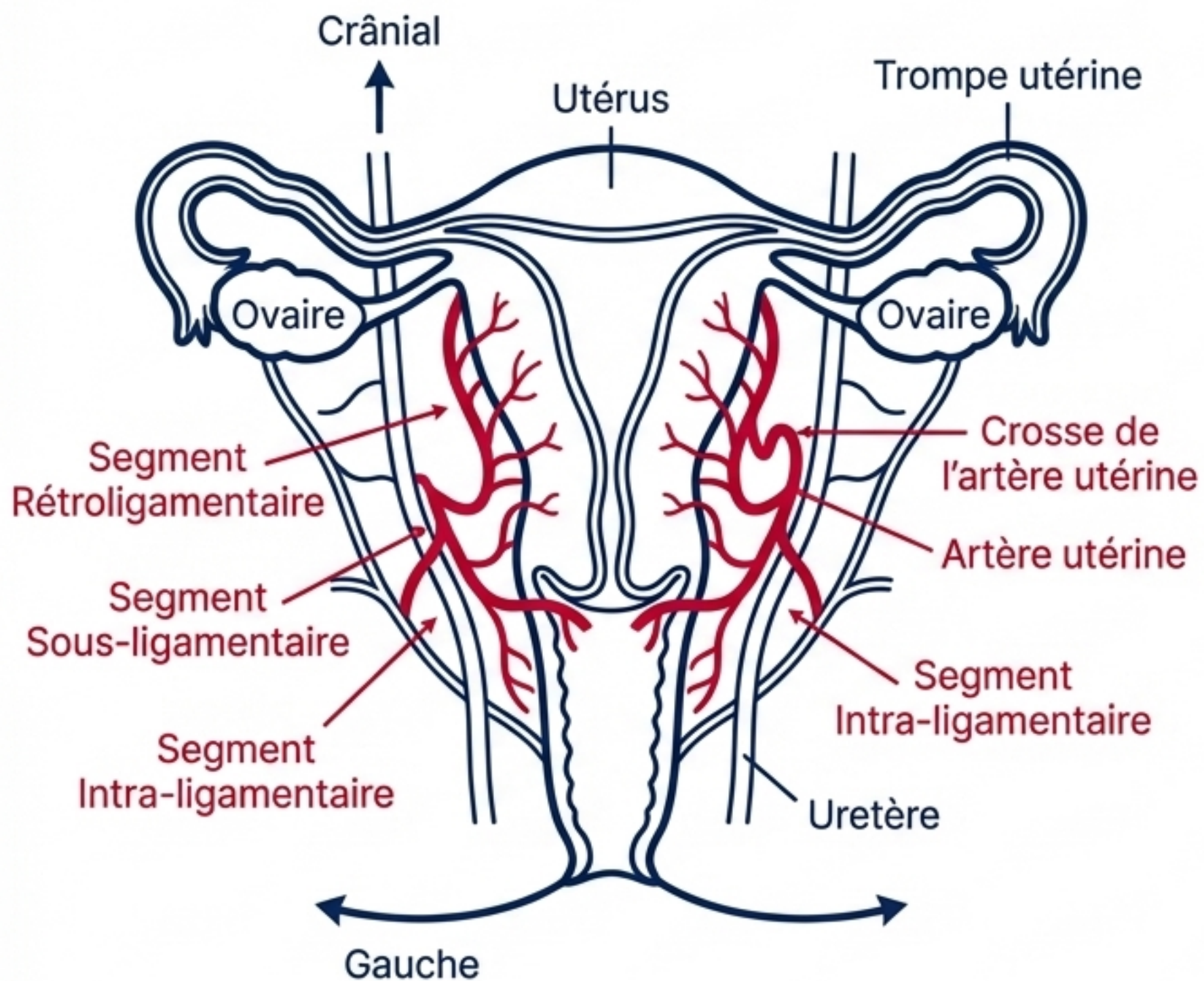


Cancer du col utérin

Étiopathogénie, Diagnostic, Orientations Thérapeutiques – Synthèse pour le 2^{ème} Cycle

The Clinical Blueprint



L'Autoroute Anatomique : Vascularisation et Pièges Chirurgicaux

- **Artère Utérine (Artère principale)** : Naît du tronc ventral de l'artère iliaque interne.
- **3 Segments** : Rétroligamentaire (pariétal), Sous-ligamentaire (paramétrial), Intra-ligamentaire (mésométrial).

