

# Cancer de l'endomètre

Dr Gwénaëlle Boivin- Le Pottier

*Centre de lutte contre le cancer de Rennes/ CHU hôpital sud de Rennes*

**RENNES – BZH**



# Introduction

- Saignements post ménopausiques  
= principal symptôme  
Diagnostic le + souvent précoce
- Péri ou post ménopause (âge moyen vers 60 ans)
- FR: obésité/ diabète/ nulliparité/ ménopause tardive

# Introduction

- PEC rapide = taux de survie à 5 ans élevé (75%)
- Traitement initial chirurgical : hystérectomie avec annexectomie bilatérale
- Curages ganglionnaires pelviens et para aortiques nécessaires à la stadification (mais pas de bénéfice à cette pratique)

# Diagnostic

- Echographie: détection
- Hysteroscopie et biopsies: diagnostic
- IRM pelvienne: bilan d'extension

# Facteurs pronostiques

- Le type histologique
  - adénoK endométrioïde: 80 %
  - adénoK à cellules claires, sarcome, carcinome mucineux ...( mauvais Pc)
- Le grade
- La classification FIGO (profondeur d'envahissement du myomètre, ganglions métastatiques )

# Echographie: Signes d'appel

- Epaissement anormal et hétérogène de l'endomètre:
  - période d'activité génitale > 15mm
  - ménopause > 5mm
- Aspect irrégulier de l'interface endomètre/myomètre
- Doppler couleur: hypervascularisation

# Objectif de l'IRM

- Objectif de l'IRM pelvienne = évaluer l'extension tumorale locale et à distance
- En particulier la profondeur de l'invasion myométriale car grade histologique et profondeur de l'extension myométriale corrélés à l'atteinte ganglionnaire et à la survie de la patiente

# Classification FIGO 2009 – endomètre

## Stades I

Tumeur limitée au corps utérin

- IA Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre
- IB Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre

## Stades II

Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au delà de l'utérus

## Stades III

Extension locale et/ou régionale

- IIIA Séreuse et/ou annexes
- IIIB Envahissement vaginal et/ou paramétrial
- IIIC Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- IIIC1 Ganglions pelviens
- IIIC2 Ganglions para-aortiques +/- ganglions pelviens

## Stades IV

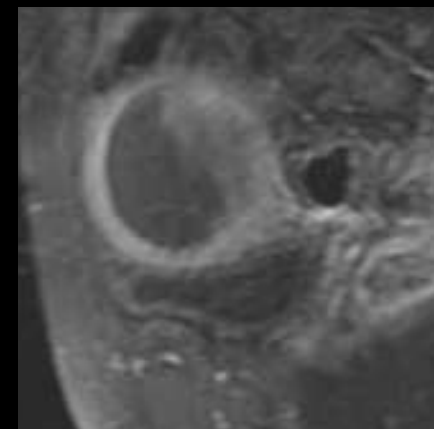
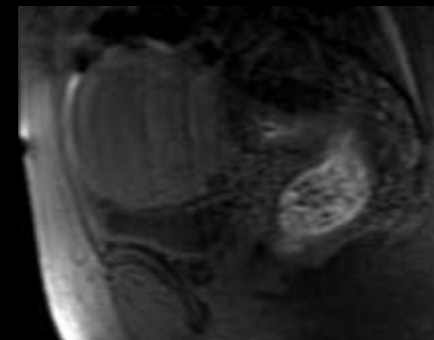
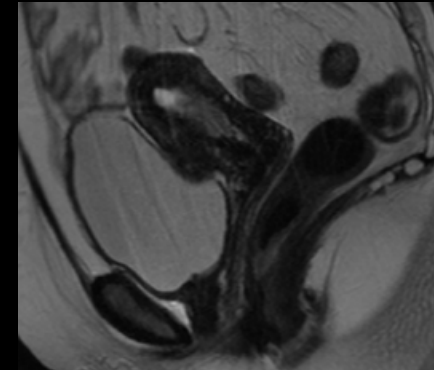
Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance

- IVA Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale
- IVB Métastases à distance incluant les métastases intraabdominales et/ou ganglions inguinaux



# Cancer de l'endomètre

- Hypersignal T2 / au myomètre
- Hypo ou Iso T2 /endomètre
- Isosignal T1
- Rehaussement < myomètre
- Max de contraste tardif entre 90 et 120 sec



