



Cancer de l'endomètre, préservation de la fertilité, à propos de 5 cas.

Service de gynécologie-obstétrique, clinique Ibrahim Gharafa, CHU

BEO.

F.MADACI, C.AID, D.RIZOU

Introduction:

Dans environ 5 % des cas, le cancer de l'endomètre touche des femmes en âge de procréer.

L'hyper-œstrogénie, une dysovulation et le syndrome des ovaires polykystiques favorisent l'apparition d'hyperplasies voire de néoplasies endométriales

Le désir de grossesse étant devenu plus tardif, la fréquence de ces pathologies augmente chez les femmes

Un traitement médical avec conservation de l'utérus est envisageable dans certains cas il a pour objectif la rémission complète des lésions endométriales pour l'obtention d'une (ou plusieurs) grossesse(s).

Depuis plus de cinquante ans, la littérature confirme la sécurité d'une prise en charge conservatrice mais le niveau de preuve demeure faible.

Le traitement conservateur est réservé aux cancers de l'endomètre de type I, type endométrioïde hormono dépendant, ayant l'hyperplasie atypique comme lésion précurseur, de stade IA sans envahissement du myomètre, chez une femme désireuse de grossesse.

Il n'existe pas de recommandation sur un schéma type de traitement médical. Les traitements les plus étudiés sont l'acétate de Megestrol (MA), l'acétate de Medroxyprogestérone (MPA), le stérilet au Levonorgestrel et les analogues de la LHRH, sans consensus sur leur mode d'administration.

Les cas clinique

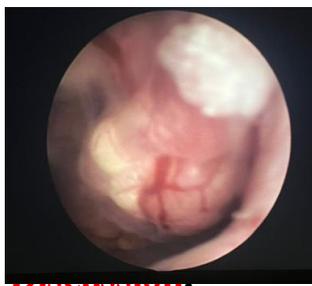
Observation 1 : Mme D.A. âgée de 39 ans, G2P2C1 avec ménorragies remontant à 6 ans, en rapport avec un polype intra-cavitaire dont le curetage bionique revient en faveur d'un adénocarcinome in situ, patiente désireuse de grossesse; mise sous progestatifs avec 4 contrôles hystéroscopiques et histologiques négatifs, puis une autorisation de grossesse, terminée par un échec, elle déclare l'abandon du projet de grossesse et vue l'évolution, on décide de surseoir la décision d'hystérectomie après concertation avec la patiente sous réserve d'une surveillance annuelle sauf symptomatologie clinique;

Observation 2 : Mme M.N. âgée de 35 ans, G1P1C1 avec 3 ans de ménorragies en rapport avec un polype intra-cavitaire ayant bénéficié d'une hystéro-résection et dont l'étude histologique objective un adénocarcinome bien différencié type I grade I de l'endomètre, IA de la FIGO ayant été mise sous agonistes de la GnRH avec mise en place d'un DIU au Levonorgestrel avec des contrôles hystéroscopiques et histologiques négatifs puis une autorisation de grossesse après le retrait du Miréna®, la patiente ayant fait une grossesse spontanée césariée à terme avec de bonnes suites post-opératoires, avec un contrôle hystéroscopique négatif;

Observation 3 : Mme N.K. âgée de 32 ans, G0P0 sans antécédents particuliers qui découvre dans le cadre du bilan de fertilité un polype endocavitaire et dont l'étude histologique après hystéro-résection retrouve une hyperplasie endométriale avec atypiques, la patiente a été mise sous traitement médical analogues GnRH avec mise en place d'un DIU au levonorgestrel, 2 contrôles hystéroscopie et histologique à 3 et 6 mois revenant négatifs, on a autorisé une grossesse après avoir retiré le DIU, une induction de l'ovulation est en cours;

Observation 4 : Mme B.S. âgée de 32 ans, G0P0, ayant présenté des ménorragies, chez qui on a diagnostiqué un adénocarcinome endométrioïde grade I sur polype après hystéro-résection, gradé IA selon la classification, on a opté pour le traitement conservateur avec au 1er contrôle hystéroscopique, une hyperplasie sans atypiques, un 2ème contrôle négatif, suivi d'une autorisation de grossesse conçue par une FIV;

Observation 5 : Mme A.A. âgée de 29 ans, qui présente un carcinome endométrioïde de grade 1, classé IA de la FIGO avec désir de grossesse, discutée à la RCP avec traitement conservateur; patiente mise sous analogues GnRH avec mise en place du Miréna®, le 1er contrôle hystéroscopique était satisfaisant, cependant le curetage biopsique sous contrôle de la vue revient en faveur d'une hyperplasie atypique, la grossesse ne pouvant être autorisée et la patiente a été programmée pour un geste radical.



es résultats rétrospectifs sur une courte série de 18 cas de lésions endométriales chez des patientes de moins de 41 ans (9 lésions intra épithéliales; 8 lésions de grade 1 et une lésion de grade 2) avec un âge moyen de 32,5 ans. La prise en charge initiale a consisté après une IRM de bilan, en une résection partielle de l'endomètre sous hystéroscopie associée à une laparoscopie afin d'éliminer une lésion ovarienne concomitante, suivie d'un traitement par agoniste de la LHRH pendant 3 mois puis une réévaluation tous les 3 mois de la cavité par Hystéroscopie diagnostique et biopsie de l'endomètre.

Le taux de réponse complète était dans cette étude de 66.6% (78% pour les lésions intra épithéliales / 57% pour les lésions de Grade 1, en revanche la patiente avec un grade 2 à bénéficié d'une hystérectomie à l'issue des 3 mois...) parmi celles ci le taux de grossesse était de 53,3 % dont 73,3 % de grossesses vivantes à terme. Aucune patiente n'a présenté au cours des 40.7 mois de surveillance moyenne de progression ou de décès lié à la maladie endométriale,

De nombreuses autres études ont évaluées des traitements progestatifs oraux ou injectables ou encore l'utilisation de DIU au levonorgestrel avec des taux de réponse complète extrêmement variables allant de 54 à 100%, des taux de récurrence de 4 à 54% pour des situations histologiques de départ aussi difficilement comparables mais avec tout de même des taux de grossesse non négligeables de 25 à 93%.

il est possible de préserver la fertilité chez une patiente jeune présentant une lésion néoplasique de l'endomètre après discussion en RCP après un bilan de stadification complet et avec l'accord de réalisation d'une possible hystérectomie de clôture après complétion du désir de grossesse

Notre expérience

sur une période de 4 ans on en a prendre en charge 150 CAS de cancer de l'endomètre tout type confondu dont 5 cas (0,03%) de femme jeune avec désir de grossesse dont la conduite était un traitement conservateur

et le recule retrouve 2 cas de grossesse et de cas patiente toujours sous traitement

Conclusion : Aux vues des connaissances actuelles, du fait du risque de récurrence, le traitement par hystérectomie totale constitue la dernière étape du traitement conservateur. Elle doit être envisagée après accomplissement du projet parental, après renoncement et doit être discutée en cas de récurrence. L'information des patientes en début et tout au long de la prise en charge est capitale