

**UNIVERSITE DE LIMOGES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 1990

Thèse n° 79

**LES CARCINOMES DE L'ENDOMETRE**  
AU SUJET DE 125 CAS TRAITÉS ET SUIVIS  
DE 1975 A 1985

---

**THESE**

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine  
présentée et soutenue publiquement le 2 Novembre 1990

**PAR**

**DUMAS Isabelle épouse REAM**

née le 21 Juin 1961 à CHAMPAGNE-MOUTON (Charente)

---

**EXAMINATEURS DE LA THESE**

**Monsieur le Professeur OLIVIER,** \_\_\_\_\_ Président

**Monsieur le Professeur CATANZANO,** \_\_\_\_\_ Juge

**Monsieur le Professeur DUMAS J.P.,** \_\_\_\_\_ Juge

**Monsieur le Professeur TABASTE,** \_\_\_\_\_ Juge

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

-DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD  
-ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA  
: Monsieur le Professeur COLOMBEAU

### PERSONNEL ENSEIGNANT :

#### . PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie Infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESPRODES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques

LEGER Jean-Marie  
LEROUX-ROBERT Claude  
LIOZON Frédéric  
LOUBET René  
MALINVAUD Gilbert  
MENIER Robert  
MERLE Louis  
MOREAU Jean-Jacques  
NICOT Georges  
OLIVIER Jean-Pierre  
OUTREQUIN Gérard  
PECOUT Claude  
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine  
PILLEGAND Bernard  
PIVA Claude  
RAVON Robert  
RIGAUD Michel  
ROUSSEAU Jacques  
SAUVAGE Jean-Pierre  
TABASTE Jean-Louis  
TREVES Richard  
VALLAT Jean-Michel  
VANDROUX Jean-Claude

Psychiatrie d'Adultes  
Néphrologie  
Clinique médicale A  
Anatomie pathologique  
Hématologie  
Physiologie  
Pharmacologie  
Neurochirurgie  
Pharmacologie  
Radiothérapie et Cancérologie  
Anatomie  
Chirurgie orthopédique et traumatologique  
Parasitologie  
Hépatologie-Gastrologie-Entérologie  
Médecine légale  
Neurochirurgie  
Biochimie  
Radiologie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gynécologie-Obstétrique  
Thérapeutique  
Neurologie  
Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

AU PROFESSEUR OLIVIER

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE CANCÉROLOGIE-RADIOTHÉRAPIE  
ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX  
CHEF DE SERVICE

POUR LE REMERCIER  
DE SA GENTILLESSE ET DE SA DISPONIBILITÉ

AU PROFESSEUR CATANZANO

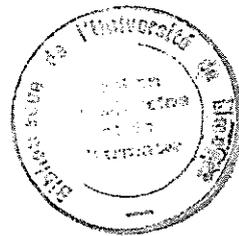
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
BIOLOGISTE DES HÔPITAUX  
CHEF DE SERVICE

POUR LE REMERCIER D'AVOIR ACCEPTER  
D'ÊTRE MEMBRE DU JURY DE CETTE THÈSE

AU PROFESSEUR DUMAS JEAN-PHILIPPE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS D'UROLOGIE  
CHIRURGIEN DES HAUPITAUX

POUR LE REMERCIER DE  
SA PATIENCE ET SA GENTILLESSE



AU PROFESSEUR TABASTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE  
GYNÉCOLOGUE-ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX  
CHEF DE SERVICE

POUR LE REMERCIER D'AVOIR ACCEPTER  
D'ÊTRE MEMBRE DU JURY DE CETTE THÈSE

A JOHANNA ET ANTHONY  
J'ESPÈRE ÊTRE DIGNE DE LEUR AMOUR

À MES PARENTS ET MA FAMILLE

A BERTHE - SIMON - NATHALIE ET FLORENT  
POUR LEUR AMITIÉ SI CHÈRE À MON COEUR

A NEIGE,

POUR SA PATIENCE DURANT  
SES LONGUES ANNÉES D'ÉTUDE

- P L A N -

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

METHODES

MATERIEL

- I - AGE
- II - FACTEURS DE RISQUES
  - A) LA MÉNopause
  - B) LA PUBERTÉ
  - C) NULLIPARITÉ - PRIMIPARITÉ - MULTIPARITÉ
  - D) POIDS - OBÉSITÉ
- III - MALADIES ASSOCIÉES ET TRAITEMENTS
  - A) HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET DIABÈTE
  - B) ANTÉCÉDENTS AT AUTRES MALADIES ASSOCIÉES
  - C) TRAITEMENTS MÉDICAUX
  - D) TABLEAU RÉCAPITULATIF
  - C) REMARQUE
- IV - PREMIERS POINTS D'APPEL A L'ELABORATION DU DIAGNOSTIC
- V - BILAN PARA-CLINIQUE ET DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE
  - A) BILAN PARA-CLINIQUE ÉTIOLOGIQUE INITIAL
  - B) PREMIÈRE PREUVE HISTOLOGIQUE DE TUMEUR
  - C) CLASSIFICATION
  - D) BILAN PARA-CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE

- P L A N -  
(SUITE)

- VI - CLASSIFICATION
  - A) RAPPEL
  - B) CLASSIFICATION DE NOS DOSSIERS
  
- VII - TRAITEMENT
  - A) CHIRURGIE
  - B) CURITHÉRAPIE
  - C) RADIOTHÉRAPIE EXTERNE
  - D) HORMONOTHÉRAPIE
  - C) CHIMIOTHÉRAPIE

RESULTATS

- I - TOLERANCE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS
  
- II - EFFICACITE DE LA CURITHERAPIE
  
- III - COMPLICATIONS EVOLUTIVES
  
- IV - SURVIES
  
- V - ETUDE DES DECES ET PERDUES DE VUE
  
- VI - PATIENTES EN REMISSION ET PATIENTES PORTEUSES D'UNE  
PATHOLOGIE EVOLUTIVE

- P L A N -  
(SUITE)

DISCUSSION

- I - MISE AU POINT ET CRITIQUE DES PRECEDENTS CHAPITRES
- II - RESULTATS, COMPARAISON AVEC LES DONNEES  
BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS ANNEXES

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION -

- INTRODUCTION -

Le cancer de l'utérus, chez la femme, est le deuxième cancer gynécologique en fréquence après le cancer du sein et le troisième cancer après les cancers digestifs colorectaux:

Les données statistiques INSERM pour les années 1988 ET 1989 (annexe III) nous donnent pour 1988, 3284 causes de décès par cancer de l'utérus tous ages confondus avec un taux de mortalité de 11,5 pour 100 000 habitants.

Pour 1989, évaluation provisoire, 3179 cas de décès par cancer de l'utérus.

Dans la région Limousin, les statistiques pour l'année 1988, étaient de 53 causes de décès par cancer de l'utérus contre 162 cas de décès par cancer du sein (annexe III).

Le cancer de l'endomètre est un cancer hormonodépendant dans 20 à 40 % des cas (6) pour lequel la panoplie thérapeutique est essentiellement radiochirurgicale dans les stades de début (7); son pronostic s'appuie essentiellement sur le degré de différenciation de la tumeur, l'envahissement du myomètre et des chaînes ganglionnaires (4).

Qu'elles sont les attitudes thérapeutiques du Centre Hospitalier Universitaire de LIMOGES ainsi que leurs résultats pour 125 patientes traitées de 1975 à 1985 ?

M A T E R I E L S

E T

M E T H O D E S

- METHODES -

La méthode de travail adoptée consiste, nous l'avons vu, en une étude rétrospective de 125 dossiers de patientes consécutivement traitées et/ou suivies par le service de radiothérapie du C.H.U. de LIMOGES, de 1975 à 1985, pour néoplasie utérine.

Le choix de ces dates s'explique par le fait que:

1975 correspond à l'année de début d'activité du service de radiothérapie.

1985 arrêter l'étude des dossiers à 1985 nous permettra d'avoir au moins 03 ans de recul au 1er janvier 1988, date choisie pour point de référence à nos taux de survie.

Chaque dossier a été traité à l'aide d'une fiche appelée fiche technique (annexe II), mise au point après lecture de la plupart des articles de bibliographie et notamment après lecture du livre de BOLLA "COUDERC P. - MALINAS Y. et TROUSOS C.": les cancers de l'endomètre (collection de monographie de cancérologie).

Après identification épidémiologique de la population et élimination des sarcomes, carcinomes indifférenciés et carcinomes adénosquameux, nous nous sommes attachés à évaluer l'efficacité et la tolérance de chaque traitement; le taux de survie global et comparatif des différents stades d'adénocarcinomes utérins et des différents protocoles thérapeutiques sans faire abstraction des patientes adressées pour surveillance ou traitement de métastase.

La méthode de calcul des taux de survie est la méthode directe (40)41

Exemple:

Point au 1er janvier 1988

N° DOSSIER	DATE D'ENTREE	AGE	DEVENIR	SURVIE (en mois)	RECU (en mois)
760244	11.08.1976	71 ans	décédée le 08.07.1977	11	48
21077	13.12.1983	82 ans	décédée le 12.03.1985	30	137
36127	29.11.1984	58 ans	vivante	37	37
44957	02.09.1985	60 ans	perdue de vue en septembre 1985	01	01
9710	14.09.1982	61 ans	vivante	63	63
76031	19.10.1976	68 ans	vivante	134	134

.../...

A l'aide d'un tel tableau, nous avons calculé le taux de survie globale de nos 117 patientes, et, sont exclues du calcul, celles qui n'ont pas de recul minimal de X mois (X étant fixé au moment où l'on veut calculer le nombre de survivantes) ainsi que les sujets perdus de vue. Pour chaque pourcentage de survie retrouvé nous avons calculé l'intervalle de confiance au risque de 5% par la méthode de GREENWOOD, la plus couramment employée; les limites inférieures et supérieures de l'intervalle s'expriment par:

$$Si \pm si \times E(x) \sqrt{\frac{d1}{D1(D1-d1)} + \frac{d2}{D2(D2-d2)} + \dots + \frac{di}{Di(Di-di)}}$$
$$E(x) = 1,96 \quad si \quad 1-x = 0,95$$

L'intervalle de confiance est représenté sur chaque courbe par un trait vertical.

Nous nous sommes ensuite attachés à comptabiliser les cas de métastases et récidives ainsi que leur moment de survenue et à étudier les décès, leur moment de survenue et leur cause.

- MATERIEL -

Les données et informations recueillies dans chaque dossier sont les suivantes:

125 patientes ont été adressées dans le service de radiothérapie pour néoplasie utérine anatomopathologiquement prouvée, le recrutement par année est le suivant:

1975	05 cas	1981	06 cas
1976	08 cas	1982	18 cas
1977	06 cas	1983	21 cas
1978	11 cas	1984	20 cas
1979	07 cas	1985	15 cas
	1980	08 cas	

- I - AGE -

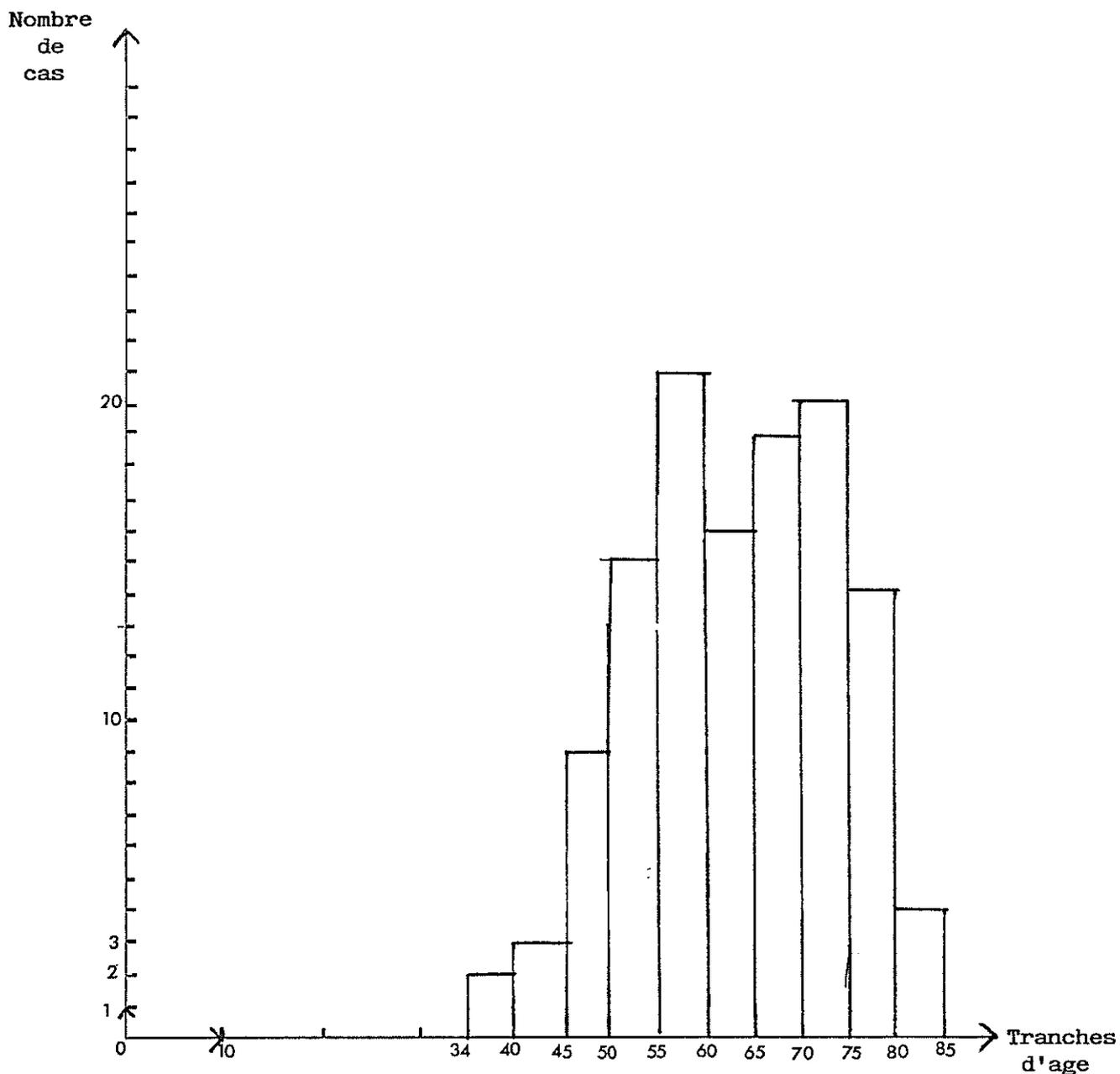
La moyenne d'âge de nos patientes à l'arrivée dans le service est de 63 ans et demi, la patiente la plus jeune a 34 ans, la plus âgée, 82 ans.

AGE	34/40 ans	41/45 ans	46/50 ans	51/55 ans	56/60 ans	61/65 ans	66/70 ans	71/76 ans	76/80 ans	81/85 ans	<u>TOTAL</u>
Nombre de cas	02	03	11	15	21	16	19	20	14	04	125
% pour 125 patientes	1,6	2,4	8,8	12,6	16,8	12,8	15,2	16	11,2	3,2	100%

Tableau I: Distribution des patientes par tranche d'âge.

A partir de ce tableau nous pouvons faire le diagramme suivant:

.../...



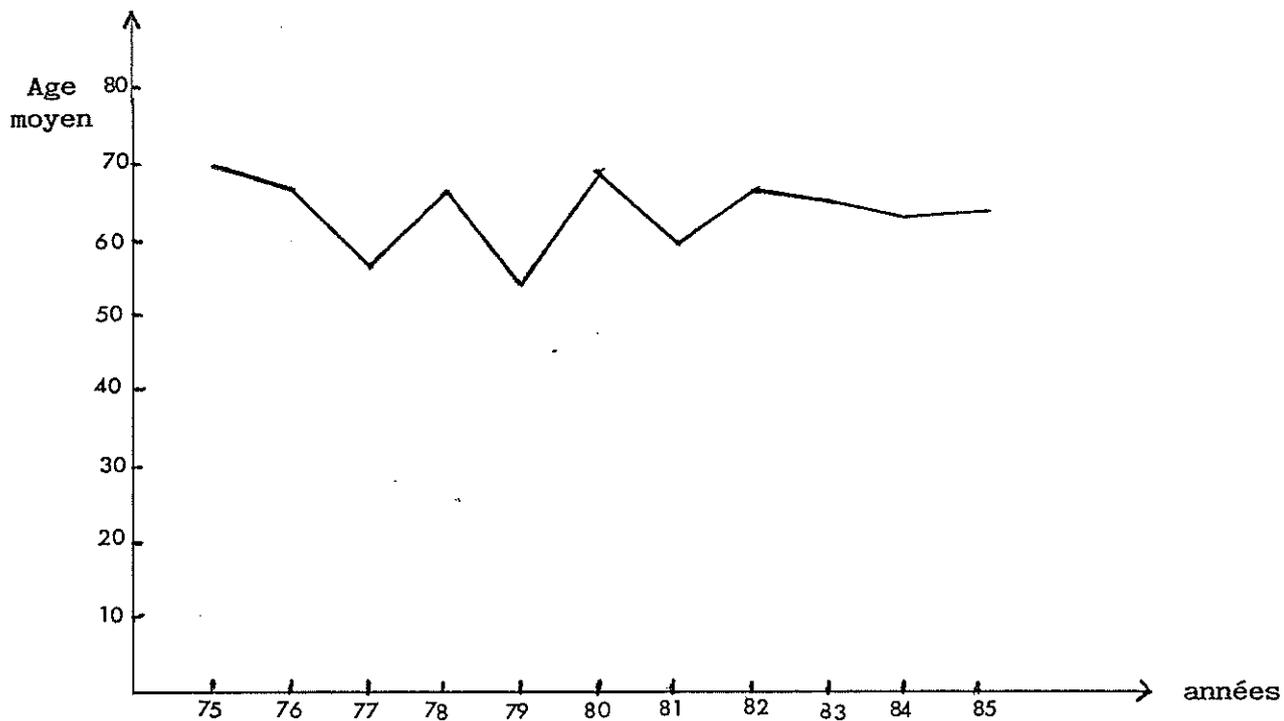
(Fig. 1): Diagramme de distribution des patientes par tranche d'age

La moyenne d'age par année est la suivante:

ANNEE	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
AGE MOYEN	68,6	67,9	55,8	61,2	54,1	63,8	60	66,2	65,4	63	63,6

Il existe un rajeunissement de notre population à partir de 1977, ce rajeunissement s'estompe ensuite pour se stabiliser autour de 64 ans.

.../...



(Fig. 2): Diagramme de la moyenne d'age par année

- II - FACTEURS DE RISQUE -

a) - la ménopause

Cette étude n'a concerné que 124 dossiers, en effet, une patiente (dossier n° 27950) a subi une radiothérapie abdominale et pelvienne à l'age de 36 ans entrainant une ménopause non considérée comme physiologique.

Nous constatons que:

- . 101 patientes sont ménoposées au moment de la confirmation du diagnostic de néoplasie utérine.
- . 23 patientes ne le sont pas.

Parmi les 101 patientes ménoposées, on ne retrouve l'age de survenue de cette ménopause que dans 82 cas.

101 patientes ménoposées soit 81,46% des cas

23 patientes non ménoposées soit 19,25% des cas.

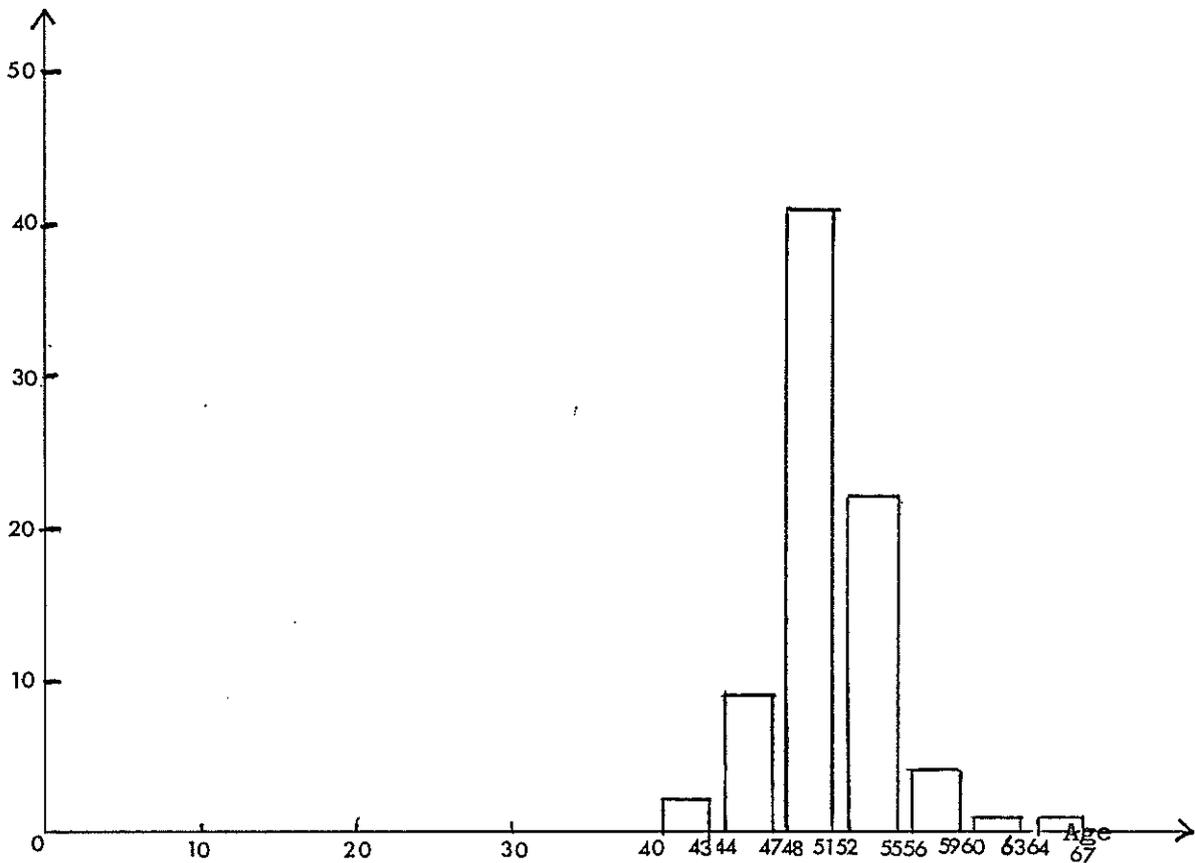
La distribution des cas ménopausés selon les tranches d'age se fait ainsi:

TRANCHES D'AGE	40/43	44/47	48/51	52/55	56/59	60/63	64/67	
NOMBRE DE CAS MENOPAUSES	02	09	41	24	04	01	01	82
% SUR 82 CAS (age connu)	2,43	10,97	50	29,26	4,87	1,21	1,21	100

Tableau II: Nombre de cas de ménopause par tranche d'age.

Nous avons d'autre part compter 22 cas de ménopause à l'age de 50 ans parmi nos patientes, ce qui est le nombre de cas le plus important, si nous considérons la distribution des cas ménopausés année d'age par année d'age.

Nbre de cas ménopausés



(Fig. 3): Distribution des cas ménopausés par tranche d'age.

## b) - La puberté

On ne retrouve l'âge de la puberté que dans 62 dossiers. On constate que la moyenne d'âge de survenue de la puberté est de 13 ans avec un pic de fréquence à 12 ans: 21 cas.

On ne dénombre aucun cas de puberté précoce et un seulement un cas de puberté après 16 ans.

Les 62 dossiers concernés se distribuent ainsi:

AGE DE LA PUBERTE	10	11	12	13	14	15	16	17	
NOMBRE DE CAS	02	05	21	15	11	04	03	01	62

Tableau III: nombre de patientes pubaires selon l'âge.

## c) - Nulliparite - primiparité - multiparité

Le nombre de grossesses est connu pour 103 patientes; 02 patientes ont fait chacune un avortement spontané, 20 dossiers ne mentionnent pas cette donnée.

On dénombre au total 219 grossesses, soit en moyenne, 02 grossesses par patiente.

Parmi les 103 patientes concernées:

17 sont nullipares, soit 16,5 % des cas concernés  
 29 sont primipares, soit 28,15 %  
 25 sont deuxième pares, soit 24,27 %  
 18 sont troisième pares, soit 17,47 %  
 14 sont quatrième pares, soit 13,59 %.

09 accouchements ont été pratiqués par césarienne.

## d) - Poids - obésité

107 dossiers permettent de retrouver le poids et la taille des patientes lors de leur arrivée dans le service; parmi elles, 37 patientes font l'objet d'une surcharge pondérale par rapport aux normes retrouvées sur les courbes d'évaluation poids taille.

Ces 37 patientes représentent 34,57 % des 107 dossiers exploitables.

III - MALADIES ASSOCIEES ET TRAITEMENTS -

## a) - Hypertension artérielle et diabète

Parmi nos 125 patientes:

16 sont porteuses d'un diabète non insulino-dépendant,  
 41 sont porteuses d'une HTA.

.../...

Les 16 cas de diabète sont tous en rapport avec une surcharge pondérale et 12 cas sont aussi hypertendus.

Cela nous donne:        12,8 % des cas sont diabétiques  
                              32,8 % des cas sont hypertendus  
                              09,6 % des cas sont diabétiques et hypertendus.

**b) - Antécédents et autres maladies associées**

On retrouve parmi nos 125 dossiers:

sur le plan médical:

- . 16 cas d'insuffisance circulatoire veineuse, soit 12,8 % de la population étudiée.
- . 07 cas d'insuffisance coronarienne, soit 5,6 %
- . 03 cas d'intoxication alcoolotabagique, soit 2,4 %.
- . 04 cas d'hypercholesterolémie, soit 3,2 % de la population concernée.
- . 03 cas d'hyperthyroïdie, soit 2,4 % (dont 01 patiente opérée pour goitre multinodulaire).
- . 01 d'ovarite ourlienne, soit 0,8 %

sur le plan chirurgical:

- . 06 cas de prolapsus vaginal, soit 4,8 % (03 ont été opérées, 03 traitées par pessaire).
- . 09 cas de curetages biopsiques utérins (pour métrorragies ou polypes, anatomopathologie négative), soit 7,2 %.
- . 07 cas de polypes utérins, soit 5,6 % (04 ont été électrocoagulés, 01 cureté).
- . 03 cas de kystes ovariens, soit 2,4 % (02 ont été opérés).
- . 05 cas de fibromes utérins, soit 4 %
- . 04 cas de cholecystectomie, soit 3,2 %
- . 04 cas de nodules bénins mammaires, soit 3,2 %.

**c) - traitements médicaux**

Les traitements médicaux les plus fréquemment rencontrés sont :

- . des traitements antihypertenseurs:  
11 cas, soit 8,8 % des patientes

.../...

- . untraitement hormonal:  
07 cas, soit 5,6 % des patientes.

- 02 patientes traitées par oestrogènes naturels  
(EQUIGYNE - Lab. MERRELL)
- 02 patientes traitées par noréthistérone  
(NORLUTEN - SMITH KLINE & French)
- 01 patiente traitée par drostanolone  
(PERMASTRIL - Lab. CASSENNE)
- 01 patiente traitée par progestérone  
(UTROGESTRAN - Lab. BESINSISCOVESCO)
- 01 patiente traitée par contraceptif oestroprogestatif.

4) tableau récapitulatif (tableau IV, Page 11)

e) remarque

Un facteur de risque n'a pas été évoqué dans cette enquête épidémiologique: les oestrogènes

. Oestrogènes endogènes:

On ne retrouve dans notre étude aucun cas d'hyperoestrogénie due, par exemple, à une maladie de Stein Leventhal.

Nous ne dénombrons que 03 cas de pathologie ovarienne appelés "kystes" par nos patientes sans véritable diagnostic étiologique et anatomopathologique.

Les seuls éléments pouvant nous orienter vers une association:

"Tumeur de l'utérus et exposition aux oestrogènes" sont:

- . Une exposition prolongée de la muqueuse utérine aux oestrogènes chez les femmes ménopausées après l'âge de 50 ans, soit 37 cas en ce qui nous concerne, ou, 36,63 % des 101 patientes ménopausées.
- . Une puberté précoce (soit inférieure à 08 ans).

Nous n'en dénombrons aucun cas.

- . La présence simultanée d'obésité et ménopause, soit 28 cas dans notre enquête (27,72 % de la population étudiée). Dans cette hypothèse, nous tenons compte du fait que plusieurs auteurs dont CANANOG A. - SALL S. - GORDON G.G. et SOUTHER A.L. ont démontré l'augmentation d'oestrone suite à une augmentation de conversion périphérique de l'androstène dione surrénalienne en oestrone chez les patientes ménaopausées obèses et porteuses d'une tumeur de l'utérus (12).

AGE	Age moyen: 63,5 ans sur 125 dossiers			51 à 55 ans	15 cas	12 %	
				56 à 60 ans	21 cas	16,8 %	
				61 à 65 ans	16 cas	12,8 %	
				66 à 70 ans	19 cas	15,2 %	
				71 à 86 ans	20 cas	16 %	
AGE DE LA MENOPAUSE	Age moyen: 50,7 ans sur 82 dossiers			44 à 47 ans	09 cas	10,97 %	
				48 à 51 ans	41 cas	50 %	
				52 à 55 ans	24 cas	29,26 %	
				56 ans	04 cas	04,87 %	
AGE DE LA PUBERTE	Age moyen: 13 ans sur 62 dossiers			12 ans	21 cas	33,87 %	
				13 ans	15 cas	24,19 %	
				14 ans	11 cas	17,74 %	
NOMBRE DE GROSSESSES	Nombre moyen de grossesses par patiente: 02 sur 103 dossiers			nullipares	17 cas	16,5 %	
				primipares	29 cas	28,15 %	
				2 pares	25 cas	24,27 %	
				3 pares	18 cas	17,47 %	
				4 pares	14 cas	13,59 %	
POIDS OBESITE	sur 107 dossiers			37 surcharges pondérales 34,57 %			
DIABETE HTA	DIABETE sur 125 dossiers	16 cas	12,8 %	HTA 41 cas	32,8 %	DIABETE + HTA 12 cas	9,6 %
AUTRES MALADIES ASSOCIEES ANTECEDENTS	insuf- fisance circu- latoire veineuse	insuf- fisance corona- rienne	curetage biopsique antérieur	polypes utérins	fibromes utérins	traitement hormonal	prolapsus vaginale
	16 cas	07 cas	09 cas	07 cas	05 cas	07 cas	06 cas
	12,8 %	5,6 %	7,2 %	5,6 %	4 %	5,6 %	4,8 %

Tableau IV: tableau récapitulatif des premiers critères épidémiologiques

- Oestrogènes exogènes:

- . Prise d'oestroprogestatifs, 01 cas, mais nous n'avons pas la durée du traitement.
- . Prise d'oestrogènes, 02 cas, traités par oestrogènes naturels (EQUYGYNE - Lab. MERRELL); là aussi, la durée du traitement est inconnue.

