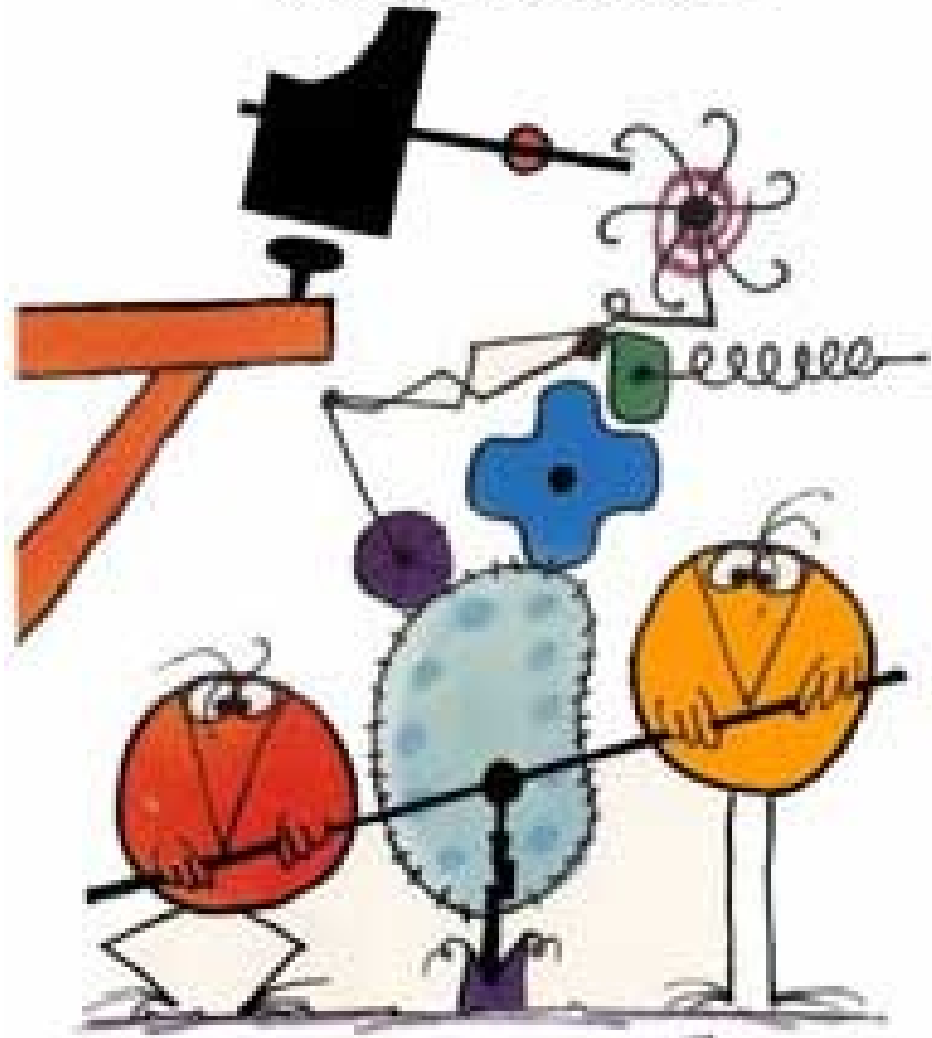


# **Cancers utérins: Stadification et traitement**

**Mathevet P.**

**CHU Vaudois, Lausanne, Suisse**

Les devises Shadok



Zouzi

POURQUOI FAIRE SIMPLE  
QUAND ON PEUT FAIRE  
COMPLIQUE ?!

# **Cancers de l'endomètre**

# Données épidémiologiques

- **Cancer gynécologique pelvien le plus fréquent en France**
- **Age moyen du diagnostic: 65 ans**
- **Incidence: 20/100'000 femmes par année**
- **5<sup>ème</sup> rang des cancers chez la femme (fréquence)**
- **8<sup>ème</sup> cause de décès par cancer.**
- **Cancer de bon pronostic car souvent diagnostiqué à un stade précoce.**

# Facteurs de risque et génétique

- Obésité (RR: 2,2)
- Syndrome métabolique (RR: 1,9)
- Syndrome ovaires polykystiques (RR: 2,9)
- Traitement par Tamoxifène (Post.-M) (RR: 4,0)
- THS par œstrogène seul (RR: 1-10)
  
- Syndrome de Lynch (HNPCC)

# Recommandation

## Stadification

### Bilan standard:

- Echographie endo-vaginale
- Biopsie endomètre à la pipelle de CORNIER
- Si échec ou impossibilité d'utilisation :  
Hystéroscopie (notant la dimension de la lésion et sa localisation par rapport à l'isthme)
- IRM pour apprécier l'envahissement en profondeur.

### A discuter:

- Si suspicion de stade  $> I$ : TDM TAP ou TEP-Scan

# Types histologiques

	<b>TYPE I</b>	<b>TYPE II</b>
Fréquence	77 - 80 %	10 - 23 %
Type histologique	Endométriøide Mucineux	Papillaires séreux A cellules claires
Grade (FIGO)	Grade 1 : $\leq 5$ % de zones solides* Grade 2 : 6 - 50 % de zones solides* Grade 3 : $> 50$ % de zones solides* La présence d'atypies nucléaires sévères augmente le grade d'un point. * A l'exclusion de la métaplasie malpighienne	Haut grade
Immunohistochimie	Récepteurs hormonaux +++ P53 - (ou focalement+) P16 -	Récepteurs hormonaux +/- P53 +++ P16 +++
Précurseur	Hyperplasie atypique	Carcinome intra épithélial

# Cancers de l'endomètre

## Stadification FIGO 2009

- **Stade I : tumeur limitée au corps utérin**
  - IA: invasion < à la moitié du myomètre
  - IB: invasion  $\geq$  à la moitié du myomètre.
- **Stade II : invasion du stroma cervical.**
- **Stade III : extension locale et/ou régionale de la tumeur.**
  - III A : atteinte de la séreuse utérine ou des annexes.
  - III B : atteinte vaginale ou paramétriale.
  - III C : métastases ganglionnaires.
    - IIIC1: métastases ganglionnaires pelviennes.
    - IIIC2: métastases ganglionnaires lombo-aortiques.
- **Stade IV**
  - IVA : base vésicale et/ou paroi intestinale.
  - IVB : métastases à distances.

