

# FICHE TECHNIQUE LES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

Août 2023

## SOMMAIRE

Définitions	4
Avant-propos	4
Introduction	5
<b>I. Description des cancers gynécologiques</b>	<b>6</b>
A. Le cancer de l’ovaire	7
B. Le cancer des trompes utérines	8
C. Le cancer de l’endomètre	8
D. Le cancer du col de l’utérus	9
E. Le cancer du vagin	10
F. Le cancer de la vulve	11
G. Le cancer du sein	12
<b>II. Les stratégies de dépistage et de prise en charge</b>	<b>14</b>
A. Le cancer de l’ovaire	14
B. Le cancer de l’endomètre	15
C. Le cancer du col de l’utérus	16
D. Le cancer du vagin	17
E. Le cancer de la vulve	17
F. Le cancer du sein	18
Conclusion	21
Bibliographie	22

## Glossaire

**ANESF** : Association Nationale des Étudiant·e·s Sage-Femmes

**LCD** : Lutte Contre les Discriminations

**VAS** : Vie Affective et Sexuelle

**VSS** : Violences Sexistes et Sexuelles

**HPV** : Human Papillomavirus

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**PND0** : Programme National de Dépistage Organisé

**CRCDC** : Centres Régionaux de Coordination de Dépistage des Cancers

## Définitions

Le **cancer** est une maladie résultant d'une croissance et d'une division incontrôlées de cellules anormales.

La **prévalence** est le rapport du nombre de cas d'une maladie sur l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnée.

L'**incidence** est le nombre de nouveaux cas d'une maladie, dans une population, à un moment donné.

Le **dépistage** est une démarche qui permet de diagnostiquer tôt certains cancers. Il vise à détecter, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. On parle ainsi de dépistage lorsqu'on réalise des examens de surveillance alors qu'on se sent à priori en bonne santé.

## Avant-propos

Les termes femme, féminin, féminine, sont utilisés pour désigner le sexe biologique d'une personne, indépendamment de son identité de genre. Cette fiche technique aborde les cancers gynécologiques, ces termes sont donc employés pour décrire l'appareil génital des personnes par simplicité de rédaction et de compréhension des propos énoncés. Les choix rédactionnels ne visent aucunement à blesser ou à exclure, et sont pensés pour être les plus inclusifs possible. Nous sommes ouvert·e·s à toutes suggestions de la part des concerné·e·s pour rendre les contributions, fiches techniques et autres écrits de l'ANESF les plus adaptés, inclusifs et justes possibles.

## Introduction

Le projet HERA est un projet d'éducation aux relations affectives. Inspiré des différentes problématiques en santé sexuelle et reproductive, et voulant s'articuler autour des nouvelles politiques publiques dans ce domaine, le projet HERA a été pensé dans une optique d'éducation et de sensibilisation, pour tous et toutes.

Ainsi, des étudiant·e·s sages-femmes mettent en avant leurs compétences et leur expertise en réalisant des actions concrètes, tant au niveau national que territorial. Celles-ci sont au bénéfice de la population et planifiées pluriannuellement, organisées en collaboration avec d'autres étudiant·e·s en santé et acteur·rice·s locaux·ales.

Le projet HERA se destine à promouvoir les compétences des étudiant·e·s sages-femmes tout en encourageant la prévention et l'interdisciplinarité.

La nécessité de travailler sur la santé des personnes à utérus est aujourd'hui un impératif et nous espérons, à travers ce projet, pouvoir affirmer le rôle des sages-femmes mais aussi de la population étudiante ; une population dynamique, novatrice et volontaire.

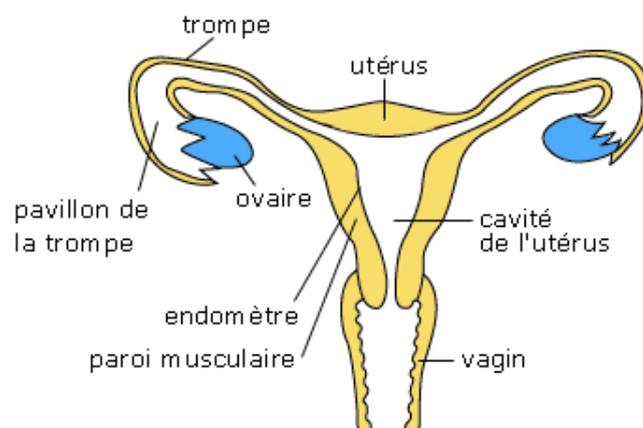
Ce projet s'articule autour de 6 axes principaux : Vie Affective et Sexuelle, Lutte Contre les Discriminations, Addictions, Handicap et Sexualité, Lutte Contre les Violences Sexistes et Sexuelles et Cancers Gynécologiques.

Cette fiche technique a été réalisée, afin de faire l'état des lieux des connaissances actuelles sur les cancers gynécologiques.

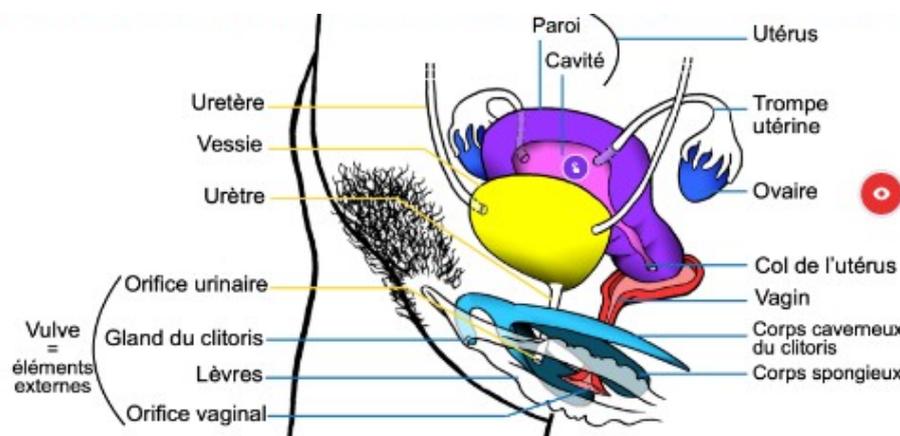
## I. Description des cancers gynécologiques

Les cancers gynécologiques correspondent à l'ensemble des cancers touchant les seins et l'appareil génital féminin. Ce dernier comprend les ovaires, les trompes de Fallope (ou utérines), l'endomètre, le col de l'utérus, le vagin et la vulve.