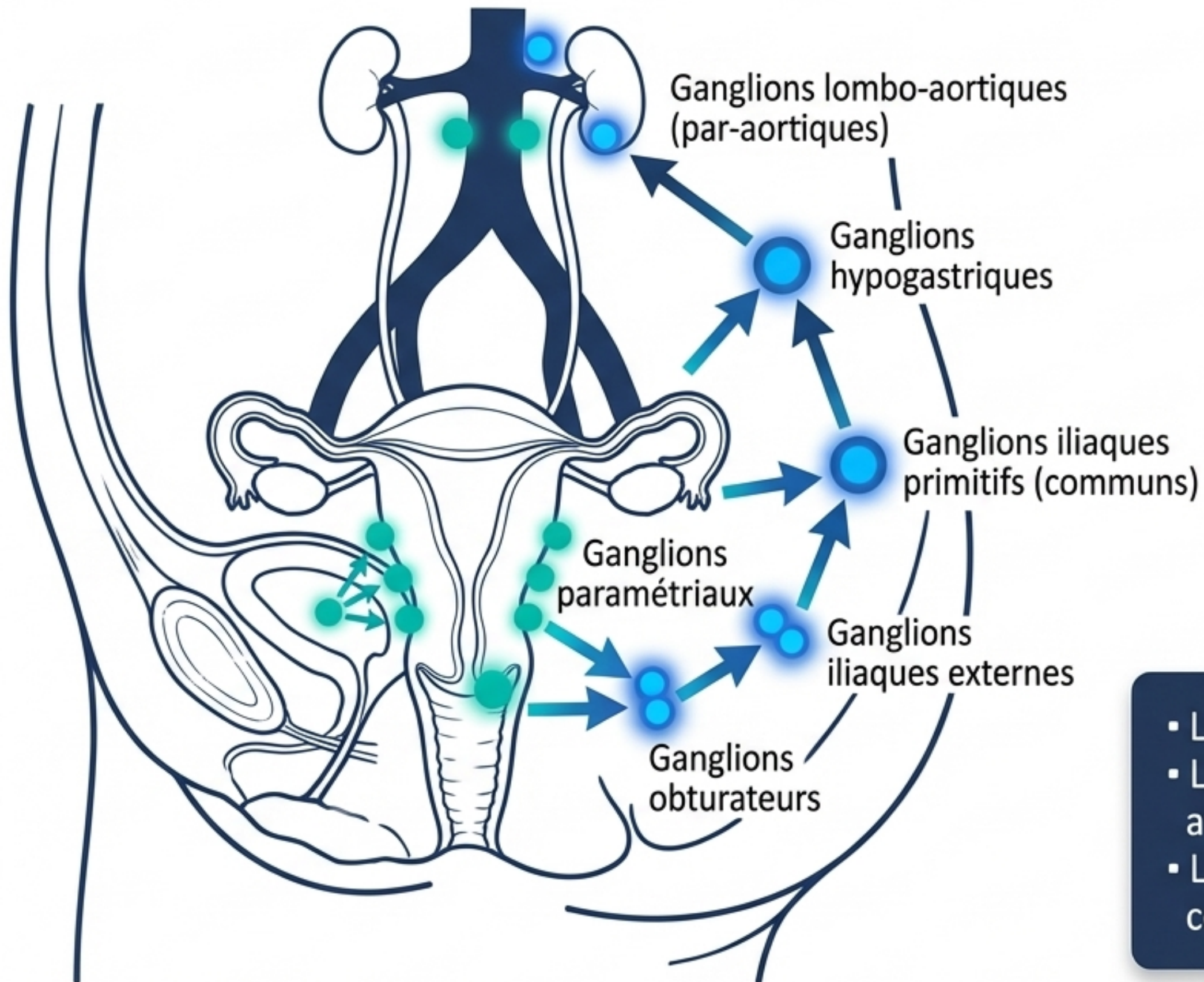
Piège ECN

La Crosse de l'Artère Utérine.

Dans le segment sous-ligamentaire, l'artère utérine enjambe l'uretère. Risque majeur de lésion urétérale (sténose/ fistule) lors des colpohystérectomies élargies (Wertheim) ou par compression tumorale.

