



# **PLAN**

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>8</b>
I. Objectifs de l'étude :	9
II. Moyens :	9
III. Les critères d'inclusion :	9
IV. Les critères d'exclusion :	9
V. Les paramètres étudiés :	10
<b>RESULTATS ET DISCUSSION</b>	<b>11</b>
1. Etude épidémiologique	12
A. Fréquence :	12
B. L'âge des patientes	13
C. ATCD médicaux :	14
D. ATCD gynéco-obstétricaux	15
E. ATCD familiaux	16
2. Etude clinique	17
A. Le délai du diagnostic	17
B. Circonstances de découverte	18
C. Examen clinique	20
3. Etude paraclinique	21
A. Bilan diagnostique	21
B. Bilan d'extension	23
C. Bilan d'opérabilité	25
4. conduite thérapeutique	26
A. Traitement chirurgical	26
B. le traitement complémentaire	29
C. Attitude thérapeutique	30

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

5. L'évolution -----	33
A. Récidive loco régionale -----	33
B. Métastases à distance -----	33
C. Mortalité : -----	33
<b>CONCLUSION -----</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXES -----</b>	<b>39</b>
<b>Bibliographie -----</b>	<b>45</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AB</b>	: Annexectomie bilatérale
<b>ADK</b>	: Adénocarcinome
<b>ADP</b>	: Adénopathies
<b>AEG</b>	: Altération de l'état général
<b>ATCD</b>	: Antécédents
<b>CBE</b>	: Curetage biopsique de l'endomètre
<b>CCC</b>	: Carcinome à cellules claires
<b>CCR</b>	: Cancers colorectaux
<b>CE</b>	: Carcinome endométrioïde
<b>Chimio</b>	: Chimiothérapie
<b>CLAo</b>	: Curage Lombo-aortique
<b>CO</b>	: Contraception orale
<b>CP</b>	: Cytologie péritonéale
<b>Cp</b>	: Curage pelvien
<b>CS</b>	: Carcinosarcome
<b>CSPE</b>	: Carcinome séreux papillaire de l'endomètre
<b>Curi</b>	: Curiethérapie
<b>EEV</b>	: Échographie endovaginale
<b>ESMO</b>	: European Society for Medical Oncology
<b>FCV</b>	: Frottis cervico-vaginal
<b>FIGO</b>	: Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
<b>FN</b>	: Faux négatif
<b>HNPCC</b>	: Hereditary non polyposis colorectal cancer
<b>HSC</b>	: Hystéroscopie
<b>HT</b>	: Hystérectomie totale
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IHC</b>	: Immunohistochimie
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporelle
<b>INCa</b>	: Institut national du cancer
<b>IRM</b>	: Imagerie par résonance magnétique
<b>NCCN</b>	: National comprehensive cancer network

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

<b>NFS</b>	: Numération formule sanguin
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>PDV</b>	: Perdu de vue
<b>RCP</b>	: Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>RE</b>	: Récepteurs des œstrogènes
<b>RP</b>	: Récepteurs de la progestérone
<b>RR</b>	: Risque relatif
<b>RTH</b>	: Radiothérapie
<b>SEIC</b>	: Carcinome séreux intra épithélial de l'endomètre
<b>SFOG</b>	: Société française d'oncologie gynécologique
<b>SGO</b>	: Society of gynecologic oncologists
<b>TDM</b>	: Tomodensitométrie
<b>TEP</b>	: Tomographie par émission de positons
<b>THS</b>	: Traitement hormonal substitutif
<b>TNM</b>	: Tumor Node Metastasis
<b>VP</b>	: Vrai positif
<b>VPN</b>	: Valeur prédictive négative
<b>VVP</b>	: Valeur prédictive positive

# **INTRODUCTION**

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

Le cancer de l'endomètre est le cancer pelvien le plus fréquent chez la femme.

En Europe, son incidence annuelle est de 13,6 cas pour 100000 femmes [1,2].

En 1997, Lax et Kurman ont été les premiers à proposer de classer les tumeurs de l'endomètre en 2 types (I et II) selon les caractéristiques histologiques et biomoléculaires [3]. Les tumeurs de type I regroupent les tumeurs endométrioïdes de tout grade, Elles sont œstrogène-dépendantes.

A l'opposé, les tumeurs de type II (carcinome séreux papillaire, carcinome à cellules claires et carcinosarcome) sont œstrogène-indépendantes [4].

Les tumeurs de l'endomètre de type II représentent environ 10 à 20% des cancers endométriaux [5], elles appartiennent aux formes de haut grade et ont une agressivité particulière avec un envahissement myométrial précoce [6].

Notre étude porte sur dix-neuf cas de tumeurs de l'endomètre de type II traités au service de gynécologie obstétrique I du CHU Hassan II de Fès durant la période s'étendant de 2009 à 2017, nous essayerons à travers cette étude rétrospective de répondre aux objectifs suivants :

- Evaluer les différents aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des cancers de l'endomètre de type II pris en charge dans notre formation.
- Comparer nos résultats avec les données de la littérature.
- Proposer un schéma thérapeutique à la lumière des résultats de notre étude.

**MATERIEL**  
**ET METHODES**

### **I. Objectifs de l'étude :**

Le but de notre étude est d'exposer notre expérience sur les tumeurs de l'endomètre de type II, d'analyser leurs caractéristiques cliniques et histopathologiques, de discuter leurs difficultés diagnostiques et thérapeutiques, d'évaluer leur pronostic et de comparer notre série aux données de la littérature.

### **II. Moyens :**

Notre étude est menée sur 19 cas de tumeur d'endomètre de type II, colligés au service de gynécologie et d'obstétrique I au CHU Hassan II de Fès.

C'est une étude rétrospective qui s'étale sur une période de 9 ans du 1 Janvier 2009 au 31 septembre 2017

### **III. Les critères d'inclusion :**

Elles ont été incluses toutes les patientes présentant un cancer primitif de l'endomètre de type II.

### **IV. Les critères d'exclusion :**

Elles ont été exclues toutes les patientes chez qui l'examen anatomopathologique définitif de la pièce opératoire concluait à un carcinome de l'endomètre de type I, ou tout autre type histologique.

Les patientes présentant des proliférations endométriales de type II, secondaire à une origine ovarienne ou endocervicale ont également été exclues.

**V. Les paramètres étudiés :**

Les données de cette étude rétrospective ont été recueillies à partir du registre du service de gynécologie obstétrique I du CHU Hassan II de Fès, et pour certaines patientes, les données concernant le suivi ont été recueillies à partir de la base de données informatisée de l'hôpital d'oncologie du CHU Hassan II de Fès.

# RESULTATS

# ET DISCUSSION

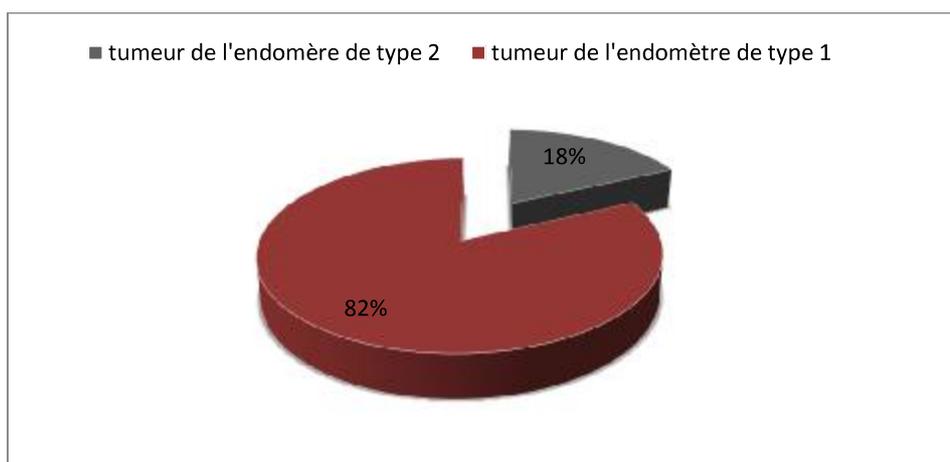
## Tumeur de l'endomètre de type II

### 1. Etude épidémiologique

#### A. Fréquence :

Le service de Gynéco-obstétrique I de CHU Hassan II de Fès a colligé 19 cas de tumeur de l'endomètre de type 2 sur une période de 9 ans (de 2009 à 2017).

