

**ITEM 147 : TUMEUR DU COL UTERIN ET DU CORPS UTERIN.**

**ITEM 147 : FIBROMES UTERINS.**

= Fibroléiomyome utérin = Myome utérin

/!\ Pas de dégénérescence maligne

**LOCALISATIONS**

Interstitiel ou intra-mural	Ménorragies
Sous-muqueux	Méno-métrorragies
Intra-cavitaire	Métrorragies
Sous-séreux	Pas de saignements – Possible torsion si pédiculé

**CLINIQUE**

<b>FdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteur hormonal : Oestrogènes (Grossesse – Périménopause)</li> <li>- Femme noire</li> <li>- ATCD familiaux</li> </ul>	
<b>Signes fonctionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asymptomatique (découverte fortuite)</li> <li>- Méno-métrorragies / Anémie</li> <li>- Douleur ou pesanteur pelvienne</li> <li>- Augmentation progressive du volume abdominal</li> </ul>	
<b>Examen physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TV + Palpation abdominale :</li> <li>Masse +/- volumineuse – Lisse – Contours réguliers ou bosselés – Indolore Solidaire de l'utérus (sauf si forme pédiculée)</li> <li>- Touchers pelviens : Evaluation des possibilités chirurgicales par voie basse</li> <li>- Spéculum :</li> <li>Saignement d'origine endo-utérine</li> <li>Col d'aspect normal +/- dévié par la masse</li> <li>Possible fibrome sous-muqueux pédiculé accouché par le col</li> <li>FCV +++</li> <li>- Palpation des seins</li> </ul>	
<b>C°</b>	Hémorragie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méno-métrorragies</li> <li>- Anémie ferriprive</li> </ul>
	Mécanique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compression urétérale : Dilatation des CPC</li> <li>- Compression vésicale : SFU</li> <li>- Compression rectale : Constipation – SF rectaux</li> <li>- Compression des vaisseaux iliaques : OMI</li> <li>- Torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé</li> <li>Douleur abdominale intense – Défense – Etat de choc</li> <li>DD : Torsion d'annexe</li> </ul>
	Nécrobiose aseptique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur abdominale aiguë fébrile</li> <li>- Fibrome augmenté de volume – Mou – Très douloureux</li> <li>- Image centrale hypoéchogène au niveau du fibrome</li> </ul>
	Infection	Nécrobiose septique de fibrome (rare)
	Obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infertilité</li> <li>- ↑ du volume des fibromes pendant la grossesse</li> <li>- ↑ risque de nécrobiose aseptique</li> <li>- FCS</li> <li>- Métorragie du T1</li> <li>- Présentation dystocique</li> <li>- MAP – RPM</li> <li>- RCIU</li> <li>- Myome praevia isthmique ou cervical</li> <li>- Hémorragie de la délivrance</li> </ul>

**PARACLINIQUE**

<b>Biologie</b>	NFSpq – Ferritinémie – CRP
<b>Echographie pelvienne Voie sus-pubienne et endo- vaginale</b>	- Diagnostic positif : Utérus augmenté de volume – Déformé – Hétérogène Myomes biens limités – Arrondis – Centre hypoéchogène ou hétérogène - Nombre – Siège – Type – Taille des myomes - Etude doppler - Recherche hypertrophie endométriale associée - Etude des annexes - C° : Dilatation des CPC
<b>Hystéroskopie diagnostique</b>	- Dg + : Visualisation des fibromes – Localisation – Type – Taille – Nbre - Elimine un DD : Polype - Recherche hypertrophie endométriale + curetage biopsique + anapath - Evaluation des possibilités de résection endoscopique
<b>IRM pelvienne</b>	- Examen le plus sensible pour le diagnostic - Evaluation des possibilités d'embolisation et de chirurgie
<b>Echographie rénale et des voies urinaires</b>	Si volumineux fibromes du ligament large : Recherche compression urétérale + dilatation des CPC

