



Référentiels de prise en charge des cancers
en région Centre

Cancers de l'endomètre

2011

Groupe de travail

Travail réalisé à partir de la publication des Recommandations pour la Pratique Clinique de l'Institut National du Cancer de novembre 2010

Responsables du groupe de travail : Pr Isabelle Barillot et Pr Henri Marret

Ont également participé au groupe de travail les docteurs : Marie Brigitte Orgerie (Tours), Anne Vilde (Tours), Elise Champeaux-Orange (Orléans), Alain Fignon (Tours) Etienne Roussel (Blois), Jean Hilaire Bijek (Orléans).

Sommaire

- 1 - GENERALITES
- 2 - BILAN PRE THERAPEUTIQUE
- 3 - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- 4 - PROTOCOLE THERAPEUTIQUE
- 5 - SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE

Annexe 1 : Classification FIGO 2009

Annexe 2 : Compte-rendu histologique

Annexe 3 : Compte-rendu d'IRM

1 – GENERALITES

Les cancers de l'endomètre représentent la 5^{ème} localisation de cancers féminins après les cancers du sein et les cancers colorectaux avec 6560 nouveaux cas par an en 2010 pour 1900 décès. Plus de 80% des cancers de l'endomètre concernent des femmes ménopausées, d'âge moyen 68 ans.

Le cancer de l'endomètre est un cancer dont le traitement repose sur la chirurgie. La radiothérapie est le traitement adjuvant principal. Les traitements médicaux ont une place réduite mais grandissante, limitée aux cancers de type 2 et de stade avancé, avec une efficacité limitée.

L'évaluation des facteurs pronostiques dans le bilan pré-thérapeutique est essentielle pour proposer un traitement optimal à chaque sous-groupe de patientes, afin de ne pas sur-traiter les formes de bon pronostic, et, à l'inverse, de ne pas sous-traiter celles dont le pronostic est plus réservé. Creasman a décrit le premier, en 1976, le rôle fondamental du grade, de la profondeur d'infiltration du myomètre et de l'envahissement ganglionnaire. Ultérieurement, de nombreux auteurs ont démontré que ces facteurs étaient le plus souvent étroitement corrélés entre eux.

Les facteurs pronostiques principaux sont :

- l'âge :
 - le pourcentage de décès et de récurrences augmente avec l'âge ;
 - le pronostic est lié à l'opérabilité qui diminue avec l'âge, alors que les taux de formes indifférenciées augmentent.
- le stade clinique :
 - dans la série de Berman (1980), comportant 17 000 cas, le taux de survie à 5 ans était de 76% pour les stades I, 50% pour les stades II, 30% pour les stades III, 9% pour les stades IV. Des résultats plus récents (FIGO 1998), portant sur 5562 patientes, montrent des taux de survie à 5 ans pour les stades IA, IB, IC, IIA, IIB de 91, 88, 81, 77 et 67% respectivement.
- le grade histologique :
 - le grade 3 a une valeur pronostique péjorative pour tous les auteurs ;
 - par ailleurs, il est lié aux autres facteurs pronostiques et représente un des facteurs principaux de récurrences (Morrow).
- le degré d'infiltration du myomètre :
 - Pour Jones, on constate une survie à 5 ans de 85% et un taux de récurrences de 4% en cas d'envahissement superficiel, contre respectivement 60 et 8% en cas d'invasion profonde.
- l'envahissement ganglionnaire :
 - pelvien : il varie de 4,7% à 13% pour les stades I et de 18,8 à 45% pour les stades II.
 - lombo-aortique : il est étroitement corrélé aux autres facteurs pronostiques (grade histologique, infiltration du myomètre, envahissement ganglionnaire)
- le type histologique :
 - les carcinomes papillaires séreux, adénosquameux et à cellules claires, et les carcinosarcomes sont de moins bon pronostic.
- d'autres facteurs :
 - embolies vasculaires ;
 - récepteurs hormonaux (les tumeurs bien différenciées sont riches en récepteurs, tandis que les anaplasiques en sont dépourvus) : ils sont réalisés ponctuellement à la demande des cliniciens ;
 - index de DNA > 1,5 et aneuploïdie sont des facteurs de mauvais pronostic ;

2 - BILAN PRE THERAPEUTIQUE

Il porte sur le myomètre, le col et les ganglions.

