

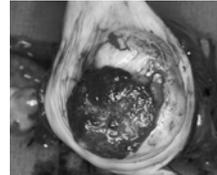
# Cancer du col utérin

Deuxième journée de cancérologie gynécologique et  
mammaire  
18 Novembre 2005

M BOUKERROU, F NARDUCCI,  
D VINATIER



## Épidémiologie et facteurs de risques



### EPIDEMIOLOGIE

#### Incidence du cancer du col

Le cancer du col est relativement rare  
5ème cancer de la femme en France / 3ème cancer gynéco aux USA  
Varie selon les pays.  
En France en 2000 elle a été estimée à 8 cas pour 100 000 femmes par an.  
Diminution chaque année depuis 30 ans.  
-Amélioration des conditions de vie et d'hygiène  
-Dépistage (frottis),  
-Meilleure prise en charge thérapeutique.

L'incidence est plus importante pour les Afro Américaine, les hispanique que  
pour les femme de type caucasien aux USA (niveau socio éco?)

### EPIDEMIOLOGIE

L'âge moyen des cancers invasifs : autour de 45 - 55 ans.

L'incidence augmente avec l'âge : plateau à partir de 55-60.

Une recrudescence de sa fréquence pour les femmes < 35 ans.

Fréquence croissante à partir de 20 ans avec pic de 20/100 000  
à 40 ans.

### EPIDEMIOLOGIE

#### Cancer invasif

La mortalité par cancer du col est d'environ  
4,6 décès pour 100 000 femmes par an.

500 000 nouveaux cas / an dans le monde

4000 nouveaux cas/an en France (sein 10 800)  
1 femme / 66 aura un cancer du col  
2000 décès par an en France

La survie globale à 5 ans est de 71 % ; la  
survie des stades I est de 85 %, des stades IV de 10 %.

Age moyen du cancer invasif: 45 ans

### EPIDEMIOLOGIE

#### Cancer in situ

#### Fréquence:

Inconnue en France

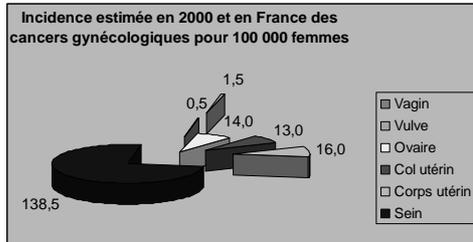
25 pour 100 000 femmes à Atlanta

50 p 100 dans les populations HIV +

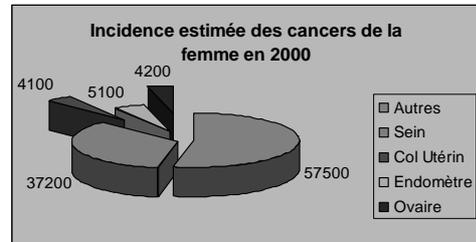
3 à 5 femmes pour 1000 dans les campagnes de dépistage

Age moyen du cancer in situ: 30 ans

## EPIDEMIOLOGIE



## EPIDEMIOLOGIE



## Facteurs de risque

K Col = pathologie infectieuse dans 90 % des cas  
 = Infection HPV (Human Papilloma Virus) = Risque le plus important!!!  
 -Précurseur de 95% des K Col  
 -Bas risque: 1,2,4,6, 11  
 -Haut risque: 11,16,18, 31,33

Modifications cellulaires (CIN Bas et Haut grade)  
 Survenue du cancer environ 10 ans après l'infection

D'autres M.S.T. seraient en cause dans cancer du col :  
 les infections à herpès virus simplex type 2 et Chlamydia trachomatis ??.  
 =(caractère associatif à l'HPV?)

## Facteurs de risque

### 1- Activité sexuelle

Les facteurs de risque du cancer du col sont principalement liés au comportement sexuel

- premiers rapports sexuels précoces (<17 ans)
- multiparité et première grossesse à terme précoce: >5 enfants et le premier avant 20 ans.
- maladie sexuellement transmissible
- nombreux partenaires

- **Tabac** (en synergie avec HPV?)  
 Accumulation de toxiques dans la glaire cervicale

- **Niveau social bas**  
 Population socialement défavorisée = accès au "réseau de soins" n'est pas facile

- **HIV**  
 Et tout état immunodéprimé : transplantés rénaux

La contraception estro-progestative serait resp dans les cancers malpighiens et surtout glandulaires

## Facteurs de risque

Absence ou mauvaise compliance aux dépistages FCV.

