

Item 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin : Tumeurs malignes du col utérin (Évaluations)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/8 :

Mitose et différenciation cellulaire :

- A - La mitose comporte dans l'ordre : prophase, métaphase, anaphase, télophase.
- B - Toutes les cellules de l'organisme ne se divisent que par mitose.
- C - La différenciation cellulaire comporte une phase de détermination dans une lignée puis une phase de maturation.
- D - Le GM-CSF par exemple est un facteur de différenciation des lymphocytes B.

(Réponse : ACD)

QUESTION 2/8 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : col de l'utérus :

- A - Le col est la partie de l'utérus qui est dans le vagin.
- B - L'orifice interne du canal endocervical est au niveau de l'isthme utérin.
- C - Le col est « amarré » au pelvis par les ligaments pubo-vésicaux en avant.
- D - L'exocol est constitué d'un épithélium malpighien et l'endocol d'un épithélium cylindrique.

(Réponse : BCD)

QUESTION 3/8 :

Anatomie et histologie des organes génitaux externes et internes : utérus :

- A - Mécaniquement, il y a mobilité du col et du corps utérin autour de l'isthme.
- B - Habituellement, l'utérus est antéversé.
- C - Le myomètre comporte trois couches de fibres musculaires striées.
- D - Au moment des règles, ce n'est que la partie superficielle de l'endomètre qui desquame.

(Réponse : ABD)

QUESTION 4/8 :

Vascularisation de l'utérus :

A - Dans la majorité des cas, l'artère utérine se divise en un rameau ascendant et un rameau descendant...

B - ..., lequel rameau ascendant donne naissance à un rameau tubaire et un rameau ovarique...

C - ..., ces derniers rameaux rejoignent leurs homologues issus de l'artère ovarique...

D - ..., il s'agit donc d'une vascularisation de type terminal.

(Réponse : ABC)

QUESTION 5/8 :

Virologie des HPV et actions cellulaires :

A - L'expression la plus courante de l'infection à HPV oncogène (notamment le type 16) est le condylome acuminé.

B - L'expression la plus courante de l'infection à HPV est le condylome plan.

C - Les HPV le plus souvent retrouvés à l'origine de dysplasie sévère du col de l'utérus sont les types 16, 18, 33 et 35 (entre autres).

D - L'infection des cellules basales de l'épithélium malpighien du col de l'utérus par HPV est responsable de la koïlocytose que l'on observe parfois à ce niveau.

(Réponse : BCD)

QUESTION 6/8 :

Réactions immunitaires à la présence de cellules cancéreuses :

A - La cytotoxicité est une maladie due à un déficit immunitaire.

B - Les cellules « natural killer » sont des cellules permettant de contrôler la croissance des tumeurs entre autres.

C - Les interférons sont un élément essentiel de stimulation des natural killer et ont donc un rôle important dans les cancers.

D - Certaines tumeurs solides cancéreuses peuvent provoquer un déficit immunitaire.

(Réponse : BCD)

QUESTION 7/8 :

Pharmacocinétique des antimétabolites :

A - Les dérivés de la pervenche et les taxanes ne sont pas des antimétabolites.

B - Les anti-métabolites agissent à la phase S du cycle cellulaire.

C - Les alkylants ont pour effet la formation des ponts inter- ou intra-caténaire empêchant la duplication et la transcription de l'ADN.

D - La bléomycine provoque des cassures double-brin de l'ADN et a de ce fait une grande toxicité hématologique.

(Réponse : BC)

QUESTION 8/8 :

Effet des radiations ionisantes

A - L'interaction des rayons avec les molécules a pour effet des ionisations ou des excitations.

B - La principale cible des radiations est l'ARN.

C - La mort cellulaire immédiate est le résultat des radiations à faible dose.

D - Les particules chargées traversant la matière provoquent des radicaux libres en présence d'oxygène, ce qui augmente l'efficacité du processus.

(Réponse : AD)

QCM

QUESTION 1/8 :

En France, quelle proportion des femmes n'est pas dépistée ?

A - < 5 %

B - 10-25 %

C - 40 %

D - > 50 %

(Réponse : C)

QUESTION 2/8 :

Quel est le second facteur de risque du cancer du col utérin ?

