

CANCERS DE L'ENDOMETRE A L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE DAKAR. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES. A PROPOS DE 30 CAS.

CARCINOMA OF THE ENDOMETRIUM AT JOLIOT CURIE CANCER INSTITUTE. EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSIS AND THERAPEUTICS ASPECTS. ABOUT 30 CASES.

S Ka, E Kahatwa, MM Dieng, D Diouf, J Thiam, AC Diallo, PM Gaye, A Dem.

Auteur Correspondant : Dr Sidy KA, Institut Joliot Curie, Hôpital A. Le Dantec, Dakar (SENEGAL). Email : sidy.ka@ucad.edu.sn

RESUME

Objectifs : Étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du cancer de l'endomètre à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Résultats :** il s'agissait de 30 cas de cancers d'endomètre sur une période de 5 ans. L'âge moyen était de 63 ans avec des extrêmes de 30 et 71 ans. L'âge moyen des premières règles était de 15 ans et l'âge de la ménopause était de 51,91 ans. L'Hypertension artérielle était le principal facteur de risque retrouvé et les métrorragies la principale circonstance de découvertes. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne était réalisée chez 12 patientes soit 40,0% des cas. L'histologie était obtenue avant la chirurgie chez 10 patientes (33 %) et dans 77% des cas sur la pièce opératoire. L'adénocarcinome endométrioïde était le type histologique le plus fréquent et était retrouvé chez 25 patientes soit 84% des cas. Les patientes étaient classées stades I et II de FIGO dans 43% des cas, stade III dans 24 % des cas et stade IV dans 33% des cas. La colpo hystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne (CHL) était le principal geste chirurgical effectué. Une radiothérapie externe était effectuée chez 3 patientes soit 10%. Un cas de cystite radique ainsi qu'une radiodermite étaient enregistrés comme complication liée à la radiothérapie. Aucune patiente n'a bénéficié de curiethérapie. La chimiothérapie était effectuée chez 17 patientes soit 56,6 %. Elle était adjuvante chez 10 patientes soit 34% des cas. Les

récidives pelviennes étaient notées chez trois patientes opérées soit 10%. Après 13 mois de suivi, la survie était de 50%. **Conclusion :** le cancer de de L'endomètre est diagnostiqué tardivement dans nos conditions. Il est responsable d'une lourde mortalité. La chirurgie n'est pas optimisée à cause de l'accès difficile à la radiothérapie et à la chimiothérapie.

Mots clés : Cancer, Endomètre, Chirurgie, Survie

ABSTRACT

Objectives: To study the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of endometrial cancer at the Joliot Curie Institute in Dakar. **Results:** There were 30 cases of endometrial cancer over a period of 5 years. The average age was 63 years old with extremes of 30 and 71 years old. The average age of first menses was 15 years and the age of menopause was 51.91 years. Hypertension was the main risk factor and metrorrhagia the main circumstance of discoveries. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) was performed in 12 patients, or 40.0% of cases. Histology was obtained before surgery in 10 patients (33%) and in 77% on the surgical specimen. Endometrioid adenocarcinoma was the most common type of histology and was found in 25 patients, or 84% of cases. The patients were classified as stages I and II of FIGO in 43% of cases, stage III in 24% of cases and stage IV in 33% of cases. Colpo hysterectomy with pelvic lymphadenectomy (CHL) was the main surgical procedure performed.

External radiotherapy was performed in 3 patients or 10%. A case of radiation cystitis and radiodermatitis were recorded as a radiotherapy complication. No patient received brachytherapy. Chemotherapy was performed in 17 patients, ie 56.6%. She was adjuvant in 10 patients, or 34% of cases. Pelvic recurrences were noted in three patients who underwent 10% surgery.

After 13 months of follow-up, survival was 50%. **Conclusion:** Endometrial cancer is diagnosed late in our conditions. He is responsible for a heavy mortality. Surgery is not optimized because of difficult access to radiotherapy and chemotherapy.