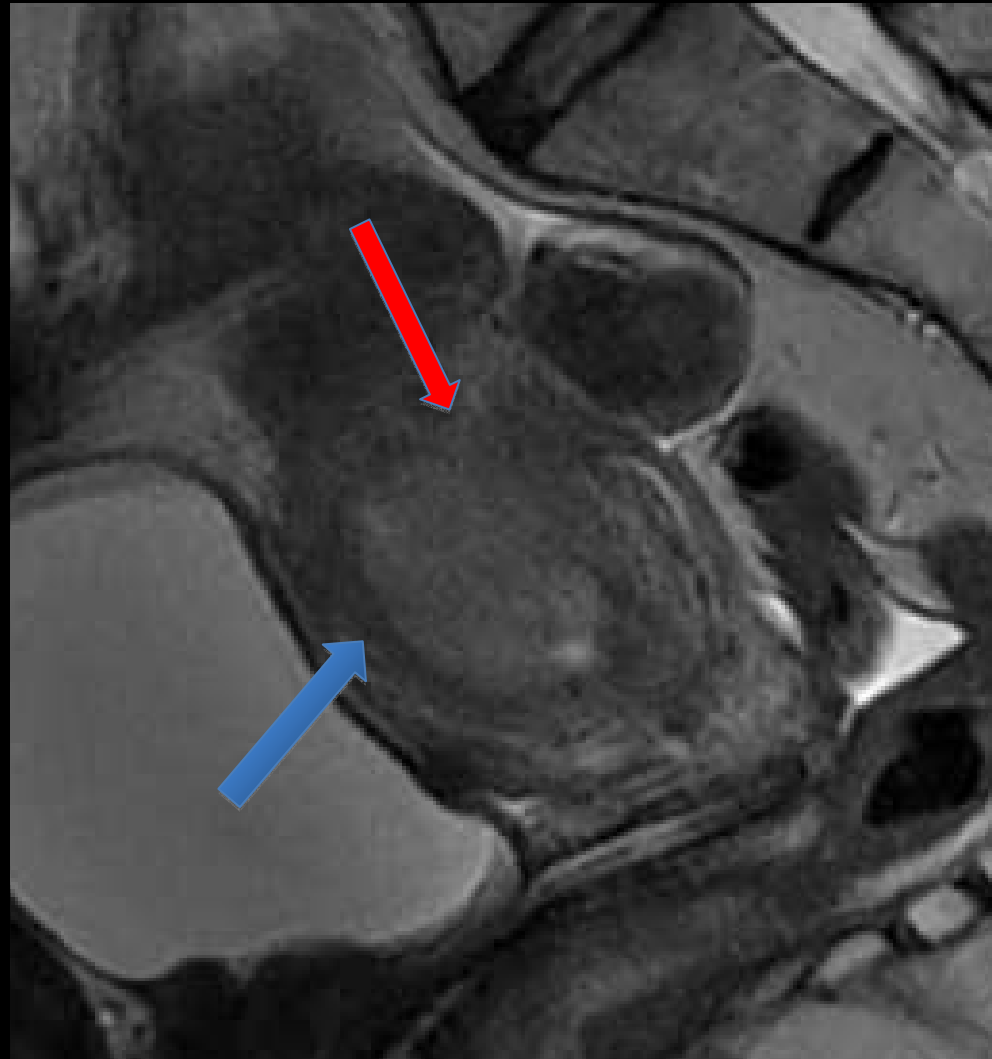
# stade IA et IB : extension myométriale

1. Interruption de l'hyposignal de la zone jonctionnelle
2. Irrégularité de l'interface endomètre-myomètre
3. Hypersignal de type tumoral dans le myomètre
4. Interruption de la prise de contraste précoce sous-endométriale
5. Respect de la séreuse

