

CANCER DE L'ENDOMETRE

Dr. Dinh Hien Le

Introduction

- Cancer de l'endomètre survient généralement chez les femmes après la ménopause.
- Cependant, de 2 à 14% des cas chez les femmes d'âge à l'accouchement (< 40 ans) dont la plupart voudraient conserver leurs organes reproductifs.
- Selon les études de Caccarello & CS: les carcinomes de l'endomètre apparaissent dans la majorité des cas.

Introduction

- Traitement de référence d'un cancer de l'endomètre: chirurgie d'hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie et lymphadénectomie bilatérales.
- Pour les patients jeunes n'ayant pas encore d'enfants: dépendant la balance bénéfice/risques (âge, stade clinique...), la conservation de l'utérus ou des ovaires est discutée pour pouvoir maintenir la fonction reproductive après.
- Au Vietnam, le cancer de l'endomètre chez les jeunes est très rare.

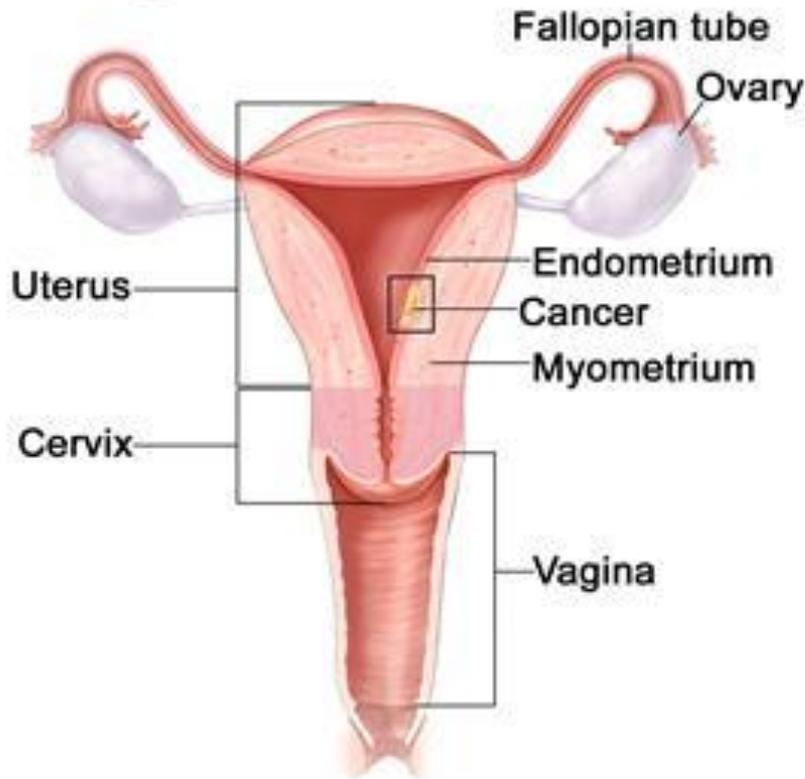
Introduction

Pratiques internationales:

- Pour le cancer de l'endomètre de Stade I/ hypertrophie endométriale non-spécifique: Conduire un traitement adapté en conservant l'utérus jusqu'au l'accouchement.
- Pour les cas d'infiltration du myomètre ou métastases à distance: une hystérectomie totale est indispensable.
- Dans certains cas, la conservation des ovaires est discutée pour pouvoir réaliser une FIV et portée par une autre maman.