Ce qui correspond à 18% de l'ensemble des tumeurs de l'endomètre opérées.



Graphique 1 : La fréquence du cancer de l'endomètre de type 2 par rapport au type 1

La même fréquence a été retrouvée dans d'autres études comme celle de M. BERCAD et al. [87] qui a trouvé que 15% des cancers de l'endomètre sont de type II, ou encore les résultats des différents registres canadiens, New Yorkais ou californien.

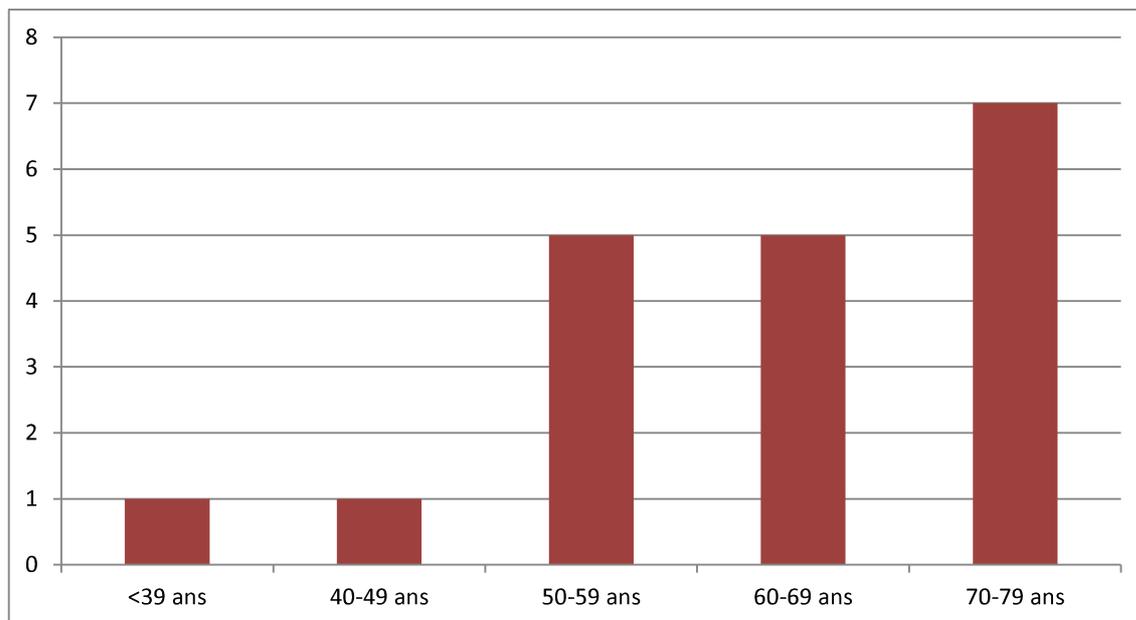
Le tableau ci-dessous montre les résultats retrouvés dans les différentes études.

LES SERIES	Type I		Type II		Période	Location
	Nb	%	Nb	%		
Canadian National Breast Screening study (NBSS)	149	82%	32	18%	1980-1985	Canada
Patient epidemiologic Data system (PEDS)	78	78%	22	22%	1982-1998	New York
Bay Area women's health study (BAWH5)	178	87%	26	13%	1996-1999	Californie
Tahira.Y. Malik	100	89%	12	11%	1997-2012	Pakistan
BECARD et al	274	85%	50	15%	1997-2010	France
B.L.NAYAK et al	70	83%	14	17%	2007-2012	Inde
Notre série	87	82%	19	18%	2009-2017	Maroc

## Tumeur de l'endomètre de type II

### B. L'âge des patientes

L'âge moyen de nos patientes lors de la découverte du cancer de l'endomètre de type 2 était de 59ans, avec des âges extrêmes allant de 38 à 79ans, et prédominance de la tranche d'âge entre 70 et 79 ans.



Graphique 2 : répartition des cas par tranche d'âge de 10 ans

On trouve dans la majorité des séries que les tumeurs de l'endomètre de type II surviennent chez des femmes âgées entre 60 et 70 ans.

LES SERIES	Age moyen	Extrêmes âges
Canadian National Breast Screening study (NBSS)	59,5	-
Patient epidemiologic Data system (PEDS)	62,9	-
BENITO, VIRGINIA ET AL	70	56-93
Tahira.Y. Malik	61	54-68
BEBCARD et al	69,5	-
B.L.NAYAK et al	62	45-75
Notre série	59	38-79

### C.ATCD médicaux :

#### ❖ Hypertension artérielle

Dans notre série, 42% des patientes étaient hypertendues sous traitement.

Dans une étude comparative (entre les 2 types de cancer de l'endomètre) menée par TAHIRA Y. MALIK [102], l'incidence de l'HTA était plus marquée dans les cancers de type 2 que celui de type 1, avec une incidence de 75% versus 56%.

Ce paramètre est également retrouvé dans la série de WEIDERPASS [104].

#### ❖ Diabète

11 patientes soit 58 % des patientes étaient diabétiques sous insuline.

Les autres études menées ont trouvés des valeurs plus importantes avec 66,7% des patientes diabétiques dans la série de TAHIRA et 82% dans E2C2 [102], ceci est dû probablement au petit échantillon sur lequel on a réalisé l'étude.

D'autres antécédents ont été recherchés. Nous citons :

- L'obésité : retrouvée chez 9 patientes soit 47%
- ATCD de néoplasie : une seule patiente était suivie pour une dysplasie du colon.
- Prise médicamenteuse : pas de prise de THS ou de Tamoxifène.
- ATCD d'irradiation pelvienne : Aucune patiente n'avait été irradiée

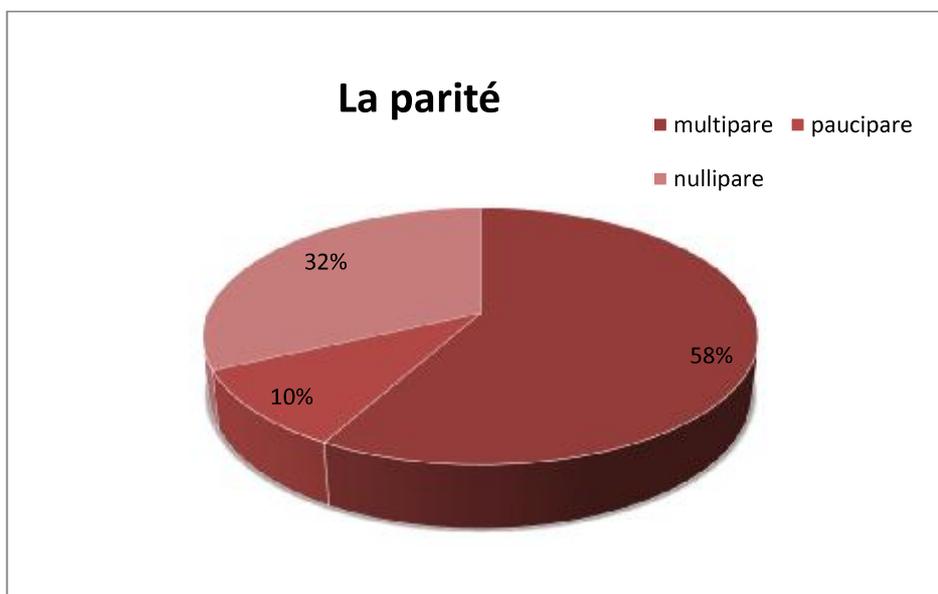
### D. ATCD gynéco-obstétricaux

#### ❖ Age des ménarches

L'âge de ménarches de nos patientes était dans 79% des cas entre 12 et 14 ans avec une moyenne de 12,4 ans et les extrêmes allant de 9 ans à 15 ans.

#### ❖ La parité

Dans notre série, **onze** patientes étaient des multipares soit 58%, avec une parité moyenne de 6. **Six** patientes étaient nullipares soit 32%, dont une était célibataire.