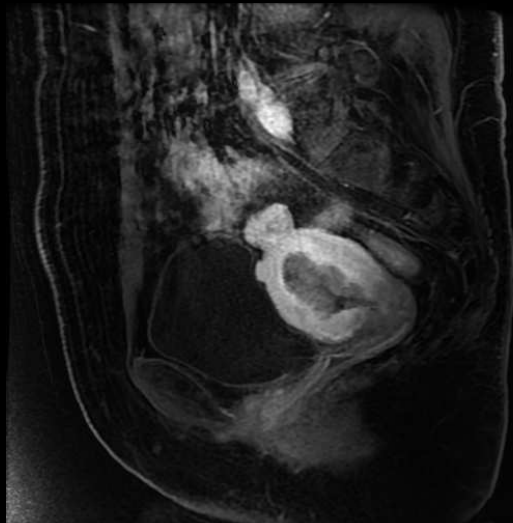
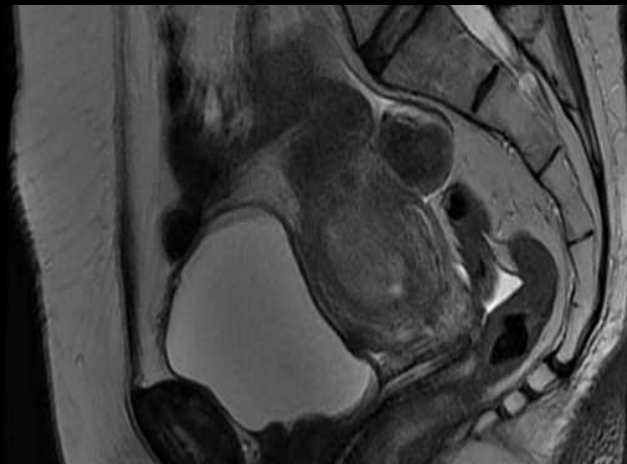
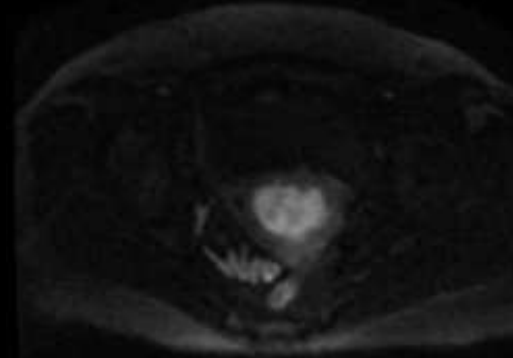
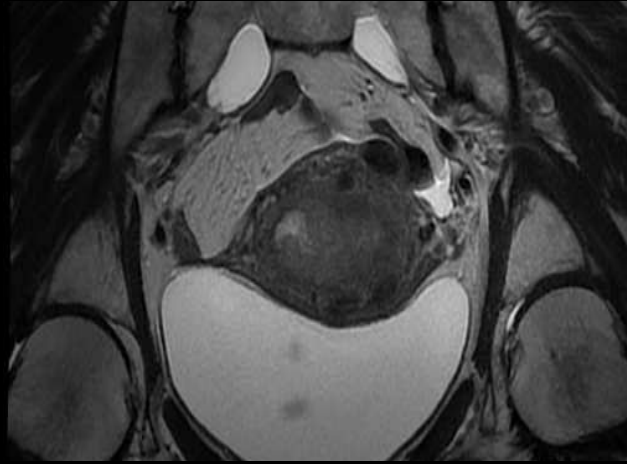
## Franchissement de la zone jonctionnelle

Flèche bleue: zone jonctionnelle

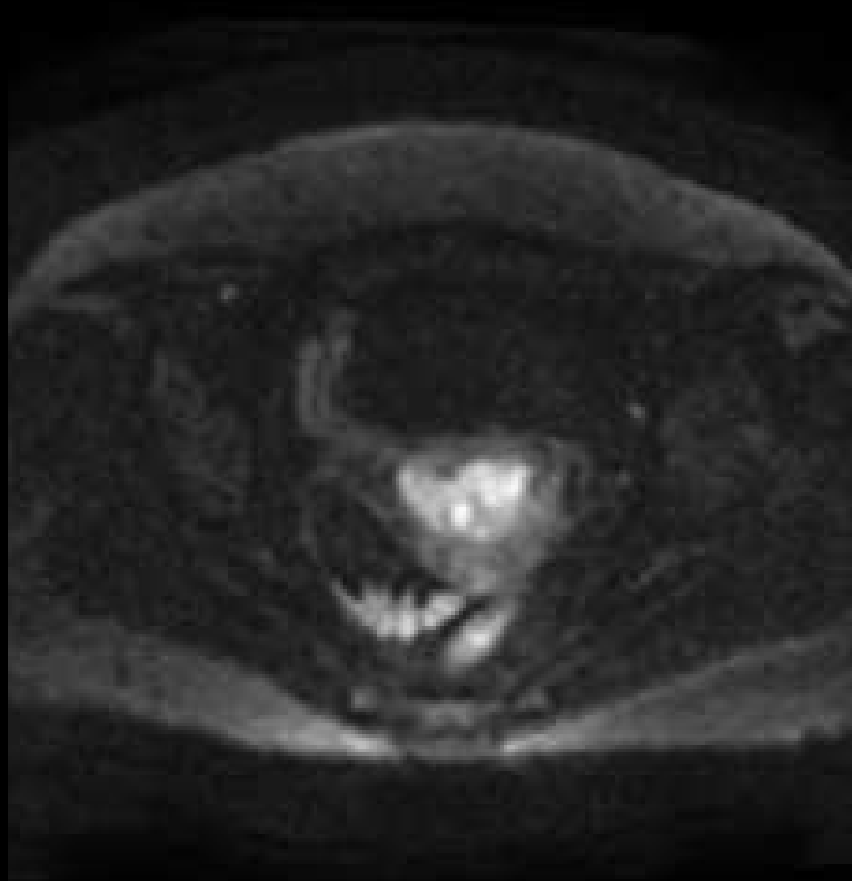
Flèche rouge: interruption de la zone jonctionnelle par la tumeur qui pénètre dans le myomètre.