Voici un schéma de l'appareil génital féminin en coupe frontale :



Et voici un schéma de l'appareil uro-génital féminin :



## A. Le cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire est le **8ème** cancer le plus **fréquent** mais le 4ème en termes de décès. En 2023, on estime à 5 348 le nombre de nouveaux cas de cancers de l'ovaire en France. L'incidence est en baisse depuis 2010. Le taux de survie nette standardisée à 5 ans est de 43% entre 2010 et 2015. L'âge moyen de diagnostic est de 70 ans, considéré comme tardif car ce cancer est souvent asymptomatique.

Le cancer de l'ovaire se développe à partir des cellules qui forment la couche externe de l'ovaire, appelée l'épithélium. Le plus souvent, cela donne un **adénocarcinome**. Il existe des formes plus rares exigeant des traitements différents comme les **cancers des cellules folliculaires** chez les populations plus jeunes, les **cancers des cellules du stroma** et enfin des **tumeurs** dites « **frontières** » qui sont à mi-chemin entre la tumeur bénigne (non cancéreuse) et celle maligne (cancéreuse).

En l'absence de traitement, les cellules cancéreuses vont former une tumeur volumineuse qui va fracturer la capsule fibreuse qui entoure l'ovaire. Elles peuvent envahir les organes voisins : c'est « **une extension pelvienne** » de la tumeur. Ces cellules peuvent ensuite migrer dans les ganglions lymphatiques ainsi que dans le péritoine. Elles vont ensuite s'installer et se multiplier dans d'autres organes. Ces tumeurs secondaires sont appelées « **métastases** ».

Les tumeurs bénignes de l'ovaire, appelées **kystes**, sont très fréquentes. Il y a les kystes **fonctionnels** qui régressent spontanément et ne favorisent pas un cancer et les kystes **organiques** qui peuvent devenir très volumineux et, dans de rares cas, évoluer vers un cancer.

### Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire sont :

- > L'augmentation de l'âge (multiples cancers après la ménopause),
- > Les antécédents personnels de cancer du sein ou du côlon,
- > La prédisposition familiale,
- > Les antécédents familiaux de cancer colorectal, cancer du sein dans la forme héréditaire, cancer de l'endomètre, cancer du pancréas,
- > L'exposition prolongée aux estrogènes (personnes à utérus qui ont eu leurs premières règles avant l'âge de 12 ans, celles-eux qui ont été ménopausé.e.s tardivement après 50 ans, celles-eux qui n'ont pas eu d'enfant et chez les personnes qui souffrent d'obésité, en particulier après la ménopause),
- > La prise prolongée de traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause,
- > Le tabagisme,
  - > L'exposition à l'amiante .

## B. Le cancer des trompes utérines

Le cancer de l'ovaire et celui des trompes utérines partagent de nombreuses caractéristiques dont les symptômes, le diagnostic et le traitement, ils sont généralement pris en compte ensemble. C'est pourquoi nous ne détaillerons pas ce cancer. Il est important de noter que le cancer qui se développe dans les trompes utérines est **rare**.

## C. Le cancer de l'endomètre

Après le cancer du sein, le cancer de l'endomètre est **le plus fréquent** dans les cancers gynécologiques. On estime à 8 224 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en France en 2018. L'incidence de ce cancer est stable depuis 1990. Il touche surtout les personnes à utérus après la ménopause avec un âge moyen de diagnostic à 68 ans. Mais il se situe parmi les localisations cancéreuses ayant un **bon pronostic**.

Le cancer de l'endomètre est souvent précédé par une **hyperplasie endométriale** (prolifération anormale de la muqueuse utérine). Ensuite, il peut se créer un **carcinome** de l'endomètre. Ce dernier est fréquemment classé en 2 types.

Les **tumeurs de type I** sont précédées d'une hyperplasie endométriale. Ce sont les plus fréquentes, souvent œstrogènes-sensibles et diagnostiquées chez les personnes obèses et à un âge plus précoce. Elles sont généralement de **bas grade** (dégénérescence modérée avec un risque faible d'évolution en cancer) et le **pronostic est favorable**. L'histologie la plus fréquente est l'**adénocarcinome endométrioïde** (grades 1 et 2).

Les **tumeurs de type II** sont habituellement de **haut grade** et comprennent les **carcinomes endométrioïdes** de grade 3 et les **tumeurs à histologie non endométrioïde** (carcinosarcomes séreux, à cellules claires ou mixtes, cancers indifférenciés). Ils ont tendance à survenir chez les personnes à utérus âgées. Le **pronostic est défavorable**. Les carcinomes séreux papillaires utérins, les carcinomes à cellules claires et carcinosarcomes, très rares, sont considérés comme des histologies plus agressives et à haut risque. Les carcinomes mucineux sont généralement de bas grade et le pronostic est bon. D'autres types histopathologiques de carcinomes endométriaux existent comme les carcinomes neuroendocriniens, indifférenciés et mixtes.

Le cancer de l'endomètre peut se propager de la surface de la cavité utérine au canal cervical. Mais aussi à travers le myomètre jusqu'à la séreuse et dans la cavité péritonéale ou via la lumière de la trompe de utérines vers l'ovaire, le ligament large et les surfaces péritonéales. Enfin via la circulation sanguine, conduisant à des métastases à distance et via les lymphatiques. Plus le grade de la tumeur est élevé, moins le carcinome est différencié, plus la propension à l'envahissement du myomètre, aux métastases ganglionnaires et à la dissémination extra-utérine est importante.

