



CHPG



cancer endomètre

traitement chirurgical

Dr Bafghi-Dr Chazal



ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma

Nicole Concin ^{1,2} Xavier Matias-Guiu,^{3,4} Ignace Vergote,⁵ David Cibula,⁶ Mansoor Raza Mirza,⁷ Simone Marnitz,⁸ Jonathan Ledermann ⁹, Tjalling Bosse,¹⁰ Cyrus Chargari,¹¹ Anna Fagotti,¹² Christina Fotopoulou ¹³, Antonio Gonzalez Martin,¹⁴ Sigurd Lax,^{15,16} Domenica Lorusso,¹² Christian Marth,¹⁷ Philippe Morice,¹⁸ Remi A Nout,¹⁹ Dearbhaile O'Donnell,²⁰ Denis Querleu ^{12,21}, Maria Rosaria Raspollini,²² Jalid Sehouli,²³ Alina Sturdza,²⁴ Alexandra Taylor,²⁵ Anneke Westermann,²⁶ Pauline Wimberger,²⁷ Nicoletta Colombo,²⁸ François Planchamp,²⁹ Carien L Creutzberg³⁰

la prise en charge est triples pour le chirurgien :

- Evaluation du terrain
- Evaluation tumorale
- Prise en charge chirurgicale

Evaluation de la patiente

- Terrain avec comorbidité importante : Obèse, diabète, HTA, Age
- donc Anesthésie compliqué
- donc voie d'abord compliqué : BMI+++
- Age élevée : oncogériatre

Evaluation de la Tumeur (FIGO 2018)

Stade	Extension tumorale
Stade I	Limitée à l'endomètre
IA	Invasion < 50% du myomètre
IB	Invasion ≥ 50% du myomètre
Stade II	Envahissant le col (atteinte du stroma et non uniquement glandulaire)
Stade III	Tumeur étendue hors de l'utérus, limitée au pelvis
IIIA (séreuse)	Atteinte de la séreuse et/ou atteinte des annexes
IIIB (vagin)	Envahissement vaginal et/ou paramétrial
IIIC	Métastases ganglionnaires pelviennes et/ou lombo-aortiques
IIIC1 (N. pelviens)	Métastases ganglionnaires pelviennes
IIIC2 (LA)	Métastases lombo-aortiques
Stade IV	Extension à distance
IVA (vessie/ rectum)	Atteinte de la vessie et/ou du rectum
IVB (autres)	Métastases à distance incluant des atteintes intra – abdominales et/ou adénopathies inguinales

- pN1 (mi) = métastase <2mm
- pN0 (i)= cellule tumorale isolé
- cytologie + = pas de modification de la classification

- Examen clinique
- IRM

Caractérisation de la tumeur

Recommandations	2016 ¹	2021 ²
Diagnostic	Biopsie d'endomètre	Biopsie d'endomètre
Grade	1, 2, 3	Bas grade (1,2) et Haut grade (3)
Types histologiques	1 et 2	Endométrioïdes et non endométrioïdes (séreux, cellules claires, carcinosarcomes, carcinomes indifférenciés)
Emboles	+/-	+ / substantial LVSI si > 4 foyers - / focal LVSI 1 foyer autour de la T
Marqueurs	-	Haut grade: p53, MSH6, PMS2*, POLE**

