



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR. . .

## FIGO et cancer du col : l'énigme des paramètres

N. Faye<sup>a,\*</sup>, A. Coulon<sup>b</sup>, F. Beurrier<sup>b</sup>, L. Fournier<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Median Technologies, 1800, route des Crêtes, 06560 Valbonne, France

<sup>b</sup> Centre Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69008 Lyon, France

<sup>c</sup> Hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

### MOTS CLÉS

Col de l'utérus ;  
Cancer ;  
IRM

**Résumé** Le cancer du col utérin est le deuxième cancer féminin dans le monde et le dixième par ordre de fréquence en France, avec une survie globale à 5 ans directement corrélée au stade de la maladie au moment du diagnostic. L'objectif de cet article est de décrire la place, l'apport et les limites de l'IRM dans le cadre de la classification clinique FIGO, celle-ci permettant en premier lieu d'identifier les patientes candidates à une chirurgie à visée curatrice. Les critères de cette classification publiée en 2009 seront rappelés et les points importants du compte rendu IRM seront soulignés.

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

L'incidence du cancer du col utérin a diminué grâce au dépistage par frottis, mais il reste le deuxième cancer féminin et la première cause de mortalité par cancer dans les pays en voie de développement [1]. En France, il représente le dixième cancer par ordre de fréquence. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés et le plus important reste l'infection à HPV 16 et 18 pour lequel la vaccination devrait avoir un impact majeur sur la prévention de la maladie [2]. Les lésions se développent le plus souvent sur la zone de transition (jonction entre épithélium épidermoïde et épithélium glandulaire). Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde dans 85 % des cas [3], suivi par l'adénocarcinome dans 12 % des cas ; les autres types histologiques (carcinome à cellules claires, sarcomes. . .) sont beaucoup plus rares [4]. Le point d'appel clinique est celui des métrorragies chez la femme

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [faye.nath@gmail.com](mailto:faye.nath@gmail.com) (N. Faye).

jeune. La survie globale à 5 ans est directement corrélée au stade de la maladie au moment de son diagnostic (91 % en cas de stade précoce versus 57 % en cas d'adénopathies pelviennes) [3], au type histologique (meilleur pronostic pour le carcinome épidermoïde) et à la présence ou non d'envahissement lymphovasculaire.

La classification International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) du cancer du col utérin publiée en 2009 [5] détermine le stade de la maladie au moment de sa découverte. Elle a des implications pronostiques et thérapeutiques et permet d'établir des groupes thérapeutiques de patientes. Il s'agit d'une classification clinique, mais l'apport de l'imagerie notamment l'IRM, est reconnue dans le cadre de la classification préthérapeutique, mais aussi dans le suivi des patientes.

Cet article est dédié à cette technique qui est l'imagerie primordiale, en se focalisant plus particulièrement sur l'atteinte paramétriale. En effet, la recherche d'un envahissement paramétrial est un élément clé dans la classification du cancer du col, car elle a une valeur pronostique [6]. L'évaluation précise de cette atteinte paramétriale est importante pour la décision clinique et pour choisir le traitement optimal. Sur le plan anatomique, les paramètres correspondent au tissu cellulo-grasieux situé de part et d'autre du col utérin et sont limités par :

- le col utérin et les deux tiers supérieurs du vagin en dedans ;
- le muscle releveur de l'anus en dehors et en bas ;
- le croisement de l'artère utérine et de l'uretère en haut ;
- le ligament utéro sacré en arrière.

## Recommandations

Le cancer du col utérin nécessite un bilan d'imagerie dans les meilleurs délais, reposant dans un premier temps sur l'IRM pour déterminer si la lésion peut bénéficier d'un traitement chirurgical, puis sur la TEP-TDM pour évaluer l'atteinte ganglionnaire. La première étape de la classification est l'évaluation de l'extension tumorale aux structures anatomiques adjacentes selon leur topographie (vagin, paroi pelvienne, uretère, vessie, rectum). La deuxième étape est l'évaluation de la taille tumorale mesurée dans son plus grand axe avec un seuil à 4cm. La troisième étape est l'atteinte ganglionnaire, dont l'évaluation repose surtout sur la TEP-TDM. La dernière étape est l'atteinte métastatique à distance (parenchyme hépatique et pulmonaire, structures osseuses), dont l'évaluation repose sur le TDM thoraco-abdomino-pelvien.

## Classification FIGO

Elle est décrite en détail dans le [Tableau 1](#).

### Stade I

Elle est le carcinome de stade I est strictement limité au col utérin. Toute lésion macroscopiquement visible, même avec un envahissement superficiel, est classée en stade IB.

**Tableau 1** Classification FIGO du cancer du col utérin (2009) [5].

Stades	Définition
<i>Stade I</i>	Tumeur limitée au col
IA	Infraclinique
IA1	Profondeur <3 mm ; surface < 7 mm
IA2	Profondeur >3 mm < 5 mm ; surface < 7 mm
IB	Clinique ou invasive : profondeur > 5 mm ou surface > 7 mm
IB1	< 4 cm
IB2	> 4 cm
<i>Stade II</i>	Extension limitée
IIA	Deux tiers supérieurs du vagin
IIA1	< 4 cm
IIA2	> 4 cm
IIB	Paramètres
<i>Stade III</i>	Extension large
IIIA	Un tiers inférieur du vagin
IIIB	Paroi pelvienne, urinaire
<i>Stade IV</i>	Extension pelvienne et extrapelvienne
IVA	Vessie, rectum
IVB	Métastases

### Stade II

Le carcinome de stade II s'étend au-delà du col, mais sans atteindre la paroi pelvienne. Le stade IIB est défini par une atteinte paramétriale évidente, sans extension à la paroi pelvienne.

### Stade III

Le carcinome de stade III est étendu à la paroi pelvienne, au un tiers inférieur du vagin ou provoque une hydronéphrose.

### Stade IV

Le carcinome de stade IV est étendu au-delà du pelvis ou a envahi la vessie et/ou le rectum.

## Traitement

Les stades IA1, IA2 et IB1 sont traités par chirurgie (tumeur inférieure à 2 cm) ou curiethérapie et chirurgie (tumeur de 2 à 4 cm) et curage pelvien.

Les stades IB2 à IVA sans fixation lombo-aortique positive au TEP-TDM bénéficient d'un curage pelvien ± lombo-aortique (si curage pelvien positif) et sont traités par radiochimiothérapie pelvienne ± lombo-aortique et curiethérapie. Les stades IB2 à IVA avec fixation lombo-aortique au TEP-TDM sont traités par radiochimiothérapie pelvienne et lombo-aortique et curiethérapie. Pour certaines équipes,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663256>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663256>

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