

Item 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin : Tumeurs malignes du col utérin

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
INTRODUCTION	3
I Quels sont les principaux facteurs de risque ?.....	4
II Quelles sont les circonstances de découverte ?	5
III Quelles sont les données de l'examen clinique ?	7
IV Quel bilan est réalisé en cas de diagnostic de cancer du col utérin ?.....	9
V Énumération des principaux facteurs pronostiques.....	11
VI Quels sont les principes thérapeutiques ?.....	11
VII Quelles sont les principales complications ?.....	13
VIII Quelle est la surveillance clinique et paraclinique d'une patiente traitée pour un cancer du col utérin ?.....	13
IX Annexe : prise en charge des CIN	14
X Annexes.....	15
Glossaire.....	15
Bibliographie	22
En savoir plus	25
Recommandation	25
Abréviations.....	26

PRE-REQUIS

- Mitose.
- Croissance et différenciation cellulaires.
- Anatomie de l'utérus avec sa vascularisation.
- Histologie de l'utérus.
- Voies de drainage lymphatique du col de l'utérus.
- Virologie des HPV et actions cellulaires.
- Réactions du système immunitaire à la présence de cellules tumorales.
- Réactions comportementales à l'annonce d'une maladie grave pour la personne et l'entourage.
- Pharmacocinétique des antimétabolites.
- Effets des radiations ionisantes.
- Code de déontologie.

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une tumeur du col utérin et du corps utérin.

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer une tumeur du col utérin.
- Expliquer les bases des classifications qui ont une incidence pronostique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique.
- Planifier le suivi thérapeutique le suivi du patient.

INTRODUCTION

Le cancer du col utérin a plusieurs particularités :

- 2^e cancer dans le monde, 7^e en France, 3 500 nouveaux cas par an avec une incidence de 9,9 / 100 000 femmes ;

- Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible (voir [maladies sexuellement transmissibles](#)) ;
- L'agent pathogène a été identifié : le papillomavirus (cf. *glossaire*) (HPV) ;
- Son histoire naturelle est bien connue, et l'intervalle entre la première transformation cellulaire et le cancer invasif est en moyenne de 13 ans ;
- En le dépistant, on va mettre en évidence non seulement des cancers infracliniques mais nombres de lésions précancéreuses : en les traitant, on fera la prévention secondaire du cancer invasif au point qu'on a pu dire qu'il allait disparaître ;
- En France, 40 % des femmes ne sont pas dépistées et les formes graves du cancer invasif demeurent ;
- Le traitement comporte le plus souvent l'association chirurgie-radiothérapie, voire radio-chimiothérapie dans les grosses tumeurs ;
- La survie à 5 ans varie de 85 à 90 % au stade IB à 5 à 15 % au stade IIIB.

I QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE ?

(Cf. : Item 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers : <http://umof.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html>).

Les principaux facteurs de risque sont :

- **L'activité sexuelle** : le jeune âge au premier rapport (< 17 ans) et le nombre de partenaires sexuels sont les éléments essentiels. Ils sont associés à une fréquence plus élevée d'infection HPV ;
- **Le tabagisme** : semble actuellement le second facteur ;
- **La contraception orale** : les œstroprogestatifs (cf. *glossaire*) prêtent à discussion. Ils augmentent le risque de cancers glandulaires ;
- **Les déficits immunitaires** représentent une facette nouvelle, qu'il s'agisse de transplantées rénales ou de séropositivité à HIV ;
- **L'absence de dépistage** (conditions socioéconomiques défavorisées) constitue le facteur de risque principal de survenue du cancer.

II QUELLES SONT LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ?

Exceptionnel avant 25 ans, on rencontre le cancer du col surtout entre 45 et 55 ans mais également aussi beaucoup plus tard.

- **Dépistage systématique** : avec la pratique du dépistage, on ne devrait plus découvrir le cancer qu'au stade asymptomatique, micro-invasif ou invasif occulte sur frottis anormal :
 - soit évocateur de cancer invasif,
 - soit en faveur d'une lésion moins évoluée car le frottis peut sous-estimer les lésions. (cf. : *Item 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers* : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html>) ;
- **Signes cliniques** : lors d'un examen systématique, on va découvrir un col anormal chez une femme qui n'avait pas le moindre symptôme : rouge, irrégulier saignant au contact, c'est exceptionnel.

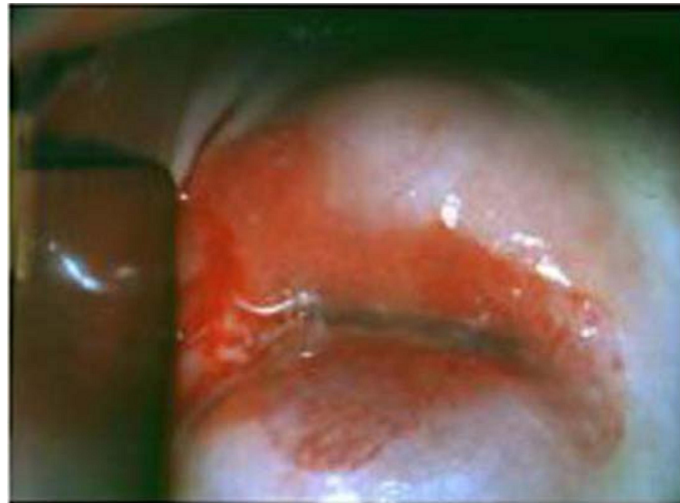
Aspect clinique du cancer du col : col anormal rouge et irrégulier saignant au contact



Aspect clinique du cancer du col : col anormal rouge et irrégulier saignant au contact



Aspect clinique du cancer du col : col anormal rouge et irrégulier saignant au contact



- **Les formes symptomatiques** demeurent malheureusement les plus fréquentes en raison des échecs du dépistage mais surtout de son absence :
 - **Métrorragies** (*cf. glossaire*) **provoquées** par un rapport sexuel, peu abondantes, indolores, même capricieuses ou intermittentes, elles doivent évoquer le cancer invasif jusqu'à preuve du contraire. Un traitement symptomatique est illicite tant que l'on n'a pas fait un examen attentif voire une colposcopie (*cf. glossaire*). Certes beaucoup d'anomalies bénignes peuvent en être la cause mais cela reste le maître symptôme.
 - **Métrorragies spontanées** : en l'absence de rapport sexuel, la symptomatologie sera plus tardive et l'accroissement de la lésion finira par provoquer des métrorragies spontanées.

- **Leucorrhées** (*cf. glossaire*) **banales**, plus volontiers rosées sont un signe classique, en fait, rarement à l'origine du diagnostic.
- **Les formes évoluées** heureusement devenues exceptionnelles peuvent se révéler par des douleurs à type de névralgie crurale ou obturatrice, un syndrome infectieux, des œdèmes des membres inférieurs, des symptômes vésicaux (cystite (*cf. glossaire*), hématurie (*cf. glossaire*), pollakiurie (*cf. glossaire*)), ou rectaux (ténesmes (*cf. glossaire*), épreintes (*cf. glossaire*) ou faux besoins).