La cause la plus fréquente est une **mutation sporadique**. Cependant, chez quelques patient.e.s, des mutations héréditaires sont à l'origine du cancer ; il tend alors à se

produire plus tôt et est souvent diagnostiqué plus jeune. Environ la moitié des cas qui impliquent l'hérédité se produisent dans des familles ayant un syndrome de Lynch (maladie génétique qui augmente le risque de plusieurs types de cancers, surtout du côlon et de l'endomètre).

Les facteurs de risque de cancer de l'endomètre sont les suivants :

- > Un taux d'oestrogènes élevé sans opposition,
- > L'âge supérieur à 45 ans,
- > L'obésité,
- > La prise de tamoxifène pendant plus de 2 ans,
- > Le Syndrome de Lynch,
- > Les antécédents de radiothérapie pelvienne.

## D. Le cancer du col de l'utérus

En France métropolitaine, le cancer du col de l'utérus est le **11ème** cancer le plus fréquent chez les personnes avec un col de l'utérus. En 2023, on estime 3 159 nouveaux cas et l'incidence est légèrement en baisse de 0,1%.

Le cancer du col de l'utérus est lié à une infection par un virus : le **papillomavirus humain** (HPV). Il s'agit de l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquente dans le monde. Elle se transmet par un contact entre la peau et/ou les muqueuses. La plupart de la population sexuellement active rencontrera ce virus au cours de sa vie. L'incidence de l'infection à HPV est étroitement liée à l'âge moyen du premier rapport sexuel, au rythme de rencontre de nouveaux partenaires sexuels mais également à l'immunité spécifique se développant chez certaines personnes.

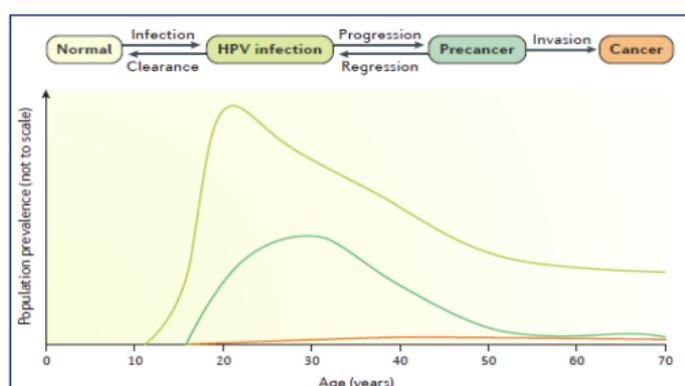
Les HPV peuvent être de différents types classés selon leur potentiel oncogène. Il y a ceux à faible risque oncogène ; les HPV 6 et 11. Ils peuvent donner des anomalies bénignes des cellules du col.

Puis, ceux à haut risque oncogène dont les plus fréquents sont les 16 et 18. Ils participent au développement des cancers du col de l'utérus. Le **HPV 16** est la principale cause de cancer du col de l'utérus dans le monde.

Dans la majorité des cas, ces infections sont asymptomatiques et indétectables au bout de 2 ans. Cependant, si elles persistent, cela peut causer un cancer.

Il y a **différentes étapes** avant le stade du cancer. Tout d'abord, il y a l'infection par un HPV à haut risque, puis sa persistance qui cause des lésions pré-cancéreuses. Enfin, il se forme un cancer invasif. Ainsi, chaque étape est plus ou moins associée à une tranche d'âge. Par exemple, le pic d'incidence des lésions pré-cancéreuses se produit des années après l'initiation des premiers rapports sexuels (vers 30 ans en moyenne) et le pic de cancers invasifs aurait lieu 10 à 30 ans après l'infection.

Modèle de l'histoire naturelle de l'infection à HPV menant au cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge d'après Schiffman *et al.*, 2016 {Schiffman, 2016 #637}



© Schiffman M, *et al.* Nat Rev Dis Primers 2016.

### Les facteurs de risque sont :

- > L'infection par le HPV,
- > Les rapports sexuels commencés très jeune,
- > La multiplicité des partenaires sexuels,
- > Le tabagisme,
- > Être porteur·se du VIH,
- > Être sous traitement immunosuppresseur,
- > La multiparité,
- > L'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux,
- > Certaines infections sexuellement transmissibles (Chlamydia ou Herpès génital).

## E. Le cancer du vagin

Le cancer du vagin représente 1% des cas de cancers chez les personnes avec un vagin et est **le plus rare** des cancers gynécologiques. Avec un âge moyen au diagnostic de 73 ans, il affecte surtout la personne âgée. On estime à 162 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en France en 2018. Son incidence a diminué en moyenne de 3% par an entre 1990 et 2018.

La plupart sont des **carcinomes malpighiens**. Il existe des adénocarcinomes primitifs et secondaires, des carcinomes malpighiens secondaires chez la personne âgée, des adénocarcinomes à cellules claires chez la personne jeune et les mélanomes. Il existe aussi des sarcomes vaginaux.

Le plus souvent, ils apparaissent sur le **tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure**. Ils peuvent s'étendre soit par extension directe, soit par les ganglions lymphatiques inguinaux ou pelviens, soit par voie hématogène.

Les facteurs de risque sont :

- > L'infection par le HPV,
- > La néoplasie vaginale intraépithéliale,
- > Les cancers cervicaux, vulvaires ou anal intra-épithéliaux,
- > L'exposition in utero au diéthylstilbestrol.

## F. Le cancer de la vulve

Le cancer de la vulve est **rare** et survient de façon préférentielle chez les patient·e·s âgé·e·s, avec un âge médian de 77 ans au moment du diagnostic en France. Pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas était de 838. La survie nette standardisée tous âges confondus est de 62 % à 5 ans.

