

## ITEM 297 : TUMEUR DU COL UTERIN

- Anatomie physiologie :

Muqueuse exocervicale = muqueuse pavimenteuse malpighienne. Muqueuse endocervicale = muqueuse cylindrique.

La zone de jonction pavimento-cylindrique est **hormono-dépendante** (= localisation variable)

- Puberté/ grossesse / TH progestatif : réapparition physiologique de la muqueuse cylindrique sur l'exocol = Ectropion
- Ménopause : La jonction pavimento-cylindrique se rétracte dans le canal endocervical

- **Ectropion** = réapparition physiologique de la muqueuse cylindrique sur l'exocol → surface dynamique, de régénération, active à partir de cellules de réserve sous forme de métaplasie malpighienne = **Zone de transformation propice à l'infection à HPV**

Histoire naturelle : apparition au niveau de la **zone de jonction pavimento-cylindrique**

- FdR principal = **infection à HPV de haut risque oncogène** : sans conséquence clinique, régresse dans 90% des cas
- **Néoplasie intra-épithéliale cervicale** (CIN) : évolue vers un cancer du col (< 1% des CIN1, proportion plus élevée pour les CIN2 et 3, délai entre **5 et 20 ans** ou plus rapidement si HPV-16), ou régresse spontanément (**70%** des CIN1, **40%** des CIN2 sur 2 ans). Augmentation de l'incidence et diminution de l'âge des patientes
- **Adénocarcinome in situ** (1% des lésions précancéreuses) : chez la femme de 25-30 ans, 90% HPV-induit (HPV 18 ++)
- **Cancer du col utérin** : franchissement de la lame basale par les cellules cancéreuses

PAPILLOMAVIRUS	<p><b>HPV</b> = virus à ADN à transmission direct par contact cutané ou muqueux (rapports sexuels, même protégé par un préservatif), de 120 types différents (40 ont un tropisme génital)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection très fréquente (80% des femmes), le plus souvent transitoire, régression spontanée en 1 à 2 ans (90% des cas)</li> <li>- HPV à haut risque oncogène (<b>16++</b>, <b>18++</b>, <b>31</b>, <b>33</b>, <b>35</b>...) : à l'origine de <b>cancer du col</b> (retrouvé dans <b>99,7%</b> des cas), <b>ORL (oropharynx et amygdale)</b> de l'<b>anus</b>, du <b>pénis</b>, de la <b>vulve</b> et du <b>vagin</b></li> <li>- HPV à bas risque (<b>6</b>, <b>11</b>...) : condylomes acuminés</li> <li>- FdR d'infection à HPV : <b>Partenaires multiples</b>, <b>tabac</b>, femmes jeunes.</li> </ul> <p>→ <b>Test HPV</b> : recherche de la présence d'ADN viral des HPV de haut risque (VPN proche de 100%)</p>
	<p><b>Vaccination anti-HPV</b></p> <p>= Vaccins préparés à partir de particules virales non infectantes (<i>virus like</i> particule L1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gardasil®</b> = vaccin tétravalent : HPV de haut risque 16 et 18 + HPV de bas risque 6 et 11</li> <li>- <b>Gardasil 9</b> = vaccin nonavalent : Gardasil® + sérotypes 31, 33, 45, 52, 58</li> <li>- <b>Cervarix®</b> = vaccin bivalent : HPV de haut risque 16 et 18</li> </ul> <p>- Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. vaccination de toutes les filles et de tous les garçons de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans révolus. La vaccination reste recommandée jusqu'à 26 ans pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (<i>mise à jour HAS 2019</i>)</li> <li>. en 3 injections à M0, M1/M2 et M6</li> <li>- Prévient 50% des lésions intra-épithéliales de haut grade et <b>70%</b> des cancers invasifs du col de l'utérus</li> <li>- Prévention du condylome acuminé par le Gardasil®</li> </ul> <p>→ Taux de couverture en France très faible = <b>17%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dépistage reste indispensable</b></li> </ul>

## NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE CERVICALE

= **Lésion précancéreuse asymptomatique** : anomalie de l'épithélium pavimenteux, naissant à la zone de jonction entre épithélium pavimenteux (exocol) et cylindrique (endocol), particulièrement fragile aux infections par HPV

- Le délai moyen entre la contamination HPV et la survenue d'une néoplasie intra-cervicale est de **10 à 12 ans**

Dépistage	<b>Frottis cervico-utérin</b>	<p>= Dépistage individuel : 1<sup>er</sup> FCU à <b>25 ans</b>, contrôlé à <b>1 an</b> puis réalisé <b>tous les 3 ans</b> jusqu'à <b>65 ans</b>, chez <b>toutes les femmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage pendant la grossesse possible</li> <li>- Très spécifique (&gt; 95%) mais peu sensible (50-80%) → Sa réalisation diminue de <b>90%</b> le risque de cancer</li> <li>- Mise à jour HAS 2019 : pour les femmes de 30 à 65 ans :             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dépistage primaire par test HPV (et non plus par frottis standard) (test HPV 3 ans après frottis normal à partir de 30 ans)</li> <li>. Si test HPV négatif : délai de 5 ans avant un nouveau test</li> </ul> </li> </ul>	
		<i>Méthode</i>	<p>= <b>Spatule d'Ayre</b> pour l'exocol et <b>cytobrosse</b> pour l'endocol (ou <b>endobrosse</b> si jonction squamo-cylindrique endo-cervicale) : en dehors des règles, en l'absence d'infection, à distance d'un rapport sexuel, avant le TV, après pose d'un spéculum sans lubrifiant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Frottis conventionnel</b> (prélèvement étalé sur une lame) : récupération de seulement 20-30% des cellules de la cytobrosse, qualité d'étalement aléatoire</li> <li>- <b>Frottis en phase liquide</b> : récupération de la quasi-totalité des cellules, recherche d'HPV ou d'autre pathogène possible sur le même prélèvement, mais coût plus élevé</li> <li>→ Qualité du prélèvement : aucune valeur si ne comporte pas de <b>cellules glandulaires</b></li> </ul>
		<i>Résultat</i>	<p><b>Classification de Bethesda</b> : <b>ininterprétable</b> (à refaire), <b>normal</b>, <b>inflammatoire</b> (normal) ou <b>anormal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>AGC</b> : atypie des cellules glandulaires</li> <li>- <b>ASC-US</b> (3-5%) : atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée</li> <li>- <b>ASC-H</b> (rare) : signification indéterminée mais plus inquiétant (40% de haut grade)</li> <li>- <b>LIEBG</b> (ou <b>LSIL</b> : 2%) : lésion intra-épithéliale de bas grade</li> <li>- <b>LIEHG</b> (ou <b>HSIL</b> : 0,5%) : lésion intra-épithéliale de haut grade (RR à 40% d'évolution en cancer)</li> <li>→ Le FCU est un examen de dépistage : corrélation imparfaite avec les résultats histologiques</li> </ul>
	<i>CAT</i>	<b>ASC-US</b>	<p>= Frottis indéterminé : normal dans 90% des cas, mais lésion intra-épithéliale dans <b>10%</b> des cas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Recherche d'HPV à haut risque</b> : - Si HPV- : VPN proche de 100% → reprise du <b>FCU</b> à 3 ans</li> <li style="padding-left: 20px;">- Si HPV+ : réalisation d'une <b>colposcopie ± biopsies</b></li> <li>- <b>MàJ HAS 2019</b> : à partir de <b>30 ans</b> dépistage <b>primaire par test HPV</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- si <b>test HPV négatif</b> : <b>test HPV à refaire à 5 ans</b></li> <li>- si <b>test HPV positif</b> : <b>frottis standard</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ si <b>ASC-US+</b> → <b>colposcopie</b></li> <li>→ si <b>négatif</b> → <b>test HPV à 1 an</b> ; si <b>négatif test HPV à 5ans</b> ; si <b>positif colposcopie</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	<b>AGC</b>	<p>Si &lt; 45 ans : <b>Test HPV, colposcopie si test +</b>, curetage endocervical, contrôle FCU à 3 ans si négatif</p> <p>Si &gt; 45 ans : exploration utérine (écho pelvienne et biopsie endométriale + test HPV)</p>	
	<b>LSIL</b>	<p>= Dysplasie de bas grade : 2/3 disparaissent spontanément</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Colposcopie d'emblée</b></li> </ul>	
	<b>HSIL ou ASC-H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Colposcopie avec biopsie d'emblée</b></li> </ul>	
Diagnostic	<b>Colposcopie</b>	<p>→ Indication:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Atypie glandulaire</b> (d'emblée) : endocervicale, endométriale ou ADK endocervical</li> <li>. <b>Atypie pavimenteuse</b> : <b>ASC-H</b> ou <b>HSIL</b> (d'emblée), <b>ASC-US/AGC</b> avec <b>HPV+</b> ou <b>LSIL</b></li> </ul> <p><b>Colposcope</b> : visualisation du col et réalisation des biopsies, idéalement en 1<sup>ère</sup> partie de cycle (col ouvert)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Examen du col sans préparation</b> : tuméfaction, ulcération, vascularisation (filtre vert), leucoplasie...</li> <li>- <b>Application d'acide acétique = zone blanche acidophile</b> (riches en protéines) : visualisation de la zone de jonction cylindro-malpighienne et d'éventuelles lésions intra-épithéliales</li> <li>- <b>Application de lugol = test de Schiller</b> : coloration brûnâtre de l'épithélium pavimenteux de l'exocol (riche en glycogène), alors qu'une lésion intra-épithéliale ne sera pas colorée au lugol (iodo-négative, aspect jaune)</li> <li>- <b>Biopsie des zones suspectes</b> (zones acidophiles et iononégatives) + schéma daté-signé</li> </ul> <p>→ Aucune valeur si ne visualise pas la zone de jonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FCU LIEHG et zone de jonction non vue à la colposcopie → <b>conisation</b> à but diagnostique</li> <li>- FCU LIEBG/ASC-US et zone de jonction non vue à la colposcopie → <b>contrôle du FCU</b> à 6 mois</li> </ul>	