## Tumeur de l'endomètre de type II

### ❖ Le statut hormonal

Dans notre série, 89% des patientes étaient ménopausées

L'incidence des CE de type II a été décrite dans la littérature comme plus élevée chez les femmes multipares, avec un pourcentage des ménopausées variant entre 86 et 100 %.

Le tableau ci-dessous montre différentes valeurs retrouvées dans la littérature.

Séries	Nullipares (%)	Paucipares (%)	Multipares (%)	F. Ménopausées(%)
ASHLEY S. Felix	18%	35%	47%	86%
EZC2	18%	14%	68%	88,8%
BENITO	16,4%	-	83,8%	100%
Notre série	32%	10%	58%	89%

### ❖ La contraception Hormonale

3 patientes ont utilisées une contraception orale, soit 15%.

## E. ATCD familiaux

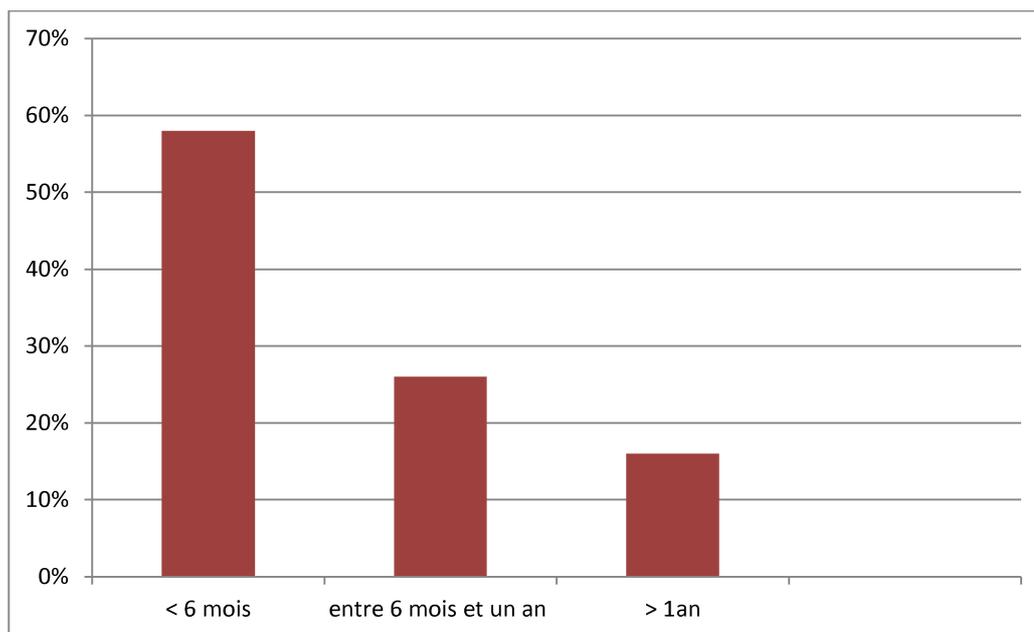
Nous avons enregistré le cas d'une patiente chez qui les ATCD familiaux faisaient fortement suspecter un **syndrome de LYNCH** sans preuve cytogénétique :

- 2 frères décédés par un Néo du colon
- Une sœur décédée par cancer de l'endomètre

### 2. Etude clinique

#### A. Le délai du diagnostic

Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est très variable allant d'un mois à 4 ans avec une moyenne de 9 mois.



**Graphique : délai diagnostique**

On constate que plus de la moitié des patientes consultaient avant six mois, mais presque le quart entre 6 mois et 12 mois.

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

### **B. Circonstances de découverte**

#### ❖ **Métrorragies**

Elles constituent le premier symptôme rencontré chez 95% de nos patientes. Elles sont de faible ou de moyenne à grande abondance. Elles constituent la seule circonstance de découverte dans 47 % des cas.

#### ❖ **Douleurs pelviennes**

Elles sont souvent associées aux métrorragies, retrouvées dans 37% des cas et elles sont présentes au premier plan dans 10,5% des cas.

#### ❖ **Hydorrhée**

Elle est présente dans 21% des cas, associée aux métrorragies et aux douleurs pelviennes, cependant aucune patiente n'avait présenté une hydorrhée isolée.

#### ❖ **Autres signes cliniques**

AEG, signes d'anémie, signes urinaires et digestifs sont rencontrés dans 42% des cas, souvent dans des formes évoluées.

Signes cliniques	Nombre de cas	Pourcentage
Métrorragies	18	95%
Douleurs pelviennes	7	37%
Hydorrhée	4	21%
AEG	1	5%
Signes urinaires et/ou digestifs	2	11%
Signes d'anémie	5	26%

## Tumeur de l'endomètre de type II

Même si nos résultats sont semblables à ceux de la littérature en terme du motif principal de consultation qui est les métrorragies.

Nous soulignons les résultats disparates concernant les douleurs pelviennes entre notre série 37% et les autres séries : NAYAK 5% [88], BENITO 6,5% [94] ET OUEDRAOGO 7% [150].

En effet 37% de nos patientes présentaient des douleurs pelviennes, ce qui traduit en général un stade évolué, Ceci peut être expliqué par le retard de consultation et éventuellement du diagnostic : Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic définitif est très variable allant d'un mois à 4 ans avec une moyenne de 9 mois.

Signes fonctionnels	NAYAK	BENITO	OUEDRAOGO	Notre série
Métrorragies	80%	90,2%	87,4%	95%
Douleurs pelviennes	5%	6,5%	7%	37%
leucorrhées	-	-	-	21%
Distension abdominale	5%	3,3%	-	0

### C. Examen clinique

L'état général est évalué systématiquement pour les patientes cancéreuses.

Deux échelles sont actuellement couramment utilisées : Karnofsky et OMS.

Dans notre série, l'évaluation de l'état est faite par l'échelle de l'OMS qui varie entre 0 et 2, sauf une seule patiente qui était grabataire (OMS 4)

L'examen gynécologique est souvent pauvre et parfois difficile vu l'atrophie vulvo-vaginale, le toucher vaginal et la pose du spéculum n'ont pas été réalisés chez une seule patiente qui se dit vierge.

#### Examen au spéculum

Il a mis en évidence un col tumoral dans 2 cas dont une avait même un envahissement des parois vaginales.

#### Le toucher vaginal combiné au palper abdominal

Il a objectivé une augmentation du volume utérin dans 83% des cas et une sensibilité utérine dans 5,5% des cas.

#### Le toucher rectal

Il a mis en évidence un envahissement paramétrial proximal gauche dans un cas et il n'était mentionné que dans le dossier de neuf patientes.

#### Examen des autres appareils

Il a objectivé la présence d'une ascite chez trois patientes soit 15,7% des cas.

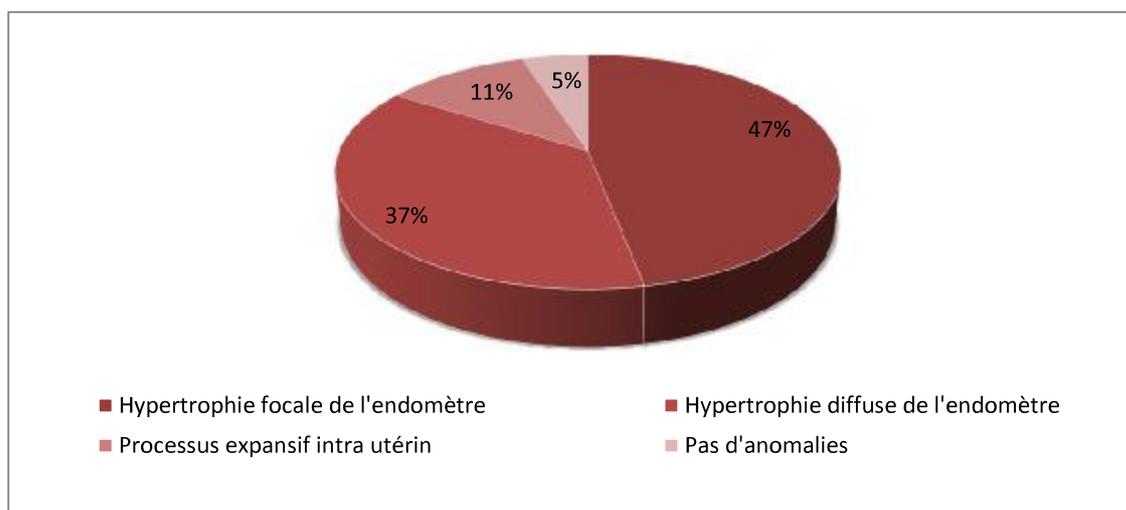
### 3. Etude paraclinique

#### A. Bilan diagnostique

##### ✚ L'Echographie pelvienne : endo-vaginale et sus pubienne

Réalisée chez toutes les patientes, elle a objectivé une image intra-cavitaire dans 11% des cas et un épaissement endométrial suspect dans 84%.

L'envahissement myométrial a été retrouvé chez quatre patientes soit 22,2%.



Graphique : Résultats de l'échographie pelvienne

Plusieurs études rapportées dans la littérature ont étudié les performances de l'échographie surtout l'endo-vaginale en terme de détection de l'invasion myométriale profonde, concluant à une très bonne fiabilité, avec une sensibilité et spécificité comparables à celle de l'IRM, comme le montre le tableau ci-dessous :

Séries	Sensibilité %	Spécificité %
Olaya, 1998	94	85
Fishman, 2000	88	83
VanDoorn, 2002	79	72
Yazbeck, 2003	70	91

## Tumeur de l'endomètre de type II

### + L'Echo doppler couleur

73,6% des lésions retrouvées à l'échographie étaient vascularisées au doppler.

L'écho doppler permet d'affiner l'étude de l'extension au myomètre par échographie

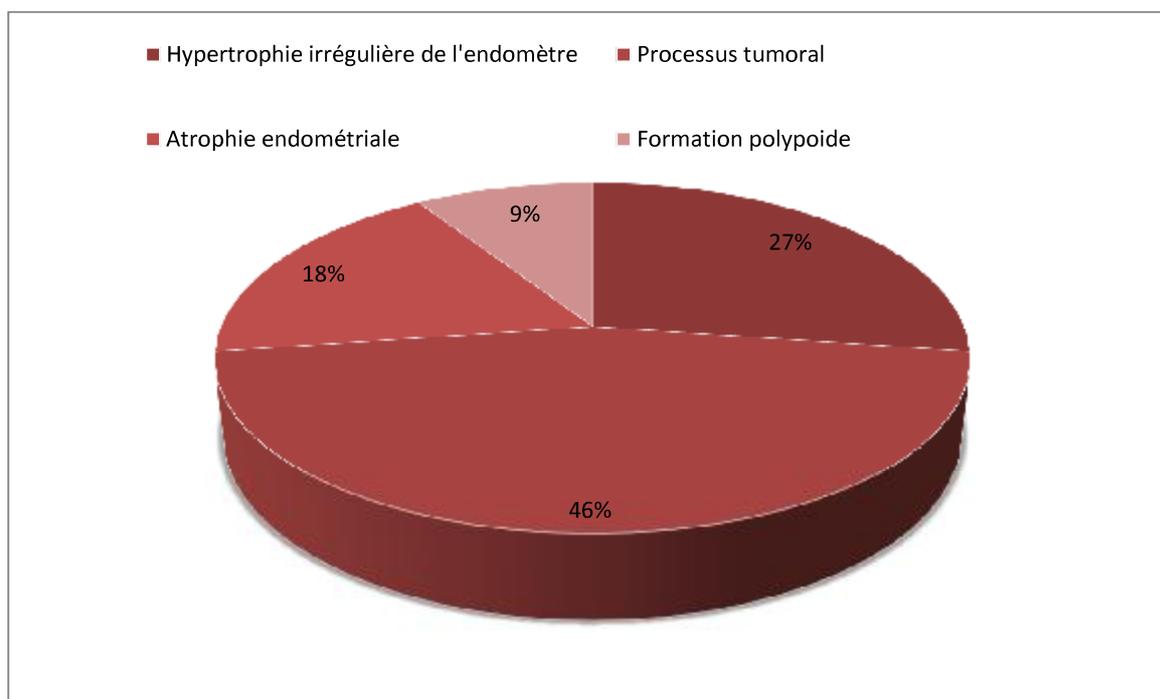
### + L'hystérocopie

Treize patientes ont bénéficié d'hystérocopie diagnostique.

Deux sont revenues non concluantes (gênée par le saignement chez la première et par la pyorrhée chez la deuxième) et le curetage biopsique a été fait à l'aveugle.

Cinq patientes ont été référées avec résultat du curetage biopsique de l'endomètre objectivant un type II de l'endomètre, et une patiente vierge avait déjà bénéficié d'une salpingectomie pour un kyste ovarien suspect et l'examen anatomopathologique était revenu en faveur d'un carcinome séreux papillaire.

Les résultats retrouvés lors de l'Hystérocopie sont :



Graphique : Résultats de l'hystérocopie diagnostique

Dans la revue de la littérature, on ne note pas de particularité dans l'aspect hystérocopique entre les 2 types histologiques [186-187].

## Tumeur de l'endomètre de type II

### Le curetage biopsique de l'endomètre

17 patientes ont bénéficié d'un CBE dirigé ou pas, et il a permis de faire le diagnostic de cancer de l'endomètre de type 2 dans 82%. Alors que dans 18% des cas le curetage biopsique de l'endomètre a objectivé un carcinome endométrioïde de type I.

### B. Bilan d'extension

#### ✚ Loco régional : IRM pelvienne

14 patientes ont bénéficié d'IRM pelvienne objectivant une masse ou un épaissement endométrial tumoral.

#### - *La corrélation IRM pelvienne/ résultat anapath :*

La corrélation entre l'IRM pelvienne et le résultat anapath au cours de notre étude en se basant sur le test chi-carré pour le calcul de la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative pour chaque donnée était comme suit :

#### - *Invasion myométriale*

		IRM Pelvienne			
		Invasion myométriale	Oui	Non	
Résultat de la pièce Anatomopathologique	Oui	VP : 9	FP : 1	10	Spécificité : 66%
	Non	FN : 2	VN : 2	4	Sensibilité : 81%
	Total	11	3	14	VPP : 90% VPN : 50%

L'IRM pelvienne présente une sensibilité de détection du degré de l'invasion myométriale de 81% avec une valeur prédictive positive de 90%.

Indice de kappa égal à 1,04 : donc il existe une bonne corrélation dans notre série.

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

Dans la littérature, Les performances de l'IRM se sont améliorées avec l'association des images en pondération T2 à celles obtenues en séquences dynamiques après injection de gadolinium : la sensibilité passe de 85 à 100% et la spécificité de 60 à 100% pour la détection d'une infiltration.

Parallèlement, la sensibilité passe de 63 à 90% et la spécificité de 88 à 100% pour l'évaluation de la profondeur de l'infiltration myométriale [208, 209, 207-211].

### ***- L'invasion cervicale***

L'IRM pelvienne présente une sensibilité et une spécificité pour la détection de l'invasion cervicale de 71%.

Dans notre série, la moitié des patientes avait une tumeur envahissant le col utérin

### ***- L'invasion séreuse et annexes***

L'IRM pelvienne présente une faible sensibilité 25% mais une bonne spécificité 90%

Dans notre série : 4 patientes avaient une invasion de la séreuse et des annexes.

### ***- L'envahissement des ADP pelviennes***

L'IRM pelvienne présente une bonne sensibilité et spécificité dans la détection des adénopathies pelviennes

Dans notre série, 5 patientes avaient un envahissement ganglionnaire dont trois cas ont été détectés par l'IRM pelvienne

### ***- La stadification préopératoire***

Au terme du bilan d'extension, la stadification de la FIGO a objectivé un stade I dans 37% des cas, un stade II dans 16% des cas, un stade III dans 26% des cas et un stade IV dans 21% des cas.

### **C. Bilan d'opérabilité**

Toutes nos patientes ont bénéficié d'un bilan pré opératoire comportant un bilan biologique (NFS, Groupage, Ionogramme, TP-TCA), une radiographie pulmonaire, ECG et une visite pré-anesthésique

Ce bilan était anormal chez une seule patiente (très âgée, altérée, cardiaque, ASA III, ne supportant pas la chirurgie).

