

# 11<sup>ème</sup> conférence franco-vietnamienne

Hopital TU DU

HO CHI MINH VILLE  
AVRIL 2011

## PRISE EN CHARGE DES CANCERS DE L'ENDOMETRE

Dr RHLIOUCH  
Centre Marie Curie ARRAS

### Bilan préthérapeutique

LE CANCER DOIT ETRE PROUVE  
PAR EXAMEN HISTOLOGIQUE

- Réalisation systématique d'une IRM pelvienne associée à une exploration IRM des aires ganglionnaires lomboaortiques
- Bilan complet d'opérabilité de staging..

## CLASSIFICATION FIGO 2009

- • Stade I : localisé au corps utérin (endométriode, non endométriode)
- – IA : infiltration  $\leq \frac{1}{2}$  épaisseur myomètre
- – IB : infiltration  $> \frac{1}{2}$  épaisseur du myomètre
- • Stade II : : Invasion du stroma cervical sans extension au delà de l'utérus,
- • Stade III :
- – IIIA : atteinte séreuse, et/ou de l'annexe
- – IIIB : métastase(s) vaginale(s) ou atteinte paramétriale
- – IIIC : métastase(s) ganglionnaire(s) pelvienne(s) ou paraaortique(s)
- • IIIC1 : ganglions pelviens positifs
- • IIIC2 : ganglions paraaortiques positifs avec ou sans pN1 pelvien
- • Stade IV :
- – IVA : atteinte muqueuse ( $>$  oedème bulleux) de la vessie ou du rectum
- – IVB : métastase(s) abdominale(s) et/ou à distance et/ou N+ Inguinal

## TYPE 1

### • Tumeurs Endométrioides 3 grades

le grade histopronostique est réalisé en fonction de l'architecture de la prolifération épithéliale maligne en excluant le contingent épidermoïde ou les morules. Lorsque les atypies cytonucléaires sont marquées, le grade est augmenté de 1

- - grade 1 :  $\leq 5$  % de contingent indifférencié,
- - grade 2 : 6-50 % de contingent indifférencié,
- - grade 3 :  $> 50$  % de contingent indifférencié.

## TYPE 2

- carcinomes à cellules claires,
- carcinomes papillaires/séreux
- carcinosarcomes

## Traitement chirurgical

- Voie d'abord chirurgicale : utilisation privilégiée de la voie coelioscopique pour les tumeurs limitées au corps utérin (stades I/T1) par rapport à la laparotomie.
- Lymphadénectomie : indication restreinte pour les tumeurs limitées au corps utérin (stades I/T1) de bas risque et de risque intermédiaire.

## HYSTERECTOMIE ANNEXECTOMIE CURAGE

## La radiothérapie externe

- modalités conformationnelles
- recommandations du Radiation therapy oncology group (RTOG),
- des photons de très haute énergie (au moins égale à 10 MV).
- Le volume d'irradiation dépend de l'extension tumorale. Elle se limite au pelvis, en l'absence d'atteinte ganglionnaire
- En cas d'atteinte ganglionnaire lomboaortique, le volume d'irradiation inclut la région lomboaortique.
- La dose totale est de 45 à 50 Gy,
- 5 fractions hebdomadaires de 1,8 à 2 Gy.
- En cas d'irradiation exclusive, non précédée de chirurgie, une surimpression de ganglions suspects d'envahissement à l'imagerie peut être proposée jusqu'à une dose totale d'au minimum 60 Gy.

- La curiethérapie vaginale postopératoire est effectuée préférentiellement à haut débit de dose, évitant une hospitalisation et les complications de décubitus.
- Une dose de 21 à 24 Gy est délivrée en 3 séances de 7 Gy ou en 4 séances de 5 à 6 Gy, calculés à 5 mm d'épaisseur.

## Chimiothérapie

- Lorsque la curiethérapie à haut débit de dose est effectuée en complément de la radiothérapie externe, une dose de 10 Gy est délivrée en 2 séances de 5 Gy, calculée à 5 mm d'épaisseur.
- En cas de curiethérapie pulsée ou à bas débit de dose, une dose de 15 Gy est délivrée, calculée à 5 mm d'épaisseur.