2.1. Pour toutes les patientes :

- Histoire clinique et antécédents ;
- Examen clinique ; indice de Karnovski ; ou OMS ; IMC
- Bilan biologique : NFS, plaquettes, bilan hépatique (transaminases, GammaGT, phosphatases alcalines), bilan rénal (créatininémie, ionogramme sanguin), marqueurs tumoraux (ACE, CA125, CA 19-9).
- Bilan pré-anesthésique visant à évaluer au mieux l'opérabilité.

2.2. Bilan diagnostique et histologique :

- Echographie pelvienne, par voie abdominale (indispensable pour ne pas méconnaître les lésions volumineuses ou les pathologies à développement abdominal, type utérus polyfibromyomateux ou tumeur ovarienne haut située) et endovaginale (pour l'étude fine de l'endomètre et du myomètre l'étude des ovaires), et abdominale ; les 15mm (se : 88% ; sp : 81%), un endomètre hétérogène surtout si les contours sont irréguliers, une hypervascularisation endométriale ou sous endométriale (mais absence de valeurs seuil des index de résistivité ou de pulsatilité). Selon les constatations, d'autres explorations peuvent se révéler utiles : doppler, ou sonohystérographie (contours irréguliers et mauvaise distension de la cavité).
- Hystérocopie pour stadification et réalisation de biopsies orientées, ou prélèvements à l'aide d'une pipelle (de préférence au classique curetage biopsique) pour examen histologique. En effet l'interprétation des images d'infiltration du myomètre en IRM est plus difficile après curetage. Une biopsie de l'endomètre pré-opératoire est nécessaire pour le type histologique et pour le grade histologique.

2.3 Bilan d'extension

- **IRM systématique.** Elle doit être pelvienne associée à une exploration des aires ganglionnaires lomboaortiques s'appuyant sur le compte rendu réalisé par la Société française de radiologie Cet examen n'est pas indiqué dans un but diagnostique . L'IRM est par contre très utile pour préciser l'extension : infiltration du myomètre (performances > au TDM et à l'échographie), extension cervicale et paramétriale, métastases ganglionnaires pour l'IRM de diffusion (critères basés non plus uniquement sur la taille des ganglions : une augmentation de volume peut être due à une hyperplasie ou une inflammation ; de même les métastases ganglionnaires peuvent siéger dans des ganglions morphologiquement normaux). Compte rendu type IRM en [annexe 3](#).
- Le scanner. TDM abdominopelvien associé à l'échographie pelvienne si contre-indication à l'IRM
- TEP-FDG/TDM peut être discutée en cas de suspicion d'extension régionale (stades III/T3 et/ou N1 ou IV/T4 et/ou M1).
- Imagerie thoracique (scanner thorax-abdo-pelvis) et exploration hépatique (échographie ou IRM) systématiques uniquement en cas de suspicion d'extension régionale (stade III /T3 et/ou N1 ou plus), de type 2 histologique ou de lésions identifiées par l'examen

- CA-125 : son élévation peut permettre de prédire une extension extra-utérine (stade avancé); son dosage est utile en cas de pathologie ovarienne identifiée à l'échographie ou de type 2 histologique.
- Examen sous anesthésie générale : il est réalisé en pré-opératoire immédiat, pour les stades avancés

Stadification des cancers de l'endomètre.