III QUELLES SONT LES DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE ?

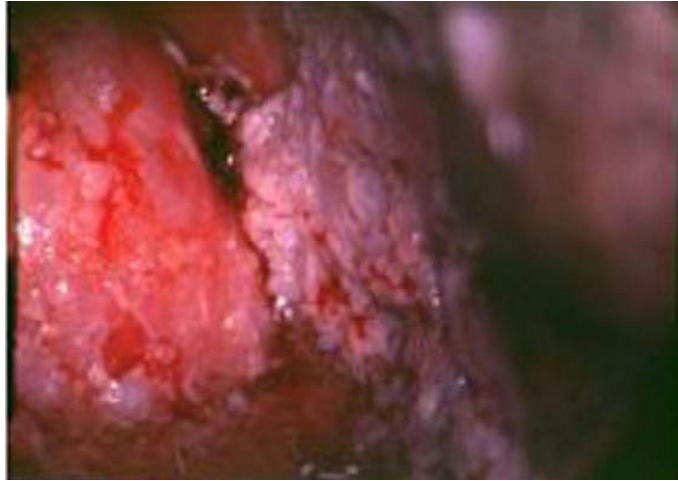
À l'interrogatoire :

- Symptomatologie correspondant aux circonstances de découverte avec recherche de signes d'extension pelvienne,
- Antécédents médicaux, chirurgicaux et surtout gynéco-obstétricaux (facteurs de risque de cancer du col utérin).

À l'examen :

- Examen au spéculum (*cf. glossaire*) suivi du toucher vaginal :
 - Dans les **formes asymptomatiques**, le **col peut sembler normal** ou ne présenter qu'une zone rouge d'apparence banale. Il faut alors réaliser une colposcopie qui montre, en général, un aspect très inquiétant par l'existence de vaisseaux très atypiques, des aspects caractéristiques après acide acétique (*cf. glossaire*), et **réaliser des biopsies**. Le **toucher vaginal** n'est dans ce cas pas informatif.
 - Dans la **forme accompagnée de symptômes**, l'examen à l'œil nu met en évidence l'un des aspects macroscopiques classiques :
 - Les **formes bourgeonnantes** sont de volume variable. Elles sont fragiles et saignent volontiers au contact => Il faut réaliser des **biopsies**.
 - Les formes ulcérées, irrégulières, sont souvent nécrotiques avec un aspect de cratère. Le **toucher vaginal** note trois signes : la lésion est indolore, repose sur une base indurée et saigne au contact.
 - Dans les **formes évoluées** : l'examen clinique se borne à un constat évident : tumeur bourgeonnante, hémorragique, friable ou ulcération nécrotique.

Tumeur bourgeonnante



Tumeur bourgeonnante



Dans tous les cas, **la biopsie est indispensable** pour affirmer le diagnostic et préciser le type histologique.

Le frottis n'a plus d'intérêt à ce stade car les frottis faux négatifs sont fréquents dans ces formes, d'autant plus qu'elles sont évoluées.

Dans certaines situations, le diagnostic clinique est plus difficile :

- *Le cancer de l'endocol (cf. glossaire)* est de diagnostic difficile. Le col peut apparaître normal mais volontiers gros, renflé en barillet, saigne lors de l'expression du col entre les valves du spéculum.
- *Le cancer du col restant* est de plus en plus rare puisque l'hystérectomie (cf. glossaire) subtotale n'est plus guère pratiquée.
- *Le cancer chez la femme enceinte* : les métrorragies sont précoces, abondantes, risquent d'être banalisées en raison de la fréquence des métrorragies pendant la grossesse. Il faut y penser et rappeler que la grossesse pour beaucoup de femmes est la seule

circonstance où elles rencontrent un gynécologue : le dépistage doit être réalisé pendant la grossesse chez les femmes qui n'en bénéficient pas.

IV QUEL BILAN EST REALISE EN CAS DE DIAGNOSTIC DE CANCER DU COL UTERIN ?

Il comporte :

- l'appréciation de l'état général (âge, score ASA (index d'opérabilité), anémie),
- le bilan d'extension repose sur :
 - l'examen clinique (au mieux réalisé sous anesthésie générale par chirurgien et radiothérapeute) :
 - Il faut ouvrir les branches du spéculum pour déplisser les parois vaginales et mettre en évidence une extension à ce niveau,
 - Le toucher vaginal apprécie le volume et la mobilité du col, la souplesse des culs-de-sac vaginaux,
 - Le toucher rectal apprécie la présence d'une infiltration des paramètres. Le toucher combiné permet d'évaluer l'extension latérale le long des ligaments utéro-sacrés.
 - Des examens complémentaires :
 - Ils permettent d'apprécier le volume tumoral, l'extension au-delà du col, l'extension ganglionnaire et l'extension à distance.
- L'appréciation du volume tumoral est primordiale pour la décision thérapeutique. L'IRM est l'examen de référence.
- L'extension au-delà du col : plusieurs examens ont été proposés :
 - L'échographie par voie vaginale ou endorectale, la tomодensitométrie (*cf. glossaire*), et surtout l'IRM donnent les mêmes résultats et pour son avantage sur le volume tumoral, c'est donc cette dernière qui est le plus souvent utilisée,
 - Les examens endoscopiques (cystoscopie (*cf. glossaire*) et rectoscopie (*cf. glossaire*)) sont utilisés dans les tumeurs de grande taille ou en cas de suspicion d'invasion vésicale ou rectale,
 - L'UIV, en cas dans les tumeurs de gros volume ou en cas d'atteinte clinique des paramètres. Elle permet de mettre en évidence un retentissement réno-urétéral.

- L'atteinte ganglionnaire :
 - La lymphographie (*cf. glossaire*) a été longtemps utilisée mais n'opacifie pas la chaîne iliaque interne ; on lui reproche son taux important de faux négatifs et de faux positifs,
 - Scanner et IRM pourront mettre en évidence des adénomégalies (*cf. glossaire*) iliaques ou lombo-aortiques. La preuve formelle de l'atteinte ganglionnaire sera apportée par la ponction transcutanée sous contrôle radiologique. Cette cytologie n'a de valeur que positive,
 - La lymphadénectomie (*cf. glossaire*) sous cœlioscopie (*cf. glossaire*) détrône peu à peu toutes ces méthodes. La lymphadénectomie lombo-aortique per cœlioscopique n'est réalisée que par quelques équipes mais la lymphadénectomie inter-iliaque est simple et reproductible. Elle permet une évaluation certaine du statut ganglionnaire.
- La recherche d'une atteinte à distance se limitera le plus souvent à un cliché de thorax car les métastases (*cf. glossaire*) ont en général tardives.

