Cancer de l'endomètre et Tamoxifène : À propos d'un cas

CHERID C.[1], BENCHOUIHA H[1], MANSEUR F.[1]
[1] Service de Gynécologie-Obstétrique, EPH Hassen Badi Ex Belfort, El Harrach, Alger, Algérie.

Introduction

Le tamoxifène est un modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes (SERM), utilisé comme traitement de référence dans le cancer du sein hormonodépendant. Bien qu'il réduise considérablement le risque de récidive mammaire, son effet est agoniste sur les récepteurs œstrogéniques au niveau de l'utérus. Cette action peut induire une prolifération de l'endomètre, allant de la simple hyperplasie au développement d'un carcinome endométrioïde.

Problématique

Comment concilier l'efficacité thérapeutique majeure du tamoxifène sur le cancer du sein avec le risque accru de pathologie utérine induite ?
La question centrale repose sur l'identification des patientes à risque et les modalités de surveillance gynécologique pour détecter précocement une transformation maligne sans compromettre le traitement oncologique initial.

Objectif

- Analyser le mécanisme physiopathologique de l'action du tamoxifène sur l'endomètre.
- Évaluer l'incidence et les caractéristiques des cancers de l'endomètre sous traitement.
- Définir les recommandations actuelles en matière de suivi et de prise en charge

A propos du cas

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 50 ans , G3P3 , aux antécédents personnels de carcinome canalaire infiltrant de type non spécifique de grade II de SBR modifié, double positif (RO, RP) Her-2 négatif Ki67 estimé a 35% , T1c NO MO , qui consulte pour un premier épisode de saignement après 6 mois de traitement sous tamoxifène
l'examen clinique révèle un saignement d'origine endoutérine avec a l'échographie endovaginale un endomètre épais a 20 mm ×18mm, localisé a l'hystérosonographie une hystéroscopie réalisée révèle l'aspect d'une muqueuse polypoïde (figure 1) , polypectomie et curetage biopsique étagé réalisés et l'étude anapath est revenue en faveur d'un endomètre polypoïde dysfonctionnel sans signes de spécificité ou de malignité

La patiente reconsulte après 6 mois pour récidive de plusieurs épisodes de métrorragies , avec un endomètre epais hétérogène diffus de 37mm× 27mm .
Deuxième Hystéroscopie : (figure 2) plus de 20 polypes occupant toute la cavité utérine, réséqués en totalité, permettant la révélation d'une masse fundique blanchâtre de consistance friable hypervascularisée comportant un foyer de nécrose en son centre. (Figure 3). L'anapath de cette dernière est en faveur d'une lésion d'hyperplasie atypique .

La patiente a bénéficié d'une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale avec une analyse anatomo-pathologique qui a confirmé la néoplasie intra épithéliale endométriale , tumeur in situ (Tis N0 M0) .

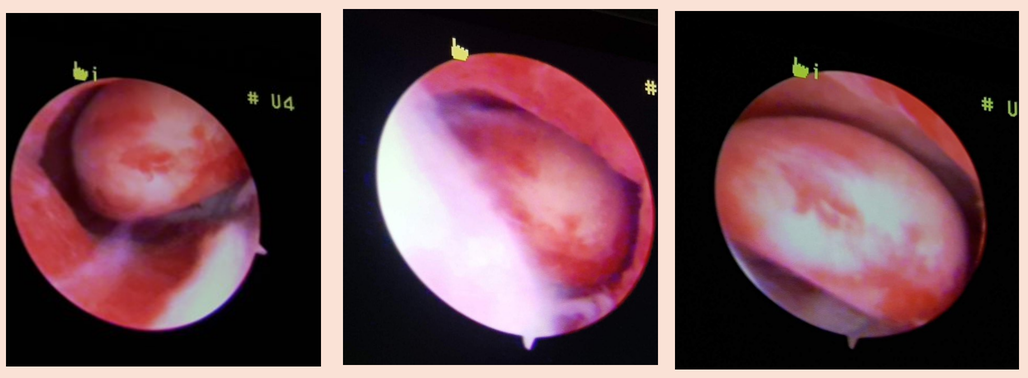
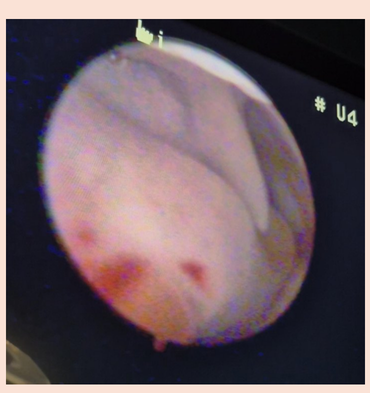