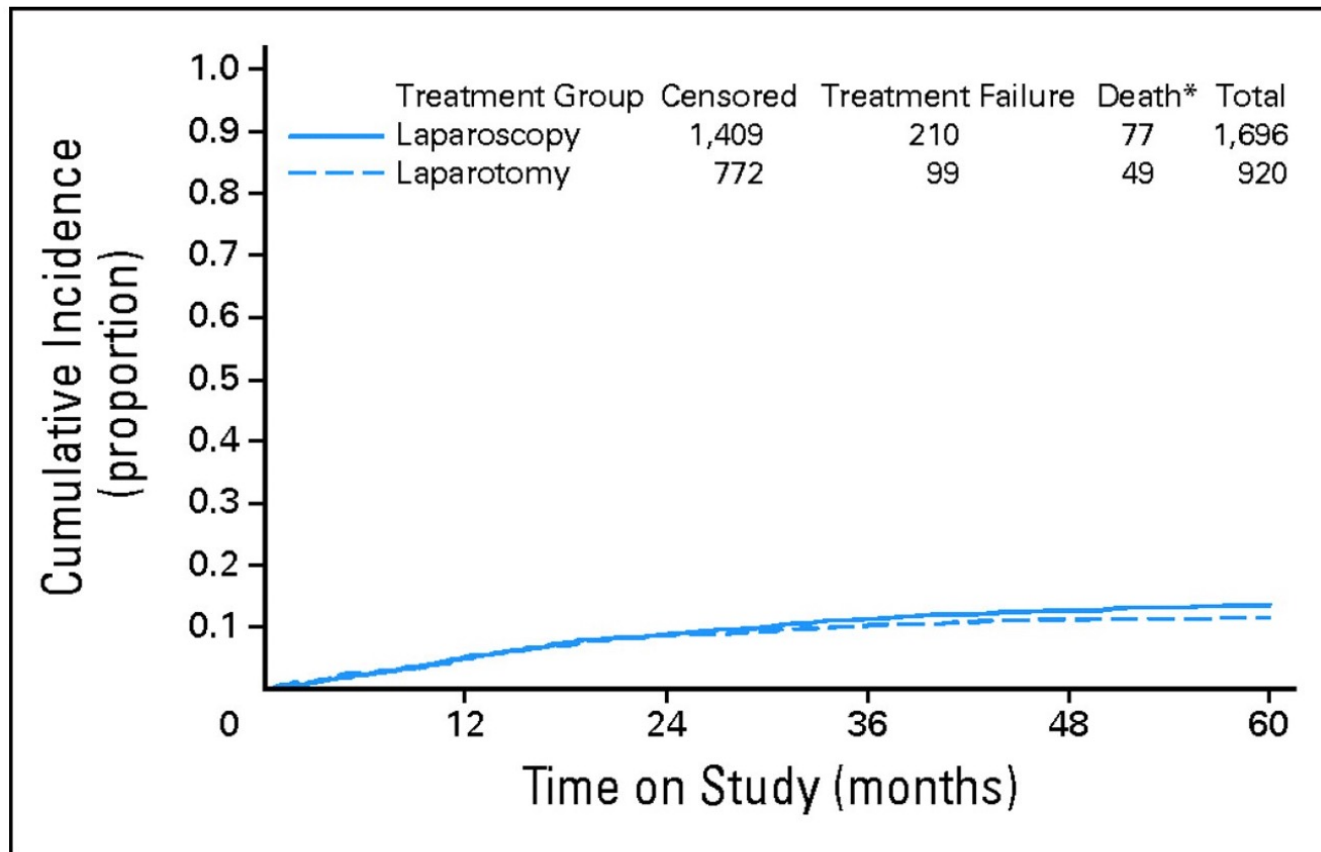
Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

La voie d'abord

- **La chirurgie mini-invasive est recommandée**, y compris pour les patientes du groupe haut risque (I, A)
- Toute procédure risquant de favoriser une dissémination intra abdominale de la maladie doit être évitée, notamment le morcellement (même protégé dans un sac) (III, B)
- Si l'extraction par voie vaginale expose au risque de rupture, une mini laparotomie doit être réalisée (III, B)
- L'extension de la maladie en dehors de l'utérus et du col (sauf l'envahissement ganglionnaire) est une contre-indication relative à la voie mini-invasive (III, B)

Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

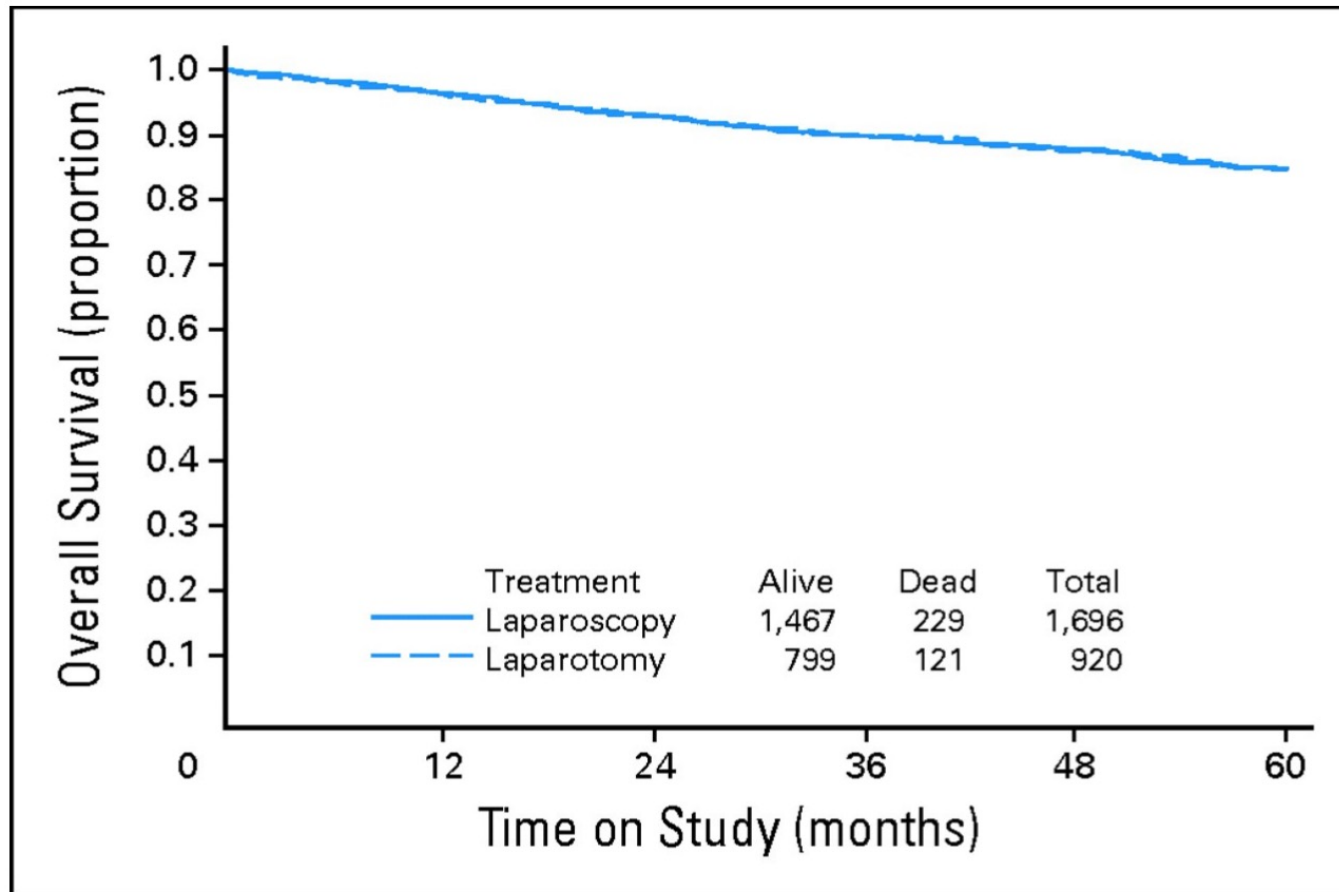
Impact du type de traitement chirurgical sur la rechute



