

Tumeurs du col utérin

Dr : kaoula

Rappel anatomique et histologique :

- Le col utérin est un canal qui relie le vagin à la cavité corporelle.
- Il comporte 2 parties dont les limites sont mal définies avec l'endomètre et le vagin :
 - ✓ **Partie interne <endocol>** : revêtue d'une seule assise de cellules cylindriques hautes mucosecrétantes, siège de replis multiples, de hauteur variable, ces replis donnent sur les coupes l'aspect de glandes.
 - ✓ **Portion vaginale <exocol>** : tapissée comme le vagin par un épithélium malpighien, dont le chorion est dépourvu de glandes.
 - ✓ **Jonction exocol-endocol** : se situe au niveau de l'orifice cervical externe.
 - ✓ La paroi cervicale : constituée d'un tissu conjonctivo-musculaire

Tumeurs bénignes du col utérin :

A. Tumeurs épithéliales :

1- le polype cervical

- Lésion très fréquente (1-6%) des consultantes en gynécologie.
- S'observe à tout âge avec nette prédominance chez la multipare et chez la femme de > 45 ans

❖ **Symptomatologie :**

- ✓ Souvent asymptomatique
- ✓ Découvert à l'occasion d'un examen gynécologique systématique
- ✓ Peut être révélé par des métrorragies et/ou des leucorrhées

❖ **Morphologie :**

✚ **Macroscopie :**

- ✓ Masse ovoïde, pédiculée ou sessile de quelques cm de long selon le grand axe
- ✓ Consistance molle ou élastique
- ✓ Couleur rosâtre

A la coupe : aspect charnu, avec présence de remaniements kystiques.

✚ **Histologie :**

- ✓ Le polype est fait d'un axe conjonctivo-vasculaire, bordé par un épithélium cylindrique muco sécrétant. Selon la prédominance de la composante glandulaire et conjonctive (fibreuse), on distingue 2 grandes variétés de polypes :

☞ **Le polype muqueux (adénomateux) :**

- Le plus fréquent 75-90 % des cas
- L'épithélium de surface : décrit des papilles et des cryptes, et constituent des glandes souvent ramifiées et kystiques

☞ **Le polype fibreux :**

- Plus rare 4-20 %
- Plus gros
- Constitué d'un axe conjonctivo-vasculaire contenant des fibres musculaires lisses
- Recouvert d'un épithélium très aminci voir détruit

✚ **Evolution :** le polype est bénin, cependant il nécessite une prise en charge rigoureuse et ce pour plusieurs raisons :

- ✓ Il peut se Cancériser.
- ✓ Peut poser un problème de diagnostic différentiel avec les proliférations polypoides néoplasiques.
- ✓ Peut accompagner et cacher une lésion sus jacente éventuellement maligne : polype <sentinelle>.

2- condylome cervical : d'étiologie virale (HPV) papilloma virus humain

✚ **Macroscopie :**

- ✓ Petites masses qui s'étalent et grossissent, aboutissant à des formations en <chou-fleur>.

✚ **Microscopie :**

- ✓ Il s'agit de larges masses épithéliales entourant des axes conjonctivo-vasculaires
- ✓ Epithélium de type malpighien : siège d'une acanthose, avec papillomatose et hyperkératose parakératosique
- ✓ Comporte dans ses couches superficielles de larges cellules aux noyaux réguliers et centraux entourés d'un halo clair, ensuite d'un cytoplasme éosinophile vacuolisé en périphérie ---> <<koilocyte>> ---> et c'est à ce niveau qu'on isole l'HPV
- ✓ L'inflammation du tissu conjonctif sous-jacent est quasi-constante
- ✓ Formes anatomiques :
 - Plans
 - Exophytiques
 - Spiculés
 - Inversés
 - Atypiques

B. Tumeurs bénignes conjonctives :

1- Léiomyomes : identiques à ceux du corps utérin, l'intrication des fibres musculaires avec les Glandes est possibles ---> << adénomyome >>.

2- Hémangiomes : peuvent être capillaires ou caverneux.

Tumeurs épithéliales malignes du col utérin :

+ Généralités :

- ✓ Fréquent en Algérie
- ✓ Prend souvent naissance à partir de l'épithélium malpighien (jonction), qu'il soit original ou métaplasique
- ✓ Il s'agit d'un carcinome épidermoïde dans 90-95% des cas
- ✓ Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic, ceci est possible grâce à l'accessibilité du col à l'examen clinique par le TV/examen au speculum d'une part, et d'autre part depuis quelques dizaines d'années, on peut dépister le cancer du col à un stade préclinique non invasif par un examen simple, le frottis cervico-vaginal (FCV)

+ Epidémiologie :

- ✓ Fréquence : fréquent en Algérie, 6 cancer du col / 1 cancer du corps
- ✓ Age : à partir de 30 ans, max de fréquence 30-40 ans pour l'in situ, 50-60 an pour l'invasif
- ✓ Facteur de risque : des études statistiques ont permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs favorisant l'apparition d'un cancer du col utérin.