Cancer de l'endometre aux stages precoces

Stage IA Endometrial Cancer

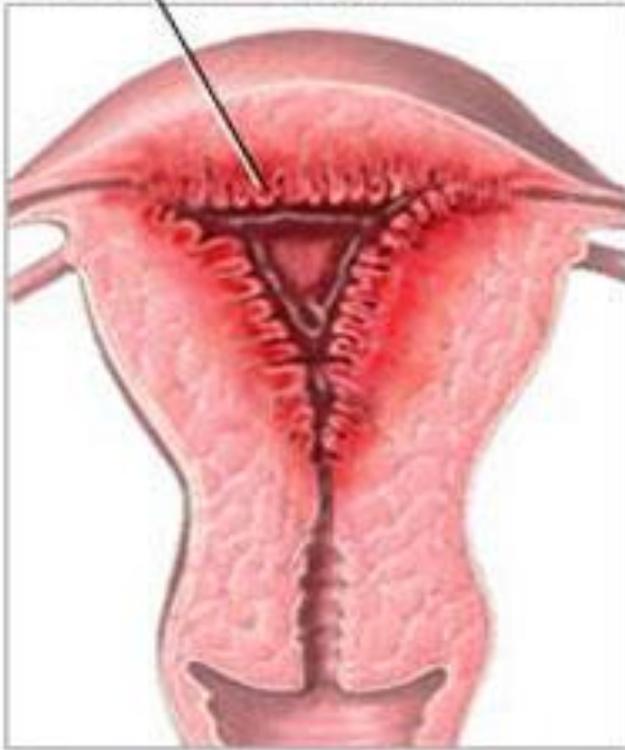


Stage IB Endometrial Cancer

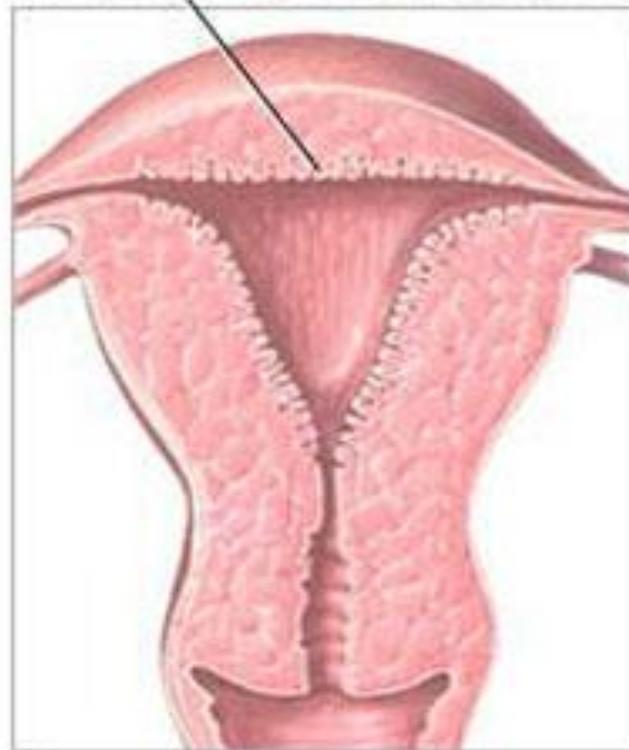


Hyperplasie endometriale

Endometrial hyperplasia



Normal endometrium



Cas clinique 1

- Patiente Vu T Ngoc B, 30 ans
- PARA 0000
- Desir d'enfant depuis 1 ans. Découverte de polypes endométriaux lors d'un bilan d'infertilité.
- Résultat de biopsie endométriale: adénocarcinome différencié.
- Cellules utérines: AGUS (Atypie des cellule glandulaire de signification indéterminée)
- Antécédent personel ou familial: sans particulier

Cas clinique 1

- Examen Clinique: Col utérin inflammatoire, uterus augmenté de taille, equivalent à une grossesse de 1 mois.
- Echographie: endomètre de 19mm d'épaisseur, irrégulier.
- IRM pelvienne: image de cancer de l'endomètre localisé sans infiltration périphérique.
- Radiographie pulmonaire: normale.
- Diagnostic: Cancer de l'endomètre avec indication d'hystérectomie totale par voie coelioscopique et lymphadénectomie pelvienne bilatérale en conservant les deux ovaires.

Cas Clinique 1



Cas Clinique 1

- **Intervention:**

Hystérectomie totale, suspension des ovaires à la paroi pelvienne, lymphadénectomie pelvienne bilatérale négative.

- **Analyse anatomopathologique:**

Adénocarcinome endometrial différencié avec infiltration de moins du tiers d'épaisseur du myomètre. Pas de tissu tumorale au niveau du col utérin et des trompes.

