

# **Item 297 (ex item 147) – Tumeurs du corps utérin**

**Collège Français des Pathologistes (CoPath)**

2013

## Table des matières

1. Prérequis.....	3
2. Cancer de l'endomètre.....	3
2.1. Fréquence, épidémiologie.....	3
2.2. Types histologiques.....	3
2.3. Lésions tissulaires précancéreuses, cancérogenèse.....	4
2.4. Diagnostic.....	4
2.5. Principes du traitement.....	5
3. Tumeurs conjonctives de l'utérus.....	6
3.1. Tumeurs musculaires lisses.....	6

## Objectifs ENC

- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs et les principales lésions tissulaires précancéreuses.
- Connaître la place et l'apport de l'anatomie pathologique pour le diagnostic et les moyens thérapeutiques.

### 1. Prérequis

La paroi de l'utérus comprend l'endomètre, le myomètre et l'adventice.

L'**endomètre**, bordant la cavité utérine, est constitué par un épithélium glandulaire cylindrique simple, reposant sur un épais chorion de tissu conjonctif très cellulaire appelé le chorion cytogène endométrial.

Sous l'influence des hormones (œstrogènes et progestérone), sécrétées par l'ovaire durant le cycle ovarien, l'endomètre subit des changements réguliers cycliques afin de constituer un milieu favorable à l'implantation d'un ovule fécondé.

Le **myomètre** est constitué de faisceaux entrecroisés de cellules musculaires lisses fusiformes (muscle involontaire).

Plus en profondeur il y a l'**adventice**.

### 2. Cancer de l'endomètre

#### 2.1. Fréquence, épidémiologie

C'est le troisième cancer le plus fréquent chez la femme, après le cancer du sein et du côlon.

Il est plus fréquent que le cancer du col (environ 4 500 cas par an).

Le pic d'incidence se situe vers l'âge de 60 ans.

Le cancer de l'endomètre est un cancer hormono-dépendant.

Les principaux facteurs de risque du cancer de l'endomètre sont :

- hyperœstrogénie (puberté précoce, ménopause tardive, prise d'œstrogènes...);
- nulliparité ;
- obésité ;
- HTA ;
- dyslipidémie ;
- syndrome de Lynch (HNPCC, *hereditary non polyposis colorectal cancer*).

#### 2.2. Types histologiques

##### 1. Adénocarcinome de l'endomètre

Le type histologique habituel du cancer de l'endomètre est l'adénocarcinome.

Classiquement, on décrit deux grandes catégories d'**adénocarcinome** de l'endomètre :

- le type **endométriôïde** le plus fréquent (80 %) ;
- le type **non endométriôïde** qui rassemble plusieurs sous-entités (adénocarcinome mucineux, carcinome séreux papillaire, carcinome à cellules claires).

Le cancer de type endométrioïde est un cancer hormono-dépendant qui survient dans un contexte d'hyperœstrogénie (préménopause). Il se développe à partir de lésions épithéliales précurseurs comme l'hyperplasie glandulaire atypique. Ce type histologique est de bon pronostic. On peut parfois observer un contingent malpighien dans la tumeur.

Il existe **trois grades de différenciation** (1 : bien différencié, 2 : moyennement différencié, 3 : peu différencié). Pour grader une tumeur, on évalue le pourcentage en surface du contingent solide et les atypies cytonucléaires.

## **2. Tumeurs non adénocarcinomeuses**

Il existe aussi des tumeurs non adénocarcinomeuses : à cellules squameuses (épidermoïde), carcinosarcome associant un contingent carcinomeux et un contingent sarcomeux appelé aussi tumeur mixte müllerienne ou tumeur mixte mésodermique...

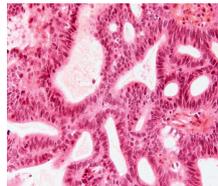
## **2.3. Lésions tissulaires précancéreuses, cancérogène**

### **1. Hyperplasie glandulaire atypique**

La principale lésion précancéreuse, précurseur de l'adénocarcinome endométrioïde est l'hyperplasie glandulaire atypique (figure 1).