❖ Facteurs prédisposants :

- ☞ Précocité des rapports sexuels
- ☞ Multiplicité des partenaires
- ☞ Précocité et multiplicité des grossesses
- ☞ Hygiène sexuelle défectueuse

❖ Responsabilité virale :

- ☞ HPV
- ☞ Virus simplex humain type 2
- ☞ Coxavirus
- ☞ Cytomégalovirus

❖ Rôle des spermatozoïdes :

- ☞ L'ADN des spermatozoïdes pourrait avoir une action mutagène pour le tissu en métaplasie malpighienne

+ Lésions précancéreuses/Dysplasies/CIN (néoplasies cervicales intra épithéliales) :

- ✓ Perturbations architecturales de l'épithélium MALPIGHIEN, et perturbations morphologiques des cellules qui le composent
- ✓ Architecture normale disparaît par :
 - Perte de la stratification
 - Perte de la polarité cellulaire
- ✓ Morphologie cellulaire est perturbée : il n'y a plus de différenciation, ni de maturation, avec apparition d'atypies cyto nucléaires et de mitoses anormales
- ✓ Ces modifications architecturales et cellulaires sont d'importance variable
- ✓ Le grade de ces lésions est fondé sur la proportion de l'épithélium occupé par les cellules basales et para basales. On distingue plusieurs degrés de gravité croissante :

- **Dysplasie légère CIN I :**
 - ✓ Modifications intéressent le 1/3 inférieur de l'épaisseur épithéliale
 - ✓ Caractérisée surtout par l'hyperplasie des couches basales et para basales
- **Dysplasie modérée CIN II :**
 - ✓ Les perturbations architecturales et morphologiques, intéressent 2/3 de la hauteur épithéliale
- **Dysplasie sévère CIN III :**
 - ✓ Perturbations importantes
 - ✓ Indifférenciation
 - ✓ Atypie cyto nucléaire marquée
 - ✓ Intéressant presque toute la hauteur épithéliale avec respect de la membrane basale

❖ **Evolution : souvent imprévisible**

- ✓ Peuvent régresser spontanément
- ✓ Persister indéfiniment
- ✓ Progresser vers le cancer
- ✓ La plupart des dysplasies sévères ne régressent pas, et aboutissent au carcinome in situ
- ✓ Difficile de distinguer la dysplasie sévère d'un carcinome in situ

❖ **Moyens diagnostiques :**

- ✓ Les CIN n'ont pas de traduction clinique
- ✓ Sont asymptomatiques
- ✓ Peuvent parfois prendre l'aspect de lésions non spécifiques tel d'une zone érosive
- ✓ Ces lésions sont faciles à traiter de façon efficace, à condition d'être diagnostiquées à temps avant qu'elles n'évoluent vers le cancer invasif
- ✓ Diagnostic précoce est possible grâce au frottis cervico vaginal
- ✓ Les FCV, pour permettre de dépister le max de lésions, doivent être effectués systématiquement chez toutes les femmes à partir de 30 ans, surtout en activité génitale mariée jeune, multipare, faible niveau socio-économique, ayant des ATCD d'infections génitales.
- ✓ Chez les femmes ménopausées : chaque année puis tous les 2 ou 3 ans après 2 frottis successifs normaux

✚ **Carcinome intra épithélial (in situ) / CIS, stade 0 :**

- Cette lésion fut longtemps considérée comme rare, car totalement asymptomatique, c'est la généralisation du FCV systématique qui a mis le CIS en valeur, et a montré qu'il s'agit d'une lésion très fréquente.
- Age moyen : 30-40 ans
- Siège : jonction endo-exo col.

❖ **Histologie** : le CIS se caractérise par :

- ✓ Epithélium peu épais, souvent d'épaisseur inégale, ayant gardé sa membrane basale intacte
- ✓ L'architecture épithéliale dans la zone tumorale est totalement perturbée avec des anomalies cyto nucléaires et mitotiques importantes
- ✓ La densité cellulaire est très augmentée
- ✓ Les limites avec les zones saines sont nettes (dites en coup de hache)
- ✓ La tumeur peut envahir les glandes et combler leurs lumières, MAIS n'existe JAMAIS de cordons cellulaires détachés dans le chorion et dépourvu de membrane basale (test à la réticuline ---> membrane basale en noir, si négatif ---> cancer infiltrant)