# Cancer de l'endomètre stade IA



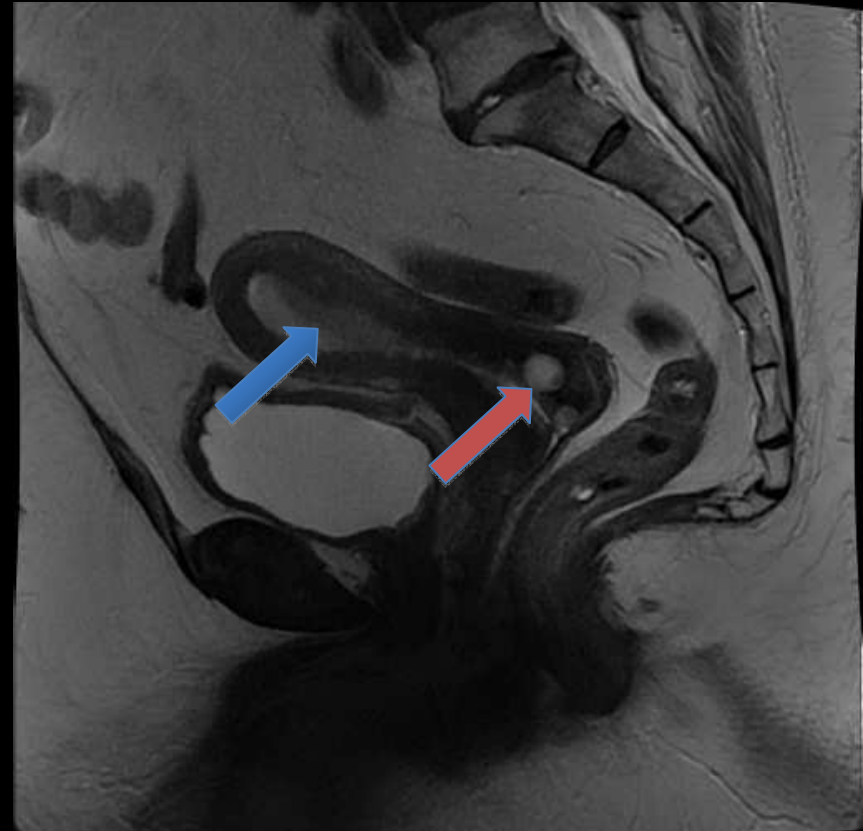
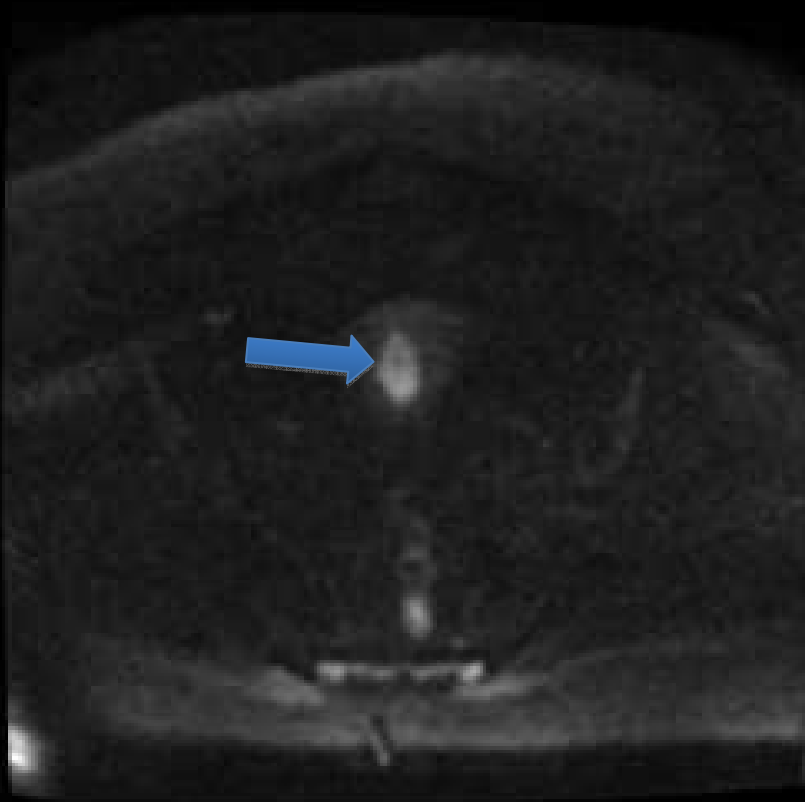
# Cancer de l'endomètre stade IA (<50% d'invasion myométriale)