**La cytologie péritonéale positive ne modifie pas le stade.**



# Cancers endométriaux

- **Stades débutants (stade I).**
  - Majorité des cas (>80%).
  - Base du traitement = chirurgie.
  - Si possible par laparoscopie.
- **Importance des facteurs pronostiques:**
  - Type histologique
  - Infiltration pariétale utérine (stades IA - IB)
  - Grade histologique
  - Présence d'embolies lymphovasculaires
  - Envahissement ganglionnaire
  - Age > 60 ans

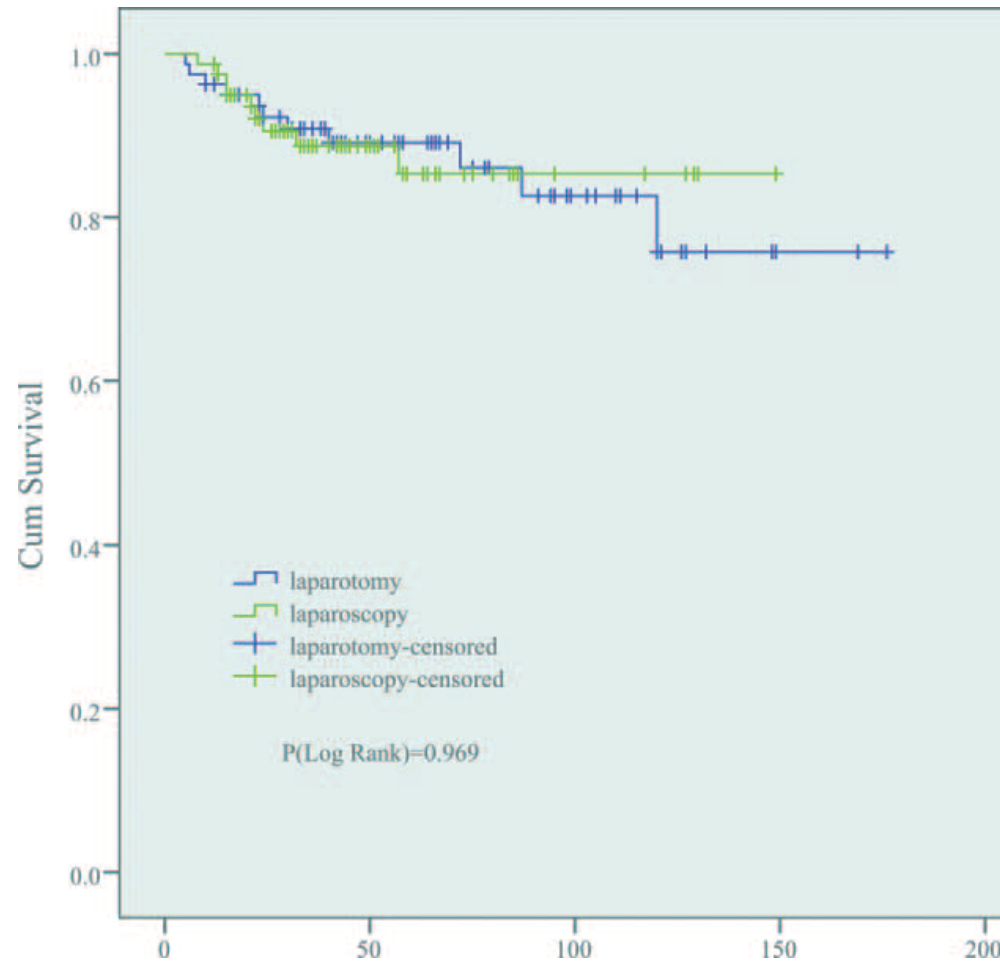
# Cancers endométriaux stade I

- **Le traitement de base est:**
  - L'hystérectomie totale non conservatrice (ablation de l'utérus y compris le col et les trompes et ovaires).
  - Exploration péritonéale complète avec biopsies des zones anormales.
  - Réalisation d'une cytologie péritonéale.
  - La réalisation des curages est discutée...
  - survie à 5 ans = proche de 90% pour les stades I.

# En comparaison avec la laparotomie

- **La prise en charge laparoscopique résulte en :**
  - Durée opératoire plus longue (?)
  - Séjour hospitalier plus court
  - Données opératoires équivalentes
  - Un taux de complication similaire mais
    - Moins de perte sanguine et de transfusions
    - Moins de complications chez les patients obèses +++
  - Meilleure qualité de vie
  - Taux de survie équivalents
- **Sans accroissement notable des coûts**

# Survie comparable entre laparoscopie et laparotomie



# Place des curages ganglionnaires

- Discutée dans les cancers débutants
- 2 études prospectives randomisées de bonne qualité: négatives.
- Dépend potentiellement des facteurs pronostiques (profondeur d'infiltration...).
- 1 étude comparative en faveur des curages pour les tumeurs à haut risque.
- Problème des territoires ganglionnaires à évaluer:
  - Pelviens seuls
  - Pelviens et lombo-aortique

# Cancers endométriaux stade I

- **Bas risque:**
  - Stade IA, sans envahissement du myomètre et grade 1 ou 2.
  - Stade IA grade 1.
- **Risque intermédiaire:**
  - Stade IA avec effraction myométriale et grade 2.
  - Stade IB grade 1 ou 2.
- **Haut risque:**
  - Stade IA ou IB grade 3.
  - Type 2 histo.