### 4. conduite thérapeutique

#### A. Traitement chirurgical

Dans notre série, la voie d'abord utilisée est la laparotomie médiane.

Deux patientes n'ont pas été opérées dont une décédée avant l'acte chirurgical et l'autre avait un bilan d'opérabilité défavorable.

Le geste chirurgical complet consiste en une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, un curage pelvien et para-aortique, associé à une omentectomie n'a été réalisé que chez la moitié des patientes, soit pour difficulté opératoire ou dans le cas où le diagnostic d'un type II n'a été posé qu'en post-opératoire.

Type d'intervention	Nombre de malades	Pourcentage
HT + AB + LP + LLAo + Omentectomie	8	47%
HT + AB + LP + LLAo	1	6%
HT + AB + LP	7	41%
HT + AB	1	6%

#### Les suites post opératoires

Les suites post opératoires étaient simples avec une durée d'hospitalisation post opératoire moyenne de 13 jours et des extrêmes allant de 5 à 32 jours.

Une seule patiente a présentée une thrombose veineuse profonde, mise sous anticoagulants avec bonne évolution ; et une autre a présenté une éviscération à j15 du post opératoire pour laquelle elle a été reprise chirurgicalement avec bonne évolution .

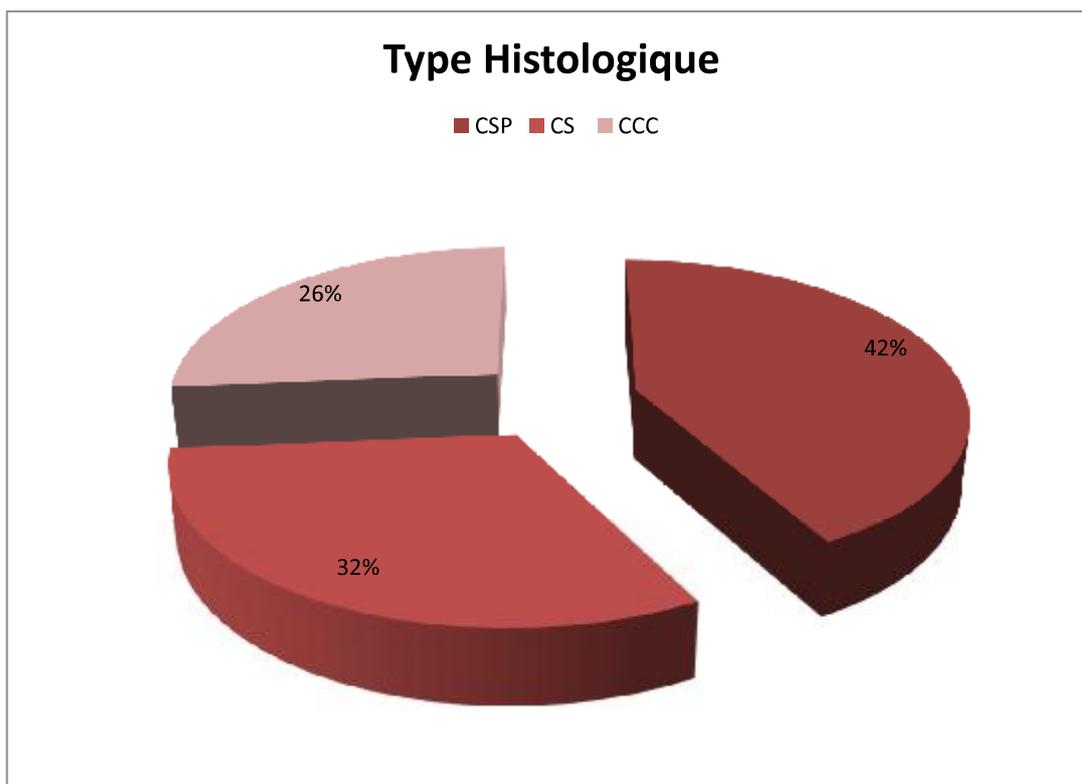
## Tumeur de l'endomètre de type II

---

### ✚ Le compte rendu d'anatomie pathologique

#### - *Type histologique*

Le type le plus retrouvé est le carcinome séreux papillaire dans 43% des cas, le carcinosarcome dans 31% des cas et le carcinome à cellules claires dans 26% des cas.



La prédominance du carcinome séreux papillaire est retrouvée dans presque toutes les autres études : 50% chez ALBERTO, 40% chez BECARD [87] et 57% chez NAYAK [88].

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

### - *Stadification de la tumeur.*

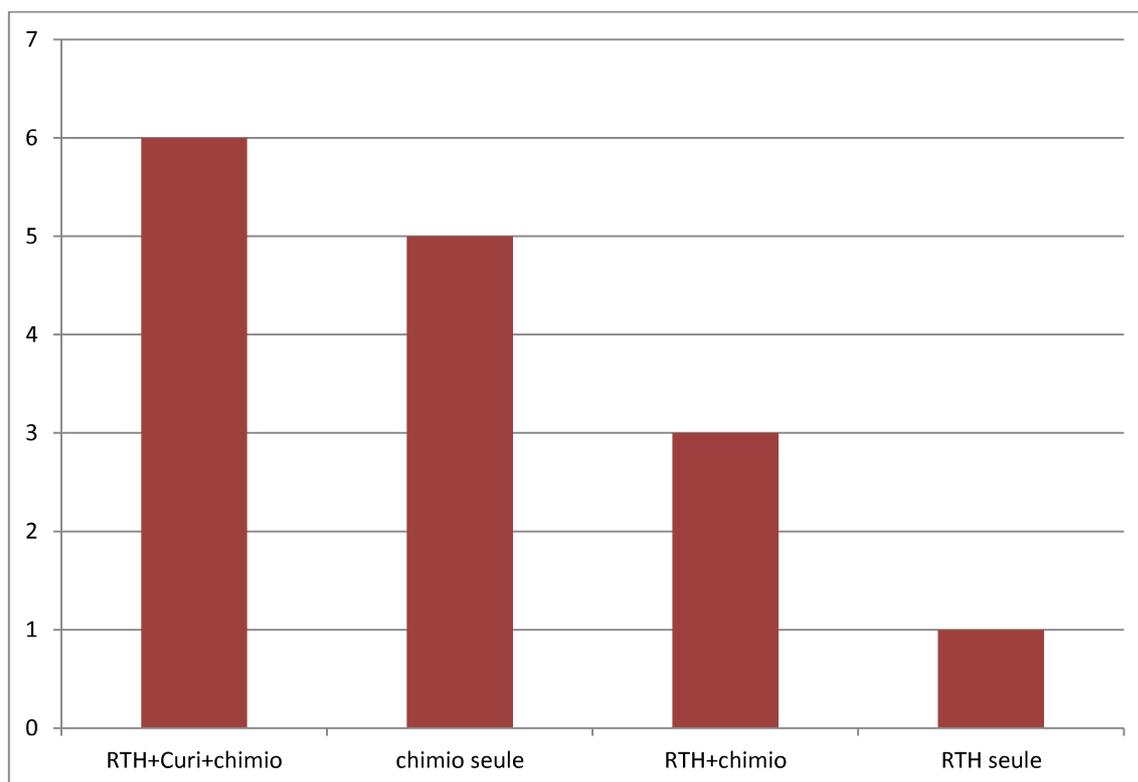
Les stades tumoraux III et IV de la FIGO sont les plus retrouvés dans notre série, contrairement aux études de NAYAK [88], ALBERTO [90] et TAHIRA [102] ceci est peut être expliqué comme nous l'avons cité par le retard de diagnostic.

Stade de la FIGO	B. L. Nayak	Alberto Mendivil	Tahira. Malik	Notre série
Stade I	37%	54%	32,8%	18%
Stade II	18%	8%	19,7%	11%
Stade III	37%	22%	31,1%	30%
Stade IV	8%	16%	8,2%	41%

### **B. le traitement complémentaire**

Sur les dix-sept patientes opérées, quinze ont bénéficié d'un traitement adjuvant tandis que 2 patientes ont refusé le traitement

Dans notre série, six patientes ont bénéficié d'une radio-curiethérapie associée à la chimiothérapie. Cinq patientes : une chimiothérapie adjuvante. Trois patientes : une radio-chimiothérapie et une seule patiente radiothérapie externe adjuvante.