- IV - PREMIERS POINTS D'APPEL A L'ELABORATION DU DIAGNOSTIC -

Dans l'histoire de la maladie de nos patientes, le premier signe clinique évocateur noté par le médecin recueillant ces informations est variable:

Nous constatons ainsi que:

- . Le symptôme le plus fréquemment retrouvé est une métrorragie:
  - 92 patientes ont présenté de tels épisodes, soit 73,6 % de notre population.
  - 04 autres patientes évoquent des ménométrorragies, soit 3,2 % de la population.
  - 01 patiente, une hypermenorrhée, soit 0,8 % des dossiers.

Parmi les 92 patientes ayant présenté des épisodes de métrorragie, 78 étaient ménopausées, soit 62,4 % de la population étudiée et 84,78 % des 92 patientes concernées.

- . D'autres symptômes sont retrouvés avec une moindre importance:
  - douleurs abdominales: 09 cas, soit 7,2 % des dossiers;
  - incontinence urinaire: 03 cas, soit 2,4 %;
  - pyorrhée: 01 cas, soit 0,8 %;
  - hémorragie: 01 cas, soit 0,8 %;
  - altération de l'état général: 01 cas, soit 0,8 %;
  - palpation d'une masse abdominale: 03 cas, soit 2,4 %;
  - troubles neurologiques: polyradiculonévrite paranéoplasique: 01 cas, soit 0,8 %.
- . Enfin chez quelques patientes, le point de départ de leur histoire est:
  - chute d'un pessaire sur prolapsus irréductible: 01 cas, soit 0,8 %;
  - bilan d'un polype accouché par le col: 02 cas, soit 1,6 %;
  - bilan d'un fibrome saignant: 01 cas, soit 0,8 %;
  - bilan d'un prolapsus utérin: 03 cas, soit 2,4 %;
  - bilan d'un phlébite: 01 cas, soit 0,8 %;
  - cholecystectomie découvrant une métastase d'un adénocarcinome: 01 cas, soit 0,8 %

(Cf tableau V)

.../...

L'intervalle de temps entre la survenue du premier signe clinique et la pratique du bilan étiologique est variable:

- l'intervalle de temps le plus long est de 05 ans, et, ceci pour 02 patientes, soit 1,6 % de la population étudiée;
- l'intervalle de temps le plus court est de quelques jours dans 47,2 % des cas, soit 52 patientes;
- les autres se distribuent ainsi:

<u>intervalle de temps</u>	<u>nombre de cas</u>	<u>pourcentage</u>
04 ans	01	0,8 %
03 ans	02	1,6 %
02 ans	08	6,4 %
01 an 1/2	01	0,8 %
01 an	13	10,4 %
08 mois	01	0,8 %
06 mois	03	2,4 %
04 mois	02	1,6 %
03 mois	04	3,2 %
02 mois	09	7,2 %
01 mois	15	12 %

On note que:

- . Dans 74 cas, l'examen pratiqué est une hystérogaphie et toutes ont montré des images pathologiques: lacunes, amputations d'un bord, d'une trompe...
- . 06 biopsies de l'exocol et endocol ont été pratiquées et ont retrouvé des cellules tumorales dans 05 cas.
- . 05 frottis ont tous retrouvés des anomalies cellulaires.
- . 04 hystéroscopies.
- . 03 curetages biopsiques.
- . 06 échographies abdominopelviennes.
- . 03 urographies intra-veineuses.
- . 01 laparoscopie.
- . 01 radio du bassin.
- . Dans 22 cas, on ne retrouve pas trace dans le dossier de bilan para-clinique initial, il s'agit de patientes ayant été, pour la plupart, opérées dans un autre centre hospitalier et ne venant dans le service que pour un traitement post-opératoire ou une surveillance.

.../...

- V - BILAN PARA-CLINIQUE ET DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE -

PREMIER SIGNE CLINIQUE ET POINT DE DEPART DE LA MALADIE	NOMBRE DE CAS	% SUR 125
Métrorragie dont 78 patientes ménopausées soit 62,4 % des 125 patientes	92	73,6
Méno-métrorragie	04	3,2
Hyperménorrhée	01	0,8
Douleurs abdominales	09	7,2
Incontinence urinaire	03	2,4
Palpation d'une masse abdominale	03	2,4
Bilan d'un prolapsus utérin	03	2,4
Bilan d'un polype accouché par le col	02	1,6
Pyorrhée	01	0,8
Hémorragie	01	0,8
Altération de l'état général et anémie	01	0,8
Troubles neurologiques: polyradiculonévrite	01	0,8
Chute de pessaire sur prolapsus irréductible	01	0,8
Bilan d'un fibrome saignant	01	0,8
Bilan d'une phlébite	01	0,8
Cholecystectomie: métastase	01	0,8
	125	100 %

Tableau V: tableau récapitulatif des premiers signes cliniques notés  
dans les différents dossiers.

a) - bilan para-clinique étiologique initial

Suite à la symptomatologie initiale, différents examens para-cliniques ont été pratiqués dans un but étiologique:

on note que:

- . Dans 74 cas, l'examen pratiqué est une hystérogaphie et toutes ont montré des images pathologiques: lacunes, amputation d'un bord, d'une trompe...

.../...

- . 06 biopsies de l'exocol et endocol ont été pratiquées et ont retrouvé des cellules tumorales dans 05 cas.
- . 05 frottis ont tous retrouvé des anomalies cellulaires
- . 04 hystérosopies
- . 03 curetages biopsiques
- . 06 échographies abdominopelviennes
- . 03 urographies intra veineuses
- . 01 laparoscopie
- . 01 radio du bassin.

Dans 22 cas, on ne retrouve pas trace dans le dossier de bilan paraclinique initial, il s'agit de patientes ayant été pour la plupart opérées dans un autre centre hospitalier et ne venant dans le service que pour un traitement post-opératoire ou une surveillance.

#### b) - première preuve histologique de tumeur

Nous avons noté, pour chaque patiente, quel avait été l'examen para-clinique ou l'intervention ayant conduit au diagnostic anatomopathologique de tumeur du corps de l'utérus.

La première confirmation histologique de tumeur a été retrouvée dans:

- . 67,2 % des cas sur curetage biopsique, soit chez 84 patientes.
- . 20 % des cas sur pièces opératoires après hystérectomie, soit chez 25 patientes.
- . 5,6 % des cas sur frottis, soit chez 07 patientes.
- . 4 % des cas sur biopsies exocol endocol, soit chez 05 patientes.
- . 1,6 % des cas sur biopsies pratiquées au cours d'hystérosopies, soit chez 02 patientes.
- . 0,8 % des cas sur prélèvement ganglionnaire inguinal, soit chez 01 patiente.
- . 0,8 % des cas sur pièce de cholécystectomie métastasée, soit chez 01 patiente.

#### c) classification

On retrouve:

- . 117 patientes atteintes d'un adénocarcinome du corps de l'utérus.
- . 01 patiente atteinte d'un carcinome indifférencié.

.../...

. 01 patiente atteinte d'un carcinome adénosquameux.

soit, au total, 119 carcinomes.

. 06 sarcomes dont: 05 leiomyosarcomes  
01 mulléroblastome.

Les adénocarcinomes sont classables selon leur degré de différenciation, on comptabilise:

- . 84 adénocarcinomes bien différenciés,
- . 17 adénocarcinomes moyennement différenciés,
- . 13 adénocarcinomes peu différenciés.

Pour 03 patientes, la différenciation n'a pu être retrouvée, ces 03 patientes ayant été hystérectomisées dans d'autres centres hospitaliers et le compte rendu anatomopathologique retrouvé était incomplet.

C A R C I N O M E S	A D E N O C A R C I N O M E S	Adénocarcinome bien différencié	84 cas	67,2 %
		Adénocarcinome moyennement différencié	17 cas	13,6 %
		Adénocarcinome peu différencié	13 cas	10,4 %
		Adénocarcinome différenciation non précisée	03 cas	2,4 %
	Carcinome adénosquameux		01 cas	0,8 %
	Carcinome indifférencié		01 cas	0,8 %
S A R C O M E S	Léomyosarcome		05 cas	4 %
	Mulléroblastome		01 cas	0,8 %
			125 cas	100 %

Tableau VI: différents diagnostics anatomopathologiques retrouvés chez nos 125 patientes.

A partir de ce chapitre et jusqu'à la fin de ce travail, nous ne considérerons plus que les adénocarcinomes du corps utérin, soit 117 dossiers.

c) - Bilan para-clinique complémentaire

Le bilan para-clinique ou bilan d'extention pratiqué chez nos 117 patientes dorénavant concernées est plus ou moins variable et dépend pour beaucoup de l'examen clinique de chacune des patientes.

.../...

Si on considère que le bilan d'extension type devrait comprendre:

- une hystérographie,
- une cystoscopie,
- une rectoscopie,
- une urographie intraveineuse,
- un lavement baryté
- une lymphographie,
- une radio pulmonaire.

Seules: 25 patientes ont subi un tel bilan,  
22 patientes ont subi ce bilan sans lymphographie,  
09 patientes ont subi une hystérographie et une radio pulmonaire  
07 patientes ont subi une hystérographie,  
une radio pulmonaire,  
une urographie intra-veineuse,  
08 patientes n'ont subi qu'une radio pulmonaire.

Les autres patientes ont subi différents bilans d'extension variables selon l'examen clinique.

Un récapitulatif permet de constater que:

81 patientes ont subi une hystérographie,  
69 patientes ont subi une cystographie,  
58 patientes ont subi une rectoscopie,  
90 patientes ont subi une urographie intra-veineuse,  
53 patientes ont subi un lavement baryté,  
34 patientes ont subi une lymphographie,  
20 patientes ont subi une échographie pelvienne,  
08 patientes ont subi une seintigraphie osseuse,  
05 patientes ont subi une coloscopie,  
03 patientes ont subi une tomодensitométrie abdominale,  
03 patientes ont subi une coeïloscopie,  
02 patientes ont subi une seintigraphie hépatique.

## - VI - CLASSIFICATION -

Nos 117 patientes peuvent être classées selon deux types de classifications tenant compte essentiellement des données cliniques; il s'agit des classifications TNM et FIGO.

a) - rappel

### Classification FIGO

La classification employée actuellement date de 1971.

Stade 0: carcinome in situ, aspects histologiques suspects de malignité.

Stade I: carcinome limité au corps utérin  
. Stade Ia: la hauteur de la cavité utérine est de 08 cm ou moins;  
. Stade Ib: la hauteur de la cavité utérine est supérieure à 08 cm.

Stade II: carcinome ayant envahi le caps et le corps.

.../...

Stade III: carcinome étendu hors de l'utérus mais pas hors du pelvis.

Stade IV: carcinome étendu hors du pelvis ou ayant infiltré la muqueuse de la vessie ou du rectum,  
(un oedème bulleux vésical ne doit pas être classé stade IV).

Stade IVa: extension aux organes pelviens adjacents.

Stade IVb: extension à distance.

Chaque stade est sous groupé selon les caractéristiques anatomo-pathologiques suivantes:

- G1 : carcinome très différencié,
- G2 : carcinome moyennement différencié,
- G3 : carcinome peu ou pas différencié.

#### Classification TNM

La dernière classification date de 1972.

**T** = tumeur

T1s: carcinome in situ.

T1a: carcinome limité au corps: la hauteur de la cavité utérine est de 08 cm ou moins.

T1b: carcinome limité au corps: la hauteur de la cavité utérine est supérieure à 08 cm.

T2 : carcinome étendu au col mais pas au-delà de l'utérus.

T3 : carcinome étendu au-delà de l'utérus, le vagin compris mais non au-delà du pelvis.

T4 : carcinome étendu à la muqueuse de la vessie ou du rectum et/ou s'étendant au-delà du pelvis;

T4a: carcinome envahissant la vessie ou le rectum avec preuve histologique.

T4b: carcinome s'étendant à distance à d'autres organes.

TX : la tumeur ne peut être classée.

**N** = adénopathies

NX : il est impossible d'apprécier l'état des ganglions pelviens.

N0 : pas d'envahissement des ganglions régionaux.

N1 : envahissement des ganglions régionaux.

**M** = métastases à distance

MX : il n'est pas possible d'apprécier l'existence de métastases à distance.

M0 : pas de signes cliniques de métastases à distance.

M1 : métastases à distance.

.../...

b) classification de nos dossiers

Il nous faut considérer que 25 dossiers ont d'emblé été classés par la classification TNM post-chirurgicale: le diagnostic ayant été posé par l'hystérectomie; donc pour ces 25 dossiers aucune modification dans le classement n'interviendra lors de la révision de notre classification après étude de l'acte chirurgical, il en sera de même pour les dossiers récusés par la chirurgie.

Classification FIGO de nos patientes

<u>Stade I:</u>	Ia : 43 patientes, soit 36,75 % des cas. Ib : 45 patientes, soit 38,46 % des cas.
<u>Stade II:</u>	19 patientes, soit 16,23 % des cas.
<u>Stade III:</u>	07 patientes, soit 5,98 % des cas.
<u>Stade IV:</u>	IVa : 00 patientes. IVb : 02 patientes, soit 1,7 % des cas.
<u>Inclassables:</u>	01 patiente, soit 0,85 % des cas.

Classification et grade histologique

<u>Stade I:</u>	Ia	G1: 32 cas, soit 27,35 % G2: 06 cas, soit 5,12 % G3: 05 cas, soit 4,27 %
	Ib	G1: 29 cas, soit 24,78 % G2: 09 cas, soit 7,69 % G3: 06 cas, soit 5,12 % G?: 01 cas, soit 0,85 %.
<u>Stade II:</u>	G1:	16 cas, soit 13,67 %
	G2:	02 cas, soit 1,70 %
	G3:	01 cas, soit 0,85 %
<u>Stade III:</u>	G1:	04 cas, soit 3,41 %
	G2:	00 cas, soit 0 %
	G3:	01 cas, soit 0,85 %
	G?:	02 cas, soit 1,70 %
<u>Stade IV:</u>	G1:	02 cas, soit 1,70%
<u>Inclassable:</u>	TX G1:	01 cas, soit 0,85 %

G? : Les 03 dossiers correspondent aux 03 dossiers pour lesquels le degré de différenciation est inconnu

Classification TNM

<u>T1 :</u>	<u>T1a:</u>	T1a NX MX : 02 dossiers T1a NX MO : 25 dossiers T1a NO MO : 12 dossiers T1a N1 MO : 04 dossiers	43 dossiers
	<u>T1b:</u>	T1b NX MX : 01 dossier T1b NX MO : 33 dossiers T1b NO MO : 09 dossiers T1b N1 MO : 02 dossiers	45 dossiers

.../...

<u>T2:</u>	T2 NX MX : 01 dossier	
	T2 NX MO : 12 dossiers	19 dossiers
	T2 NO MO : 05 dossiers	
	T2 NX M1 : 01 dossier	
<u>T3</u>	T3 NX MX : 04 dossiers	
	T3 NX MO : 02 dossiers	07 dossiers
	T3 NX M1 : 01 dossier	
<u>T4</u>	T4b NX MX: 02 dossiers	
<u>TX</u>	TX NX MX : 01 dossier	
<u>soit:</u>	88 cas classés T1, soit 75,21 % des cas	
	19 cas classés T2, soit 16,23 % des cas	
	07 cas classés T3, soit 5,98 % des cas	
	02 cas classés T4, soit 1,70 % des cas	
	01 cas classé TX, soit 0,85 % des cas.	

-- VII - TRAITEMENT --

Différents protocoles thérapeutiques ont été pratiqués chez nos 117 patientes:

81 patientes ont été adressées pour avis thérapeutique pré-chirurgiccal, parmi elles:

- 64 patientes ont subi une curithérapie pré-opératoire, ces 64 patientes se partagent ensuite ainsi:
- 54 patientes ont subi une curithérapie pré-opératoire suivie d'une intervention.
- 10 patientes ont subi une curithérapie pré-opératoire puis une intervention puis une radiothérapie externe post-opératoire.
- 01 patiente a subi une radiothérapie externe pré-opératoire suivie d'une intervention et d'une curithérapie post-opératoire.
- 05 patientes ont subi une curithérapie pré-opératoire puis la chirurgie n'a pas été pratiquée pour diverses raisons traitées plus loin, elles ont subi ensuite une radiothérapie externe.
- 03 patientes ont subi une curithérapie pré-opératoire non suivi de l'acte chirurgical pour diverses raisons traitées plus loin.
- 08 patientes ont subi une radiothérapie externe seule.

27 patientes ont été adressées pour avis thérapeutique post-opératoire, parmi elles:

- 06 patientes ont subi une radiothérapie externe post-opératoire.
- 12 patientes ont subi une curithérapie post-opératoire.
- 09 patientes ont subi une radiothérapie externe post-opératoire suivie d'une curithérapie.

.../...

02 patientes ont été adressées pour surveillance après des traitements pratiqués dans deux autres centres anti-cancéreux:

- 01 patiente a été opérée et n'a subi aucun traitement complémentaire.
- 01 patiente a subi une curithérapie pré-opératoire suivie d'une intervention chirurgicale.

07 patientes ont été adressées pour traitement de métastases ou récidives:

- 01 patiente non opérée a été adressée pour métastase osseuse, elle a subi une radiothérapie externe et une hormonothérapie.
- 02 patientes (opérées précédemment) ont été adressées pour récidive vaginale:
  - . une a subi une chimiothérapie,
  - . l'autre a subi une hormonothérapie externe.
- 01 patiente (opérée) a été adressée pour métastase hépatique, elle a subi une radiothérapie externe et une chimiothérapie.
- 01 patiente (opérée) a été adressée pour métastase ganglionnaire, elle a subi une chimiothérapie et une hormonothérapie.
- 01 patiente (opérée et radiothérapie) a été adressée pour métastase hépatique et épiploïque, elle a subi une chimiothérapie.
- 01 patiente (opérée) a été adressée pour métastase pulmonaire, elle a subi une métastasectomie suivie d'une radiothérapie externe sur une autre récidive pelvienne.

#### VOYONS EN DETAIL LES DIFFERENTS ACTES THERAPEUTIQUES

##### a) - chirurgie:

##### Inopérabilité

Parmi nos 117 patientes, 17 n'ont pas subi d'intervention chirurgicale, soit 14,52 % des cas.

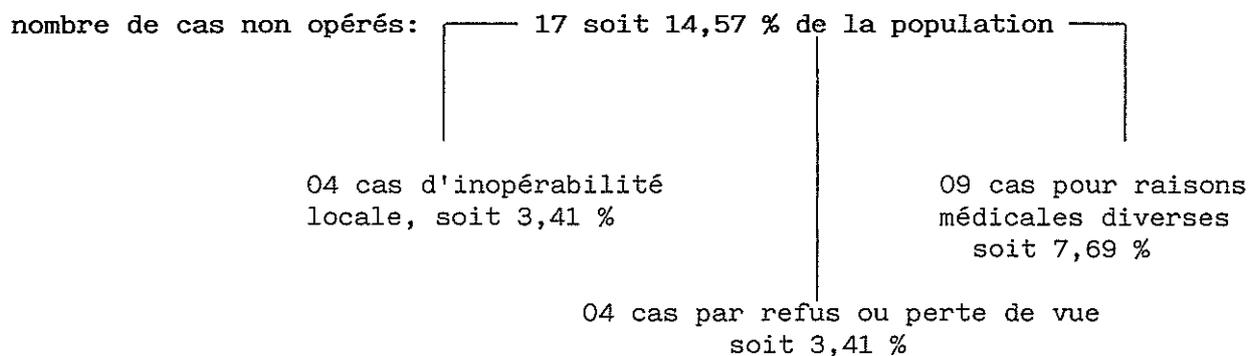
Parmi elles:

- 02 patientes ont refusé l'acte chirurgical:
  - une après radiothérapie externe,
  - l'autre après curithérapie pré-opératoire.
- 02 patientes ont été perdues de vue entre la curithérapie pré-opératoire subie et l'acte chirurgical.  
(à noter que seule la première patiente énumérée sera revue en consultation dans un deuxième temps.
- Les 13 patientes restantes ont été récusées pour l'acte chirurgical pour diverses raisons:

.../...

- . 01 patiente récusée pour inopérabilité locale (masse tumorale trop importante et métastase osseuse à distance).
- . 03 patientes récusées pour inopérabilité locale (masse tumorale pelvienne trop importante).
- . 04 patientes ont été récusées pour l'age,
  - age 78 ans: 01 patiente
  - age 81 ans: 01 patiente
  - age 82 ans: 02 patientes.
- . 01 patiente récusée pour diabète et hypertension artérielle non équilibrées
- . 02 patientes récusées pour altération de l'état général trop importante.
- . 01 patiente récusée pour trouble du rythme cardiaque.
- . 01 patiente récusée pour embolie pulmonaire récente.

Au total: Nombre de cas non opérés:



Le taux d'inopérabilité est donc de 11,11 %

#### Méthodes chirurgicales pratiquées

On dénombre:

- . 75 cas d'hystérectomie avec annexectomie et curage ganglionnaire, soit 75 % des cas opérés.
- . 23 cas dhystérectomie avec annexectomie sans curetage, soit 23 % des cas opérés.

#### Classification TNM post-opératoire

Pour cette classification post-opératoire, nous nous sommes servi de la modification de la classification TNM par les données du staging chirurgical pour le carcinome de l'endomètre d'après BORONOW 1980.

c TNM: TNM clinique

p TNM: TNM post-opératoire.

CTNM	PTNM
<p>T = tumeur</p> <p>T1, 1a, 1b, 2, 3, 4a, 4b.</p> <p>. Envahissement ganglionnaire N:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NX: Il n'est pas possible d'apprécier l'état des ganglions pelviens.</li> <li>- NO: Pas de déformation des ganglions régionaux après emploi des différentes méthodes diagnostiques.</li> <li>- N1: Ganglions pelviens se révélant déformés grâce aux différentes méthodes diagnostiques.</li> <li>- N2: Ganglions para-aortiques se révélant déformés grâce aux différentes méthodes diagnostiques.</li> </ul> <p>. Métastases à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MX: Pas de précision.</li> <li>- MO: Pas de métastases à distance</li> <li>- M1: Métastase à distance</li> </ul>	<p>. Grade (déjà prévu par CTNM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G1 : bien différencié</li> <li>- G2 : moyennement différencié</li> <li>- G3 : peu différencié.</li> </ul> <p>. Envahissement du myomètre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IO : pas d'envahissement</li> <li>- I1 : envahissement inf. ou égal 1/3</li> <li>- I2 : envahissement inf. ou égal 1/2</li> <li>- I3 : envahissement égal ou sup. 2/3</li> </ul> <p>. Envahissement ganglionnaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NO: Ganglions non envahis histologiquement.</li> <li>- N1: Envahissement des ganglions pelviens infra-cliniques.</li> <li>- N2: Envahissement massif des ganglions pelviens.</li> <li>- N3: Métastases ganglionnaires lombo-aortiques infra-clinique</li> <li>- N4: Métastases ganglionnaires lombo-aortiques massives.</li> </ul> <p>. Métastases à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MO: Pas de métastases.</li> <li>- M1: Cytologie du lavage positive</li> <li>- M2: Extension aux annexes</li> <li>- M3: Extension péritonéale</li> <li>- M4: Extension épiploïque</li> <li>- M5: autres métastases</li> </ul>

Classification TNM après staging opératoire  
selon BORONOW 1980 (tableau VII)

. 02 cas dont le type chirurgical n'est pas connu, soit 2 % des opérées.

Parmi les compte rendus histologiques des interventions avec curage ganglionnaire, 22 d'entre eux ne mentionnent pas le nombre des ganglions explorés.

Les comptes rendus histologiques des pièces opératoires retrouvent un adénocarcinome dans 73 % des cas.

Rappelons que 65 patientes ont subi, avant intervention, une curithérapie pré-opératoire.

.../...

Rappel du staging post-opératoire et classification TNM (tableau VII)

En ce qui nous concerne, la modification post-opératoire de N - M et T nous donne:

Modification des N:

<u>N clinique</u>		<u>N post-opératoire</u>		
NX	devenu	NO	:	45 cas, soit 45 %
NX	devenu	N1	:	02 cas, soit 2 %
NX	restant	NX	:	22 cas, soit 22 %
NO	devenu	N1	:	02 cas, soit 2 %
NO	restant	NO	:	25 cas, soit 25 %
N1	devenu	NO	:	04 cas, soit 4 %

Modification post-opératoire des M:

MX	restant	MX	:	03 cas, soit 3 %
MX	devenant	MO	:	01 cas, soit 1 %
MO	restant	MO	:	88 cas, soit 88 %
MO	devenant	M2	:	06 cas, soit 6 %
M1	devenant	M2	:	02 cas, soit 2 %

Modification des T post-opératoires:

T1a	devenant	T1b	:	05 cas, soit 5 %
T1b	devenant	T2	:	03 cas, soit 3 %

Classification des 117 patientes selon pTNM et par stade:

T1	T1a NX MX :	01 cas	T1: 85 cas, soit 72,64 % des 117 patientes
	T1a NX MO :	05 cas	
	T1a NO M2 :	02 cas	
	T1a NO MO :	30 cas	
	T1b NX MX :	01 cas	
	T1b NX MO :	11 cas	
	T1b NO MO :	30 cas	
	T1b NO M2 :	02 cas	
	T1b N1 MO :	03 cas	
T2	T2 NX MX :	01 cas	T2: 22 cas, soit 18,80 % des 117 patientes
	T2 NX MO :	08 cas	
	T2 NX M2 :	01 cas	
	T2 NO MO :	09 cas	
	T2 NO M2 :	01 cas	
	T2 N1 M2 :	02 cas.	
T3	T3 NX MX :	04 cas	T3: 07 cas, soit 5,98 % des 117 patientes
	T3 NX MO :	02 cas	
	T3 NO M2 :	01 cas	
T4	T4b NX MX :	02 cas	soit 1,70 % des 117 patientes
TX	TX NX MX :	01 cas	soit 0,85 % des 117 patientes
<u>Stade I:</u>	1a	37 cas	79 cas, soit 67,52 % des des 117 patientes.
	1b	42 cas	
<u>Stade II:</u>		20 cas	soit 17,09 %

.../...

<u>Stade III:</u>	16 cas	soit 12,82 %
<u>Stade IV:</u>	03 cas	soit 2,86 %.

Par rapport à la classification FIGO vue précédemment, on note une nette augmentation des stades III qui passent de 07 à 15 cas; ceci vient du fait qu'une infiltration des trompes classées M2 en pTNM est un stade III post-chirurgical, or, comme l'ont montré FRICK et COLL (4), cette classification conduit à de meilleurs résultats sur l'évaluation des temps de survie. Donc dans notre travail et pour le calcul de certains résultats nous tiendrons compte uniquement de la classification FIGO, de départ.

Classification selon l'atteinte du myomètre

Terminologie employée:

I0 :	pas d'infiltration
I1 :	infiltration inférieure ou égale à 1/3
I2 :	infiltration inférieure à 1/2
I3 :	infiltration égale ou supérieure à 2/3
IX :	infiltration inconnue.

05 dossiers ne présentent pas, dans leur compte-rendu histologique, le degré d'infiltration tumorale du myomètre.

Ils sont classés dans la catégorie IX

IX :	05 cas, soit 5% des patientes opérées,
I0 :	00 cas
I1 :	68 cas, soit 68 %
I2 :	07 cas, soit 7 %
I3 :	20 cas, soit 20 % des patientes opérées.

Association des classifications selon le degré de différenciation et le degré d'infiltration tumorale du myomètre:

G1 :	I1:	45 cas
	I2:	06 cas
	I3:	13 cas
	IX:	03 cas
G2 :	I1:	10 cas
	I2:	01 cas
	I3:	03 cas
	IX:	01 cas
G3 :	I1:	06 cas
	I2:	00 cas
	I3:	04 cas
	IX:	00 cas
GX :	I1:	07 cas
	I2:	00 cas
	I3:	00 cas
	IX:	01 cas.

b) - Curithérapie:

Plusieurs schémas thérapeutiques ont été pratiqués chez nos 95 patientes ayant subi une curithérapie:

- . 65 d'entre elles ont subi une curithérapie pré-opératoire,
- . 22 ont subi une curithérapie post-opératoire,
- . 08 patientes ont subi une curithérapie sans acte chirurgical antérieur ou postérieur.

Curithérapie pré-opératoire:

Il s'agit de la méthode thérapeutique la plus fréquemment utilisée puisque 65 patientes sur 117 ont subi une curithérapie utérovaginale pré-opératoire, soit 55,55 % de nos malades.

**Méthodes: (N° 20)**

Le produit radioactif le plus souvent utilisé a été le césium 137, un applicateur, appelé applicateur de DELOUCHE a été réalisé chez chaque patiente par moulage vaginal, ensuite, sont placés au niveau de l'applicateur, trois tubes borgnes dans lesquels les sources radioactives seront introduites par un projecteur de sources.

Cette méthode a été pratiquée chez 61 patientes, soit 52,13 % de nos malades.

Chez 03 patientes, la source radioactive utilisée était du radium 226, les sondes sont au nombre de 03 pour la cavité utérine et 03 pour le vagin, cette curithérapie était pratiquée en deux temps; un temps vaginal et un temps utérin.

Une patiente a subi une curithérapie utérovaginale à l'institut Gustave ROUSSY, mais nous n'avons aucun renseignement complémentaire à son sujet.

**Dose délivrée et durée d'irradiation**

58 patientes ont reçu une dose de 60 grays, dose recherchée dans la majorité des cas.

