LES CANCERS GYNECOLOGIQUES

	Cancer du col de l'utérus[1]	Cancer de l'ovaire	Cancer de l'endomètre[2]	Cancer du sein[3]
Épidémiologie	4ème cancer chez la fe, 3300 nvo cas / an, 2000 décès / an, pic de prévalence : 55 ans	peu fréquent, 3000 décès / an, 4ème cause de décès chez les fe	fréquent, 1200 décès / an en France, 4500 cas / an, rare avt 35 ans, pic de fréquence : 60-70 ans (fe ménopausées)	cancer le + fréquent chez la fe, 1 fe / 10 atteinte, 1ère cause de décès chez fe jeune, très rare avt 30 ans, mortalité reste stable, pic d'incidence : fe > 50 ans
Facteurs de risque / **facteurs favorisants**	infect° par le papilloma virus++[4], tabagisme, nivo socio-éco bas, nbre élevé de G, rapports sexuels précoce & partenaires multiple	génétique, nulliparité, infertilité	obésité++ (HTA, intolérance aux sucres, varices, augmentat° de l'oestradiol), facteurs hormonaux (hyperoestrogénie endogène), anomalies de l'endomètre, *Tamoxifène*	facteurs génétiques[5], nulliparité, puberté précoce, obésité post-ménopausique, nivo de vie élevé / mode de vie occidental, ATCD perso de cancer, ...
Anatomo-pathologie	exocol : carcinome épidermoïde endocol : 10 % d'adénocarcinome	tumeurs qui se développe à partir de ts les tissus de l'ovaire ; 9 type histo ; le + fréquent : tumeur du revêtement épithélial	type histo le + fréquent : adénocarcinome endométrioïde (80 % des cas)	80 % des cas : carcinome canalaire infiltrant (dégénérescence des canaux galactophores)[6]
Principe du **dépistage**	frottis cervico-vaginal[7]			auto-palpat° / palpat° exam clinique + mammographie /

1 Développement du cancer : infect° par le virus / système immunitaire pas efficace, donc : lésions de dysplasie, puis lésion intra-épithéliale, carcinome in-situ puis cancer. Maladie qui reste longtemps localisé au niveau du col .
2 Utérus = très richement vascularisé / cancer qui peut donner des méta ganglionnaire.
3 **Problème de santé publique** / Cause nationale = Plan cancer / attention : il peut y avoir 1 cancer sur les 2 seins.
4 Très fréquent / virus porté par les hommes / 80 % des cancers sont du à ce virus.
5 Il existe des familles à risque : au moins 5 % des cancers mammaires / par mutations de plusieurs gènes / forme souvent associé au cancer ovarien / dépistage et chir prophylactique ?
6 Histologie post-opératoire : taille tumorale, statut ganglionnaire (examen d'au moins 10 ganglions), dosage des récepteurs hormonaux (cancer chimiosensible ?).
7 Lors des 1ers rapports sexuels, puis 1 an après puis ensuite **tous les 3 ans**. Patiente en position gynéco, avec un spéculum, indolore, on frotte sur le col et on met les cellules recueillies dans un liquide de conservation.

	Cancer du col de l'utérus	Cancer de l'ovaire	Cancer de l'endomètre	Cancer du sein
				échographie[8]
Signes d'appel / Sémiologie clinique	métrorragies[9] leucorrhées + facteurs de risque retrouvé à l'interrogatoire	bien svt : dlrs abdo-pelvienne, pesanteur, trble du transit, ascite ; métrorragies, aménorrhées ; signes de compress° veineuse, vésicale ; AEG ; syndrome paranéo ; méta révélatrice ; tors° de l'ovaire	ds 97 % des cas : métrorragies, leucorrhées, pesanteur pelvienne (rétent° utérine), symptômes urinaire ou rectaux, pe ê découvert lors d'1 frottis de dépistage ou d'1 bilan d'anémie	nodule, rétract° du mamelon, écoulement mamelonaire sanglant, mastodynie (moins fréquent), signe du capiton, signes inflammatoires, adénopathie, méta ou découverte lors d'1 exam mammaire systématique ou mammographie
Examen clinique	exam général + gynéco (TV, TR, biopsies)[10]	toucher pelvien : masse pelvienne, dure, irrégulière, fixée à l'utérus / ascite / adénopathie inguinale ou sus-claviculaire	exam général, TV, TR (utérus normal ou mou et globuleux), exam au spéculum (exam col et vagin), saignement provenant de la cavité utérine, recherche de méta	palpat° bilatérale & comparative, mobilité du nodule par rapport au plan profond, recherche de méta, inspect° des seins[11], palpat° des aires ganglionnaires[12]
Métastases	atteinte de la vessie, du rectum, des ganglions^{++}	carcinose péritonéale	extens° vers le col, le vagin puis atteinte des ganglions, du myomètre	pulmonaires (viscérales), osseuses, hépatique, cutanées
Examen paraclinique / Bilan d'extension[13]	écho pelvienne, TDM abdomino-	écho abdomino-pelvienne (vessie pleine), scanner	écho pelvienne[15], IRM[16], pr le diag : cytologie du col (frottis), frottis	mammographie +/- écho mammaire, si doute = IRM (2ème