	Analyse histologique des biopsies	<p>= <b>Classification de Richard</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>CIN1 = dysplasie légère</b> : anomalies cellulaires &lt; 1/3 inférieur de l'épithélium</li> <li>- <b>CIN2 = dysplasie modérée</b> : anomalies cellulaires atteignant les 2/3 profonds de l'épithélium</li> <li>- <b>CIN3 = dysplasie sévère</b> ou <b>cancer <i>in situ</i></b> : anomalies de toute la hauteur de l'épithélium</li> </ul> <p>= Classification de <i>Richard</i> remplacée par la classification de <b>Bethesda depuis 2014</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>LSIL</b> (=CIN1)    - <b>HSIL</b> (=CIN 2 et 3)    - <b>AIS</b> (ADK in situ)</li> </ul>			
PEC	LSIL/ CIN1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Surveillance par FCU et coloscopie</b> tous les <b>6 à 9 mois</b> : disparition spontanée dans 2/3 des cas en 2 ans</li> <li>- <b>Traitement uniquement si lésion persistante &gt; 18 mois</b> (ou si surveillance difficile) : privilégier la <b>vaporisation au laser</b> (aucune analyse histologique, mais diminue morbidité obstétricale) à la <b>résection à l'anse diathermique</b></li> <li>- Aggravation en CIN2 ou 3 : <b>conisation</b></li> </ul>			
	HSIL / CIN 2 et 3	<p><b>Conisation = exérèse chirurgicale, généralement à l'anse diathermique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen histologique : limites d'exérèses endo- et exocervicale → découverte possible d'un cancer</li> </ul>			
		<table border="1"> <tr> <td>Complication</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Précoce : <b>hémorragie per- ou post-opératoire</b></li> <li>- Tardive : - <b>FdR obstétricale</b> : accouchement prématuré, petit poids de naissance</li> <li>- <b>Sténose cervicale cicatricielle</b> : surveillance difficile</li> <li>- <b>Obstruction cervicale cicatricielle</b> (très rare) : dysménorrhée/aménorrhée</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Surveillance</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Le risque de cancer infiltrant du col de l'utérus est 4 à 5 fois plus élevé après le traitement d'un CIN2 ou 3, principalement dans les 1<sup>ère</sup> années post-opératoire</li> <li>- <b>FCU + test HPV</b> : à 3-6 mois, à 18 mois puis 1/an (pendant au moins 10-20 ans)</li> </ul> </td> </tr> </table>	Complication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précoce : <b>hémorragie per- ou post-opératoire</b></li> <li>- Tardive : - <b>FdR obstétricale</b> : accouchement prématuré, petit poids de naissance</li> <li>- <b>Sténose cervicale cicatricielle</b> : surveillance difficile</li> <li>- <b>Obstruction cervicale cicatricielle</b> (très rare) : dysménorrhée/aménorrhée</li> </ul>	Surveillance
Complication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précoce : <b>hémorragie per- ou post-opératoire</b></li> <li>- Tardive : - <b>FdR obstétricale</b> : accouchement prématuré, petit poids de naissance</li> <li>- <b>Sténose cervicale cicatricielle</b> : surveillance difficile</li> <li>- <b>Obstruction cervicale cicatricielle</b> (très rare) : dysménorrhée/aménorrhée</li> </ul>				
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Le risque de cancer infiltrant du col de l'utérus est 4 à 5 fois plus élevé après le traitement d'un CIN2 ou 3, principalement dans les 1<sup>ère</sup> années post-opératoire</li> <li>- <b>FCU + test HPV</b> : à 3-6 mois, à 18 mois puis 1/an (pendant au moins 10-20 ans)</li> </ul>				
	AIS	- <b>Résection profonde + hystérectomie</b> complémentaire			
	Pronostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Guérison dans 90%</b> des cas quelle que soit la méthode de traitement</li> <li>- <b>Surveillance</b> : Cytologie + HPV dans les 3 à 6 mois <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si normaux : Surveillance à 6 mois-1 an puis tous les ans pendant 20 ans</li> <li>- Si anormaux : coloscopie à prévoir</li> </ul> </li> </ul>			

