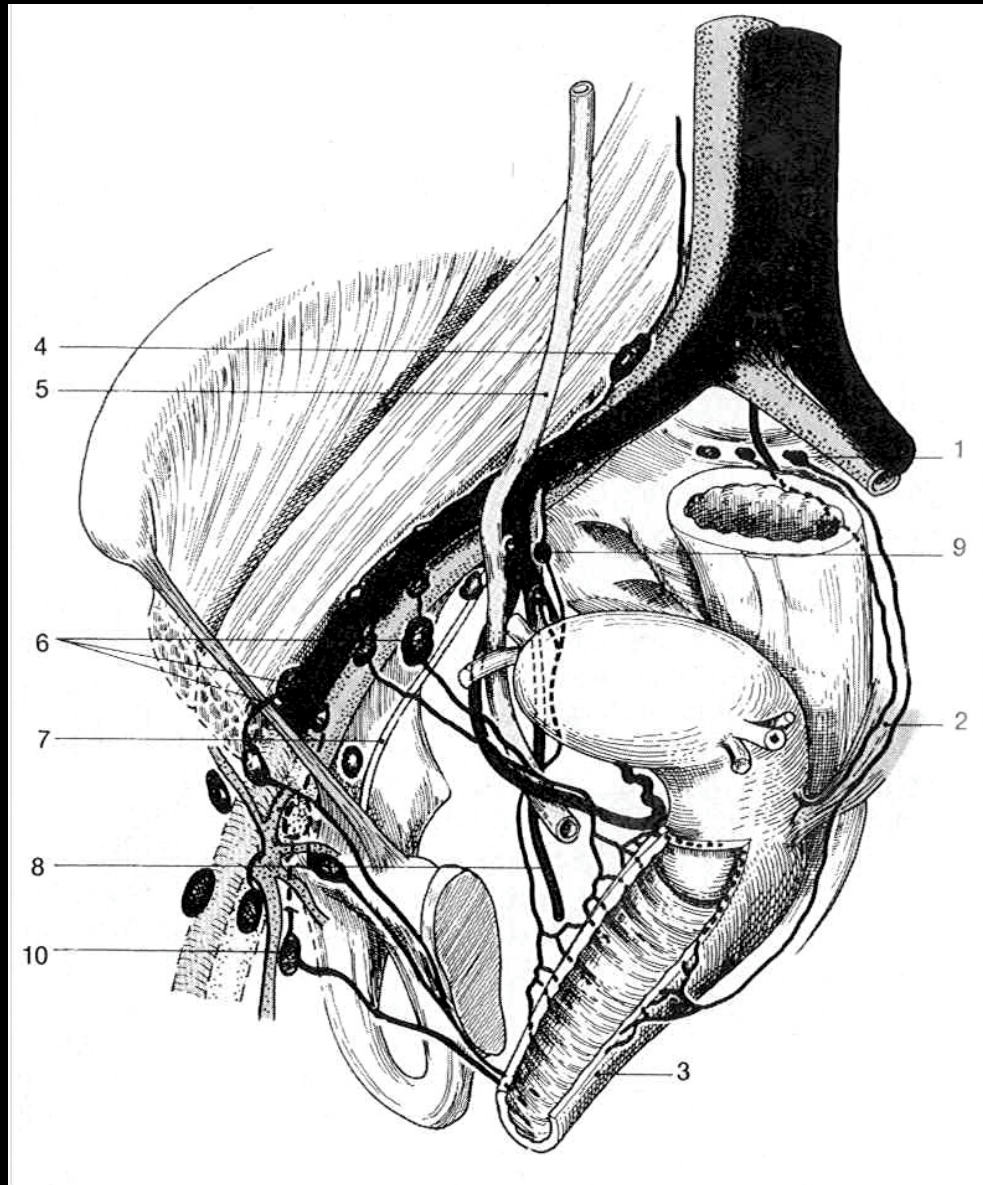




Référentiel régional pour les cancers de l'endomètre

Coordonnateurs : Gilles Body et Gilles Bosq
Centre Olympe de Gouges – Clinique du Parc

- 3ème localisation des cancers de la femme après le cancer du sein et les cancers colorectaux.
- 80% concernent des femmes ménopausées.
- Principaux facteurs pronostiques :
 - Âge
 - Stade clinique
 - Type histologique
(adénocarcinomes papillaires séreux, ou à cellules claires)
 - Grade histologique
 - Degré d'infiltration du myomètre
 - Envahissement ganglionnaire