- A - L'activité sexuelle.**
- B - Le tabagisme.**
- C - La contraception orale.**
- D - Les déficits immunitaires.**

(Réponse : B)

QUESTION 3/8 :

Dans quelles situations peut-on envisager la conisation comme traitement chirurgical du cancer du col utérin ?

- A - En cas de cancer stade IA1 < 1 mm : conisation.**
- B - En cas de cancer IA1 > 1 < 3 mm et en cas de désir de grossesse.**
- C - En cas de cancer IA2 et en cas de désir de grossesse.**
- D - Aucune situation.**

(Réponse : AB)

QUESTION 4/8 :

Parmi les facteurs de risque du cancer du col, vous retenez :

- A - Le tabac.**
- B - HPV type 6.**
- C - HPV type 16.**
- D - La prise de la pilule contraceptive.**

(Réponse : AC)

QUESTION 5/8 :

Modalités de dépistage du cancer du col (conférence de consensus de 1990) :

- A - Le premier frottis doit être pratiqué des 25 ans chez toute femme active sexuellement.**

B - Un deuxième frottis doit être réalisé dans l'année suivant le premier frottis.

C - En cas de dépistage négatif aux deux premiers frottis, on pratiquera un frottis tous les ans jusqu'à 80 ans.

D - Si les deux premiers frottis sont positifs, on refait un frottis trois ans après.

(Réponse : AB)

QUESTION 6/8 :

Un frottis ne peut être réalisé :

A - que par un gynécologue spécialiste.

B - qu'au laboratoire.

C - que dans un centre spécialisé de dépistage.

D - par un médecin généraliste.

(Réponse : D)

QUESTION 7/8 :

Les signes habituels du cancer du col de l'utérus sont :

A - Ulcération cervicale saignant au contact.

B - Ménorragies.

C - Leucorrhées sanglantes.

D - Métrorragies post-ménopausiques.

(Réponse : ACD)

QUESTION 8/8 :

La conisation :

A - ne doit jamais être effectuée au bistouri froid.

B - ne permet pas d'être curateur en cas de CIN III.

C - si la pièce de conisation comporte des marges en tissu sain et un diagnostic de CIN III, il faut toujours compléter le traitement avec une hystérectomie.

D - est une méthode diagnostique indispensable si on ne peut pas visualiser la zone de jonction.

(Réponse : D)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Mme X., 39 ans, vient vous consulter car le résultat de son frottis cervico-vaginal l'inquiète : il indique « classe 3 de Bethesda ». Elle n'a aucun antécédent notable. L'examen général et gynécologique est normal.

QUESTION 1/5 :

Que signifie le résultat de ce frottis ? Que faites-vous ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une lésion de bas grade : présence de cellules suspectes de malignité, le plus souvent associée à des cellules inflammatoires liées à une infection locale. On effectue un prélèvement vaginal, on prescrit un traitement étiologique et un traitement anti-inflammatoire en l'absence de contre-indications. On refait ensuite un frottis dans 6 mois ou une colposcopie immédiatement.

QUESTION 2/5 :

Quels sont les facteurs de risque du cancer du col ?

Réponse attendue :

Infection à Human PapillomaVirus oncogène (notamment 16 et 18) ; Infection à VIH ; Tabac ; multiparité.

N.B. : Les autres facteurs de risque ne sont pas indépendants : multiplicité des partenaires sexuels, précocité du premier rapport, hygiène locale déficiente, bas niveau socioéconomique (ce sont surtout des facteurs de risque d'infection à HPV).

QUESTION 3/5 :

Il s'agit bien d'un frottis de classe 3. Que faites-vous ?

Réponse attendue :

Colposcopie à la loupe binoculaire comprenant systématiquement :

1. étude sans préparation à la recherche d'une zone de leucoplasie ;

2. étude après imprégnation du col avec de l'acide acétique pour rechercher des zones de leucoplasie et pour visualiser la jonction endocol-exocol ;
3. application de lugol sur le col (test de Schiller) pour localiser des zones acidophiles (iodo-négatives) ;
4. biopsies dirigées sur les zones acidophiles et sur la jonction endocol-exocol pour examen anatomopathologique.