03 patientes ont reçu des doses inférieures dû à un incident en cours de traitement, arrachement accidentel des sondes,; les doses obtenues sont de: 49,83 grays, 14,6 grays et 58,54 grays.

Les temps d'irradiation varient de 01 jour 01 heure à 06 jours.

La dose journalière varie de 10 grays à 12,5 grays par jour.

**Classification**

La totalité de nos patientes de cette série appartiennent aux stades I et II de la classification de FIGO.

Stade I: 57 cas, soit 48,71 % de nos 117 patientes et  
87,69 % de nos 65 patientes.

Stade II: 08 cas, soit 12,30 % de nos 65 patientes et  
6,83 % des patientes.

.../...

### Intervalle de temps entre curithérapie et chirurgie

Dans la majorité des cas, l'intervalle de temps est de 04 à 06 semaines (pour 47 patientes), il est de 03 semaines pour 11 patientes et de 10 semaines pour 05 patientes.

Une seule patiente a été opérée aussitôt après la curithérapie, et pour une seule autre patiente, la date d'intervention est inconnue précisément.

### Curithérapie post-opératoire

22 patientes, soit 18,80 % de nos malades sont concernées par cette méthode thérapeutique.

#### Méthode:

La méthode est la même que pour la curithérapie pré-opératoire, à la différence près qu'il n'y a plus de sonde utérine bien que la source radioactive est, dans les 22 cas, le césium 137.

A noter que pour 16 patientes, il s'agit d'une surveillance vaginale post-opératoire et pour 06 patientes, d'une curithérapie vaginale post-opératoire de surdosage; c'est à dire, curithérapie après intervention chirurgicale et radiothérapie externe.

#### Dose délivrée et durée d'irradiation:

La dose délivrée, dans la majorité des cas (13 cas) est de 60 grays. On dénombre:

- . 01 dose à 50 grays,
- . 01 dose à 41,45 grays, secondaire à un arrachement accidentel des sondes,
- . 01 dose à 35 grays.

Pour ce qui est de la curithérapie de surdosage, la dose délivrée varie de 10 à 20 grays selon la radiothérapie externe pratiquée avant.

Les temps d'irradiation varient de 01 à 06 jours selon qu'il s'agisse d'une curithérapie de surdosage ou pas.

#### Classification:

Stade I: 18 cas, soit 81,81 % de nos 22 patientes  
(et 15,38 % des 117 patientes).

Stade II: 04 cas, soit 18,18 % de nos 22 patientes  
(et 3,41 % des 117 patientes).

#### Intervalle de temps entre curithérapie post-opératoire et chirurgie ou radiothérapie externe:

La curithérapie vaginale survient généralement entre 06 semaines et 02 mois après l'acte chirurgical.

Pour les curithérapies de surdosage, elles sont pratiquées en moyenne 02 semaines à 01 mois après la radiothérapie externe.

**Cas particuliers:**

Pour 05 de nos patientes récusées par la chirurgie, une curithérapie utérovaginale avait été pratiquée avant l'avis pour l'acte chirurgical.

04 ont été réaliées au césium 137 et une au radium 226.

02 patientes appartenaient au stade I et 03 au stade II.

La dose délivrée est de 60 grays en 04 à 06 jours.

Pour 03 autres patientes, une curithérapie utérovaginale au césium 137 a été pratiquée.

La dose délivrée était de 60 grays en 04 à 06 jours.

Les 03 patientes appartiennent au stade III.

Ces patientes n'ont pas été revues pour l'acte chirurgical programmé.

**Au total:**

95 patientes, soit 81,19 % ont subi une curithérapie, dans la majorité des cas, ces patientes appartiennent au stade I de la classification FIGO avec quelques stades II.

**c) - Radiothérapie externe:**

42 patientes ont subi une radiothérapie externe, soit 35,89 % de nos 117 patientes.

Cette radiothérapie a été pratiquée selon différents schémas thérapeutiques dépendant des traitements pratiqués antérieurement au stade de classification...

Un tableau récapitulatif nous permet une vue d'ensemble des différentes attitudes thérapeutiques (fig. 04).

Voyons en détail les différents schémas thérapeutiques .

**Radiothérapie externe chez les non opérées:**

Ceci concerne 14 patientes, soit 11,96 % des 117 patientes et 33,33 % des patientes radiothérapées.

05 patientes ont subi une radiothérapie externe avec curithérapie utérovaginale, ces 05 patientes ont été récusées pour l'acte chirurgical. 04 d'entre elles ont été traitées par photons de 06 mégaélectronvolt, une a été traitée par télécobalt.

Les doses délivrées étaient de 50 grays dans 03 cas, 51 grays, dans 01 cas et 40 grays dans 01 cas.

La dose délivrée en moyenne par séance est de 02 grays.

Cette radiothérapie a été pratiquée avec protection de la zone de curithérapie irradiée précédemment, le volume cible était de "type pelvis L5", c'est à dire concernant les ganglions obturateurs iliaques externes, hypogastriques pré-sacrés, partie basse des chaînes lymphatiques primitives, l'utérus et ses annexes, le vagin, les viscères pelviennes, la paroi pelvienne.

08 patientes ont subi une radiothérapie externe seule, la radiothérapie a été pratiquée avec des photons de 5,5 MeV (07 cas) et 25 MeV (01 cas).

La dose délivrée varie de 40 à 60 grays; la dose par séance est en moyenne 1,5 ou 02 grays. Le volume cible est un pelvis "type L5".

Dans 02 cas, cette radiothérapie a été pratiquée en deux temps; chez une patiente, il a été délivré dans un premier temps 50 grays et devant le refus d'une curithérapie de surdosage, 10 grays supplémentaires ont été délivrés; chez une autre patiente, il a d'abord été délivré 20 grays puis 40 grays après hormonothérapie.

01 patiente a subi une radiothérapie externe avisée palliative sur un volume cible "type pelvis L5" et une radiothérapie externe sur métastases osseuses au niveau du bassin; la radiothérapie a été pratiquée par des photons de 06 MeV et il a été délivré 50 grays sur le pelvis et 30 grays sur le bassin, à raison de 1,5 grays par séance.

#### Radiothérapie externe pré-opératoire: 01 cas

Cette patiente a reçu une radiothérapie externe par photons de 06 MeV pour diminution de la masse tumorale avant intervention, il a été délivré 42 grays, à raison de 1,5 grays par séance sur un volume cible pelvis "type L5"

#### Radiothérapie externe post-opératoire:

27 cas, soit 23,07 % des 117 patientes et 64,28 % des patientes radiothérapées.

08 patientes ont subi une radiothérapie exclusive post-opératoire. L'irradiation a été pratiquée par des photons de 06 MeV.

Il a été délivré entre 40 à 60 grays selon les patientes, à raison de 02 grays par séance.

Le volume cible est un pelvis "type L5".

Cette radiothérapie externe est pratiquée en moyenne de 06 semaines à 02 mois après l'intervention chirurgicale.

03 patientes ont subi une radiothérapie externe post-opératoire après curithérapie vaginale post-opératoire, cette radiothérapie a été pratiquée par des photons de 06 MeV.

La dose délivrée est de 50 grays, à raison de 02 grays par séance sur un volume cible pelvis "type L4", c'est à dire avec irradiation des ganglions iliaques primitifs et protection bien sur de la zone de curithérapie.

06 patientes ont subi une radiothérapie externe post-opératoire suivie d'une curithérapie de surdosage.

Cette radiothérapie a été pratiquée à l'aide de photons de 6,2 et 25 MeV 03 cas au cobalt 60.

La dose délivrée varie de 45 à 50 grays selon les patientes à raison de 02 grays par séance.

Le volume cible est un pelvis de "type L5".

Enfin, 10 patientes ont subi une curithérapie utérovaginale pré-opératoire et une radiothérapie externe post-opératoire.

L'irradiation est pratiquée à l'aide de photons de 06 MeV (08 cas) et 25 MeV (02 cas).

Le volume cible est un pelvis "type L5" avec protection de la zone de curithérapie.

La dose délivrée est de 50 grays, à raison de 02 grays par séance.

#### d) - Hormonothérapie

13 patientes, soit 11,11 % d'entre elles ont été traitées par hormonothérapie.

Dans 11 cas, cette hormonothérapie a été mise en route après découverte d'une récurrence ou métastase, dans 02 cas cette hormonothérapie a été adjuvante, c'est à dire, complémentaire aux traitements précédents sans que pour cela, il y est eu découverte d'une récurrence ou métastase.

Cette hormonothérapie est démarrée de façon variable dans le temps, elle intervient, selon les cas, de 03 mois à 02 ans après les premiers traitements subis par nos patientes.

.../...

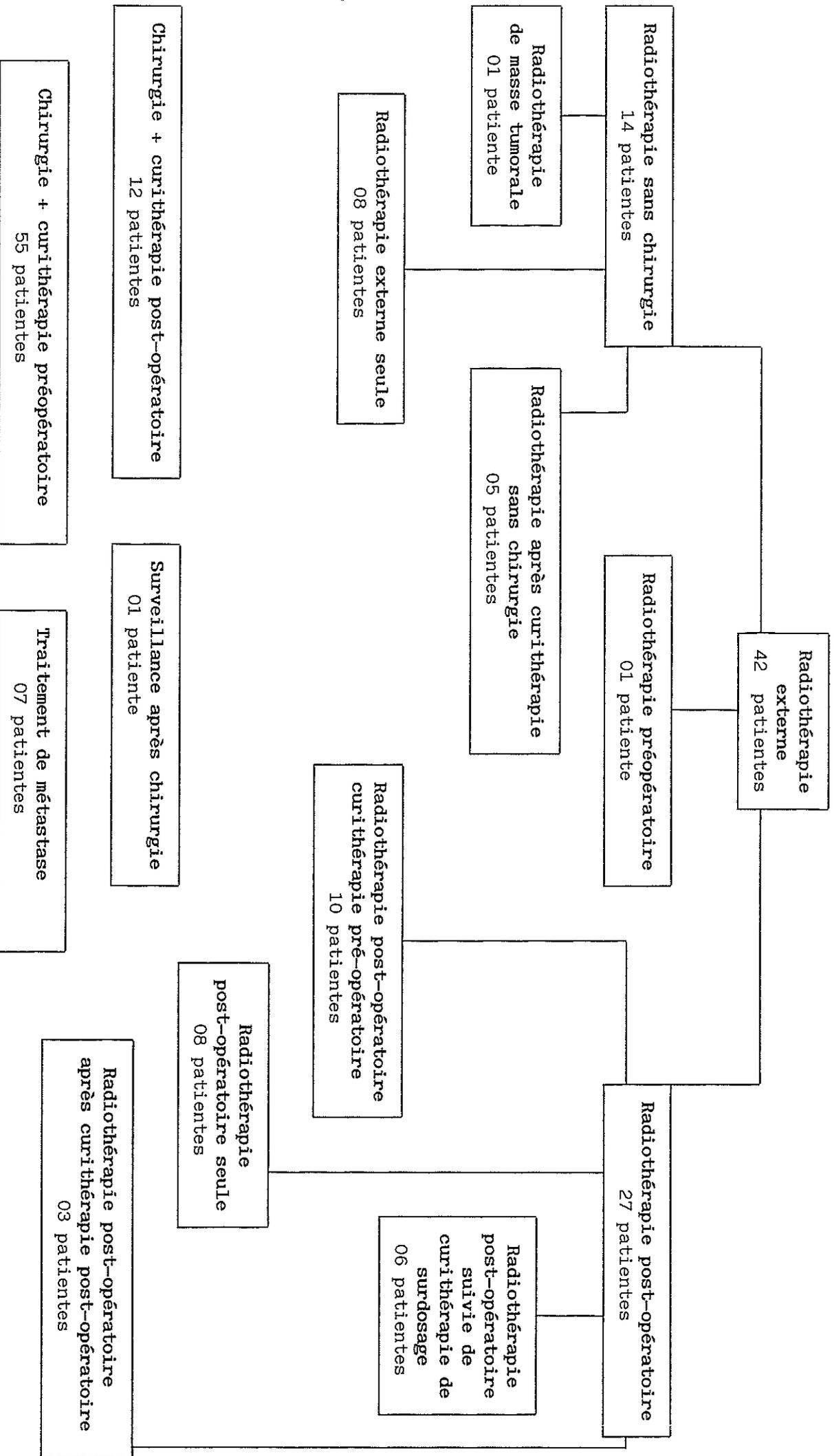


Figure 04: Récapitulatif des traitements radiothérapeutiques pratiqués.

L'age de nos patientes est, lui aussi, variable:

52 ans	01 cas	53 ans	01 cas
56 ans	01 cas	59 ans	01 cas
60 ans	01 cas	68 ans	01 cas
72 ans	02 cas	74 ans	02 cas
75 ans	01 cas	79 ans	01 cas
		82 ans	01 cas.

Les récidives et métastases ayant motivées la prescription d'une hormonothérapie sont:

- 01 cas de métastases pelviennes
- 01 cas de récidive au niveau du col utérin
- 02 cas de récidive vaginale
- 01 cas de métastase pulmonaire
- 01 cas de métastase osseuse
- 01 cas de métastase hépatique
- 01 cas de métastase vésicale
- 02 cas de métastase péritonéale.

Les produits utilisés sont:

- Tamoxifène (NOLVADEX Lab. I. C. I. PHARMA), à raison de 30 mg par jour chez une patiente.
- Acétate de médroxyprogestérone (FARLUTAL Lab. Farmitalia Carlo. ERBA S.A.), à raison de 01 gramme par jour chez 05 patientes et 500 mg par jour chez 01 patiente.
- Acétate de médroxyprogestérone (DEPO. PRODASONE 500 mg, Lab. Upjohn), à raison de 500 mg par jour chez 02 patientes.
- Médroxyprogestérone (PRODASONE Lab. Upjohn), à raison de de 500 mg par jour chez 03 patientes et 400 mg par jour chez 01 patiente.

Classification des patientes:

<u>T1</u>	T1a G1:	01 cas	
	T1b G1:	01 cas	04 cas
	T1b G3:	02 cas	
<u>T2</u>	T2 G1:	06 cas	
<u>T4</u>	T4b G1:	02 cas	
<u>TX</u>	TX G1:	01 cas	

e) - Chimiothérapie:

09 patientes, soit 7,69 % des cas, ont subi une chimiothérapie pour découverte et traitement de localisations secondaires.

.../...

Le siège de ces localisations est variable:

- 03 cas de récurrence vaginale avec localisation pulmonaire.
- 01 cas de localisation pulmonaire seule.
- 01 cas de métastase hépatique avec localisation pulmonaire.
- 01 cas de sarcome sacré et 5ème lombaire radio induit.
- 02 cas de localisation épiloïque et hépatique.
- 01 cas de localisation pelvienne métastatique avec compression urétrale.

A noter, que parmi ces 09 patientes, 04 seulement font parties des patientes adressées dans le service pour traitement de métastase ou récurrence; pour les 05 autres, il s'agit de patientes chimiothérapées pour métastases ou récurrences apparues après premier traitement de la maladie dans le service.

#### Classification FIGO de départ de ces patientes

<u>Stade Ib:</u>	G3:	01 cas
	G2:	01 cas
<u>Stade II:</u>	G1:	03 cas
<u>Stade III:</u>	G1:	03 cas
<u>Stade IVb:</u>	G1:	01 cas.

#### Produits et protocoles utilisés

Différents produits et protocoles ont été prescrits chez ces 09 patientes:

Adryamycine 35 mg/m2 J1 Endoxan 400 mg/m2 J1 Oncovin 01 mg/m2 J1 5 Fluorouracile 400mg/m2 J2 J3		protocole subi par une patiente pendant 03 cures J1 - J 28
Endoxan 400 mg/m2 5 Fluorouracile 400 mg/m2 J1 à J8 Adryamycine 30 mg/m2		J1 - J28 protocole subi par une patiente pendant 05 cures
VM 26 50 mg/m2 J1 5 Fluorouracile 500 mg/m2 J2 à J4 Endoxan 300 mg/m2 J2 à J4 J1 J28		faisant suite à   Endoxan 400 mg/m2 J2   DDP 50mg/m2 J1 CISDOP   Adryamycine 35 mg/m2 J1   cycle J1 J21

Cette patiente a reçu 11 cures du 1er protocole puis 07 cures du 2ème protocole.

Une autre patiente a reçu 01 cure du 1er protocole et n'a pas été revue par la suite.

Méthotrexate à haute dose: 01 cas qui, mal toléré, conduit à l'arrêt du traitement.

.../...

Oncovin 01 mg/m2 J1  
Chloraminophène 04 mg/m2 J1 J5  
Méthotrexate 10 mg/m2 J2 J4  
Cisplatyl 80 mg/m2 J5

J1 J21 une patiente a subi 04 cures  
avec ce protocole et a refusé de poursuivre

Oncovin 01 mg/m2 J1 J2  
Bléomycine 10 mg/m2 J3 J4  
Méthotrexate 06 mg/m2 J5 J6

J1 J30 03 patientes ont subi des cures  
avec ce protocole.

L'une d'elle a subi 24 cures avec la 5ème cure remplaçant de l'Oncovin  
par VM 26.

Les deux autres ont subi 02 cures et ont voulu arrêter la chimiothérapie.

- RESULTATS -

- i - TOLERANCE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS

a) - complications immédiates:

A la chirurgie:

Sur 100 cas, on ne dénombre que 03 cas de complications post-opératoires immédiates soit 3 % des patientes opérées:

- . 01 cas d'hémorragie post-opératoire,
- . 01 cas d'hématome péritonéal,
- . 01 cas de thrombophlébite des membres inférieurs avec embolie pulmonaire.

Donc, dans 97 % des cas, l'intervention est bien supportée (dans les 03 cas, les patientes ont subi une hystérectomie avec curage ganglionnaire).

A la curithérapie:

Pour la curithérapie utérovaginale pré-opératoire, nous comptabilisons 14 cas de complications faisant suite immédiatement au traitement ou apparaissant en cours de traitement:

- . 02 cas de rectorragies,
- . 02 cas de diarrhée,
- . 01 cas de paraphlébite,
- . 01 cas de cystite,
- . 02 cas de désorientation temporo-spatiale,
- . 03 cas d'arrachement des sondes.

Donc, 16,92 % des patientes ayant subi une curithérapie pré-opératoire ont présenté une complication immédiate à l'acte thérapeutique.

Pour la curithérapie post-opératoire, on retrouve chez nos 22 patientes:

- . 01 cas de cystite,
- . 01 cas de rectorragie,
- . 01 cas d'arrachement des sondes,

soit, sur les 22 patientes concernées, 13,63 % de complication.

Au total, sur 95 patientes ayant subi une curithérapie, 14 d'entre elles ont présenté une complication, soit en cours de traitement, soit immédiatement après, soit 14,73 % des cas.

A la radiothérapie externe:

Chez nos 42 patientes ayant subi une radiothérapie externe on rencontre:

- . 15 cas de diarrhée,
- . 02 cas de cystite,
- . 02 cas de constipation,
- . 01 cas d'alternance diarrhée constipation,
- . 02 cas de rectite,
- . 01 cas de surinfection rectovaginale,
- . 03 cas de radiodermite,
- . 02 cas de phlébite,
- . 01 cas de radiomucite : vulvaire et vaginale.

Soit donc une complication chez 29 patientes, c'est à dire dans 69,04 % des cas.

A l'hormonothérapie:

Aucune complication immédiate n'est retrouvée

A la chimiothérapie:

On ne comptabilise:

- . qu'une complication immédiate à l'emploi d'oncovin à type dysthésie ayant conduit au remplacement de l'oncovin par du VM 26.
- . une complication au cours de l'exécution d'un protocole de méméthotrexate à forte dose, à type d'asthénie, nausées, vomissements, conduisant à l'arrêt du traitement.

Soit, une complication chez 02 patientes sur 09 ayant été chimiothérapées, soit une complication dans 18,18 % des cas.

b) - complications tardives:

Un certain nombre de complications post-thérapeutiques est retrouvé lors de l'étude de la surveillance et du suivi de ces patientes.

Selon les protocoles thérapeutiques subis par ces patientes, on dénombre:

Après chirurgie - curithérapie post-opératoire - radiothérapie externe post-opératoire (09 patientes):

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Symphyse vaginale	01	02 ans
Cystocèle	01	04 ans
Infections urinaires à répétition	02	02 ans (moyenne)
Rectite radique	02	01 an ½ (moyenne)
Constipation chronique	01	01 an
Oclusion sur colopathie post radique	01	02 ans
		08 cas, soit 88,88 % des patientes

Tableau VIII: Complications de l'association chirurgie + curithérapie post-opératoire + radiothérapie externe post-opératoire

Après chirurgie - radiothérapie externe post-opératoire (08 patientes)

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Symphyse vaginale	01	06 mois
Rétrécissement sigmoïdien post radique	01	02 ans
Diarrhée chronique	01	01 ans
Sarcome radio-induit 5ème lombaire et sacrum	01	09 ans
04 cas, soit 50 % des patientes		

Tableau IX: Complications après l'association chirurgie + radiothérapie externe post-opératoire.

Après curithérapie pré-opératoire - chirurgie - radiothérapie externe post-opératoire (10 patientes)

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Symphyse vaginale	01	02 ans
Incontinence urinaire d'effort	01	01 ans
Ostéonécrose post radique pubienne	01	01 ans
Grèle radique	01	02 ans
Fistole rectovaginale	01	06 mois
05 cas, soit 50 % des patientes		

Tableau X: Complications de l'association curithérapie pré-opératoire + chirurgie + radiothérapie externe post-opératoire.

Après radiothérapie externe pré-opératoire - chirurgie - curithérapie post-opératoire (01 patiente)

Incontinence urinaire d'effort                      01 cas              01 an de délai d'apparition

Après chirurgie - curithérapie post-opératoire (12 patientes)

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Incontinence urinaire d'effort	04	01 an (moyenne)
Infection urinaire à répétition	01	01 an
Eventration	01	01 an ½
Diarrhée chronique	01	01 an
Dysurie pollakuirie	01	02 ans
Cystocèle	01	02 ans
Incontinence urinaire	02	01 an ½ (moyenne)
11 cas, soit 91,66 % des patientes		

Tableau XI: Complications du protocole chirurgie + curithérapie post-opératoire.

Après radiothérapie externe - curithérapie utérovaginale sans intervention chirurgicale (05 patientes)

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Incontinence urinaire d'effort	01	02 ans
Infection urinaire à répétition	01	03 ans
02 cas, soit 40 % des patientes		

Tableau XII: Complications de l'association radiothérapie externe + curithérapie utérovaginale.

Après curithérapie utérovaginale pré-opératoire - chirurgie (55 patientes)

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Incontinence urinaire d'effort	08	15 mois (moyenne)
Infection urinaire à répétition	03	02 ans (moyenne)
Eventration	01	01 an ½
Rectite post radique	03	03 ans ½ (moyenne)
Incontinence urinaire	05	02 ans (moyenne)
Cystocèle	02	02 ans ½ (moyenne)
Fistole rectovaginale	01	04 mois
Rectocèle	01	02 ans
Dysurie pollakiurie	02	02 ans ½ (moyenne)
Diarrhée chronique	01	06 mois
Constipation	02	01 an (moyenne)
Oclusion surbride	01	02 ans
30 cas, soit 54,54 % des patientes		

Tableau XIII: Complications de l'association curithérapie utérovaginale pré-opératoire + chirurgie.

Après radiothérapie externe, patientes non opérées (08 patientes)

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DELAI D'APPARITION
Incontinence urinaire d'effort	01	01 an
Incontinence anale	01	01 an
Rétrécissement sigmoïdien	01	03 ans
Diarrhée chronique	02	01 an (moyenne)
05 cas, soit 62,5 % des patientes		

Tableau XIV: Complications dues à la radiothérapie externe seule.

Après hormonothérapie (13 patientes)

Hépatite médicamenteuse au (Nolvadex ) TAMOXIFENE: 01 cas, soit 7,69 des patientes

.../...

Au total, après les thérapeutiques pratiquées chez nos 117 patientes, on dénombre:

02 cas	de symphyse vaginale,
16 cas	d'incontinence urinaire d'effort,
01 cas	d'ostéonécrose pubienne post-radique,
07 cas	d'infection urinaire à répétition,
02 cas	d'éventration,
04 cas	de rectite post radique,
07 cas	d'incontinence urinaire,
04 cas	de cystocèle,
01 cas	de grêle radique,
03 cas	de rétrécissement sigmoïdien post radique,
02 cas	de fistule rectovaginale,
01 cas	d'hépatite médicamenteuse,
01 cas	de rectocèle,
04 cas	de dysurie pollakiurie,
08 cas	de diarrhée chronique,
03 cas	de constipation chronique,
02 cas	d'occlusion,
01 cas	d'incontinence anale,
01 cas	de sarcome osseux radio-induit,

soit 01 complication tardive chez 70 patientes sur 117, donc dans 59,82 % des cas.

- II - EFFICACITE DE LA CURITHERAPIE -

Stérilisation des pièces opératoires:

Parmi les 65 patientes ayant subi une curithérapie utérovaginale suivie d'hystérectomie, l'étude anatomopathologique des pièces opératoires retrouve une stérilisation dans 26 cas, soit 40 % des cas.

Nombre de récidives vaginales chez les patientes ayant subi une curithérapie.

Curithérapie utérovaginale pré-opératoire:

10 patientes ont subi: curithérapie pré-opératoire, chirurgie, radiothérapie externe post-opératoire; aucune d'entre elles n'a présenté de récidive vaginale.

55 patientes ont subi: curithérapie pré-opératoire, chirurgie et une seule d'entre elles a présenté une récidive vaginale dans un délai de 03 mois après l'acte opératoire.

Donc on ne note qu'une récidive vaginale, soit dans 1,53 % des cas.

Curithérapie post-opératoire:

06 patientes ont subi une curithérapie de surdosage après radiothérapie externe, aucune récidive vaginale n'est comptabilisée.

16 patientes ont subi une curithérapie post-opératoire avec ou sans radiothérapie externe post-opératoire, aucune récidive vaginale n'est comptabilisée.

Donc aucune récidive vaginale.

.../...

Curithérapie sans intervention chirurgicale:

05 patientes non opérées ont subi: curithérapie et radiothérapie externe; on dénombre une récurrence vaginale dans un délai de 02 ans après le traitement.

03 patientes n'ont subi qu'une curithérapie seule et l'on ne dénombre aucune récurrence.

Donc 01 récurrence vaginale sur 08 patientes soit dans 12,5 % des cas.

Au total: sur 95 curithérapies pratiquées, on note 02 cas de récurrence vaginale soit dans 2,10 % des cas.

- ~~III~~ - COMPLICATIONS EVOLUTIVES -

a) - Récurrences locales vaginales:

On dénombre 06 cas de récurrences locales vaginales soit 5,12 % des 117 patientes.

Le délai moyen d'apparition de ces récurrences vaginales est de 19 mois.

La classification selon les stades de ces 06 patientes est le suivant:

STADE	NOMBRE DE CAS	RECURRENCE VAGINALE	% PAR RAPPORT AU NOMBRE DE CAS
T1a	43	01	2,32 %
T1b	45	01	2,22 %
T2	19	03	15,78 %
T3	07	01	14,28 %

Tableau XV: Nombre de récurrences pelviennes selon les stades.

Ces récurrences vaginales apparaissent après différents protocoles thérapeutiques initiaux, en effet:

02 cas surviennent après traitement radiothérapeutique externe seul  
 01 cas survient après chirurgie seule,  
 01 cas survient après association radiochirurgicale,  
 02 cas survient après association chirurgie - curithérapie.

b) - Récurrences pelviennes:

09 patientes sur 117, soit 7,69 % des cas présentent une récurrence pelvienne; le délai d'apparition après le traitement de la maladie initiale est de 23,7 mois.

.../...

La classification de ces patientes selon le stade est la suivante:

STADE	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE RECIDIVES PELVIENNES	% PAR RAPPORT AU NOMBRE DE CAS
T1a	43	02	4,65 %
T1b	45	00	00 %
T2	19	05	26,31 %
T3	07	02	28,57 %

Tableau XVI: Nombre de recidives pelviennes selon les stades.

Ces récidives pelviennes apparaissent après différents traitements initiaux de la maladie:

- . 01 cas de récidive pelvienne est apparu après radiothérapie externe seule,
- . 01 cas est apparu après chirurgie seule,
- . 04 cas sont apparus après association radiothérapie externe et chirurgie,
- . 03 cas sont apparus après chirurgie et curithérapie.

Un tableau récapitulatif pour les localisations locorégionales nous donne:

STADE	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE RECIDIVES VAGINALES	NOMBRE DE RECIDIVES PELVIENNES
T1a	43	01	02
T1b	45	01	00
T2	19	03	05
T3	07	01	02

Tableau XVII: Récidives locorégionales selon les stades

TRAITEMENT INITIAL DE LA MALADIE	NOMBRE DE RECIDIVES VAGINALES	NOMBRE DE RECIDIVES PELVIENNES
Radiothérapie externe seule	02	01
Chirurgie seule	01	01
Chirurgie + radiothérapie	01	04
Chirurgie + curithérapie	02	03

Tableau XVIII: Récidives locorégionales selon le traitement initial effectué.

.../...

c) - Méthastases:

On dénombre par l'étude des suivis post-thérapeutiques de nos 117 patientes, l'apparition de 12 cas de métastases, soit 10,25 % des cas.

Parmi les localisations métastatiques, la plus fréquente est la localisation pulmonaire:

. 06 cas, soit 50 %.

Ensuite, on dénombre:

- . 02 cas de localisation hépatique, soit 16,6 %
- . 01 cas de localisation osseuse,
- . 01 de localisation cutanée,
- . 01 cas polymétastasé,
- . 01 cas de localisation ganglionnaire sus claviculaire.

Le délai d'apparition de ces localisations métastatiques est en moyenne de 25 mois.

La classification de ces 12 patientes selon le stade nous donne:

Stade 1a	02 cas
stade 1b	01 cas
stade 2	04 cas
stade 3	02 cas
stade 4b	02 cas
stade X	01 cas.

Ces patientes ont subi différents protocoles thérapeutiques initiaux:

Radiothérapie externe seule	03 cas
chirurgie seule	02 cas
chirurgie et radiothérapie externe	04 cas
chirurgie et curithérapie	03 cas.