Bilan pré-thérapeutique

- **Hystéroscopie**

- Réalisation de biopsies orientées → histologie
- Stadification

- Échographie pelvienne
- IRM abdominopelvienne
- CA-125
- Examen sous anesthésie générale
- **N'ont plus leur place :**
 - **L'hystérographie**
 - **L'urographie intraveineuse**
 - **La lymphographie bipédieuse**

Classification anatomo-pathologique OMS

Tumeurs épithéliales

Adénocarcinome endométrioïde
Adénocarcinome mucineux
Adénocarcinome séreux
Adénocarcinome à cellules claires
Adénocarcinome mixte
Carcinome épidermoïde
Carcinome à petites cellules
Carcinome indifférencié

Tumeurs mésenchymateuses

Tumeurs du stroma endométrial
Tumeurs musculaires lisses
(léiomyosarcomes)
Autres tumeurs musculaires lisses
- léiomyome bénin métastasant
- Léiomyomatose intraveineuse

Tumeurs mixtes

Adénosarcome
Carcinofibrome
carcinosarcome

- Hystéroscopie

- **Échographie**
 - Pelvienne :
 - Infiltration du myomètre
 - Recherche de fibrome(s), d'une tumeur de l'ovaire
 - Abdominale

- IRM abdominopelvienne
- CA-125
- Examen sous anesthésie générale

- Hystéroscopie
- Échographie pelvienne et abdominale
- **IRM abdominopelvienne : systématique**
 - Infiltration du myomètre (performances > au TDM)
 - Extension cervicale et paramétriale
 - Métastases ganglionnaires
- CA-125
- Examen sous anesthésie générale

- Hystéroscopie
- Échographie pelvienne et abdominale
- IRM abdominopelvienne

- **CA-125**
 - Extension extra-utérine (si pathologie ovarienne +++)

- **Examen sous anesthésie générale**
 - En pré-opératoire immédiat par un chirurgien gynécologue
 - Examen clinique + cystoscopie ; rectoscopie seulement dans les stades évolués
 - Présence d'un radiothérapeute si envahissement vaginal ou suspicion d'envahissement des paramètres

Stades OMS**I Tumeur limitée au corps de l'utérus**

IA : tumeur superficielle, limitée à l'endomètre

IB : invasion du myomètre $\leq 50\%$

IC : invasion du myomètre $> 50\%$

II Tumeur du corps utérin étendue au col

IIA : atteinte endocervicale exclusivement glandulaire

IIB : atteinte du stroma endocervical

III Tumeur avec extension pelvienne extra-utérine

IIIA : tumeur envahissant la séreuse et/ou l'annexe et/ou cytologie péritonéale positive

IIIB : métastase vaginale

IIIC : métastases pelviennes et/ou ganglionnaires lombo-aortiques

IV Tumeur avec extension viscérale pelvienne ou métastase à distance

IVA : invasion de la vessie ou du rectum

IVB : métastase à distance, y compris les adénopathies intra-abdominales et/ou inguinales