Il est plus fréquemment localisé sur les **grandes lèvres** et parfois sur les petites lèvres, le clitoris ou les glandes vaginales. Il se développe habituellement lentement. Des

modifications cellulaires pré-cancéreuses peuvent se développer à la surface de l'épithélium vulvaire sur une longue période.

Le précurseur du cancer de la vulve est la **néoplasie intraépithéliale vulvaire**, une lésion superficielle de l'épithélium. Cependant, elle peut devenir un carcinome in situ, puis des cellules cancéreuses du squame. Cette pathologie peut être invasive et doit donc être diagnostiquée et traitée.

La majorité des cancers de la vulve sont des **carcinomes malpighiens**. Il existe d'autres formes : les adénocarcinomes et carcinomes à cellules transitionnelles, adénoïdes kystiques et adénosquameux, sarcomes et carcinomes basocellulaires et le mélanome de la vulve.

Le cancer de la vulve peut se propager par extension directe, par voie hématogène ou vers les ganglions lymphatiques inguinaux ou encore des ganglions lymphatiques inguinaux à ceux pelviens et para-aortiques.

Les états précancéreux sont les facteurs de risque principaux. Les autres facteurs de risque sont :

- > **L'infection par le HPV,**
- > La néoplasie vulvaire intraépithéliale,
- > Le Lichen scléreux leucoplasique,
- > La maladie de Bowen,
- > Un déficit immunitaire,
- > L'hyperplasie malpighienne,
- > Le carcinome malpighien ou néoplasie intraépithéliale du vagin, du col ou de l'anus,
- > La granulomatose chronique,
- > La maladie de Paget,
- > La leucoplasie,
- > Le tabagisme.

## G. Le cancer du sein

Le cancer du sein est le **plus fréquent** chez la personne à utérus et le **plus mortel** dû à sa fréquence. En 2017, la prévalence était estimée à 913 089 personnes. En 2023, on estime 61 214 nouveaux cas et une incidence est en légère hausse. Le taux de survie nette standardisée à 5 ans est de 88% entre 2010 et 2015.

Le cancer du sein correspond à la présence de cellules anormales dans un sein, qui se multiplient de façon anarchique pour former une tumeur maligne, un « carcinome ». Ces cellules peuvent rester confinées dans le sein ou migrer vers les ganglions avoisinants, voir le reste du corps et former des métastases. Selon le type de cellules à l'origine du cancer, et selon l'aspect de la tumeur, on distingue différents cancers du sein.

Certains sont provoqués par des cellules cancéreuses dont la multiplication est favorisée par les hormones sexuelles féminines, les estrogènes. Ce sont les cancers du sein dits « **hormonodépendants** » ou « hormonosensibles ».

Pour le cancer du sein « **non invasif** », la tumeur reste dans le tissu d'origine et n'envahit pas les tissus voisins. Il est plus facilement traité que ceux qui envahissent les tissus voisins. Dans la majorité des cas, ces cancers sont de type canalaire (ils se forment à l'intérieur des canaux de lactation), ceux restant étant de type lobulaire.

La maladie de Paget du mamelon est un exemple de cancer non invasif des canaux les plus proches du mamelon. Elle se traduit par des lésions du mamelon comme de l'eczéma qui ne guérissent pas.

Les cancers du sein sont dits « **invasifs** » ou « infiltrants » lorsque les cellules cancéreuses ne restent pas confinées à leur lieu d'origine et envahissent les tissus avoisinants, les ganglions locaux ou axillaires et, parfois, le reste du corps. Ils touchent essentiellement les canaux, rarement les lobules. Leur pronostic est moins bon.

Il existe **plusieurs formes rares** de cancers du sein invasifs : le carcinome mucineux ou colloïde, le carcinome papillaire, le carcinome médullaire et le carcinome tubuleux.

Les biopsies percutanées permettent de différencier les grosseurs dues à un cancer de celles dues à diverses maladies sans gravité.

Il existe donc des **lésions du sein bénignes**. Le **fibroadénome** du sein est une petite masse de tissus durs pouvant être sentie à la palpation, comme une petite bille glissante. Il est fréquent chez les personnes à utérus de moins de 25 ans. Selon sa taille, il est laissé ou retiré.

Le **kyste du sein** est une poche remplie de liquide qui apparaît comme une masse molle et mobile à la palpation. Courant chez les personnes à utérus âgées de 35 à 50 ans,

il est bénin. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'aspirer le liquide contenu dans le kyste ou de l'enlever.

La « **mastose sclérokystique** » ou « **fibrose kystique du sein** » est un changement de structure du sein bénin et sous influence hormonale. À la palpation, ce sont des masses bosselées, parfois douloureuses, avec ou sans écoulement par le mamelon. Chez les personnes à utérus issues de familles à prédisposition génétique pour le cancer du sein, ces changements doivent amener à une surveillance régulière des seins.

Certains facteurs de risque de cancer du sein ont été identifiés. On distingue les facteurs de risque indépendants des habitudes de vie et ceux à l'inverse dépendants d'elles.

Certaines personnes ont un risque plus important de cancer du sein, quelles que soient leurs habitudes de vie. Ce sont donc des **facteurs de risque intrinsèques**. Le sexe en est un car plus de 99 % des cancers du sein sont diagnostiqués chez les personnes de sexe féminin. L'âge aussi car la plupart sont diagnostiqués après 50 ans. Une prédisposition génétique familiale ou personnelle, notamment les personnes qui ont déjà eu un cancer du sein ont trois à quatre fois plus de risque d'en développer un autre. Certaines lésions du sein jouent un rôle car certaines personnes à utérus souffrent de proliférations de cellules non cancéreuses dans leurs seins (« hyperplasie épithéliale intracanalair »). Selon l'aspect de ces cellules, le risque de développer un cancer du sein est multiplié par un facteur allant de 1,5 à 5. La radiothérapie du thorax suite à l'administration répétée de rayons ionisants sur le thorax augmente le risque de cancer du sein, surtout si cette radiothérapie a eu lieu avant l'âge de 30 ans. Enfin une exposition prolongée aux oestrogènes augmente le risque.