Le Réseau Lymphatique : La Voie d'Extension Privilégiée

Clinical Blueprint

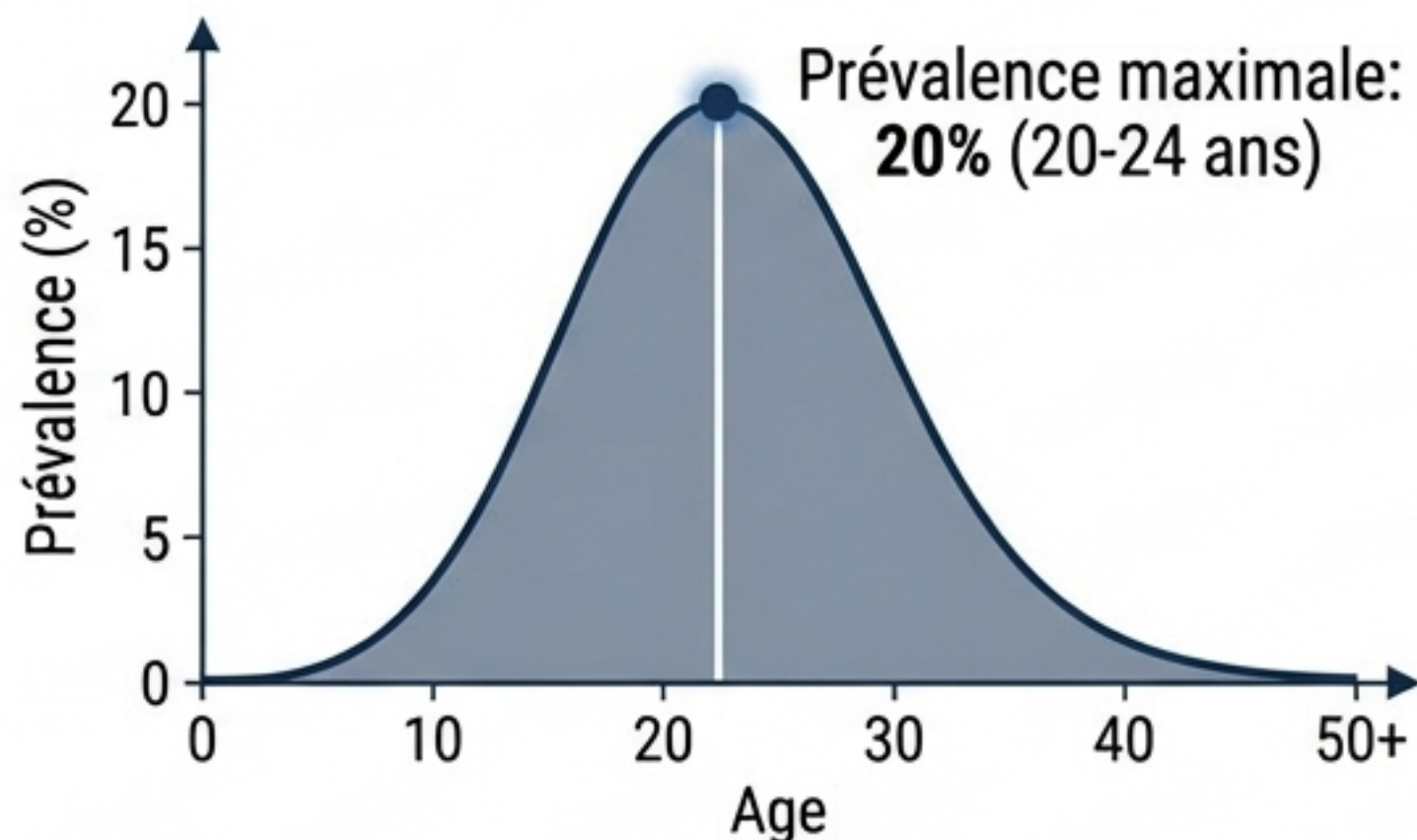


1. **Ganglions obturateurs & iliaques externes (1^{er} relais).**
2. **Ganglions iliaques primitifs & hypogastriques.**
3. **Ganglions lombo-aortiques (Extension métastatique).**

- Le cancer du col est profondément lymphophile.
- Les ganglions iliaques externes sont les premiers atteints dans >90% des cas.
- Le risque d'atteinte ganglionnaire est strictement corrélé à la taille tumorale.

L'Agent Causal : Le Papillomavirus Humain (HPV)

Épidémiologie



- Infection sexuellement transmise.
- Le plus souvent transitoire (éliminée en quelques mois).
- **Seule la persistance d'un HPV à haut risque oncogène expose au cancer.**

Le Profil Viral

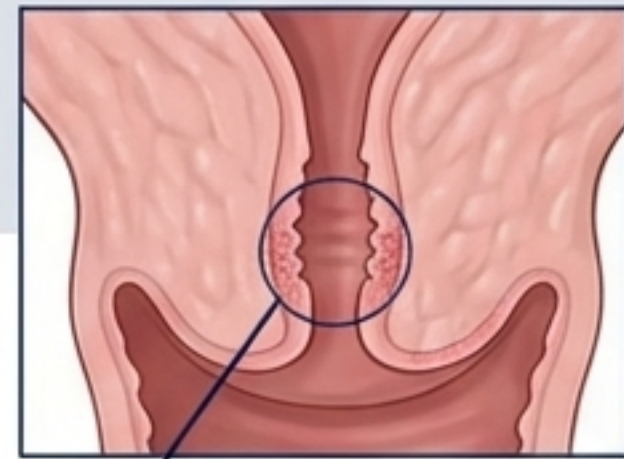
Haut Risque / Oncogènes

HPV 16 & 18 (Responsables de 71% à 82% des cancers).
Autres : 31, 33, 35, 45, 52, 58.

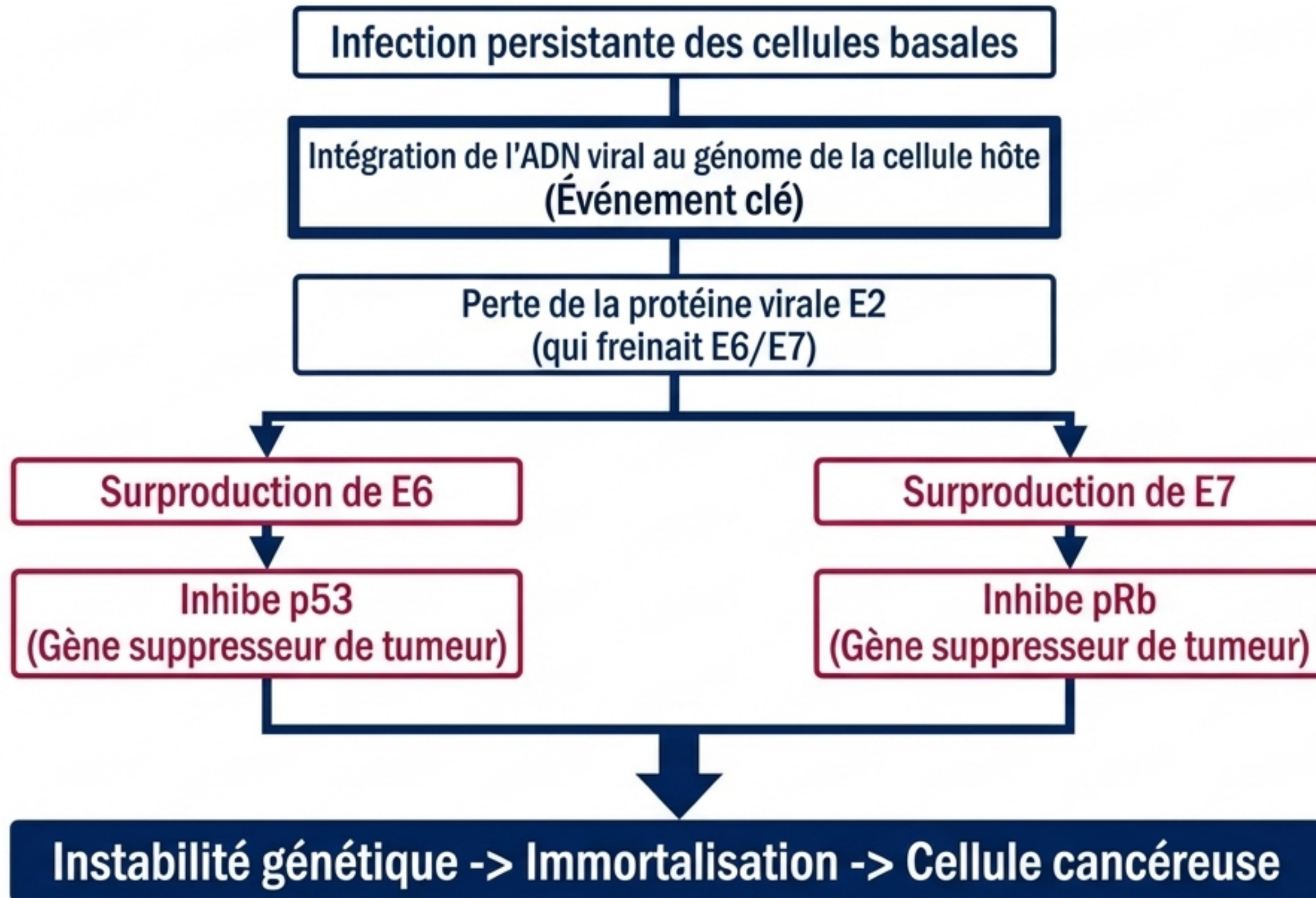
Bas Risque

HPV 6 & 11 (Responsables des **condylomes acuminés** / lésions de bas grade bénignes).