# Ttts adjuvants- Stade I, type 1

- **IA grade 1 ou 2:**
  - Recommandation: Surveillance
  - Discuter: Curiethérapie si facteurs de mauvais pronostic.
- **IB grade 1 ou 2, ou IA grade 3**

Recommandation

  - Curiethérapie postopératoire .

Discuter

  - Radiothérapie pelvienne (50 Gy) si facteurs de mauvais pronostic.
- **IB grade 3**
  - Recommandation: Radiothérapie pelvienne (50 Gy) + curiethérapie.
- **La cytologie péritonéale positive ne modifie pas les traitements.**

# Recommandation

- **Pour les stades IB grade 3:**
  - association d'une lympho pelvienne et lombo-aortique.
  - Puis radiothérapie +/- chimio dans certaines situations
- **Type 2 histo (séropap ou cellules claires) et stade I:**
  - HT non conservatrice + cyto + curages pelviens et LA + omentectomie
  - Puis chimiothérapie + radiothérapie dans certaines situations.



# **Cancer endométrial**

**Quelle utilité à la technique  
du GS?**

# Bénéfices de la recherche du GS

- Extemporane sur des ganglions ciblés: ++
- Recherche de drainages aberrants: ++
- Recherche de micrométastases: ++
- Réduction de la morbidité: ++
- Donc meilleure stadification, optimisation des traitements, amélioration du pronostic (?)....



**Problème du GS dans le cancer  
endométrial =  
le site d'injection !  
Lequel est le plus représentatif des  
voies de drainage...**

# **Cancers endométriaux**

## **Stades avancés**

# Suspicion de Stade II

- **Recommandation**

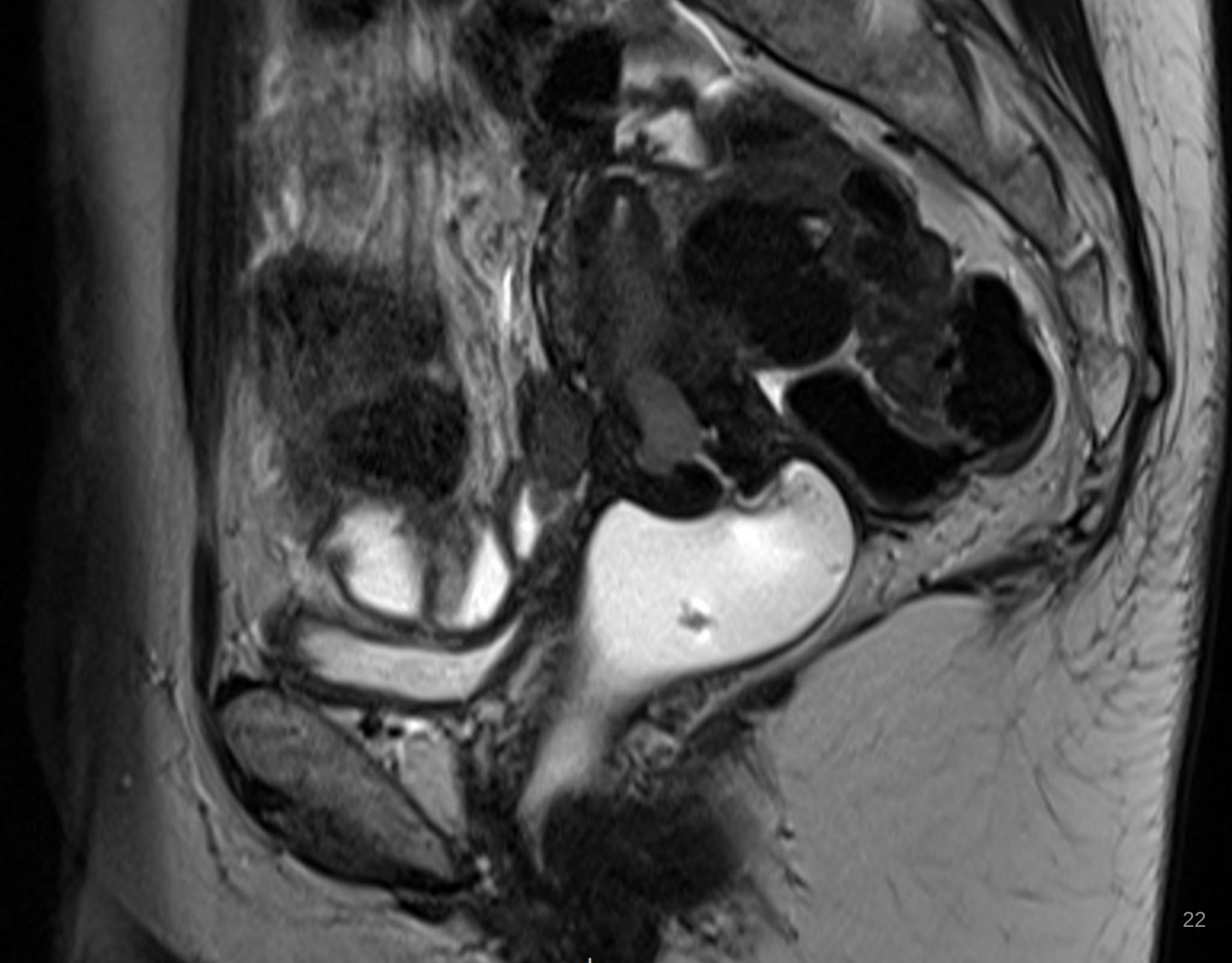
- Colpohystérectomie totale élargie non conservatrice (Piver II)
- + cytologie péritonéale
- + curage iliaque externe et primitif
- + biopsies péritonéales sur zones suspectes