Seule une faible proportion des femmes infectées par HPV développera une tumeur et cette infection virale n'est pas suffisante pour entraîner le développement d'une tumeur

Aucun des facteur de risque n'est indépendant dans la survenue du cancer, ils sont liés.

K COL = maladie multifactorielle!!!  
 HPV, Tabac, dysimmunité.../...

## La population à risque de cancer du col

- Rapports sexuels précoces avant 17 ans
- Partenaires multiples
- Infections à Herpès et HPV
- Bas niveau socio économique
- Plus de 5 enfants dont le premier avant 20 ans
- Rôle aggravant du tabac
- Femmes immunodéprimées (greffées – HIV +)

## !!!! IMPORTANCE DU DEPISTAGE!!!!

CYTO-BRUSH



ANALYSE EN PHASE LIQUIDE



## CLASSIFICATION

### Classification des carcinomes du col FIGO 1995

International Federation  
of Gynecology and Obstetrics

Classification basée sur l'examen clinique,  
évaluation radiologique et l'endoscopie  
vésicale et rectale.

### Classification des carcinomes du col FIGO 1995

#### Stade I

-Strictement limité au col utérin.

-On prends pas en compte l'extension au corps utérin.

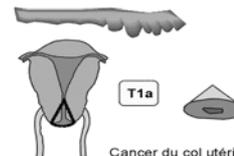
-Le diagnostic des Stades IA1 et IA2 est fait à partir de l'examen  
microscopique d'un prélèvement tissulaire

- CONISATION OU HT

### FIGO K COL

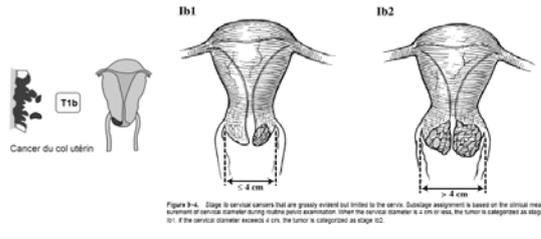
- IA : micro-invasif (défini sur pièce de conisation ou d'hystérectomie)  
- Cancer invasif identifié par examen microscopique uniquement.  
L'invasion est limitée à l'invasion stromale mesurée < 5 mm en  
profondeur et < 7 mm en largeur.

- IA1 : invasion  $\leq$  3 mm en profondeur et  $\leq$  7 mm en surface (largeur)
- IA2 : 3 < invasion  $\leq$  5 mm profondeur et  $\leq$  7 mm en surface



## FIGO K COL

- IB : invasif clinique (à partir de invasion > 5 mm profondeur ou >7 mm en surface)
  - IB1 : diamètre col <= 4 cm dans son plus grand diamètre clinique (privilégier le diamètre maximal IRM de la tumeur )
  - IB2 : diamètre col > 4 cm dans son plus grand diamètre clinique

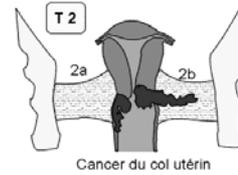


## Stade II

Le carcinome s'étend au-delà du col, sans atteindre les parois pelviennes. Il affecte le vagin, mais pas au-delà de ses deux tiers supérieurs.

### Extension

- Vaginale IIA : atteinte vaginale isolée mais limitée aux 2/3 supérieurs: <= 4cm, > 4cm
- Paramétriale **limitée**: IIB : atteinte paramétriale mais sans fixation à la paroi pelvienne: proximale, distale



## Stade III

Le carcinome de Stade III s'est étendu à la paroi pelvienne.