Voir annexe 1

3 - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voir annexe 2

4 - PROTOCOLE THERAPEUTIQUE

Les orientations thérapeutiques choisies dans ce protocole reposent sur les données suivantes :

- La chirurgie

C'est la base du traitement et doit être, aussi souvent que possible, le traitement de première intention car la majorité des facteurs pronostiques utiles au choix des traitements adjuvants sont histologiques. Selon les recommandations de la FIGO, la stadification tumorale est réalisée chirurgicalement. L'intervention comporte au minimum une hystérectomie totale extra-fasciale avec annexectomie bilatérale ; le terrain assez souvent défavorable (femmes obèses âgées, obèses, diabétiques) et le stade souvent précoce n'incitent pas à de grandes exérèses chirurgicales réservées aux stades avancées ou de mauvais pronostic (curage pelvien lombo-aortique, pelvectomie). La balance bénéfices/risques (âge, comorbidités, obésité morbide) de ces gestes supplémentaires immédiats ou différés peut y faire renoncer. Le compte rendu opératoire doit notamment comporter la topographie exacte de la lymphadénectomie réalisée le cas échéant.

En cas d'indication d'une lymphadénectomie pelvienne, il est recommandé de réaliser un curage pelvien iliaque externe et interne complet.

En cas d'indication d'une lymphadénectomie lomboaortique, il est recommandé de réaliser un curage étendu jusqu'à la veine rénale gauche associé à une dissection des ganglions iliaques communs.

Les voies d'abord

Dans les SOR, "l'hystérectomie coeliovaginale ou coelioassistée doit être privilégiée (niveau de preuve B) sans morcélation. Les voies vaginales ou par laparotomie restent possibles selon les indications et l'état général de la patiente "

Si une laparotomie est réalisée, elle doit l'être par voie médiane ou transversale transrectale (Mouchel). La voie médiane sera préférée en cas d'adénocarcinome papillaire séreux, ou de curage lomboaortique.

L'utilisation d'un manipulateur endo-utérin sans perforation est possible pour la voie coelioscopique.

Concernant l'extraction de la pièce par voie vaginale, celle-ci peut être réalisée après l'avoir placée dans un endo-bag, afin d'éviter un essaimage des cellules tumorales de la pièce lors de son extraction vaginale.

Gestes chirurgicaux

Ils peuvent associer :

Une exploration de la cavité péritonéale avec cytologie péritonéale uniquement pour les types 2 et stades avancés ;

Une hystérectomie totale 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.

Des curages pelvien +/- lombo-aortique ; il est à noter que la lymphadénectomie a un intérêt diagnostique et pronostique, mais non thérapeutique.

Une omentectomie (dans certains cas seulement : type 2,sauf carcinosarcome et en cas de métastases péritonéales).

- La radiothérapie

Il faut recommander que la radiothérapie post-opératoire soit délivrée avec le même soin qu'une radiothérapie avec l'utérus en place afin de maîtriser la dose au niveau des organes critiques. La radiothérapie externe est réalisée suivant des modalités conformationnelles et selon les recommandations du Radiation therapy oncology group (RTOG), avec 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 iliaque commune ou lombo-aortique. En cas d'atteinte ganglionnaire lombo-aortique, le volume d'irradiation inclut la région lombo-aortique. La dose totale est de 45 à 50 Gy, avec 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. Une irradiation par modulation d'intensité est actuellement en cours d'évaluation.

- La curiethérapie vaginale n'est plus utile à tous les stades d'extension de la maladie.

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.

En cas de curiethérapie pulsée ou à bas débit de dose, une dose de 50 Gy est délivrée, calculé à 5 mm d'épaisseur.

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.

- La radiothérapie pelvienne

Elle améliore le taux de contrôle local pelvien de la maladie dans les formes de mauvais pronostic (stades II, grade 3, infiltration du myomètre > 50%). Elle n'a par contre pas d'impact sur l'évolution métastatique ni sur la survie.