❖ **Evolution** : il semble bien que le CIS soit le 1^{er} stade du cancer du col utérin

- ✓ Non traité : CIS évolue vers l'invasion, dans un laps de temps +/- long
- ✓ Après traitement (exérèse limitée/large) guérison dans 100% des cas
- ✓ Récidives sont possibles en cas d'exérèse incomplète, dépistée par les FCV

✚ **Carcinome invasif du col :**

❖ **Macroscopie** : 03 types principaux :

- ✓ **Ulcéreux** : infiltre, creuse un cratère / cavité, dont les bords surélevés sont constitués par la tumeur
- ✓ **Exophytique (bourgeonnant) / en chou-fleur** : formé de masses friables, papillaires et blanchâtres
- ✓ **Nodulaire infiltrant** : le col est DUR et hypertrophié, constitué de masses rénitentes qui peuvent s'ulcérer

NB : le cancer de l'endocol, du fait de son siège présente une évolution plus longue avant de s'extérioriser. → Seule l'induration cervicale permet de le soupçonner cliniquement.

❖ **Histologie** : 02 types

1- **carcinome épidermoïde** :

- ✓ Représente la majorité des cancers du col utérin 95%
- ✓ Se présente sous forme de massifs et de cordons épithéliaux, qui infiltrent +/- profondément la paroi cervicale.
- ✓ Les cellules tumorales ont tendance à reproduire +/- parfaitement les cellules malpighiennes ----> bien, moyennement ou peu différenciées.
- ✓ Les cellules tumorales peuvent subir une maturation cornée : orthokératosique, parakératosique ou dyskératosique
- ✓ Le stroma tumoral est fait d'un tissu conjonctif commun, souvent abondant et inflammatoire

2- Adénocarcinome :

- Tumeurs relativement rares, <5%
- Naissent au dépend du revêtement endocervical

- **Adénocarcinomes purs : peuvent être :**
 - ☞ **Différenciés :** prolifération de cellules cylindriques qui s'agencent en structures tubulaires ou papillaires, souvent muco sécrétantes
 - ☞ **Peu différenciés :**
 - ✓ Toute structure tubuleuse et acineuse a disparu
 - ✓ La nature glandulaire est confirmée par la présence dans les massifs tumoraux de quelques gouttelettes de mucus (PAS+).

- **Formes particulières :**
 - ☞ Adénoacanthome : adénocarcinome + métaplasie malpighienne régulière
 - ☞ Carcinome mixte (Carcinome adénoquameux) : adénocarcinome + carcinome épidermoïde
 - ☞ Mésonéphrome : tumeur rare, faite de cellules claires

Sarcomes du col utérin :

- Les sarcomes primitifs sont rares :
 - ✓ Léiomyosarcome
 - ✓ sarcome botryoïde (tumeur embryonnaire)
 - ✓ Lymphome malin Hodgkinien / Lymphome malin non Hodgkinien

Evolution/pronostic :

❖ **Suivant le degré de l'extension locorégionale, on distingue 04 stades :**

- ✚ **Stade I :**
 - ✓ Cancer strictement limité au col
 - ➔ 80 – 85 % de survie à 5 ans
- ✚ **Stade II :**
 - ✓ Cancer s'étend au-delà du col
 - ✓ Mais n'atteint pas la paroi pelvienne
 - ✓ Il s'étend au vagin en surface, SANS ATTEINDRE LE 1/3 inférieur
 - ➔ 50 – 60 % de survie à 5ans
- ✚ **Stade III :**
 - ✓ Cancer atteint la paroi pelvienne
 - ✓ S'étend au 1/3 inférieur du vagin SANS envahissement de la cloison recto-vaginale
 - ➔ 15 – 30 % de survie à 5 ans
- ✚ **Stade IV :**
 - ✓ Cancer envahit la vessie, ou le rectum
 - ➔ 5 – 10 % de survie à 5 ans

- ❖ **Métastase ganglionnaires :**
 - ✓ Intéressent les ganglions lymphatiques des paramètres et les chaînes ganglionnaires pelviennes
 - ✓ 30-35% de survie à 5 ans
- ❖ **Métastases à distance :**
 - ✓ Par voie hématogène
 - ✓ Se voient dans plus de la moitié des cas des cancers évolués
 - ✓ Par ordre de fréquence: Foie, Poumon, Cerveau, Os, Péritoine, Ovaire
- ❖ **Récidives :** après hystérectomie totale sont vaginales et pelviennes

Tumeurs secondaires du col utérin :

- ✓ Exceptionnelles
- ✓ Il s'agit de l'extension de tumeurs de voisinage : ovaire, corps utérin, vessie, rectum et vagin.

