

Fiche tumeur gynécologique

Adénocarcinome de l'ENDOMETRE

FIGO

IA G123	tumeur limitée à l'endomètre
IB G123	invasion du myomètre inférieur à 50%
IC G123	invasion du myomètre supérieur à 50%
IIA G123	invasion endocervicale sans atteinte du stroma
IIB G123	invasion du stroma cervical
IIIA G123	invasion de la séreuse ou des annexes ou cytologie péritonéale positive
IIIB G123	métastases vaginales
IIIC G123	atteinte ganglionnaire pelvienne et/ou lomboaortique
IVA G123	tumeur envahissant la muqueuse vésicale et/ou la muqueuse intestinale
IVB G123	métastases à distance incluant celles intraabdominales et/ou ganglionnaire inguinales

TNM

TX	la tumeur primitive ne peut être évaluée
T0	pas de tumeur primitive décelable
Tis	carcinome in situ
T1	tumeur limitée au corps utérin
T1a	tumeur limitée à l'endomètre
T1b	invasion du myomètre inférieur à 50%
T1c	invasion du myomètre supérieur à 50%
T2	tumeur envahissant le col mais ne dépassant pas les limites de l'utérus
T2a	envahissement des glandes endocervicales uniquement
T2b	envahissement du stroma cervical
T3	envahissement local ou régional
T3a	tumeur envahissant la séreuse et/ou les annexes (extension directe ou métastase) et/ou cytologie péritonéale positive
T3b	envahissement vaginal (extension directe ou métastases)
T4	tumeur envahissant la muqueuse vésicale et/ou intestinale
N0	pas d'envahissement ganglionnaire
N1	adénopathie métastatique pelvienne ou lomboaortique
NX	statut ganglionnaire inconnu
M0	pas de métastase à distance
M1	métastase à distance

Bilan d'extension

- **Examen clinique** pelvien, abdominal et des aires ganglionnaires
- **IRM pelvienne**. Critères nécessaires :
 - ↳ Volume tumoral, infiltration myomètre, atteinte du stroma cervical, atteinte extrautérine (ovaire)
 - ↳ Adénopathies pelviennes, iliaques communes, aortiques
 - ↳ Taille de l'utérus pour voie d'abord
- **Imagerie abdominale** par IRM ou TDM
- **Options**: CA 125, imagerie pulmonaire

Prise en charge chirurgicale

Le traitement initial est chirurgical chaque fois que possible (stades précoces, risque anesthésique acceptable).

Option : lorsque l'évaluation initiale justifie une irradiation, celle ci peut être réalisée avant la chirurgie

Voie d'abord

Pour les stades précoces, la voie d'abord coelio-vaginale est la voie d'abord de référence, sauf contre indication :

- ↳ atteinte de la séreuse ou gros volume utérin (risque de morcellement) ou atteinte extrautérine (cela ne fait plus partie des stades précoces)
- ↳ métastases ganglionnaires de plus de 2 centimètres

Option : laparotomie

Option : voie vaginale exclusive en cas de très haut risque chirurgical

Standard

- ↳ Cytologie péritonéale
- ↳ Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale

↪ Lymphadénectomie pelvienne (iliaque interne et externe) bilatérale

Option : lymphadénectomie iliaque commune et aortique si techniquement possible en cas de :

- ↪ N(+) pelvien
- ↪ adénocarcinome papillaire séreux
- ↪ atteinte ovarienne
- ↪ stade IC grade 3

Option :

Dans les histologies particulières de type papillaire séreux ou en cas d'atteinte annexielle, la chirurgie doit être de type « ovaire » : cytologie péritonéale, hystérectomie totale simple, annexectomie bilatérale, curage pelvien, iliaque commun et aortique, omentectomie et prélèvements péritonéaux.

Protocoles thérapeutiques

Stade I et IIA

Chirurgie : selon standard

Radiothérapie adjuvante

- ↪ L'examen histologique de l'utérus indique la radiothérapie adjuvante.
- ↪ Stade IA G1-G2 : pas de traitement adjuvant
- ↪ Stade IA G3 et IB G1-G2: curiethérapie
- ↪ IB G3 : curiethérapie et / ou radiothérapie
- ↪ Stades IC G3 ou IIA G3, pN(+) pelvien (cf stade IIIC), présence d'embolies lymphatiques multiples : radiothérapie pelvienne externe et curiethérapie
- ↪ Stade IC G1-G2: curiethérapie et / ou radiothérapie
- ↪ Stade IIA : curiethérapie ± radiothérapie en fonction du grade et de l'atteinte myométriale de même façon que dans les stades I
- ↪ Adénocarcinome papillaire séreux et adénocarcinome à cellules claires : discuter radiothérapie et chimiothérapie

Stade IIB

Options

↳ curiethérapie utérovaginale suivie d'hystérectomie simple selon le standard ci-dessus décrit

↳ hystérectomie initiale (option : élargie au paracervix proximal) + cytologie péritonéale + lymphadénectomie pelvienne et iliaque commune et examen extemporané (si positif lymphadénectomie aortique si techniquement possible)

Irradiation adjuvante :

↳ Cf. stades I/IIA

Stade IIIA

Cytologie péritonéale isolée :

↳ pas de traitement adjuvant spécifique (sauf pour les cancers séreux papillaires et à cellules claires ou une chimiothérapie peut être discutée)

Autres stades IIIA (invasion de la séreuse ou atteinte annexielle) :

↳ radiothérapie pelvienne et curiethérapie

↳ option : chimiothérapie adjuvante et / ou concomitante à l'irradiation

Stade IIIB

↳ Irradiation externe et curiethérapie

Options : chirurgie selon le standard, première ou après l'irradiation

Stade IIIC

↳ Chirurgie première suivie d'irradiation adaptée à la hauteur de l'atteinte ganglionnaire ; option : chimiopotentialisation concomitante

↳ En cas de diagnostic radiologique confirmé, option : irradiation première adaptée à l'extension ganglionnaire iliaque commune ou aortique (radiologie, TEP ou lymphadénectomie aortique de stadification) avec ou sans chimiothérapie concomitante, éventuellement suivies de chirurgie

Stade IVA

Radio(chimio)thérapie concomitante avec ou sans curiethérapie utéro-vaginale

↳ En cas de reliquat post-radiothérapique : option exentération pelvienne en fonction de l'extension locale et de l'état de la patiente

Malades inopérables ou stade IVB ou stade inopérable

Radiothérapie exclusive et curiethérapie

- ↳ +/- chimiopotentialisation si stade métastatique
- ↳ +/- hormonothérapie

Surveillance

Les récurrences surviennent le plus souvent dans les 3 ans, très rarement après 5 ans

- ↳ Examen clinique seul (examens complémentaires en cas de symptômes)
- ↳ Rythme : Tous les 4 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans puis annuel