Les glandes endométriales présentent des atypies cytologiques. L'architecture peut être simple ou complexe. On parlera alors d'hyperplasie simple ou complexe atypique.

**Figure 1 : Hyperplasie glandulaire complexe atypique, lésion précurseur de l'adénocarcinome endométrioïde (histologie)**



### **2. Carcinome in situ**

La lésion précancéreuse des carcinomes non endométrioïdes est le carcinome in situ (tableau 1).

**Tableau 1 : de l'endomètre**

	Type I	Type II
<b>Type histologique</b>	Endométrioïde	Séreux et autres
<b>Lésion tissulaire précurseur</b>	Hyperplasie atypique	Carcinome in situ
<b>Homono-dépendance</b>	Oui	Non
	Hyperœstrogénie	Pas d'hyperœstrogénie
<b>Pronostic</b>	Bon	Mauvais

## **2.4. Diagnostic**

Cliniquement, les tumeurs endométriales se manifestent par des méno-métrorragies.

Toute métrorragie postménopausique doit faire évoquer un cancer de l'endomètre +++.

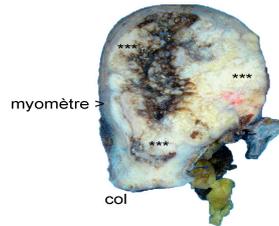
À l'échographie, la muqueuse endométriale sera épaissie.

Diagnostic : hystéroskopie diagnostique avec **biopsies** dirigées étagées et curetage biopsique avec **examen anatomopathologique des prélèvements**.

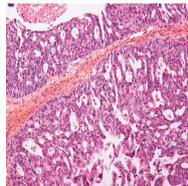
## 2.5. Principes du traitement

Le traitement repose sur l'hystérectomie totale extrafasciale avec annexectomie bilatérale, curage ganglionnaire (lympadénectomie iliaque) et prélèvement cytologique péritonéal avec examen anatomopathologique (figures 2 et 3).

**Figure 2 : Pièce d'hystérectomie totale avec adénocarcinome de l'endomètre envahissant plus de la moitié de l'épaisseur du myomètre (\*\*\*) : tumeur)**



**Figure 3 : Aspect microscopique d'un adénocarcinome endométriöide**



Un traitement complémentaire postopératoire sera discuté en cas de facteur de mauvais pronostic anatomopathologique.

Les principaux facteurs pronostiques liés à la tumeur sont :

- le type histologique ;
- le grade de différenciation ;
- le stade FIGO/TNM (degré d'infiltration du myomètre, métastases ganglionnaires, cytologie péritonéale positive).

Le compte-rendu d'anatomie pathologique doit renseigner les éléments suivants (données minimales pour une tumeur primitive du corps utérin [pièce opératoire], INCa, décembre 2011) :

- le type histologique (suivant la classification OMS en vigueur) : adénocarcinome endométriöide, adénocarcinome mucineux/carcinome papillaire séreux/carcinome à cellules claires, autres ;
- le grade histopronostique (FIGO : pourcentage de contingent solide non malpighien et non morulaire/atypies cytonucléaires) ;
- l'extension tumorale : état des limites chirurgicales de résection (saines/envahies). Si saines : marge minimale (en mm) ;
- les autres facteurs pronostiques et prédictifs : embolies vasculaires (non/oui).
- les critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO (l'année de la classification doit être mentionnée) :
  - critères relatifs à la tumeur :
  - degré d'infiltration du myomètre (en %),
  - séreuse utérine : saine/envahie,
  - extension extracorporelle :
  - col utérin : sans invasion du chorion/avec invasion du chorion (préciser profondeur en mm),
  - vagin : préciser l'état de la recoupe,

- paramètres,
  - séreuse péritonéale
  - ovarienne et/ou tubaire,
  - vessie et/ou intestin (muqueuse),
  - autre,
- cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal (ne modifie plus le stade FIGO) ;
  - critères relatifs aux ganglions :
  - ganglions régionaux :
    - localisation : pelviens, para-aortiques,
    - nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation,
  - ganglions à distance :
    - localisation : nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation.