- **Discuter**

- Si N+ suspecté ou pN1 pelvien : curage lombo-aortique
- Chimiothérapie à base de platines pour les Grade 3 (6 cures de Carboplatine + Taxol)

- **Recommandation en adjuvant:**

- Radiothérapie pelvienne
- + curiethérapie vaginale

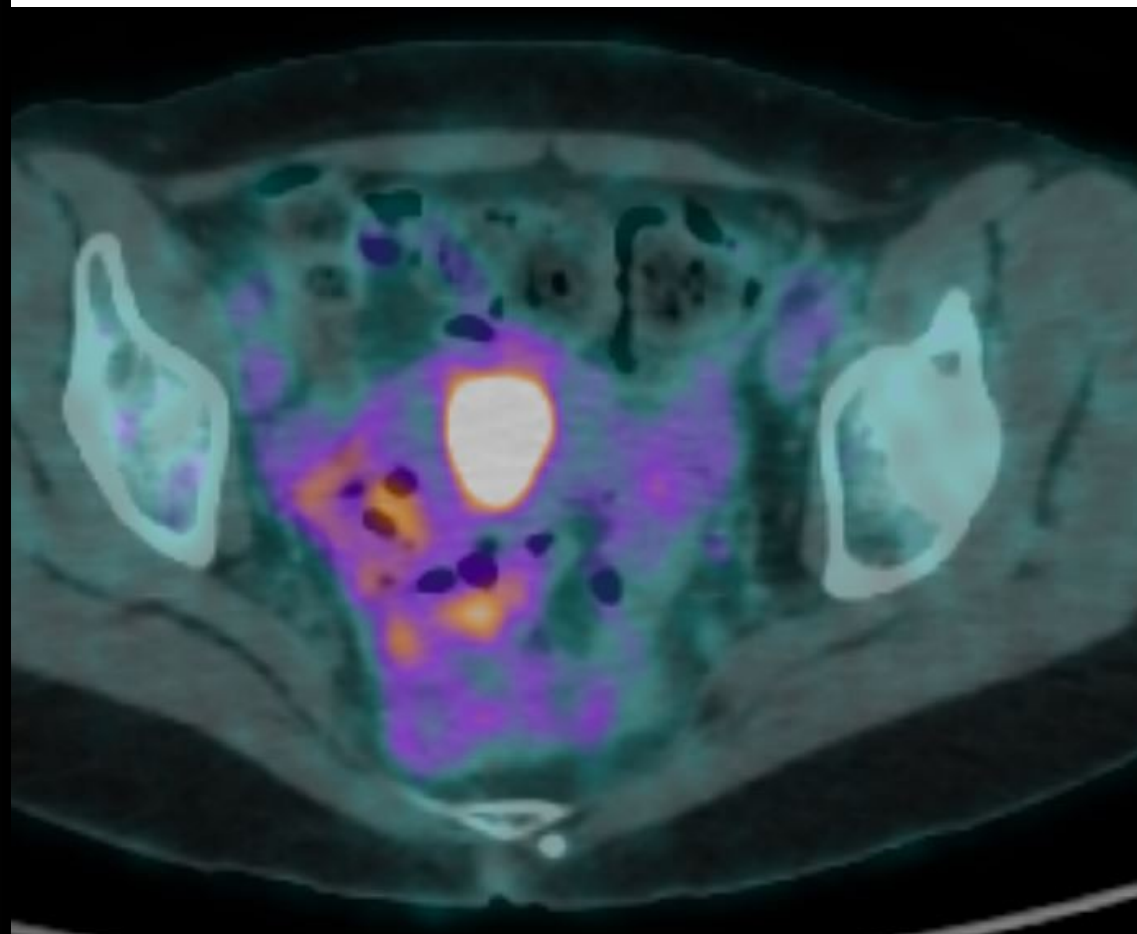




Nb Views: 120

$\mu = 0.00$   $\sigma = 0.62$  g/ml IPR

$\psi = 2.02$



JM - 26. 4. 2016

23

# **Stade III-IVA, A discuter en Réunion de Concertation**

- **Chirurgie (si possibilité de geste radical).**
- **Radiothérapie externe.**
- **Chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante.**
- **Radiothérapie lomboartique.**



# **Cancers du col utérin**

# CARCINOMES DU COL UTERIN (malpighiens et glandulaires)

## ÉPIDEMIOLOGIE

Fréquence : incidence directement liée au niveau socio-économique de chaque pays (forte si PNB bas)

Age : prévalence maximum entre 35 et 40 ans pour le cancer in situ, 45 et 50 ans pour le cancer invasif

### **Facteurs de risque :**

- **sexualité**

- u **précocité du 1er rapport sexuel**

- u **nombre de partenaires sexuels**

- **tabagisme**

- **carence en vitamine A**

- **absence de dépistage**

- **infections génitales dont infection par HPV**

# Epidémiologie des cancers du col

- **Incidence = 5,3/100 000 femmes-an.**
- **Mortalité = 1,4/100 000 femmes-an (survie = 72 %).**
- **Il s'agit d'un cancer de la femme jeune.**
- **De plus, le nombre de cas chez la femme de moins de 30 ans n'est pas négligeable.**

# Bilan initial des cancers du col

- Examen gynécologique et
- IRM pelvienne et des aires ganglionnaires lomboaortiques
- Discuter
  - Marqueurs SCC
  - Scanner thoracique
  - TDM TAP ou TEP/FDG si T  $\geq$  IB2.
- Bilan sous AG:
  - Appréciation du stade FIGO et évaluation du volume tumoral
  - Discuter : Cystoscopie +/- biopsie si doute