Examens biologiques

- Bilan préopératoire, hématologique, tests hépatiques et rénaux,
- Marqueurs tumoraux : Le marqueur « Squamous Cell Carcinoma antigen » (SCC) est positif dans 30 à 100 % des cas de carcinomes épidermoïdes invasifs du col utérin et permettra, quand il est positif, un regard biologique sur l'évolution de la tumeur.

Au terme de ce bilan, la tumeur est classée selon la classification de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO). Elle repose sur les caractéristiques du cancer lui-même et sur la présence ou non d'un envahissement local, régional ou à distance.

(*En savoir plus* : Site de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) : <http://www.figo.org>)

Schématiquement, on distingue 4 stades :

- Stade I = Tumeur limitée au col,
 - Stade IA = Cancer micro-invasif, c'est-à-dire avec une profondeur d'invasion sous la basale inférieure à 5 mm (1A1 < 3 mm et 1A2 = 3 à 5 mm),

- Stade IB = Cancer invasif (1B1 = tumeur < 4 cm et 1B2 = tumeur > 4 cm).
- Stade II = Tumeur dépassant le col sans atteindre de la paroi pelvienne ni le 1/3 inférieur du vagin,
- Stade III = Tumeur étendue à la paroi pelvienne, au 1/3 inférieure du vagin ou comprimant l'uretère,
- Stade IV = Tumeur étendue aux organes de voisinage.

V ÉNUMERATION DES PRINCIPAUX FACTEURS PRONOSTIQUES

Le pronostic dépend essentiellement du stade, du volume tumoral, et de l'envahissement lymphatique. Les taux de survie à 5 ans sont de l'ordre de 99 % au stade IA 85 à 90 %, au stade IB, 60 à 70 % au stade IIB et de 30 à 50 % au stade III. Ils diminuent ensuite à 20 % au stade IV. Dans les stades I et II, le taux de survie dépend également de l'atteinte ganglionnaire.

Envahissement ganglionnaire en fonction du stade clinique

	IA1	IA2	IB	IIA	IIB	III	IV
Ganglions pelviens	0,5 %	7 %	15 %	20 %	30 %	45 %	60 %
Ganglions lombo-aortiques	-	-	5 %	10 %	16 %	30 %	66 %

VI QUELS SONT LES PRINCIPES THERAPEUTIQUES ?

Méthodes

- **Les techniques chirurgicales** vont du plus simple au plus compliqué.
 - La conisation : est l'ablation d'une partie du col. Elle peut être effectuée au bistouri froid, au laser et le plus souvent à l'anse diathermique (cf. glossaire).
(cf. : Item 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin : Lésions bénignes du col utérin : http://umrof.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item147_3/site/html),
 - L'hystérectomie totale avec ablation d'une collerette vaginale n'a que peu d'indications,

- L'intervention de référence pour le carcinome invasif est la ColpoHystérectomie (*cf. glossaire*) Élargie (CHEL) avec cellulolympHADénectomie pelvienne (*cf. glossaire*). Elle peut être réalisée par voie abdominale : c'est l'intervention de Wertheim (*cf. glossaire*), par voie vaginale : c'est l'intervention de Schauta (*cf. glossaire*). Dans ce cas la lymphADénectomie est réalisée par voie cœlioscopique,
 - La cervicectomie (*cf. glossaire*) élargie permet de conserver la fécondité : cette intervention a été proposée récemment par Dargent (*Bibliographie : Dargent D. Traitement des cancers de l'exocol et du vagin par la chirurgie avec conservation de l'utérus et des annexes. Cahiers d'Oncologie. 1992;1:21-25*),
 - Enfin, il peut être réalisé des pelvectomies (*cf. glossaire*), antérieures emportant avec l'utérus la vessie, postérieures étendues au rectum, voire totales.
- **La radiothérapie :**
 - La curiethérapie (*cf. glossaire*) utilise, en général, le césium (*cf. glossaire*) appliqué par appareil moulé parfois l'iridium permettant l'implantation interstitielle. Dans les deux cas, l'application se fait sous anesthésie générale en hospitalisation de quelques jours. Elle traite le col et les paramètres,
 - La radiothérapie pelvienne fait appel à des radiations de haute énergie délivrées par des accélérateurs linéaires. Elle traite le pelvis dans son ensemble, utérus, paramètres mais aussi
 - ganglions iliaques voire lombo-aortiques. Elle est réalisée en ambulatoire à raison de 5 séances par semaine pendant 5 à 6 semaines.
 - **La chimiothérapie :** Elle s'est imposée ces dernières années et fait appel essentiellement aux sels de platine et au 5 Fluoro-Uracile (*cf. glossaire*).

Indications thérapeutiques

- **En cas de cancer micro-invasif**
 - IA1 < 1 mm : la conisation (*cf. glossaire*) est le traitement suffisant,
 - IA1 > 1 < 3 mm : conisation seule en cas de désir de grossesse sinon hystérectomie totale simple,
 - IA2 : sera traité comme un stade IB1 < 2 cm.
- **En cas de cancer invasif :**
 - IA2 et IB1 < 2 cm : CHEL,
 - IB1 2 à 4 cm : césiumthérapie puis CHEL,

- IB1 N+, IB2 et III : radiochimiothérapie première +/- chirurgie complémentaire,
- IV : radiochimiothérapie, éventuellement exentération pelvienne.

VII QUELLES SONT LES PRINCIPALES COMPLICATIONS ?

La morbidité n'est pas négligeable.

Morbidité chirurgicale :

- Per-opératoire : hémorragies nécessitant la transfusion dans 15 % des cas, plaies vésicales, urétérales ou digestives dans 2 à 3 % des cas, complications thrombo-emboliques.
- Postopératoire : ce sont essentiellement les troubles fonctionnels urinaires à type de dysurie (*cf. glossaire*), parfois les sténoses (*cf. glossaire*) urétérales ou des fistules vésicales ou urétérales secondaires, surtout quand le traitement a été radio-chirurgical.

Morbidité liée à la radiothérapie :

- Les complications précoces sont peu importantes : asthénie (*cf. glossaire*), troubles digestifs à type de nausées, de vomissements et diarrhées, cystites et rectites (*cf. glossaire*) radiques, réactions cutanées.
- Les complications tardives sont beaucoup plus ennuyeuses : fibrose ou sclérose sous cutanée, fibrose pelvienne, sténose vaginale responsable de dyspareunie (*cf. glossaire*) quelquefois majeure, sténose urétérale et parfois fistule, cystite, rectite, sigmoïdite (*cf. glossaire*), iléite (*cf. glossaire*) avec possibilité de sténose et de fistule.

La morbidité chirurgicale est plus précoce et plus facile à traiter que les séquelles souvent tardives de la radiothérapie.

La **mortalité** des hystérectomies élargies n'est pas nulle mais dans les séries actuelles, elle est < à 1 %. Celle des exentérations (*cf. glossaire*) est plus importante.