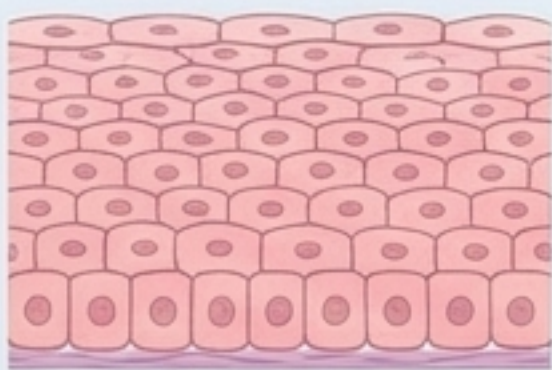
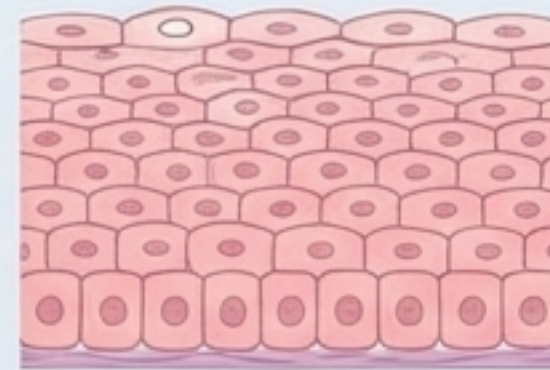
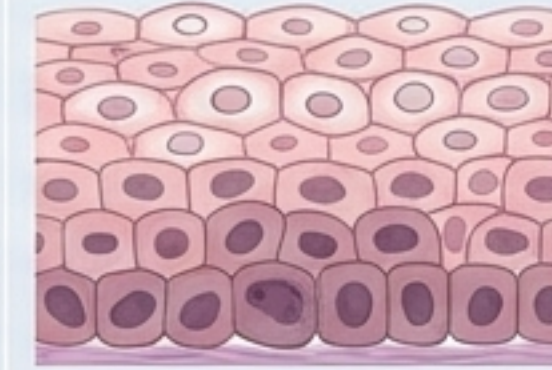
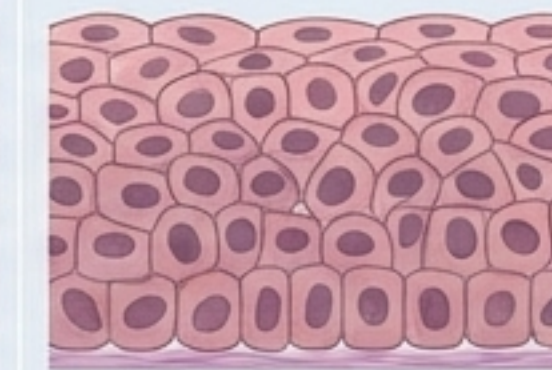
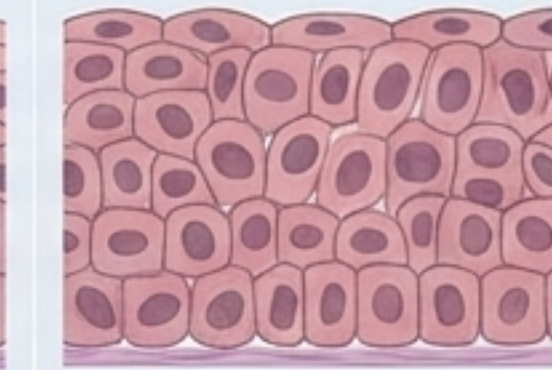
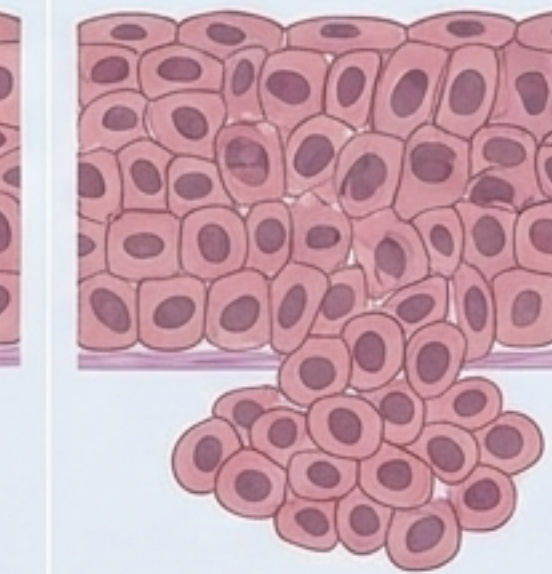
L'Oncogenèse : Comment le HPV Détourne la Cellule



La zone de jonction cylindro-malpighienne
(Nécessite un microtraumatisme pour
l'entrée virale).