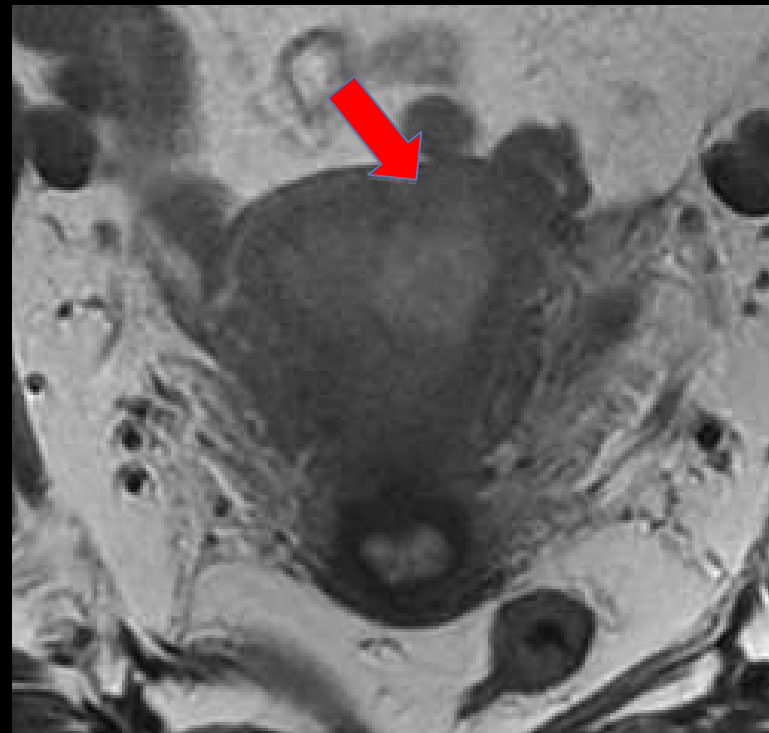
# Cancer de l'endomètre stade IA ( $<50\%$ d'invasion myométriale)