# Cancers du col utérin

## Classification FIGO 2009

- **Stade I : tumeur limitée au col**
  - IA: diagnostiqué seulement à l'histologie (profondeur d'invasion  $\leq$  à 5mm et extension horizontale  $\leq$  à 7mm).
    - IA1: profondeur d'invasion  $\leq$  à 3mm et extension horizontale  $\leq$  à 7mm.
    - IA2: invasion  $>$  à 3mm et  $\leq$  à 5mm, et extension horizontale  $\leq$  à 7mm.
  - IB: tumeur clinique ou  $>$  à IA.
    - IB1 = diamètre maximal  $\leq$  4cm **mesuré à l'IRM**
    - IB2 = diamètre maximal  $>$  4 cm.
- **Stade II : invasion en dehors du col, mais ne touchant pas la paroi pelvienne ou le 1/3 inf. du vagin.**
  - II A : dôme vaginal (2/3 sup) sans extension paramétriale.
    - IIA1 =  $\leq$  4 cm.
    - IIA2 =  $>$  4 cm.
  - II B: atteinte paramétriale évidente.
- **Stade III : invasion du 1/3 inf. du vagin et/ou jusqu'à la paroi pelvienne et/ou avec obstruction urétérale.**
  - III A : fourreau vaginal (1/3 inf).
  - III B : paramètre jusqu'à la paroi ou obstacle urétéral.
- **Stade IV**
  - IVA : base vésicale et/ou paroi rectale.
  - IVB : métastases

# **Cancer du col débutant Stade IA2-IB1-IIA1 (<4 cm)**

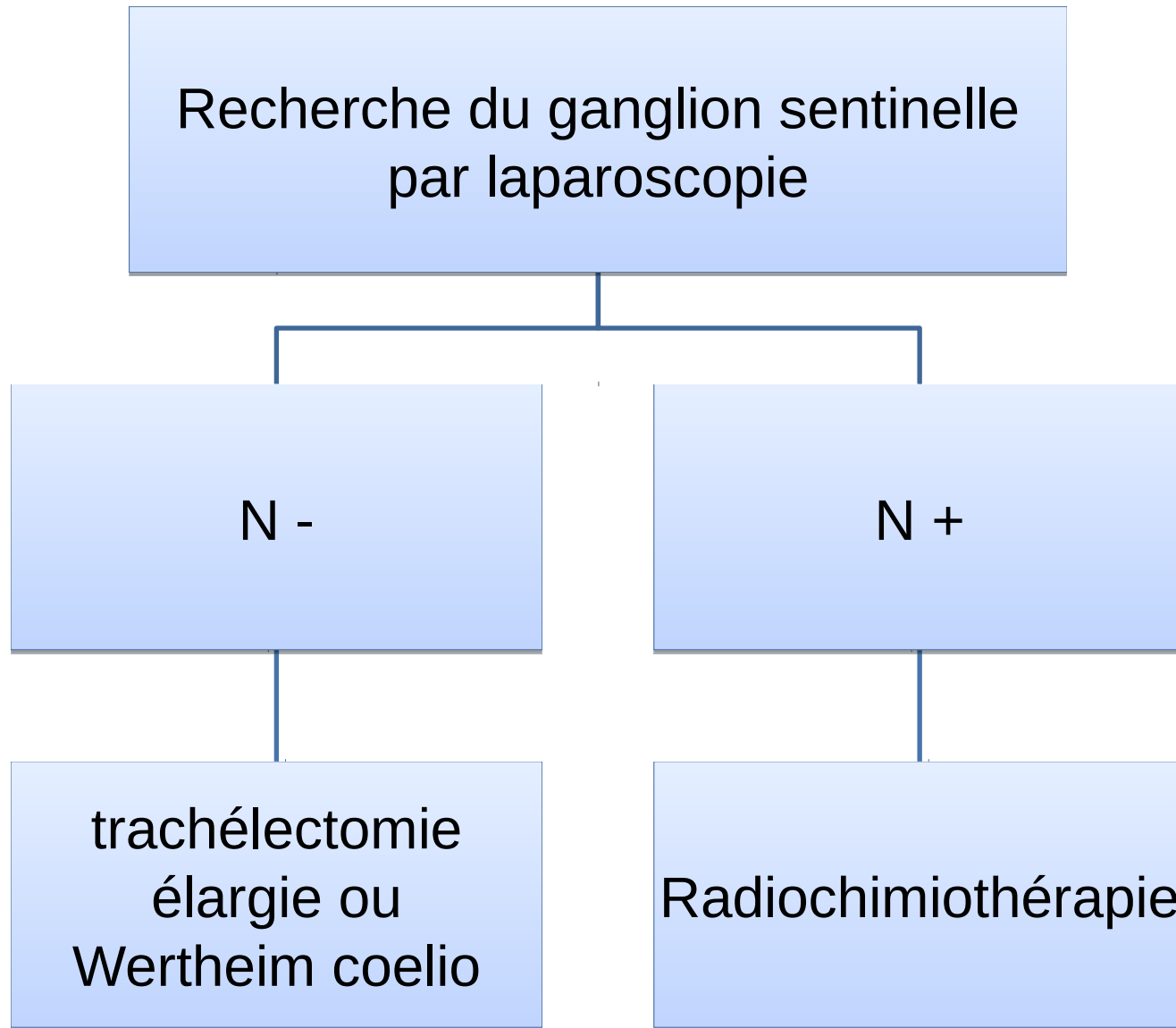
- **Traitement laparoscopique**
  - **Dissection du ganglion sentinelle (GS)**
- **Préservation de la fertilité**