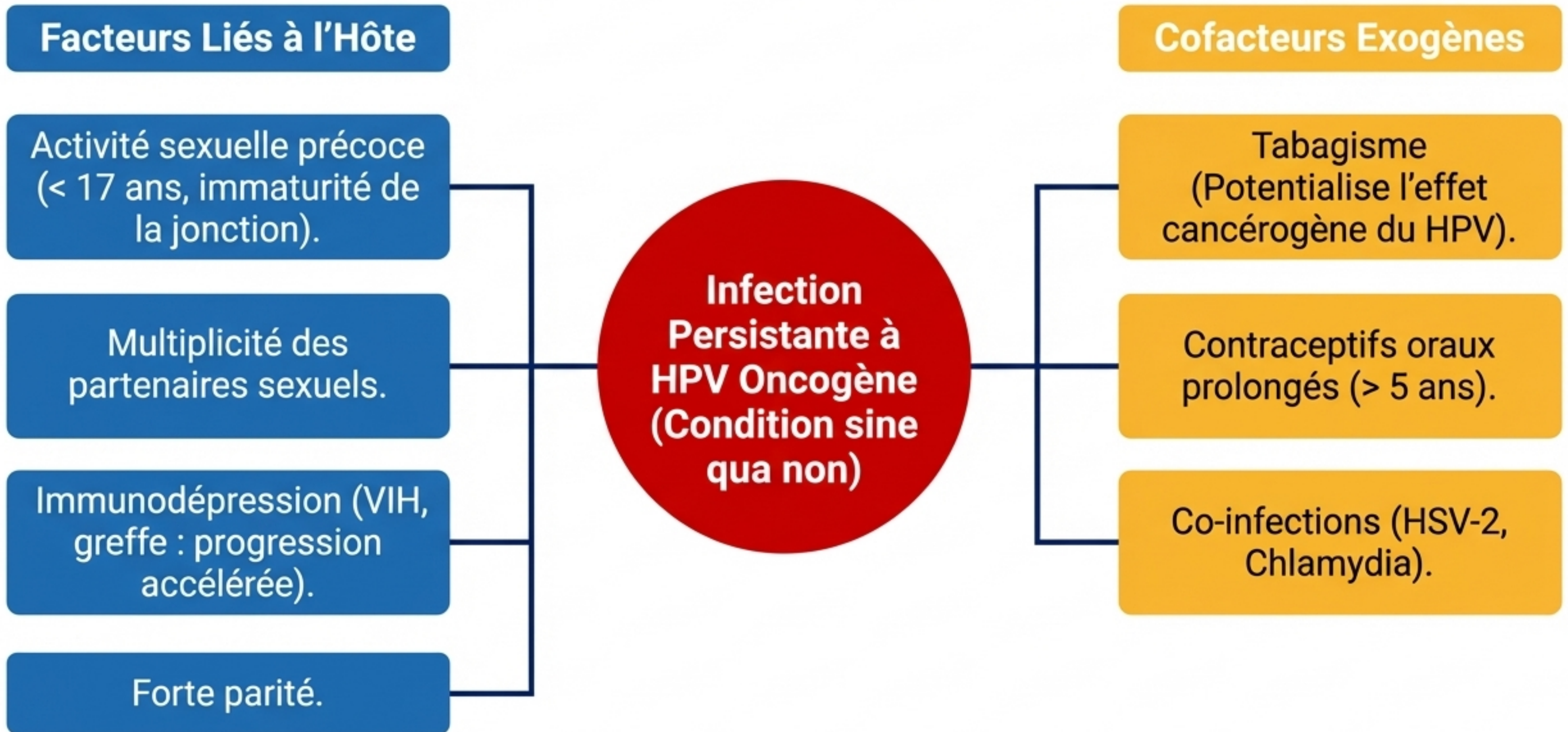


L'Escalade Tissulaire : De la Dysplasie à l'Invasion

Normal	Infection HPV	CIN 1 / LSIL	CIN 2 & 3 / HSIL	Carcinome in situ (CIS)	Invasif
Épithélium sain.	Condylome / Koïlocytes.	Lésion de bas grade (1/3 inférieur de l'épithélium)	Lésion de haut grade (2/3 à toute la hauteur)	Toute la hauteur, atypies, mais membrane basale respectée (pas de métastases)	Micro-invasif (franchissement basale <5mm) ou Invasif (envahissement du chorion).
					

Évolution lente sur 10 à 15 ans (Fenêtre de dépistage)

Facteurs de Risque : Les Accélérateurs de l'Oncogenèse



Diagnostic Positif : De la Suspicion à la Preuve Histologique

1. Circonstances (La Clinique)

- **Maître symptôme** : Métrorragies provoquées (post-coïtales), indolores, sang rouge.
- **Autres** : Leucorrhées purulentes/malodorantes.
- **Signes tardifs** : Douleurs pelviennes, œdèmes, signes vésicaux/rectaux.

2. Examen Physique (Spéculum & TV/TR)

- **Spéculum** : Tumeur bourgeonnante, ulcérée (cratère), ou infiltrante (col en barillet).
- **Toucher Vaginal (Triade)** : Indolore, base indurée, saigne au contact.
- **Toucher Rectal** : Évalue l'infiltration des paramètres.

3. Preuve Histologique (Le Diagnostic)

- **Gold Standard** : Biopsies cervicales sous colposcopie centrées sur les lésions.
- **Alternative** : Pièce de conisation (si zone de jonction non visible).

L'examen clinique suspecte, l'anatomopathologie affirme.

Bilan d'Extension : Cartographier la Gravité



GOLD STANDARD : IRM Pelvienne et Lombo-aortique.

Examen de référence absolu. Mesure le volume tumoral précis, l'extension aux paramètres, au vagin, et aux organes adjacents. Évalue de façon optimale le statut ganglionnaire.



PET SCAN (TEP au 18F-FDG)

Indiqué pour les formes localement évoluées. Excellente détection des métastases ganglionnaires à distance.



Lymphadénectomie sous coelioscopie

Détrône les autres méthodes d'imagerie. **Examen de 1ère intention pour certifier le statut ganglionnaire pelvien/lombo-aortique.**



Endoscopie (Cystoscopie / Rectoscopie)

Seulement si signes d'appel clinique ou tumeurs **massives/col massives/col** en barillet.

Classification FIGO 2018 : La Matrice Pronostique

Stade I - Strictement limité au col (Survie 5 ans : 85-99%)

- **IA** : Microscopique (IA1 \leq 3mm prof, IA2 \leq 5mm prof).
- **IB** : Macroscopique (IB1 $<$ 2cm, IB2 2-4cm, IB3 \geq 4cm).

Stade II - Dépasse le col (Survie 5 ans : 60-70%)

N'atteint **PAS** la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin.