On note d'autre part que parmi ces douzes patientes, seules 02 d'entre elles sont stabilisées au 01 janvier 1988 après un traitement des localisations métastatiques, ces 02 patientes étaient porteuses l'une d'une métastase hépatique, l'autre d'une métastase osseuse.

Les 10 patientes restantes sont toutes décédées dans un délai de 01 an après l'apparition des localisations métastatiques.

IV - SURVIES -

a) - Survie globale:

Les calculs des taux de survie globale et des intervalles de confiance pour chaque valeur au risque de 5 % nous permet de tracer la courbe suivante (fig. 05) et le tableau ci-dessous:

DELAI EN ANNEE	TAUX DE SURVIE %	INTERVALLE DE CONFIANCE DE LA VALEUR DONNEE
0,5	98,18 %	+ ou - 2,421 %
01	96,29 %	+ ou - 3,424 %
1,5	92,52 %	+ ou - 4,76 %
02	89,62 %	+ ou - 5,526 %
2,5	89 %	+ ou - 5,669 %
03	87,36 %	+ ou - 6,021 %
3,5	86,90 %	+ ou - 6,113 %
04	85,89 %	+ ou - 6,308 %
05	85,71 %	+ ou - 6,341 %
06	85,10 %	+ ou - 6,452
07	83,33 %	+ ou - 6,753 %
08	81,81 %	+ ou - 6,99 %
09	80 %	+ ou - 7,248 %
10	66,66 %	+ ou - 8,542 %

Tableau XIX: Taux de survie globale et intervalle de confiance de chaque valeur donnée concernant nos 117 patientes.

.../...

% des taux de survie

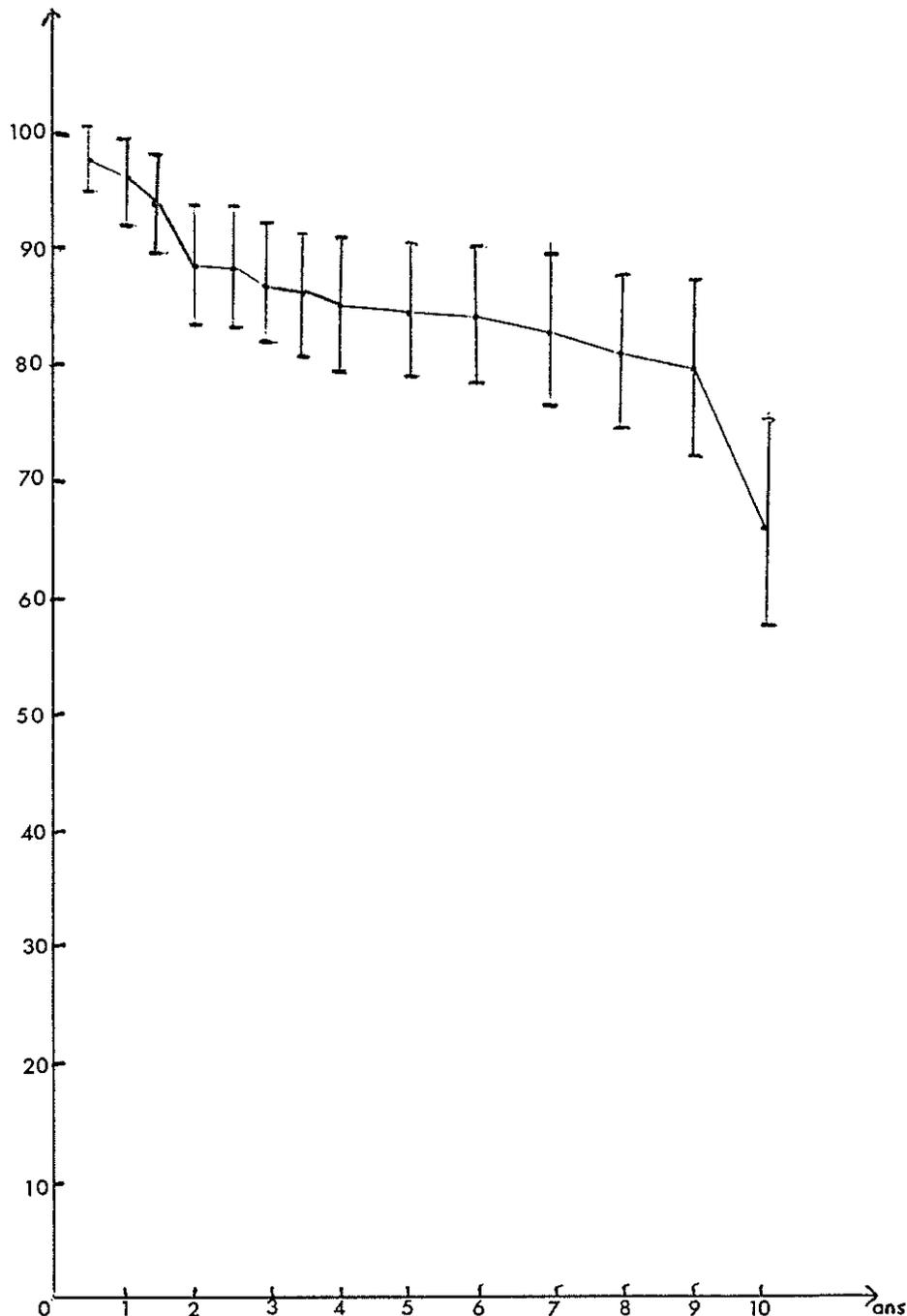


Fig. 05: survie globale de nos 117 patientes

b) - Survie en fonction des stades et du degré de différenciation histologique:

. Selon le stade:

Nous pouvons de même, grâce à nos calculs, tracer courbes et tableaux avec les valeurs retrouvées:

.../...

STADES		TAUX DE SURVIE à:					
		06 mois	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
T1a	43 cas	100 %	97,61 %	95,23 %	92,50 %	91,66 %	88,88 %
T1b	45 cas	97,43 %	97,43 %	97,43 %	90,90 %	88 %	85,71 %
T2	19 cas	94,73 %	94,44 %	77,77 %	73,33 %	69,23 %	66,66 %
T3	07 cas	100 %	83 %	60 %	50 %	40 %	33,33 %
T4	02 cas	100 %	100 %	50 %	00 %	00 %	00 %

Tableau XX: Taux de survie de nos patientes selon le stade.

Les intervalles de confiance sont, selon les stades et respectivement pour chaque valeur donnée:

Pour T1a:                   à 06 mois: 97,43 % + ou - 4,72  
à 01 an: 97,43 % + ou - 4,72  
à 02 ans: 97,43 % + ou - 4,72  
à 03 ans: 90,90 % + ou - 8,59  
à 04 ans: 88 % + ou - 9,71  
à 05 ans: 85,71 % + ou - 10,46

Pour T1b:                   à 06 mois: 100 % + ou - 00  
à 01 an: 97,61 % + ou - 4,44  
à 02 ans: 95,23 % + ou - 6,27  
à 03 ans: 92,50 % + ou - 7,69  
à 04 ans: 91,66 % + ou - 8,078  
à 05 ans: 88,88 % + ou - 9,18

Pour T2:                   à 06 mois: 94,73 % + ou - 10,04  
à 01 an: 94,44 % + ou - 10,30  
à 02 ans: 77,77 % + ou - 18,69  
à 03 ans: 73,33 % + ou - 19,88  
à 04 ans: 69,23 % + ou - 20,75  
à 05 ans: 66,66 % + ou - 21,19

Pour T3:                   à 06 mois: 100 % + ou - 00  
à 01 an: 83 % + ou - 27,82  
à 02 ans: 60 % + ou - 36,29  
à 03 ans: 50 % + ou - 37,04  
à 04 ans: 40 % + ou - 55,43  
à 05 ans: 33,33 % + ou - 55,73

.../...

La figure 10 nous permet de faire un récapitulatif de toutes ces valeurs, pour chaque stade, une courbe séparée nous permet de tracer l'intervalle de confiance sans chevauchement avec ceux des autres stades.

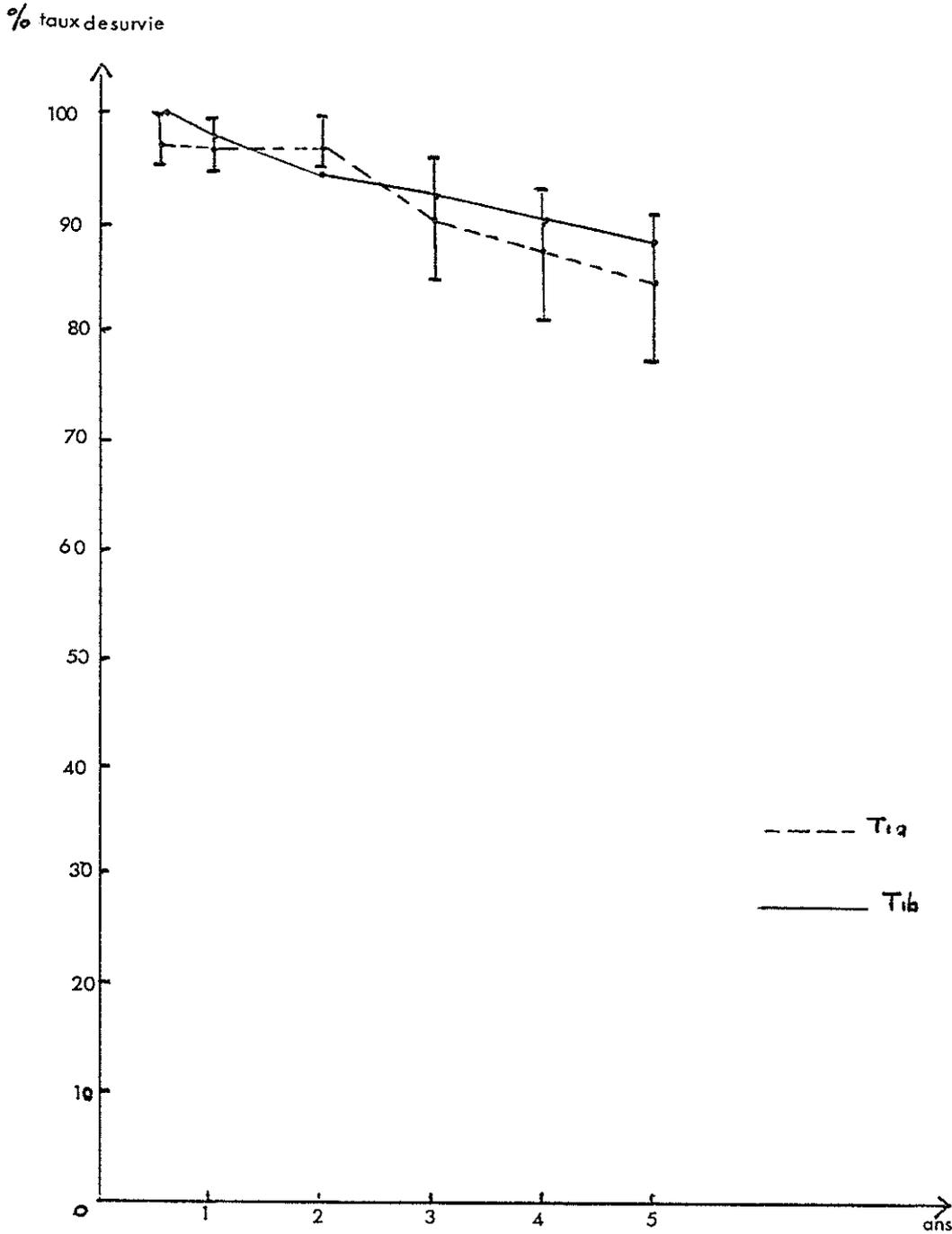


Fig. 06: Taux de survie des stades 1a et 1b.

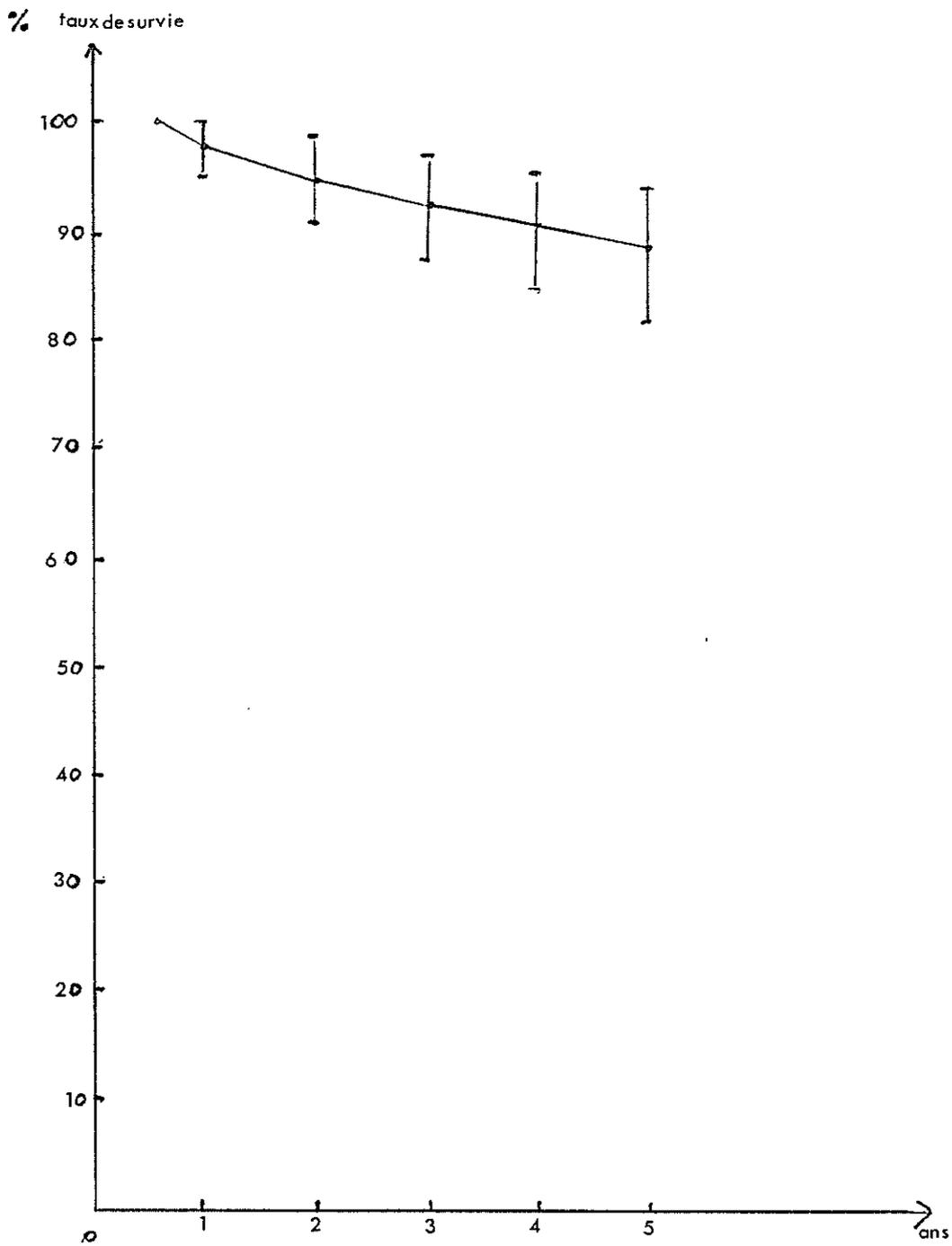


Fig. 07: Taux de survie des stades 1b avec intervalle de confiance.

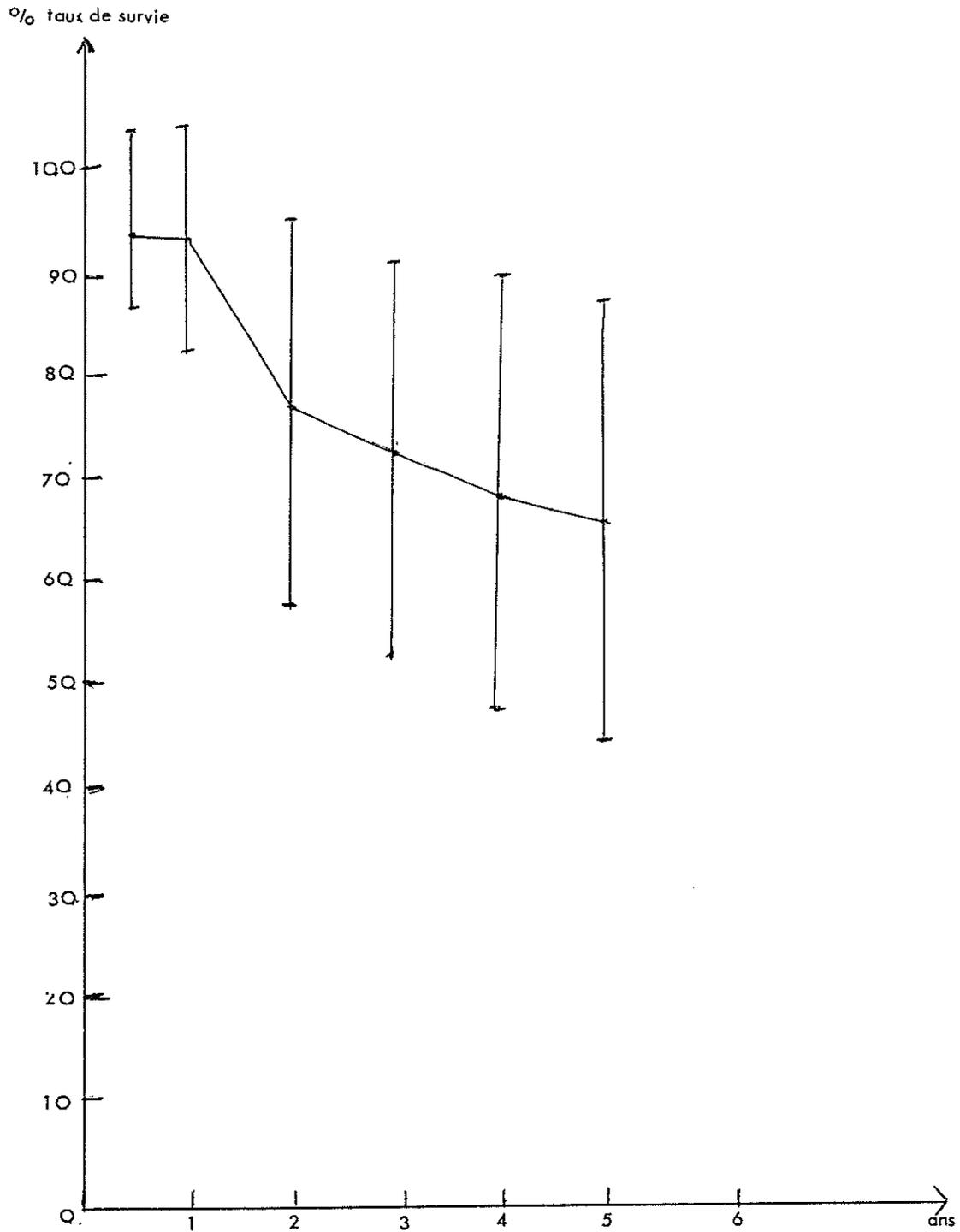


Fig. 08: Taux de survie des stades II avec intervalles de confiance.

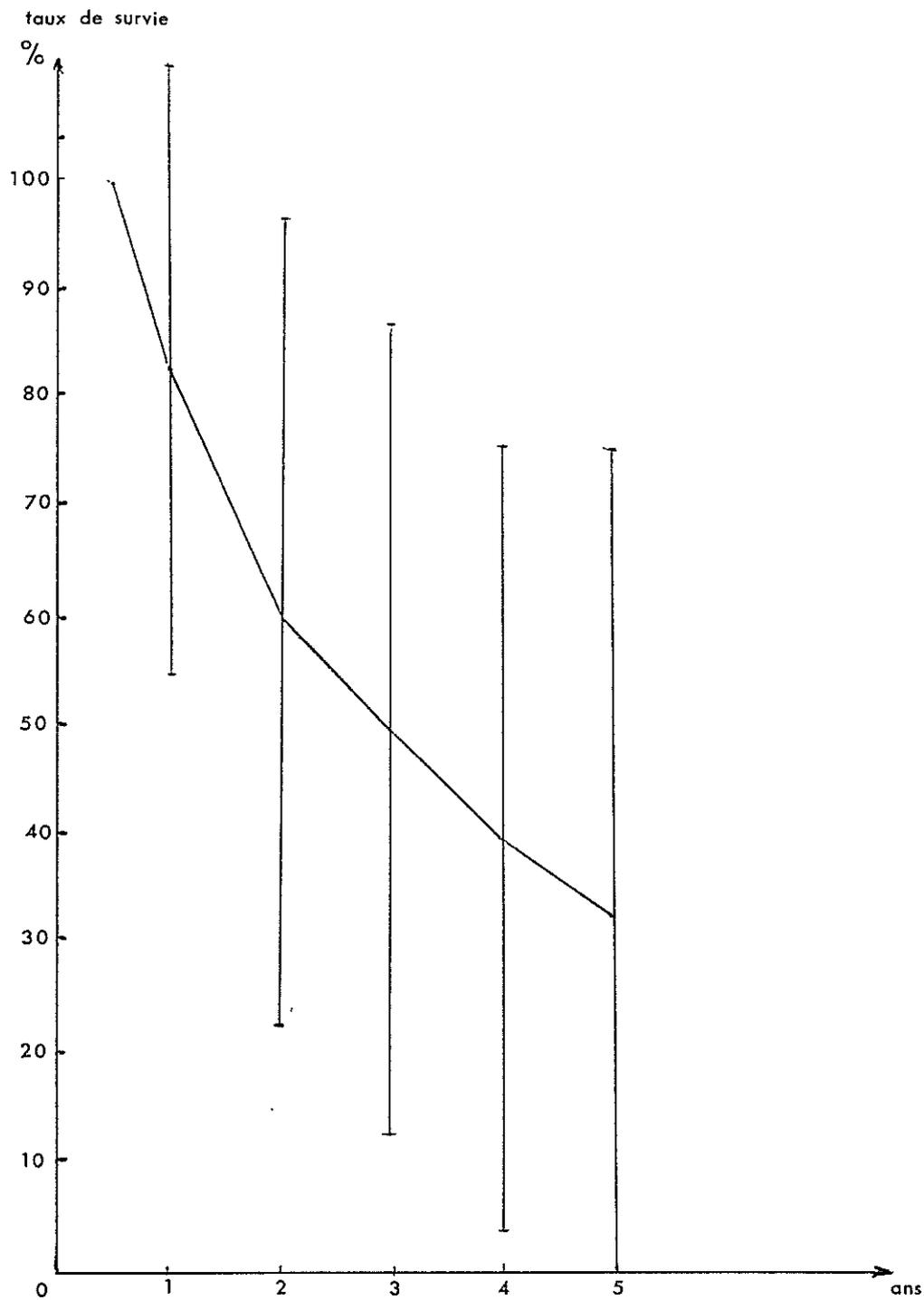


Fig. 09: Taux de survie des stades III avec intervalles de confiance.

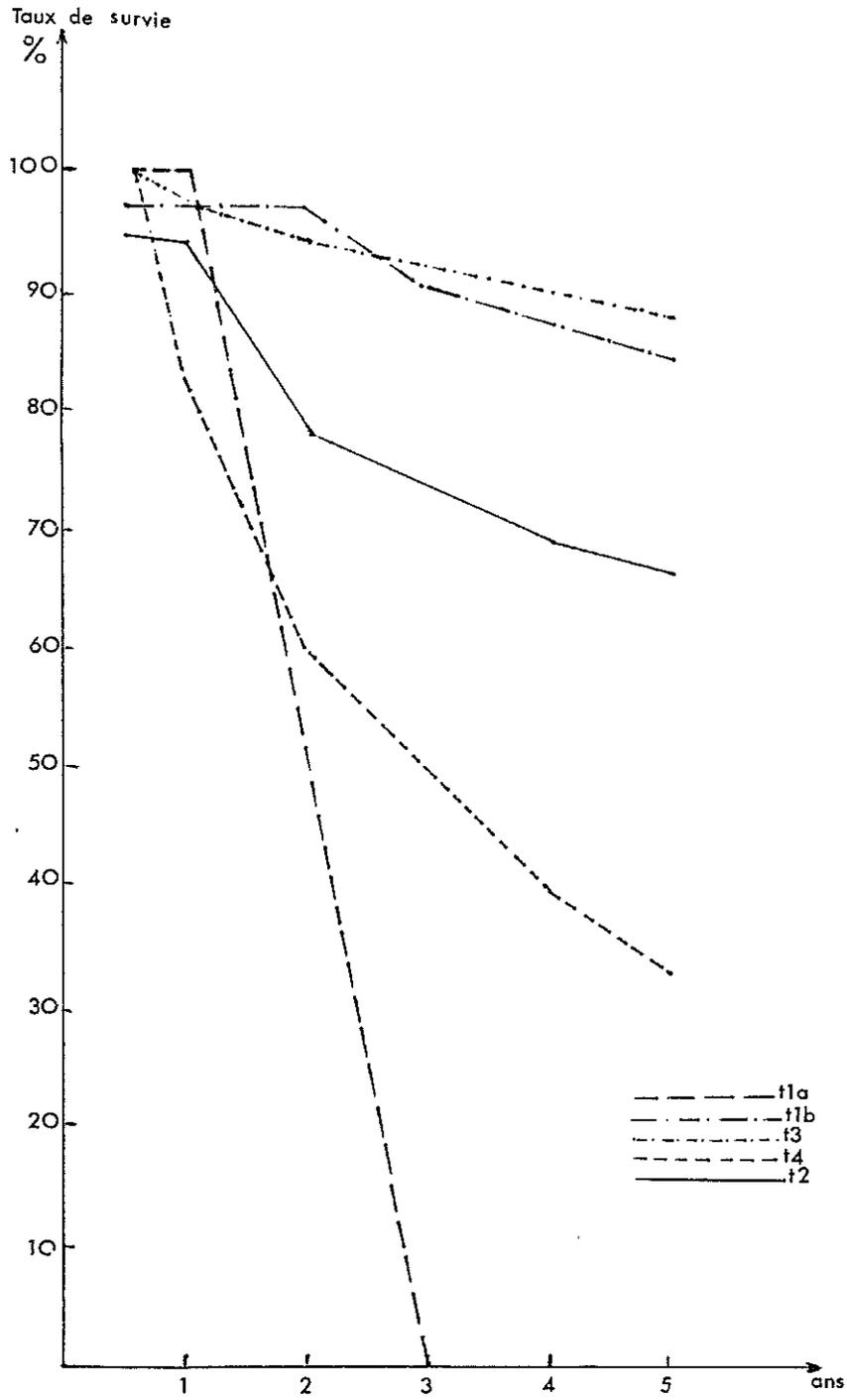


Fig. 10: Taux de survie des différents stades.

Selon le degré de différenciation histologique:

Les calculs des taux de survie selon la méthode directe nous donne:

TAUX DE SURVIE \ DEGRE DE DIFFERENCIATION	G 1 84 cas	G 2 16 cas	G 3 13 cas
06 mois	100 %	100 %	100%
01 an	100 %	100 %	90,90 %
02 ans	91,89 %	100 %	90,90 %
03 ans	88,23 %	93,33 %	88,88 %
04 ans	87,27 %	91,66 %	87,5 %
05 ans	87,23 %	87,50 %	85,71 %

Tableau XXI: Taux de survie de notre population selon le degré de différenciation histologique.

L'intervalle de confiance pour chaque donnée retrouvée nous donne pour:

G1	à 02 ans:	91,89 % + ou - 5,84
	à 03 ans:	88,23 % + ou - 6,89
	à 04 ans:	87,27 % + ou - 7,12
	à 05 ans:	87,23 % + ou - 7,137
G2	à 03 ans:	93,33 % + ou - 12,22
	à 04 ans:	91,66 % + ou - 13,54
	à 05 ans:	87,5 % + ou - 16,20
G3	à 01 an:	90,90 % + ou - 15,63
	à 02 ans:	90,90 % + ou - 15,63
	à 03 ans:	88,88 % + ou - 17,08
	à 04 ans:	87,5 % + ou - 17,97
	à 05 ans:	85,71 % + ou - 19,02.

Sur le tracé des courbes correspondant à ces différentes valeurs, les traits verticaux représentent la valeur de l'intervalle de confiance.

.../...

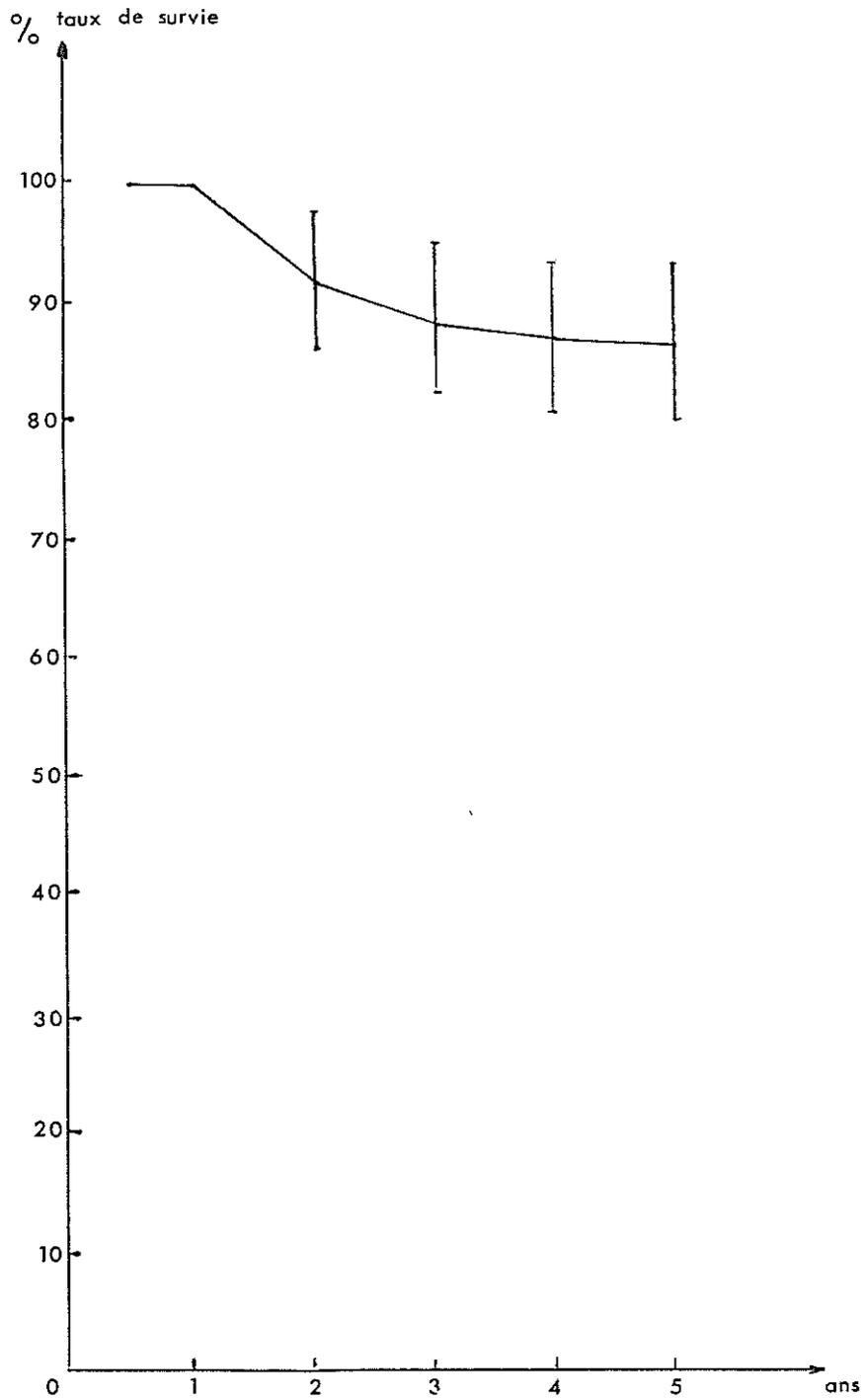


Fig. 11: Taux de survie des patientes classées G1 avec intervalles de confiance

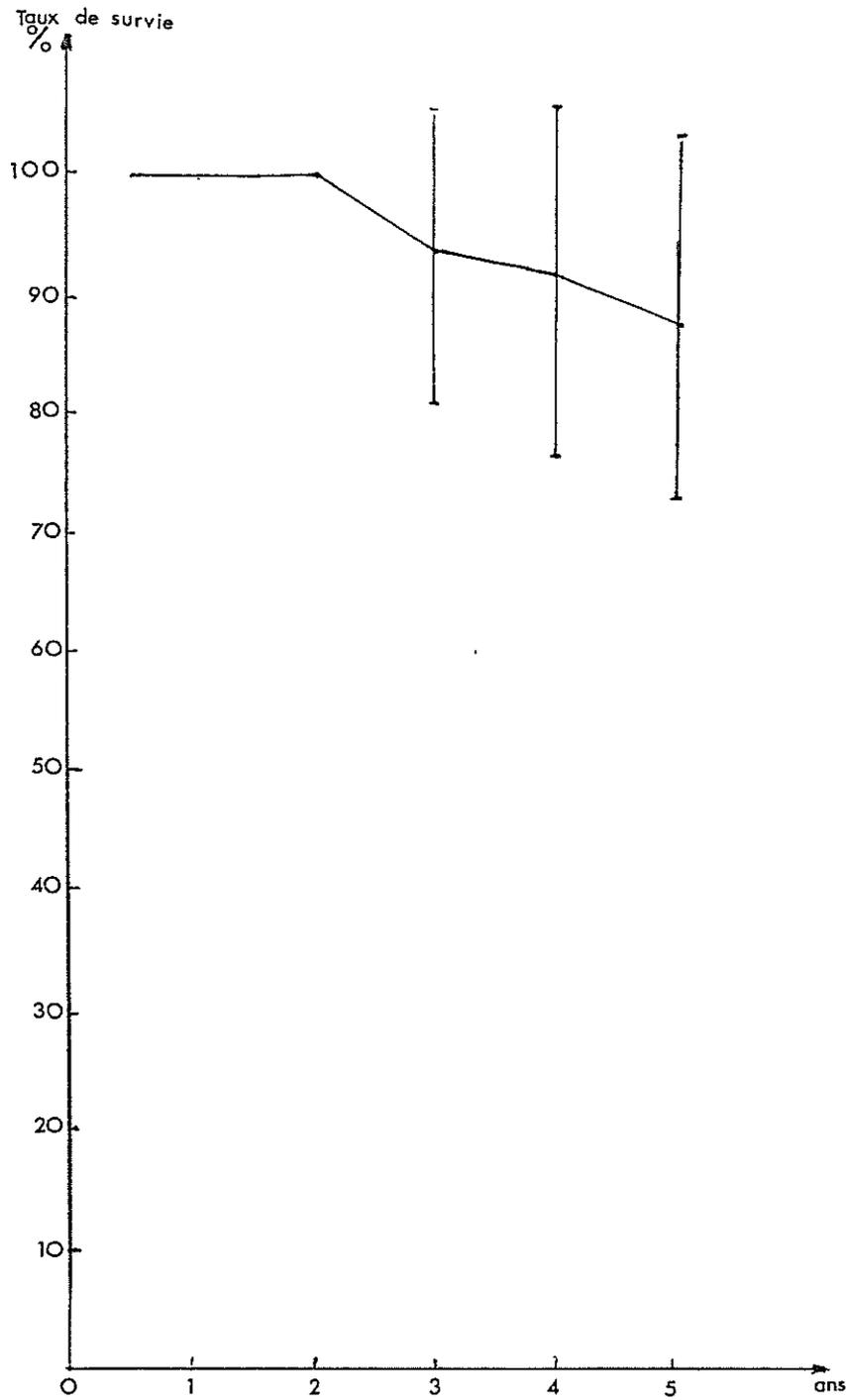


Fig. 12: Taux de survie des patientes classées G2 avec intervalles de confiance.

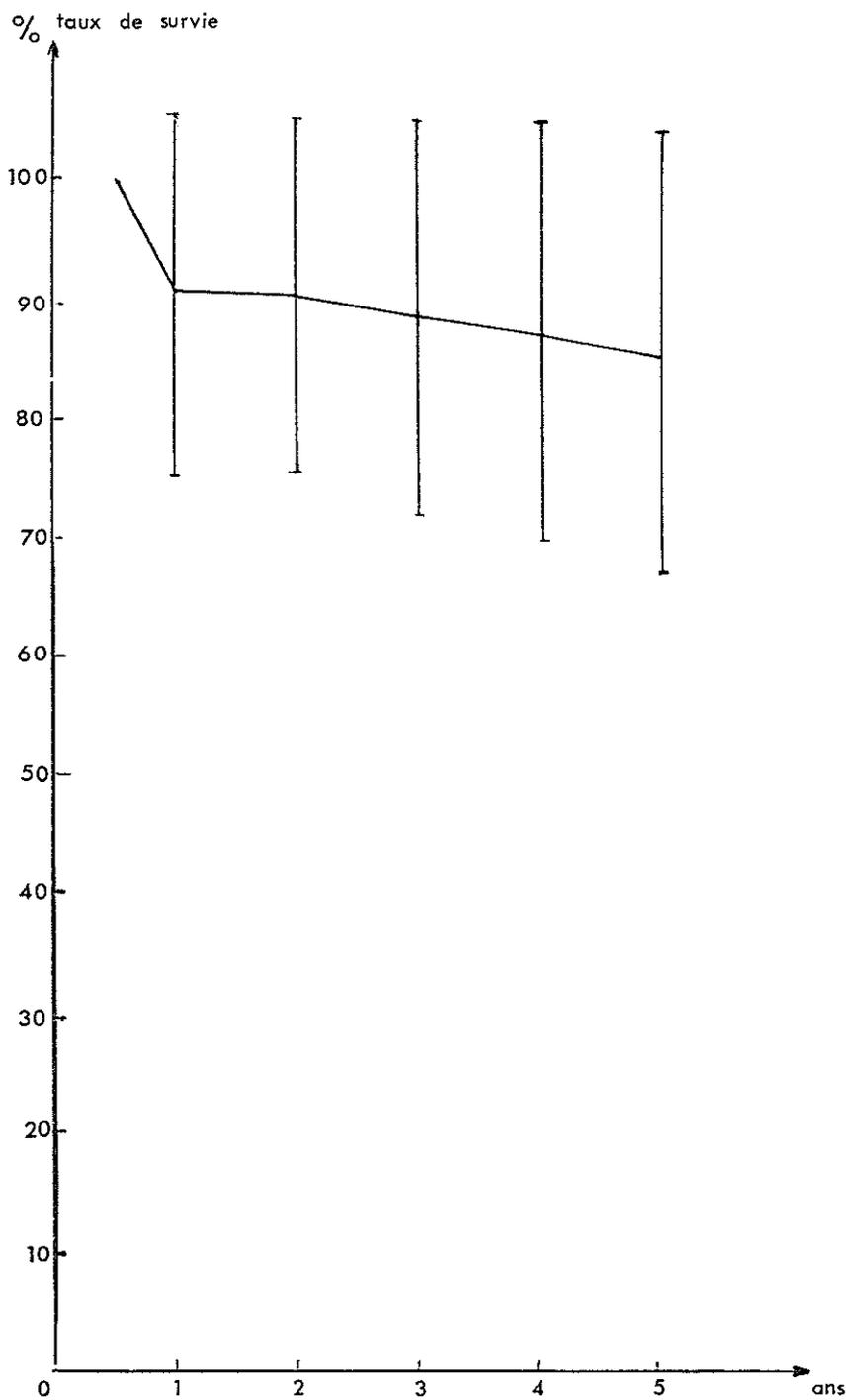


Fig. 13: Taux de survie des patientes classées G3 avec intervalles de confiance.

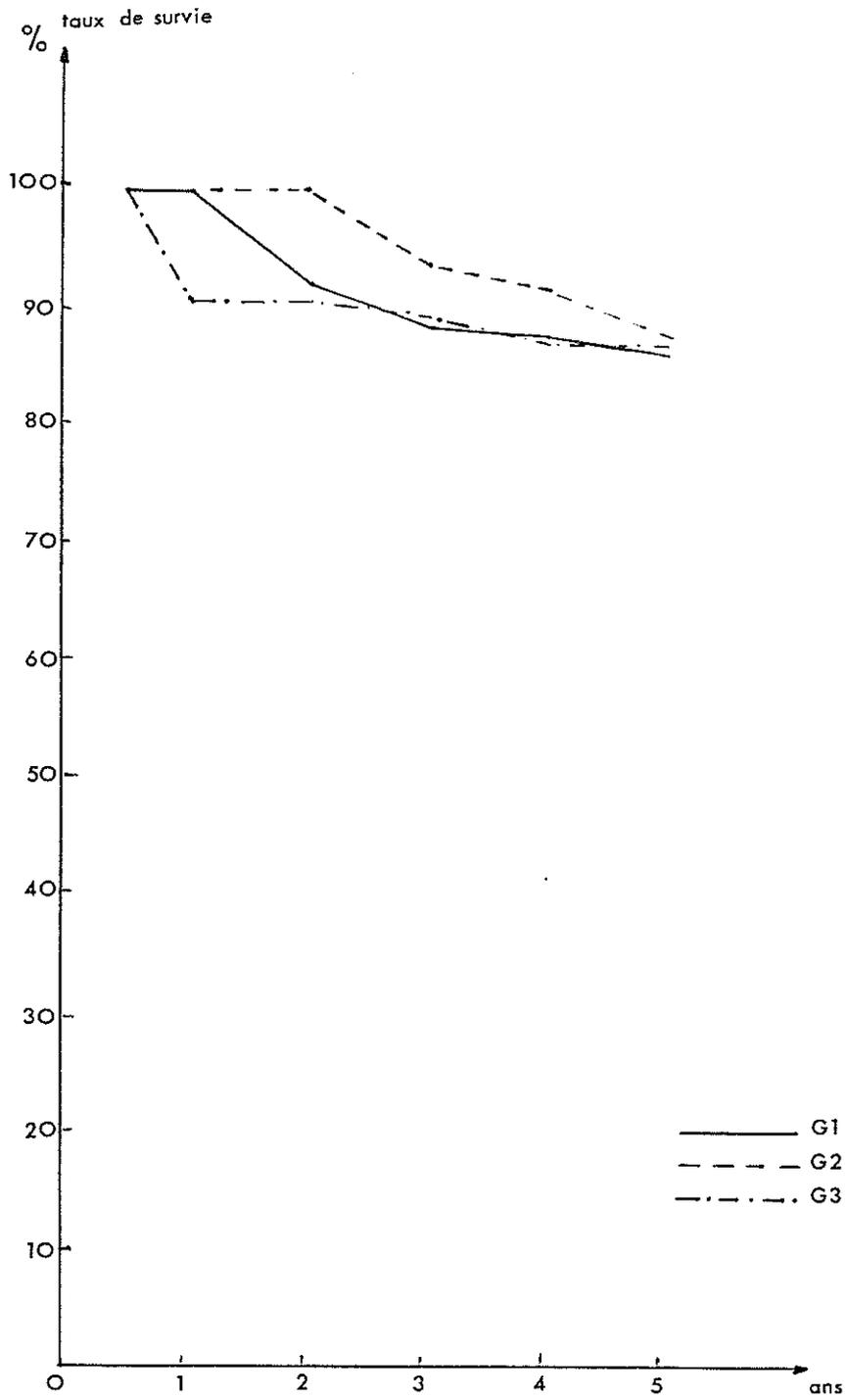


Fig. 14: Taux de survie selon le degré de différenciation.

## c) - Survie selon les différents protocoles thérapeutiques:

Selon le mode chirurgical:

Nous avons calculé les taux de survie selon le type d'intervention; hystérectomie avec ou sans curage et le taux de survie des non opérées, la figure nous donne le récapitulatif de ces différentes valeurs.

MODE OPERATOIRE TAUX DE SURVIE à:	PATIENTES OPEREES AVEC CURAGE GLANGLIONNAIRE 73 cas	PATIENTES OPEREES SANS CURAGE 27 cas	PATIENTES NON OPEREES 17 cas
06 mois	98,59 %	92,30 %	92,30 %
01 an	98,57 %	92 %	67,92 %
02 ans	97,14 %	82,60 %	61,53 %
03 ans	95 %	78,26 %	53,84 %
04 ans	93,75 %	73,91 %	50 %
05 ans	92,30 %	72,22 %	41,66 %

Tableau XXII: Taux de survie selon le mode opératoire.

Les intervalles de confiance sont pour chaque donnée:

Patientes opérées avec curage ganglionnaire:	à 06 mois:	98,59 % + ou - 2,70
	à 01 an:	98,57 % + ou - 2,72
	à 02 ans:	97,14 % + ou - 3,82
	à 03 ans:	95 % + ou - 4,99
	à 04 ans:	93,75 % + ou - 5,55
	à 05 ans:	92,30 % + ou - 6,11
Patientes opérées sans curage ganglionnaire:	à 06 mois:	92,3 % + ou - 10,05
	à 01 an:	92 % + ou - 10,23
	à 02 ans:	82,6 % + ou - 14,30
	à 03 ans:	78,26 % + ou - 15,55
	à 04 ans:	73,91 % + ou - 16,56
	à 05 ans:	72,22 % + ou - 16,89

.../...

Patientes non opérées	à 06 mois:	92,3 % + ou - 12,67
	à 01 an:	76,92 % + ou - 17,60
	à 02 ans:	61,53 % + ou - 20,33
	à 03 ans:	53,64 % + ou - 20,83
	à 04 ans:	50 % + ou - 20,89
	à 05 ans:	41,66 % + ou - 21,6

Une courbe a été tracée pour chaque mode chirurgical afin d'y inscrire les intervalles de confiance et une courbe récapitulative (fig.18 ) nous permet une vue d'ensemble.

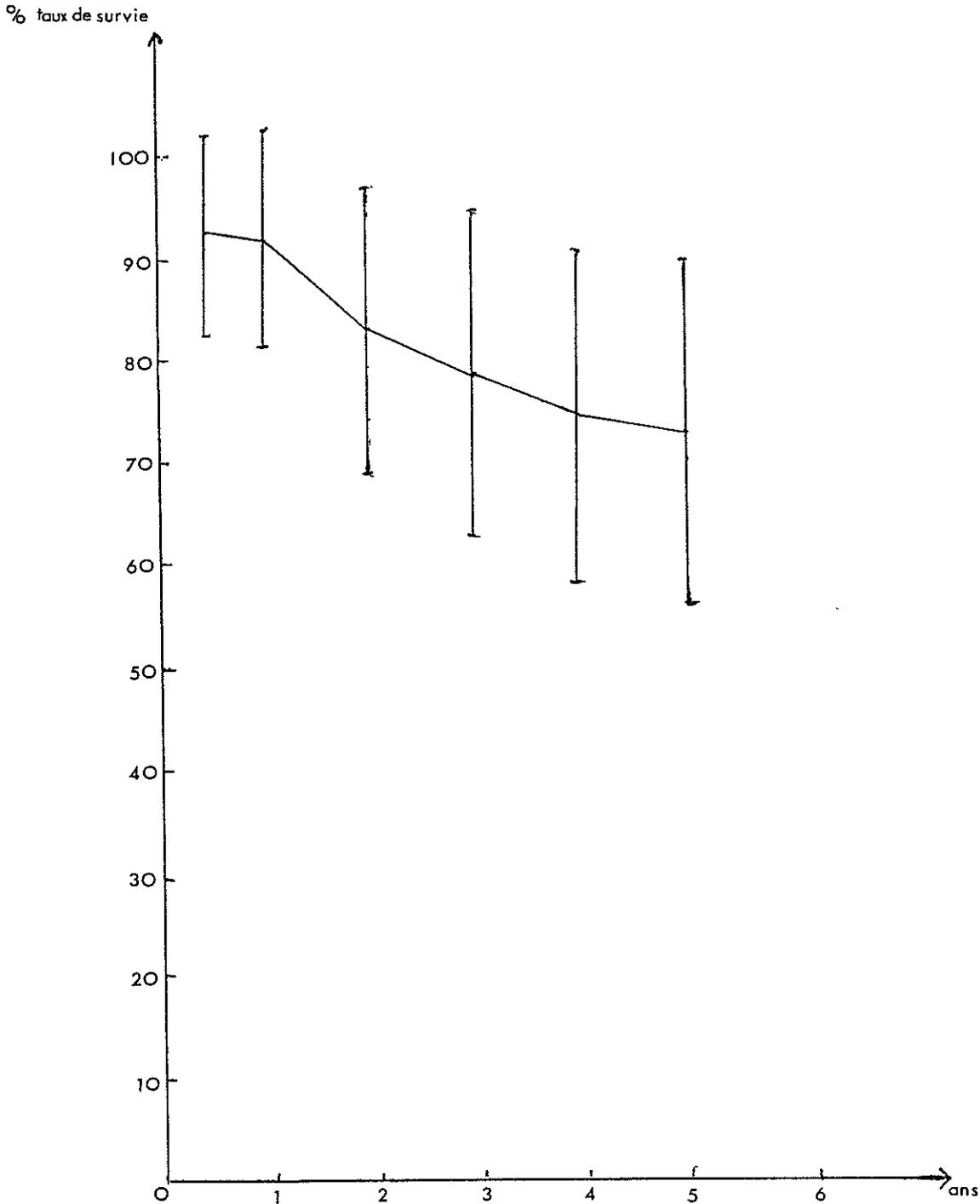


Fig. 15: Taux de survie des patientes opérées sans curage ganglionnaire avec intervalles de confiance.

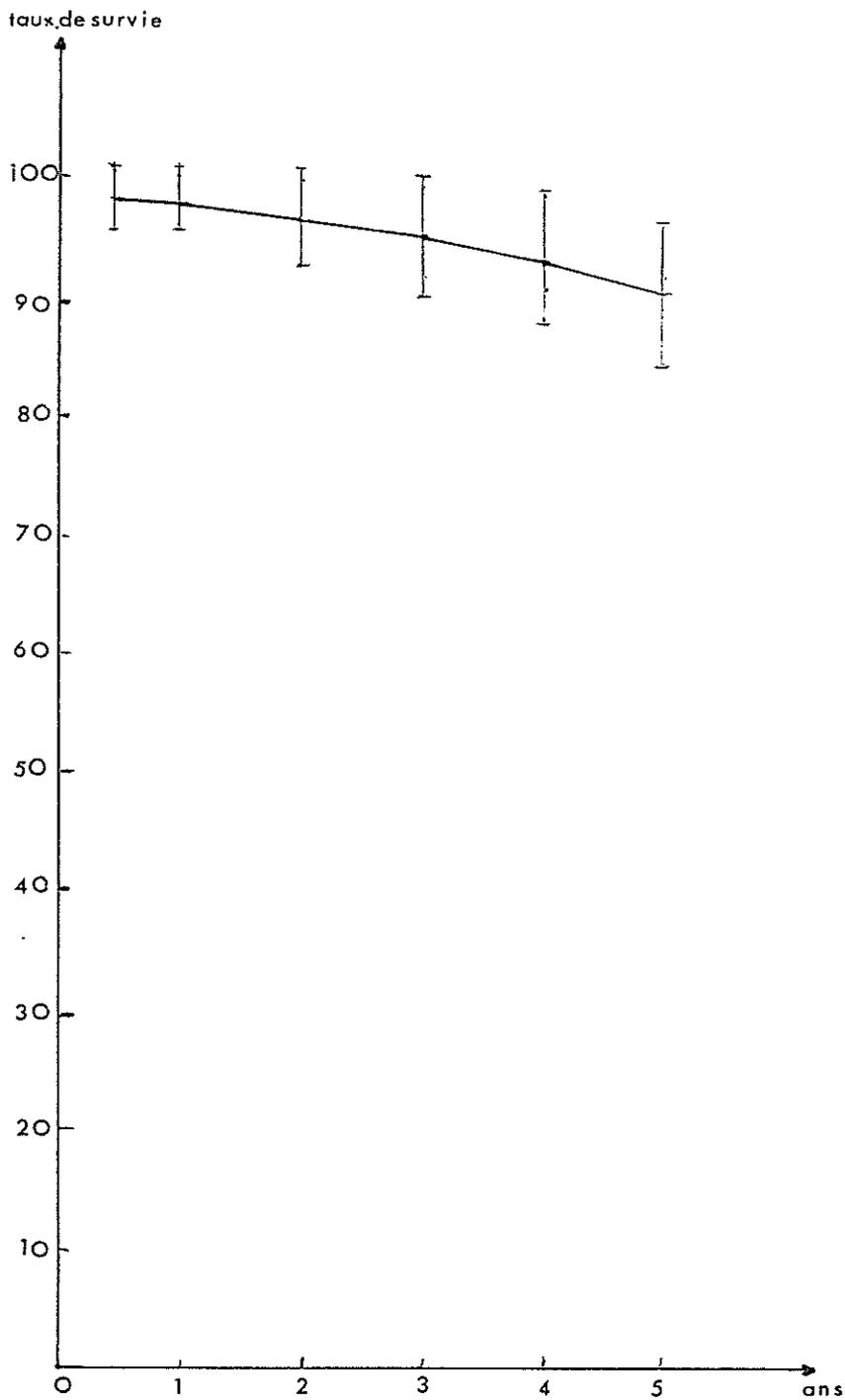


Fig. 16: Taux de survie des patientes opérées avec curage ganglionnaire et intervalles de confiance.

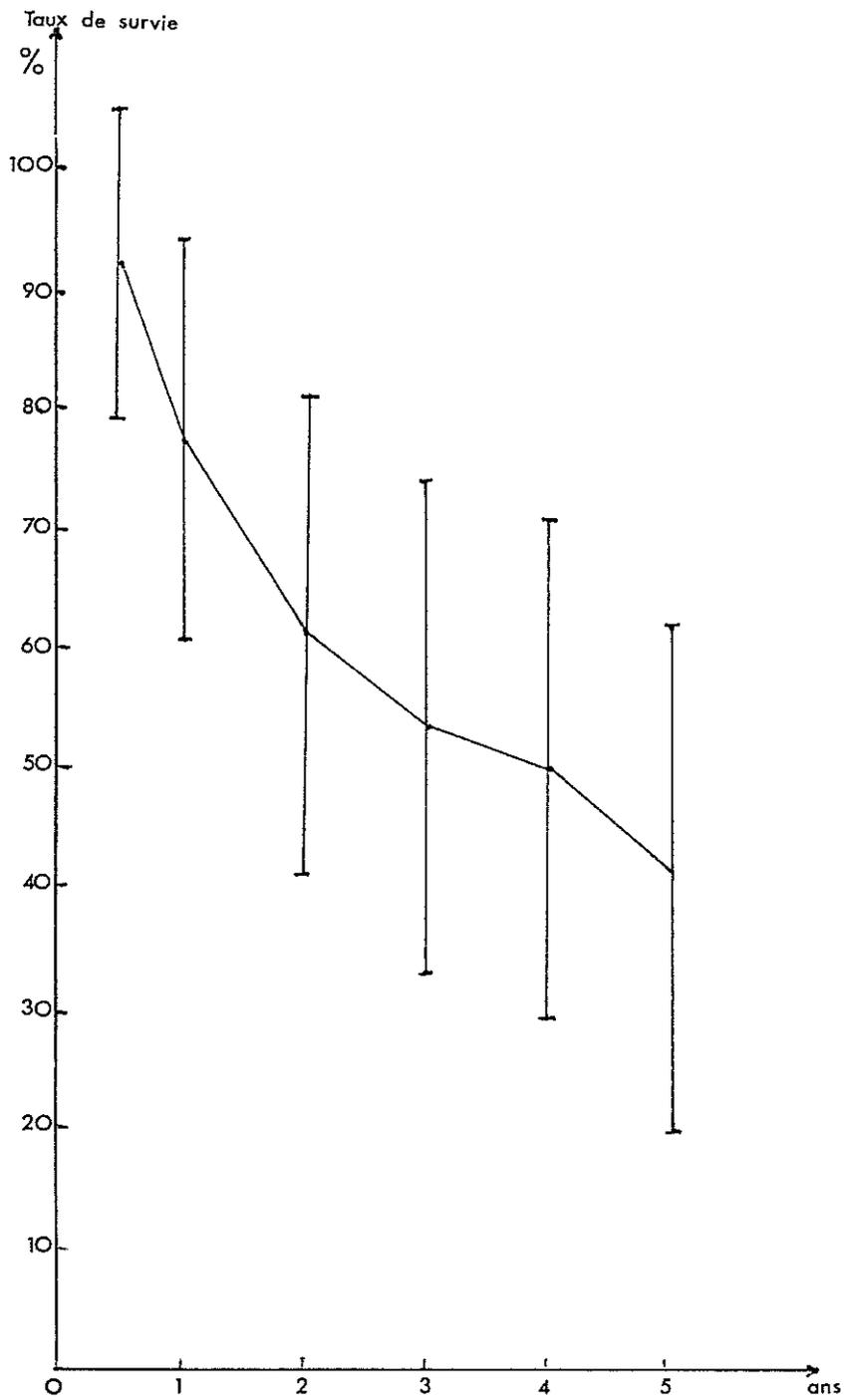


Fig 17: Taux de survie des non opérées avec intervalles de confiance.

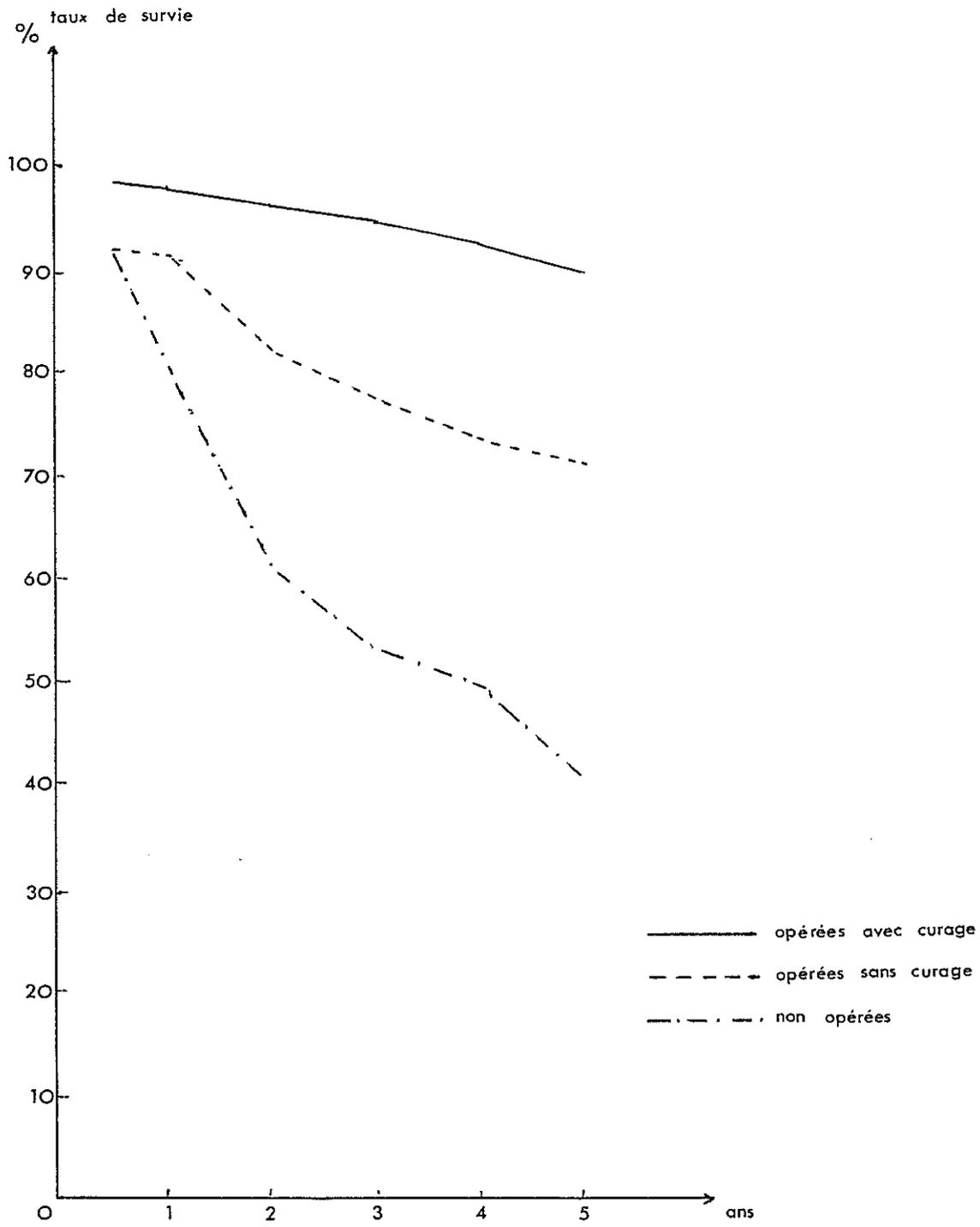


Fig. 18: Taux de survie selon l'acte chirurgical.

