

Cancer du col de l'utérus chez la femme enceinte : traiter , attendre ou interrompre ?

Dr C.Taibi , Dr A.Larbi , Dr S.Bouras ; Pr Madaci
Clinique Ibrahim Gharafa CHU Bab El Oued

Introduction

Le cancer du col de l'utérus **pendant la grossesse** désigne un cancer diagnostiqué pendant la **grossesse**, l'**accouchement** ou dans les **six mois du post partum**.

- Il représente la **tumeur maligne gynécologique la plus fréquente pendant la grossesse**
- Une hypothèse a été émise que pendant la grossesse, les hormones et les facteurs de croissance, peuvent accélérer la croissance tumorale mais des données récentes suggèrent que la grossesse n'est pas un facteur de mauvais pronostic pour la survie des patientes
- La prise en charge pendant la grossesse présente un défi en raison du double impératif de préserver la santé de la mère et du fœtus. Le col, en tant que site primaire de la tumeur , joue un rôle crucial dans le maintien de la grossesse, ce qui complique les options de traitement et l'issue de la grossesse.

Diagnostic

Le cancer du col pendant la grossesse est le plus souvent diagnostiqué à un stade précoce ,

CLINIQUE

- les symptômes oncologiques peuvent être pris pour des changements physiologiques liés à la grossesse
- Des symptômes persistants tels que la fatigue, l'anémie, les saignements postcoïtaux, leucorrhées anormales dyspareunie , doivent mener à une évaluation clinique approfondie (évoquant un stade localement avancé)



- Le dépistage se fait par le FCU
- En raison des l'imprégnation hormonales, l'interprétation des résultats est difficile pouvant entraîner une **surestimation ou une sous-estimation pendant la grossesse**.
- Depuis 2021, l'OMS recommande **l'utilisation de la test HPV** , des études comparant les résultats de ce test chez les patientes enceintes/non enceintes ont montré des **résultats ambigus**.



Epidémiologie



- Le cancer du col de l'utérus est la tumeur maligne gynécologique la plus fréquemment diagnostiquée pendant la grossesse, avec une incidence de 0,44 à 5,08 cas pour 100 000 grossesses et de 0,60 à 4,41 cas pour 100 000 naissances .
- Ces dernières années, l'incidence a augmenté ce qui peut être attribué à l'augmentation de l'âge maternel et les progrès de dépistage



- En cas de **FCU anormal**, une évaluation **colposcopique** et une **biopsie (si indiquée) sont recommandées**.
- Fiabilité discutée > 20 semaine.
- Imprégnation hormonale induit des changements hypertrophiques et hyperplasiques avec éversion de l'épithélium cylindrique et une visualisation claire de la zone de transformation
- Les biopsies réalisées au cours des examens colposcopiques sont considérées comme **sûres** pour le fœtus pendant tous les trimestres.
- Le curetage endocervical ne doit pas être réalisé pendant la grossesse**



- **L'IRM** est l'outil de diagnostic précieux pour la **stadification locorégionale**. Les agents de contraste à base de gadolinium doivent être utilisés avec prudence.
- Moyen fiable et reproductible pour la **surveillance thérapeutique lors de la chimiothérapie néoadjuvante** , en plus de l'examen clinique et de l'échographie gynécologique.



- **Scanner le PET scanner** et la scintigraphie osseuse ne sont pas des modalités d'imagerie primaire pendant la grossesse et doivent être évitées.

- Pour exclure une maladie à haut risque dans un stade précoce, une **stadification chirurgicale des ganglions lymphatiques** pelviens /para-aortiques est réalisée,



Prise en charge

Le traitement est individualisé en fonction du **stade FIGO** et de **l'âge gestationnel** au moment du diagnostic, ainsi que du désir de **poursuivre la grossesse**, en tenant compte des risques liés à la modification ou au report du traitement pendant la grossesse.