Keywords: Cancer, Endometrium, Menopause, Surgery, Survival

INTRODUCTION

Le cancer de l'endomètre est le premier cancer gynécologique de la femme en occident [1]. Les facteurs de risques liés à une hyper-œstrogénie relative sont moins fréquents dans les pays en développement [2,3]. Ce qui a conduit à peu de travaux en comparaison avec le cancer du sein et du col de l'utérus. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du cancer de l'endomètre à l'Institut Joliot Curie de Dakar.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de cinq ans allant de janvier 2012 à décembre 2016 à l'institut Joliot Curie de Dakar. Tous les cas de cancers d'endomètre prouvés par une hystéroscopie suivie d'une histologie ou prouvés sur l'analyse histologique d'une pièce opératoire étaient pris en compte. Les paramètres étudiés étaient l'âge, les facteurs de risques, les stades de la maladie, le traitement et le pronostic. La collecte des données a été effectuée sur un fichier excel puis exportée sur Epi info pour analyse.

RESULTATS

Nous avons retrouvé 30 cas de cancers d'endomètre sur une période de 5 ans soit une moyenne de 6 cas par an.

L'âge moyennes patientes était de 63 ans avec des extrêmes de 30 et 71 ans. La tranche d'âge de 60 à 69 ans était la plus représentée (Figure 1).

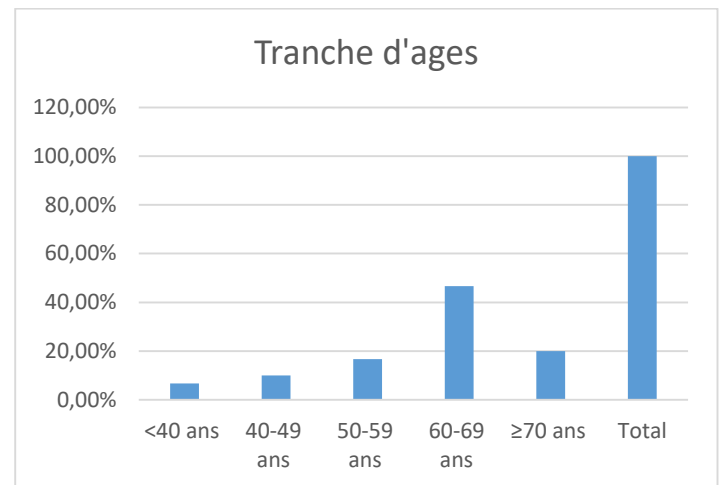


Figure 1 : Répartition des patientes présentant un cancer de l'endomètre selon l'âge.

L'âge moyen des premières règles était de 15 ans avec des extrêmes de 11 et 18 ans. L'âge moyen de la ménopause était de 51,91 ans avec des extrêmes de 45 et 57 ans. On retrouvait 3 patientes non ménopausées au moment du diagnostic soit 11,1 % des cas. L'Hypertension artérielle était le principal facteur de risque retrouvé (Tableau I). Aucune patiente n'a été sous tamoxifène.

Tableau I: Répartition des patientes présentant un cancer de l'endomètre en fonction des tares

Antécédents médicaux	Nombre (N)	Pourcentage (%)
HTA	7	43,75
Diabète	5	31,25
HTA+Diabète	2	12,5
Obésité	2	12,5
TOTAL	16	100

Les métrorragies étaient présentes chez 26 patientes soit 86,6%. L'échographie pelvienne était effectuée chez 25 patientes soit 83,3% des cas. Elle évoquait le diagnostic chez 16 patients soit 64 % des cas. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pelvienne était réalisée chez 12 patientes soit 40,0% des cas. Elle évoquait le diagnostic chez toutes les patientes et permettait d'évaluer l'extension loco-régionale (Tableau II).

Tableau II : Extension de la tumeur de l'endomètre évaluée par l'IRM pelvienne.

Résultats de l'IRM Pelvienne	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Tumeur limitée à l'endomètre	1	8,3
Tumeur envahissant moins de 50% du myomètre	2	16,7
Tumeur envahissant plus de 50% du myomètre	4	33,3
Atteintes du col utérin	2	16,7
Atteintes des annexes plus adénopathies pelviennes	1	8,3
Atteintes intestinales (rectum) avec ascite	2	16,7
Total	12	100

L'histologie était obtenue avant la chirurgie chez 10 patientes soit 33,3% des cas grâce à l'hystérocopie et le curetage de l'endomètre. Toutes les autres patientes (77%) avaient eu une histologie après la chirurgie.

L'adénocarcinome endométrioïde était le type d'histologique le plus fréquent et était retrouvé chez 25 patientes soit 84% des cas.

Les patientes étaient classées stades I et II de FIGO dans 43% des cas, stade III dans 24 % des cas et stade IV dans 33% des cas.

La colpohystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne (CHL) était le principal geste chirurgical effectué. Deux patientes présentant un adénocarcinome non endométrioïde ont eu une chirurgie régionale. Un geste limité à la biopsie était réalisé chez une patiente présentant un

stade IVB avec carcinose diffuse et ascite (Tableau III).

Tableau III : Répartition des gestes chirurgicaux chez les patientes présentant un cancer de l'endomètre.

Gestes	Nombre (n)	Pourcentage (%)
CHL	14	56,0
Hystérectomie et annexectomie	7	28,0
Chirurgie régionale	2	8,0
Biopsie	1	4,0
Hystérectomie seule	1	4,0
TOTAL	25	100

Cinq patientes opérées soit 20 % présentaient des résidus macroscopiques. En per opératoire 4 incidents ont été rapportés, il s'agissait de 2 cas d'ouverture accidentelle de la vessie soit 8 % des cas, 1 cas de section de l'uretère soit 4 % des cas, 1 cas de plaie de la veine iliaque externe lors du curage soit 4 % des cas. En post opératoire une patiente soit 4 % des cas avait présenté une éviscération.

Une radiothérapie externe était effectuée chez 3 patientes soit 10%. Cette radiothérapie était adjuvante chez 2 patientes et palliative chez 1 patiente. La dose administrée était de 42,5 Gy en adjuvant et de 60 Gy en palliative. Un cas de cystite radique ainsi qu'une radiodermite étaient enregistrés comme complication liée à la radiothérapie (7% des cas). Aucune patiente n'a bénéficié de curiethérapie.

La chimiothérapie était effectuée chez 17 patientes soit 56,6 %. Elle était adjuvante chez 10 patientes soit 34% des cas.

Les récurrences pelviennes étaient notées chez trois patientes opérées (10% des cas). Le délai moyen d'apparition des récurrences était de 7 mois avec des extrêmes de 2 et 12mois. Chez quatre patientes (13,3%) l'évolution était marquée par l'apparition d'une récurrence métastatique. Le siège de la métastase était péritonéal chez 2 patientes se traduisant par une ascite et une carcinose. Il était hépatique et péritonéal chez 1 autre patiente et pleuro pulmonaire pour la dernière. A 13 mois de suivi, 50% des patients étaient vivantes.

DISCUSSION

Le cancer de l'endomètre touche la femme entre 55 et 65 ans. Plus de 90 % des patientes ont plus de 50 ans au diagnostic [4]. L'âge moyen rapporté au Sénégal était de $65,5 \pm 11,6$ ans [3]. L'hyper-œstrogénie, qu'elle soit d'origine endogène ou exogène, correspond au principal facteur de risque de

cancer de l'endomètre [5]. La puberté précoce et la ménopause tardive augmentent la durée d'exposition aux œstrogènes endogènes. Le cancer de l'endomètre est un cancer de la femme ménopausée (75-80 % des cas) [6]. Parmi les cancers liés à l'obésité, le cancer de l'endomètre est celui pour lequel le sur-risque est le plus fort. L'obésité augmenterait le risque du cancer de l'endomètre de 2 à 10 fois [7]. La diminution pondérale permet de corriger en partie le sur-risque de cancer de l'endomètre [8]. L'hypertension artérielle (HTA) et l'hyperglycémie sont des facteurs de risque indépendants de l'IMC [1]. La prise de Tamoxifène dans le cancer du sein hormono dépendant de la femme jeune est un facteur de risque important [9,10]. L'accès à l'hormonothérapie dans le cancer du sein dépendant de l'accès à l'immunohistochimie est limité dans nos conditions. Ce qui en fait un facteur de risque non significatif. Des facteurs génétiques notamment dans le cadre du syndrome HNPCC sont retrouvés [11].