Protocoles thérapeutiques

Stades 1 et 2

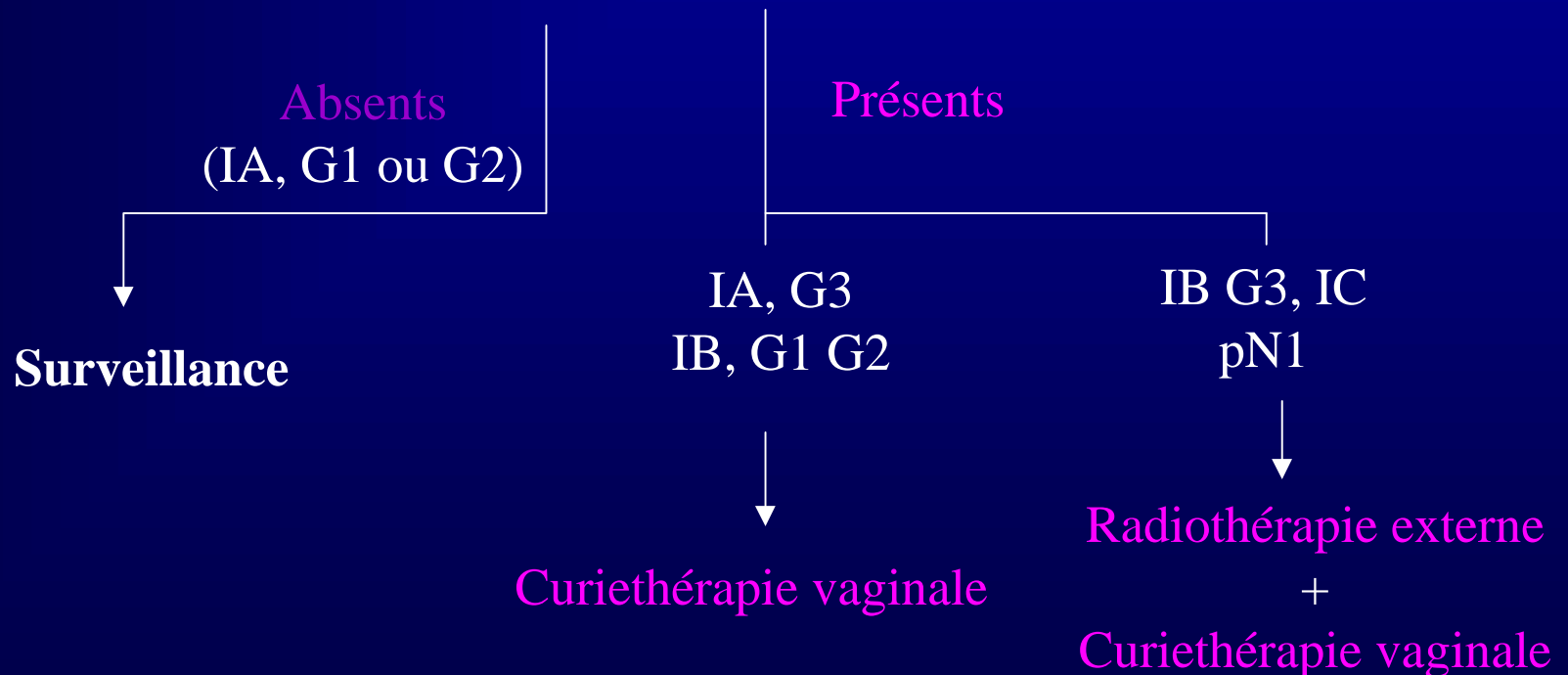
- **La chirurgie constitue la base du traitement**
 - Elle doit être réalisée en première intention aussi souvent que possible
 - La stadification tumorale est réalisée chirurgicalement
 - L'intervention comporte :
 - Une hystérectomie extrafasciale
 - Une annexectomie bilatérale
 - Une omentectomie + appendicectomie + biopsies péritonéales si adénocarcinomes papillaires séreux ou à cellules claires