IIA : Tiers supérieurs du vagin. | **IIB** : Paramètres (proximaux).

Stade III - Extension pariétale/basse (Survie 5 ans : 30-50%)

- **IIIA** : Tiers inférieur du vagin.
- **IIIB** : Paroi pelvienne ou Hydronéphrose/Rein muet.
- **IIIC** : Atteinte ganglionnaire (IIIC1: pelvienne, IIIC2: lombo-aortique).

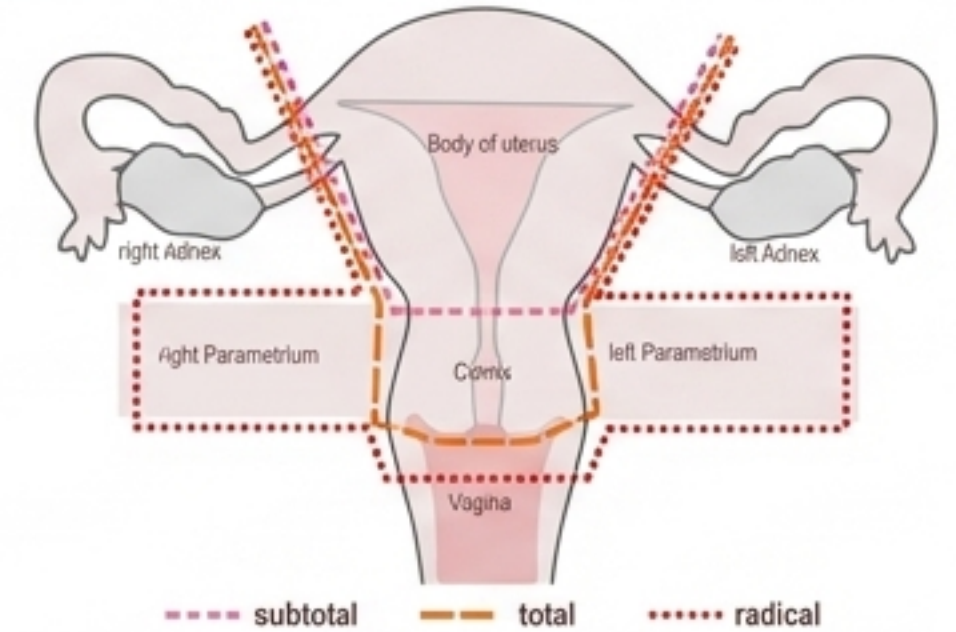
Stade IV - Au-delà du petit bassin (Survie 5 ans : 20%)

- **IVA** : Muqueuse de la vessie ou du rectum (Nécessite biopsie).
- **IVB** : Métastases à distance.

L'Arсенal Thérapeutique et ses Morbidités

La Chirurgie (Du conservateur au radical)

- **Conisation / Trachélectomie** : Préservation de la fertilité (amputation du col).
- **Colpohystérectomie Élargie (Wertheim)** : Exérèse utérus + collerette vaginale + paramètres + curage ganglionnaire.



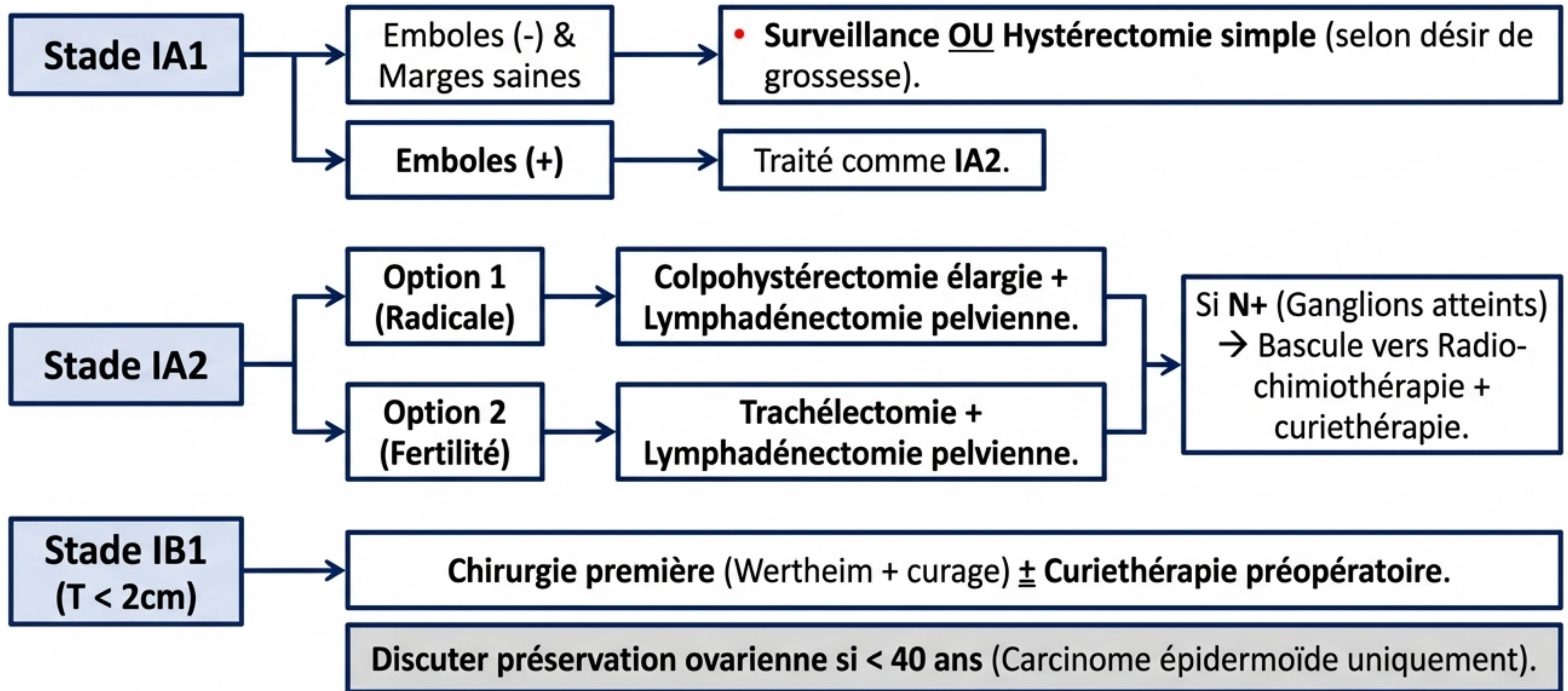
La Radiothérapie (Double composante)