**PRISE EN CHARGE**

<b>Asymptomatique</b>	Pas de TTT
<b>TTT médical</b>	- Progestatifs en 2 <sup>ème</sup> partie de cycle - Agoniste de la LHRH : 1 injection de Décapeptyl/mois pendant 3 mois max Indiqué si anémie sévère ou en pré-opératoire
<b>TTT radiologique</b>	Embolisation
<b>TTT chirurgical</b>	- Indications : Complication ou R au TTT médical - Envoi en anapath - TTT conservateur : Myomectomie par hystéroskopie, coelioscopie ou laparotomie - TTT radical Hystérectomie (+ annexectomie si femme ménopausée) +/- Précédée d'une embolisation
<b>Complications</b>	- Supplémentation martiale - Nécrobiose aseptique : Repos – ATG – AINS (Corticoïdes si grossesse) – ATBprophylaxie (amox)

**ITEM 147 : DEPISTAGE DES ETATS PRE-CANCEREUX DU COL DE L'UTERUS.**

<b>Modalités</b>	FCV - 1 <sup>er</sup> fait les mois suivant le 1 <sup>er</sup> rapport sexuel - Contrôle à 1 an - Contrôle /2-3 ans jusqu'à 65 ans		
<b>Résultats</b>	- Normal - ACSUS : Ne peut pas trancher - Anormal : LIEBG : CIN I LIEHG : CIN II – CIN III – CIS		
<b>CAT</b>	Normal	FCV / 3ans	
	ACSUS	Rechercher HPV au niveau du col	Négatif : FCV / 3 ans Positif : Colposcopie
	LIEBG	- Colposcopie + Schéma daté signé Avec test acide acétique et test Lugol + Biopsies en zones suspectes - FCV + Colposcopie à 6-9 mois - Si persistance des lésions : Vaporisation laser ou électrorésection - Surveillance : FCV / an	

	LIEHG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colposcopie</li> <li>- Conisation + envoi en anapath</li> <li>- Surveillance : FCV + Test HPV 3-6 mois et 18 mois puis FCV / an</li> <li>- Complications de la conisation : Hémorragie post-opératoire Sténose cervicale cicatricielle</li> <li>Obstétricale : Prématurité – Petit poids de naissance</li> <li>Infertilité par sécrétion insuffisante de glaire cervicale</li> <li>Dysménorrhée Iliaire</li> </ul>
--	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ITEM 147 : CANCER DU COL DE L'UTERUS.

### HISTOLOGIE

<b>Carcinome épidermoïde</b>	85% - Développé à partir de l'exocol
<b>Adénocarcinome</b>	10% - Développé à partir de l'endocol

### CLINIQUE

<b>FdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection à HPV 16 et 18 +++</li> <li>- FdR d'IST</li> <li>- Refus du dépistage</li> <li>- Immunodépression</li> <li>- Tabac</li> </ul>
<b>Signes fonctionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asymptomatique (Dépistage par FCV)</li> <li>- Métrorragies provoquées (rapports sexuels)</li> <li>- Perte muco-purulentes</li> <li>- Signes d'extension si forme avancée</li> </ul>
<b>Examen physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spéculum + Biopsies</li> <li>Cancer micro-invasif : Col d'aspect sain</li> <li>Stade <math>\geq</math> 1b : Tumeur ulcérobourgeonnante – Saignant au contact – Base indurée</li> <li>- TV : Induration – Saignement au contact</li> </ul>
<b>Bilan d'extension</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpation des aires ganglionnaires</li> <li>- Palpation hépatique</li> <li>- Palpation osseuse</li> <li>- Examen cardiopulmonaire</li> <li>- Examen neurologique</li> </ul>