### AUTRES LESIONS BENIGNES DU COL

Cervicite	SF	- <b>Douleurs pelviennes</b> (à la mobilisation utérine), <b>métrorragies post-coïtales, leucorrhées louches</b> voire malodorantes
	SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Muqueuse exocervicale rouge, inflammatoire, ectropion</b> saignant au contact</li> <li>- <b>Glaire cervicale louche</b></li> <li>→ En cas d'ulcération indurée et fragile, voire de bourgeon irrégulière hémorragique : évoquer un <b>chancre syphilitique</b> ou une <b>tuberculose du col</b> → biopsie</li> </ul>
	TTT	- <b>Ovule antibiotique ou antiseptique local, antalgiques ou anti-inflammatoire</b>
Fibrome ou polypes fibreux accouchés par le col	PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tumeur bénigne</b> accouchée par le col</li> <li>- Plus volumineux que les polypes muqueux</li> <li>- Naissent dans la cavité utérine</li> <li>- Biopsie systématique : <b>pour éliminer un sarcome</b></li> </ul>
Polype		<p>= <b>Tumeur muqueuse ± volumineuse</b> : saignements au contact, risque de <b>surinfection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si femme ménopausée</b> : vérification de la cavité utérine en échographie ou en hystérocopie à la recherche d'autres polypes.</li> </ul>
	TTT	- <b>Exérèse au bistouri</b> ou <b>par plusieurs tours de spire</b> sous AL
	DD	- <b>Fibrome ou polype accouché par le col</b> : généralement plus volumineux
Endométriiose cervicale		= <b>Îlots de tissu endométrial situés sous un épithélium malpighien normal</b> : généralement secondaire à des traumatismes ou des gestes thérapeutiques cervicaux réalisés trop près des règles
	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Microhémorragies cervicales</b> en période prémenstruelle</li> <li>- Examen au spéculum : <b>tâches de « goudron » bleutées</b></li> </ul>