4.1. Stades I (malades opérables)

Ce sont les plus fréquents. Ils sont répartis en trois groupes de risque de récurrence

RISQUE BAS	RISQUE INTERMÉDIAIRE	RISQUE ÉLEVÉ
Stades IA/T1a, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)	Stade IA/T1a, grade 3 (type 1 histologique) Stade IB/T1b, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)	Stade IB/T1b, grade 3 (type 1 histologique) Stade IA-B/T1 (type 2 histologique) Stade I/T1 présentant des embolies lymphatiques*

* Ajout aux recommandations de l'ESMO¹¹ ; IA/T1a : tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre ; IB/T1b : tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre.

Bas risque

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- Une lymphadénectomie n'est pas recommandée.
- Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose n'est pas recommandée sauf en cas de stade IA grade 2 avec envahissement massif du 1/3 interne du myomètre où elle peut être envisagée.
- La radiothérapie externe n'est pas recommandée.
- Le traitement conservateur de l'utérus n'est pas recommandé mais peut être discuté pour des patientes désirant une grossesse, présentant des tumeurs supposées 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 intermédiaire :

- 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 IA grade 3 et IB grade 2
- Elle est possible sous la forme de recherche de ganglion sentinelle dans le cadre de protocole de recherche.
- Pas de reprise chirurgicale pour lymphadénectomie pelvienne si non fait de première intention pour grade 2 et à rediscuter en RCP pour les grades 3
- Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée.
- La radiothérapie externe n'est pas recommandée.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.

Haut risque:

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- Une lymphadénectomie lomboaortique et iliaque commune est recommandée. Dans ce contexte, la chirurgie endoscopique est recommandée si possible par voie extrapéritonéale en raison de la réduction du risque adhérentiel.
- La lymphadénectomie pelvienne n'est pas recommandée.
- 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 recommandée.

- Une curiethérapie vaginale de surimpression est proposée.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée hors essai clinique

Type 2

Pour les papillaires séreux

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une omentectomie infracolique, une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire est recommandée.
- Une curiethérapie vaginale de surimpression est proposée.
- Une inclusion dans l'essai Portec 3 est possible
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle est possible selon le schéma du RTOG (2 cures de cisplatine J1-J25 50 mg /m2 concomitant +4 carbo taxol adjuvant) Décision à prendre en RCP.

Pour les carcinosarcomes

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique et une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire est recommandée.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle et une curiethérapie vaginale de surimpression peuvent être discutée en RCP de recours (spécifique des sarcomes).

4.2 Stade II atteinte du stroma cervical

- Une hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- L'hystérectomie sera simple ou élargie, avec ou sans colpectomie, en fonction des caractéristiques de la tumeur avec objectif d'obtenir des marges saines.
- Une lymphadénectomie pelvienne est recommandée.
- Une 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.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie vaginale postopératoire à haut débit de dose est recommandée.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée en complément de la radiothérapie en RCP pour les grades 3 et types 2.

4.3 Stade III

A atteinte de la séreuse et ou des annexes

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une omentectomie infragastrique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique et une cytologie péritonéale sont recommandées.
- 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 sont recommandées.
- En cas d'atteinte cervicale, une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée.
- En cas d'atteinte annexielle, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle est recommandée.

B atteinte vaginale et ou paramétriale

- 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 utéro-vaginale (15 Gy) est recommandée.
- Une chimiothérapie intraveineuse concomitante est proposée par analogie au cancer du col de l'utérus.
- Une chirurgie de la tumeur primaire doit être discutée en cas de réponse incomplète.

C atteinte ganglionnaire histologique

- Si le stade IIIC (N1 TNM) est défini sur la base d'une lymphadénectomie pelvienne, une lymphadénectomie lomboaortique immédiate ou différée est recommandée selon l'état de la patiente et les possibilités chirurgicales.
- 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.

C1 atteinte ganglionnaire pelvienne à l'imagerie

- Il s'agit d'une discussion RCP
- Un traitement chirurgical premier comportant une hystérectomie totale avec salpingoovariectomie bilatérale, une exérèse ganglionnaire pelvienne et un curage lomboaortique à visée thérapeutique si faisable est recommandé.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) suivie d'une curiethérapie vaginale sont recommandées.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.