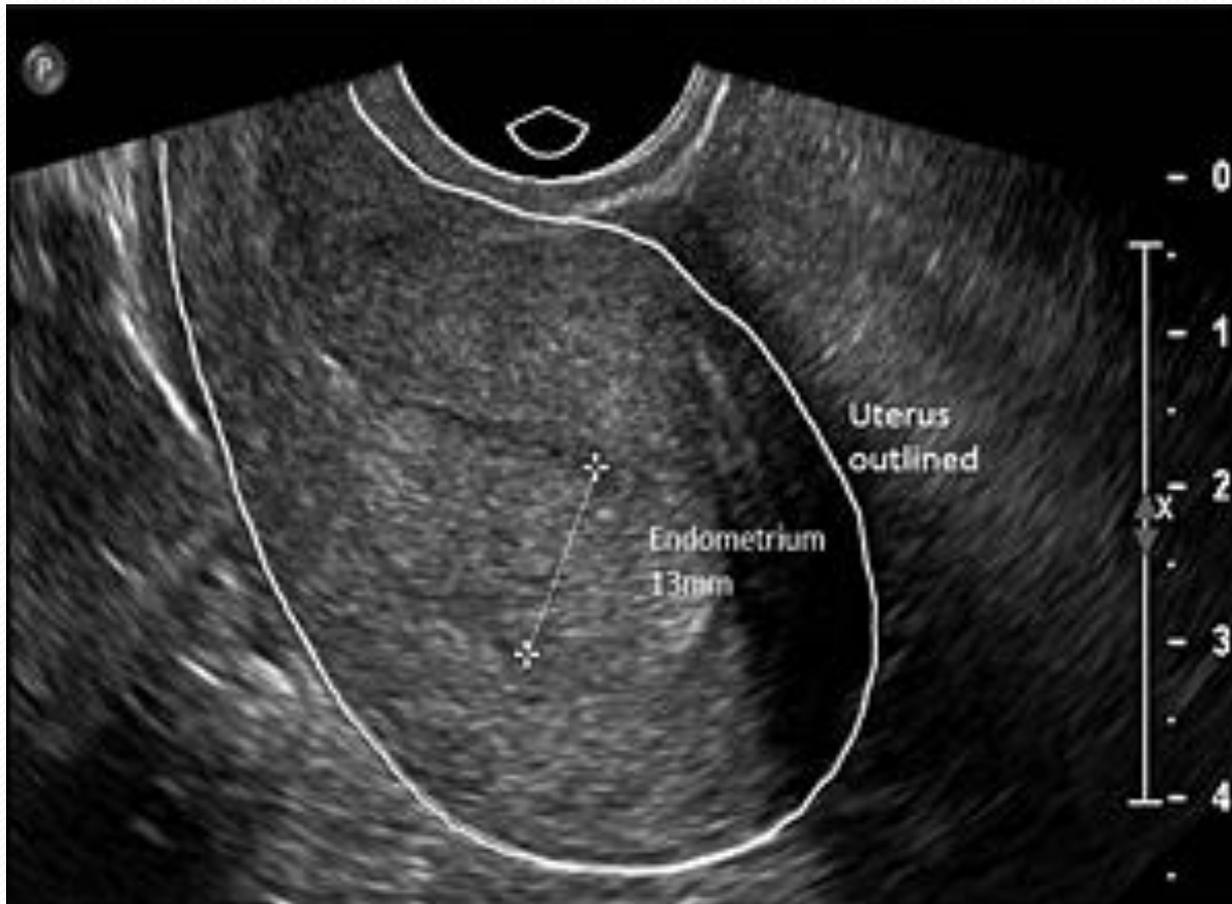
Cas clinique 2

- Patiente Tran Thuy L, 22ans
- PARA 0000
- Patiente présentant des épisodes récurrents de métrorragie
- Examen échographique: Polype intra-utérin
- Résultat de biopsie endométriale: adénocarcinome peu différencié
- Cellules utérines: LSIL (High grade squamous intraepithelial lesion) Antécédent personnel: métrorragie vaginale et aspiration intra-utérine il y a plus d'un an (pas de résultat d'analyse anatomopathologique)

Cas clinique 2

- Examen Clinique: Col utérin inflammatoire, uterus augmenté de taille, equivalent à une grossesse de 2 mois.
- Echographie: endomètre de 11mm d'épaisseur, irrégulier.
- IRM pelvienne: image de cancer de l'endomètre infiltré au myomètre jusqu'au col utérin. Pas d'image d'adénopathies pelviennes bilatérales.
- Radiographie pulmonaire: normale.
- Diagnostic: Cancer de l'endomètre avec indication d'hystérectomie totale et lymphadénectomie pelvienne bilatérale en conservant les deux ovaires.