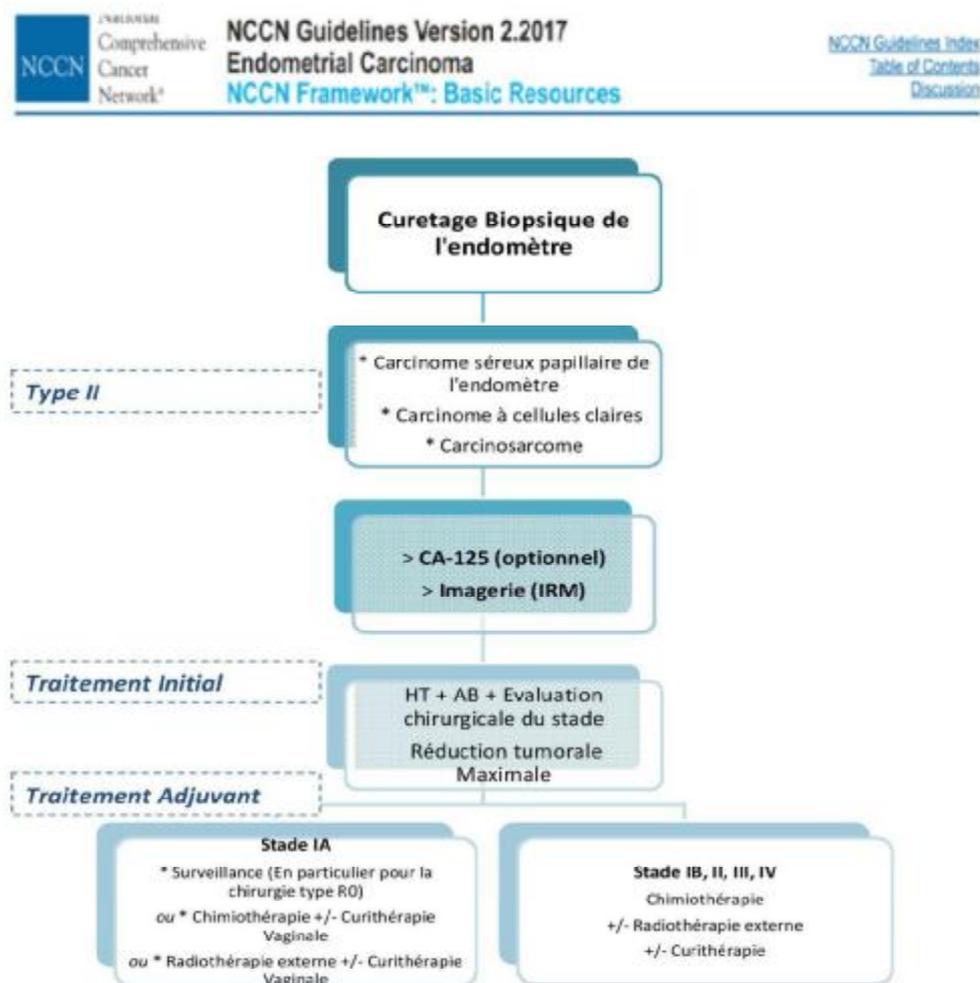


## Tumeur de l'endomètre de type II

### C. Attitude thérapeutique

Les recommandations de la NCCN 2017 ont considéré le traitement chirurgical initial comme la base de la prise en charge du cancer de l'endomètre, qui consiste en une réduction tumorale maximale : hystérectomie totale et annexectomie bilatérale avec une évaluation péritonéale type ovaire assortie d'une lymphadénectomie pelvienne complétée par une dissection para-aortique et une Omentectomie infra-colique.

L'évaluation du stade chirurgical de la tumeur est suivi par un traitement adjuvant adapté qui consiste en général en une chimiothérapie +/- Radiothérapie +/- curiethérapie vaginale.



## **Tumeur de l'endomètre de type II**

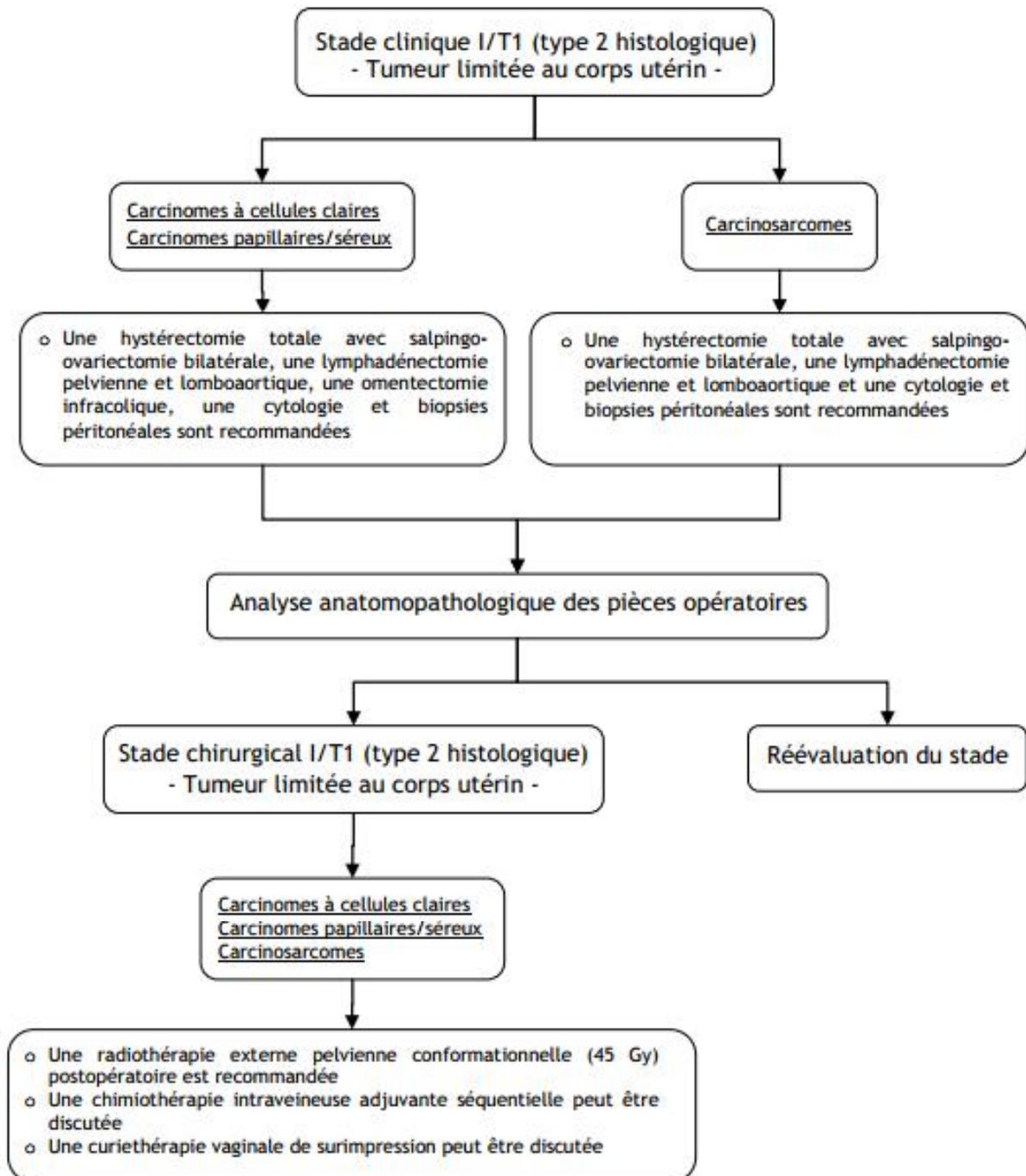
---

Pour les recommandations de l'INCA, la prise en charge du stade I de Figo consiste en une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, curage pelvien et Lombo-aortique, associés à une Omentectomie infra-colique sauf pour le carcinosarcome.

Le traitement adjuvant est basé sur la radiothérapie externe pelvienne +/- chimiothérapie séquentielle +/- curiethérapie vaginale de surimpression.