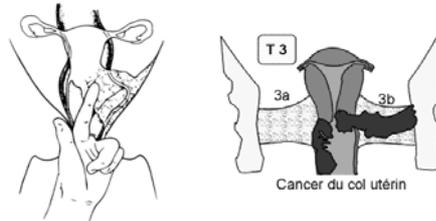
A l'examen rectal, il n'existe pas de zone non envahie par le cancer entre tumeur paroi pelvienne.  
La tumeur touche le tiers inférieur du vagin.

Tous les carcinomes provoquant une hydronéphrose ou un rein muet, sont des cancers de Stade III.

## Stade III

### Extension

- Vaginale: IIIA : atteinte isolée 1/3 inférieur du vagin
- ou paramétriale **étendue**: IIIB : atteinte paramétriale fixée à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet

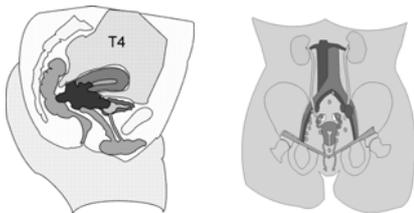


## Stade IV

Le carcinome de Stade IV est étendu au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et/ou du rectum.

### Extension

- aux organes pelviens IVA : atteinte muqueuse de la vessie et/ou du rectum
- OU Métastases IVB : métastases à distance



## PRONOSTIC

Le stade clinique = excellent facteur pronostique,

Mais existe discordances entre l'examen clinique et anatomopathologie.

La classification FIGO reflète imparfaitement le volume tumoral, qui serait, avec l'atteinte ganglionnaire, les éléments essentiels du pronostic.

L' ureterohydronéphrose ou d'un rein muet du côté de l'infiltration paramétriale est un facteur de mauvais pronostic.

Existence d'une anémie est un facteur de mauvais pronostic.

Taux élevé d'ACE et/ou de SCC avant le traitement n'a pas de valeur pronostique,

par contre taux positif après traitement = signe de persistance de la maladie.

L'évaluation per-opératoire des ganglions (chaîne lombo-aortique), constitue un élément pronostique essentiel.

Étude de la pièce opératoire importante permet de mesurer le volume tumoral, détermine l'extension aux paramètres, au vagin et à l'endomètre.

Un envahissement des ganglions pelviens ou lombo-aortiques est de mauvais pronostic.

Une atteinte des ganglions lombo-aortiques doit faire craindre d'autre métastases à distance.

Dans les cancers malpighiens les formes indifférenciées = moins bonne survie avec plus d'envahissement ganglionnaire.

Controverse:

Le pronostic des cancers glandulaires serait comparable à celui des cancers malpighiens.

Pronostic sombre des cancers de la femme jeune <35 ans, évolutivité rapide.

Défavorable si délais entre cytologie normale et K invasif < 6 ou 12 mois.

D'autres facteurs pronostiques

-Indices de prolifération (%age de cellules en phase de synthèse),

-Atteinte par les virus oncogènes HPV (risque métastatique plus élevé dans les tumeurs HPV-négatives) et des modifications des oncogènes (impact défavorable de l'hyperexpression de c-Myc et de la perte ou la mutation de cHras).

Il a été démontré que la mesure de l'oxygénation intra tumorale était un facteur prédictif pour la réponse tumorale à la radiothérapie.

SFOG/LIGUE/CENTRES DE LUTTE

-Facteurs pronostiques indépendants:

Vol tumoral, extension paramétriale (uni bilat, extension distale = non statistiq significatif dans toutes les séries.

-Vol tumorale = facteur pronostic pour les formes limitées.

-Envahissement lymphatique, nombre, niveau supérieur, bilatéralité = facteurs pronostiques

**SURVIE**

% des malades concernées	Stade	Survie à 5 ans
38%	Stade 1	82%
32%	Stade 2	62%
26%	Stade 3	37%
4%	Stade 4	12%

FIGO sur 32.052 malades traitées dans le monde entier.  
Int J Gynaecol Obstet. 1991 Sep;36 Suppl:1-315)

Importance de l'atteinte ganglionnaire dans pronostic

Stade	Survie à 5 ans
T1a	99 %
T1b, N0	90 %
T1b, N1	60 %
T2b, N0	85 %
T2b, N1	49 %