### associations

- cisplatine (50 mg/m<sup>2</sup>)  
doxorubicine (60 mg/m<sup>2</sup>)
- est la plus étudiée mais toxicité hématologique
- carboplatine aire sous la courbe =5  
paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup>)
- toutes les 3 semaines pour 4 à 6 cycles  
notamment pour les patientes fragile

### En cas de carcinosarcomes

- ifosfamide (5000 mg/m<sup>2</sup>)
- doxorubicine (50 à 70 mg/m<sup>2</sup>)  
toutes les 3 semaines
- cisplatine (20 mg/m<sup>2</sup> J1 à J4)
- ifosfamide (1500 mg/m<sup>2</sup> J1 à J4)
- cisplatine (75 mg/m<sup>2</sup>)
- doxorubicine (60 mg/m<sup>2</sup>)  
toutes les 3 semaines.
- cisplatine (75 mg/m<sup>2</sup>) J1
- ifosfamide (3000 mg/m<sup>2</sup>) J1-J2
- doxorubicine (50 mg/m<sup>2</sup>)  
J1 toutes les 3 semaines peut être discutée.

- Si une chimiothérapie adjuvante est proposée, elle doit être administrée avant ou après la radiothérapie de façon séquentielle.
- Si la patiente n'est pas en mesure de supporter le traitement séquentiel, la radiothérapie seule sera préférée.

## TYPE I

## TI RISQUE BAS

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale
- PAS de lymphadénectomie
- PAS de curiethérapie postopératoire à haut débit de dose sauf en cas d'invasion myométriale
- PAS radiothérapie externe

## RISQUE BAS

- Le traitement conservateur de l'utérus n'est pas recommandé mais peut être discuté pour des patientes désirant une grossesse, présentant une tumeur supposée de stade I, grade 1 sans envahissement myométrial, au mieux après exploration coelioscopique des ovaires pour éliminer une extension extra-utérine ou de la séreuse.
- Sous les mêmes réserves, le traitement conservateur des ovaires associé à une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale peut être discuté pour les patientes de moins de 40 ans désirant le maintien des fonctions ovariennes.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.

## RISQUE INTERMEDIERE

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- La lymphadénectomie pelvienne n'est pas recommandée. Elle peut cependant être envisagée en cas de stade IB/T1b grade 2 ou de stade IA/T1a grade 3 avec envahissement myométrial.
- Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose.
- PAS de radiothérapie externe
- PAS de chimiothérapie intraveineuse adjuvante

## TI RISQUE ELEVE

- hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale .
- lymphadénectomie lomboaortique et iliaque PRIMITIVE
- 
- la chirurgie endoscopique est recommandée si possible par voie extrapéritonéale en raison de la réduction du risque adhérentiel.
- La lymphadénectomie PELVIENNE peut être discutée. Son intérêt thérapeutique chez des patientes qui n'ont pas d'adénomégalies suspectes à l'imagerie et qui vont recevoir une irradiation externe pelvienne n'est pas démontré.
- En cas de découverte de facteurs de risque élevé sur la pièce d'hystérectomie, une reprise de stadification ganglionnaire et/ou péritonéale, de préférence coelioscopique est recommandée.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire EST indiquée .
- Une curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.
- PAS de chimiothérapie intraveineuse adjuvante

## Carcinomes à cellules claires/papillaires sereux

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale
- lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique
- omentectomie infracolique
- cytologie et biopsies péritonéales.
- radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire
- chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.
- curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.

## carcinosarcomes

- hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale
- lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique
- une cytologie et biopsies péritonéales
- radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire
- chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.
- curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.

TUMEUR ENVAHISSANT LE STROMA CERVICAL  
MAIS NE S'ÉTENDANT PAS AU-DELÀ DE  
UTÉRUS  
STADE II/T2 :

- hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale.
- L'hystérectomie sera simple ou élargie, avec ou sans colpectomie, en fonction des caractéristiques de la tumeur avec objectif d'obtenir des marges saines.
- lymphadénectomie pelvienne
- lymphadénectomie lomboaortique d'emblée ou à la suite d'une lymphadénectomie pelvienne en cas de ganglions pelviens positifs peut être discutée en cas de type 1 histologique.
- En cas de type 2 histologique, une omentectomie infracolique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une cytologie et biopsies péritonéales doivent être réalisées.
- radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie vaginale postopératoire à haut débit de dose .

