

JUILLET 2021



OUTILS POUR LA PRATIQUE

LES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN EN 10 POINTS CLÉS

1

Les cancers invasifs du col utérin sont, dans l'immense majorité des cas, dus à une **infection génitale persistante** par les **papillomavirus (HPV) à haut risque (HR) dits oncogènes**.

2

Il s'agit de cancers **évitables** car ils sont accessibles :
» au **dépistage** (programme national organisé depuis 2018, avec examen cytologique ou test HPV-HR selon l'âge de la femme) ;
» et à la prévention **vaccinale** des adolescents, filles et garçons.
Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence de plus de 90 %.

3

Le diagnostic repose sur un examen histologique d'une **biopsie du col utérin** ou d'une **pièce de conisation**, notamment suite à un dépistage positif ou devant un symptôme anormal.

4

Le bilan d'extension repose principalement sur :
» l'**IRM pelvienne** (examen morphologique de référence de la tumeur primitive) ;
» dans les stades localement avancés ou dans les stades plus précoces avec suspicion d'atteinte ganglionnaire à l'imagerie : la **TEP-TDM au FDG** dans l'idéal ou la **TDM thoraco-abdomino-pelvienne** (évaluation de l'extension ganglionnaire et métastatique à distance).

5

La **préservation de la qualité de vie** de la patiente, mais également de sa **fertilité** (parfois possible) et de sa **santé sexuelle**, constituent des objectifs à prendre en compte dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi.

6

La **stratégie thérapeutique** proposée aux patientes atteintes d'un cancer invasif du col utérin a évolué :

- › l'hystérectomie n'est plus systématique ;
- › la chirurgie n'est plus systématique (ou alors de stadification ganglionnaire) ;
- › la chirurgie est réservée aux stades précoces ;
- › la radiochimiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie utérovaginale est le traitement de référence des stades localement avancés.

7

L'**arrêt du tabac** (co-facteur de risque) est fortement recommandé.

8

Le **suivi** repose sur une **surveillance clinique régulière**, notamment à la recherche de complications ou de symptômes évocateurs d'une récurrence. En revanche :

- › **pas d'examen cytologique** après une hystérectomie (cytologie vaginale) ou après une radiochimiothérapie (en raison des difficultés de son interprétation dans ce cas) ;
- › **pas de dosage biologique ou d'examen d'imagerie** en l'absence de symptôme ou de signe suspect de récurrence, sauf cas particulier. En cas de traitement conservateur (trachélectomie¹, radiochimiothérapie exclusive), une IRM annuelle est prescrite pendant les 5 premières années.

9

En cas de **ménopause induite**, un **traitement hormonal de la ménopause** est possible (la plupart des cancers du col utérin n'étant pas hormono-dépendants) après accord de l'oncologue et selon les recommandations en vigueur.

10

Le **médecin généraliste** a un rôle essentiel, dans l'incitation et la réalisation du dépistage ainsi que dans la vaccination, et à tous les stades du parcours de soins, en collaboration avec l'équipe spécialisée et le gynécologue.



› Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter l'**Outil pour la pratique des médecins généralistes sur les cancers invasifs du col utérin** et l'**Outil pour la pratique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus**

1. Exérèse de tout le col utérin par voie vaginale