8 Dépistage important (pris en charge) car cancer lentement évolutif (tumeur de 1 cm = +/- 5 à 8 ans d'évolution).
9 **Peu abondantes, intermittentes, indolores, provoquées par les rapports sexuels.**
10 Examen au spéculum avec biopsies des lésions macroscopiques / si pas de lésions macroscopique = colposcopie (application d'acide acétique puis de lugol fort).
11 Sein (divisé en quadrant) et paroi : inspect° et palpat° / mamelon : inspect° et écoulement provoqué / aires ganglionnaires : palpat° / inspect° du sein = déformat°, rétract° cutanée, modificat° du galbe, ... / mamelon : ombilicat°, rétract°, écoulement, « eczéma » (maladie de Paget), ... / sein = masse svt hétérogène / les extens° à la peau et à la paroi : ulcérat°, bourgeons, nodules dermiques / exam clinique : signes inflammatoires locaux et généraux (mastite carcinomateuse), peau d'orange.
12 Adénopathies : la tumeur du sein se draine en axillaire, la glande mammaire se draine aussi en sus et sous claviculaire et mammaire interne (chir limité pour n'enlever que les ganglions touchés) = facteur pronostic important / adénopathie parfois visible, palpable ; ganglion isolé ; paquet ganglionnaire ; lymphoedème.
13 Obj : évaluer l'extens° locale (taille de la tumeur, envahissement des ganglions et des organes de voisinage) et l'extension générale du cancer (= extension du cancer à des organes distants comme le foie, les poumons, ...).

	Cancer du col de l'utérus	Cancer de l'ovaire	Cancer de l'endomètre	Cancer du sein
	pelvien, IRM, RP (si doute méta), cystoscopie, rectoscopie, PET-Scan	abdomino-pelvien (extens°), RP (épanchement pleural), bilan sanguin : recherche de CA 12-5 (marqueur des cancers gynéco), pr le diag = ponct° d'ascite (diag cytologique), laparotomie exploratrice+++[14]	endo-utérin, biopsie de l'endomètre +/- hystéroscopie, bilan loco-régional[17], cystocopie, rectoscopie	intent°)[18], dosage du CA 15-3 (marqueur peu sensible), nécessité d'1 preuve histologique avt de débuter le ttt (cytoponct°)[19], tjrs écho foie et RP avt chmioT. et radioT.
Bilan d'opérabilité	âge, état général et patho associées	âge, état général et patho associées	âge, état général, HTA, diabète, obésité	âge, état général et patho associées
Diagnostic différentiel	dysplasie, tuberculose, syphilis, endométriose	kyste fonctionnel de l'ovaire (chez fe jeune), grossesse (utérine ou extra-utérine), fibrome utérin[20]	fe non ménopausée : fibrome utérin, rétent° placentaire ; fe ménopausée : atrophie de l'endomètre (saigne++), vaginite, prise d'antico	
Classification[21]	FIGO[22]	FIGO	FIGO	de *Lefort* (selon les micro-calcificat°)
Pronostic	dépend du stade au moment du diagnostic	sombre, inchangé dps 10 ans, cancer de mauvais pronostic car de	âge et opérabilité, stade (stade I = bon pronostic), facteurs	survie moyenne : 45 % à 10 ans

14 = diagnostic + bilan d'extension précis.
16 Meilleur examen pour apprécier la pénétration de la tumeur en profondeur, ds le myomètre. Étude du pelvis et des ganglions. On se sert de produit de contraste : le Gadolinium.
15 Voie abdominale et endo-vaginale (= vessie pleine) : épaississement de la muqueuse utérine, format° intra-cavitaire ; envahissement du myomètre ; visualisation des ovaires.
18 A cause du coût et de la disponibilité / pour sein déjà opéré ou si prothèse ou sein inflammatoire car douloureux +/- surveillance des femmes ayant 1 mutation génétique .
17 Toucher pelviens +/- ss AG : volume utérin, extension aux paramètres, présence de masse ovarienne (attention : ce cancer peut métastaser partout).
19 Bilan avant ttt : ATCD personnels & familiaux (sein, ovaire), côté, taille, distance, rechercher 1 écoulement mamelonaire, méta, pathologies associées, bilan gynécologique associé, radio, cytoponction.
20 **« Tout kyste ovarien chez une femme ménopausée est un cancer jusqu'à preuve du contraire ».**
21 Pour toutes les tumeurs = classification TNM (Tumeur, Nodule, Métastase) : + la tumeur est volumineuse, moins bon est le pronostic.
22 Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique.