## Stade II / T2

- En cas de type 2 histologique, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée
- En cas d'atteinte de gros volume du col de l'utérus, une radiothérapie préopératoire externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) avec ou sans curiethérapie préopératoire (15 Gy) peuvent être discutées.

STADES III/T3 ET/OU N1 (FIGO 200915/TNM 200916)

SÉREUSE ET/OU ANNEXES - STADE IIIA/T3A

- Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une omentectomie infragastrique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique et une cytologie péritonéale.
- En cas d'atteinte isolée de la séreuse, une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose
- En cas d'atteinte cervicale, une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose
- En cas d'atteinte annexielle, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle

STADES III/T3 ET/OU N1 - FIGO 200915/TNM 200916  
ENVAHISSMENT VAGINAL ET/OU PARAMÉTRIAL - STADE IIIB/T3B

- Le traitement par radiothérapie exclusive est privilégié.
- Une stadification ganglionnaire lomboaortique préthérapeutique peut être discutée.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) suivie d'une curiethérapie utérovaginale (15 Gy).
- Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.
- Une chirurgie de la tumeur primaire peut être discutée en cas de réponse incomplète.

- Si le stade IIIC (N1 TNM) est défini sur la base d'une lymphadénectomie pelvienne, une lymphadénectomie lomboaortique immédiate ou différée.
- Si découverte histopathologique après stadification complète (pelvienne et lomboaortique),
- une radiothérapie externe conformationnelle (45 Gy) postopératoire (pelvienne au stade IIIC1 (N1 TNM), (pelvienne et lomboaortique au stade IIIC2 (N1 TNM)) suivie d'une curiethérapie à haut débit de dose sont recommandées.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle doit être discutée.

- Radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) suivie d'une curiethérapie
- Chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.
- Exentération pelvienne à visée curative peut être discutée en cas d'échec de l'irradiation.

MÉTASTASES À DISTANCE  
LES MÉTASTASES INTRA-ABDOMINALES  
GANGLIONS INGUINAUX  
- STADE IVB/M1

- Une chirurgie de cytoréduction complète à visée curative identique à celle réalisée dans le cancer de l'ovaire est recommandée uniquement en cas de carcinose péritonéale résécable sans métastase à distance.
- Une chimiothérapie intraveineuse est recommandée.
- Une hormonothérapie est recommandée en cas de récepteurs hormonaux positifs ou de maladie lentement évolutive.
- Une radiothérapie externe conformationnelle sur la tumeur primitive est recommandée selon la localisation des lésions.
- En cas de stade IVB (M1 TNM) défini par une atteinte inguinale isolée, une adénectomie complémentaire du traitement adaptée à l'extension locorégionale est recommandée.

## SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE

## Surveillance

- Absence d'indication pour des examens d'imagerie, de biologie ou des frottis vaginaux systématiques.
- La surveillance repose sur l'examen clinique.

- – Les récurrences surviennent surtout dans les 2 premières années
- – Pronostic équivalent entre dépistage pré-symptomatique et découverte de la récurrence lorsqu'elle est devenue symptomatique
- – Frottis vaginaux et radiographies de thorax systématiques sont peu rentables

## La surveillance recommandée

- Clinique seule (spéculum+ TV+TR)
- Autres examens sur signe d'appel
- Rythme : 3 à 4 fois par an dans les deux premières années, 2 fois par an jusqu'à la
- cinquième année
- Pas de CI à THS oestrogénique pour < 50 ans ; au-delà mêmes CI que pop générale

## Récurrences

- LOCALES
  - Radiothérapie, curiethérapie, chirurgie (localisée, exentération pelvienne) après bilan TEP TDM
- A DISTANCE
  - Chimiothérapie
  - Hormonothérapie
  - Soins de support

MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION