

(CASE REPORT)



Cancer du col utérin invasif et grossesse : à propos d'un cas

Laaliaoui Aymen *, Fatimzahra Taouil

¹ Service d'Obstétrique – Gynécologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Historique de publication : Reçu le 26/11/2024 ; Révision le 06/12/2024 ; Publié le 08/12/2024

DOI : <http://doi.org/10.70602/rimc.24.1.1.4.6>

Résumé

Cet article discute du diagnostic et de la prise en charge du cancer du col utérin pendant la grossesse, une situation relativement rare mais avec une incidence significative. Le cancer du col est le cancer le plus fréquemment découvert chez les femmes enceintes, affectant principalement celles de la trentaine avec une parité élevée. Environ 1 à 3 % des cancers du col sont diagnostiqués pendant la grossesse, souvent lors des examens prénatals tels que les frottis cervico-vaginaux. L'étude clinique présentée concerne une patiente de 36 ans, sans antécédents pathologiques, diagnostiquée avec un carcinome épidermoïde bien différencié du col utérin après une césarienne prophylactique. L'article souligne l'importance de dépister systématiquement les anomalies cervicales chez les femmes enceintes pour une détection précoce. Les résultats montrent que les cancers diagnostiqués pendant la grossesse tendent à être à un stade précoce comparé à ceux détectés en dehors de la grossesse. La gestion de ces cas nécessite une équipe multidisciplinaire, incluant obstétriciens, oncologues et chirurgiens cancérologues, pour évaluer et décider du traitement approprié en fonction du stade de la tumeur et de la gestation. Les recommandations pour la prise en charge incluent une surveillance étroite et une planification collaborative entre les professionnels de la santé et les patientes, afin d'optimiser les résultats pour la mère et l'enfant.

1. Introduction :

Le diagnostic d'un cancer du col est un fait relativement rare pendant la grossesse, mais c'est le cancer le plus fréquemment découvert chez la femme enceinte. Son incidence, selon les populations, varie entre un et dix pour 10 000 grossesses [1], [2], [3]. Ce sont en majorité des femmes de la trentaine ayant une parité élevée (quatre à cinq selon les études) [1], [2].

Par ailleurs, environ 30 % des patientes atteintes d'un cancer du col sont en âge de procréer au moment du diagnostic et 1 à 3 % des cancers du col sont découverts pendant la grossesse [4]. La grossesse est l'occasion de dépister une population parfois peu ou pas suivie sur le plan gynécologique, grâce aux examens cliniques répétitifs et aux frottis cervico-vaginaux (FCV), qui font partie de l'examen de routine anténatal.

2. Observation clinique :

Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques, V G/ IIIP, 3 enfants par voie basse, 2 fausses couches spontanées, admise en service maternité hôpital HAROUCHI pour lésion cervicale sur grossesse non suivie de 39 semaine d'aménorrhée. L'examen à l'admission, patiente consciente, avec TA:12/06, FC: 76batt/min, BU: négatif, TV: col dilaté à 2cm avec à l'examen sous spéculum: lésion ulcéro bourgeonnante du col, membrane est rompue depuis 07 heures, avec liquide clair, présentation haute, bruit cœur fœtal perçus à 137 batt/min. L'échographie obstétricale a objectivé une grossesse monofoetal évolutive, activité cardiaque positive, présentation céphalique, placenta fundique, biométries correspondent au terme. ECRF: sans anomalies. La patiente a bénéficié d'une césarienne prophylactique donnant la naissance d'un nouveau-né sexe féminin, poids de

* Auteur correspondant: Laaliaoui Aymen, aymen.laaliaoui@hotmail.com

naissance : 3750g , APGAR 10/10 .La Biopsie du col a été réalisées, l'examen anatomopathologique a objectivé un carcinome épidermoïde bien différencié du col utérin .IRM pelvienne a objectivé: épaissement tumoral de l'endocol, envahissement des culs de sac vaginaux et les paramètres , traversé par l'isthmocèle , ganglion iliaque primitif droite mesurant 12.5mm de petit axe classant l'examen T4N1MX

3. Discussion :

Le cancer du col utérin est un des cancers le plus souvent diagnostiqué pendant une grossesse, avec le cancer du sein, les hémopathies malignes et le mélanome. Son incidence est estimée à 1/10 000 grossesses [5]. D'après une étude suédoise récente 1,2 % des cancers du col utérin invasifs sont découverts lors d'une grossesse [6].

Zemlickis et al. [7] ont montré que les cancers du col utérin diagnostiqués pendant la grossesse étaient significativement plus souvent des stades précoces : 69-83 % de stade I versus 42 % dans le groupe non enceinte, 11-23 % stade II versus 35 %, 3-8 % stade III versus 21 % et 0-3 % stade IV versus 2 % .

Il est donc important de dépister systématiquement les femmes lors de la première consultation prénatale. Baldauf et al. [8] en 1995, dans une étude cas-témoins ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative de concordance entre la cytologie et la colposcopie avec biopsie directe qu'il y ait ou pas de grossesse.

La répartition des types histologiques est identique entre les femmes enceintes ou non : 95 % de carcinomes épidermoïdes et 5 % d'adénocarcinomes [9].