	Cancer du col de l'utérus	Cancer de l'ovaire	Cancer de l'endomètre	Cancer du sein
		découverte tardive	anapath.[23]	
Ttt	chir[24], radioT. externe[25], curieT. utéro-vaginale, curieT. interstitielle, pas de C-I aux THS **sauf** si ATCD de cancer du sein, chimioT.	chir[26] avc annexectomie bi-latérale et omentectomie, appendicectomie, curage pelvien et lombo-aortique, résect° digestives de nécessité, résect° carcinomatose si possible + chimioT.[27] (cancer très chimiosensible)	chir^{+++}[28], curieT. endocavitaire ou utérovaginale / radioT**.** externe, chimioT. = place peu importante, hormonoT. = surtt stade IV, ttt palliatif : chimioT. / hormonoT.	chir (tumorectomie ou mastectomie partielle), radioT externe.[29], hormonoT., suivi et dépistage buts : contrôle local, respect du sein, contrôle régional et général (éviter l'apparit° de méta à distance = chimioT. + hormonoT.)
Indications du ttt	carcinome in-situ : conisat°, stade IV : radio-chimioT. puis curieT. +/- chir lourde	1ers stades I : chir / autres stades I et stade II : chir + chimioT. (6 cures)[30]	stade I : chir + curieT. / stade IV : ablat° des organes atteint	
Cas particuliers	s'il reste que le col : radio-curieT. +/- chir cancer et G[31]			fe enceinte : 2 % des cancers mammaires = urgence (évolut° rapide)[32]
Survie à 5 ans	cancer in-situ : 100 % ; stade IV : 5-10 %	stade I : 70-95 % / stade IV : < à 5 %	stade I : 80 à 90 %, stade IV : moins de 10 %	
Récidive		récidive^{++}	peu fréquente vaginale et pelvienne puis	

23 Degré de pénétration de l'endomètre, envahissement ganglionnaire, type histologique, ...
24 Conisation (on enlève qu'une partie du col : **donc grossesse possible**) + drainage +/- curage lombo-aortique.
25 Pelvis +/- ganglions + vagin.
26 Laparotomie médiane / cytologie péritonéale ou prélèvement d'ascite / annexectomie (diagnostic sur 1 masse ovarienne) / colpo-hystérectomie avec annexectomie bi-latérale (on est obligé d'enlever les 2 ovaires) / ablation du grand épiploon (= omentectomie) / multiples prélèvements péritonéaux / en fin d'intervent° = décrire ce qu'il peut encore rester dans l'abdomen.
27 Sels de platine et *Taxol*$^{++}$.
28 Par voie basse (par le vagin), par coelioscopie, laparotomie, ... Le + simple = hystérectomie extra-faciale. Risques = blesser l'uretère (il est à 2 cm de l'utérus). + curage (zone de drainage au niveau du pelvis) = curage sous veineux. Attention : chirurgie = ablation aussi des annexes.
29 On irradie jamais le creux axillaire.
30 Attention : si progression du cancer sous chimioT. = changer de produit.
31 Avant le 5ème mois de G = ITG / après le ^{5ème} mois de G. = césarienne dès que le foetus est viable + ttt précoce de la maman.
32 Ni radioT. ni chimioT. / 1er trimestre de G = proposer 1 ITG / 3ème trimestre = on provoque l'accouchement dès que le foetus est viable et ttt immédiat de la mère / on peut opérer une femme enceinte sans risque pour le foetus.

	Cancer du col de l'utérus	Cancer de l'ovaire	Cancer de l'endomètre	Cancer du sein
			méta, 15 % de survie à 5 ans après récidive	
Surveillance	exam clinique ts les 4 mois pdt 2 ans, puis ts les 6 mois pdt 3 ans puis annuel	exam clinique ts les 4 mois pdt 2 ans, puis ts les 6 mois pdt 3 ans puis annuel / dosage CA 12-5 si élevé avt le ttt / exam complémentaire si symptômes	exam clinique ts les 4 mois pdt 2 ans, ts les 6 mois pdt 3 ans puis annuel ; surveillance mammaire (les 2 cancers peuvent-ê associé)	exam mammaire 4 mois après la fin du ttt, puis ts les 6 mois pdt 5 ans puis annuel + mammo annuelle
Prévention	vaccinat° : ctre le papilloma virus 16 et 18 ou contre 4 sortes de papilloma virus ; dès l'âge de 9 ans ; protège à 100 % ; devrait réduire le nbre de cancer de 80 %			

Les tumeurs ovariennes « borderlines » :

- forme intermédiaire entre tumeur bénigne et cancer
- à la limite de la malignité
- ttt conservateur possible si désir de grossesse
- compléter la chir après les grossesses
- surveillance longue : écho et scanner