5 years recurrence rate
13,7%
11,6%

Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

Impact du type de traitement chirurgical sur la survie



5 years OS
89,8%
89,8%

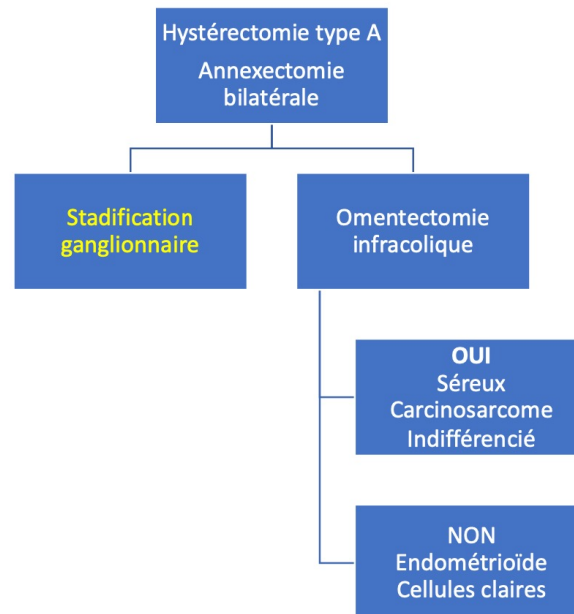


ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma

Nicole Concin^{1,2}, Xavier Matias-Guiu^{3,4}, Ignacio Vergote⁵, David Cibula⁶, Mansoor Raza Mirza⁷, Simone Marnitz⁸, Jonathan Ledermann⁹, Tjalling Bosse¹⁰, Cyrus Chhagari¹¹, Anna Fagotti¹², Christina Fotopoulou¹³, Antonio Gonzalez Martin¹⁴, Sigurd Lax^{15,16}, Domenica Lorusso¹², Christian Marth¹⁷, Philippe Morice¹⁸, Remi A Nout¹⁹, Dearbhla O'Donnell²⁰, Denis Querleu^{12,21}, Maria Rosaria Raspollini²², Jalid Sehouli²³, Alina Sturdza²⁴, Alexandra Taylor²⁵, Anneke Westermann²⁶, Pauline Wimberger²⁷, Nicoletta Colombo²⁸, François Planchamp²⁹, Carlen L. Creutzberg³⁰

Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

Le geste chirurgical



Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

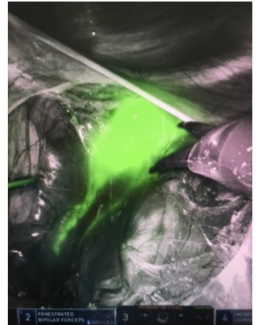
Place du ganglion sentinelle

- **La détection du ganglion sentinelle**, peut être proposée pour les groupes de **risque faible et intermédiaire**. La stadification peut être omise en l'absence d'IM (II, A)
- **La détection du ganglion sentinelle**, est recommandée pour les groupes de **risque haut intermédiaire et élevé**. La détection du GS est une alternative au curage ganglionnaire complet dans les stades I et II (III, B)

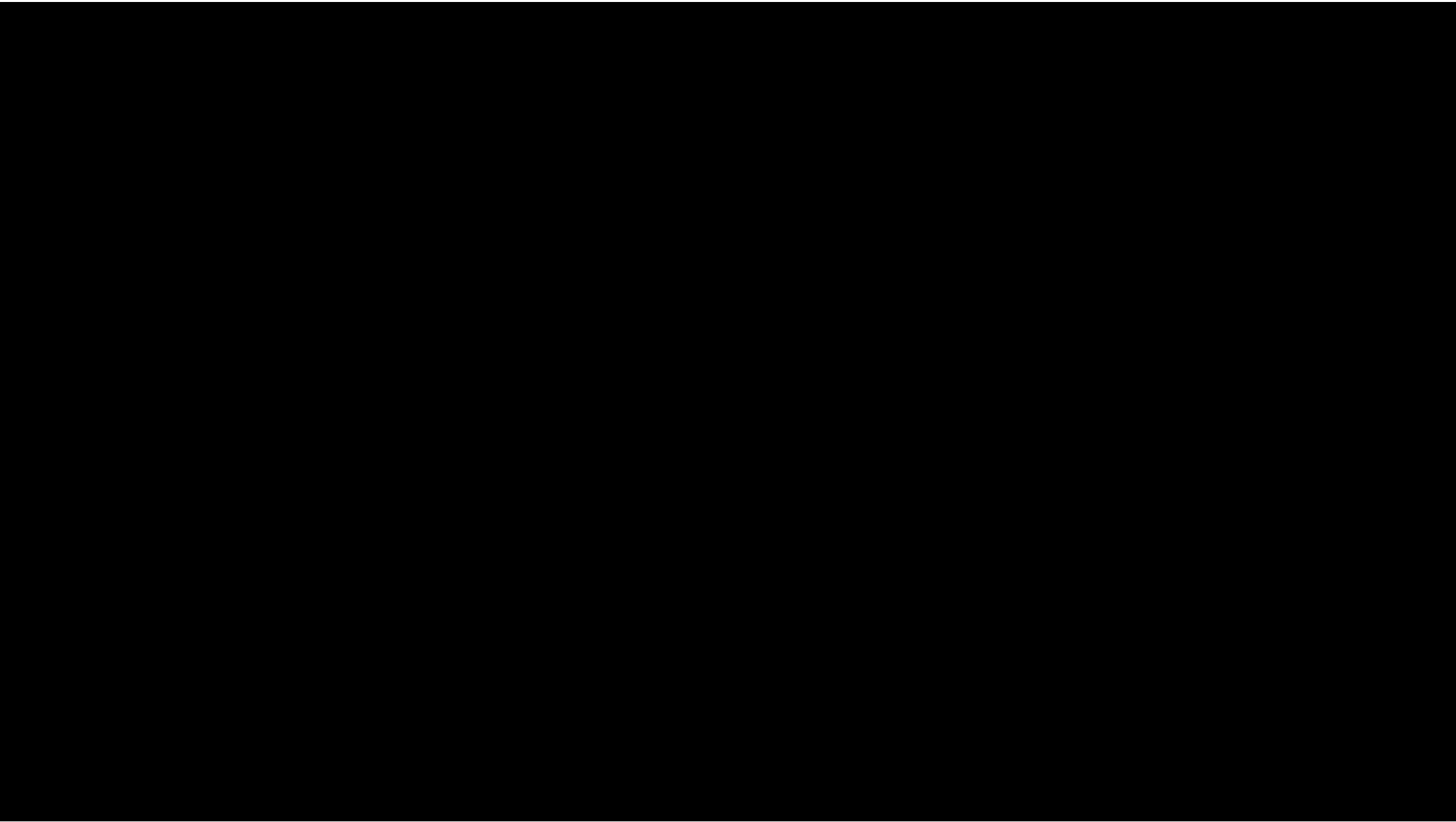
Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