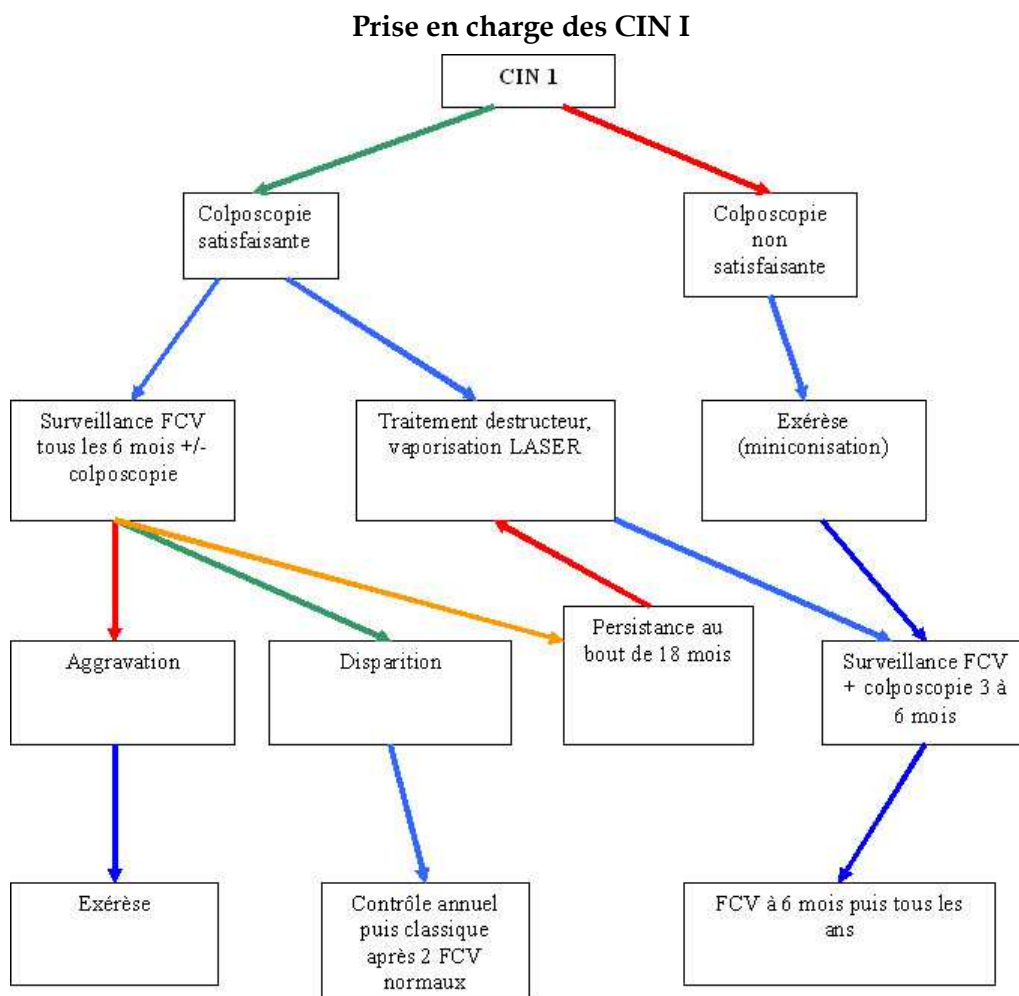
VIII QUELLE EST LA SURVEILLANCE CLINIQUE ET PARACLINIQUE D'UNE PATIENTE TRAITÉE POUR UN CANCER DU COL UTERIN ?

La surveillance après le traitement doit être effectuée tous les trois mois la première année, puis tous les six mois pendant trois ans et enfin annuellement.

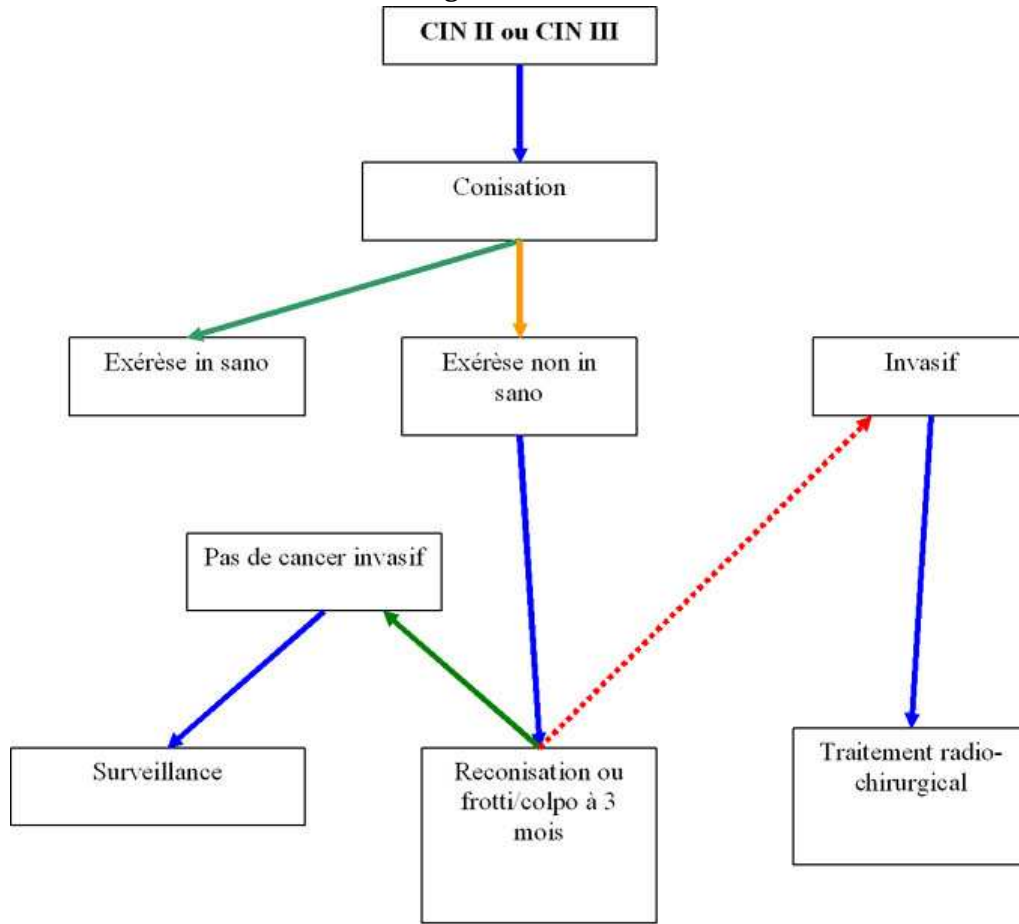
Un examen clinique doit être effectué tant au plan général que local avec examen de la vulve et du vagin au spéculum, test de Schiller (*cf. glossaire*) ou frottis du fond vaginal sur la cicatrice annuellement, réalisation de touchers pelviens.