Les métrorragies postménopausiques restent le mode de découverte le plus fréquent du cancer de l'endomètre et concernent 90 à 98 % des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre. Les autres signes d'appel beaucoup plus rares sont les leucorrhées, les douleurs pelviennes, les troubles urinaires. Dans certains cas, le cancer de l'endomètre est révélé par un frottis cervical de dépistage pathologique [9,12]. L'IRM avec injection de produit de contraste est l'examen de référence pour le bilan pré-opératoire des cancers de l'endomètre [13]. Elle est supérieure à l'échographie et la tomographie dans l'évaluation pré-thérapeutique et l'extension myométriale, cervicale et ganglionnaire locorégionale des cancers de l'endomètre [14]. Sa prescription est limitée par la rareté des machines et le coût de sa réalisation dans notre pratique. Le grade histopronostique est uniquement appliqué à l'adénocarcinome de type I, le type II étant

considéré d'emblée de haut grade [15]. Nous avons retrouvé plus de cas d'adénocarcinomes endométriaux. Dans les types II le grade n'est pas toujours précisé par les pathologistes ce qui rend difficile la prise de décision thérapeutique. La règle dans notre pratique est de faire un traitement d'emblée maximal.

La chirurgie est la pierre angulaire du traitement. Elle permet une meilleure stadification. Il subsiste des controverses sur son étendue, la voie d'abord et la place de la radiothérapie et de la chimiothérapie [16]. Dès le stade II il est préconisé un curage lombo aortique. Le risque de récurrence aortique est élevé [17]. La voie d'abord laparoscopique est recommandée dans les stades précoces. Cependant tous stades confondus le taux de conversion est de 23% [18].

En dehors des stades I à faible risque de récurrence (IA de type I et de grade histologique 1 et 2) qui ne nécessitent pas de traitement adjuvant, la radiothérapie post-opératoire est le traitement standard. Elle réduit de façon significative le risque de rechute loco-régionale, elle n'améliore cependant pas la survie globale [19,20]. Quoique la radio-chimiothérapie semble faire, de plus en plus, ses preuves en situation néo-adjuvante pour les cancers localement avancés [21]. Les complications de la radiothérapie externe ne sont pas rares comme dans notre série d'autant plus que nous avons utilisé un appareil de radiothérapie externe utilisant du Cobalt

sans conformation. Les récurrences sont vaginales et métastatiques. Les récurrences vaginales sont très symptomatiques. Elles sont le plus souvent curables si elles s'avèrent isolées. Les patientes récidivant de façon métastatique seraient symptomatiques dans 70 % des cas. La réalisation d'un examen clinique rigoureux lors de chaque visite paraît indispensable [22]. Dans notre pratique, les récurrences sont aussi diagnostiquées tardivement que les tumeurs primitives du fait du niveau de vie des populations et de l'analphabétisme.

Les taux de survie à 5 ans varient en fonction du stade de la maladie. Ils varient de 80 % pour les stades I à 10 % pour les stades IV [19,23]. Les faibles taux de survie sont liés dans nos conditions aux stades avancés et à la difficulté d'accès à la radiothérapie et à la chimiothérapie [2,3].

CONCLUSION

Le cancer de l'endomètre est moins fréquent en Afrique sub saharienne. Cependant il épouse les mêmes facteurs de risque et les circonstances de survenue qu'en occident. C'est un cancer de bon pronostic dans ses formes histologiques les plus habituelles et dans les stades précoces. La disponibilité de la radiothérapie et de la chimiothérapie permet d'optimiser une chirurgie adéquate en diminuant le taux de récurrence et en améliorant la survie. L'amélioration de l'accès aux soins de qualité et la sensibilisation des populations permettra de réduire la mortalité.