Flèche bleue: tumeur endométriale

Flèche rouge: kyste de tarlov



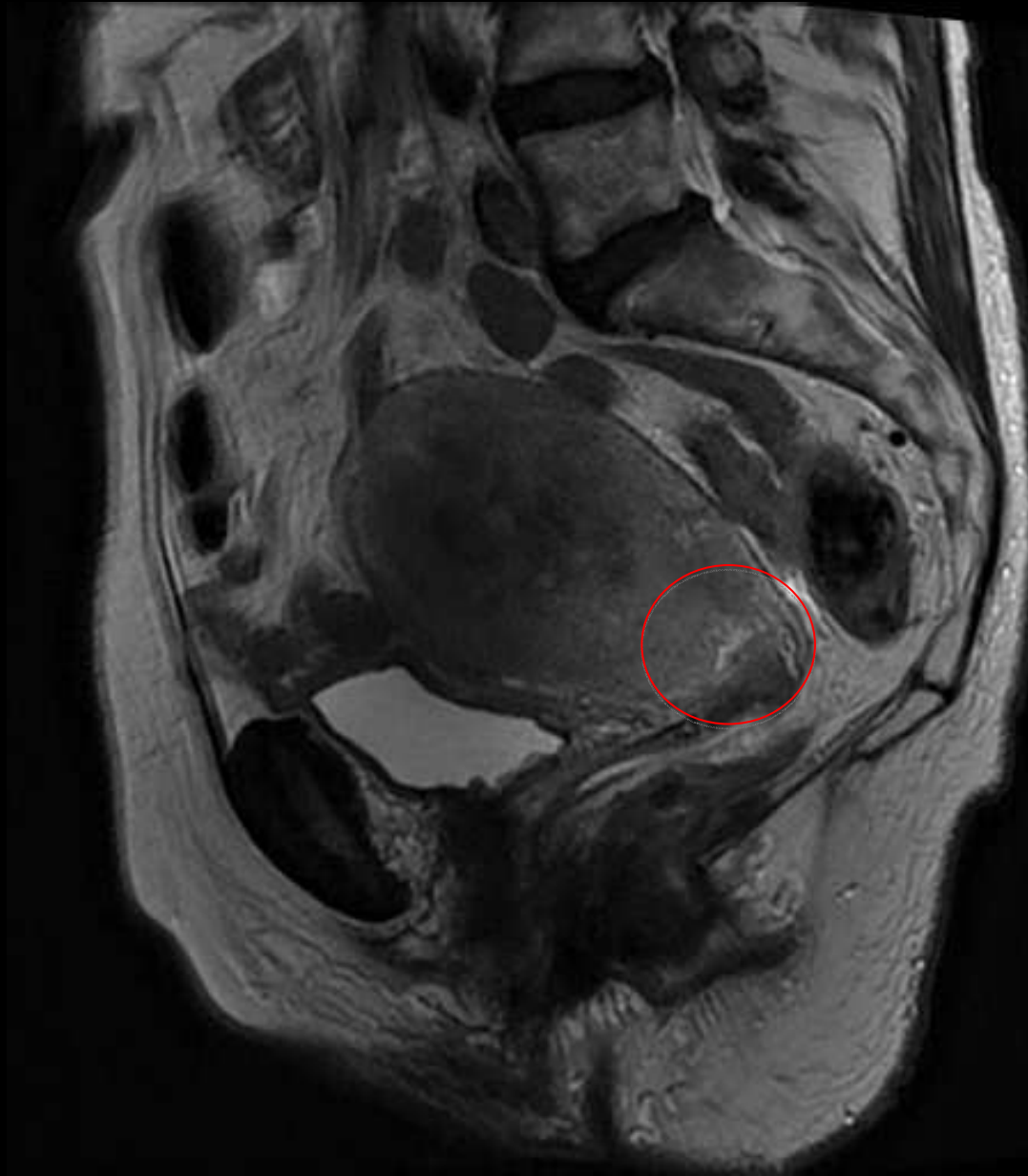
# Cancer de l'endomètre stade IB (>50% d'invasion myométriale)



L'analyse en T2 de l'extension myométriale peut être difficile: intérêt de la diffusion et de la séquence dynamique injectée

**stade II: extension  
au col**

= disparition de  
l'hyposignal du stroma  
cervical





# Stade III: extension au delà de l'utérus

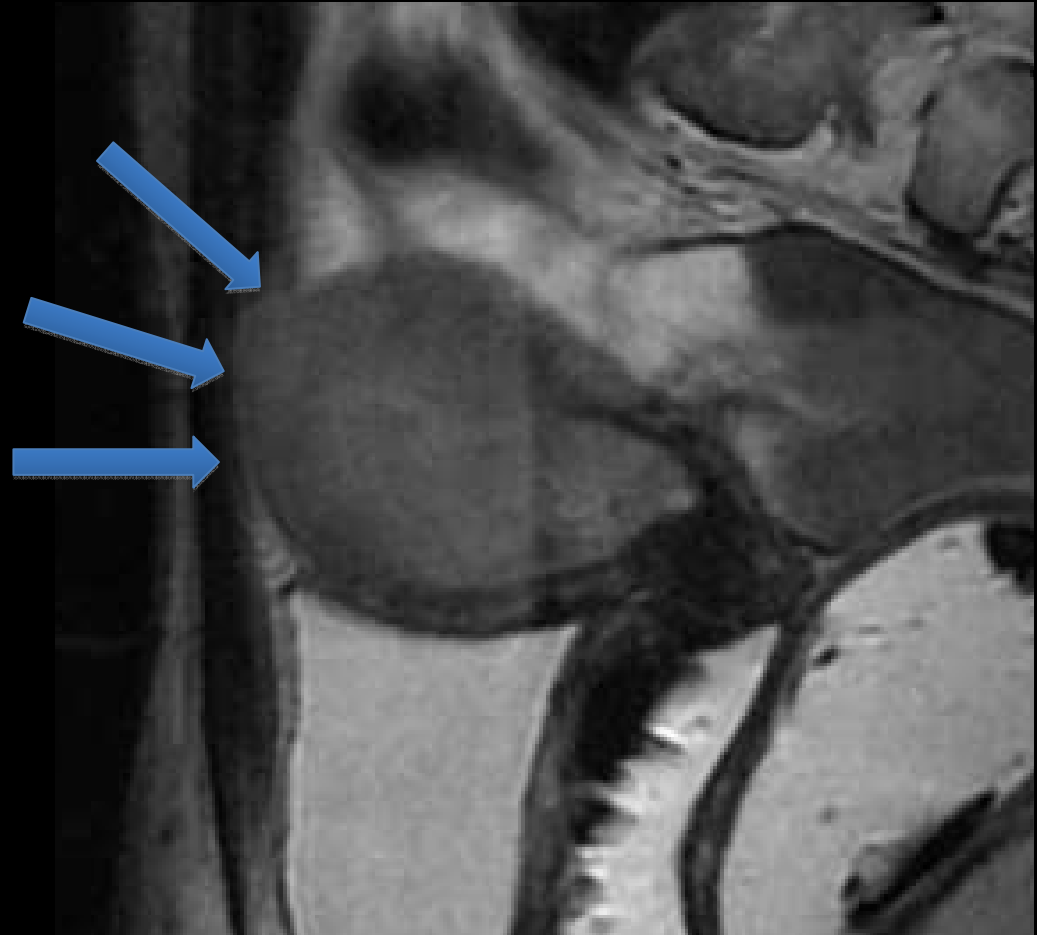
- = franchissement de la séreuse et / ou annexielle