#### **Classification FIGO 2009 et TNM 2010**

- I : tumeur limitée au corps de l'utérus (T1) :
  - IA : tumeur infiltrant seulement l'endomètre ou moins de la moitié de l'épaisseur du myomètre (T1a) ;
  - IB : infiltration de plus de la moitié de l'épaisseur du myomètre (T1b).
- II : invasion du tissu conjonctif du col mais ne dépasse pas l'utérus (T2) :
  - IIIA : invasion de la séreuse ou des annexes (T3a) ;
  - IIIB : extension au vagin (T3b) ;
  - IIIC : ganglions régionaux métastatiques (pelviens ou para-aortiques) (N1 ou N2).
- IVA : infiltration de la muqueuse vésicale ou rectale (T4).
- IVB : métastases viscérales à distance (M1).

### **3. Tumeurs conjonctives de l'utérus**

#### **3.1. Tumeurs musculaires lisses**

Les tumeurs musculaires lisses se développent à partir du myomètre.

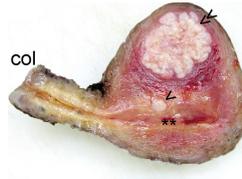
##### **1. Léiomyome**

Le léiomyome (appelé parfois myome ou communément fibrome) est une tumeur musculaire lisse bénigne.

C'est une tumeur ronde, bien limitée, non infiltrante et sans atypie cytonucléaire, constituée de cellules musculaires lisses et de collagène (d'où le terme incorrect de fibrome).

On définit des tumeurs interstitielles, sous-muqueuses et séreuses, en fonction de leur localisation dans l'épaisseur du myomètre (figure 4).

**Figure 4 : Hystérectomie avec léiomyomes (sous-muqueux [flèche], interstitiel [double flèche]) (\*\* = cavité utérine)**



Cette tumeur bénigne, œstrogénodépendante est très fréquente (20 % des femmes) mais asymptomatique dans 50 % des cas.

Le traitement ne s'envisage que si la lésion est symptomatique +++.

Les complications sont principalement hémorragiques (ménometrorragies, anémie...) ou mécaniques (compressions diverses, fausses couches ou infertilité).

En cas de résection (myomectomie, hystérectomie), les prélèvements doivent faire l'objet d'un examen anatomopathologique pour confirmer le diagnostic. Il permet d'éliminer d'autres types de tumeurs rares.

## **2. Léiomyosarcome**

La tumeur musculaire lisse maligne s'appelle un léiomyosarcome.

Elle va infiltrer la paroi, et comporte des atypies cytonucléaires et de la nécrose le plus souvent.

C'est une tumeur rare et de mauvais pronostic.

## **3. Tumeur du stroma endométrial ou du chorion cytogène**

Elle se développe à partir du chorion de l'endomètre.

Lorsqu'elle est maligne, il s'agit d'un sarcome (tumeur conjonctive maligne).

## **Points essentiels**

- Le type histologique habituel du cancer de l'endomètre est l'**adénocarcinome**.
- Il existe deux grandes catégories d'adénocarcinome de l'endomètre :
  - le type endométrioïde le plus fréquent (80 %) dont la lésion précancéreuse est l'hyperplasie atypique
  - le type non endométrioïde.
- Le diagnostic de cancer de l'endomètre se fait par hystéroscopie avec biopsies dirigées et examen anatomopathologique des prélèvements.
- Les principaux facteurs pronostiques liés à la tumeur et qui doivent obligatoirement figurer dans le compte-rendu anatomopathologique de la pièce opératoire sont :
  - le type histologique ;
  - le grade de différenciation ;
  - le stade (degré d'infiltration du myomètre, métastases ganglionnaires, cytologie péritonéale positive).
- Le **léiomyome** est une tumeur musculaire lisse très fréquente.
- Le traitement ne s'envisage que si la lésion est symptomatique +++.
- En cas de résection (myomectomie, hystérectomie), les prélèvements doivent faire l'objet d'un examen anatomopathologique pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres types de tumeurs rares.