C2 atteinte ganglionnaire lomboaortique +/- pelvienne à l'imagerie

- Une radiothérapie externe pelvienne et lomboaortique conformationnelle (45 Gy) suivie d'une surimpression ganglionnaire et d'une curiethérapie utéro-vaginale sont recommandées.
- Si les conditions sont favorables pour une chirurgie, un traitement chirurgical premier, comportant une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale et une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique à visée thérapeutique, est recommandé.
- Une radiothérapie externe pelvienne et lomboaortique conformationnelle (45 Gy) et une curiethérapie vaginale postopératoires sont recommandées.
- Une chimiothérapie intraveineuse séquentielle doit être discutée.
- soit il est aussi possible de proposer une chimiothérapie première, suivie de la chirurgie, et avec une radiothérapie de clôture

4.4 Stade IV

A atteintes vésicales ou intestinales

- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) suivie d'une curiethérapie sont recommandées.

- Une chimiothérapie intraveineuse concomitante doit être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.
- Une exentération pelvienne à visée curative peut être discutée en cas d'échec de l'irradiation.
- Si NO sur imagerie.

B atteintes intra-abdominales y compris les ganglions inguinaux

- 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 défini par une atteinte inguinale isolée, une adénectomie complémentaire du traitement adaptée à l'extension locorégionale est recommandée si possible ou sinon une radiothérapie inguino-crurale.
- soit il est aussi possible de proposer une chimiothérapie première, suivie de la chirurgie, et avec une radiothérapie de clôture

4.5 Divers

présence d'une pyométrie :

- pas de chirurgie première ;
- pas d'hystéroscopie ;
- drainage et antibiothérapie ;
- dans la mesure du possible, obtenir une histologie par une biopsie d'endomètre ;
- chirurgie première selon le stade après régression du syndrome infectieux.

4.6. Récidives

Il s'agit d'un tournant dans l'évolution de la maladie car il constitue un événement de très mauvais pronostic en terme de survie.

Le diagnostic est fait sur l'histologie ou sur une suspicion iconographique. Le bilan comporte un examen sous anesthésie et un bilan d'extension comportant une radiographie pulmonaire et/ou TDM thoracique, ou une IRM thoraco-abdomino-pelvienne. Un TEP est souvent proposé devant une récurrence locale isolée.

L'attitude médicale est fonction du terrain, de l'extension et de la localisation de la récurrence, des antécédents d'irradiation, et des souhaits de la patiente.

Récidives locorégionales

L'attitude est différente selon le siège de la récurrence :

Vaginale isolée :

 Patientes précédemment irradiées :

 Récurrence en territoire traité : colpectomie ;

 Récurrence en territoire non traité (1/3 inférieur du vagin) : curiethérapie +/- colpectomie de rattrapage.

 Patientes non irradiées :

 Radiothérapie pelvienne (45 Gy) puis réévaluation : régression objective : curiethérapie ;

pas de régression objective : colpectomie.

L'ordre des traitements dépend du volume et de la localisation de la récurrence.

Pelviennes, centro ou latéropelviennes :

Le caractère très péjoratif de ces récurrences doit faire discuter les indications chirurgicales avec discernement. Néanmoins une chirurgie d'exérèse, lorsqu'elle est possible, pourra être proposée dans un premier temps.

Patientes précédemment irradiées :

Hormonothérapie et/ou chimiothérapie ;

Radiothérapie pelvienne (45 Gy) +/- complément dans la zone de récurrence, si antécédent de curiethérapie seule.

Patientes non irradiées :

Chirurgie si possible ;

Chimiothérapie / radiothérapie.

Métastases

Quel que soit le traitement proposé, l'efficacité est modeste :

Traitement symptomatique ;

Corticothérapie ;

Hormonothérapie : prodasone ou farlutal (400mg en continu) ;

Chimiothérapie éventuellement : carboplatine – novantrone – endoxan.

4.7. Sarcomes de l'endomètre et du myomètre

Diagnostic histologique connu en pré-opératoire :

En l'absence de métastases :

Colpohystérectomie +/- adénectomie si ganglion(s) palpable(s) ;

Radiothérapie pelvienne (50Gy) ;

La curiethérapie vaginale n'a pas prouvé totalement son intérêt, elle reste optionnelle en fonction des habitudes des équipes ;

Chimiothérapie adjuvante en cas d'envahissement ganglionnaire et/ou d'embolies lymphatiques.

En présence de métastases (le bilan doit comporter un scanner thoracique) :

Hystérectomie avec annexectomie bilatérale ;

Chimiothérapie.

Diagnostic connu sur une pièce opératoire :

Le bilan doit comporter un TDM thoracique et abdominopelvien :

TDM négative : radiothérapie pelvienne et curiethérapie ;

TDM pelvienne positive : radiothérapie pelvienne + curiethérapie + chimiothérapie ;

TDM pelvienne et lombo-aortique positive : idem métastases.

5 - SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE

La surveillance est essentiellement clinique. La réalisation de frottis vaginaux n'a pas fait la preuve de son efficacité. On ne réalise pas d'imagerie systématique chez les patientes traitées, en rémission complète et non symptomatiques.

Dès qu'il existe une symptomatologie, l'IRM est le meilleur examen permettant de faire la part entre anomalies post-thérapeutiques et nouvelle évolution tumorale.

Type de surveillance : elle repose sur l'examen clinique général et gynécologique (recherche de récurrence du fond vaginal ou de la région sous-urétrale) :

La surveillance doit être réalisée :

- tous les 4 à 6 mois, durant les 3 premières années, puis annuellement pour les stades I et II,
- tous les 4 à 6 mois, durant les 5 premières années puis annuellement, pour les stades III et IV.

Comme toute patiente traitée pour un cancer, il est souhaitable :

- de vérifier la mise à jour de ses vaccinations
- d'aider la patiente à éviter les drogues, le cannabis et le tabac
- d'aider la patiente à poursuivre ou à débiter une activité physique selon son état général
- d'aider la patiente à acquérir une alimentation selon les recommandations nationales

Des consultations spécialisées dans les services qui prennent en charge ces patientes doivent pouvoir leur être proposées.

Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, la participation aux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du côlon et du cancer du sein doit être encouragée.

Si elle n'a pas été réalisée avant, la recherche d'une instabilité des microsatellites au niveau tumoral est recommandée pour identifier un syndrome HNPCC/Lynch chez toutes les patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du « spectre HNPCC » (endomètre, intestin grêle, urothélium, voies biliaires, estomac, ovaire). En cas de syndrome HNPCC avéré, des recommandations sur les indications de surveillance et de chirurgie prophylactique sont disponibles sur le site Internet de l'INCa.

Il n'y a pas de contre-indication à un traitement hormonal substitutif uniquement oestrogénique chez les femmes de moins de 50 ans qui peut être proposé au titre du traitement de la ménopause secondaire à l'ovariectomie bilatérale. Après 50 ans, les indications et contre-indications sont les mêmes que dans la population générale.

Stadification FIGO

Tableau 2. Classification FIGO anatomochirurgicale (2009)²¹

FIGO (2009) ²⁰	TNM (2009) ²²	DESCRIPTION	FIGO (1989)
Stades I*	T1	Tumeur limitée au corps utérin	Stades I
IA	T1a	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	IA-B
IB	T1b	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	IC
Stades II*	T2	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	Stades IIA-B
Stades III*	T3 et/ou N1	Extensions locales et/ou régionales comme suit :	Stades III
IIIA	T3a	Séreuse et/ou annexes**	IIIA
IIIB	T3b	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	IIIB
IIIC	N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	IIIC
IIIC1		Ganglions pelviens	
IIIC2		Ganglions lombosacrés +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	T4 et/ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	Stades IV
IVA	T4	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	IVA
IVB	M1	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	IVB

* : grades 1, 2 ou 3 ; ** : Les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification (la classification FIGO de 1989 incluait les résultats d'une cytologie positive pour les stades IIIA).