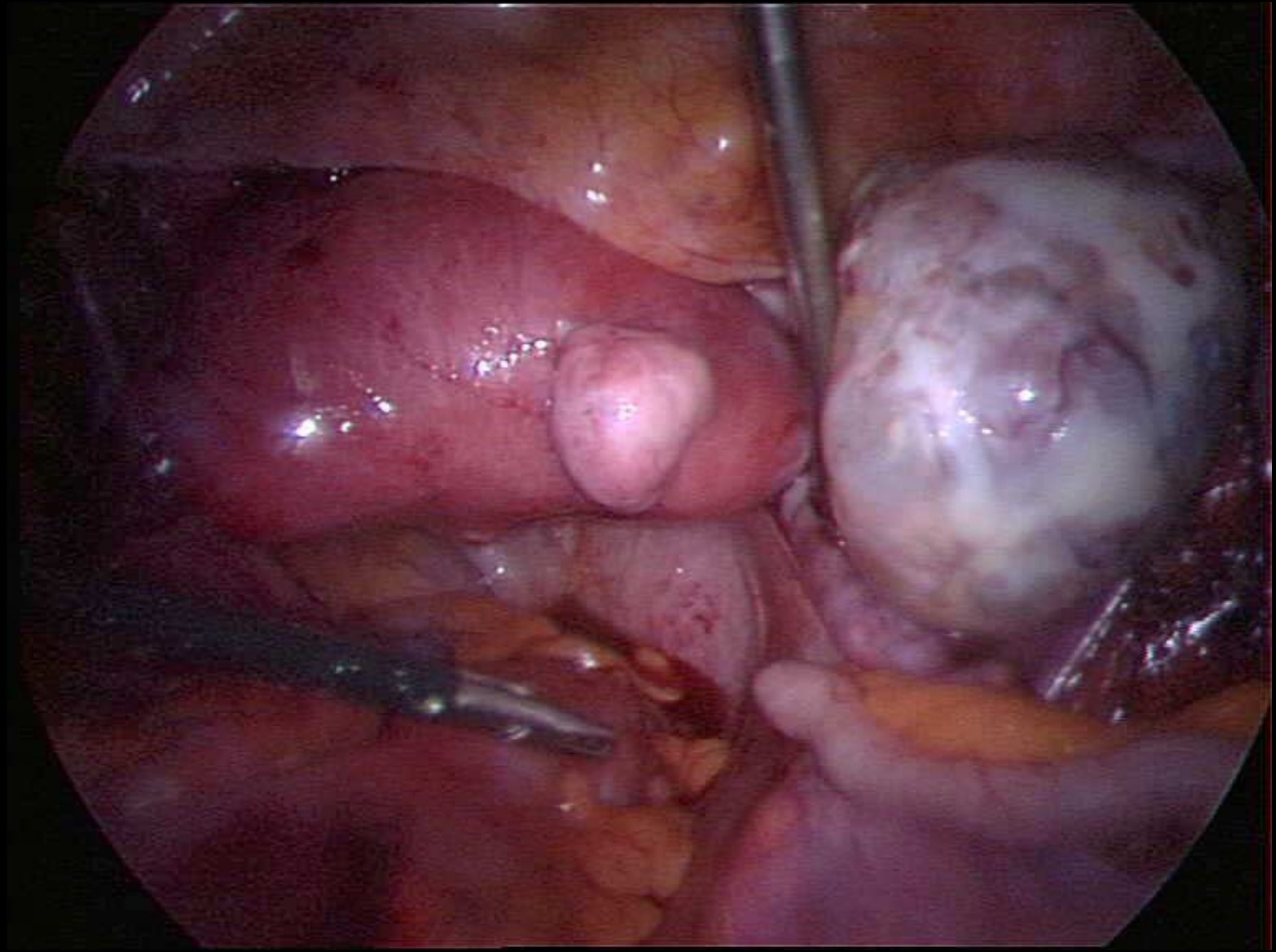
- **La radiothérapie est le seul traitement adjuvant ayant fait la preuve de son efficacité**
 - La curiethérapie de la voûte vaginale
 - Elle diminue la fréquence des récurrences vaginales
 - Elle est délivrée le plus souvent en haut débit de dose
 - La radiothérapie pelvienne
 - Elle améliore le taux de contrôle pelvien de la maladie
 - Elle n'a d'impact ni sur l'évolution métastatique ni sur la survie