NB : Si la zone de jonction n'est pas visible, on pratique une conisation.

QUESTION 4/5 :

Le diagnostic anatomopathologique est « carcinome micro-invasif ». Que cela signifie-t-il ?
Quel est le traitement ?

Réponse attendue :

La zone de lésion dépasse la membrane basale : envahissement de moins de 5 mm en profondeur, 7 mm en surface. On effectue une conisation au bistouri froid sous anesthésie générale au bloc opératoire après réalisation d'un bilan préopératoire, envoi de la pièce de conisation pour examen anatomopathologique.

QUESTION 5/5 :

Le résultat final de vos investigations conclut à un « carcinome non invasif résection en marge saine ». Faites-vous un geste supplémentaire ?

Réponse attendue :

Non.

CAS CLINIQUE

Scénario :

Mme X., 26 ans, d'origine africaine, vient vous consulter pour des dyspareunies. Elle a eu 5 jours auparavant des rapports sexuels non protégés avec une personne qu'elle ne connaît pas, étrangère, et qu'elle n'a pas revue par la suite. Vous ne notez pas d'antécédent particulier à part des infections urinaires à répétition. Votre examen retrouve : pas d'altération de l'état général, à l'examen vulvaire vous retrouvez une ulcération non indurée surmontée d'un bourrelet, douloureuse et saignant au contact sur la face interne de la grande lèvre gauche ; vous avez retrouvé des cicatrices hypochromiques et

hyperchromiques sur les jambes et les plantes de pied, vous n'avez pas retrouvé d'adénopathies.

QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel germe est en cause ?

Réponse attendue :

Chancre mou, dû à *Haemophilus ducreyi*.

QUESTION 2/6 :

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Réponse attendue :

Prélèvements bactériologiques à la recherche du germe : grattage des bords de la lésion, écouvillonnage du fond de l'ulcération ; examen direct et mise en culture ; réalisation de sérologies à titre systématique et avec accord de la patiente dans le cadre du bilan d'une MST : sérologie ffIV 1 et 2, hépatite B, syphilis (TPHA et VDRL), *Chlamydiae*.

QUESTION 3/6 :

Une sérologie syphilitique vous revient : TPHA++, VDRL+. Commentez.

Réponse attendue :

Interprétations possibles : syphilis ancienne, pian ancien, syphilis récente. Il faudra donc refaire une sérologie syphilitique dans deux semaines pour éliminer une syphilis récente, ces résultats ne permettant pas de conclure dans l'immédiat.

QUESTION 4/6 :

Quel traitement proposez-vous ?

Réponse attendue :

Dépistage et traitement du partenaire qu'il faut essayer de retrouver car il s'agit d'une MST très contagieuse, ainsi que tous les sujets contact. Déclaration obligatoire anonyme ; abstention sexuelle ou rapports protégés. Traitement de la patiente : on met en place un traitement antibiotique efficace sur le chancre mou et sur la syphilis, par exemple, en l'absence d'allergie : céphalosporine de troisième génération : ceftriaxone par voie IM à dose

efficace ou en cas d'allergie, érythromycine per os, pendant 15 jours. Surveillance : consultation.

QUESTION 5/6 :

Deux semaines plus tard vous revoyez la patiente. Elle n'a pas correctement suivi le traitement que vous lui aviez prescrit. À l'examen, vous retrouvez la lésion que vous aviez déjà observée, mais elle s'est aggravée, elle reste douloureuse, très indurée, et cette fois, vous retrouvez des adénopathies inguinales bilatérales indolores et dures, la patiente est cependant toujours apyrétique. Quel diagnostic devez-vous suspecter ?

Réponse attendue :

Syphilis primaire associée à un chancre mou.

QUESTION 6/6 :

Quel traitement proposez-vous ?

Réponse attendue :

Dépistage et traitement des sujets contact. Traitement de la patiente : traitement minute par une injection unique de pénicilline en l'absence de contre indication par voie intramusculaire, par exemple : benzathine-pénicilline, ou en cas d'allergie : érythromycine pendant 15 jours ; déclaration obligatoire anonyme. Surveillance.