# Prise en charge des cancers débutants: stades IA2-IB1-IIA1

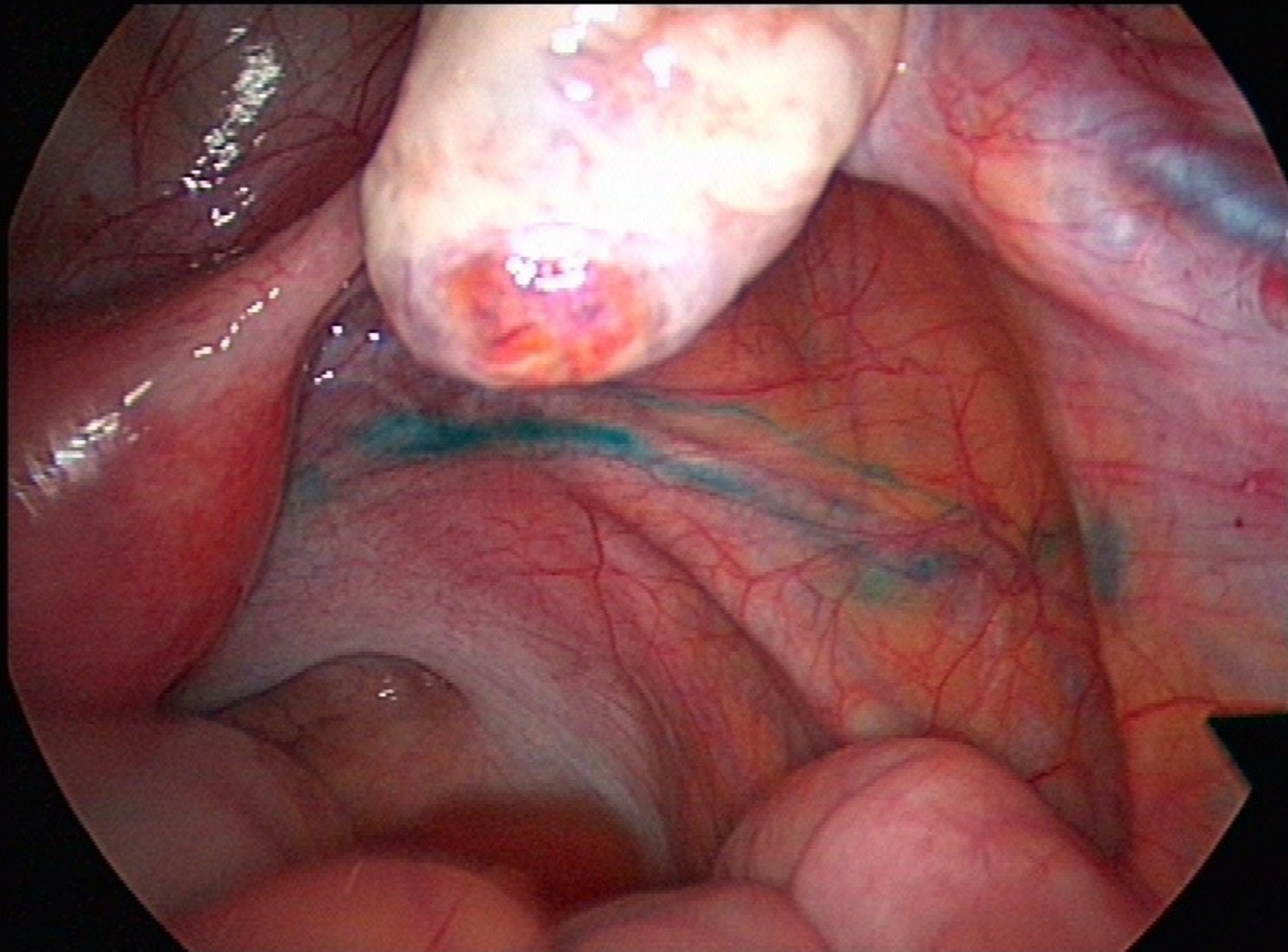
- **Chirurgie laparoscopique:**
  - Recherche du GS
  - + colpo-hystérectomie élargie
  - +/- conservatrice des ovaires.
- **Si N+ en per-opératoire: lymphadénectomie lombo-aortique puis radiochimiothérapie.**
- **Si facteurs de mauvais pronostic (diamètre tumoral > 4 cm, atteinte paramétriale, N+, emboles multiples (?)): radio-chimiothérapie post-opératoire.**