Annexe 2

Figure 2. Compte rendu d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive²⁴

2. Corps utérin	
DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE	
Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*	
Nom de l'établissement et n° FINESS	
Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*	
Nom patronymique	
Prénom	
Nom d'épouse	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)	
Sexe	
N° d'identification (n° de sécurité sociale ou NIP ou identifiant patient)	
Code postal de résidence	
Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*	
Nom du préleveur	
Date de prélèvement	
COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE CORPS UTÉRIN (C54) - PIÈCES OPÉRATOIRES	
Identifiant médecin pathologiste	
N° de compte rendu	
Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS	
Signataire du compte rendu	
Date de signature du compte rendu	
Compte rendu de la pièce opératoire	
Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*	
Type de prélèvement	
Hystérectomie/hystérectomie + annexectomie bilatérale/hystérectomie + annexectomie bilatérale + lymphadenectomie/autre	
Organe/région anatomique	
Corps utérin	
Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :	
Corps utérin/isthme	
Description histopathologique ¹	
Type histologique	
Adénocarcinome endométrioïde : SAI/villoglandulaire/à cellules ciliées/à différenciation malpighienne/autre	
Adénocarcinome mucineux	
Carcinome papillaire séreux	
Carcinome à cellules claires	
Carcinome épidermoïde	
Carcinome indifférencié	
Tumeur maligne mixte mésodermique	
Autre	

²⁴ Compte rendu réalisé conjointement par la Société française de pathologie (SFP) et l'Institut National du Cancer (INCa).
SFP : <http://www.sfpathol.org/>
INCa : <http://www.e-cancer.fr/component/content/article/2501-anatomocytopathologie/4006-comptes-rendus-anatomopathologiques>

Grade histopronostique

FIGO : % de contingent solide non malpighien et non morulaire/atypies cytonucléaires

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection : saines/envahies. Si saines : marge minimale en mm

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO**Critères relatifs à la tumeur :**

Degré d'infiltration du myomètre (en %)

Séreuse utérine : saine/envahie

Extension extra-corporelle :

- col utérin : sans invasion du chorion/avec invasion du chorion (préciser profondeur en mm)
- vagin : préciser l'état de la recoupe
- paramètres
- séreuse ovarienne et/ou tubaire
- vessie et/ou intestin (muqueuse)
- autre

Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux :

- localisation : pelviens, para-aortiques*
- nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation

Ganglions à distance :

- localisation*
 - nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation
-

pT/pN² et FIGO

Notes

■ * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

■ Un +/- dans le texte équivaut à « ou ».

■ ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

■ ² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte.

Figure 1. Compte rendu normalisé du bilan locorégional initial par l'IRM²³



Groupes Imagerie **CA**ncérologique de la SFR

BILAN LOCO-REGIONAL INITIAL DES PRINCIPAUX CANCERS : Comptes rendus type

CANCER DE L'ENDOMETRE
Version 1 – Janvier 2008

IRM
Cancer de l'Endomètre
Bilan initial locorégional

Nom, coordonnées et spécialité du correspondant

Renseignements Cliniques & Indication

- Bilan d'extension d'un cancer de l'endomètre histologiquement prouvé
- Type histologique et grade lésionnel si connu