Les principaux objectifs sont d'assurer la sécurité oncologique de la patiente enceinte ainsi que la survie du fœtus sans morbidité majeure



- Vu le risque élevé de perte de grossesse et de malformation fœtale après la chimiothérapie aucune thérapeutique / stadification chirurgicale ne doit être pratiquée ,attendre le deuxième trimestre pour un diagnostic et un traitement complet
- **Dans les stades avancés discuter l'interruption de grossesse** afin de proposer les thérapies les plus efficaces .
- En cas de souhait de la patiente d'interrompre la stratégie thérapeutique est similaire à celle des femmes non enceintes.
- **Modalité d'interruption de grossesse :**
- Au stade précoce** évacuation au début de l'opération avant d'opter pour une approche radicale.
- Au stade avancé** si la chimio radiothérapie est une option:
 - Radiothérapie après évacuation
 - Radiothérapie avec le fœtus in utero.
- En cas d'accès vaginal difficile, une évacuation impliquant ainsi de retarder la radiothérapie après la cicatrisation chirurgicale Lorsque la radiothérapie est effectuée sur un fœtus in utero, l'avortement spontané se produit dans les 4 à 6 semaines



- Les options thérapeutiques dépendent du stade de la maladie et du choix de la femme.
- Stade Ia1 sans invasion vasculaire lymphatique**, une biopsie du cône peut être proposée.
- Stades Ia1 avec envahissement vasculaire lymphatique et Ia2**, la biopsie du cône et l'évaluation du statut ganglionnaire par lymphadénectomie laparoscopique ou biopsie du GG sentinelle ne peuvent être proposées que dans le cadre d'essais cliniques .
- Stade Ib1 < 2 cm**: différentes options thérapeutiques sont proposées : une biopsie et évaluation laparoscopique des ganglions lymphatiques/ chimiothérapie néoadjuvante (CTNA) jusqu'à l'accouchement.
- Stades Ib1 > 2 cm et IIa** : CTNA jusqu'à l'accouchement et le traitement ultérieur doit être adapté en fonction de la réponse à la thérapie
- Stades avec extension extra-utérine ou métastases ganglionnaires**, il convient de conseiller aux patientes de ne pas différer la chimioradiothérapie et d'interrompre la grossesse en raison du risque oncologique élevé
- **Si un traitement préservant la grossesse est nécessaire**, la CTNA peut être une alternative
- Dans tous les cas de progression de la maladie au cours de la CTNA, le risque pour la mère et le fœtus doit être discuté et l'interruption de grossesse pourrait être évaluée



- Stades Ia2 et Ib1 <2 cm** , il est possible de retarder le traitement jusqu'à la maturité du fœtus. Dans certains cas, l'administration de NACT est une autre option.
- Stades avancés**: la CTNA est la seule stratégie permettant de préserver la grossesse et d'atteindre la maturité fœtale.
- **En cas d'administration de CTNA**, un intervalle de **3 semaines** après le dernier cycle de chimiothérapie est préférable afin d'éviter les infections et les complications hématologiques.
- L'accouchement par voie vaginale n'est indiqué qu'en cas de lésion intra épithéliale squameuse et l'accouchement par voie vaginale peut conduire à une disparition complète des lésions .
- En cas de tumeur invasive**, une **césarienne est suggérée** pour éviter la récurrence au niveau de l'épisiotomie , une incision utérine longitudinale est recommandée pour éviter les implants abdominaux. - L'hystérectomie radicale peut être pratiquée au moment de la césarienne. mais en raison du risque il est possible de retarder l'intervention de quelques semaines.

Conclusion

Le diagnostic concomitant d'un cancer et d'une grossesse est une situation rare et dramatique. La littérature médicale est limitée à des séries de cas et à un consensus de la Société européenne d'oncologie gynécologique/Société européenne d'oncologie médicale (ESGO/ESMO). Les recommandations doivent toujours être interprétées avec prudence. Une évaluation multidisciplinaire et individualisée est la meilleure façon d'assurer le meilleur résultat pour la mère et, lorsqu'il y a un désir de préserver la grossesse, pour le fœtus.

Références:

-Cervical cancer in pregnancy Author links open overlay panelCharlotte LeJeune ^{a b}, Nathalia Mora Lone Storgaard ^d, René Pareja ^{c e}, Frédéric Amant ^{a b f}
- ESMO Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting FEBRASGO POSITION STATEMENT Cervical cancer in pregnancy Number 5 – May 2023 - Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches Anna Myriam Perrone¹ Alessandro Bovicelli¹ | Giuseppina D'Andrilli² | Giulia Borghese¹ | Antonio Giordano^{2,3} | Pierandrea De Iaco¹