1. Aspect irrégulier des contours utérins

2. Atteinte ovarienne : masse annexielle

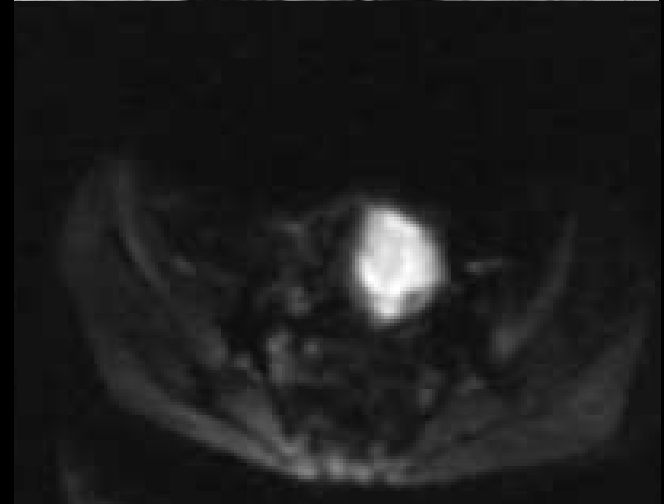
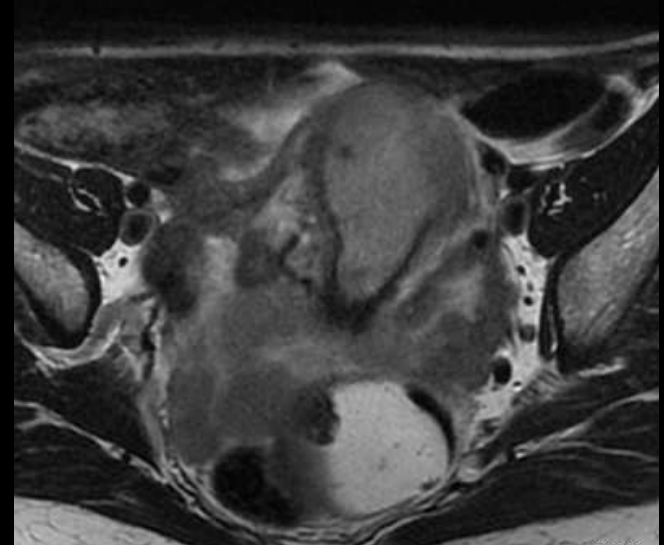
## Atteinte de la séreuse