## CANCER DU COL UTERIN

= 4<sup>e</sup> cancer de la femme dans le monde, 11<sup>e</sup> en France (3000 cas/an, 1000 décès/an), incidence maximale à **48 ans**  
 - Histoire naturelle : infection cervicale persistante à HPV de haut risque → constitution d'une lésion intra-épithéliale cervicale au niveau de la jonction exo-endocol → rupture de la membrane basale : **invasion stromale** < 1mm (risque de dissémination nul), **micro-invasifs** < 5 mm (risque d'ADP : 5-6%) puis **cancer invasif vrai**  
 - Extension surtout **locorégionale** et **lymphatique** vers les chaînes **iliaques externes, iliaques primitives** puis **lombo-aortique**, métastases viscérales (foie, poumons) très tardives

<b>FdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Infection persistante à HPV de haut risque</b> : facteur nécessaire (99% des cas), dont 70% d'HPV 16/18</li> <li>- <b>Tabagisme</b> : 2<sup>ème</sup> facteur de risque</li> <li>- FdR d'HPV : 1<sup>ers</sup> rapports sexuels précoces &lt; 17 ans (risque x 2), partenaires sexuels multiples (≥ 2)</li> <li>- <b>Immunodépression</b> (VIH, immunosuppresseur...)</li> <li>- <b>Bas niveau socio-économique = Absence de dépistage</b> = FdR principal</li> <li>- <b>Contraception oestroprogestative</b> (discuté)</li> <li>→ Cancer non hormonodépendant</li> </ul>	
<b>Histo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Carcinome épidermoïde</b> (80-90%) de l'<b>épithélium para-malpighien exocervical</b></li> <li>- <b>Adénocarcinome</b> (10-20%) de la <b>muqueuse cylindrique endocervicale</b> : pronostic plus sombre (ADP plus fréquentes)</li> <li>- Autres : <b>carcinome adénoquameux, tumeur conjonctive (sarcome)</b>, mélanome, lymphome, tumeurs 2<sup>nd</sup></li> </ul>	
<b>Diagnostic</b>	<b>SF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme de <b>45 à 55 ans</b> généralement</li> <li>- <b>Asymptomatique</b> : dépistage par FCU ou sur colposcopie ou conisation d'un FCU à risque → 40% des femmes ne sont pas dépistées par FCU</li> <li>- <b>Métrorragie</b> : de sang rouge, indolores, capricieuses, souvent <b>provoquées</b> (rapport sexuel...)</li> <li>- <b>Pertes muco-purulentes</b> (infection associée) : <b>leucorrhées rosées</b></li> <li>- <b>Dyspareunie</b></li> <li>- Forme avancée : <b>obstruction urétérale, douleurs pelviennes, épreintes, dysurie, OMI, cruralgies ...</b></li> </ul>
	<b>SC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>TV pathologique</b> : <b>induration, saignement au contact, indolore</b></li> <li>- Dans les formes <b>asymptomatiques</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>TV sans anomalies</b></li> <li>. <b>Speculum</b> : zone rouge d'apparence banale à biopsier</li> </ul> </li> <li>- Dans les formes <b>symptomatiques</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>TV pathologique</b> : <b>induration, saignement au contact, indolore</b></li> <li>. <b>Speculum</b> : <b>tumeur</b> bourgeonnante, friable ou ulcérée, saignant au contact, avec une base indurée</li> </ul> </li> <li>- <b>Colposcopie</b> (forme non visible à l'œil nu) : vaisseaux atypiques, zone très acidophile, iodo-négative</li> <li>- <b>Biopsies orientées au spéculum</b> (si lésion visible) ou <b>sous colposcopie</b></li> <li>- Biopsies d'une pièce de conisation si biopsie sous colposcopie non réalisable (zone de jonction pavimonto-cylindrique non visualisable)</li> </ul>
	<b>Cas particuliers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cancer de l'endocol</b> (diagnostic difficile) : col normal, ou gros, renflé « en barillet », saignement</li> <li>- <b>Cancer du col restant</b> après hystérectomie subtotale (contre-indiquée en cas d'infection HPV)</li> <li>- <b>Cancer du col chez la femme enceinte</b> : métrorragies précoces, abondantes (parfois banalisées car métrorragies fréquentes pendant la grossesse)</li> </ul>
	<b>Bilan d'extension</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Clinique</b> (± sous AG au mieux) : <b>Spéculum et TV</b> (extension vaginale), <b>TR</b> (extension paramétriale et rectale)</li> <li>- Marqueurs tumoraux : <b>SCC</b> (carcinome épidermoïde) ± <b>ACE</b> (ADK) (pas pour le diagnostic mais pour le suivi)</li> <li>- <b>IRM pelvienne et lombo-aortique</b> = examen de référence : évaluation précise du stade FIGO, extension au paramètre, à la cloison vésico-vaginale et à la paroi rectale, ADP lombo-aortiques, dilatation urétéropyélique</li> <li>- <b>PET-scanner</b> : en cas de tumeur &gt; 4 cm (<b>IB2</b>)</li> <li>- <b>Cystoscopie</b> ou <b>rectoscopie</b> : si suspicion d'envahissement vésical ou rectal</li> <li>- <b>Lymphadénectomie par coelioscopie (curage lombo-aortique)</b> : évaluation fiable du statut ganglionnaire en cas de stade ≥ IB2 ou d'ADP pelvienne suspecte à l'IRM</li> </ul>