Enfin, il faut être attentif aux signes urinaires et pratiquer au moindre doute, une UIV et des échographies rénales.

IX ANNEXE : PRISE EN CHARGE DES CIN



Prise en charge des CIN II ou CIN III



X ANNEXES

GLOSSAIRE

- 5 Fluoro-Uracile : Médicament utilisé dans le traitement du cancer. Il appartient à la classe des médicaments antimétabolites, sous-classe des analogues de la pyrimidine.
- acide acétique : Acide acétique ou acide éthanoïque : Acide carboxylique organique provenant essentiellement de la dégradation de l'acide pyruvique ou de l'acide butyrique. L'acide acétique pur est un liquide incolore et inflammable. Le vinaigre contient l'acide acétique qui entre dans la composition de nombreux produits antiseptiques, c'est-à-dire anti-infectieux, et de solution tampon, c'est-à-dire de solution qui limite les variations du pH d'un milieu lors de l'addition d'un acide ou bien d'une base. L'acide acétique se présente sous la forme d'un liquide incolore dont l'odeur est suffocante, c'est ce qui donne au vinaigre son goût particulier.
- adénomégalie : Augmentation de volume des ganglions lymphatiques.

- anse diathermique : Instrument de chirurgie permettant de saisir des lésions et de les sectionner par électrocoagulation.
- asthénie : Affaiblissement de l'organisme, fatigue physique. Par extension, elle peut concerner l'état psychique, la libido ou l'intellect.
- cellulolympHADénectomie pelvienne : Ablation des ganglions lymphatiques de la région pelvienne, parfois requise dans le cas de cancer du col utérin ou des ovaires.
- cervicectomie : Intervention chirurgicale qui consiste à enlever le col de l'utérus. Cette opération peut s'avérer nécessaire dans le cas d'un accouchement par le siège, avec rétention de la tête fœtale. Si les manœuvres n'ont pas permis le passage de la tête et si le col est rétracté, la cervicectomie peut être une solution.
- césium : Métal alcalin argent-doré dont le point de fusion est suffisamment proche de la température ambiante pour qu'il soit possible de l'obtenir à l'état liquide à cette température grâce à la surfusion.
- cœlioscopie : Cœlioscopie ou laparoscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- ColpoHystérectomie : Ablation chirurgicale de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. Une colpohystérectomie est surtout pratiquée dans le traitement des cancers génitaux (adénocarcinome endométrial ; adénocarcinome ou carcinome épidermoïde du col de l'utérus), mais elle peut également être indiquée dans certains cas de prolapsus génital (descente du vagin et de l'utérus). S'il y a cancer, l'intervention s'accompagne souvent de l'ablation des paramètres (lames fibreuses qui relient l'utérus au bassin) et des ganglions iliaques externes et internes. Elle est alors aussi appelée opération de Wertheim (du nom de celui qui a décrit cette technique). On parle de Wertheim de type 1, 2, 3 ou 4 selon l'étendue de la résection. Une colpohystérectomie se pratique par laparotomie sous anesthésie générale.
- colposcopie : Étude de la morphologie du col utérin et du vagin au moyen d'un colposcope (loupe binoculaire qui grossit de vingt à cinquante fois, selon les appareils et les optiques choisies pour cet examen médical, pour rechercher et repérer sur ces organes des lésions inflammatoires ou précancéreuses ou cancéreuses et ensuite pratiquer des biopsies guidées de ces lésions.
- conisation : Technique chirurgicale qui consiste à l'ablation d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône. Le but d'une conisation est double : retirer la partie dysplasique (précancéreuse) du col utérin ; analyser le fragment prélevé afin de

connaître avec précision la nature des lésions et afin de s'assurer de l'absence d'une lésion plus évoluée.

- curiethérapie : Curiothérapie ou brachythérapie : Technique de radiothérapie mise au point à l'Institut Curie, où la source des radiations est placée à l'intérieur ou à proximité immédiate de la zone à traiter. La curiethérapie est couramment utilisée comme un traitement efficace pour soigner le cancer du col de l'utérus, de la prostate, du sein ou de la peau. Elle peut également être utilisée pour traiter des tumeurs dans beaucoup d'autres endroits du corps. La curiethérapie peut être utilisée toute seule ou en combinaison avec d'autres traitements comme la chirurgie, la radiothérapie externe et la chimiothérapie.
- cystite : Inflammation de la vessie. La cystite est le plus souvent d'origine bactérienne (colibacilles, naturellement présents dans l'intestin); mais peut aussi être due à un agent toxique : traitement anticancéreux ou radiothérapie. C'est une affection fréquente chez la femme, car elle possède un urètre court, ce qui augmente le risque d'infection urinaire.
- cystoscopie : Examen médical permettant d'étudier la paroi interne (muqueuse) de la vessie afin de détecter les anomalies. La cystoscopie est indiquée en cas : d'antécédents familiaux ou personnels de cancer de la vessie ; de présence de sang dans les urines ; d'infections urinaires à répétition sans cause évidente. Elle recherche un cancer, des polypes, une inflammation ou infection, une malformation. C'est un examen qui se déroule en médecine ambulatoire, sous anesthésie locale pour les hommes et dure environ une demi-heure. Le médecin explore les parois internes de la vessie grâce à un cystoscope qui est un tube mince muni à son extrémité d'une lentille reliée à une source lumineuse (endoscopie). Une fois le cystoscope introduit dans l'urètre, il pourra alors commencer son exploration en remontant jusqu'à la vessie et visualiser alors les muqueuses de celle-ci. Le médecin pourra éventuellement effectuer des prélèvements. Après l'examen, le patient peut avoir des besoins d'uriner pressant durant quelques heures et des impressions de brûlure en urinant. Cet examen se déroule sans préparation particulière, il n'est pas nécessaire d'être à jeun. Le patient doit simplement vérifier la stérilité de ses urines 4-5 jours avant l'examen en effectuant une analyse d'urines dans un laboratoire d'analyses médicales. En cas d'infection, un traitement antibiotique devra être mis en place dans la mesure du possible au minimum 24 heures avant l'examen. Les infections urinaires et les saignements urinaires transitoires sont les rares complications de cet examen.
- dyspareunie : Dyspareunie ou algopareunie : Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels. Presque systématique lors du premier rapport vaginal due au déchirement de l'hymen. Elle devient en revanche incapacitante lorsqu'elle a lieu à tous les rapports suivants. Les douleurs peuvent

être les symptômes de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois graves, aussi est-il fortement conseillé de demander l'avis d'un médecin gynécologue qui, seul, pourra répondre à toutes interrogations, poser un diagnostic et envisager un traitement.