- **Externe (RTE)** : 45-50 Gy (Utérus, vagin, paramètres, ganglions). Complications limitantes : Rectite sténosante, cystite radique, sténose urétérale.
- **Curiethérapie** : Sources d'iridium intracavitaires. Stérilise le col et les paramètres proximaux. Moins de complications adjacentes.

La Chimiothérapie (Le potentialisateur)

- **Radio-sensibilisation** : Sels de platine hebdomadaires.
- **Rôle** : Potentialise la radiothérapie et augmente le contrôle local (Stades avancés ou N+).

Stratégie Thérapeutique : Stades Précoces (IA1 à IB1)



Stratégie Thérapeutique : Stades Avancés (IB2 à IVA)

CHANGEMENT DE PARADIGME : La chirurgie première d'exérèse n'est plus indiquée. Le traitement de référence devient médical et radique.

1. Radio-Chimiothérapie Concomitante (5 semaines)

RTE Pelvienne \pm lombo-aortique (selon TEP/Curage) + Chimiothérapie (Sels de platine hebdomadaires).

2. Curiethérapie Utéro-vaginale

Réalisée 8 à 10 jours après la fin de la RTE (Délai strict pour le contrôle local).

3. Évaluation (IRM) & Chirurgie de Clôture

Discutée en RCP selon le reliquat tumoral (Hystérectomie simple jusqu'à exentération pelvienne).

Stade IVB (Métastatique) : Chimiothérapie palliative (chirurgie d'exérèse exceptionnelle).

Dépistage et Prévention : Interrompre l'Histoire Naturelle



Prévention Primaire (Le Vaccin)

- **Cible** : Filles de 11 à 13 ans (avant exposition sexuelle) + rattrapage.
- **Vaccins** : Cervarix (Bivalent 16, 18) ou Gardasil (Tétravalent 6, 11, 16, 18).
- **Impact** : Préviend 70% des cancers invasifs. Ne dispense jamais du dépistage secondaire.



Prévention Secondaire (Le Frottis - FCU)

- **Cible** : Toute femme sexuellement active, de 25 à 65 ans.
- **Rythme** : 1 FCU tous les 3 ans (après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle).
- **Zone ciblée** : Spatule (exocol) + Cytobrosse (endocol) -> Prélèvement impératif de la zone de jonction.
- **Conduite sur FCU anormal** :
LSIL -> Contrôle à 6 mois.
HSIL -> Colposcopie + Biopsies.

Synthèse ECN : Les 5 Points Clés à Retenir

- 1** **Épidémiologie** : 2ème cancer féminin mondial, IST à évolution très lente (10-15 ans), **totallement évitable** par **vaccination** et **dépistage** (FCU).
- 2** **Physiopathologie** : L'infection persistante par **HPV 16** ou **18** est la **condition absolue**. L'intégration virale entraîne **E6/E7** qui bloquent p53/pRb.
- 3** **Clinique** : La **triade diagnostique** : **Métrorragies provoquées, indolores**, sur un **col à base indurée**. Le diagnostic de **certitude** est **toujours histologique**.
- 4** **Bilan** : L'**IRM pelvienne** est l'**examen de référence absolu** pour le **bilan d'extension** et la **classification FIGO**. L'**atteinte urétérale** est le piège anatomique majeur.
- 5** **Traitement** : Stades précoces = **Chirurgie** (Wertheim/Trachélectomie) ; Stades avancés (dès IB2) = **Radio-chimiothérapie** concomitante **exclusive** en **première intention**.