Cas Clinique 2



Cas clinique 2

- **Intervention:** Uterus augmenté de taille, équivalent à une grossesse de 3 mois, rigide; deux ovaires normaux. Hystérectomie totale, ovariectomie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale
- **Analyse anatomopathologique:** Adénocarcinome endometrial (type ché nhây) de grade 2 avec infiltration du myomètre jusqu'au niveau du col utérin. Pas de tissu tumorale au niveau du col utérin et des trompes.
- Patiente a été envoyée à l'hôpital K pour continuer le traitement.

Discussion

- Le magazine European Journal of Cancer (2013) parmi 148 patients, 115 patients (77,7%) ont constaté la réduction totale après les traitements de progestin et 33 patients (22,3%) n'ont pas connu la réduction et devraient passer par l'opération.
- Parmi les 33 patients qui ont ont reçu une hystérectomie totale, les 25 cas ont ont présenté un adénocarcinome endometrial localisé. Aucune patiente n'était soumis au traitement d'appui après l'opération.
- Après 41 mois, aucune récurrence n'a été constatée.

Discussions

- 115 patientes ont été totalement rétablies pour une durée moyenne de 66 mois (entre 14 et 194 mois) et 35 patients (30,4%) ont connu des récurrences pendant la période de suivi
- La période moyenne de récurrence est de 15 mois (entre 4 et 61 mois).
- Au moment de récurrence, aucun patient n'a constaté des évolutions cliniques de la maladie. Parmi les 35 cas de récurrence, 9 patients ont reçu une hystérectomie totale et 26 patients soumis le retraitement par progestin. 22 patients ont connu la réponse totale.

Discussions

- Koskas M (2014) a conclu que les taux de récurrence et de mortalité sont modestes. D'ailleurs, comme le taux de réduction de la maladie n'augmente pas au-delà des 12 mois de traitement, la durée de traitement ne devrait pas dépasser 12 mois.
- Le traitement par les médicaments de **progestatif** tels que Megestrol acetate réduisent mieux la maladie et sa vitesse d'évolution.
- Toutefois, la dose appropriée n'a pas été donnée.
- Les suivis étroits du cancer de l'endomètre au stage précoce IA1, les engagements d'acceptation des patients, les suivis par des biopsies périodiques de l'endomètre.

Discussions

- Les traitements progestatifs répétés sont une option pour les cas de récurrence après la réponse initiale des patients.
- En général, plus de 50% des patients ont connu la réponse totale. 44 patients (30% des patients et 38% du groupe ayant des réponses) ont connu au moins d'une grossesse clinique.
- Selon Taek SL (2009): étude sur 175 jeunes patientes de cancer de l'endomètre : 101 cas (57.7%) ont connu des opérations de conservation des 2 ovaires → le taux de survie après 5 ans est de 94,3%.

Discussions

- Chayoyang Sun (2013) étude sur 203 patients d'adenocarcinome de l'endomètre avec la conservation d'une ou de deux ovaires → la conservation des ovaires ont connu des résultats positifs
- Toutefois, certaines études ont rapporté que 5% - 29% des cas constataient en même temps le cancer des ovaires et le cancer de l'endomètre.
- La conservation ou pas des ovaires devait être analysée pendant l'opération en fonction des anomalies telles que les masses anormales dans les ovaires, biopsie froide des ganglions, métastase péritonéale. En cas de métastase péritonéale, une ovariectomie bilatérale est obligatoire

Conclusion

- Le cancer de l'endomètre au stade précoce aux jeunes patientes autorise la conservation de la fonction reproductive
- Pour pouvoir conserver l'utérus ou les ovaires, il faudrait analyser étroitement et en détails à travers :
 - Des examens cliniques,
 - Echographie
 - Endoscopie uterine biopsique.
 - Endoscopie peritoneal biopsique
 - IRM

Conclusion

- Pour les patients à conserver la fonction reproductive, il faudrait suivre étroitement les examens cliniques et para-cliniques.
- En cas de conservation de l'utérus, il faudrait réaliser une hysterectomie après l'accouchement. La conservation des ovaires fait l'objet chez des patientes d'adenocarcinome d'endomètre
- Il faut la concertation étroite entre des experts de cancer et des obstétriciens.