Classification FIDO (2018)	<b>Stade I : cancer strictement limité au col</b>	
	<b>Stade IA</b>	Cancer invasif identifié seulement au microscope et envahissement du stroma : profondeur maximum de 5 mm
		<b>IA1</b> Profondeur ≤ 3 mm, largeur ≤ 7 mm
		<b>IA2</b> 3 mm < profondeur ≤ 5 mm et largeur ≤ 7 mm
	<b>Stade IB</b>	Cancer clinique limité au col visible en macroscopie ou cancer microscopique de dimension supérieure au IA
		<b>IB1</b> T < 2 cm
		<b>IB2</b> 2 ≤ T < 4 cm
	<b>IB3</b> T ≥ 4 cm	
	<b>Stade II : cancer étendu au-delà du col mais n'atteignant pas la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin</b>	
	<b>Stade IIA</b>	Jusqu'aux deux tiers supérieurs du vagin
		<b>IIA1</b> T ≤ 4 cm
		<b>IIA2</b> T > 4 cm
	<b>Stade IIB</b>	Paramètres proximaux
	<b>Cancer étendu jusqu'à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin (y compris hydronéphrose)</b>	
	<b>Stade IIIA</b>	Atteinte vaginale jusqu'au tiers inférieur
<b>Stade IIIB</b>	Fixation à la paroi pelvienne (ou hydronéphrose ou rein muet)	
<b>Stade IIIC</b>	<b>IIIC1</b> Atteinte ganglionnaire pelvienne	
	<b>IIIC2</b> Atteinte ganglionnaire lombo-aortique	
<b>Cancer étendu au-delà du petit bassin ou à la muqueuse vésicale et/ou rectale</b>		
<b>Stade IVA</b>	Organe adjacent (vessie, rectum) (sur biopsie et non imagerie)	
<b>Stade IVB</b>	A distance	