Technique

- **SE pondération T2, SANS FAT-SAT**, Haute résolution, Matrice > 400, épaisseur de coupes 4-5 mm
 - Incidence Sagittale à l'axe du bassin.
Limites de champs : Symphyse pubienne en bas, L4 en haut, Plan musculaire de la paroi abdominale en avant, Bord postérieur du sacrum en arrière, bifurcation iliaque externe/hypogastrique latéralement
 - Incidence Coronale à l'axe du bassin.
Limites de champs : 1 cm sous le plan des releveurs de l'anus en bas, Pédicules rénaux en haut, Bord antérieur du sacrum en arrière, Bifurcation iliaque commune en avant, crêtes iliaques latéralement
 - Incidence Axiale à l'axe du bassin.
Limites de champs : Symphyse pubienne en bas, Promontoire en haut, Plan musculaire de la paroi abdominale en avant, Bord postérieur du sacrum en arrière, Bords latéraux externes des toits des cotyles en dehors
- **Pour l'étude ganglionnaire**
 - Séquence fast turbo spin écho
 - du promontoire à la veine rénale gauche
- **Pour l'étude de l'interface Endomètre/Myomètre :**
 - soit séquence en écho de gradient avec injection dynamique de contraste :
Matrice > 256, 6 séquences toutes les 30 secondes avec injection entre la première et la deuxième séquence dans plan perpendiculaire à l'interface myomètre – endomètre.
 - soit séquence 3D graisse saturée avec injection dynamique de contraste
Matrice > 300, 6 séquences toutes les 60 secondes avec injection entre la première et la deuxième séquence dans plan perpendiculaire à l'interface myomètre-endomètre
- **Déroulement de l'examen :** satisfaisant ou non

Type de machine :, Mise en service :, N° d'agrément :

Type d'archivage :

Support :

- films seuls (nombre – valeur moyennage des coupes),
- films (planche sélectionnée et CD),
- CD,
- PACS

²³ Compte rendu normalisé réalisé par la Société française de radiologie (SFR). Source : site internet de la SFR. <http://www.sfrnet.org/portal/site/societe/5-groupes-de-travail/2-Transversaux/groupe-imagerie-cancerologique/comptes-rendus-normalises/index.phtml>

BILAN LOCO-REGIONAL INITIAL DES PRINCIPAUX CANCERS : Comptes rendus type
Résultats

- Dans l'ordre des facteurs pronostiques de la classification FIGO, en tournant autour de la tumeur, il n'y a pas lieu de décrire le signal tumoral en dehors de prises de contraste atypiques ou de plages de nécrose à bords nets après injection pouvant faire suspecter une composante sarcomateuse.
 - Donner les 3 dimensions de l'utérus en insistant sur le diamètre transverse (possibilité de chirurgie par voie basse)
 - Préciser la localisation tumorale : fond utérin, corne, isthme
 - Extension tumorale au myomètre : < ou > à 50% de l'épaisseur du myomètre, voire extension à la séreuse myométriale
 - Extension au stroma cervical
 - Extension extra utérine
 - tourner autour de la tumeur : paramètres, vessie, rectum, ovaires, péritoine
 - Extension ganglionnaire
 - Pelvienne
 - Préciser la localisation
 - par rapport à la bifurcation iliaque externe-hypogastrique
 - et par rapport aux plans vasculaires iliaques externes : pré artériel, entre artère et veine ou sous veineux
 - Lombo-aortique.
 - (Préciser si la veine rénale gauche est pré ou rétro-aortique)
 - Autres lésions mineures de découverte fortuite et variantes congénitales
- Comparaison avec l'examen antérieur :
ou Absence de documents antérieurs

Synthèse et Conclusion

- **Regrouper les éléments décisionnels positifs.** (Il n'y a pas d'utilité à donner un score FIGO : la classification FIGO des cancers de l'endomètre est une classification post-chirurgicale)
 - Diamètre transverse de l'utérus
 - Extension au myomètre, et éventuellement extra utérine
 - Extension ganglionnaire pelvienne ou Lombo-Aortique
- **Exemple de conclusion :**
« Plus grand diamètre transverse de l'utérus : 7,5 cm. Lésion du fond utérin, étendue à la partie supérieure de l'isthme, respectant le stroma cervical. L'extension au myomètre est inférieure à 50%. Pas d'adénomégalie pelvienne ou lombo-aortique »

Nom (en entier) du radiologue :
Relecture par :