- dysurie : Difficulté à l'évacuation de la vessie. La dysurie est souvent méconnue car indolore et d'installation progressive. On décrit la dysurie d'attente, initiale au début de la miction, et la dysurie de poussée, parfois terminale. Cette dysurie s'accompagne d'une diminution de la force du jet. On en rapproche les mictions en deux temps, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vide en fin de miction.
- endocol : Partie interne du col de l'utérus permettant de faire communiquer l'exocol (partie externe du col) et l'endomètre (couche de cellules recouvrant l'intérieur de l'utérus). L'endocol et l'exocol sont séparés entre eux par une région de jonction où s'effectuent les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- épreinte : Douleur abdominale – de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive – de la partie terminale du côlon et du rectum s'achevant par une fausse envie pressante et impérieuse d'aller à la selle.
- exentération : Opération chirurgicale radicale consistant en l'ablation de tous les organes de la cavité pelvienne (appareil urinaire, urètre, rectum, anus, vagin, col, utérus, trompes, ovaires, vulve, prostate).
- hématurie : Présence de sang dans les urines. En fait on dépiste la présence de globules rouges en quantité anormalement élevée.
- hystérectomie : Acte chirurgical qui consiste à enlever tout ou une partie de l'utérus. On parle d'hystérectomie totale si elle comprend le corps et le col utérins (avec annexectomie (hystérectomie non conservatrice)). Elle est dite subtotale si on laisse en place le col utérin. On dit aussi hystérectomie « conservatrice » ou « interannexielle » si les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place.
- iléite : Inflammation de la dernière partie de l'intestin grêle, l'iléon. Une iléite peut être aiguë ou chronique. Les iléites aiguës sont dues à des maladies aiguës, bactériennes ou virales, et se traduisent par des signes qui simulent une crise d'appendicite : douleurs abdominales dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Les iléites chroniques sont principalement représentées par la maladie de Crohn ; la tuberculose et de nombreuses infections opportunistes (ne se déclarant que sur un terrain immunodéprimé) accompagnant le sida peuvent également entraîner une atteinte chronique de l'iléon. Elles se traduisent par des douleurs de même localisation que celles des iléites aiguës, associées à une diarrhée. Le diagnostic d'une iléite repose sur l'examen radiologique. La coloscopie permet également

l'exploration des derniers centimètres de l'intestin grêle. Le traitement, très variable, dépend de la maladie en cause ; de nombreuses iléites aiguës guérissent spontanément.

- intervention de Schauta : Intervention de Schauta ou hystérectomie élargie vaginale : Ablation chirurgicale de l'utérus (hystérectomie) par voie vaginale, dite « élargie » lorsque d'autres prélèvements sont réalisés pendant l'intervention.
- intervention de Wertheim : Intervention de Wertheim ou hystérectomie élargie : Ablation chirurgicale de l'utérus (hystérectomie), dite « élargie » lorsque d'autres prélèvements sont réalisés pendant l'intervention : lymphadénectomie (exérèse des ganglions situés dans le petit bassin ou le long des gros vaisseaux au niveau abdominal), l'exérèse de la partie supérieure du vagin, l'exérèse de l'épiploon (graisse située autour du gros intestin) et de la dissection des uretères (canaux véhiculant l'urine entre les reins et la vessie). L'hystérectomie élargie peut être réalisée par voie abdominale. L'intervention est réalisée par ouverture de l'abdomen par une incision soit horizontale, soit verticale. L'hystérectomie élargie peut être réalisée par laparoscopie. Quatre à cinq incisions infracentimétriques sont réalisées au niveau de l'ombilic et dans la région supra-pubienne.
- Leucorrhée : Écoulement non sanglant provenant du vagin. Elle peut être physiologique (par sécrétion de glaire cervicale et desquamation vaginale) ou pathologique témoignant d'une infection, le plus souvent d'une vaginite. Bien que le terme leucorrhée signifie littéralement « sécrétion blanche », la couleur de la sécrétion vaginale peut varier en fonction de la cause : elle peut aller d'une sécrétion laiteuse à verdâtre. Les écoulements sanguinolents sont à considérer comme des métrorragies. On considère comme anormales des pertes vaginales malodorantes ou responsables d'irritation et de démangeaison.
- lymphadénectomie : Ablation chirurgicale des ganglions lymphatiques et/ ou des vaisseaux lymphatiques. La lymphadénectomie est effectuée lors de certaines interventions, quand il est nécessaire de supprimer les ganglions concernés par une pathologie (le plus souvent le processus cancéreux). Il s'agit par exemple du cancer de la vulve ou du cancer du vagin.
- lymphographie : Examen radiologique des voies et des ganglions lymphatiques après préparation (injection d'une substance iodée opaque aux rayons X). La lymphographie est un examen beaucoup moins utilisé que par le passé. Actuellement elle permet d'apprécier l'évolution de certains types de cancer (col de l'utérus, testicule). Cet examen radiologique permet également de planifier un traitement et de surveiller une pathologie. Les ganglions lymphatiques ont la propriété de retenir les cellules cancéreuses. C'est une des raisons pour lesquelles il est nécessaire de les surveiller. La lymphographie est très souvent remplacée par le

scanner ou l'IRM, permettant d'obtenir un diagnostic sur des adénopathies (augmentation de volume des ganglions) profondes.

- métastase : Croissance d'un organisme pathogène ou d'une cellule tumorale à distance du site initialement atteint. Chez l'homme, les métastases peuvent se produire par diffusion de cellules malignes ou de microorganismes par voie sanguine (hématogène) ou lymphatique (les ganglions lymphatiques métastatiques sont appelés adénopathies).
- Métorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- papillomavirus humain : Virus à ADN faisant partie de la famille des Papillomaviridae. Il est responsable des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes puisque l'estimation des personnes contaminées par ce virus est comprise entre 10 et 30 %. Il existe plus de 200 génotypes de papillomavirus. Certains génotypes se transmettent par voie sexuelle et infectent les muqueuses génitales, d'autres se transmettent par contacts cutanés et infectent la peau. Les manifestations cliniques les plus connues de la contamination sexuelle sont les condylomes acuminés (dits également « verrues génitales », ou « végétations vénériennes » ou « crêtes de coq »). Mais la gravité de cette infection est que certains génotypes sont le facteur obligatoire du cancer du col de l'utérus. Cela permet d'entrevoir, par la vaccination préventive contre ces virus, un espoir d'éradiquer un jour ce cancer. Les manifestations cliniques cutanées de l'infection à HPV comprennent les verrues vulgaires et les verrues plantaires. Enfin, la transmission peut se faire de la mère à son enfant lors de l'accouchement, bien que cela arrive rarement.
- pelvectomie : Ablation chirurgicale totale ou partielle des organes contenus dans le pelvis (le bassin), à savoir : la vessie, l'utérus, le rectum. Il est nécessaire de distinguer la pelvectomie antérieure qui consiste à procéder à l'exérèse de la vessie : il s'agit de la cystectomie. La pelvectomie postérieure consiste à retirer le rectum (proctectomie) et l'utérus (hystérectomie). Les indications de la pelvectomie sont avant tout les tumeurs malignes de la vessie et de l'utérus ainsi que celle du rectum. L'évacuation des urines et des excréments qui se fait normalement, c'est-à-dire physiologiquement par la vessie et par le rectum, est assurée par la création d'une nouvelle vessie ou d'une colostomie en procédant à une urétérostomie cutanée. La

pelvectomie nécessite une hospitalisation de deux semaines environ, suivie d'une convalescence de plusieurs semaines.

- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.
- rectite : Inflammation du rectum, plus précisément de la muqueuse rectale. Les causes de rectite sont très diverses. Il peut s'agir d'une infection, le plus souvent liée à un gonocoque, une parasitose (à cause d'une amibiase, d'une bilharziose) ou d'un traitement médical. Dans ce cas, elle est souvent le résultat d'une inflammation de la muqueuse liée à l'utilisation de suppositoires qui entraînent l'irritation de celle-ci. La rectite est soit isolée soit associée à une autre affection de type inflammatoire comme, entre autres, la rectocolite ulcéro-hémorragique ou la maladie de Crohn. La rectite s'accompagne généralement de lésions du côlon également. Les symptômes de la rectite sont des douleurs du rectum, des faux besoins, des émissions de sang par l'anus, des émissions de pus par l'anus, quelquefois une diarrhée et une altération plus ou moins intense de l'état général s'associant ou pas à une élévation de la température (fièvre). Le diagnostic est porté grâce à un examen proctologique et en particulier l'anuscopie et la rectoscopie qui s'effectue à l'aide d'un tube muni d'un système optique permettant de visualiser l'intérieur du rectum. Parfois il est nécessaire d'effectuer une coloscopie, ce qui permet d'évaluer l'importance de l'atteinte et de pratiquer un prélèvement (biopsie) de manière à orienter le diagnostic et à déterminer avec plus de précision la cause de la rectite. Le traitement nécessite l'administration d'antibiotiques, d'antiparasites et d'anti-inflammatoires selon la cause. Parfois il suffit tout simplement de supprimer la cause favorisante (aliments irritants, médicaments, suppositoires, constipation, diarrhée, etc.). Chez la majorité des patients la rectite se guérit spontanément et définitivement. La maladie de Crohn et la rectocolite ulcérohémorragique, quant à elles, nécessitent un traitement spécifique.
- rectoscopie : Examen médical permettant, à l'aide d'un rectoscope introduit dans l'anus, de visualiser le canal anal, la totalité du rectum et la partie distale du côlon sigmoïde, jusqu'à la charnière rectosigmoïdienne située à 12 ou 13 cm de la marge anale. Contrairement à l'anuscopie, il nécessite souvent une préparation minimale permettant d'évacuer le contenu du rectum à l'aide d'un petit lavement. Il est normalement indolore et ne nécessite pas d'anesthésie. Elle se fait à l'aide d'un endoscope rigide, long de 15 à 25 cm. Elle tend maintenant à être remplacée par la coloscopie totale qui permet une exploration du rectum et de tout le côlon.

- sigmoïdite : Infection d'un ou de plusieurs diverticules du segment sigmoïde du côlon. Les diverticules sont de petites hernies de la muqueuse intestinale au travers de la paroi musculaire du côlon, le plus souvent localisés sur le sigmoïde, dans lesquelles la stagnation des matières fécales peut favoriser l'infection, selon un mécanisme analogue à celui de l'appendicite. Ces diverticules apparaissent avec l'âge et sont présents en plus ou moins grand nombre chez environ 40 % des personnes de plus de soixante ans.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- sténose : Modification anatomique qui se traduit par un rétrécissement d'une structure (canal, vaisseau).
- œstroprogestatif : Produit inhibiteur de l'ovulation, associant un progestatif et un œstrogène.
- ténésme : Tension douloureuse, au niveau de l'anus ou de la vessie, avec sensation de brûlure et envie constante d'aller à la selle ou d'uriner. Cette tension apparaît avant ou après l'évacuation du rectum ou de la vessie. On retrouve ce symptôme dans les inflammations du rectum ou de la vessie, d'origine infectieuse, parasitaire ou tumorale. Le ténésme se différencie des épreintes, qui sont des douleurs coliques et rectales, associées à une fausse envie d'aller à la selle.
- test de Schiller : Épreuve destinée à mettre en évidence des lésions précancéreuses du col de l'utérus, en badigeonnant celui-ci avec une solution iodo-iodurée (Lugol) qui colore en brun les zones normales du col, du fait de leur richesse en glycogène, et qui ne colore pas les zones suspectes.
- tomodensitométrie : TomoDensitoMétrie (TDM) ou Tomographie Axiale Calculée par Ordinateur (TACO) ou CT-scan (CT=Computed Tomography) ou scanner : Technique d'imagerie médicale qui consiste à calculer une reconstruction 3D des tissus à partir d'une analyse tomographique obtenue en soumettant le patient au balayage d'un faisceau de rayons X.

BIBLIOGRAPHIE

- : Les cancers de l'utérus. Feuillet de Radiologie. 2000 Feb;40(1):2.
- Amenssag L, El Idrissi F, Erdichi I, Melhouf A, El Mrabet F, Brhami R, et al. : Mélanome malin primitif du col utérin. La Presse Médicale. 2002 Jun;31(21):976-978.
- Bernard P. : Cancers invasifs du col utérin. Faculté de Médecine de Grenoble; 2002 Sept.

- Bernstein HB, Broman JH, Apicelli A, Kredentser DC.: Primary malignant schwannoma of the uterine cervix: a case report and literature review. *Gynecologic Oncology*. 1999 Aug;74(2):288-292.
- Body G, Lansac J, Calais G, Lefloch O, Fetissof F.: Cancer du col de l'utérus. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*. 1988; 600-A-10.
- Boulanger JC, Gondry J, Naepels P.: Cancers micro-invasifs du col utérin. Traitement local et bilan ganglionnaire des cancers micro-invasifs du col utérin. *J Fr Oncol Gynecol*. 1994;3-18.
- Bussièrès E, Peiffert D.: Les tumeurs de l'endomètre. *Faculté de Médecine de Grenoble*; 2005 Jun.
- Canturia G, Angioli R, Nahmias J, Estape R, Penalver M.: Primary malignant melanoma of the uterine cervix: case report and review of the literature. *Gynecologic Oncology*. 1999 Oct;75(1):170-174.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Lésions malignes du col utérin. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 129-136.
- Coven A, Kirby J, Shaw P, Chapman W, Franseen E.: Prognostic factors for relapse and pelvic lymph node metastases in early stage I adenocarcinoma of the cervix. *Gynecologic Oncology*. 1999;74(3):423-427.
- Creasman WT.: Stage IA cancer of the cervix: finally some resolution of definition and treatment. *Gynecologic Oncology*. 1999;74(2):163-164.
- Dargent D.: Traitement des cancers de l'exocol et du vagin par la chirurgie avec conservation de l'utérus et des annexes. *Cahiers d'Oncologie*. 1992;1:21-25.
- De Oliveira C, Mota F.: Cancer du col de l'utérus : classification et explorations préthérapeutiques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*. 2002; 605-A-45.
- Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC). : Cancers invasifs du col utérin. Stade non métastatiques. Montrouge: J. Libbey Eurotext; 1999. 279 p.
- Ferrer C, Panel L, Dupaigne D, Bons F, Debrigode C, Marès P, de Tayrac R.: Ferrer C, Panel L, Dupaigne D, Bons F, Debrigode C, Marès P, de Tayrac R. Traitement des cancers volumineux du col utérin de stades I et II. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*. 2007; 605-A-75.