Il y a une partie des facteurs de risque qui est **génétique**. Le fait d'avoir une mère, une sœur ou une fille qui a eu un cancer du sein double le risque d'en développer un soi-même. Ce risque est augmenté si un cancer du sein a été diagnostiqué chez deux parent.e.s du premier degré ou si ces dernier.e.s ont développé un cancer de l'ovaire, du côlon ou du rectum, si un.e parent.e du premier degré a développé deux cancers du sein et enfin si un parent de sexe masculin a développé ce type de cancer.

Cette **prédisposition familiale** s'explique par des mutations génétiques. Les plus fréquemment observés sont deux gènes, **BRCA 1 et BRCA 2**, dont certaines mutations sont liées à une fréquence plus élevée de cancer du sein, chez la personne à utérus comme chez la personne à pénis, mais aussi de cancer de l'ovaire chez la personne à utérus. Ces gènes codent pour des protéines qui protègent les cellules d'une transformation cancéreuse. Environ deux personnes à utérus sur mille portent ces mutations sur leurs gènes BRCA 1 et 2.

Les cellules du sein sont sensibles aux oestrogènes et, en particulier, à leur présence dans le sang tout au long de la vie. En d'autres termes, tout ce qui augmente la durée **totale** d'exposition aux estrogènes sanguins augmente le risque de cancer du sein. Ainsi, **le risque de cancer du sein est augmenté** chez les personnes qui ont eu leurs premières règles avant l'âge de douze ans, celles-eux qui ont été ménopausé.e.s après 50

ans, celles·eux qui n'ont pas eu d'enfant ou celles·eux qui ont eu leur premier enfant après l'âge de 35 ans et celles·eux qui souffrent d'obésité, en particulier après la ménopause.

Des facteurs de risque de cancer du sein **dépendants des habitudes de vie** ont été identifiés comme le surpoids et l'obésité après la ménopause, le tabagisme, même passif, la consommation excessive de boissons alcoolisées, l'absence d'exercice physique régulier, les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause pris de manière continue pendant plus de cinq ans, la prise de pilule contraceptive de manière continue pendant plus de quatre ans (la pilule augmente légèrement le risque de développer un cancer du sein mais ce risque accru disparaît dix ans après en avoir cessé l'usage).

## II. Les stratégies de dépistage et de prise en charge

### A. Le cancer de l'ovaire

Les **symptômes** du cancer de l'ovaire à un stade avancé sont des maux de ventre, une gêne abdominale ou une constipation qui dure plus d'un mois, un besoin d'uriner anormalement fréquent, des douleurs pendant les relations sexuelles, des troubles des règles ou des saignements génitaux anormaux, une perte de poids massive et rapide, sans cause identifiable, une perte d'appétit avec des nausées et des vomissements et une fatigue intense.

Il n'existe **pas de test de dépistage systématique** du cancer de l'ovaire. Le diagnostic définitif de cancer de l'ovaire doit être confirmé par une **biopsie**.

Le traitement fait le plus souvent appel à la **chimiothérapie**, avant ou après une **intervention chirurgicale** destinée à enlever les ovaires. Les cancers non opérables sont traités par chimiothérapie. Le choix des traitements est réalisé en fonction de l'étendue et du degré d'agressivité du cancer. Plusieurs médecins de différentes spécialités se réunissent pour évaluer les options de traitements, en prenant en compte les caractéristiques de la tumeur, l'âge, et l'état de santé général de le·a patient·e.

La chirurgie est le traitement le plus souvent proposé contre le cancer de l'ovaire, afin de procéder à l'ablation de la tumeur. Au cours de l'intervention, le chirurgien retire habituellement les deux ovaires, les trompes utérines ainsi que l'utérus. C'est une **hystérectomie abdominale totale et salpingo-ovariectomie**. Si le cancer est traité à un stade précoce, le chirurgien prélève également un ensemble de tissus environnants vers lesquels les cellules cancéreuses ont pu migrer. Si le cancer est à un stade plus

avancé et a atteint d'autres organes de l'abdomen, notamment des organes digestifs, ceux-ci sont également retirés lors de l'intervention.

Chez la personne à utérus non ménopausée, l'ablation des deux ovaires provoque une ménopause dont les symptômes climatiques sont plus importants que si celle-ci s'était déclenchée naturellement. Le·a patient·e ne peut plus procréer naturellement.

Dans certains cas, la chimiothérapie peut être réalisée avant la chirurgie, pour réduire la taille de la tumeur et faciliter l'opération. Lorsque le cancer est découvert à un stade très avancé, la chimiothérapie peut être le seul traitement utilisé, en l'absence de chirurgie.

## B. Le cancer de l'endomètre

Les **symptômes** d'un cancer de l'endomètre sont une hémorragie de la ménopause, un saignement anormal chez la personne à utérus non ménopausée, en particulier chez la personne à utérus de plus de 45 ans, un test de Papanicolaou montrant les cellules endométriales chez la personne à utérus ménopausée ou des cellules endométriales atypiques chez toute personne à utérus. En fonction de l'âge et des facteurs de risque, 1 à 14% des personnes à utérus qui présentent une **hémorragie ménopausique** ont un cancer de l'endomètre.

Pour diagnostiquer, on peut réaliser une **biopsie d'endomètre** ou pour les personnes ménopausées une **échographie transvaginale**. Cependant la biopsie est nécessaire si l'épaisseur du revêtement de l'endomètre est supérieure à 4 mm et les résultats ne sont pas concluants suite à l'échographie. Si les résultats de la biopsie ne sont pas concluants ou sont évocateurs d'un pré cancer ou cancer, une dilatation et un curetage avec hystéroscopie ambulatoire sont souvent réalisés.