Figure 1 : 1ere hystéroscopie



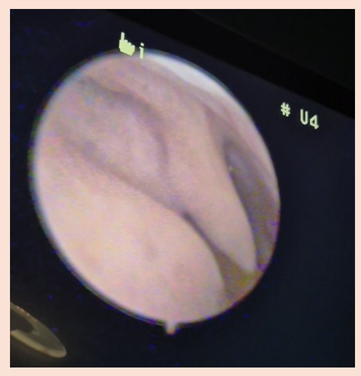


Figure 2 : 2 eme Hystéroscopie

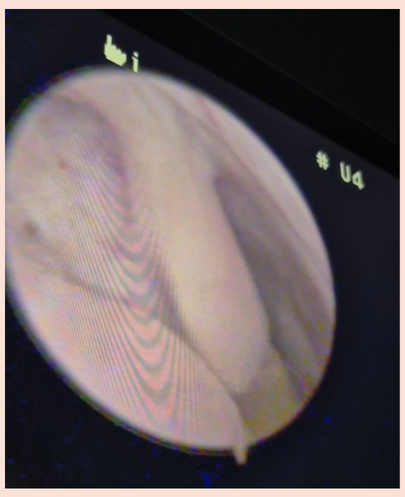




Figure 3 : masse suspecte

Discussion

Ce cas illustre parfaitement la complexité de la prise en charge d'une patiente sous tamoxifène présentant un profil de risque hormonal élevé (cancer du sein RO/RP positif, Ki67 à 35 %). Bien que le premier épisode de saignements n'ait révélé qu'une pathologie bénigne fonctionnelle, la récidive rapide des métrorragies avec un épaississement endométrial massif (37 mm) souligne la nécessité d'une vigilance clinique extrême. La découverte d'une masse friable masquée par une multitude de polypes démontre les limites potentielles de la biopsie initiale et l'importance d'une exploration visuelle complète par hystéroscopie. Finalement, la détection d'une néoplasie intra-épithéliale endométriale (Tis) confirme que la surveillance active a permis d'intervenir à un stade non invasif. L'hystérectomie avec annexectomie bilatérale constitue ici une stratégie thérapeutique curative et préventive optimale, résolvant à la fois le risque de progression maligne utérine et supprimant une source endogène d'œstrogènes, ce qui est cohérent avec la gestion globale de son cancer du sein hormono-dépendant.

Apport de la littérature récente

La littérature scientifique s'accorde sur plusieurs points critiques concernant l'association tamoxifène-cancer de l'endomètre :

- Risque Relatif : On estime que le traitement multiplie le risque de cancer de l'endomètre par 2 à 3 après 5 ans d'utilisation, principalement chez les femmes ménopausées.
- Profil des Tumeurs : La majorité des cancers détectés sont de stade I et de bon pronostic (type 1), mais des études suggèrent que les traitements prolongés pourraient être associés à des formes histologiques plus agressives .
- Épaisseur de l'Endomètre : La littérature souligne que le tamoxifène provoque souvent un épaississement "pseudo-kystique" de l'endomètre à l'échographie, ce qui rend l'interprétation de l'imagerie complexe et augmente le nombre de faux positifs.
- Consensus sur le Dépistage : Les méta-analyses confirment qu'une surveillance échographique systématique chez les patientes asymptomatiques n'est pas recommandée. En revanche, tout saignement utérin post-ménopausique sous tamoxifène impose une investigation immédiate .

Apports de l'observation

- Primauté de la clinique sur l'examen initial : Un premier résultat bénin ne doit jamais faire baisser la garde face à la persistance ou la récidive de symptômes sous tamoxifène.
- Alerte par la cinétique d'épaississement : Le passage rapide de 20 mm à 37 mm d'épaisseur endométriale en seulement six mois a constitué le signal d'alarme décisif pour une réévaluation.
- Limites de la biopsie aveugle : L'observation montre que des polypes bénins peuvent masquer une lésion plus grave (masse fundique), justifiant une exploration visuelle complète par hystéroscopie.
- Succès de la détection précoce : Cette vigilance a permis d'intercepter la maladie au stade de carcinome in situ (Tis), offrant un traitement curatif définitif avant toute invasion.

Conclusion

La surveillance gynécologique rigoureuse constitue la pierre angulaire du traitement sous tamoxifène.
un suivi systématique est impératif pour transformer un risque potentiel en une situation parfaitement maîtrisée.
Cette vigilance repose sur une éducation thérapeutique de la patiente permettant ainsi de détecter la moindre anomalie à un stade infra-clinique ou très précoce.
cette assiduité dans la surveillance garantit l'efficacité des soins et assure que le pronostic reste excellent, sans remettre en question l'apport vital du tamoxifène dans le traitement oncologique initial.

Références:

- ACOG Committee Opinion No. 601: Tamoxifen and Uterine Cancer. Obstetrics & Gynecology. 2014; 123(6): 1394-1397.
- Fisher B, et al. Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-14. Journal of the National Cancer Institute. 1994; 86(7): 527-537.
- Burrill J, et al. Effects of tamoxifen on the female genital tract: a pictorial review. RadioGraphics. 2007; 27(suppl_1): S153-S166.
- Mutter GL, et al. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): Will it help to control neoplasia of the endometrium? Modern Pathology. 2000; 13(3): 245-255.
- Fleming CA, et al. The risk of endometrial cancer in women on tamoxifen: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Surgical Oncology. 2018; 44(3): 332-337.
- Garuti G, et al. Hysterosonography and hysteroscopy in postmenopausal metastasis-free breast cancer patients on tamoxifen. Gynecological Endocrinology. 2005; 20(3): 146-152.