- Girardi F, Heydarfadai M, Koroschetz F, Pickel H, Winter R. : Cold-knife conization versus loop excision: Histopathologic and clinical results of a randomized trial. *Gynecologic Oncology*. 1994 Dec;55(1):368-370.
- Goff BA, Muntz HG, Paley PJ, Tamimi HK, Koh WJ, Greer BJ. : Impact of surgical staging in women with locally advanced cervical cancer. *Gynecologic Oncology*. 1999 Sept;74(3):436-442.
- Hernandez E, Donohue KA, Anderson LL, Heller PB, Stehman FB. : The significance of thrombocytosis in patients with locally advanced cervical carcinoma: a gynecologic oncology group study. *Gynecologic Oncology*. 2000 Aug;78(2):137-142.
- Lu D, Tawfik O, Pantazis C, Hobart W, Chapman J, Iczkowski K. : Altered expression of CD44 and variant isoforms in human adenocarcinoma of the endocervix during progression. *Gynecologic Oncology*. 1999 Oct;75(1):84-90.
- Magtibay PM, Perrone JF, Stanhope CR, Katzmann JA, Keeny GL, Li H. : Flow-Cytometric DNA analysis of early stage adenocarcinoma of the cervix. *Gynecologic Oncology*. 1999 Oct;75(1):20-24.
- Maingon P, Barillot I, Houvenaeghel G. : Cancer du col utérin. *Faculté de Médecine de Grenoble*; 2005 Nov.
- Ménégos F, Chérié-Challine L. : Le cancer en France : Incidence et mortalité. Paris: Réseau Francim; 1996.
- Mergui JL, Salat-Baroux J, Hamou J, Cristalli B. : Microcolposcopy and microinvasive cervical cancer. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1986;15(8):1118-1121.
- Myllynen L, Karjalainen O. : Pregnancy outcome after combined amputation and conization of the uterine cervix. *Annals of Chirurgical Gynaecology*. 1984;73(6):345-349.
- Natsume N, Aoki Y, Kase H., Kashima K, Sugaya S, Tanaka K. : Ovarian metastasis in stage IB and II cervical adenocarcinoma. *Gynecologic Oncology*. 1999 Aug;74(2):255-258.
- Panici PB, Cuttillo G, Maneschi F, Amoroso M, Congiu M, Palaia I. : Traitement du cancer du col utérin des stades III et IV. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*. 2002; 605-A-80.
- Piver MS, Rutledge FN, Smith PJ. : Five classes of extended hysterectomy of women with cervical cancer. *Obstetrics & Gynecology*. 1974 Aug;44(2):265-272.
- Pointreau Y, Ruffier-Loubière A, Denis F, Barillot I. : Cancer du col utérin. *Cancer / Radiothérapie*. 2010 Nov;14(S1):147-153.

- Rouzier R, Legoff S. : Cancer du col utérin. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 2007; 3-1250.
- Sasco AJ. : Épidémiologie du cancer du col de l'utérus. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2002; 605-A-10.
- Schorge JO, Lee KR, Sheets EE. : Prospective management of stage IA1 cervical adenocarcinoma by conization alone to preserve fertility: a preliminary report. Gynecologic Oncology. 2000 Aug;78(2):217-220.
- Simon P, Dupond I. : Le dépistage du cancer du col utérin. Revue Médicale de Bruxelles. 2006;27:S218-220.
- Smith HO, Tiffany MF, Qualls CR, Key CR. : The rising incidence of adenocarcinoma relative to squamous cell carcinoma of the uterine cervix in the united states - a 24 year population-based study. Gynecologic Oncology. 2000 Aug;78(2):97-105.
- Sutton GP, Bundy BN, Delgado G, Sevin BU, Creasman WT, Major FJ. : Ovarian metastasis in stage IB carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1992 Jan;166(1 Pt 1):50-53.
- Takeshima N, Yanoh K, Tabata T, Nagai K, Hirai Y, Hasumi K. : Assessment of the revised international federation of gynecology and obstetrics staging for early invasive squamous cervical cancer. Gynecologic Oncology. 1999 Aug;74(2):165-169.
- Ternier F, Rosello R, Kind M, Di Stefano-Louineau D, Resbeut M, Le Brigand B, Mouillac G. : Col utérin: Carcinomes invasifs du col utérin: méthodes d'exploration, stratégie diagnostique. Feuilles de Radiologie. 1997 Sept;37(4):275.

EN SAVOIR PLUS

- Site de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO): <http://www.figo.org> : <http://www.figo.org>

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal – Actualisation 2002. HAS; 2002 Sept. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272243/conduite-a-tenir-devant-une-patiente-ayant-un-frottis-cervico-uterin-anormal-actualisation-2002

- Bergeron C, Boulanger JC, Levêque J, Brun JL, Dachez R, Mathevet P, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Prévention du cancer du col de l'utérus. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2007 Dec. : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM
- Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National du CAncer (INCA). Guide ALD n° 30 - Cancer invasif du col utérin. HAS; 2010 Jan. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_922973/ald-n-30-cancer-invasif-du-col-uterin
- Haute Autorité de Santé (HAS). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS; 2010 Jul. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_998820/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france
- Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. HAS; 2004 May. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464141/evaluation-de-linteret-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-dans-le-depistage-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-luterus
- Haute Autorité de Santé (HAS). Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain (Gardasil®) dans la prévention du cancer du col? HAS; 2007 Sept. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_592462/quelle-place-pour-le-vaccin-papillomavirus-humain-gardasil-dans-la-prevention-du-cancer-du-col

ABREVIATIONS

- ASA : American Society of Anesthesiologists
- CHEL : ColpoHystérectomie ÉLargie
- FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens
- HIV : Human Immunodeficiency Virus (Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH))
- HPV : Human PapillomaVirus (papillomavirus humain)
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- SCC : Squamous Cell Carcinoma antigen
- UIV : Urographie IntraVeineuse