Une fois le cancer de l'endomètre diagnostiqué, le **bilan prétraitement** comprend des examens sanguins ainsi qu'une radio du thorax. Si elle est anormale, une tomodensitométrie doit être effectuée. Le cancer résultant parfois d'une mutation héréditaire, un **conseil génétique** et/ou un test doivent être envisagés si les patientes ont moins de 50 ans ou ont des antécédents familiaux importants de cancer de l'endomètre ou de l'ovaire, ou de carcinome colorectal héréditaire non polyposique ou d'un syndrome de Lynch connu.

La **classification** du cancer de l'endomètre par stade est fondée sur le diagnostic histologique (du grade 1 [le moins agressif] à 3 [le plus agressif]) et sur des critères d'extension du cancer, dont la profondeur de l'envahissement, l'atteinte cervicale et la présence de métastases extra-utérines. La définition du stade est chirurgicale et comprend l'exploration de l'abdomen et du bassin, la biopsie ou l'exérèse des lésions extra-utérines suspectes, l'hystérectomie abdominale totale et, chez les patient·e·s à risque élevé, lymphadénectomie pelvienne et para-aortique. Si le cancer semble limité à l'utérus, une alternative à la lymphadénectomie pelvienne et para-aortique est la cartographie des ganglions lymphatiques sentinelles.

Si des ganglions lymphatiques sentinelles sont identifiés bilatéralement, aucune lymphadénectomie n'est indiquée, quelles que soient les caractéristiques de la tumeur. Si un côté n'a pas de ganglion sentinelle identifié, une lymphadénectomie complète est nécessaire de ce côté.

Le cancer de l'endomètre doit être retiré en bloc, habituellement par une hystérectomie totale et une salpingo-ovariectomie bilatérale. La fragmentation ou la morcellation de la tumeur intrapéritonéale doivent être évitées. La **chirurgie** peut être effectuée par différentes voies. En cas de tumeurs limitées à l'utérus, la chirurgie mini-invasive est la meilleure approche.

Les **traitements possibles** sont la chirurgie, le curage ganglionnaire pelvien et lomboaortique complet, la radiothérapie pelvienne, la chimiothérapie, la thérapie endocrinienne. Plusieurs médicaments cytotoxiques (notamment la carboplatine plus paclitaxel) sont efficaces. Ils sont principalement administrés chez la personne à utérus qui présente un cancer métastatique ou en récurrence.

## C. Le cancer du col de l'utérus

À un stade précoce, un cancer du col de l'utérus se développe souvent sans provoquer de symptôme particulier. C'est la raison pour laquelle un suivi gynécologique et des frottis réguliers sont indispensables pour détecter de façon précoce le cancer. Certains symptômes peuvent néanmoins apparaître comme des saignements après les rapports sexuels, en dehors des règles. Il peut y avoir des douleurs pendant les rapports sexuels, des douleurs dans la zone pelvienne ou lombaire. Cela peut aussi se manifester par une gêne pour uriner, une tension douloureuse avec une envie pressante et continue d'aller à la selle.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'appuie sur un **programme national de dépistage organisé** (PNDO). Il concerne l'ensemble des personnes avec un col de l'utérus de 25 à 65 ans et se base sur son évolution lente et l'existence de lésions précancéreuses curables.

Il y a deux temporalités. Pour les **25 à 29 ans**, il est nécessaire de faire un **examen cytologique** tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle ayant des résultats normaux. Cet examen consiste en l'analyse morphologique des cellules du col de l'utérus afin de détecter précocement des cellules anormales qui pourraient évoluer vers des lésions cancéreuses. Si l'examen est positif, on recherche sur le même prélèvement des papillomavirus (HPV) à haut risque, pouvant entraîner des anomalies cellulaires et des cancers du col de l'utérus. Un prélèvement au niveau du col sera réalisé par un.e sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue.

Pour les **30 à 65 ans**, c'est le **test HPV-HR** qui est le plus efficace. Le premier sera réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal puis tous

les 5 ans jusqu'à 65 ans si le résultat est négatif. Si le test est positif, on recherche systématiquement la présence d'anomalies cellulaires sur le même prélèvement. Le test HPV permet la détection des acides nucléiques des génotypes de HPV à haut risque. L'objectif est d'identifier les lésions HPV, celles susceptibles de donner une lésion cervicale précancéreuse ou cancéreuse. Il nécessite un prélèvement cervico-utérin réalisé par un.e sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue.

Puis selon les stades et types de cancers, il y a trois types de traitements utilisés pour traiter les cancers invasifs du col de l'utérus : la **chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie**.

Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Ils ont pour objectifs, selon les cas, de supprimer la tumeur et/ou les métastases ; de réduire le risque de récurrence ; de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ; de traiter les symptômes engendrés par la maladie. Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic.

Les chirurgies faites sont la colpo-hystérectomie élargie, la chirurgie des ganglions, l'hystérectomie et la trachélectomie.

## D. Le cancer du vagin

Le symptôme le plus fréquent concernant le cancer du vagin est un **saignement vaginal** anormal pendant ou après un rapport sexuel, en période intermenstruelle ou après la ménopause. Parfois, il peut y avoir apparition d'ulcérations de la muqueuse vaginale ou encore de pertes aqueuses. Les rapports sexuels peuvent également être douloureux. Ce cancer est la majorité du temps **symptomatique**.

Le diagnostic se fait aussi par **biopsie** et colposcopie. D'autres tests tels qu'un examen par endoscopie de la vessie ou du rectum, une radiographie du thorax ou une tomodensitométrie, peuvent être réalisés pour déterminer une éventuelle propagation du cancer.

