

Cancer du Col Dr. Ouadi

I] Définition et généralité

Le Kc col est fréquent, Durent en 2^{es} après Kc sein
Son pronostic dépend de la précocité Dg
un dépistage est systématique qui permet de ↓ mortalité par Kc col
en faisant un Dg précoce, voir au stade de lésions précancéreuses, ce dépistage est fondé sur le frottis cervicovaginal (FCV)

II] Epidémiologie

- la Fréquence des Kc invasifs du col utérin est de 20 000 / 100 000 f
- la Mortalité par Kc col est d'environ 3-4 décès pr 100 000 f par an
- Les FDR du Kc Col 8
 - x la précocité des Rapports Sexuels 15-17ans
 - x le mariage précoce < 17ans
 - x Les Rapports Sexuels avec des partenaires multiples
 - x la Multiplicité
 - x le Bas nv socio économique
 - x Les infections virales : Herpès Type II et le papilloma virus 16-18
 - x la Consommation d'alcool / Tabac

III] Anapath

1] Sur pla Microscopique

on retrouve 3 formes :

- la forme ulcéraire
- la forme végétante (ou Bourgeotte)
- la forme infiltrante (on ne peut accéder au col)

2] Sur pla Microscopique

- Kc col peut intéresser l'épithélium Malpighien de l'exocol ou l'épithélium cylindrique de l'endocol
- Carcinome Épidermoïde infiltrant représente 90% du Kc col

IV] Diagnostique

Kc col est très fréquent de l'adventage c'est être accessible à l'ex gynécologique (Spécimen + TV)

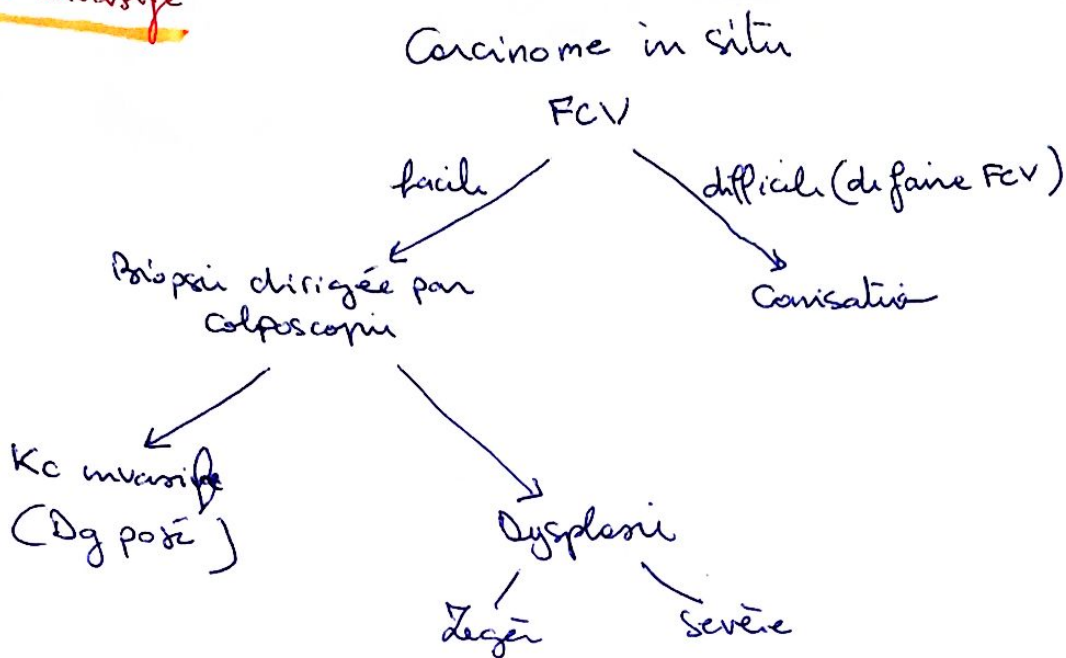
1] Dépistage

But

- le Taux de guérison Kc in situ est de 100%
- le Taux de guérison de Kc invasive n'est tant mieux que de 80% pd 5ans

2] Diagnostique du Kc invasif

3) Dg Kc invasive



3) Dg Kc du col Uterin se fait devant des signes cliniques a un stade ou un TRI Complet sera encore possible

a) Les signes cliniques

→ Des Métrorragies faites de Sang Rouge vif, peu Abondante intermittente, Copieuse, indolore, provoqué par les Toucher vaginal ou des Rapports Sexuels, parfois pas de Métrorragie, mais seulement des leucorrhées fétides mais souvent striés de Sang.