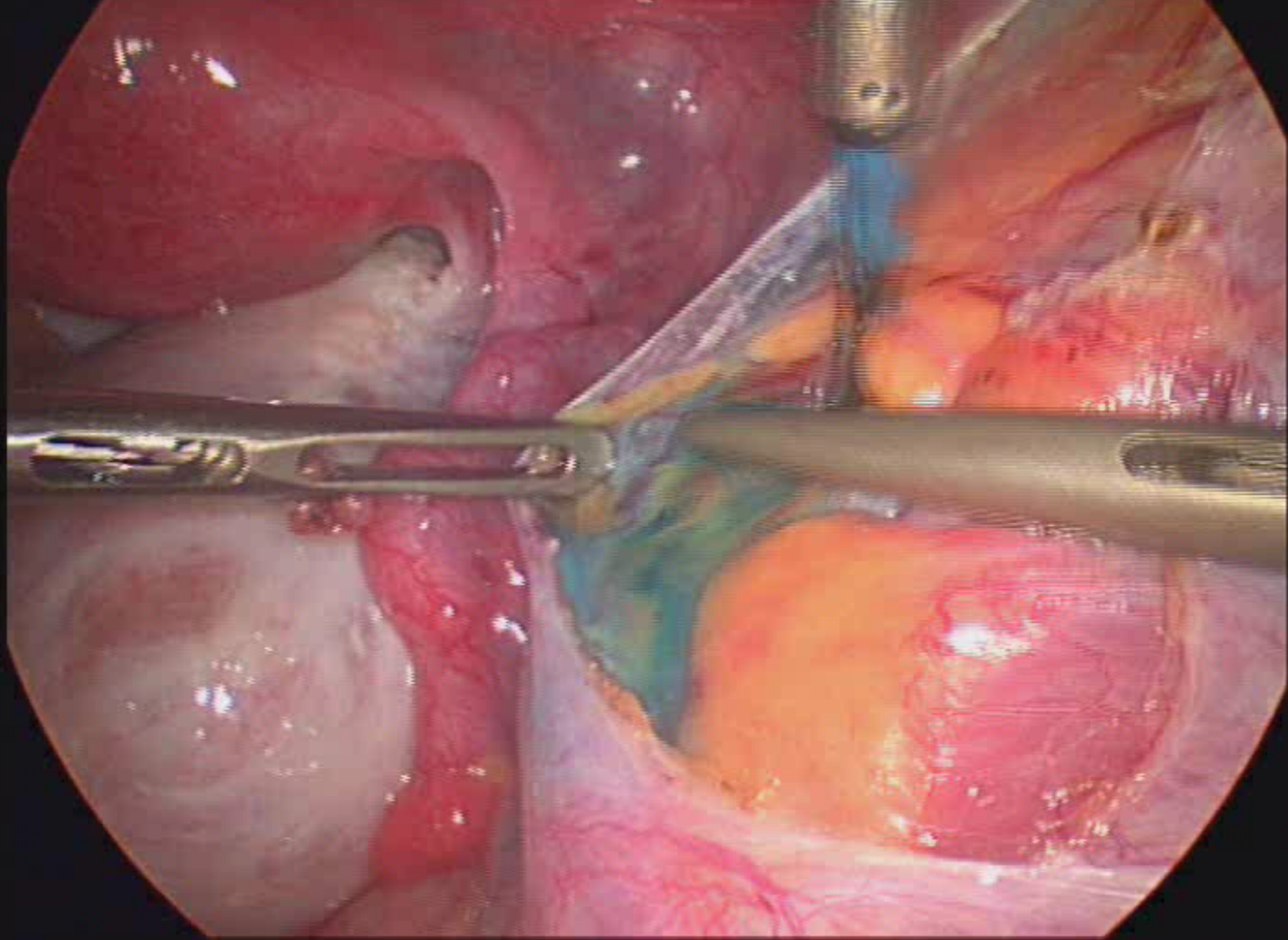
# Prise en charge

Cancer cervical stade IA2-IB1











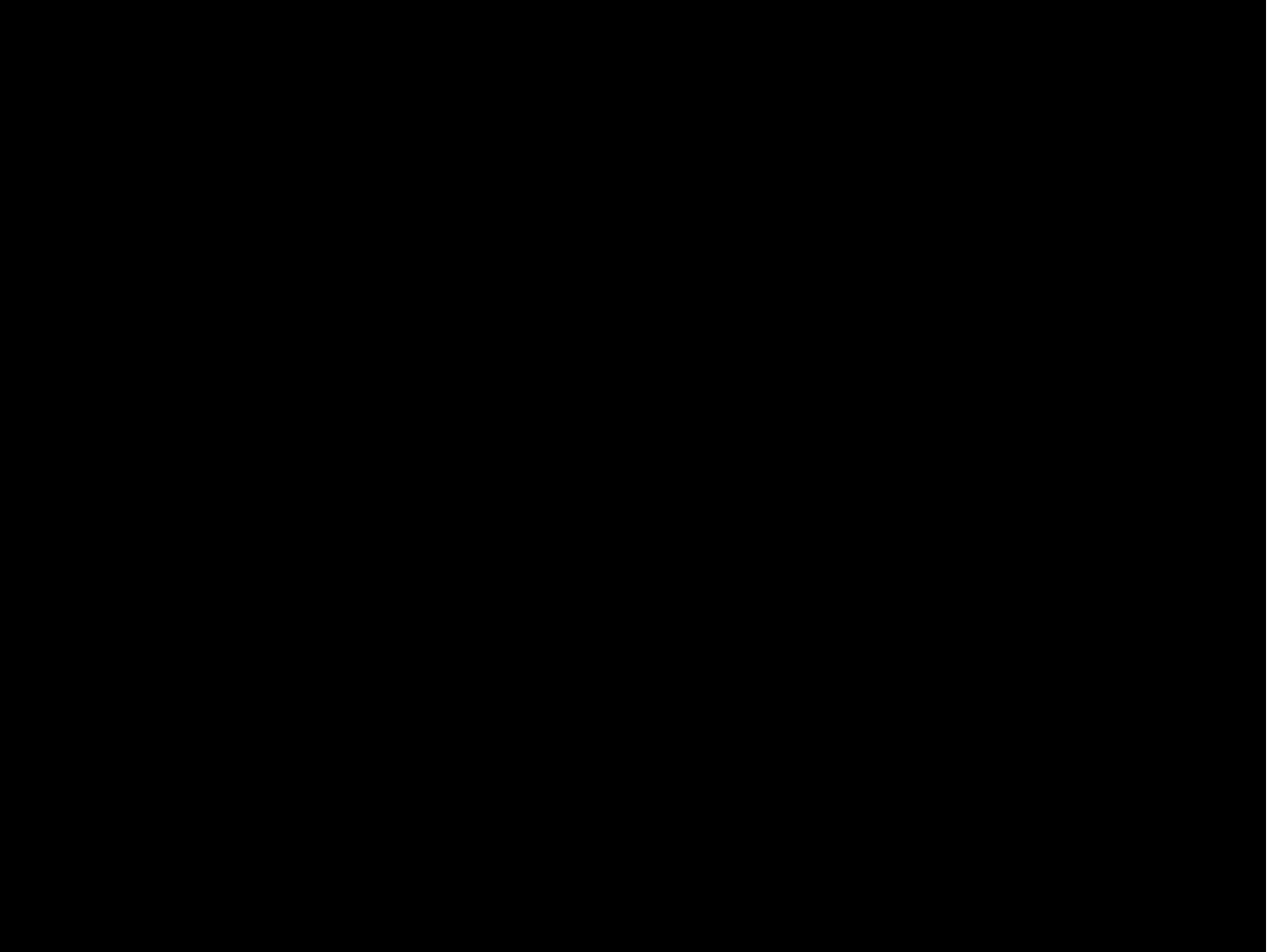
# Avantages de la biopsie du GS

- Démontrés pour les cancers du sein, de vulve, les mélanomes...
- 1: Excellente valeur prédictive négative (proche de 100%)
- 2: Détection des GS dans des situations ectopiques =16-18% des GS.
- 3: Identification de micrométastases si réalisation de coupes sériées et IHC = facteur pronostique méconnu.
- 4: Réalisation aisée d'un examen extemporané.
- 5. Morbidité nettement réduite par rapport à un curage ganglionnaire complet.



# **Préservation de la fertilité dans les stades IA2 - IB1**

Actuellement la référence est  
**l'intervention de Dargent ou trachélectomie élargie**  
Associée à une recherche du GS



# Critères d'éligibilité pour la trachélectomie

1. Cancer invasif épidermoïde, glandulaire ou adénosquameux.
2. Stade IA2 à IB1(+ stade IA1 avec emboles ?)
3. Souhait de préservation de la fertilité
4. IRM pré-opératoire
5. Diamètre tumoral < 2 cm
6. Atteinte endocervicale limitée en colposcopie et en IRM
7. Abord vaginal possible

# **Risque de rechute avec la trachélectomie élargie**

**globalement: 5 %**

**Diamètre < 20 mm : 1 - 2 %**

**Diamètre > 20 mm : < 20 %**

## **Possibilités de grossesse:**

- Grossesse = 80%**
- Enfant en bonne santé = 65%**

**Cancer du col  
avancé  
Stade IB2-IIA2-III-IVa  