Le traitement de nombreux cancers localisés et de petites tailles est l'**hystérectomie avec vaginectomie** avec curage ganglionnaire; pour la plupart des autres, on utilise la **radiothérapie**.

## E. Le cancer de la vulve

Le cancer de la vulve entraîne généralement la formation de nodules d'aspect inhabituel ou **d'ulcérations** pouvant être plates, lisses ou rugueuses. Elles peuvent former des plaques ou engendrer une dépigmentation et parfois, les deux. Elles peuvent saigner ou sécréter un écoulement aqueux. Certaines ressemblent à des condylomes. Les mélanomes peuvent être bleu-noirs ou marrons. En général, ce cancer entraîne un **prurit**.

Le cancer de la vulve peut simuler des ulcérations liées à des infections sexuellement transmissibles (par exemple, chancre mou), un carcinome basocellulaire, une maladie de

Paget vulvaire (lésion eczémateuse pâle), un kyste ou un abcès des glandes de Bartholin ou un condylome acuminé (verrues génitales). Il convient d'évoquer un cancer de la vulve si une lésion vulvaire se développe chez les personnes à vulve à faible risque d'infections sexuellement transmissibles ou si elle ne répond pas au traitement des maladies sexuellement transmissibles.

Le diagnostic est fait par **biopsie**. Celle-ci permet de faire la distinction entre une lésion de nature tumorale, une infection et une irritation. Il peut également être utile de réaliser une colposcopie.

La définition du stade du cancer de la vulve repose sur la taille et la topographie de la tumeur et sur l'envahissement ganglionnaire déterminé par le curage effectué ou la biopsie du ganglion sentinelle lors du traitement chirurgical initial.

Les traitements sont soit une **excision et un curage ganglionnaire rétropéritonéal** sauf si l'envahissement stromal est  $\leq 1$  mm, soit une **chirurgie, radiothérapie** et/ou **chimiothérapie** pour un cancer de stade III ou IV.

La **biopsie du ganglion sentinelle** est une alternative raisonnable à la dissection des ganglions lymphatiques chez certaines personnes à vulve qui ont un carcinome épidermoïde de la vulve. La cartographie des ganglions lymphatiques sentinelles ne doit pas être envisagée si les signes cliniques suggèrent que le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques inguinaux.

## F. Le cancer du sein

Une boule ou une **masse** dans un sein est le signe d'un cancer du sein le plus couramment observé. Cette masse, en général non douloureuse, est le plus souvent de consistance dure et présente des contours irréguliers. Elle apparaît par ailleurs comme « fixée » dans le sein. Une ou plusieurs masses dures à l'aisselle signifient parfois qu'un cancer du sein s'est propagé aux ganglions axillaires. Les ganglions restent toutefois indolores. Une modification de la peau, rétraction, rougeur, œdème ou aspect de peau d'orange, une modification du mamelon ou de l'aréole (zone qui entoure le mamelon), changement de coloration, suintement ou écoulement, des changements de forme de vos seins peuvent être le signe d'un cancer du sein inflammatoire.



L'application "**Know your lemons**" a été conçue pour faire de la prévention au sujet du cancer du sein. Elle explique les symptômes de ce cancer de manière ludique, inclusive et accessible en prenant en compte les problèmes d'alphabétisation, d'équité, aux tabous et à la peur. De plus, elle propose d'apprendre l'auto-palpation mammaire et permet de recevoir des rappels pour rester au courant de sa santé et de son suivi.

Si le cancer n'est pas diagnostiqué dès l'apparition des premiers symptômes, la tumeur peut grossir et se propager vers d'autres parties du corps, entraînant ainsi d'autres symptômes dits plus tardifs, tels que des douleurs osseuses, des nausées, une perte d'appétit, une perte de poids et une jaunisse, un essoufflement, une toux et une accumulation de liquide autour des poumons (épanchement pleural), des maux de tête, une vision double et une faiblesse musculaire.

Il existe également un **programme de dépistage organisé** du cancer du sein en France. Ce dépistage invite, tous les deux ans, les personnes de sexe féminin de **50 à 74 ans** sans symptômes ni facteurs de risque à effectuer un examen clinique des seins ainsi qu'une **mammographie**. Il propose un bilan diagnostique immédiat si les résultats sont suspects et une deuxième lecture de chaque mammographie normale.

Le dépistage peut également être adapté selon la présence de certains facteurs de risque tels que des antécédents familiaux au premier degré de cancer du sein, certaines mutations génétiques (BRCA 1, BRCA 2), des antécédents personnels de carcinome lobulaire in situ, de carcinome canalaire in situ, de cancer infiltrant du sein ou encore d'hyperplasie atypique, une radiothérapie du sein ou du thorax et un tissu mammaire dense.

En fonction de cela, un plan personnalisé de dépistage peut être mis en place avec une mammographie à un plus jeune âge et plus fréquemment ou parfois une échographie ou IRM.

Entre deux mammographies de dépistage, il est recommandé de **consulter au moins une fois par an** son·sa médecin traitant ou gynécologue ou sage-femme pour un examen clinique des seins.

Les personnes transgenres et/ou non-binaires représentent un groupe socialement défavorisé et fréquemment victime de discriminations, notamment dans les soins.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de dépistage orienté et organisé pour ces personnes alors même que le taux de développement de cancer du sein diffère de leurs homologues cisgenres.

Selon les cas, les traitements peuvent avoir différents objectifs comme supprimer la tumeur ou les métastases, réduire le risque de récurrence, ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ou améliorer le confort et la qualité de vie de la personne malade, en traitant symptômes engendrés par la maladie.

Il arrive parfois qu'un seul type de traitement soit nécessaire. Dans d'autres cas, une association de traitements est utile pour mieux maîtriser la maladie.