### PARACLINIQUE

<b>Dg positif</b>	Biopsies + Anapath
<b>Extension loco-régionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen au bloc sous AG avec schéma daté signé</li> <li>TV – TR – Toucher bidigital – Examen sous valves</li> <li>Biopsies – Cystoscopie – Rectoscopie</li> <li>- IRM pelvienne</li> <li>- Lymphadénectomie iliaque interne, externe et lombo-aortique</li> <li>+/- Uro TDM +/- TEP Scan</li> </ul>
<b>Extension à distance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radio thorax – Echo abdominale</li> <li>- TDM TAP</li> <li>- BHC</li> <li>- Sur point d'appel: Scinti osseuse – TDM cerebral</li> </ul>
<b>Marqueurs tumoraux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinome épidermoïde : SCC</li> <li>- Adénocarcinome : ACE</li> </ul>
<b>Bilan pré-thérapeutique</b>	Bilan pré-opératoire

## CLASSIFICATION FIGO

<b>0</b>		CIS
<b>I</b> Cancer limité au col	<b>A</b>	Micro-invasif – Non visible - IA1 : Infiltration < 3 mm de profondeur - IA2 : Infiltration de 3 à 5 mm de profondeur
	<b>B</b>	Invasif – Lésion visible - IB1 : Diamètre < 4 cm - IB2 : Diamètre > 4 cm
<b>II</b> Cancer étendu aux structures adjacentes	<b>A</b>	1/3 supérieur du vagin
	<b>B</b>	Paramètres
<b>III</b> Cancer étendu à la paroi pelvienne ou au 1/3 inférieur du vagin	<b>A</b>	1/3 inférieur du vagin
	<b>B</b>	Paroi pelvienne ou retentissement rénal
<b>IV</b> Cancer envahissant les organes de voisinage	<b>A</b>	Vessie ou rectum
	<b>B</b>	Métastases à distance

## PRISE EN CHARGE

<b>PEC commune à tous les cancers</b>		- RCP – PPS – Consultation d'annonce - Soins de supports : PEC nutritionnelle, antalgique et psychologique - 100% ALD
<b>TTT spécifique</b>	0 et IA1	Conisation - Limite d'exérèse saine : Surveillance - Limite non saine : 2 <sup>nd</sup> e conisation si femme jeune avec désir de grossesse Colopohsytérectomie élargie sinon
	IA2 – IB1 - IIA	N0 à l'imagerie - Coelioscopie avec curages pelviens + examen extemporané - Si N0 : Chirurgie de Wertheim – Puis radio et curieT adjuvante - Si N1 : Arrêt de la chirurgie – Radio + CurieT – Chir à + 6 semaines N1 à l'imagerie : Radio + CurieT +/- chirurgie selon reliquats tumoraux
	IB2 – IIB – III - IVA	RadiochimioT + CurieT +/- Chirurgie selon reliquats tumoraux à M+1 de la radioT
	IVB - Carcinose	Chimio et/ou radioT
<b>Surveillance</b>		- UroTDM J10 post-op si Wertheim - /4 mois pendant 2 ans puis / 6 mois pendant 3 ans: Examen clinique : Efficacité et tolérance des TTT Frottis sur cicatrice vaginale - Paraclinique : Selon point d'appel clinique – Non systématique SCC si initialement élevé

## ITEM 147 : CANCER DE L'ENDOMETRE.

### CLINIQUE

<b>FdR</b>	- ATCD familiaux de cancer de l'endomètre - ATCD personnels et familiaux de cancer du sein – Côlon – Ovaire – Syndrome HNPCC - Hyperoestrogénie relative ou absolue : /!\ Cancer hormono-dépendant Nulliparité Puberté précoce / Ménopause tardive Obésité THS mal conduit avec oestrogènes seuls
------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	SOPK Tamoxifène - Hyperplasie endométriale atypique – Lésion pré-cancéreuse - ATCD d'irradiation pelvienne - Souvent associés : Diabète – HTA
<b>Signes fonctionnels</b>	- Métrorragies péri/post-ménopausiques – Indolores – Irrégulières //!\ Toute métrorragie péri/post-ménopausique doit faire rechercher un cancer de l'endomètre - Pyométrie : Leucorrhée purulentes – Fétides - Hydrorrhée - Douleurs pelviennes tardives - SFU / SF rectaux - FCV de dépistage (Cancer de l'endomètre étendu au col)
<b>Examen physique</b>	- Trophicité vulvo-vaginale : Anormale pour une femme ménopausée - Spéculum : Col d'aspect sain – FCV systématique - TV : Utérus globuleux – Mou – Sensible //!\ Sa normalité n'élimine pas le diagnostic
<b>Extension</b>	- Palpation des aires ganglionnaires - Palpation hépatique - Palpation osseuse - Examen cardiopulmonaire - Examen neurologique
<b>Dg associé</b>	Palpation mammaire bilatérale et comparative – Cancer du sein = Même terrain