Place du ganglion sentinelle

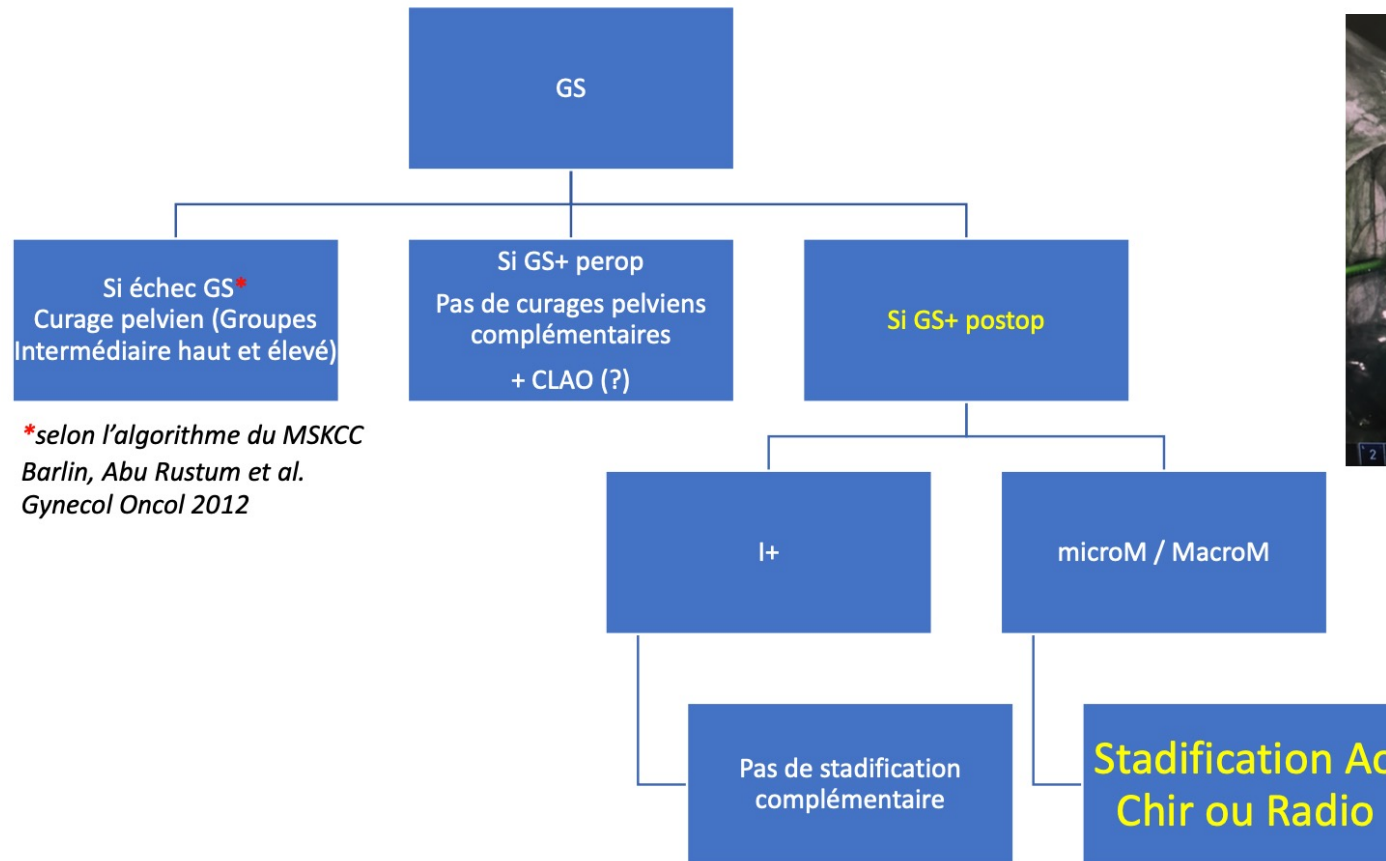
- **Si la détection du ganglion sentinelle** est réalisée:
 - Il est recommandé d'en faire la détection avec le **vert d'indocyanine**.
 - Des **réinjections** per opératoires sont possibles en cas d'absence de détection.
 - Un **curage pelvien homolatéral doit être réalisé en l'absence de détection** pour les groupes à risque « haut-intermédiaire » et « élevé ».
 - Une analyse par **ultrastadioscopie** est recommandée sur les ganglions sentinelles prélevés. (II, A)
- **Si un curage ganglionnaire complet** est réalisé:
 - ils doivent comporter des curages pelviens bilatéraux et un curage latéro-aortique étendu jusqu'à la veine rénale (III, B)



