



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Cancers du corps utérin

Uterine carcinoma

Aurélie Jalaguier-Coudray^{a,*}, Rim Villard-Mahjoub^a,
Jeanne Thomassin-Piana^b

^a Service d'imagerie de la femme, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard
Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^b Service d'anatomopathologie, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite,
13009 Marseille, France

Reçu le 26 février 2018 ; reçu sous la forme révisée le 29 mars 2018; accepté le 29 mars 2018

MOTS CLÉS

Cancer du corps
utérin ;
Carcinome
endométrial ;
Sarcome utérin ;
Carcinosarcome ;
Sarcome du stroma
endométrial

Résumé La classification des cancers du corps utérin de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est importante à connaître. Elle divise les tumeurs du corps utérin en six catégories : les tumeurs épithéliales, les tumeurs mésoenchymateuses, les tumeurs mixtes, les tumeurs lymphoïdes et tumeurs secondaires. Le carcinome endométrial reste la tumeur la plus fréquente. Le bilan d'extension locorégional d'un carcinome endométrial est réalisé par IRM et doit donner des informations précises aux chirurgiens et aux cliniciens pour définir la stratégie thérapeutique et notamment évaluer le risque d'envahissement ganglionnaire et la possibilité de réaliser un curage ganglionnaire d'emblée.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Uterine carcinoma;
Endometrial
carcinoma;
Uterine sarcoma;
Carcinosarcoma;
Endometrial stromal
sarcoma

Summary The World Health Organisation (WHO) classification of uterine carcinoma is important to know. It divides these tumours into six categories: epithelial tumours, mesenchymal tumours, mixed tumours, lymphoid tumours and secondary tumours. Endometrial carcinoma remains the most common tumour. The locoregional extension assessment of endometrial carcinoma is performed by MRI and must give precise information to surgeons and clinicians to define the therapeutic strategy and in particular to evaluate the risk of lymphatic invasion and the possibility of lymphatic dissection.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aureliejalaguier@gmail.com (A. Jalaguier-Coudray).

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) divise les tumeurs du corps utérin en six groupes :

- les tumeurs épithéliales avec les carcinomes endométriaux ;
- les tumeurs mésoenchymateuses ;
- les tumeurs mixtes à la fois épithéliales et mésoenchymateuses ;
- les tumeurs lymphoïdes et myéloïdes ;
- les métastases.

Carcinomes endométriaux

Ils se répartissent en deux types histologiques :

- le type 1 correspond soit à un adénocarcinome endométrioïde, dont le grade peut aller de 1 à 3, soit à un adénocarcinome mucineux ;
- le type 2 correspond soit à un carcinome séreux (appelé également carcinome séreux papillaire), soit à un carcinome à cellules claires (Fig. 1). Le carcinosarcome est à considérer comme un type 2 des cancers de l'endomètre, mais il s'agit d'une tumeur mixte avec une double composante sarcomateuse et épithéliale (Fig. 2).

Le carcinome endométrial touche préférentiellement les patientes ménopausées (55 à 65 ans). Plus de 90 % des patientes ont plus de 50 ans au moment du diagnostic. Les facteurs de risque principaux du carcinome endométrial sont l'âge jeune des premières règles, l'obésité, des antécédents