### PARACLINIQUE

<b>Dg positif</b>	Biopsies + Anapath : Adénocarcinome
<b>Extension loco-régionale</b>	- Echographie : Endomètre épaissi – Vascularisation anormale (doppler) Evaluer le degré d'infiltration du myomètre Recherche extension : Ascite – ADP – Carcinose péritonéale - Hystérocopie : Tumeur bourgeonnante – Friable – Saignant au contact Biopsies + Curetage biopsique - Examen au bloc sous AG avec schéma daté signé TV – TR – Toucher bidigital – Examen sous valves Biopsies – Cystoscopie – Rectoscopie - IRM pelvienne +/- Uro TDM +/- Coloscopie sur point d'appel
<b>Extension à distance</b>	- Radio thorax – Echo abdominale - TDM TAP - BHC - Sur point d'appel: Scinti osseuse – TDM cerebral
<b>Diagnostic associé</b>	Mammographie
<b>Marqueurs tumoraux</b>	CA 125
<b>Bilan pré-thérapeutique</b>	Bilan pré-opératoire

### CLASSIFICATION FIGO

<b>I : Limité au corps utérin</b>	IA : Intramuqueux ou invasion < 50% du myomètre (y compris atteinte de l'endocol) IB : Invasion ≥ 50% du myomètre
<b>II : Atteinte du col utérin</b>	
<b>III : Extension pelvienne</b>	IIIA : Atteinte de la séreuse et/ou des annexes IIIB : Atteinte vaginale et/ou des paramètres IIIC : ADP (1 : Pelviens / 2 : Para-Aortique)
<b>IV : Extension à distance</b>	IVA : Atteinte de la muqueuse vésicale ou rectale IVB : Métastase à distance ou N+ inguinal

**PRISE EN CHARGE**

<b>PEC commune à tous les cancers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RCP – PPS – Consultation d’annonce</li> <li>- Soins de supports : PEC nutritionnelle, antalgique et psychologique</li> <li>- 100% ALD</li> </ul>
<b>Stade I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie : Hystérectomie totale – Annexectomie bilatérale – Curage gg – Cytologie péritonéale</li> <li>- CurieT adjuvante</li> <li>- RadioT si envahissement du myomètre &gt; 50% ou atteinte ganglionnaire</li> </ul>
<b>Stade II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CurieT néo-adjuvante</li> <li>- TTT chirurgical : Wertheim</li> <li>- RadioT adjuvante si atteinte ganglionnaire</li> </ul>
<b>Stade III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TTT chirurgical : Wertheim</li> <li>- Adjuvant : Radio-Chimio-CurieT</li> </ul>
<b>Stade IV</b>	RadiochimioT +/- CurieT +/- Hormonothérapie anti-oestrogènes
<b>Cs génétique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspecter un syndrome HNPCC si</li> <li>- Cancer de l’endomètre &lt; 50 ans</li> <li>- Cancer de l’endomètre quelque soit l’âge + apparenté au 1<sup>er</sup> degré avec cancer HNPCC</li> </ul>
<b>Surveillance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/!\ CI ultérieure au THS de la ménopause</li> <li>- /4 mois pendant 3 ans pui / 6 mois pendant 2 ans puis / an à vie</li> <li>- Clinique – Paraclinique selon point d’appel</li> </ul>