REFERENCES

1. **Collinet P, Poncelet E, Vinatier D.** Cancer de l'endomètre. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ; 37(2) : 57-63.
2. **Ouédraogo AS, Sanou-Lamien AM, Ouédraogo-Tiendrébéogo R, Ramde N, Konsegre V, Ido F et al.** Aspects histo-épidémiologiques du cancer de l'endomètre à Ouagadougou. *J Afr Cancer* 2011;3(4):251-255.
3. **Diop PS, Ka I, Ndiaye N, Fall B.** Cancers gynécologiques et mammaires à l'Hôpital Général de Grand-Yoff de Dakar : analyse et implications des aspects épidémiologiques à propos de 169 cas. *J Afr Cancer* 2012 ; 4(3):176-179.
4. **Engbang JPN, Mve V, Nguefack C, Fewou A.** Aspects histo-épidémiologiques des cancers génitaux de la femme dans la région du Littoral, Cameroun. *Pan Afr Med J.* 2015; 21: 116.
5. **Bergeron C.** Effets sur l'endomètre des œstrogènes et des antiœstrogènes. *Gyn Obst & Fertil* 2002 ; 30 : 933–937.
6. **Rose PG.** Endometrial carcinoma. *The New England Journal of Medicine* 1996 ; 335 : 640-649.
7. **Genesie C, Devouassoux SM,** Cancer de l'endomètre : actualités. *Revue Francophone des laboratoires* 203 ; 2013(448) :49-53.
8. **Renahan AG, Soerjomataran I, Tyson M, Egger M, Zwahlen M, Coebergh JW et al.** Incident cancer burden attributable to excess body mass index in 30 European countries. *Int J Cancer* 2010; 126(3):692–702.
9. **Dufour P, Vinatier D, Querleu D.** Cancer de l'endomètre (excepté le traitement). *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie*, 1998, 620-A-10.
10. **Sénéchal C, Cottureau E, De Pauw A, Eln C, Dagousset I, Fourchette V et al.** Les facteurs de risque génétiques et environnementaux des cancers de l'endomètre. *Bull Cancer* 2015 ; 102(3) : 256-269.
11. **Lécuru F, Ansquer Y, Bats AS, Olshwang S, LauentPuig P, Eisinger F.** Cancer de l'endomètre du syndrome HNPCC : Actualisation des données. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ;37(6): 547-553.
12. **Dem A, Traoré B, Dieng MM, Diop PS, Ouadji T, Lalami MT et al.** Les cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut du cancer de Dakar, *Cahiers Santé* 2008. 18(1) :25-29.
13. **Taïeb S, Fauquet I, Narduci F, Ceugnart L.** IRM des cancers de l'endomètre. *Imagerie de la Femme* 2007;17(4):259-263.
14. **Kinkel K, Kaji Y, Yu KK, Segal MR, Lu Y, Powell CB et al.** Radiologic staging in patients with endometrial cancer: a meta-analysis. *Radiology* 1999; 212(3): 711-718.
15. **Setiawan V. W, Yang H. P, Pike M. C, McCann S. E, Yu H, Xiang Y.B, et al.** Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol* 2013;31(20):2607–2018.
16. **Giede C, Le Tien, Power P.** Rôle de la chirurgie en matière de cancer de l'endomètre. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38(12): S197-S207.
17. **Benedetti Panici P, Basile S, Maneschi F, Alberto Lissoni A, Signorelli M, Scambia G et al.** Systematic pelvic lymphadenectomy vs. No lymphadenectomy in early-stage endometrial carcinoma: randomized clinical trial. *Natl Cancer Inst* 2008;100(23):1707-1716.

18. Walker JL, Piedmonte M, Spirtos N, Eisenkop S, Schlaerth J, Mannel RS et al. Surgical staging of uterine cancer : randomized phase III trial of laparoscopy versus laparotomy. A gynecologic Oncology Group (GOG): preliminary results. *J Clin Oncol* 2006 ; 24(18) : 5010-5010.

19. Lheureux S, Joly F. Cancer de l'endomètre : place de la chimiothérapie adjuvante. *Bull Cancer* 2012; 99(1):85-91.

20. Mazon R, Monnier L, Belaid A, Berges O, Morice P, Pautier P et al. Place de la radiothérapie dans la prise en charge postopératoire des patientes atteintes de cancer de l'endomètre. *Cancer/Radiothérapie* 2011; 15(4):323-329.

21. Iheagwara UK, Vargo JA, Chen KS, Burton DR , Taylor SE, Berger JL. Neoadjuvant Chemoradiation Therapy Followed by Extrafascial Hysterectomy in Locally Advanced Type II Endometrial Cancer Clinically Extending to Cervix. *Pract Rad Oncol* 2019 ;9, 248-256.

22. Gauthier T, Siegerth F, Monteil J, Jammet I, Saidi N, Tubiana N et al. Surveillance du cancer de l'endomètre. *Bull Cancer* 2014; 101(7-8): 741-747.

23. Bristow RE, Zerbe MJ, Rosenshein NB, Grumbine FC, Montz FJ. Stage IVB endometrial carcinoma: the role of cytoreductive surgery and determinants of survival. *Gynecol Oncol* 2000;78(2):85-91.