Il n'y a pas de différences pour la prise en charge des stades avancés par rapport au cancer de l'endomètre de type I.

## Tumeur de l'endomètre de type II



### 5. L'évolution

#### A. Récidive loco régionale

Au cours du suivi deux patientes, opérées pour un carcinome séreux papillaire de l'endomètre, ont présenté un épaissement vésical et rectal d'allure tumoral pour lequel ils ont reçu des cures de chimiothérapie supplémentaire.

#### B. Métastases à distance

A court terme, 60% des malades ont présenté des métastases à distance au niveau de différents sites : hépatique, pulmonaire, péritonéal, osseux, pleural, médiastinal, grêlique, duodénaal et splénique pour lesquelles elles ont reçu des cures de chimiothérapie.

#### C. Mortalité :

Dans notre série, on note un taux de mortalité très élevé avant un an.

11 patientes sont déjà décédées, 4 toujours sous traitement adjuvant et quatre patientes sont perdues de vues

Tableau : la mortalité dans notre série

Mortalité	≤ 1 an	2 ans	3 ans	5 ans
Nombre de patients	7	1	3	0
Pourcentage	64%	9%	27%	0

# CONCLUSION

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

Le cancer de l'endomètre de type II regroupe 3 sous-types : Carcinome séreux papillaire, carcinome à cellules claires et carcinosarcome, c'est un cancer œstrogène-indépendant. Il survient essentiellement chez la femme très âgée.

Les métrorragies post ménopausiques constituent le maître symptôme.

Le diagnostic positif repose essentiellement sur l'échographie endovaginale et éventuellement l'hystérocopie avec curetage biopsique de l'endomètre.

Ce dernier permet la confirmation diagnostique du type II en préopératoire.

Le bilan d'extension locorégional se fait par l'IRM pelvienne et à distance par la TDM TAP +/- Ca125.

Le traitement de base du cancer de l'endomètre est chirurgical.

L'analyse de la pièce opératoire permet de déterminer la stadification et les facteurs pronostiques du cancer, et d'orienter ainsi la stratégie thérapeutique complémentaire : Radiothérapie externe et/ou curiethérapie (afin de réduire le risque de récurrences locorégionales) et la chimiothérapie adjuvante dans certaines situations ; C'est le cas dans la plupart des tumeurs de l'endomètre de type II.

Toutes nos malades ont nécessité un traitement adjuvant.

Le pronostic reste mauvais avec un taux de récurrence locale et de métastases important

En effet, à travers notre série nous avons souligné que nos malades étaient âgées, tarées et diagnostiquées tardivement malgré qu'elles aient été symptomatiques.

L'échographie endo-vaginale et l'hystérocopie couplée au curetage biopsique de l'endomètre permettaient de poser le diagnostic.

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

Les patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical optimal dans seulement 47% des cas, le reste des malades n'en a pas bénéficié du fait des CI et des complications

L'IRM pelvienne préopératoire et l'histologie post-opératoire avaient objectivé des stades évolués (III et IV) de la FIGO.

Les recommandations actuelles insistent sur le traitement chirurgical complet.

Les traitements adjuvants dépendent du stade anatomo-chirurgical, et permettent de réduire les récurrences locorégionales et à distance.

Le pronostic reste fâcheux vu le type histologique et le stade tardif.

### Résumé

Le cancer de l'endomètre est le cancer pelvien le plus fréquent chez la femme, on distingue 2 types histologiques : les carcinomes endométrioïdes (type 1) et les carcinomes non endométrioïdes (type 2) regroupant les carcinomes à cellules claires, les carcinomes séreux papillaires et les carcinosarcomes. Ces derniers sont caractérisés par une agressivité particulière et un envahissement myométrial précoce.

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 19 cas de carcinome de l'endomètre de type II qui ont été pris en charge au sein du service de gynécologie-obstétrique I du CHU Hassan II de Fès, durant une période de 9 ans, étalée du 1er janvier 2009 au 31 septembre 2017.

Dans notre série, le carcinome de l'endomètre de type II constitue 18 % de l'ensemble des tumeurs de l'endomètre, ce type histologique est retrouvé surtout chez des femmes âgées.

L'âge moyen de nos patientes est de 59 ans, dont 89% étaient ménopausées.

Les métrorragies post ménopausiques demeurent le mode d'expression le plus fréquent, associées parfois à des douleurs pelviennes et/ou une hydorrhée.

L'échographie pelvienne a objectivé un épaissement tumoral suspect chez 84% des patientes.

Le curetage biopsique de l'endomètre dirigé par hystérocopie a permis de poser le diagnostic positif préopératoire dans 82% des cas.

L'IRM pelvienne est réalisée chez 14 patientes, avec une bonne corrélation radio-histologique, en terme d'invasion myométriale, retrouvée dans 80% des cas.

Le traitement de base est la chirurgie réalisée chez 17 patientes (une patiente décédée, et une patiente jugée non opérable sur le plan anesthésique) : une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale est réalisée chez toutes nos

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

patientes, associée à une colpectomie dans 30% des cas, une lymphadénectomie pelvienne dans 94%, une lymphadénectomie para aortique dans 53% et une omentectomie dans 47% des cas.

Le carcinome séreux papillaire est le type histologique le plus fréquent, retrouvé chez 43 % des patientes, suivi du carcinosarcome chez 31% et le carcinome à cellules claires chez 26%. Les tumeurs ont été classées histologiquement : stade I dans 18%, stade II dans 11%, stade III dans 30% et stade IV dans 41% des cas.

Les patientes ont été adressées après réunion de concertation multidisciplinaire au centre d'oncologie pour complément de prise en charge : le traitement adjuvant a reposé sur la radiothérapie, la curiethérapie et la chimiothérapie.

L'évolution est défavorable chez presque toutes nos patientes : 2 patientes ont présenté des récurrences locorégionales et 12 patientes des métastases à distance.

4 de nos patientes ont été perdues de vue.

A travers notre série et la revue de la littérature nous avons mis en évidence que le pronostic de cette pathologie reste fâcheux lié au type histologique, au retard du diagnostic et à la stadification évoluée.

# ANNEXES

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

N° d'entrée:                      N° d'ordre :                      Date d'hospitalisation : /... /....

### **IDENTITE :**

- Age : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_
- Niveau socio économique :      Bas                          Moyen                          Elevé

### **ANTECEDENTS ET FACTEURS DE RISQUE :**

#### **1. Médicaux :**

- HTA    oui     non
- Diabète    oui     non
- Obésité    oui     non
- Néoplasique : oui                       non     Si oui préciser :
- prise médicamenteuse :
  - TSH    oui     non
  - Tamoxifène    oui     non
- ATCD d'irradiation pelvienne : oui                       non

#### **2. Chirurgicaux :    oui                      non    Si oui lesquels :**

#### **3. Gynéco obstétriques :**

- Age des ménarches : \_\_\_\_\_
- Gestité :                      Parité :                      Nullipare                       Paucipare                       Multipare
- Contraception hormonale :    oui                       non                       Durée : \_\_\_\_\_
- Ménopause :    précoce     tardive

#### **4. Habitudes toxiques :                      Tabagisme                      Alcoolisme**

#### **5. Familiaux**

- ATCD de néo de l'endomètre :                      oui                       non                       Autres : \_\_\_\_\_

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

### DIAGNOSTIC POSITIF

#### 1. Clinique

##### a. Signes fonctionnels :

- Métrorragies  Méno métrorragies
- Douleurs pelviennes
- Hydrorrhées
- Signes urinaires ou digestifs  Autres :

##### b. Evolution des symptômes

##### c. Examen clinique

###### - Examen général

- Patiente stable : Oui  Non
- Présence des adénopathies : Oui  Non
- Présence d'une ascite : Oui  Non
- AEG: Oui  Non
- Autres : Oui  Non

###### - Examen au spéculum

- Envahissement du col: Oui  Non
- Envahissement des parois vaginales : Oui  Non

###### - TV :

- Augmentation du volume utérin : Oui  Non  Taille :
- Sensibilité de l'utérus: Oui  Non
- Comblement des parois vaginales : Oui  Non