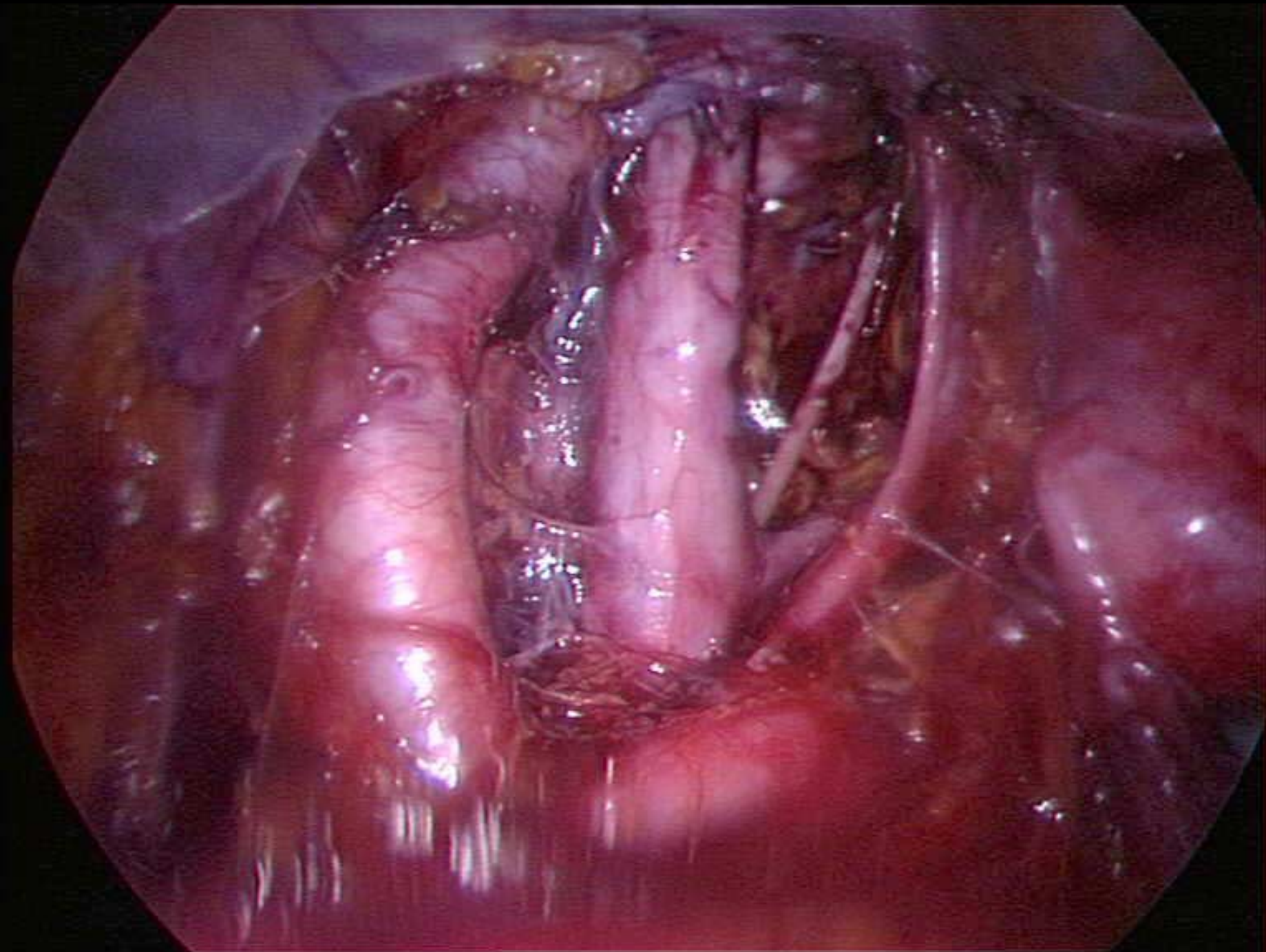
Traitement des stades I

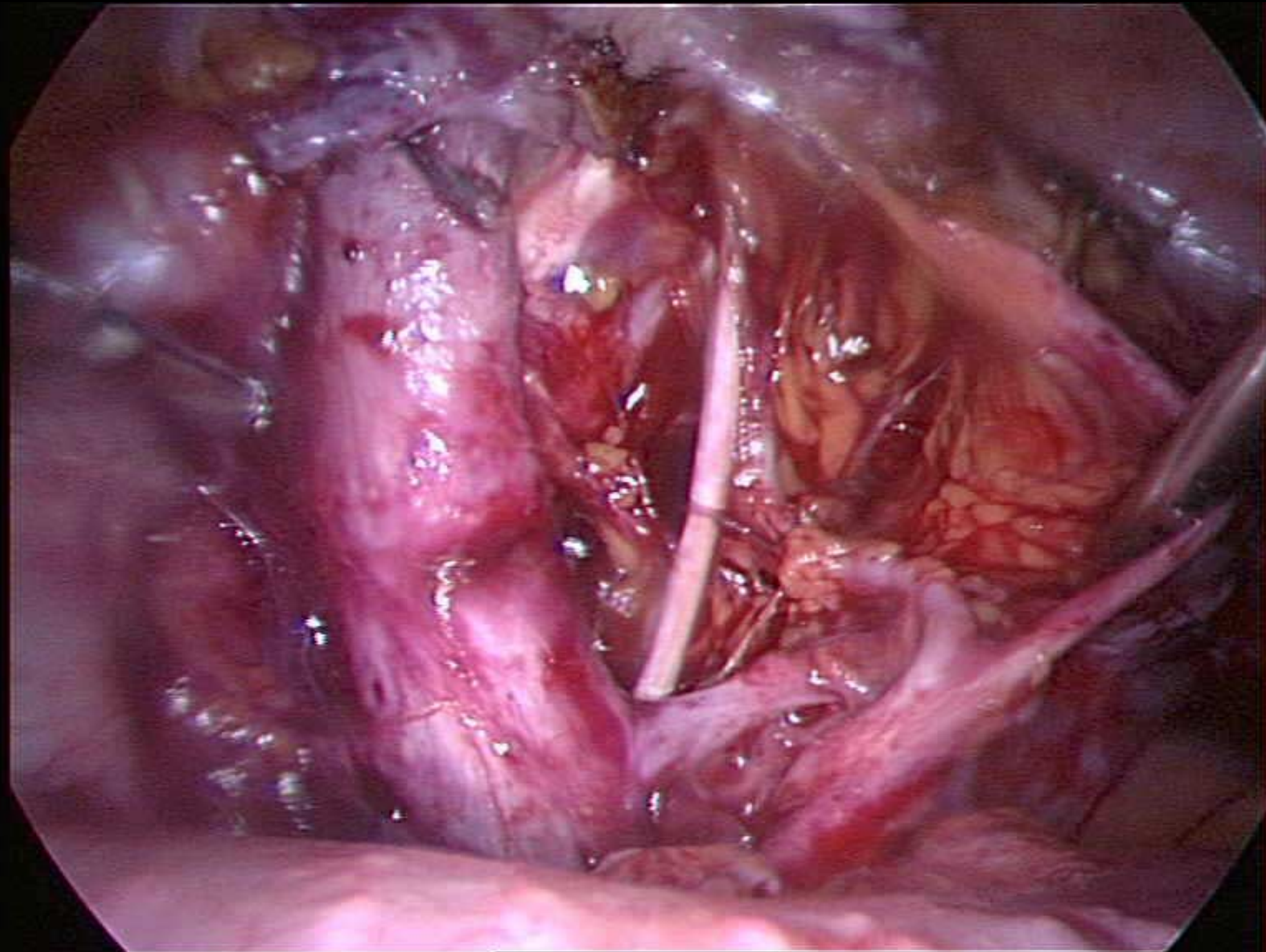
**Hystérectomie totale extrafasciale + annexectomie bilatérale
+ lymphadénectomie pelvienne**

Facteurs de mauvais pronostic









Traitement des stades II

**Colpohystérectomie totale (Piver 2) + annexectomie bilatérale
+ lymphadénectomie pelvienne (sauf si IIA G3, IIB)**

Option : curage lombo-aortique

Facteurs de mauvais pronostic

Absents

(IIA, G1 ou G2, IM \leq 50%, pN0)

Curiethérapie vaginale

Présents

IIA, G3, IM \leq 50%

IIA, IM $>$ 50%

IIB

pN1

Radiothérapie externe

+

Curiethérapie vaginale

Surveillance

- **Surveillance essentiellement clinique :**
 - L'intérêt des frottis vaginaux n'est pas établi.
 - Examen général et gynécologique (fond vaginal et région sous-urétrale)
- Pas d'examen complémentaire en l'absence de symptomatologie clinique.
- Le dosage systématique du CA-125 n'a pas fait la preuve de son efficacité.
- Rythme :
 - tous les 6 mois les 3 premières années.
 - puis tous les ans.
- THS : peut se discuter en l'absence de facteur de mauvais pronostic
 - Stade I
 - Grades I et II
 - Infiltration du myomètre $\leq 50\%$
 - pN0.

Groupe Endomètre :

(Bourges, Châteauroux, Chartres, Orléans, Tours)

F Arbion (Tours), S Avigdor (Orléans), I Barillot (Tours), C Berger (Bourges), JP Biny (Tours), G Body (Tours), C Bonneau (Orléans), G Bosq (Tours), L Brunereau (Tours), PE Cailleux (Tours), JL Devilliers (Orléans), C Frayret (Chartres), C Genre (Tours), M Ibrahim (Orléans), L Jallais (Tours), O Le Floch (Tours), A Ledoux (Bourges), ML Maillet (Tours), G Maloux (Orléans), MB Orgerie (Tours), C Rogez (Tours), A Tékaya (Chateauroux), P Thienpont (Tours)