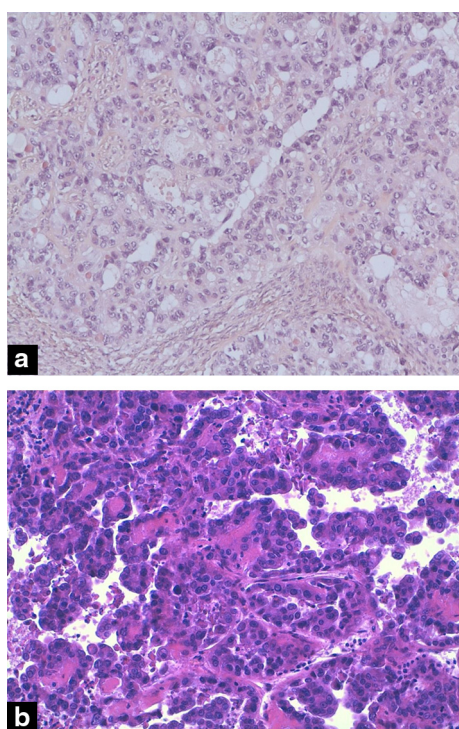


Figure 1. Cancers de l'endomètre de type 2 histologique : a : coloration hématoxyline-éosine, grossissement $\times 10$ montrant un adénocarcinome à cellules claires : prolifération carcinomateuse d'architecture glandulaire constituée de cellules au cytoplasme clair, au noyau très atypique et nucléolé ; b : coloration hématoxyline-éosine, grossissement $\times 10$ montrant un adénocarcinome séreux : prolifération carcinomateuse d'architecture papillaire constituée de cellules cubiques au rapport nucléocytoplasmique augmenté au noyau en clou de tapissier, atypique et nucléolé.

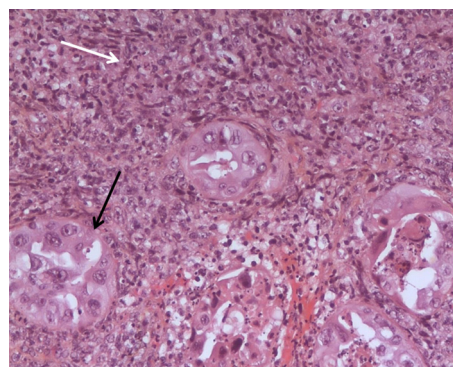


Figure 2. Carcinosarcome. Coloration hématoxyline-éosine, grossissement $\times 10$ montrant un carcinosarcome associant deux contingents : un contingent d'adénocarcinome à cellules claires constituée de cellules éosinophiles et claires de grande taille au noyau atypique (flèche noire) et un contingent de rhabdomyosarcome comportant des cellules fusiformes très atypiques (flèche blanche).

familiaux de carcinome endométrial, le syndrome de Lynch. Les signes d'appels cliniques sont les métrorragies post-ménopausiques. L'échographie pelvienne réalisée par voie endovaginale permet d'évaluer l'épaisseur de l'endomètre. L'atrophie est la première cause de métrorragies post-ménopausiques. En revanche, si l'épaisseur de l'endomètre est de plus de 4 mm chez une patiente ménopausée avec ou sans traitement hormonal substitutif, une hystérocopie avec biopsie est nécessaire.

La prise en charge des cancers de l'endomètre est chirurgicale, par la réalisation d'une hystérectomie avec une annexectomie. Le curage ganglionnaire n'est pas systématique. En effet, le curage ganglionnaire est potentiellement morbide et ne doit être réalisé que chez les patientes à risque élevé d'envahissement ganglionnaire [1]. Il existe quatre facteurs de risque d'envahissement ganglionnaire :

- Infiltration du myomètre de plus de 50 % de son épaisseur. Si le cancer de l'endomètre infiltre plus de 50 % de l'épaisseur du myomètre, le risque d'envahissement ganglionnaire est de 46 %. En revanche, si le cancer de l'endomètre infiltre moins de 50 % de l'épaisseur du myomètre, le risque d'envahissement ganglionnaire n'est que de 3 % [2].
- Stade II selon la Fédération internationale de gynécologie-obstétrique (FIGO) ou au-delà : le cancer de l'endomètre peut s'étendre à la séreuse utérine, aux annexes, au vagin, aux paramètres, à la vessie ou au rectum.
- Type histologique 1 avec grade 3 et type histologique 2, présence d'embolies vasculaires.

Le diagnostic de cancer de l'endomètre est réalisé par hystérocopie avec biopsie. La biopsie endométriale permet d'évaluer le type histologique et le grade ; néanmoins elle n'est représentative que d'un échantillon de la tumeur. Il existe donc un risque de sous-estimation sur la biopsie qui est possible pour le grade et en cas de tumeur mixte, pour le contingent tumoral. En revanche, le pourcentage d'infiltration du myomètre, l'infiltration du col et la présence d'embolies ne sont connues qu'après la chirurgie. Le but de l'IRM préthérapeutique est de donner les informations nécessaires sur le risque d'envahissement ganglionnaire avant la chirurgie pour indiquer ou non un curage ganglionnaire dans le même temps que l'hystérectomie et l'annexectomie [3]. Les recommandations nationales et européennes préconisent la réalisation d'une IRM pelvienne

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8606627>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8606627>

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