TTT	<b>Cancer micro-invasif (IA)</b>	= 7% des cancers du col : femme jeune < 40 ans, diagnostic uniquement histologique, infra-clinique		
		Carcinome in situ avec micro-invasion stromale débutante (< 1 mm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conisation</b> suffisante</li> <li>- <b>Trachélectomie</b> : ablation par voie intra-vaginale du col utérin et du 1/3 supérieur du vagin → permet de conserver la fécondité</li> <li>- <b>En cas d'embolies +</b> : traiter comme un IA2/IB1</li> </ul>	
		Stade IA1 (invasion stromale ≤ 3 mm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>= 0,6% d'atteinte ganglionnaire</li> <li>- <b>Conisation</b> suffisante si IA1 &lt; 1 mm</li> <li>- <b>Trachélectomie</b></li> <li>- <b>Hystérectomie totale</b> sans lymphadénectomie selon le contexte</li> </ul>	
	Stade IA2 (invasion 3 à 5 mm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>= 5% d'atteinte ganglionnaire</li> <li>- <b>Hystérectomie totale + lymphadénectomie pelvienne</b></li> <li>- Si embolie : <b>chirurgie élargie aux paramètres</b> (hystérectomie élargie)</li> </ul>		
	<b>Stade IB1</b>	<b>Chirurgie 1<sup>ère</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Colpo-hystérectomie élargie ± annexectomie bilatérale</b></li> <li>- <b>Lymphadénectomie pelvienne</b></li> <li>→ <b>Intervention de Wertheim</b> (voie abdominale) ou <b>de Schauta</b> (voie vaginale)</li> <li>- Chirurgie conservatrice : <b>trachélectomie élargie + curage pelvien</b> ± <b>Curithérapie</b> post-opératoire</li> </ul>	
		<b>Irradiation exclusive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associe : - <b>Radiothérapie externe pelvienne ± lombo-aortique</b></li> <li>- <b>Curiethérapie utéro-vaginale</b></li> </ul>	
		<b>Association radio-chirurgie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Curithérapie utéro-vaginale ± radiothérapie</b></li> <li>- <b>Traitement chirurgical</b> après 6-8 semaines par <b>intervention de Wertheim</b></li> </ul>	
	→ En cas d'envahissement ganglionnaire ou de marges d'exérèse positive : <b>radiochimiothérapie concomitante</b> complémentaire			
	<b>Stade IB2 à III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Radiochimiothérapie concomitante 1<sup>ère</sup></b> : chimiothérapie à base de cisplatine + 5FU</li> <li>- Complétée par une <b>curithérapie utéro-vaginale</b> de surimpression</li> <li>± <b>Chirurgie</b> (après 6-8 semaines, non systématique) : <b>colpo-hystérectomie élargie</b>, voire <b>pelvectomie antérieure</b> (utérus et vessie), <b>postérieure</b> (étendue au rectum) ou <b>totale</b></li> </ul>		

	<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Morbidité chirurgicale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Préopératoire : hémorragies sur plaie vésicale, urétrales ou digestives, complications thrombo-emboliques</li> <li>. Post-opératoire : dysurie, sténoses urétérales, fistule vésicale ou urétérales 2<sup>nd</sup>, lymphocèle après chirurgie lympho-nodal</li> </ul> </li> <li>- <b>Morbidité liée à la radiothérapie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Précoce : asthénie, troubles digestifs, cystite, rectite, réactions cutanées</li> <li>. Tardive : fibrose ou sclérose sous cutanée, fibrose pelvienne, sténose vaginale (dyspareunie), sténose urétérale +/- fistule, cystite, rectite, sigmoïdite, iléite ...</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Pronostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Les principaux facteurs pronostiques :</li> <li>- <b>Stade FIGO</b></li> <li>- <b>Volume tumoral</b></li> <li>- <b>Envahissement lympho-nodal</b></li> </ul>
	Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Suivi clinique</b> tous les 4 mois la 1<sup>e</sup> année puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis 1/an ± <b>Frottis du dôme vaginal à 6 mois, 12 mois puis 1/an</b> (ininterprétable en cas de radiothérapie)</li> <li>→ Aucun examen complémentaire systématique de suivi</li> <li>- Récidive le plus <b>souvent dans les 2 ans, mais 10 % après 5 ans</b></li> <li>- En cas de grossesse : surveillance renforcée, <b>césarienne systématique</b></li> <li>- Aucune contre-indication à un traitement hormonal substitutif ultérieur</li> </ul>