Selon le mode de curithérapie:

. Curithérapie pré-opératoire:

65 patientes ont subi une curithérapie pré-opératoire, le calcul des taux de survie et intervalles de confiance des valeurs retrouvées sont représentés par la figure et le tableau: (fig 21: tab XXIII)

DELAI DE TEMPS	06 mois	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
TAUX DE SURVIE DES CURITHERAPIES PRE-OPERATOIRES (%)	100 %	98,41 %	95,23 %	93,22 %	91,30 %	88,88 %
INTERVALLES DE CONFIANCE DES VALEURS DONNEES	00	+ ou - 3,026	+ ou - 5,14	+ ou - 6,065	+ ou - 6,79	+ ou - 7,58

Tableau XXIII: Taux de survie des patientes ayant subi une curithérapie pré-opératoire et intervalle de confiance de chaque valeur retrouvée.

. Curithérapie post-opératoire:

22 patientes ont subi une curithérapie post-opératoire, de même, les calculs des taux de survie de ces 22 patientes ainsi que les intervalles de confiance des valeurs retrouvées sont regroupés dans le tableau et représentés dans la figure (fig 20)

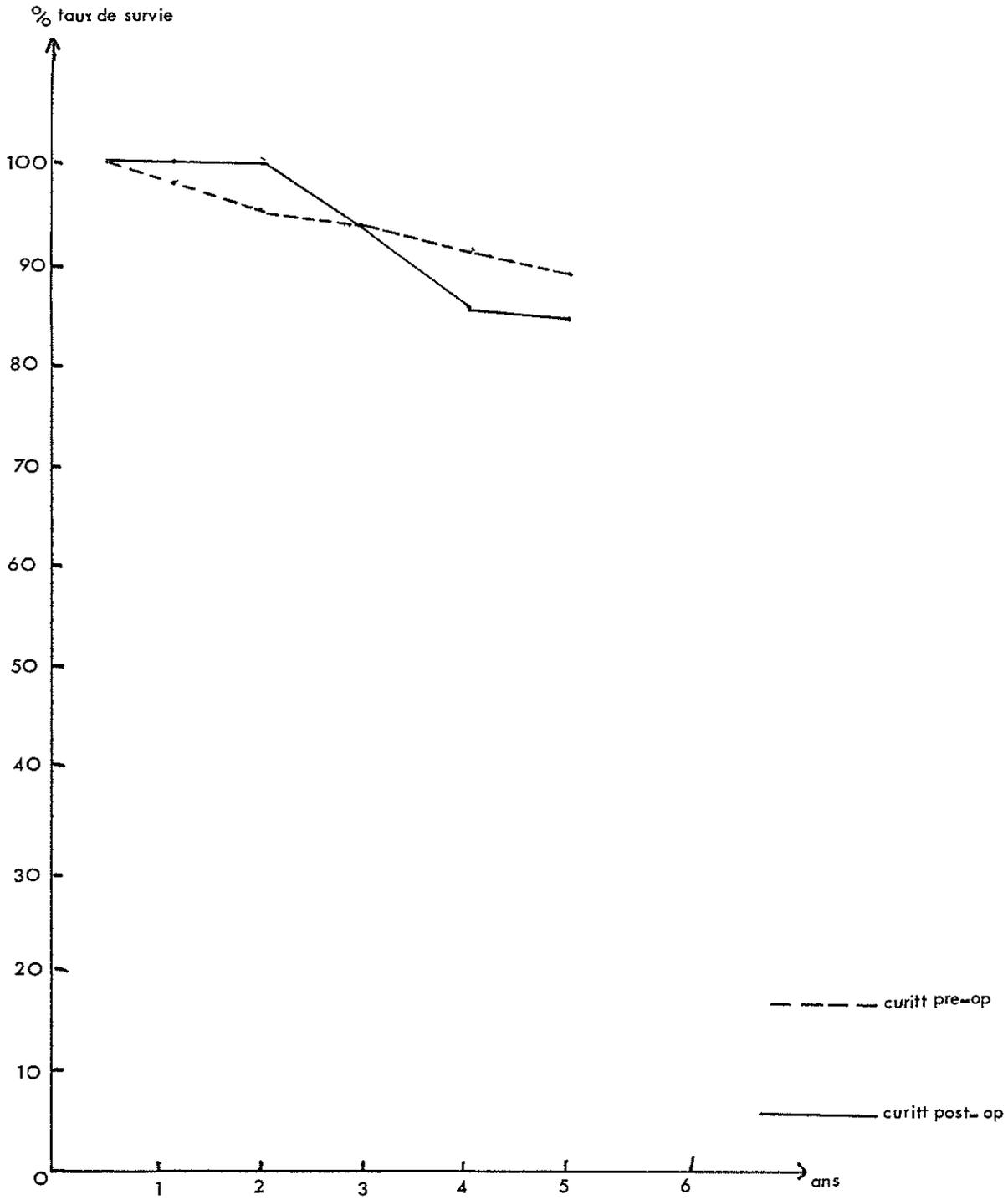


Fig. 19: Taux de survie des curithérapies pré et post-opératoires

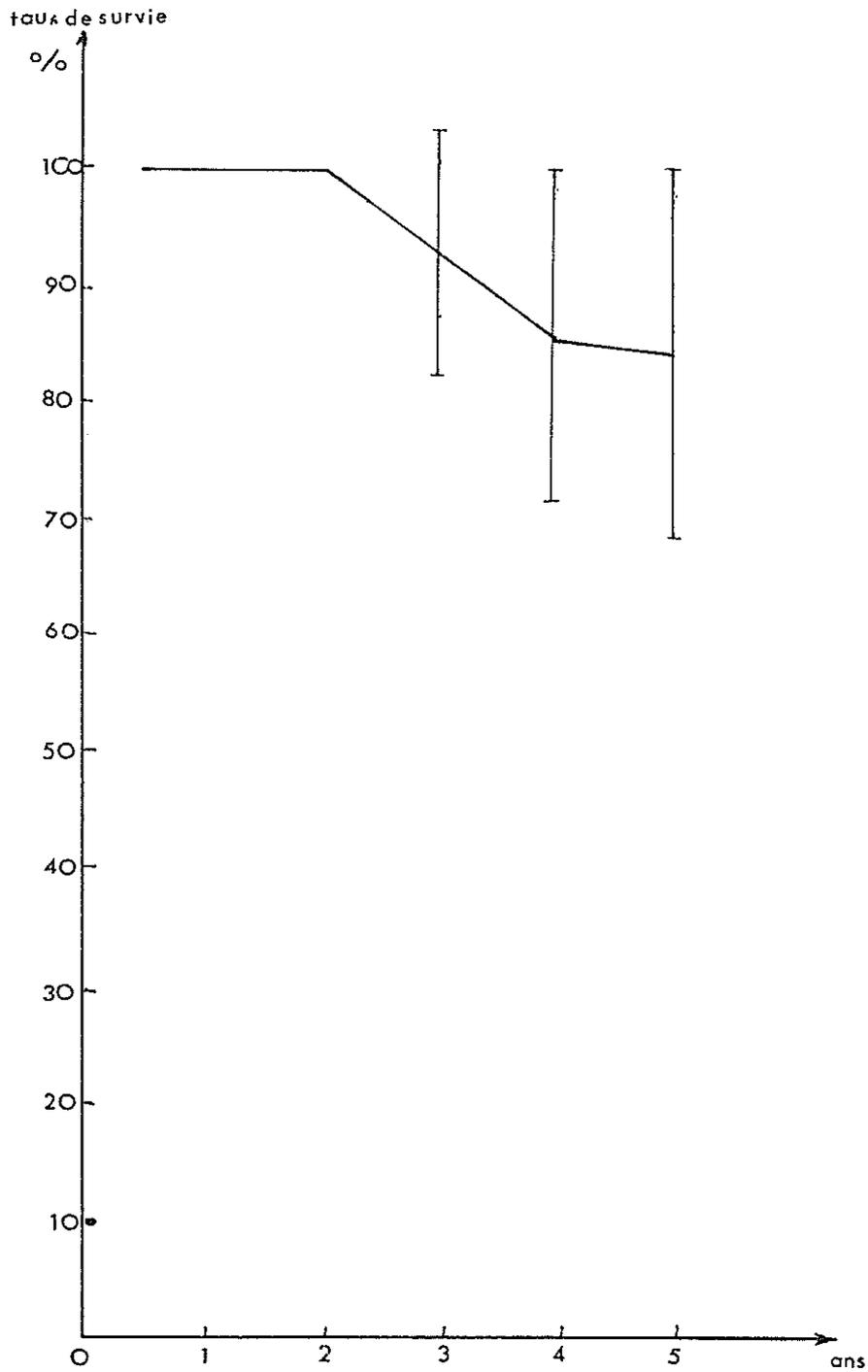


Fig.20: Taux de survie des curithérapies post-opératoires avec intervalles de confiance.

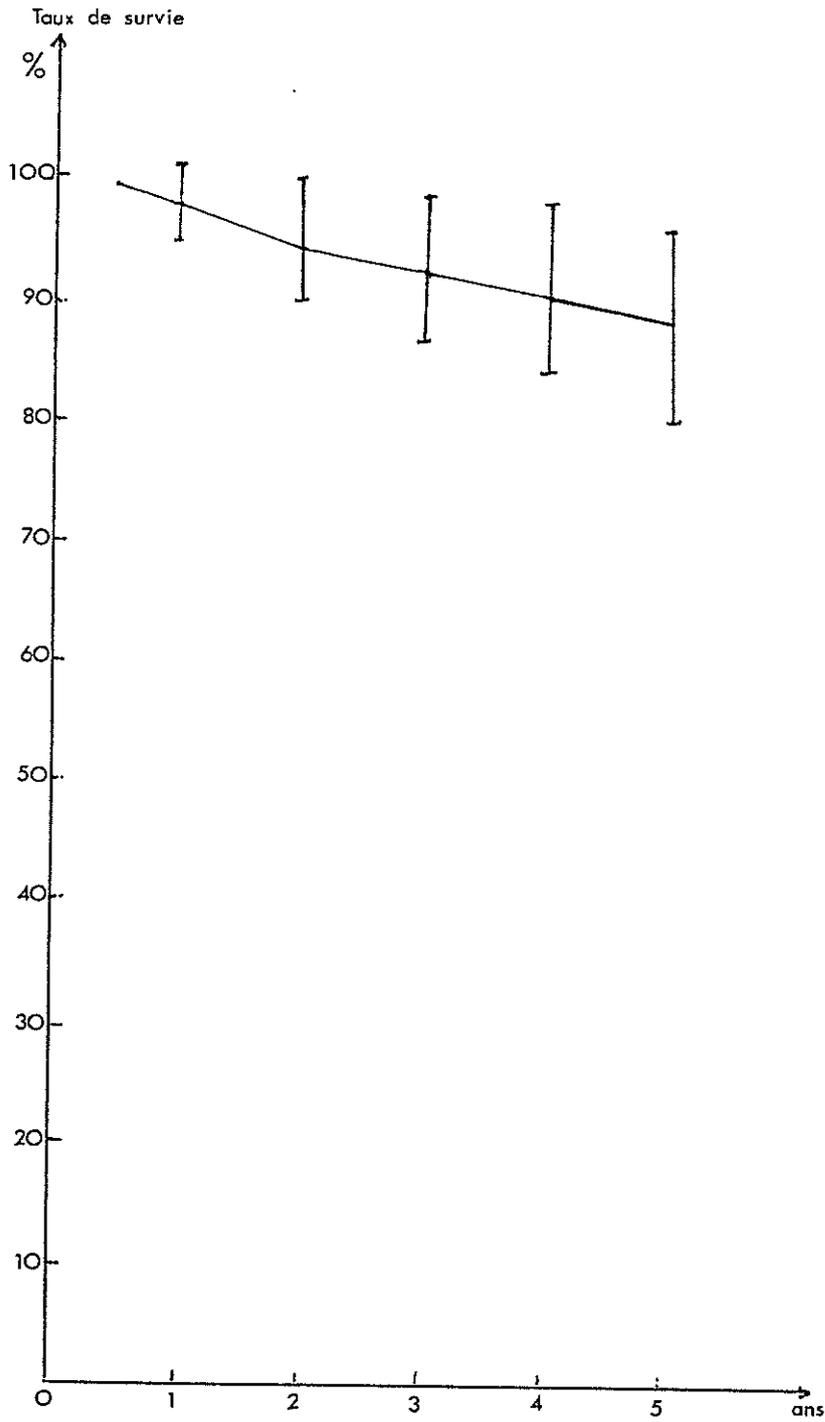


Fig. 21: Taux de survie des curithérapies pré-opératoires avec intervalles de confiance.

DELAI DE TEMPS	06 mois	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
TAUX DE SURVIE DES CURITHERAPIES POST-OPERATOIRES (%)	100 %	100 %	100 %	93,33 %	85,71 %	84,61 %
INTERVALLES DE CONFIANCE DES VALEURS DONNEES	00	00	00	+ ou - 10,42	+ ou - 14,62	+ ou - 5,079

Tableau XXIV: Taux de survie des patientes ayant subi une curithérapie post-opératoire et intervalle de confiance de chaque valeur retrouvée.

La figure 19 regroupe les courbes des taux de survie des patientes ayant subi une curithérapie post-opératoire, ceci afin de permettre une comparaison plus aisée des résultats.

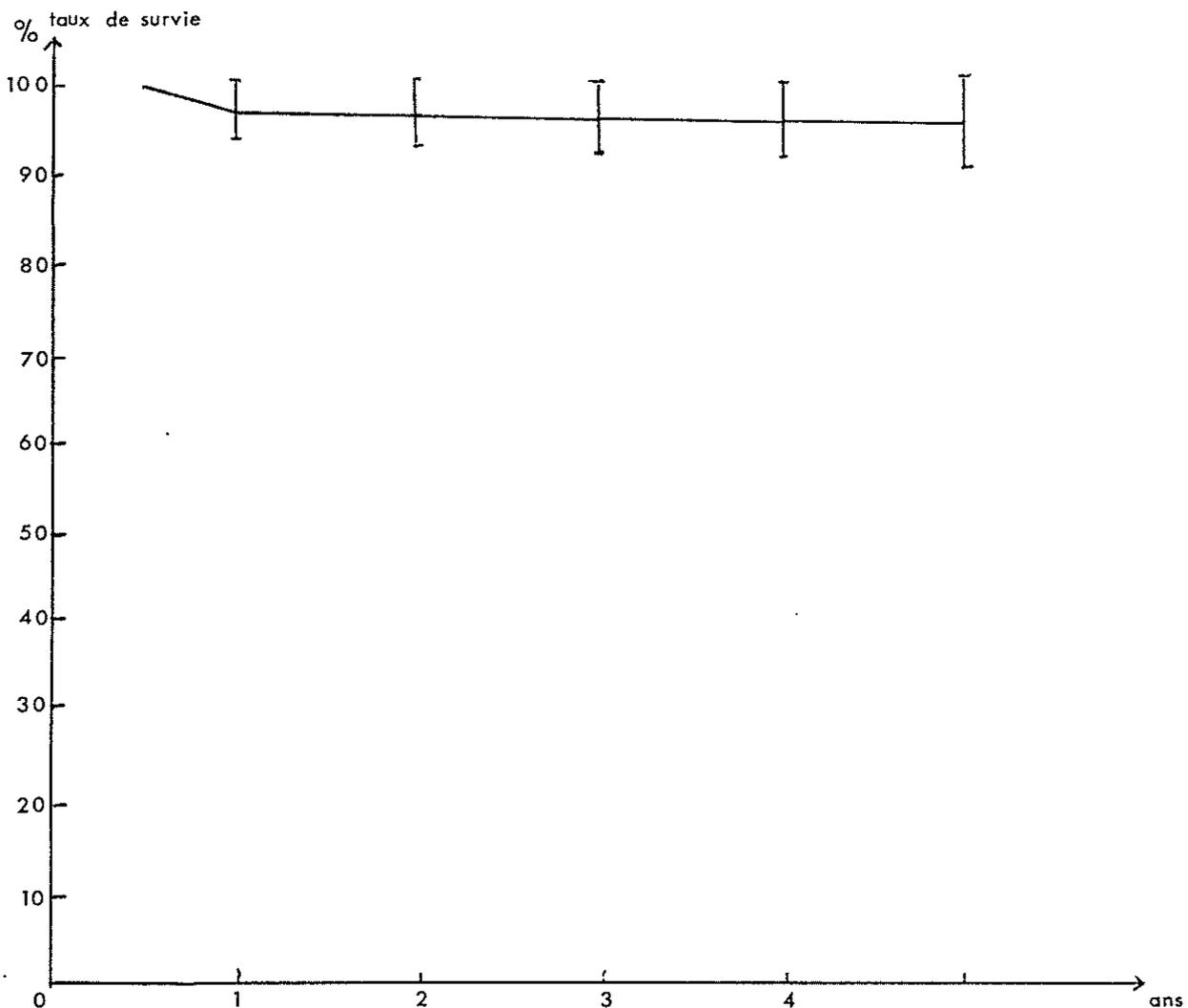


Fig. 22: Taux de survie des patientes ayant subi une curithérapie préopératoire et chirurgie avec intervalles de confiance.

.../....

Selon le protocole thérapeutique: association radio-chirurgicale effectué:

. Association curithérapie pré-opératoire et chirurgie:

55 patientes ont subi un tel protocole thérapeutique, leur taux de survie et l'intervalle de confiance de chaque donnée retrouvée sont figurés dans le tableau et sur la figure 22.

DELAI DE TEMPS	06 mois	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
TAUX DE SURVIE DES 55 PATIENTES AYANT SUBI CURITHERAPIE PRE-OPERATOIRE + CHIRURGIE	100 %	98,07 %	98,08 %	97,91 %	97,43 %	96,42 %
INTERVALLES DE CONFIANCE DES VALEURS DONNEES	00	+ ou - 13,63	+ ou - 3,6308	+ ou - 3,78	+ ou - 4,18	+ ou - 4,91

Tableau XXV: Taux de survie des patientes ayant subi une association: curithérapie préopératoire + chirurgie.

. Association curithérapie pré-opératoire - chirurgie - radiothérapie externe post-opératoire:

10 patientes ont subi un tel protocole, leurs taux de survie sont regroupés par le tableau et représentés par la figure :

DELAI DE TEMPS	06 mois	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
TAUX DE SURVIE DES 10 PATIENTES AYANT SUBI CURITHERAPIE PRE-OPERATOIRE + CHIRURGIE + RADIOTHERAPIE EXTERNE	100 %	100 %	80 %	70 %	62,5 %	62,5 %
INTERVALLES DE CONFIANCE DES VALEURS DONNEES	00	00	+ ou - 24,79	+ ou - 28,4	+ ou - 30,03	+ ou - 30,03

Tableau XXVI: Taux de survie des 10 patientes ayant subi une curithérapie pré-opératoire puis chirurgie puis une radiothérapie externe post-opératoire.

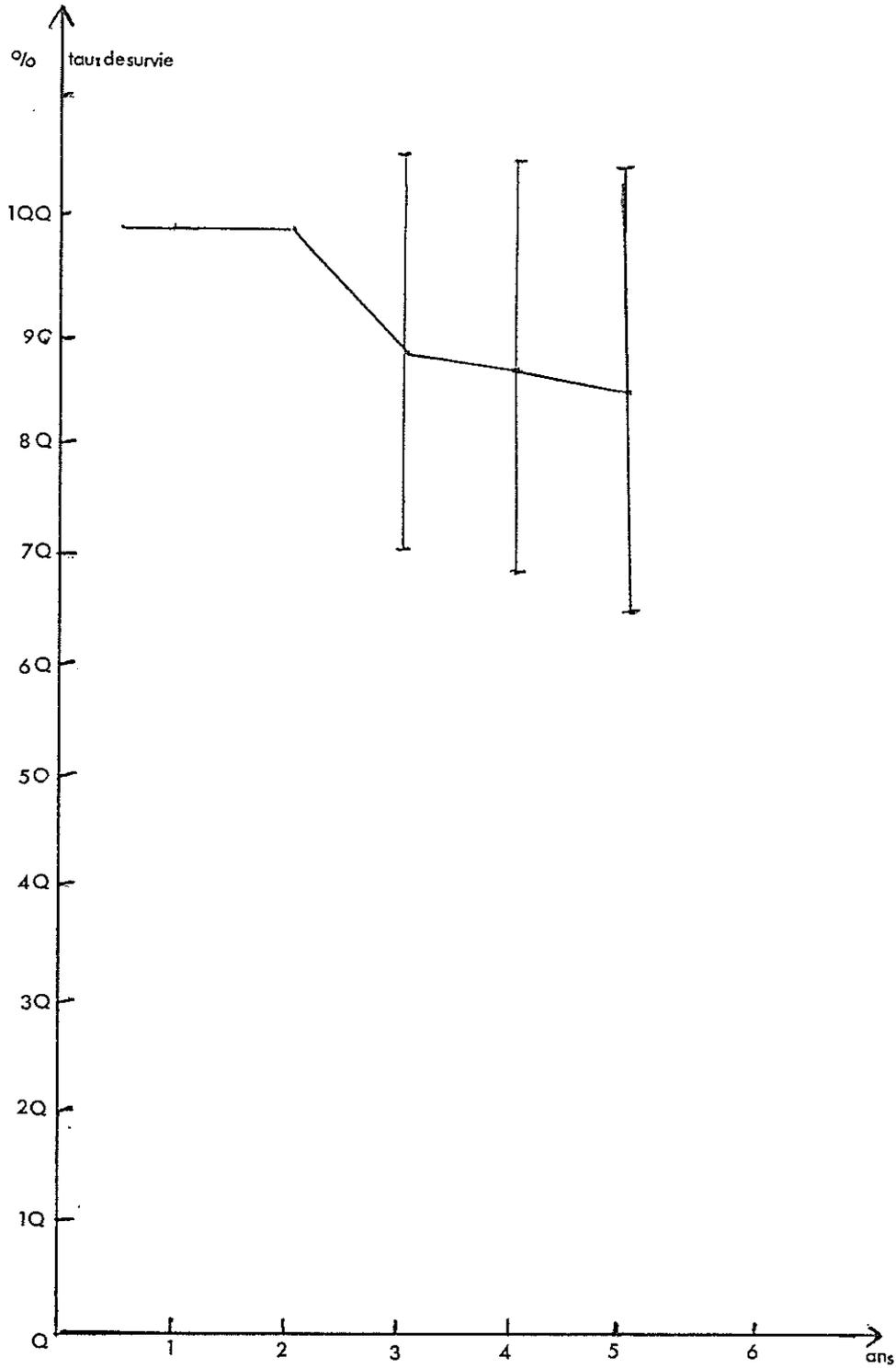


Fig. 23: Taux de survie des patientes ayant subi chirurgie + curithérapie post-opératoire avec intervalles de confiance.

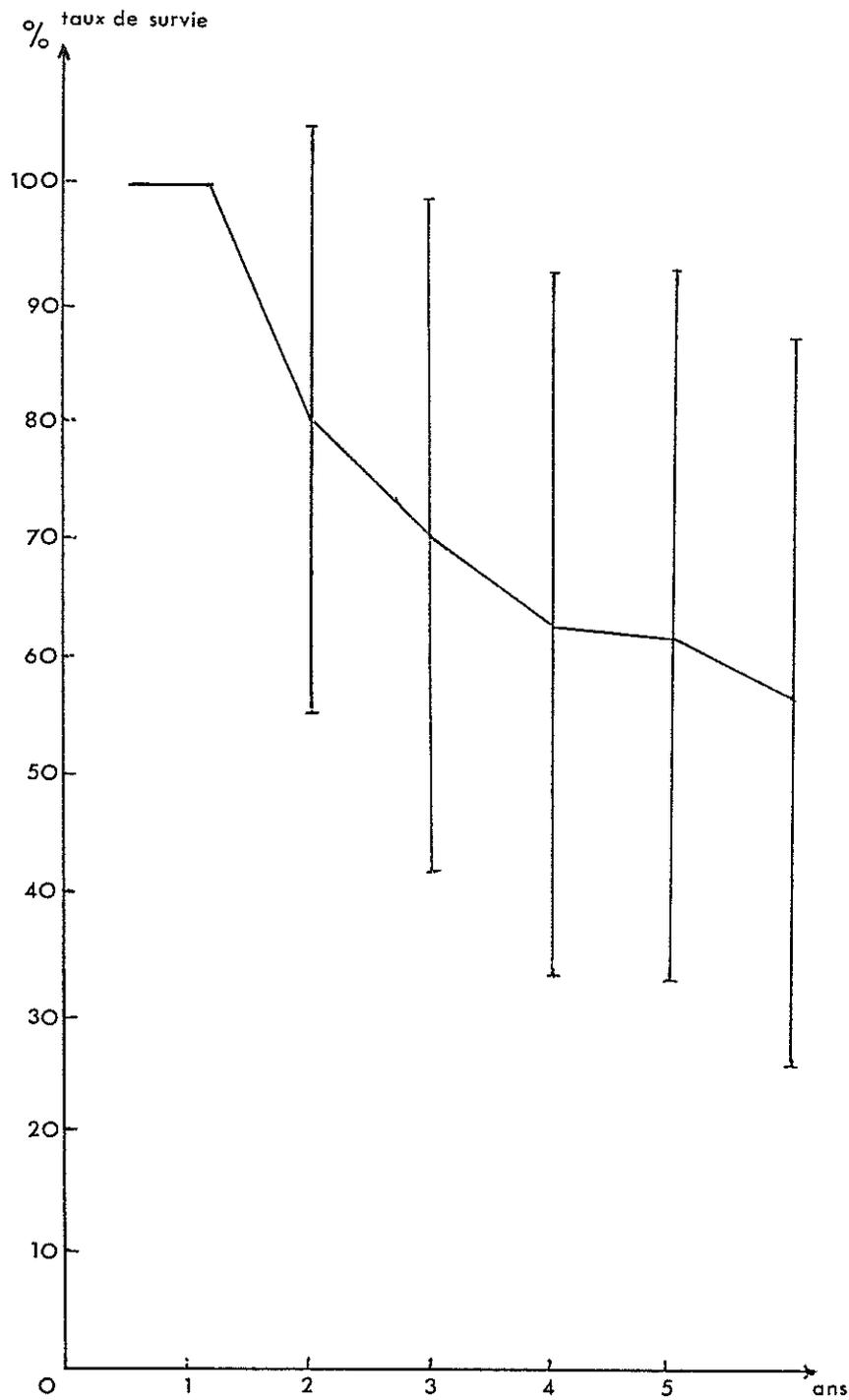


Fig. 24: Taux de survie des patientes ayant subi curithérapie pré-opératoire + chirurgie + radiothérapie externe post-opératoire avec intervalles de confiance.

. Association chirurgie - curithérapie post-opératoire:

Ce protocole concerne 12 patientes, les taux de survie et intervalles de confiance sont donnés dans le tableau: XXVII et la figure (23)

DELAI DE TEMPS	06 mois	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
TAUX DE SURVIE DES 12 PATIENTES AYANT SUBI CHIRURGIE + CURITHERAPIE POST-OPERATOIRE	100 %	100 %	100 %	88,88 %	87,5 %	85,71 %
INTERVALLES DE CONFIANCE DES VALEURS DONNEES	00	00	00	+ ou - 17,78	+ ou - 18,71	+ ou - 19,80

Tableau XXVII: Taux de survie des 12 patientes ayant subi une chirurgie suivie d'une curithérapie post-opératoire.

% taux de survie

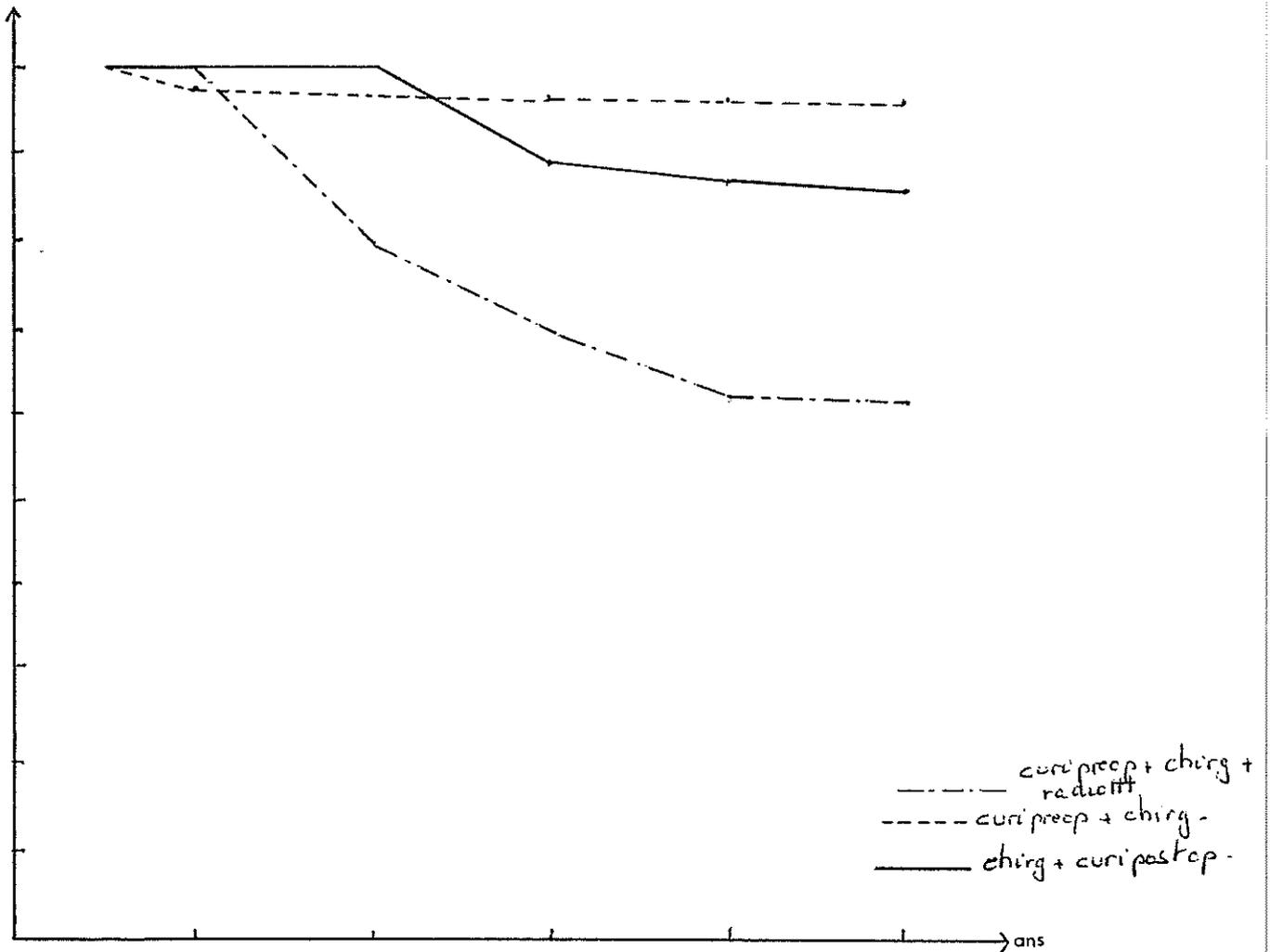


Fig. 25: Taux de survie des patientes selon différents protocoles thérapeutiques.