###### - TR :

- Envahissement des paramètres : Droit  Gauche
- Cloison recto vaginale Oui  Non

##### d. Examens des autres appareils

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

### 2. Para clinique :

a. FCV: Oui  Non  Type d'anomalie :

#### b. Echographie pelvienne et endovaginale

- Processus expansif intra utérin : Oui  Non
- Envahissement myométrial : Oui  Non
- Envahissement cervical : Oui  Non
- Autres : Ovaires : Oui  Non

#### c. Echo doppler couleur

- Diminution de l'indice de résistance: Oui  Non
- Hyper vascularisation de l'endomètre : Oui  Non

#### d. Hystéroskopie

- Hypertrophie : Régulière  irrégulière
- Atrophie : Oui  Non
- Autres :

a. Curetage biopsique de l'endomètre : Oui  Non

- Type : Sous hystéro  A l'aveugle
- Résultat CCC  CSP  CS

### BILAN D'EXTENSION

a. Echographie abdominale : Métastases : Oui  Non

b. Radio de thorax : Métastases : Oui  Non

c. IRM pelvienne : Oui  Non

- Invasion myométriale  : sup a 50%  moins de 50%
- Invasion cervicale : Oui  Non
- Invasion de la séreuse et des annexes : Oui  Non

d. TDM-TAP : Oui  Non  Résultats :

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

### TRAITEMENT ET EVOLUTION

1. **Opérabilité :** Oui  Non 
  - Stadification (IRM+ clinique) : I  II  III  IV
2. **Chirurgie :**
  - a. *Voie d'abord :* Laparotomie  Coelioscopie  Voie basse
  - b. *Technique :*
    - Hystérectomie totale + Annexectomie bilatérale
    - Geste associé : CHTE  LP  LLAo  Omentectomie
  - c. *Suites post opératoires immédiates :*
3. **Traitements adjuvants :**
  - Radiothérapie : Externe  Curiethérapie  Les deux
  - Hormonothérapie  Chimiothérapie
4. **Compte rendu anatomopathologique**
  - Le type histologique : CCC  CSP  CS
  - Infiltration myométriale : Moins de 50  Plus de 50%
  - Envahissement du col utérin : Oui  Non
  - Envahissement des ovaires : Oui  Non
  - Envahissement des trompes : Oui  Non
  - Envahissement paramétrial : Oui  Non
  - Collerette vaginale : Oui  Non
  - Présence d'embolies vasculaires : Oui  Non
  - Stade FIGO 2009 : I  II  III  IV
5. **Evolution :**
  - Survie : 1 an  2 ans  5 ans
  - Récidives locorégionales : Oui  Non  Traitement :
  - Métastases : Oui  Non  Traitement :

## Tumeur de l'endomètre de type II

### Annexe 2 : Classification FIGO 2009 et TNM 2009 des carcinomes de l'endomètre

FIGO (2009)	TNM (2009)	Description	FIGO (1989)
Stades I*	T1	Tumeur limitée au corps utérin	Stades I
<b>IA</b>	<b>T1a</b>	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	<b>IA-B</b>
<b>IB</b>	<b>T1b</b>	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	<b>IC</b>
Stades II*	T2	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	Stades IIA-B
Stades III*	T3 et/ou N1	Extensions locales et/ou régionales comme suit :	Stades III
<b>IIIA</b>	<b>T3a</b>	Séreuse et/ou annexes**	<b>IIIA</b>
<b>IIIB</b>	<b>T3b</b>	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	<b>IIIB</b>
<b>IIIC</b>	<b>N1</b>	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	<b>IIIC</b>
		<b>IIIC1</b>	
		Ganglions pelviens	
		<b>IIIC2</b>	
		Ganglions lombosacrés +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	T4 et/ ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	Stades IV
<b>IVA</b>	<b>T4</b>	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	<b>IVA</b>
<b>IVB</b>	<b>M1</b>	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	<b>IVB</b>

\* Grades : 1, 2, 3;

\*\* Les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification (la classification FIGO de 1989 incluait les résultats d'une cytologie positive pour les stades IIIA).

# BIBLIOGRAPHIE

## Tumeur de l'endomètre de type II

---

- [1] Cancers de l'endomètre stades non métastatiques. In: Libbey J, editor. SOR. 2001. p. 17.
- [2] Zarbo G, Caruso G, Caruso S, Mangano U, Zarbo R. Endometrial cancer: pre-operative evaluation of myometrial infiltration magnetic resonance imaging versus transvaginal ultrasonography. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000;21:95-7.
- [3] Lax SF, Kurman RJ. A dualistic model for endometrial carcinogenesis based on immunohistochemical and molecular genetic analyses. *Verh Dtsch Ges Pathol* 1997;81:228-32.
- [4] Matthews RP, Hutchinson-Colas J, Maiman M et al. Papillary serous and clear cell type lead to poor prognosis of endometrial carcinoma in black women. *Gynecol Oncol* 1997;65:206-12.
- [5] Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, McCann SE, Yu H, Xiang Y-B, et al. Type I and II Endometrial Cancers: Have They Different Risk Factors? *J Clin Oncol*. 10 juill 2013;31(20):2607-18.
- [6] Hendrickson M, Ross J, Eifel P, Martinez A, Kempson R. Uterine papillary serous carcinoma: a highly malignant form of endometrial adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 1982;6:93-108.
- [7] M.Bécard et al., Carcinomes de l'endomètre de haut grade: ont-ils tous le même pronostic et doivent-ils être pris en charge de la même façon ?. *La lettre du Gynécologue*. N 364-Septembre 2011
- [8] Tahira Y.Malik, Aziz AB Sheikh I. Comparaison of Risk Factors and Survival of Type 1 and Type II Endometrial Cancers. *Pak J Med Sci*. 2016;32(4):886-890.
- [9] Weiderpass et al., body size in different periods of life, diabetes mellitus, hypertension, and risk of postmenopausal endometrial cancer (Sweden), on February 2000

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

- [10] B.L.Nayak et al., Type II endometrial cancers :Original research on a series. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.*2017 jun;6(6):2306–2309
- [11] Benito, Virginia ET AL., Pure Papillary Serous Tumors of the Endometrium: A Clinicopathological Analysis of 61 Cases From a Single Institution. November 2009
- [12] AS Ouédraogo et al., Aspects histoépidémiologiques du cancer de l'endomètre à Ouagadougou *J.Afr. cancer* (2011) 3 :251–255
- [13] Torrejon R, Fernandez–Alba n, Carnicer I, et al. The value of hysteroscopie exploration for abnormal uterine bleeding. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* Aug 1997;4 (4) : 453–456
- [14] Haller H., Matejcic N., Rukaniva B. Krasevic M., Rupis S., Mozetic D. Transvaginal sonography and hysteroscopy in women with postmenopausal beeding. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1996;54, 2: 155–159
- [15] Taieb S, Ceugnart L, Leblanc E, Chevalier A, Cabaret V, Querleu D. IRM des cancers de l'endomètre: apports et limites. *Sous presse (Job–Gyn).*
- [16] Savci G, Ozyaman T, Tutar M, Bilgin T, Erol O, Tuncel E. Assessment of depth of myometrial invasion by endometrial carcinoma: compari– son of T2–weighted SE and contarst–enhanced dynamic GRE MR imaging. *Eur Radiol* 1998;8:218–23.
- [17] Hricak H, Rubinstein LV, Gherman GM, Karastaedt N. MR imaging evaluation of endometrial carcinoma: results of an NCI cooperative study. *Radiology* 1991;179:829–32.
- [18] Saez F, Urresola A, Larena JA, Martin JI, Pijuan JI, Schneider J, et al. Endometrial carcinoma: assessment of myometrial invasion with plain and gadolinium– enhanced MR imaging. *J Magn Reson Imaging* 2000 Sep;12(3):460–6.

## **Tumeur de l'endomètre de type II**

---

- [19] Seki H, Kimura M, Sakai K. Myometrial invasion of endometrial carcinoma: assessment with dynamic MR and contrast-enhanced T1-weighted images. *Clin Radiol* 1997;52(1):18-23.
- [20] Mendivil A, Schuler KM, Gehrig PA. Non-endometrioid adenocarcinoma of the uterine corpus: a review of selected histological subtypes. *Cancer Control*. 2009;16(1):46-52. [PubMed]