La grossesse ne modifie pas le pronostic ni l'évolutivité du cancer du col utérin pour les stades précoces (stade IB le plus fréquent) : en 1992, Hopkins et al. [10] ont publié une étude cas-témoins comparant la survie à cinq ans du cancer du col utérin de type épidermoïde stade IB chez la femme enceinte versus non enceinte, ils ne retrouvent aucune différence significative. Lee et al. [11] dans une étude coréenne multicentrique rétrospective parue en janvier 2008 ont comparé le pronostic du cancer du col utérin entre des patientes enceintes et non enceintes en effectuant un appariement. En ce qui concerne les stades IB, ils n'observaient aucune différence significative sur les marges de résection, l'invasion paramétriale, les embolies lymphatiques et vasculaires, les modalités thérapeutiques et la survie à cinq ans.

La prise en charge du cancer du col utérin est dorénavant bien codifiée [12]. L'association d'une grossesse à un cancer du col utérin nécessite une prise en charge multidisciplinaire entre obstétriciens, oncologues, chirurgiens cancérologues et pédiatres. L'analyse de la littérature révèle essentiellement des cas rapportés ou des séries de faible effectif. Un référentiel a été élaboré au sein du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) concernant la prise en charge des lésions pré-invasives en per-gravidique [13]. En ce qui concerne les tumeurs invasives du col utérin, diagnostiquées en cours de grossesse (dès stade FIGO IB), Morice et al. ont publié des recommandations nationales [14] validées par trois sociétés savantes françaises : Société française d'oncologie gynécologique (SFOG), Société française de chirurgie pelvienne (SFCP) et le CNGOF. Nous avons souhaité faire un état des lieux de nos pratiques en référence à ces recommandations

4. Conclusion :

Chez les parturientes peu suivies ou en l'absence de dépistage depuis plus de deux ans, un frottis doit être réalisé en début de grossesse pour dépister des anomalies cervicales et sensibiliser les patientes à l'intérêt de ce dépistage. Pour les lésions de dysplasie en l'absence d'invasion prouvée à la colposcopie, le traitement peut être différé au post-partum, sous couvert d'une surveillance rapprochée. Pour les lésions invasives, le bilan doit être complété par IRM pour définir au mieux la taille de la lésion. La prise en charge dépendra du terme, du stade de la lésion et de l'atteinte ganglionnaire, si cette information peut être obtenue (lymphadénectomie pelvienne par voie coelioscopique jusqu'à 20-24 SA pour les tumeurs de moins de 4 cm). Le couple doit être informé que la grossesse en elle-même ne modifie pas le pronostic de la tumeur. Si le couple choisit de conserver la grossesse et que le traitement doit être différé pour attendre la maturité foetale, les risques liés au délai doivent être évalués en fonction du délai nécessaire et des facteurs pronostiques de la tumeur. Le traitement est décidé de manière collective entre oncologue, chirurgien-oncologue, obstétricien, néonatalogistes et le couple.

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Aucun

Déclaration d'approbation éthique

Le présent travail de recherche ne contient aucune étude réalisée sur des sujets humains ou animaux par aucun des auteurs.

Déclaration de consentement éclairé

Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants individuels inclus dans l'étude.

Références (Toutes les références doivent suivre le style de référencement de Vancouver.)

- [1] P.H. Morice et al. Ovarian transposition for patients with cervical carcinoma treated by radio-surgical combination. *Fertil Steril* (2000)
- [2] E. Cardonick et al. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol* (2004)
- [3] A. Bader et al. Long term follow-up after neoadjuvant chemotherapy for high-risk cervical cancer during pregnancy. *Gynecol Oncol* (2007)
- [4] H.R. Marana et al. Chemotherapy in the treatment of locally advanced cervical cancer and pregnancy. *Gynecol Oncol* (2001)
- [5] N.R. Abu-Rustum et al. Radical abdominal trachelectomy for stage IB1 cervical cancer at 15-week gestation. *Gynecol Oncol*(2010)
- [6] A. Mandic et al. Radical abdominal trachelectomy in the 19th gestation week in patients with early invasive cervical carcinoma: case study and overview of literature. *Am J Obstet Gynecol*(2009)
- [7] F. Amant et al. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: an overview. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*(2010)
- [8] S. Alouini et al. Cervical cancer complicating pregnancy: implications of laparoscopic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* (2008)
- [9] K. Van Calsteren et al. Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management and prognosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* (2005)
- [10] G. Favero et al. Invasive cervical cancer during pregnancy: laparoscopic nodal evaluation before oncologic treatment delay. *Gynecol Oncol* (2010)
- [11] B. Occelli et al. De novo adhesions with extraperitoneal endosurgical para-aortic lymphadenectomy versus transperitoneal laparoscopic para-aortic lymphadenectomy: a randomized experimental study. *Am J Obstet Gynecol* (2000)
- [12] E. Leblanc et al. Therapeutic value of pretherapeutic extraperitoneal laparoscopic staging of locally advanced cervical carcinoma. *Gynecol Oncol*(2007)
- [13] L. Selleret et al. Precancerous cervical lesions during pregnancy: diagnostic and treatment. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* (2008)
- [14] C. Haie-Meder et al. SOR guidelines for concomitant chemoradiotherapy for patients with uterine cervical cancers: evidence update bulletin 2004. *Ann Oncol* (2005)