.../...

La figure 25 regroupe les 03 figures précédentes, permettant ainsi une comparaison plus aisée.

Il nous reste à calculer les taux de survie des 04 protocoles restants, ne concernant qu'un petit nombre de patientes: 04, 06, 08 et 08.

. Association: chirurgie - curithérapie post-opératoire - radiothérapie externe post-opératoire: 04 cas.  
Les taux de survie sont de 100% à 06 mois, 01 an, 02 ans, 03 ans, 04 ans, 05 ans, à 06 ans, le taux chute à 50 % et à 25 % à 07 ans.

. Association chirurgie - radiothérapie externe post-opératoire et curithérapie post-opératoire de surdosage: 06 cas.  
Les taux de survie sont de 100% à 06 mois, 01 an, et 02 ans puis chutent à 66,66 ans à 03 à 03 ans et 0 à 04 ans.

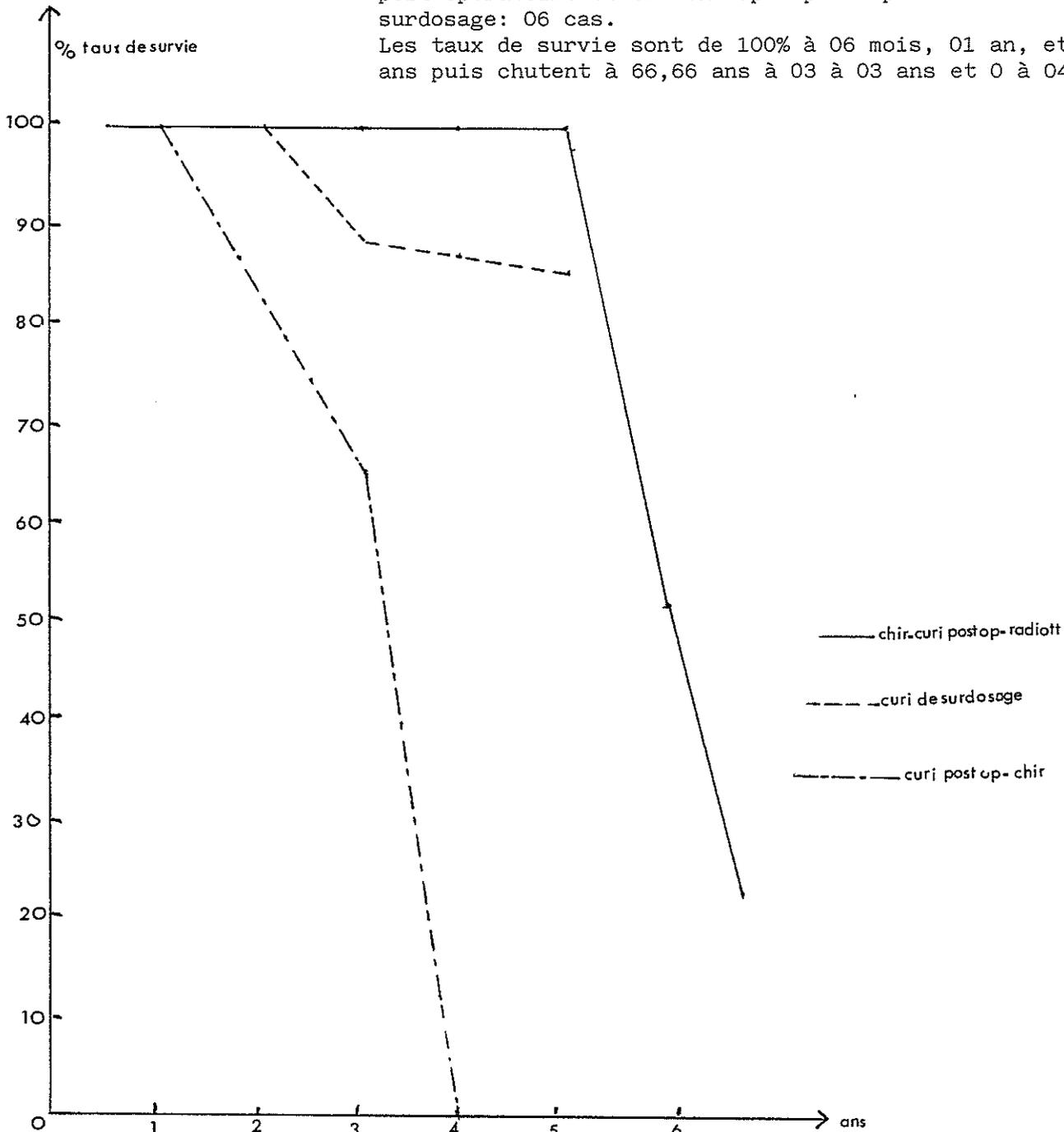


Fig. 26: Taux de survie des patientes selon différents protocoles thérapeutiques.

. Association chirurgie - radiothérapie externe: 08 cas

DELAI TEMPS	01 ans	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans
TAUX DE SURVIE	100 %	85,71 %	83,33 %	71,42 %	66,66 %

Tableau XXVIII

. Radiothérapie externe seule (patientes non opérées): 08 cas

DELAI TEMPS	01 an	02 ans	03 ans	04 ans	05 ans	06 ans
TAUX DE SURVIE	66,66 %	37,5 %	25 %	16,66 %	16,66 %	00

Tableau XXIX

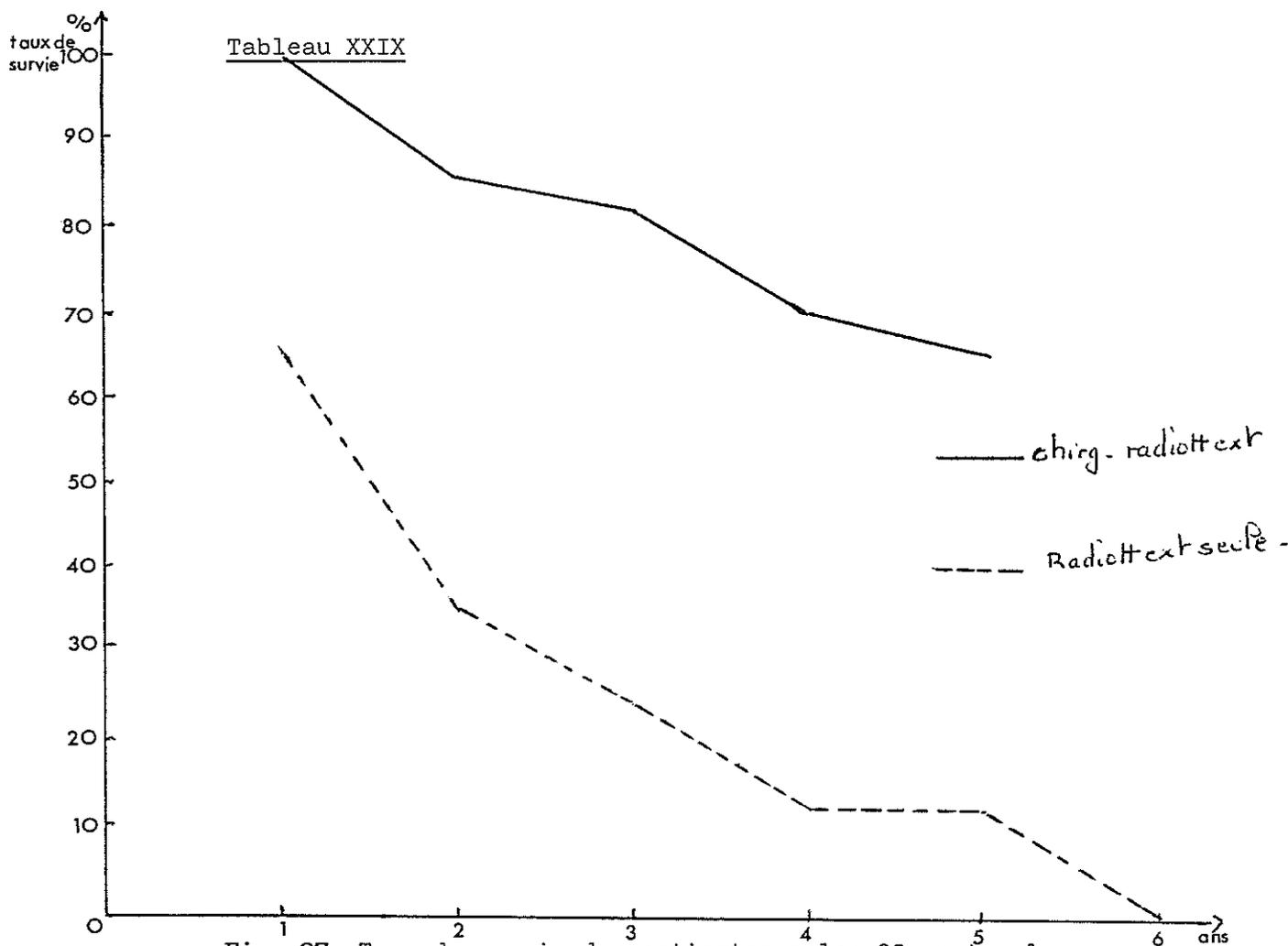


Fig. 27: Taux de survie des patientes selon 02 protocoles thérapeutiques

.../...

- V - ETUDE DES DECES ET DES PERDUES DE VUE -

a) Perdues de vue:

Parmi nos 117 patientes, 11 ont été perdues de vue au cours du suivi et parfois même en cours de traitement.

Leur classification par stade, ainsi que le délai au bout duquel elles ont été perdues de vue nous donne:

- 04 patientes classées T1a, le délai de perte de vue est en moyenne de 10 mois,
- 04 patientes classées T1b, le délai de perte de vue est en moyenne de 01 mois et demi,
- 02 patientes classées T2, le délai de perte de vue est en moyenne de 24 mois,
- 01 patiente classée T3, perdue de vue au bout de 24 mois.

b) - Etude des décès:

L'étude des décès nous permet de dénombrer 19 cas de décès se détaillant ainsi:

- . 13 patientes sont décédées d'évolution terminale de leur néoplasie utérine avec localisations métastatiques multiples, leur classement par stade nous donne:

T1a	03 cas		
T1b	02 cas	tu	01 cas
T2	03 cas	Tx	01 cas
T3	03 cas.		

- . 06 patientes sont décédées d'autre cause:

- Evolution terminale d'une autre néoplasie:

02 cas    01 cas de néoplasie pylorique classée T1a  
01 cas de néoplasie mammaire avec métastase osseuse classée T2.

- Cause inconnue: 01 cas classé T1a.

- Autres causes: 03 cas

- . 01 cas décédée suite à un accident vasculaire cérébral classée T2,
- . 01 cas décédée d'insuffisance rénale classée T1b
- . 01 cas décédée d'embolie pulmonaire secondaire à une phlébite classée T1a.

Le décès, quelle que soit sa cause, survient en moyenne 40 mois après la 1ère venue dans le service.

Les décès dus à une évolution terminale néoplasique surviennent en moyenne 34 mois après la 1ère venue dans le service.

.../...

- VI - PATIENTES EN REMISSION ET PATIENTES PORTEUSES D'UNE PATHOLOGIE EVOLUTIVE -

## a) - patientes en rémission:

Si l'on considère qu'un délai de 05 ans après le dernier traitement pratiqué chez une patiente, sans récurrence ni localisation secondaire, nous permet de dire que cette patiente est en rémission alors; parmi notre population de 117 patientes, 52, soit 44,44 % d'entre elles peuvent être considérées en rémission.

Selon la classification FIGO, ces patientes se détaillent ainsi:

Stade 1a: 14 patientes en rémission,  
 Stade 1b: 30 patientes en rémission,  
 Stade 2: 07 patientes en rémission,  
 Stade 3: 01 patiente en rémission.

Pour le reste des patientes, soit 32 cas, le délai entre le dernier traitement et le 01 janvier 1988 est inférieur à 05 ans, intervalle de temps sans récurrence ni localisation secondaire:

Le délai est de: 02 ans pour 06 patientes,  
 03 ans pour 14 patientes,  
 04 ans pour 11 patientes,  
 18 mois pour 01 patiente.

## b) - Patientes porteuses d'une pathologie évolutive:

03 patientes présentent une néoplasie endométriale évolutive, il s'agit de:

- . 02 patientes classées stade 2,
- . 01 patiente classée stade 4b.

Pour clore ce chapitre, un tableau récapitulatif de certaines données tableau, nous aidera pour les constatations ultérieures:

STADES	NOMBRE TOTAL	NOMBRE RECIDIVE VAGINALE	RECIDIVE PELVIENNE	METASTASE	REMISSION (nbe)	EVOLUTIVE (nbe)	SURVIE A 05 ANS %
T1a	43	01	02	02	14	00	85,71 %
T1b	45	01	00	01	30	00	88,88 %
T2	19	03	05	04	07	02	66,66 %
T3	07	01	02	02	01	00	33,33 %
T4	02			02	00	01	00 %
TX	01			01	00	00	00 %

Tableau XXX: Tableau récapitulatif de certaines données retrouvées par l'étude de notre population de 117 patientes.

- D I S C U S S I O N -

- DISCUSSION -

- I - MISE AU POINT ET CRITIQUE DES PRECEDENTS CHAPITRES -

Nous pouvons donc constater que parmi nos 117 patientes porteuses d'un carcinome de l'endomètre, 100 ont subi une hystérectomie associée à un traitement radiothérapeutique (radiothérapie externe et/ou curithérapie); la classification FIGO nous permet de constater que nous avons eu à faire, dans la majorité des cas (88 sur 117, 75,21 %) à des patientes classées stade 1, les taux de survie globale retrouvés à 05 ans et à 10 ans sont respectivement de 85,71 % et 66,66 %.

Sur le plan épidémiologique, la moyenne d'âge de nos 125 patientes à l'arrivée dans le service est de 63,5 ans, le cancer de l'endomètre est donc un cancer de la femme âgée; dans la littérature, la moyenne d'âge au moment du diagnostic se situe entre 50 et 75 ans (03 - 09 - 40).

Notre population retrouve 02 pics de fréquence: 50 - 55 ans et 65 - 75 ans, ce phénomène est décrit actuellement dans différentes enquêtes épidémiologiques (11); les données INSERM (annexe III) montrent, elles, une augmentation du nombre de cancers de l'endomètre avec le vieillissement.

Nous avons vu d'autre part que 81,46 % de notre population est composée de femmes ménoposées et que 16,5 % sont nullipares, là aussi, la littérature nous montre que le pourcentage des femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre et nullipares varie entre 25 et 41 % (04); notre résultat est donc inférieur à la moyenne constatée, l'âge de survenue de la ménopause retrouvé dans notre enquête est lui superposable aux données bibliographiques (03 - 04).

En ce qui concerne l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle, le pourcentage de patientes porteuses d'un cancer de l'endomètre et de l'une ou de plusieurs de ces affections (tableau IV) est superposable aux données littéraires (34), il s'agit donc de facteurs de risques non négligeables. On note d'autre part que seul 5,6 % des patientes concernées par cette étude a subi un traitement hormonal avant la pose du diagnostic de cancer de l'endomètre, que parmi ces patientes, 02 seulement ont subi un traitement à base d'oestrogènes, il est donc difficile de juger le rôle du facteur hormonal dans la survenue du cancer de l'endomètre (19).

En ce qui concerne notre enquête, comme nous l'avons montré dans la remarque (c) p.10), le seul élément en faveur d'une hyperoestrogénie endogène serait la présence de 27,72 % de femmes à la fois obèses et ménoposées (12), néanmoins, on ne peut ignorer le risque d'hyperplasie endométriale et cancer de l'endomètre lors d'oestrogénothérapie seule ou sécrétion endogène accrue ou persistante d'oestrogènes comme l'a montré CAMBRELL RDJr (12 - 18).

Comme le dit P. HACKER: "le cancer de l'endomètre est la première cause de métrorragies post-ménopausiques" (21). De là découle une règle d'or: "toute métrorragie post-ménopausique témoigne d'un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve anatomopathologique du contraire". La littérature retrouve dans 90 à 97 % des cas la survenue de métrorragie comme signe d'appel (21 - 26), en ce qui nous concerne 73,6 % des patientes ont présenté des métrorragies dont 62,4 % post-ménopausiques, d'autres signes d'appel sont détaillés dans le tableau V, signes en fréquence moins importants.

Il faut noter que bien qu'ayant affaire à une symptomatologie évocatrice, souvent les patientes ont attendu avant de consulter et d'envisager un bilan étiologique; seules, 47,2 % d'entre elles n'ont attendu que quelques jours. Nous avons constaté que l'hystérogographie reste l'examen para-clinique le plus pratiqué à la recherche du diagnostic étiologique (26); 74 patientes sur 125 ont subi cet examen en lère intention, et, dans tous les cas, les images retrouvées étaient évocatrices d'un cancer de l'endomètre; la preuve histologique, elle, a été donnée dans 67,2 % par étude d'une pièce de curetage biopsique, dans 20 % par étude de pièce opératoire et seulement dans 1,6 % des cas par étude de biopsies pratiquées par l'hystérocopie alors que cet examen a-traumatique est préconisé comme l'examen de choix dans le dépistage et le diagnostic des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses de l'endomètre (26 - 30 -31).

Le fait que dans notre enquête, peu de patientes ont subi un tel examen est probablement lié au fait que les années de recrutement vont de 1975 à 1985, période durant laquelle cet examen était moins largement prescrit.

Après la classification anatomopathologique nous n'avons considéré, comme indiqué dans la méthodologie choisie que les carcinomes et plus particulièrement les adénocarcinomes de l'endomètre; parmi ces derniers, 03 d'entre eux présentent un degré de différenciation indéterminé, ceci tient au fait que les compte-rendus anatomopathologiques nous sont arrivés incomplets, ces patientes ayant été hystérectomisées dans d'autres centres hospitaliers.

Bien qu'une demande de complément d'information ait été faite pour plusieurs patientes; dans les 03 cas considérés ci-dessus, nous n'avons pas obtenu de résultats positifs. Nous constatons néanmoins que dans la majorité des cas nous avons affaire à des adénocarcinomes bien différenciés.

En ce qui concerne le bilan d'extension tumorale, nous avons cité une série d'examens considérés comme bilan d'extension "type" d'un adénocarcinome de l'endomètre, or, la pratique de ces examens complémentaires est souvent décidée après et en fonction du bilan clinique initial. En effet, si l'on considère la rectoscopie, elle n'a été pratiquée que si, lors du toucher rectal ou toucher bidigital, il existait un doute au niveau de la paroi rectovaginale.

La radiographie pulmonaire elle, a été pratiquée systématiquement chez toutes nos patientes; par contre, il faut noter que 08 d'entre elles n'ont subi que cet examen pour tout bilan d'extension!

Certains examens, tel que la tomодensitométrie n'ont été que peu pratiqués (03 cas); ceci peu s'expliquer par le fait que cet examen est surtout utile pour le bilan d'extension dans les stades évolués (III et IV) car il précise l'extension aux organes de voisinage, il faut néanmoins savoir qu'avec la tomодensitométrie, la tumeur est inconstamment visible sous forme d'une hypodensité relative (29); il ne faut pas la pratiquer systématiquement chez les patientes qui vont être opérées mais plutôt la réserver à des patientes très difficile à examiner (obésité importante...) ou récusées sur le plan chirurgical. Pour l'échographie (20 cas), son rôle est limité pour le bilan d'extension des tumeurs génitales; pour l'endomètre, il n'est guère possible de différencier par échographie une muqueuse trop abondante d'un adénocarcinome, son seul avantage est probablement comme le décrit A. POTIER (35), sa répétitivité facile.

Nous avons utilisé les deux classifications FIGO et TNM dans notre travail associés à une classification des patientes selon le degré de différenciation de la tumeur présentée, ceci afin de mieux classer notre population en fonction du degré d'évolution de la tumeur et des facteurs pronostiques du cancer de l'endomètre (5).

Compte tenu de la diversité des protocoles thérapeutiques pratiqués, il nous a semblé logique, en essayant d'être le plus clair possible, d'envisager chaque traitement subi par nos patientes. Il faut noter que l'acte chirurgical reste le premier traitement du cancer de l'endomètre, et de lui, découle le protocole thérapeutique décidé pour chaque malade(8 - 34).

Lorsque l'hystérectomie a été pratiquée, nous pouvons juger du degré d'infiltration myométriale, et, selon le type chirurgical pratiqué, nous pouvons juger de l'atteinte ganglionnaire, ce qui explique la classification de nos patientes selon pTNM (cf P. 26).

En ce qui nous concerne; 68 % de nos patientes présentent une infiltration myométriale inférieure ou égale au tiers du myomètre et 45 d'entre elles présentent un adénocarcinome bien différencié. Ces deux facteurs étant des facteurs pronostiques importants (5).

Nous avons vu que 03 types de curithérapie ont été utilisés, ce mode de traitement intéresse surtout les patientes de stade 01 et 02; l'avantage d'une telle méthode est une parfaite adaptation de l'application radioactive à l'anatomie et aux lésions tumorales, elle permet une connaissance précise des doses délivrées et une protection maximale du personnel soignant; à ces avantages, s'ajoute le fait que dorénavant on utilise des sources radioactives telles que le césium, produit beaucoup plus facilement manipulable que le radium employé pour les premières curithérapies (20).

81,19 % de nos patientes ont subi une curithérapie, nous l'avons vu précédemment, cet acte thérapeutique est pratiquement toujours couplé à l'acte chirurgical.

De même, il nous a paru plus simple de détailler les protocoles thérapeutiques avec radiothérapie externe. Il en ressort que 35,39 % de nos patientes ont subi une radiothérapie externe; pour 28 d'entre elles, une association radiochirurgicale a été pratiquée.

Pour 14 d'entre elles n'ayant pas été opérées, la radiothérapie externe a permis une alternative thérapeutique, que cette radiothérapie soit couplée ou non à une curithérapie; le but est bien entendu d'améliorer la durée de survie de ces patientes inopérables (20).

Le tableau nous semble résumer le plus clairement possible les protocoles cités ci-dessus.(fig4)

Le degré d'hormonodépendance des cancers de l'endomètre peut être apprécié par la présence et le taux des récepteurs de l'oestradiol et la progestérone; dans les tumeurs, les récepteurs pour les oestroènes sont en quantité variable de 00 à 500 Fmoles, la quantité des récepteurs à progestérone est corrélée avec le degré de différenciation de la tumeur; "les tumeurs les plus différenciées sont riches en récepteurs" (07 - 22 - 25).

Dans notre étude, il n'existe pas de précision par rapport aux marqueurs tumoraux, ceci s'explique par le fait que l'hormonothérapie ne concerne qu'une petite série de patientes; 13 d'entre elles (11,11 %) et pour plusieurs d'entre elles, à l'époque du diagnostic, on ne dosait pas les récepteurs hormonaux sur les pièces opératoires.

Nous avons vu que, pour la majorité d'entre elles, il s'agit d'un traitement adjuvant de formes métastatiques, ceci semble être l'attitude thérapeutique la plus fréquemment employée, avec, dans la littérature de 30 à 35 % de réponses positives à l'hormonothérapie (06 -24 - 37).

Comme pour l'hormonothérapie, la chimiothérapie ne concerne qu'une petite série de patientes; 09 d'entre elles, soit 7,69 % des patientes. Dans tous les cas, il s'agit de traitement adjuvant de localisations secondaires. Il s'agit, dans 08 cas, de polychimiothérapie et dans un seul cas de monochimiothérapie ou méthotrexate mais à l'heure actuelle, aucun protocole n'a fait preuve de sa supériorité. (24)

- II - RESULTATS, COMPARAISON AVEC LES DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES -

Cette série de 117 adénocarcinomes de l'endomètre observés entre 1975 et 1985 confirme dans l'ensemble les données thérapeutiques actuelles de ce type de tumeur (36)

Le taux de survie globale des stades 1a et 1b à 05 ans est supérieur à 80 % ce qui améliore l'image des carcinomes de l'endomètre dans la mesure où le diagnostic est le plus fréquemment posé à un stade précoce: 75,21 % des stades 01 dans notre série et 16,29 % de stade 02.

Nous avons vu que paradoxalement le taux de survie à 05 ans des stades 01b est meilleur que celui des stades 01a, ceci s'explique par le fait que nous dénombrons pour les stades 01a, 02 cas de récidives pelviennes contre aucun cas pour les stades 01b (Fig. 06, tableau XVI). La figure 10 nous permet de regrouper les données du tableau XX et de constater que bien que le taux de survie à 05 ans des stades 02 reste honorable pour les stades 03 et 04, les taux de survie chutent très vite voire même sont nuls à cinq ans pour les stades 04, ceci est bien sûr lié au fait que l'expansion de la tumeur au départ est déjà très importante.

L'étude de la survie en fonction du degré de différenciation tumorale tous stades réunis, confirme le fait qu'une tumeur peu différenciée est d'un pronostic plus péjoratif qu'une tumeur bien différenciée (fig 14 - tableau XXI), néanmoins, nos valeurs sont supérieures pour les tumeurs classées G2 et G3 par rapport aux données littéraires (01 - 14); cette différence s'explique par le fait que notre série, nous l'avons déjà dit, comprend une majorité de stades 01 et 02 et que la plupart des tumeurs classées G2 et G3 sont aussi des stades précoces donc de meilleur pronostic.

Nous savons que de l'acte chirurgical et de l'opérabilité dépend le protocole thérapeutique subi par chaque patiente, l'acte chirurgical étant le premier traitement du carcinome de l'endomètre. Le taux de survie à 05 ans de nos patientes non opérées bien que très inférieur à celui des patientes opérées reste honorable comparativement au taux observé par CONTE M., PRANA L., RUF H. et BOUCLIER S. lors de leur étude sur 192 patientes porteuses d'un carcinome de l'endomètre de 1975 à 1980 (11); taux de survie des patientes non opérées à 05 ans: 23,6 %.

Pour ce qui est des patientes opérées avec curage ganglionnaire, leur taux de survie est meilleur à 05 ans que le taux de celles n'ayant subi qu'une hystérectomie sans curage (tableau XXII), ce qui confirme l'importance de l'acte opératoire le plus complet possible afin de diminuer le risque de dissémination lymphatique par un curage ganglionnaire (08 - 38). Il faut néanmoins noter que l'acte opératoire n'est pas dénué de risque, nous avons dénombré 3 % de complications post-opératoires survenant toutes après hystérectomie avec curage ganglionnaire; d'autre part nous avons pu constater que parmi les patientes ayant subi une curithérapie pré-opératoire avant l'acte chirurgical, dans 40 % des cas on note sur le plan anatomopathologique une stérilisation de la pièce opératoire, ce qui tend à prouver l'efficacité d'une association thérapeutique radiochirurgicale.

Si l'on considère les différentes associations radiochirurgicales: l'association curithérapie pré-opératoire - chirurgie nous donne un taux de survie à 05 ans (tableau XXV, fig. 22) de 96,42 %, taux supérieur à celui de l'association chirurgie - curithérapie post-opératoire (tableau XXVII, fig. 23)

Si l'on considère la survie globale des patientes ayant subi une curithérapie pré-opératoire et post-opératoire quel que soit le protocole thérapeutique effectué (tableau XXIII et XXIV, fig. 19, 20, 21), il existe une différence:

le protocole avec curithérapie pré-opératoire nous donne une survie globale supérieure à 05 ans; il faut pour toutes ces constatations tenir compte du fait que toutes les patientes concernées appartiennent aux stades précoces 01 et 02.

Fait important, on ne dénombre que 02 cas de récurrence vaginale sur les 95 curithérapies pratiquées; ce qui démontre l'efficacité de la curithérapie et peu de complications immédiates surviennent après un tel traitement.

Les complications appelées "tardives" survenant après l'association curithérapie - chirurgie résumées par les tableaux XI et XIII nous montrent une meilleure tolérance de la curithérapie pré-opératoire.

Pour la radiothérapie externe, les patientes opérées ayant subi uniquement une radiothérapie externe présentent des complications dans 50 % des cas (tableau IX); les patientes non opérées n'ayant subi qu'une radiothérapie externe présentent elles une complication dans 62,5 % des cas (tableau XIV). Les taux de survie respectifs à 05 ans sont de 66,66 % et 16,66 % très inférieurs aux taux de survie de la précédente association radiochirurgicale (tableau XXVIII, XXIX, fig. 27).

