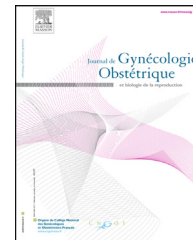




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'adénocarcinome du col utérin : particularités diagnostiques et thérapeutiques

Adenocarcinoma of the uterine cervix: Particularities in diagnosis and treatment

L. Vandembroucke^a, A.-L. Robert^a, V. Lavoué^a, F. Foucher^{a,c}, S. Henno^b,
J. Levêque^{a,*,c}

^a Service de gynécologie, CHU Anne-de-Bretagne, 16, boulevard de Bulgarie, BP 90 347, 35203 Rennes cedex 2, France

^b Service d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU Pontchaillou, 35033 Rennes cedex 9, France

^c Département d'oncologie chirurgicale, CRLCC Eugène-Marquis, 35000 Rennes, France

Reçu le 2 avril 2012 ; avis du comité de lecture le 1^{er} juillet 2012 ; définitivement accepté le 13 juillet 2012

Disponible sur Internet le 23 août 2012

MOTS CLÉS

Col utérin ;
Adénocarcinome in situ ;
Adénocarcinome invasif ;
Néoplasie cervicale ;
Conisation ;
Hystérectomie ;
Radiothérapie ;
Chimiothérapie

Résumé

Introduction. – L'adénocarcinome du col utérin représente 10 à 20% des lésions malignes et pré-malignes du col utérin et se distingue nettement des néoplasies intraépithéliales et des carcinomes malpighiens invasifs. L'objectif du travail est d'exposer les conduites à tenir comparées entre les deux lésions histologiques.

Matériels et méthodes. – Sélection de la littérature récente (1985–2012) à partir des bases de données disponibles.

Résultats et discussion. – L'adénocarcinome in situ est une lésion HPV induite (rôle prépondérant de HPV 18) se développant au niveau de l'épithélium glandulaire: sa situation endocervicale préférentielle explique les difficultés diagnostiques et de suivi après traitement conservateur. Si l'hystérectomie reste le traitement de référence, les traitements conservateurs bien conduits (résection in sano des lésions avec marge de plus de 1 cm, étude minutieuse de la pièce opératoire, compliance au suivi) sont envisageables chez les patientes jeunes désireuses de maternité. Les adénocarcinomes invasifs se caractérisent par un diagnostic plus difficile en raison de leur développement endocervical, et un pronostic altéré par rapport aux carcinomes épidermoïdes en particulier dans les stades avancés avec une plus grande fréquence de l'atteinte ganglionnaire et de la diffusion métastatique. Leur traitement doit tenir compte de la gravité particulière des facteurs de mauvais pronostic (stade FIGO, taille tumorale, atteinte ganglionnaire, sous-type adénoquameux) en particulier dans les formes évoluées et comprend à côté de la chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.leveque@chu-rennes.fr (J. Levêque).

KEYWORDS

Uterine cervix;
Adenocarcinoma in situ;
Invasive adenocarcinoma;
Cervical neoplasia;
Conization;
Hysterectomy;
Radiotherapy;
Chemotherapy

Summary

Introduction. – The adenocarcinoma of the uterine cervix accounts for 10 to 20% of the pre-malignant and malignant lesions and is different from the cervical intraepithelial neoplasia and invasive squamous cell carcinoma.

Materials and methods. – Recent literature review (from 1985 to 2012) based on the literature available.

Results and discussion. – Adenocarcinoma in situ is an induced HPV lesion (role of HPV 18) of the glandular epithelium: its preferential endocervical situation explains the difficulties in the diagnosis and follow-up after conservative treatment. If the hysterectomy remains the gold standard for treatment, the conservative treatments (resection in sano of the lesions with margins of more than 1 cm, meticulous study of the operative specimen, compliance with the follow-up) are possible in the young patients who desire to preserve their fertility. The invasive adenocarcinoma is characterized by a more difficult diagnosis because of its endocervical development, and a prognosis less favorable when compared to squamous cell carcinoma with a greater frequency of the lymphatic node involvement and metastatic diffusion. Its treatment must take into account the particular gravity of the factors of worse prognosis (FIGO stage, tumor size, lymphatic node spreading, adenosquamous histological subtype) in particular in the advanced stages and includes beside the surgery, radiotherapy and chemotherapy.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'adénocarcinome du col utérin est une forme histologique rare du cancer du col utérin (10% des cas) dont l'histoire naturelle se décline en adénocarcinome in situ (AIS) et secondairement en adénocarcinome invasif (ADC) : une infection persistante à *Human Papillomavirus* (HPV) à haut risque est à la base de ces lésions qui touche les cellules endocervicales de réserve plus probablement que les cellules glandulaires différenciées [1]. La localisation endocervicale, le sous-type glandulaire du cancer expliquent en grande partie les différences signalant l'AIS et l'ADC de leurs pendants respectifs malpighiens que sont les *Cervical epithelial neoplasia* (CIN) et les carcinomes épidermoïdes ou squameux du col utérin (SCC). L'objet de cette mise au point basée sur une revue de la littérature récente est de dégager les éléments marquants des lésions glandulaires cervicales, en particulier ce qui les distingue des lésions épithéliales.

L'adénocarcinome in situ du col uterin

L'AIS est une lésion maligne non invasive du col utérin en relation avec la transformation des cellules glandulaires, sous l'influence d'une infection persistante et transformante par un HPV à haut risque. Ces lésions présentent donc une certaine parenté vis-à-vis des lésions malpighiennes, mais ont leurs particularités propres épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques notamment. Ainsi, si l'hystérectomie reste la solution thérapeutique recommandée face à un AIS, elle est aujourd'hui souvent remise en question, en particulier chez les patientes soucieuses de préserver leur fertilité : cette situation devient fréquente, conséquence du recul de l'âge de la première grossesse en France (30 ans en moyenne [2], et de l'augmentation de fréquence des AIS chez les femmes jeunes [3]). Cette alternative traitement conservateur/radical est au cœur du débat concernant les AIS.

Tableau 1 Répartition génotypique des *Human Papillomavirus* (HPV) dans l'étude hollandaise de dépistage virologique selon la nature des lésions observées [57,58].

HPV genotyping according to the nature of the lesions in the screening study from Holland [57,58].

	Frottis normaux + test HPV positif	CIN3	AIS
Âge (ans)	37	36,8	37,1
Prévalence (%)			
HPV 16	30,0	64,1	33,8
HPV 18	10,0	13,5	66,2

AIS: adénocarcinome in situ; CIN3: *cervical epithelial neoplasia*.

L'adénocarcinome in situ : un diagnostic difficile

Le génotypage viral des lésions pré-malignes du col utérin révèle que l'HPV 18 est majoritairement représenté dans les AIS (dans environ 60% des cas soit dans une proportion superposable à celle des HPV 16 dans les CIN) (Tableau 1). Si l'histoire naturelle des infections à HPV 16 et 18 révèle que le risque de développer des lésions cervicales est similaire [4] (environ 40% de risque cumulé de lésions cytologiques 36 mois après la première mise en évidence de portage viral), il est démontré que les performances de cytologie pour le diagnostic des lésions les plus sévères (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesions* [H-SIL]) sont moindres en cas d'infection par HPV 18 que HPV 16 [4] (risques relatifs respectifs de 0,80 et 2,85). Le second point diagnostique important est la localisation endocervicale des AIS : deux conséquences majeures à cela :

- un diagnostic colposcopique pouvant être pris en défaut, en particulier pour la visualisation de la totalité des lésions qui se développent volontiers vers l'endocol ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272727>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272727>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)