( > 4 cm )**

- **Traitement par radio-  
chimiothérapie**
- **Champs d'irradiation basés sur  
l'extension ganglionnaire**



# Cancers du col avancés

**Facteur pronostique important = extension ganglionnaire (en particulier à l'étage lombo-aortique).**

**Evaluation = stadification initiale par IRM et TEP-scan.**

**Si pas d'anomalie ganglionnaire à l'étage lombo-aortique, discuter une stadification laparoscopique:**

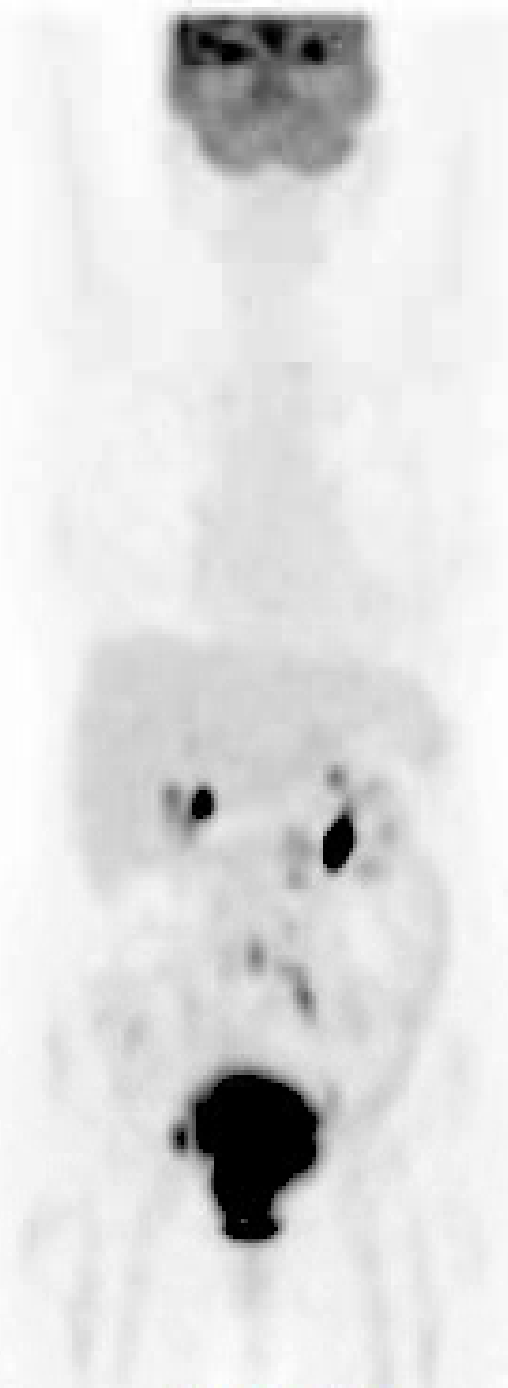
- Evaluation du statut intra-abdominal.
- Examen local avec cystoscopie +/- rectoscopie
- Curage lombo-aortique laparoscopique.

**Cancer du col stade IIA2**



**N+ lombo-  
aortique**





Volumineuse tumeur du col stade IB2 avec adénopathie pelvienne droite, iliaque primitive gauche et lombos-aortique suspectes d'envahissement tumoral au TEP-scanner.

# Prise en charge

Cancer cervical stade IB2 - IIB - III

## Intérêt de la stadification ganglionnaire pré-thérapeutique

- TEP-scan : taux de faux négatif = 8 à 13%
- Bénéfice thérapeutique: après curage ganglionnaire lombo-aortique, les patientes avec des micrométastases (< 5 mm) sont traitées par des grands champs d'irradiation et ont la même survie que des patients N0 (Leblanc, Gouy).
- Morbidité réduite: l'approche laparoscopique diminue +++ le risque de lésions digestives favorisées par l'irradiation grand champ (patientes N+ en lombo-aortique).



Merci de votre attention !