On note donc une efficacité thérapeutique supérieure à l'association radiochirurgicale comparée à une radiothérapie externe seule et parmi les protocoles thérapeutiques radiochirurgicaux une supériorité en efficacité du protocole curithérapie pré-opératoire - chirurgie; nous retrouvons les mêmes constatations au niveau des études littéraires (08 - 28 - 35). Paradoxalement, sur le plan des récurrences vaginales et pelviennes (tableau VIII) l'association radiochirurgicale dénombre autant de récurrences vaginales et plus de récurrences pelviennes que la radiothérapie externe seule; ceci tient probablement au fait qu'il existe une grande différence en nombre entre les 02 séries de patientes.

Lors de la surveillance post-thérapeutique, on note 12 cas de localisations secondaires; la localisation la plus fréquente est pulmonaire. Le tiers de ces métastases apparaît après traitement initial par chirurgie - radiothérapie externe et leur suivi n'est que de 01 an dans la majorité des cas. Ces localisations secondaires ont été traitées par chimiothérapie et/ou hormonothérapie; les complications observées sont peu nombreuses et surtout dues à la chimiothérapie (27).

Après l'étude de cette série de patientes, nous avons comptabilisé au 01 janvier 1988 que 52 d'entre elles étaient considérées comme guéries soit 44,44 %, ce pourcentage est superposable aux données littéraires (28 - 36). Ces patientes appartiennent toutes à des stades précoces (tableau XXX).

Au total, la meilleure attitude thérapeutique est donc une association radiochirurgicale comprenant une hystérectomie avec curage ganglionnaire et curithérapie pré-opératoire; l'association chirurgie et curithérapie post-opératoire donne aussi de bons résultats mais il faut noter que les taux de survie sont d'autant meilleurs que ces pratiques thérapeutiques s'appliquent à des stades précoces; pour les stades 03 et 04 le pronostic est compromis quelle que soit la méthode thérapeutique employée.

L'idéal serait la découverte, comme pour tous les cancers, de la tumeur au stade infraclinique. Des méthodes de dépistage et d'exploration endométriales existent (10 - 15 - 16 - 32) et sont pratiquées dès qu'il y a doute. PHILIPPE E. - MULLER J. - RITTER J. considèrent que le carcinome de l'endomètre est significativement lié à l'excès d'oestrogènes (33), J.J. FAVREAU préconise le traitement des hyperplasies de l'endomètre comme prévention du carcinome endométrial (17); l'hormonodépendance de ce cancer, étudiée ces dernières années, autorise donc une prophylaxie en dépistant les facteurs reflétant le déséquilibre hormonal.

Donc le dépistage repose sur des techniques telles que la pratique du frottis endométrial (01 -10). Compte tenu de la fréquence de ce cancer, cet examen, selon C FAGUER (16) devrait être pratiqué tous les deux ans lors de la périménopause et ce, surtout s'il s'agit de patientes porteuses de facteurs de risques. Pour CRISSMAN JP. et AZOUY RS., ce dépistage systématique devrait s'adresser aux patientes de 40 ans voire même plus jeunes.(13)

Une prévention efficace repose sur la recherche systématique des facteurs de risques (cf matériel et méthodes) (39) et sur le fait que toute métrorragie doit recevoir une explication quelque soit l'age de survenue (02) mais cette prévention repose aussi sur le traitement de tous les précurseurs de ce cancer (26 - 32) avec traitement, chez la femme jeune des anomalies de cycle, traitement chez la femme en périménopause de l'insuffisance ovulaire par la progestérone et traitement bien sûr de la femme ménopausée.

En ce qui concerne le traitement proprement dit du cancer de l'endomètre, l'hormonothérapie ouvre une fenêtre d'espoir et vient compléter l'éventail des protocoles radiochirurgicaux pratiqués actuellement (06 - 18 - 25 - 37).

BIBLIOGRAPHIE.

- BIBLIOGRAPHIE -

- 01 ANDERSEN WA.; TAYLOR PTJr; FECHNER RE.; PINKERTON JA.  
Endométrial métaplasia associated with endométrial andénocarcinoma.  
Am.J - Obstet-gynécol 1987, 157: 597 - 604.
- 02 ANDERSON B.  
Diagnosis of endométrial cancer.  
Clin-obstet-gynécol 1986, 13: 739 - 750
- 03 BALDAUF J.J.; RITTER J.; BENMANSOURA; ANDRIANIVO J.; LECORNU C.; CANDAR R.  
Les facteurs de risque du cancer de l'endomètre.  
Rer Fran gynécol obst 1987, 82: 315 - 322
- 04 BOLLA M.; COUDERC L.; MALYNAS Y.; VROUSSOS C.  
Les cancers de l'endomètre  
Collection de monographie de cancérologie,  
1ère édition - 01 volume - MASSON 1983.
- 05 BOLLA M.; VROUSSOS C.  
Les facteurs pronostiques du cancer de l'endomètre.  
CM 1980, 102: 4315 - 4320.
- 06 BONTE J.  
The endométrial adenocarcinoma as a model for hormone de pendency and  
hormone responsiveness of gynacological cancers.  
Evrop J Obstet reprod - Biol 1984, 18: 335 - 341.
- 07 BREAU J.L.; PIEDBOIS P.  
Hormones et cancer.  
Contracept Fertil - rexual 1987, 15: 77 -83.
- 08 BRUN G.; COSNEFROY M.CL.; BASCOUGNET M.  
Traitement actuel du cancer de l'endomètre.  
Rev Fr gynécol obstet 1987, 82: 545 - 553.
- 09 CALITCHI E.  
Adenocarcinome de l'endomètre.  
concours méd 1988, 5: 341 - 344.

- BIBLIOGRAPHIE -  
(suite)

- 10 CHERKIS RC.; PATTENSF Jr.; ANDREWS TJ.; DICKINSON JC.; PATTEN FN.  
Significance of normal endométrial cells deteched by cerrical cyology.  
Int J gynécol obstet 1988, 71: 242 - 244.
- 11 CONTE M.; PIANAL; RUF H.  
Facteurs de pronostic du cancer de l'endomètre.  
J gynécol- obstet - Biol - reprod 1988, 17: 758 - 765.
- 12 CONTE M.; RUF H.; CAMERRE M.; ERNY R.  
Epidémiologie des cancers de l'endomètre.  
J gynécol - obstet - Biol reprod 1988, 17: 710 - 715.
- 13 CRISSMAN JP.; AZOURY RS.; BARNES AE.; SCHELLHAS HF.  
Endométrial carcinoma in women 40 years of age or younger.  
J Obstet - gynécol 1981, 57: 699 - 704.
- 14 DARGENT D.; BARLETT AH.; ADELEINE P.  
Les éléments du pronostic du cancer de l'endomètre Dédutions  
thérapeutiques.  
Rev Fr gynécol obstet 1987, 88: 343 - 348.
- 15 DE BRUX J.  
L'exploration endométriale  
Contracept fert sexual 1987, 15: 431 - 434
- 16 FAGUERC; FAI R.; MAGHIORACOS P.  
Le dépistage et la prévention du cancer du corps utérin en particulier chez  
la femmeménopausée.  
C.M. 1984, 6: 465 - 472.
- 17 FAVREAU J.J.  
Le traitement des hyperplasies de l'endomètre.  
Rev Fr gynécol Obstet 1987, 82: 351 - 354
- 18 GAMBRELL RDJr  
Cancer et utilisation des oestrogènes.  
Int J of fertility 1986, 31: 112 - 122

- BIBLIOGRAPHIE -  
(suite)

- 19 GAMBRELL RDJr  
Prévention of endométrial cancer with progestogens.  
Maturitas 1986, 8: 159 - 168
- 20 GERBAULET A.  
La curithérapie moderne en gynécologie.  
La médecine pratique 1980, 4: 7 - 12
- 21 HACKER P.  
Cancer de l'endomètre.  
Impact internat 1984, 3: 91 - 97.
- 22 HUSTIN J.; FRANCHIMONT P.  
Les récepteurs hormonaux et les marqueurs tumoraux dans le cancer de l'endomètre.  
J gynécol Obstet 1988, 17: 748 - 750.
- 23 LAUCHE HM.  
Place de la radiothérapie et de la curithérapie dans le traitement de l'adénocarcinome de l'endomètre.  
Rev Fr gynécol Obstet 1987, 82: 297 - 301.
- 24 LELLOUCHE D.; GAIRARD B.; RENAUD R.  
Hormonothérapie et chimiothérapie dans le cancer de l'endomètre.  
J gynécol Obstet Biol reprod 1987, 16: 773 - 780
- 25 LELLOUCHE D.; GAIRARD B.; RENAUD R.  
Hormonodépendance et récepteurs stéroïdiens dans l'adénocarcinome de l'endomètre.  
Rev Rf gynécol Obstet 1987, 82: 325 - 329.
- 26 LEROY-BRASME T.; LEROY JL.; DELECOUR M.  
Diagnostic précoce du cancer de l'endomètre et ses précurseurs: clinique et imagerie.  
J gynécol-Obstet-Biol reprod 1988, 17: 727 - 732.
- 27 LUCAS P.  
Complications de la chimiothérapie anti-cancéreuse. Facteurs qui déterminent leur apparition. Prévention ou moyens de les prévenir.  
Est Méd. 1982, 21: 5 - 20

- BIBLIOGRAPHIE -  
(suite)

- 28 LYBEERT MLM.; VAN PUTT EN WLJ.; RIBOT JG.; CROMMELIN MA.  
Endométrial carcinoma: high dose rate brachytherapy in combination with external irradiation, a multivariate analysis of relapses.  
Radiothérapie and onéology 1989, 16: 245 - 252.
- 29 MASSELOT J.; GALAKHOFF C.; GEORGE M.; HAIE C.; MICHEL G.  
La tomodensitométrie dans les cancers de l'utérus et de l'ovaire.  
Rev Fr gynécol obstet 1987, 82: 79 - 84.
- 30 MENCAGLIA L.; GILARDI G.  
L'hystérocopie dans les lésions pré-cancéreuses et cancéreuses de l'endomètre.  
Contracept fertil sexual 1988, 16: 743 - 748
- 31 MERGUI JL.; SALAT BAROUX J.  
Rôle de l'hystérocopie dans le diagnostic et le dépistage du cancer de l'endomètre.  
Contracept fertil sexual 1986, 14: 359 - 364.
- 32 NOLLOMONT-LAMBERT C.; LAMBOTTE R.  
Dépistage et diagnostic des hyperplasies atypiques et adénocarcinome par cytologie.  
J gynécol - obstet - Biol reprod 1988, 17: 733 - 736.
- 33 PHILIPPE; MULLER J.; RITTER J.  
Les adénocarcinomes endométriaux et leurs précurseurs.  
Rev Fr gynécol Obstet 1987, 82: 331 - 335.
- 34 PITTKIN RM.  
Abdominal hystérectomy in obèse women.  
Surg gynécol Obstet 1976, 142: 332 - 536
- 35 POTIER A.  
Bilan de l'extension des tumeurs génitales par échographie.  
Contracept fertil, sexual 1986, 14: 895 - 899.
- 36 POURQUIER H.; GELYS; DUBOIS JB.; JOYEUX H.; SOLASSOL CL.; PUJOL H.  
Cancer de l'endomètre: analyse des résultats et causes d'échecs comparés du traitement radiochirurgical et des agents physiques exclusifs, 215 cas traités entre 1968 et 1978.  
Rev Fr gynécol Obstet 1985, 80: 15 - 20

- BIBLIOGRAPHIE -  
(suite)

37 QUINN MA.; CAUCH IM.; FORTUNE D.

Endométrial carcinoma: stéroïd réceptors and réponse to médroxyprogestérone acétate.

gynécol - oncology 1985, 21: 314 - 319.

38 RITTER J.; BALDAUF JJ.

La surveillance post-opératoire du cancer de l'endomètre.

Rev Fr gynécol Obstet 1987, 82: 311 - 312.

39 RITTER J.; BALDAUF JJ.; PHILIPPE E.

Le dépistage du cancer de l'endomètre.

Rev Fr gynéco ostet 1987, 82: 337 - 341.

40 SCHAFFER P.; ARVEILLER D.; HEDELIN G.

Incidence et mortalité du cancer de l'endomètre.

Rev Fr gynécol obstet 1987, 82: 305 - 308

41 SCHRAUB S.; MERCIER M.; BOURGEOIS P.; BELON-LENEUTRE M.

Mesure de la survie.

C.M. 1988, 110: 428 - 432.

DOCUMENTS

ANNEXES

A N N E X E I

## LISTE DES DOSSIERS UTILISES

1975	- C.	Henriette	N° 750094
	- C.	Mireille	N° 750266
	- M.	Maria	N° 750069
	- G.	Jeanne	N° 750039
1976	- M.	Anne-Marie	N° 760031
	- T.	Maria	N° 760119
	- L.	Yvonne	N° 760244
	- T.	Jeanne	N° 760269
	- P.	Simone	N° 760217
	- A.	Maria	N° 760136
	- P.	Marguerite	N° 760279
	- L.	Marthe	N° 38376
	- R.	Hélène	N° 760160
	- C.	Yvonne	N° 760151
1977	- L.	Gisèle	N° 770102
	- B.	Madeleine	N° 47881
	- R.	Denise	N° 36320
	- M.	Paulette	N° 770506
	- M.	Irène	N° 35160
	- F.	Lucienne	N° 66679
1978	- L.	Madeleine	N° 780297
	- D.	Germaine	N° 780412
	- P.	Marie	N° 31105
	- S.	Emilie	N° 780329
	- D.	Yvonne	N° 780344
	- P.	Odette	N° 28608
	- B.	Marcelle	N° 780327
	- P.	Marie	N° 780544
	- R.	Amélie	N° 39363
	- C.	Renée	N° 30017
1979	- C.	Arlette	N° 790545
	- C.	Yvette	N° 790594
	- B.	Germaine	N° 790343
	- M.	Ehva	N° 28595
	- N.	Andrée	N° 790447
	- F.	Yvette	N° 790623
	- D.	Anne-Marie	N° 790222
1980	- C.	Marcelle	N° 80345
	- F.	Yvonne	N° 80130
	- V.	Odette	N° 30202
	- N.	Andrée	N° 790751
	- L.	Eulalie	N° 800178
	- R.	Marie	N° 800443
	- G.	Marcelle	N° 800471
	- R.	Berthe	N° 800652

.../...

A N N E X E I  
(suite)

1981	- R.	Andrinette	N° 01847
	- R.	Gabrielle	N° 01397
	- J.	Ida	N° 02073
	- S.	Georgette	N° 37995
	- P.	Madeleine	N° 810159
	- T.	Marie	N° 810244
1982	- B.	Emma	N° 80039
	- R.	Lucie	N° 10611
	- D.	Rose	N° 76653
	- M.	Germaine	N° 10191
	- R.	Christiane	N° 91138
	- M.	Odette	N° 06538
	- R.	Berthe	N° 10746
	- P.	Denise	N° 9710
	- J.	Camille	N° 06912
	- E.	Marie-Louise	N° 08526
	- L.	Alice	N° 05548
	- B.	Marie-Louise	N° 08687
	- B.	Denise	N° 04856
	- F.	Andrée	N° 05549
	- C.	Marcelle	N° 11082
	- T.	Marie	N° 04438
	- B.	Berthe	N° 11902
	- V.	Marie-Adèle	N° 06045
1983	- G.	Eva	N° 20750
	- T.	Aline	N° 16989
	- C.	Emilienne	N° 14299
	- M.	Madeleine	N° 016499
	- P.	Alice	N° 15507
	- C.	Marie-Thérèse	N° 17429
	- L.	Solange	N° 18803
	- G.	Marcelle	N° 017486
	- M.	Mathilde	N° 18422
	- B.	Mélanie	N° 19414
	- E.	Jeanne	N° 17654
	- D.	Françoise	N° 01961
	- P.	Geneviève	N° 17912
	- L.	Suzanne	N° 14977
	- R.	Renée	N° 18795
	- B.	Marie	N° 21077
	- Z.	Anna	N° 05456
	- B.	Gabrielle	N° 19927
	- C.	Antonia	N° 019581
	- R.	Renée	N° 13833
	- D.	Jacqueline	N° 16502
	- R.	Marie-Henriette	N° 32893
	- A	Marie	N° 31622

A N N E X E I  
(suite)

1984	- L.	Marguerite	N° 32988
	- C.	Françoise	N° 026776
	- C.	Jeanine	N° 23759
	- B.	Andrée	N° 36893
	- D.	Georgette	N° 33019
	- M.	Henriette	N° 33536
	- C.	Henriette	N° 29884
	- G.	Armande	N° 36594
	- C.	Marie-Madeleine	N° 29646
	- L.	Simone	N° 34898
	- M.	Maria	N° 31529
	- C.	Nicole	N° 32743
	- A.	Anne	N° 36127
	- F.	Clémentine	N° 23686
	- B.	Elisabeth	N° 30301
	- P.	Angèle	N° 17635
	- N.	Jeanne	N° 34624
	- D.	Maria	N° 27950
1985	- P.	Yvonne	N° 39404
	- L.	Jeanne	N° 37975
	- D.	Jeanine	N° 38940
	- P.	Marie	N° 41161
	- N.	Marie	N° 45184
	- B.	Eugénie	N° 48880
	- G.	Odette	N° 46568
	- B.	Marie-Madeleine	N° 45796
	- C.	Marie-Thérèse	N° 48830
	- P.	Colette	N° 42943
	- G.	Jacqueline	N° 42077
	- B.	Rose-Marie	N° 43956
	- B.	Renée	N° 44957
	- T.	Léa	N° 37399
	- P.	Emilienne	N° 18978.

A N N E X E II

NOM: Prénom: N° de dossier:

Date de naissance: Poids: taille:

Age des premières règles: Age de la ménopause:

Nombre de grossesses:

Antécédents: personnels:

familiaux:

Maladies associées: HTA: Diabète:

Traitements suivis:

Date de la première venue au service:

Date des premiers symptômes et type de symptômes:

première venue pour: . traitement préopératoire  
. traitement postopératoire  
. rechute  
. suivi...

Histologie: . date du premier prélèvement anatomopathologique  
. date du deuxième prélèvement anatomopathologique  
. différentes occasions des prélèvements.

Type histologique: bien différencié  
Adenocarcinome moyennement différencié  
peu différencié

Carcinome adenosquameux:

Carcinome endifférencié:

Sarcome:

Bilan d'extension:

. urographie intraveineuse: . lymphographie:  
. cystoscopie: . hystérographie:  
. rectoscopie: . curetage:

Tomodensitométrie:

Autres



A N N E X E III- I - DONNEES STATISTIQUES INSERM 1988 - REGION LIMOUSIN -

<u>CAUSE MEDICALE DE DECES</u>	<u>TOTAL</u>	<u>AGE</u>							
		15/24	25/34	35/44	45/54	55/64	65/74	75/84	85/+
Tumeur maligne du sein	162	0	0	6	19	37	31	46	23
Tumeur de l'appareil digestif	73	0	0	1	2	6	18	31	15
Tumeur des ovaires et autres annexes	49	0	0	1	1	16	10	18	3
Tumeur intestin	147	0	0	1	3	18	24	55	46
Tumeur utérus	53	0	3	1	5	4	14	20	6

ANNEXE III  
(suite)

- II - DONNEES STATISTIQUES INSERM 1988: FRANCE -

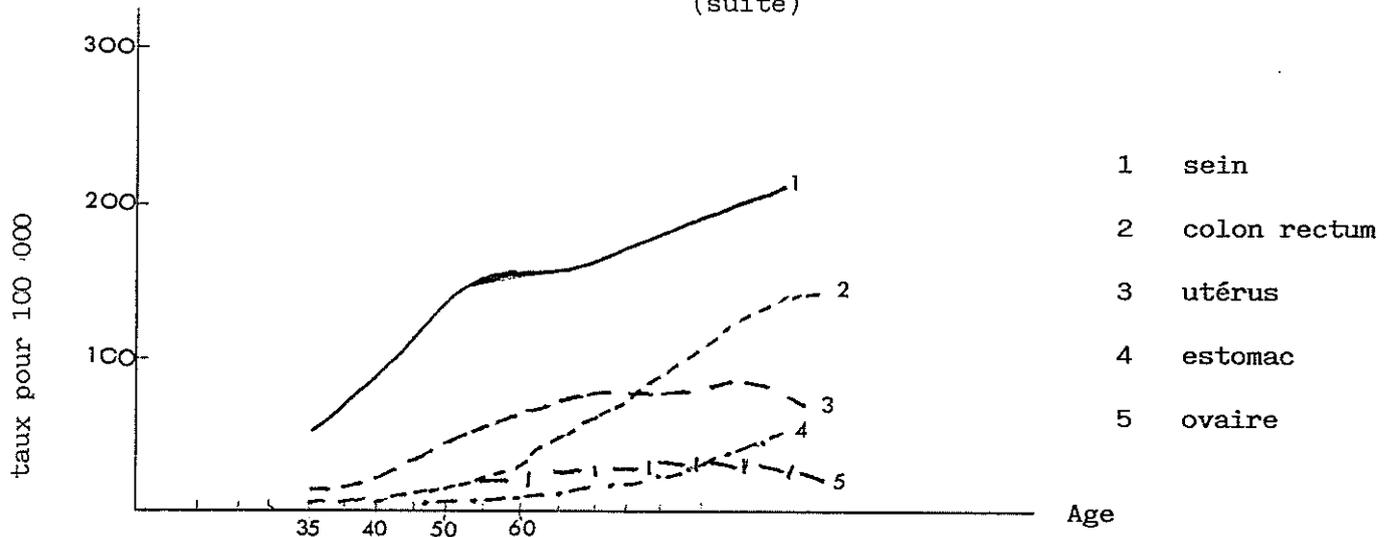
CAUSES MEDICALES DE DECES	TOTAL	Age										
		1an	1/4	4/15	15/24	25/34	35/44	45/54	55/64	65/74	75/84	85/+
Tumeur maligne du sein	9982	1	0	0	0	100	587	1215	2160	2078	2507	1334
Tumeur de l'appareil digestif	4301	2	2	4	2	13	54	133	519	887	1619	1066
Tumeur des ovaires et autres annexes	3100	1	0	1	10	19	104	322	693	740	846	364
Tumeur de l'intestin	7630	2	0	0	5	21	100	294	850	1483	2847	2028
Tumeur de l'utérus	3284	0	0	0	0	48	160	273	590	790	947	476

ANNEXE III  
(suite)

- III - DONNÉES STATISTIQUES INSERM 1989 : FRANCE -

CAUSES MEDICALES DE DECES	TOTAL	Age 1 an	Age										
			1/4	4/15	15/24	25/34	35/44	45/54	55/64	65/74	75/84	85 +	
Tumeur maligne du sein	7532	2	0	0	2	8	96	274	903	1366	2693	2188	
Tumeur de l'appareil digestif	4273	0	4	0	5	17	57	148	466	812	1631	1133	
Tumeur des ovaires et autres annexes	3009	0	0	0	10	26	120	266	665	712	847	363	
Tumeur de l'intestin	7532	2	0	0	2	8	96	274	903	1366	2693	2188	
Tumeur de l'utérus	3179	0	0	0	2	56	195	272	549	679	928	498	

ANNEXE III  
(suite)



France: Incidence estimée 1978 - 1982  
Femmes - localisation les plus fréquentes

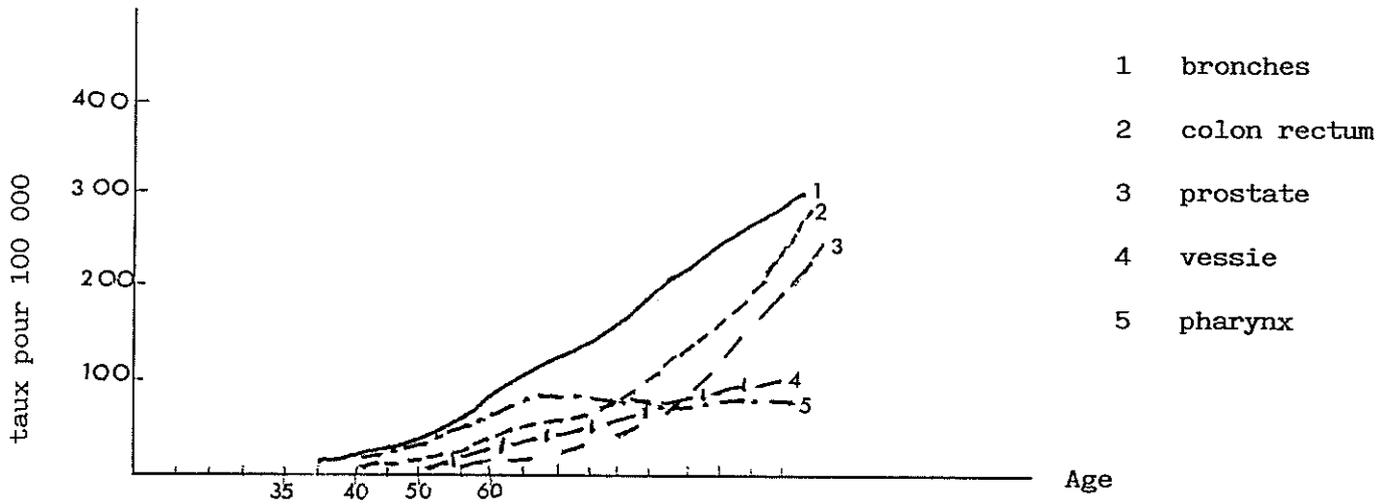


Tableau II: France: incidence estimée 1978 - 1982  
hommes - localisations les plus fréquentes.

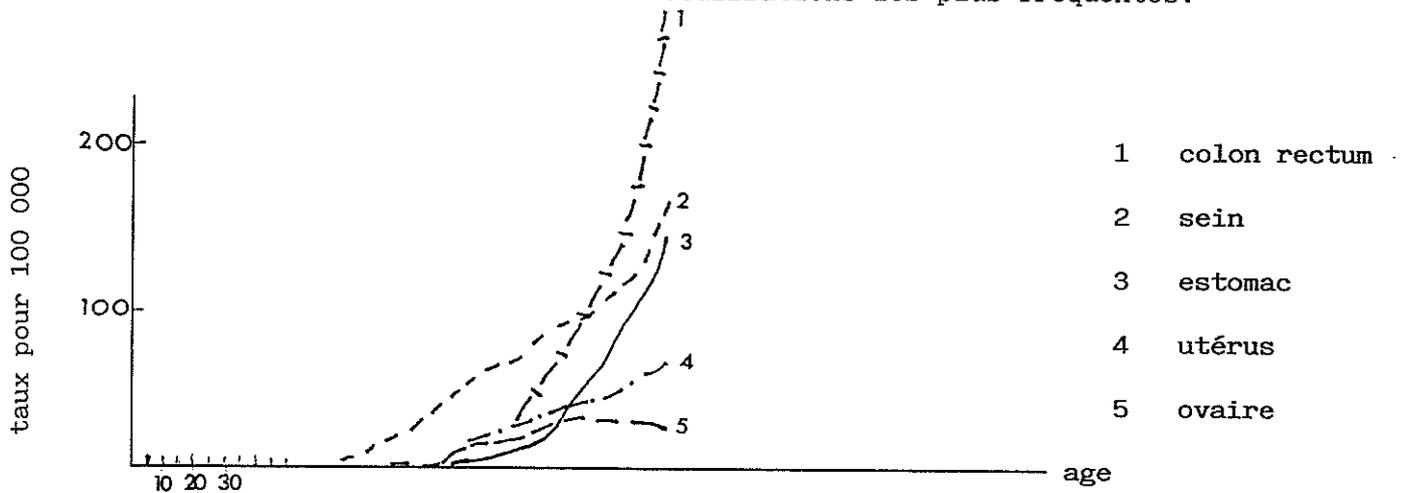


Tableau III: femmes - mortalité en fonction de l'âge.

TABLE DES MATIERES

- TABLE DES MATIERES -

<u>INTRODUCTION</u>	p.14
<u>MATERIELS ET METHODES</u>	p.16
METHODES	p.17
MATERIEL	p.19
I - Age	p.19
II - Facteurs de risques	p.21
a) - Ménopause	p.21
b) - Puberté	p.23
c) - Nulliparité - primiparité multiparité	p.23
d) - Poids - obésité	p.23
III - Maladies associées et traitements	p.23
a) - Hypertension artérielle et diabète	p.24
b) - Antécédents et autres maladies associées	p.24
c) - Traitements médicaux	p.25
d) - Tableau récapitulatif	p.26
e) - Remarques	p.25
IV - Premiers points d'appel à l'élaboration du diagnostic	p.27

- TABLE DES MATIERES -  
(suite)

V - Bilan para-clinique et diagnostic anatomopathologique	p.29
a) - Bilan paraclinique étiologique initial	p.29
b) - Première preuve histologique de tumeur	p.30
c) - Classification	p.30
d) - Bilan para-clinique complémentaire	p.31
VI - Classification	p.32
a) - Rappel	p.32
b) - Classification de nos dossiers	p.34
VII - Traitement	p.35
a) - Chirurgie	p.36
b) - Curithérapie	p.41
c) - Radiothérapie externe	p.43
d) - Hormonothérapie	p.44
e) - Chimiothérapie	p.46
<u>RESULTATS</u>	p.49
I - Tolérance des différents traitements	p.50
a) - Complications immédiates	p.50
b) - Complications tardives	p.51
II - Efficacité de la curithérapie	p.54

- TABLES DES MATIERES -  
(suite)

III - Complications évolutives	p.55
a) - Récidives locales vaginales	p.55
b) - Récidives pelviennes	p.56
c) - Métastases	p.57
IV - Survies	p.57
a) - Survie globale	p.58
b) - Survie en fonction des stades et du degré de différenciation histologique	p.59
c) - Survie selon les différents protocoles thérapeutiques	p.71
VI - étude des décès et des perdues de vue	p.87
a) - Perdues de vue	p.87
b) - Etude des décès	p.87
VII - Patientes en rémission et patientes porteuses d'une pathologie évolutive	p.88
a) - Patientes en rémission	p.88
b) - Patientes porteuses d'une pathologie évolutive	p.88
<u>DISCUSSION</u>	p.89
I - Mise au point et critique des précédents chapitres	p.90
II - Résultats, comparaison avec les données bibliographiques	p.93

- TABLE DES MATIERES -  
(suite)

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.96
<u>DOCUMENTS ANNEXES</u>	p.102
- Annexe I	p.103
- Annexe II	p.106
- Annexe III	p.108
<u>SERMENT D'HYPOCRATE</u>	p.118



## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

