atteinte de la vessie.
* Radios pulmonaires et échographie hépatique : pour savoir s’il y a une atteinte pulmonaire et hépatique (métastases).

## **IV) Les traitements**

Le traitement dépend de l’opérabilité et du stade clinique :

* Stade clinique I :
	+ Hystérectomie totale extra-faciale
	+ Annexectomie bilatérale.
	+ +/- picking ganglionnaire iliaque sous-veineux.
	+ +/- lymphadénectomie iliaque.
	+ +/- curage ganglionnaire lombo-aortique.
	+ Radiothérapie pelvienne.
	+ Curiethérapie vaginale post-opératoire (si N+ et/ou infiltration myométriale importante).
* Stade clinique II : rare, de 10 à 15% :
	+ Radiothérapie et curiethérapie pré-opératoires.
	+ Colpohystérectomie totale élargie.
	+ Annexectomie bilatérale.
	+ Cytologie péritonéale.
* Stade III et IV :
	+ Radiothérapie +/- chirurgie.
	+ Radiothérapie et hormonothérapie.
	+ Chimio peu efficace.

## **V) Pronostic**

Il est fonction :

* Du type histologique.
* Du grade histologique (I, II, III ou IV).
* De l’envahissement myométrial et en dehors du myomètre.
* De l’atteinte ganglionnaire.
* De la cytologie péritonéale et de l’atteinte des annexes.

La survie à 5 ans est de 70-95% pour le stade I, 70% pour le II, 40% pour le III et 10% pour le IV.