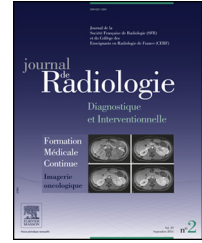




ELSEVIER



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

FIGO et cancer de l'endomètre : le mystère du myomètre

F. Chamming's^{a,*}, A. Bellucci^a, C. Bourillon^a,
M. Bouaboula^a, C. Rousseau^a, A.-S. Bats^b,
L. Fournier^a

^a Service de radiologie, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Service de chirurgie gynécologique, hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

MOTS CLÉS

Utérus ;
Cancer endomètre ;
IRM

Résumé L'imagerie joue un rôle préopératoire important pour la planification de la chirurgie du cancer de l'endomètre. Elle repose essentiellement sur l'IRM qui est l'examen de référence pour évaluer l'extension locorégionale de la tumeur. Les séquences T2 et T1, sans et avec injection de produit de contraste, ont de bonnes performances pour l'évaluation de l'envahissement du myomètre et de l'extension au stroma cervical, les séquences de fusion diffusion/T2 pouvant être une alternative en cas de contre-indication à l'injection. L'interprétation peut être difficile dans certains cas et une bonne communication entre chirurgien et radiologue est primordiale pour un apport optimal de l'IRM.

© 2017 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Généralités

Épidémiologie

Le cancer de l'endomètre est la quatrième cause de cancer chez les femmes dans les pays industrialisés, avec une incidence en augmentation ces 20 dernières années [1].

Dans 90 % des cas, il est découvert chez des femmes ménopausées (âge médian de découverte de 61 ans) qui présentent des métrorragies. Devant des métrorragies post-ménopausiques, l'échographie par voie transvaginale est l'examen de première intention.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : foucauld.chammings@aphp.fr (F. Chamming's).

En cas d'épaississement endométrial (supérieur à 4 mm), un complément par hystérocopie avec prélèvement d'endomètre est indiqué afin de poser le diagnostic de cancer de l'endomètre. Histologiquement, les cancers de l'endomètre sont classés en deux types : le type 1, de meilleur pronostic, correspond à l'adénocarcinome endométrioïde (grade 1 à 3), de loin le plus fréquent (90 %) et le type 2, de moins bon pronostic, constitué par les autres histologies, principalement les adénocarcinomes séreux, adénocarcinomes à cellules claires et carcinosarcomes [2].

Principes du traitement et rôle de l'imagerie

Le traitement du cancer de l'endomètre repose dans la mesure du possible sur la chirurgie. Selon les recommandations de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO), la stratégie opératoire dépend du pronostic et en particulier du risque d'extension ganglionnaire [3]. Les patients présentant un cancer de l'endomètre avec un risque faible ou intermédiaire d'extension ganglionnaire peuvent bénéficier d'un traitement moins invasif comprenant une hystérectomie et une annexectomie bilatérale par laparoscopie, avec éventuellement, pour certaines équipes, la technique du ganglion sentinelle, encore en cours de validation, mais sans curage pelvien ou lombo-aortique. Cette approche permet de limiter le temps opératoire et la morbidité liée à la chirurgie. Les cancers avec un risque élevé seront quant à eux redevables d'une laparotomie associant hystérectomie, annexectomie bilatérale et des curages pelvien et lombo-aortiques (Fig. 1).

Le risque d'extension ganglionnaire est fonction de plusieurs facteurs pronostiques : le type histologique (1 ou 2), le grade tumoral (1 à 3 pour les cancers de type 1), l'existence d'un envahissement lympho-vasculaire et de l'extension tumorale locorégionale selon la classification de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) [4] (Encadré 1). Parmi les facteurs pronostiques prédictifs du risque d'envahissement ganglionnaire, seuls le type histologique et le grade sont connus en préopératoire, avec toutefois un risque de sous-estimation de la biopsie endométriale [5], les autres étant déterminés lors de l'étude

histologique postopératoire. Le rôle de l'imagerie est donc d'estimer en préopératoire l'extension locorégionale afin de planifier la stratégie chirurgicale.

Bilan d'extension : quel examen d'imagerie ?

L'échographie transvaginale peut se montrer performante pour l'évaluation de la profondeur de l'envahissement du myomètre, avec un intérêt potentiel de l'échographie 3D [6], mais elle est peu fiable pour évaluer l'extension ganglionnaire. Le scanner est performant pour l'évaluation de l'extension ganglionnaire et métastatique, mais pas pour l'extension locale en raison de sa faible résolution en contraste. La tomographie par émission de positron au fluorodéoxyglucose (¹⁸F) couplée au scanner (TEP/scanner) est utile pour le bilan d'extension à distance, mais pas pour l'extension locale du fait de sa faible résolution spatiale. La TEP/IRM pourrait être une alternative à la fois pour le bilan d'extension locale et le bilan d'extension à distance [7], mais son accès est très limité. L'IRM avec injection de produit de contraste, qui permet à la fois l'évaluation de l'extension locale, avec des performances supérieures à l'IRM sans contraste et à l'échographie transvaginale, et ganglionnaire avec des performances équivalentes au scanner, est l'examen de référence recommandé pour le bilan préopératoire des cancers de l'endomètre par l'INCA [8] et pour les cancers de haut grade et type 2 par l'ESUR [9].

Acquisition IRM : quel protocole ?

Préparation de la patiente

Pour limiter les artefacts liés au péristaltisme intestinal, l'IRM est effectuée après 4 à 6 heures de jeûne, après injection intraveineuse d'antispasmodiques. La vessie doit être en réplétion semi-complète.

Protocole d'acquisition

On effectuera les séquences suivantes :

- séquences T2 sans saturation de la graisse dans le plan axial jusqu'au hile des reins, sagittal et oblique perpendiculaire à l'axe du corps utérin ;
- séquences T2 sans saturation de la graisse obliques perpendiculaires à l'axe du col en cas de suspicion d'extension au stroma cervical ;
- séquence axiale T1 avant et après injection de produit de contraste au temps tardif (2 minutes et demi après l'injection) ;
- séquence de diffusion en axial sur l'abdomen et le pelvis.

L'évaluation de l'extension locale repose classiquement sur la combinaison des séquences T2 obliques et des séquences T1 avec injection qui ont de bonnes performances pour l'évaluation de la profondeur d'envahissement du myomètre et de l'extension au stroma cervical [10–12]. Certaines équipes réalisent des séquences dynamiques, afin de choisir le délai post-injection correspondant à un contraste

Encadré 1 : Classification FIGO

Stade I : tumeur limitée au corps l'utérus :

- IA : tumeur envahissant moins de la moitié de l'épaisseur du myomètre ;
- IB : tumeur envahissant plus de la moitié de l'épaisseur du myomètre.

Stade II : extension au stroma cervical.

Stade III : extension au-delà de l'utérus :

- IIIA : extension aux ovaires et/ou à la séreuse ;
- IIIB : extension au vagin et/ou aux paramètres ;
- IIIC : extension ganglionnaire pelvienne (IIIC1) ou para-aortique sous-rénale (IIIC2).

Stade IV :

- IVA : extension à la muqueuse vésicale ou du côlon ;
- IVB : extension ganglionnaire inguinale et/ou para-aortique au-dessus de la veine rénale et/ou implants péritonéaux et/ou métastases à distance.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663255>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663255>

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