

Cancer de l'endomètre

Mara Sobel MD MSc, Andrea N. Simpson MD MSc, Sarah E. Ferguson MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 September 13;193:E1423. doi : 10.1503/cmaj.202731-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202731

1 Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique le plus fréquent au Canada

En 2017, l'incidence et le taux de mortalité du cancer de l'endomètre étaient de 35,7 et de 5,3 par 100 000, respectivement et les 2 sont en hausse¹. Le cancer de type I est de bas grade et comporte un bon pronostic. Le type II est de haut grade et est souvent détecté à un stade avancé; il représente 70 % de tous les décès par cancer de l'endomètre².

2 L'avancée en âge et l'obésité sont d'importants facteurs de risque (encadré 1)

Avec chaque augmentation de 10 unités de l'indice de masse corporelle, le risque relatif de cancer de l'endomètre est de 2,89 (intervalle de confiance à 95 %, 2,62–3,18)³. L'obésité et le syndrome des ovaires polykystiques sont des facteurs de risque modifiables. L'utilisation de contraceptifs hormonaux d'association ou de produits progestatifs seulement (y compris un stérilet à libération de lévonorgestrel) peut prévenir le cancer de l'endomètre⁴.

3 Le tableau clinique habituel est un saignement vaginal postménopausique ou un saignement préménopausique anormal

Les médecins devraient interroger leurs patientes au sujet de tout saignement postménopausique ou anormal lors de l'examen de routine. Les patientes préménopausées qui présentent de nouveaux saignements utérins anormaux (abondants ou irréguliers) après l'âge de 40 ans et celles qui ont moins de 40 ans et présentent des facteurs de risque devraient subir un dépistage du cancer de l'endomètre⁴.

4 Les patientes devraient être dirigées en gynécologie si la biopsie de l'endomètre est anormale, si elle est impossible à obtenir ou non accessible à l'étape des soins primaires, ou si un saignement utérin postménopausique ou anormal persiste après l'obtention d'une biopsie normale

La biopsie comporte un haut taux de sensibilité (90 %–100 %) et de spécificité (98 %–100 %) pour le dépistage du cancer de l'endomètre et si possible, elle devrait se faire en médecine de premier recours⁵. Même si l'échographie transvaginale devrait aussi être demandée pour dépister d'autres causes du saignement anormal, une biopsie est toujours requise, car certaines patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre de type II ont une épaisseur endométriale inférieure à 5 mm⁶.

Encadré 1 : Facteurs de risque fréquents du cancer de l'endomètre⁴

- Âge avancé
- Obésité : Le risque est 10 fois plus élevé avec un indice de masse corporelle > 30
- Oligoménorrhée ou syndrome ovarien polykystique
- Utilisation d'œstrogènes non opposés ou de tamoxifène
- Syndrome de Lynch : Risque de 40 % au cours de la vie

5 Avec un dépistage et un traitement hâtifs, le pronostic est bon

Le taux de survie à 5 ans pour tous les cancers de l'endomètre de stade 1 est supérieur à 80 %¹. Le traitement repose principalement sur l'hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale et souvent une évaluation des ganglions lymphatiques par approche minimalement effractive. Les progestatifs peuvent être envisagés pour préserver la fertilité ou chez les patientes qui ne sont pas candidates à la chirurgie².

Références

1. Canadian cancer statistics 2017. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017.
2. Lu KH, Broaddus RR. Endometrial cancer. *N Engl J Med* 2020;383:2053-64.
3. Reeves GK, Pirie K, Beral V, et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ* 2007;335:1134.
4. Singh S, Best C, Dunn S, et al. No. 292-Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:e391-e415.
5. van Hanegem N, Prins MM, Bongers MY, et al. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;197:147-55.
6. Wang J, Wieslander C, Hansen G, et al. Thin endometrial echo complex on ultrasound does not reliably exclude type 2 endometrial cancers. *Gynecol Oncol* 2006;101:120-5.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Service d'obstétrique et gynécologie (Sobel), Système de santé Sinai; Service d'obstétrique et gynécologie (Sobel), Hôpital Women's College; Département d'obstétrique et gynécologie (Sobel, Simpson, Ferguson), Université de Toronto; Service d'obstétrique et gynécologie (Simpson), Hôpital St. Michael/Réseau hospitalier Unity Health de Toronto; Institut du savoir Li Ka Shing (Simpson), Réseau hospitalier Unity Health de Toronto; Division d'oncologie gynécologique (Ferguson), Réseau universitaire de santé/système de santé Sinai, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Mara Sobel,
Mara.Sobel@sinaihealth.ca

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.