b) ex clinique

→ interrogatoire : permet de préciser les ATCD, l'âge de la malade, sont entre 40-60ans, et Rechercher FDR

→ Ex gynécologique

⊗ Spéculum : introduire le Spéculum sans lubrifiant, on retrouve 3 formes :

- une large ulcération excentrique avec l'orifice Cervical, induré, a bord irrégulier saignant au contact
- une forme végétante (Poussante) sous forme d'un Bourgeon fœtal et hémorragique, a ne pas confondre avec un polype accolé par le col
- une forme infiltrante : entre un gros col renflé en BARILLET global et de volume et sont préincliné, c'est un Kc d'endocol

⊗ Les Touches Pelviennes

→ TV : permet de retrouver la Tm repétante ou ulcéraire
= de préciser irrégularité, l'indurabilité du cul
de Sac vaginal ant et post.

le doigtier revient so. v. de sang.

→ TR : apprécie l'extension latéral vers les Paramètres
le Rectum et les ligaments utéro Sacrum.

→ Touches Bimanuelles Combinées au ^{palpé} Toucher Abdominal
permet d'apprécier :

- le volume Tumoral Cauté pelvien
- la hauteur de l'attente vaginale.
- la mobilité de la cloison rectovaginale.

⊗ Les Bils d'exclusion

→ l'ex ch. p. : après un TRT d'ATB énergique et de
contre durci, on vérifie l'absence ou la présence de la symptomatologie
urinaire ou Rectale.

→ le Bil Radiologique :

- une éch. Abdo-pelvié / TTK face profil / Rx du squelette
- une scintigraphie osseuse / l'UV est systémat. pr préciser
- une éventuelle compression unilatérale / une splanchnographie
- permet une approche de l'extension de processus néoplasique

→ le Bil endoscopique :

- Cystoscopie pr voir l'extension au niveau
- Rectoscopie Recherche atte. Rectum
- Scanner Thoraco Abdo-pelvié : recherche métastase pulmonaire et hépatique
- un Bil ~~radiologique~~ ^{Radiologique} groupage, FNS, urée, Créa, TP, TGO, TGP

~~Classification~~ V Classification h324

au Terme de ce bilan on peut classer la Tm selon classifi FIGO
(classif Internat Gyneco.) prior est essentielle p^r le choix du TRT

- stade 0 : Kc in situ
- stade I : Kc limité au col uterin
 - ↳ Ia Kc invasif préchirique (ou infraclique)
 - ↳ Ib Kc invasif chirique.
- stade II : Kc dépassant le col uterin sans atteindre la paroi pelvienne
 - ↳ IIa (proximal) : c'est l'extension de la néoplasie au 1/3 sup du vagin et a 1 ou 2 paramètres de leur partie proximale.
 - ↳ IIb (distal) : c'est l'extension de la néoplasie au 1/3 sup du vagin et a la totalité d'1 ou 2 paramètres sans qu'elle atteigne la paroi pelvienne (vessie recte)
- stade III : Kc envahissant le 1/3 inf du vagin ou atteignant la paroi pelvienne avec infiltrat en masse des Paramètres
- stade IV : la néoplasie s'étend au delà du petit Bassin et envahisse le Recte et la vessie.

VI TRT

1) Les Methodes Therapeutiques

1) Chirurgie

- Kc in situ infraclinique
Hystérectomie Totale avec l'ablation d'une collette vaginal
- Carcinome invasif
Opérat° de WERTHEIM : Colpophystérectomie élargie avec lymphodectomie pelvienne bilatérale.
- p. En stades avancés : une pelvectomy soit ant (vessie, utérus) soit post (rectum + utérus) soit Total (utérus, vessie, rectum).

2) Radiothérapie

- la Curithérapie utérovaginale avec ATBiothérapie
- la Rxthérapie externe Transcutanée.

3) Chimiothérapie

Rx + chimo concomitant puis Biche d'évaluation
p. les forme non opérables.

VII Pronostic

depend de la présence de et la mise en Route du TRT
la survie a 5ans et de :

- 100% Kc in situ
- 80% Kc ~~invasif~~ stades I et IIa
- 55% Kc stade II_b
- 35% Kc stade III
- 5-10% Kc stade IV