Le choix des traitements dépend du type de cancer et de l'endroit où il est situé dans le sein, de son caractère unifocal ou multifocal (plusieurs foyers cancéreux), de son stade au moment du diagnostic, de son grade, du statut des récepteurs hormonaux ou de HER2, des éventuelles contre-indications aux traitements, de l'état de santé général, de l'âge, des antécédents personnels médicaux et chirurgicaux et des antécédents familiaux ainsi que de l'avis et des préférences.

Les différents **traitements** sont la chirurgie mammaire conservatrice, la radiothérapie, la chirurgie non conservatrice du sein (mastectomie), la chirurgie des ganglions.

En présence de facteurs de risque de récurrence, les médecins étudient l'opportunité de réaliser le ou les traitements complémentaires. Dans tous les cas, l'objectif est de limiter le risque de récurrence et d'optimiser les chances de guérison.

Par ailleurs, dans certains cas, comme un cancer inflammatoire ou quand la tumeur est trop volumineuse pour être opérée d'emblée, l'intervention chirurgicale est précédée d'un traitement médical appelé **néoadjuvant**.

Le traitement principal d'un cancer du sein métastatique est un traitement systémique, à base de médicaments. Il s'agit de médicaments de chimiothérapie, éventuellement d'une thérapie ciblée, et/ou d'une hormonothérapie. Dans certaines situations, un traitement locorégional telle qu'une chirurgie et/ou une radiothérapie de la tumeur ou des métastases est associé au traitement à base de médicaments.

## Conclusion

Les cancers gynécologiques sont très fréquents chez les personnes ayant une anatomie féminine. Ils représentent en 2005, en France, 61% des nouveaux cas de cancers féminins et 29% de la mortalité des cancers de la femme. Il est important de les connaître, de les prévenir, de les dépister et de les prendre à charge le plus tôt possible. Les sages-femmes ont un rôle primordial d'éducation, de prévention et de dépistage. Les conséquences d'une prise en charge de cancer n'est pas anodine pour le·la patient·e. Il est nécessaire que les étudiant·e·s sages-femmes soient formé·e·s de manière complète, tant sur la prise en charge médicale que sur la prise en charge psychologique.

**Camille Rognon et Salomé Thiercelin**

**Vice-Présidentes en charge de la Santé Publique 2023-2024**

## Bibliographie

1. « Dépistage gratuit du cancer du sein entre 50 et 74 ans ». Consulté le 28 mai 2023.  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/depistage-gratuit-50-74-ans>
2. Haute Autorité de Santé,  
« Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les personnes à utérus de plus de 30 ans ». Consulté le 28 mai 2023.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-personne-a-uterus-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-personne-a-uterus-de-plus-de-30-ans)
3. « Know Your Lemons® for Early Detection | Early Detection for Breast Cancer ». Consulté le 28 mai 2023. <https://www.knowyourlemons.org/>.
4. Manuels MSD pour le grand public. « Présentation des cancers gynécologiques - Problèmes de santé de la personne à utérus ». Consulté le 28 mai 2023.  
<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-personne>

utérus/cancers-gyn%C3%A9cologiques/pr%C3%A9sentation-des-cancers-gyn%C3%A9cologiques.

5. « Risque et dépistage du cancer du sein chez les personnes trans : un appel pour des soins inclusifs - SOS TRANSPHOBIE ». Consulté le 28 mai 2023. <https://www.sos-transphobie.org/risque-et-depistage-du-cancer-du-sein-chez-le-s-personnes-trans-un-appel-pour-des-soins-inclusifs>.
6. « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2020-2021 et évolution depuis 2005 ». Consulté le 28 mai 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2020-2021-et-evolution-depuis-2005>.
7. « Cancer de l’ovaire» Vidal. Consulté le 19 juillet 2023. Cancer de l’ovaire - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL
8. «Cancer de l’endomètre» Consulté le 19 juillet 2023. Cancer de l’endomètre - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD (msdmanuals.com)
9. «Quelques chiffres» Consulté le 19 juillet 2023. Quelques chiffres - Cancer de l’endomètre (e-cancer.fr)
10. “Cancer du vagin” Consulté le 19 juillet 2023. les cancers gynécologiques à l’ICM | ICM Montpellier (unicancer.fr)
11. “Cancer de la vulve” Consulté le 19 juillet 2023. Cancer de la vulve - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD (msdmanuals.com)
12. “Cancer de la vulve” Consulté le 19 juillet 2023. Prise en charge des cancers gynécologiques à l’ICM| ICM Montpellier (unicancer.fr)
13. “Prévenir le cancer du col de l’utérus” Consulté le 19 juillet 2023. Prévenir le cancer du col de l’utérus | ameli.fr | Assuré
14. “Cancer de col de l’utérus” Consulté le 19 juillet 2023. Causes et prévention du cancer du col de l’utérus - VIDAL
15. “Prévention et diagnostic du cancer de la vulve” Consulté le 19 juillet 2023. Prévention et diagnostic - Cancer de la vulve | Centre Léon Bérard (centreonberard.fr)
16. “Réduire le risque de cancer du vagin” Consulté le 19 juillet 2023. Réduire le risque de cancer du vagin | Société canadienne du cancer
17. “Cancer du sein” Consulté le 27 juillet 2023. Cancer du sein - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL
18. “Cancer de l’ovaire, cancer des trompes de Fallope et cancer péritonéal” Consulté le 27 juillet 2023. Cancer de l’ovaire, cancer des trompes de Fallope et cancer péritonéal - Problèmes de santé de la personne à utérus - Manuels MSD pour le grand public (msdmanuals.com)
19. “Cancers de la vulve : dernières actualités et nouvelle classification Figo 2021” Consulté le 27 juillet 2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1776981723000019>
20. “Symptômes” Consulté le 27 juillet 2023. Symptômes - Cancer du sein (e-cancer.fr)
21. Brochure «Panorama des cancers par l’INCa 2023» Consulté le 27 juillet 2023.