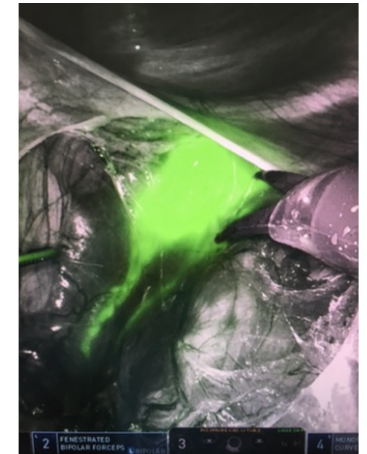




En fonction du résultat



*selon l'algorithme du MSKCC
Barlin, Abu Rustum et al.
Gynecol Oncol 2012



Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

Le geste chirurgical : cas particuliers

- **Une hystérectomie élargie** n'est réalisée que si cela est nécessaire pour assurer le caractère *in sano* de la résection.
- **La préservation ovarienne** peut être proposée chez les patientes non ménopausées de moins de 45 ans avec cancer de bas grade et un stade FIGO IA (IV, A)
- **La préservation ovarienne n'est pas recommandée** en cas d'histoire familiale augmentant le risque de cancer de l'ovaire (ex : mutation BRCA, Lynch notamment) (IV, B)

Chirurgie des stades apparents FIGO I et II

Le geste chirurgical : cas particuliers

- **Pour les patientes fragiles ou présentant des comorbidités :**

- **Une éventuelle voie d'abord vaginale** pour hystérectomie et annexectomie bilatérale (IV, C)
- **Si contre-indication à la chirurgie, une radiothérapie définitive**, comportant :
 - Pour les bas grade : curiethérapie exclusive (II, B)
 - Pour les haut grade et/ou tumeur infiltrant profondément le myomètre : association de radiothérapie externe et curiethérapie (II, B)
- **Si contre-indication à tout autre traitement** : un traitement systémique, incluant l'hormonothérapie (IV, B)

Chirurgie des stades apparents FIGO III et IV

- **Une chirurgie de résection complète**, incluant l'exérèse des adénopathies suspectes, doit être proposée si la tolérance de la patiente le permet.
- **Les curages ne sont pas recommandés à titre systématique**, mais seule une exérèse des adénopathies suspectes doit être proposée.
- **En cas de tumeur non résécable d'emblée**, il convient de discuter en RCP les modalités du traitement par radiothérapie-curiethérapie suivie de chimiothérapie (ou bien une chimiothérapie première si on envisage une chirurgie d'exérèse au décours en cas de bonne réponse).

TTT Adjuvants