Aspect irrégulier des contours utérins



*Cliché Dr Vilde*

# Cancers de l'endomètre stade III: atteinte de la séreuse



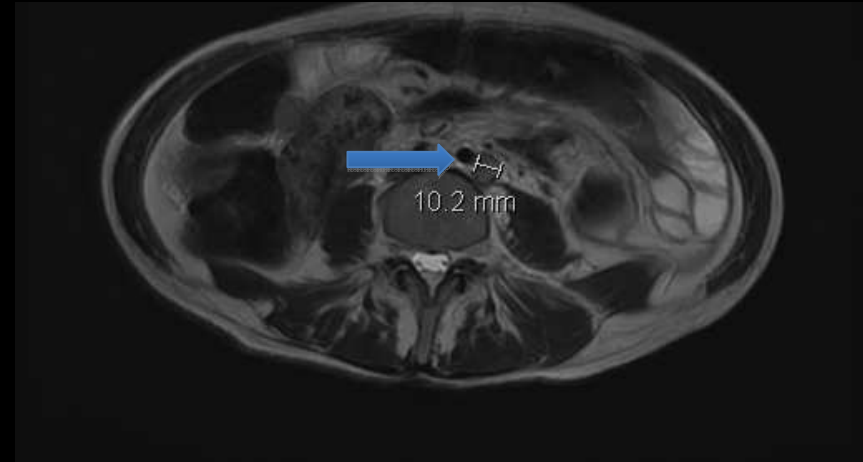
*Cliché Dr Vilde*

# Stade III C : extension ganglionnaire

- Prévalence liée à l'extension myométriale
  - < 5 % au stade IA
  - 25 à 40% au stade IC
- Critères de positivité:
  - taille : petit diamètre > 10 mm
  - caractère nécrotique

# Atteinte ganglionnaire

- Intérêt de la diffusion pour cartographie ganglionnaire
- MAIS aucune valeur prouvée de l'ADC ou de la restriction de diffusion des ganglions pour différencier ganglions sains ou pathologiques



# Stade IV : extension aux organes

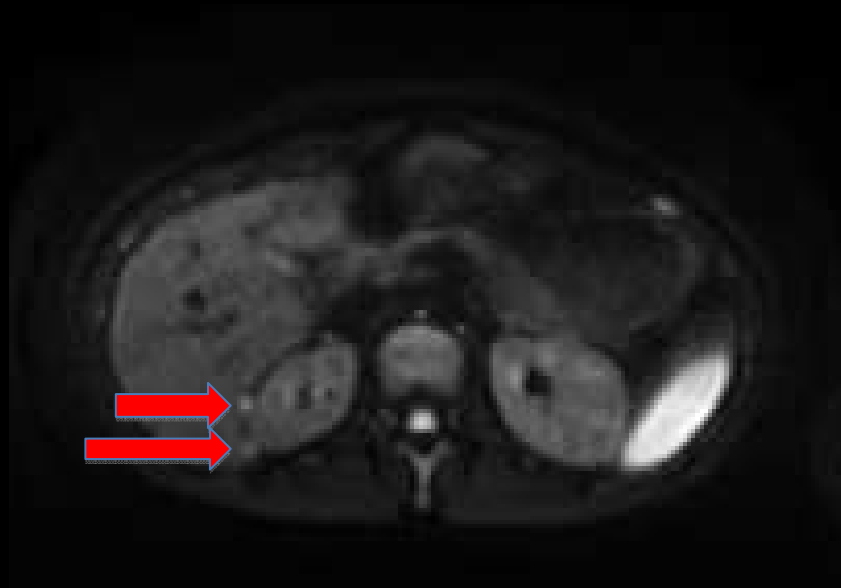
- Extension vésicale ou rectale : IV A  
Intérêt des coupes sagittales ++
- Atteintes péritonéales: IV B
- Extension thoracique et hépatique: TDM

# Intérêt de la diffusion dans la carcinose

**Lame d'épanchement mais  
sans nodule visible**



**2 nodules des l'espace inter  
hépato-rénal**



TNM	FIGO	Description
Tis	0	Carcinome in situ
T1	I	Carcinome strictement limité au corps utérin
T1A	Ia	Invasion du myomètre < 50%
T1B	Ib	Invasion du myomètre > 50%
T2	II	Carcinome étendu au col sans franchir les limites de l'utérus
T3	III	Carcinome étendu au-delà de l'utérus, aux annexes, sans franchir les limites du pelvis
	IIIa	Atteinte séreuse utérine, annexielle et/ou cytologie péritonéale positive
	IIIb	Métastase vaginale
	IIIc	Métastases ganglionnaires iliaques ou para-aortiques
T4	IV	Extension à la paroi vésicale ou rectale

Colpo-hystérectomie (+/- coelio)

+ curage  
+ radiothérapie

Colpohystérectomie élargie

radio/chimiothérapie



# Conclusion

- IRM : 2ème intention après l'échographie
- Intérêt : +++ dans le bilan d'extension loco-régionale d'un cancer de l'utérus (myomètre, col , ganglions...) = planification optimale du traitement
- Prise en charge multidisciplinaire