

# PRESENTATION ET ANALYSE DES RECOMMANDATIONS HAS DANS LES CANCERS DE L'ENDOMETRE

## FOCUS SUR LA PLACE DE LA RADIOTHERAPIE ADJUVANTE

Dr Delphine Lerouge  
Service de radiothérapie  
Centre François Baclesse-Caen



---

---

---

---

---

---

---

---

### Nouvelle classification anatomopathologique

- Type 1 →
  - adénocarcinomes endométrioïdes
    - Grade 1: ≤ 5 % de contingent indifférencié
    - Grade 2: 6-50 % de contingent indifférencié
    - Grade 3: >50 % de contingent indifférencié
- Type 2 →
  - carcinomes à cellules claires,
  - carcinomes papillaires/séreux,
  - carcinosarcomes

→ 2 types identifiés à pronostics et à prise en charge (notamment chirurgicale) différents

---

---

---

---

---

---

---

---

### Nouvelle classification FIGO-2009

- Stade I/T1: limitée au corps utérin
  - IA: limitée à l'endomètre ou <1/2 myomètre
  - IB: >1/2 myomètre

→ Regroupement stade IA et IB dans stade IA et disparition des stades IC

---

---

---

---

---

---

---

---

Stade I/T1: limitée au corps utérin

Risque bas	Risque intermédiaire	Risque élevé
Stade IA Grade 1 ou 2 Type 1	Stade IA, grade 3 (type 1) Stade IB, grade 1 ou 2 (type 1)	Stade IB, grade 3 (type 1) Stade IA-B (type 2) Stade I avec emboles lymphatiques

---

---

---

---

---

---

---

---

Nouvelle classification FIGO-2009

- Stade II/T2: envahissement du stroma cervical mais pas au-delà de l'utérus
- Stade III/T3 et/ou N1: extensions locales et/ou régionales
  - IIIA/T3A: envahissement séreuse et/ou annexes
  - IIIB/T3B: envahissement vaginal et/ou paramétrial
  - IIIC/N1: atteinte ganglionnaire:
    - C1: N+ pelvien
    - C2: N+ lomboAO

} 2 stades IIIC

---

---

---

---

---

---

---

---

Nouvelle classification FIGO-2009

- Stade IV/T4 et/ou M1:
  - Stade IVA: extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale
  - Stade IV B: métastases à distance

---

---

---

---

---

---

---

---

Les conclusions des études PORTEC, basées sur l'ancienne classification

---

---

---

---

---

---

---

---

Etude PORTEC 1\*

- Stade I de bon pronostic
  - Radiothérapie adjuvante (RT) vs pas de traitement adjuvant
    - > diminution du risque de rechute locorégionale si RT
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Âge &gt;60 ans</li><li>- Grade 3</li><li>- &gt;1/2 myomètre</li></ul> | } | Si 2 facteurs présents, taux de RLR:<br>à 5 ans: RT→5 % vs pas de ttt→23 % |
|---|---|--|

\*Creutzberg CL and al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma. Lancet 2000;355:1404-11

---

---

---

---

---

---

---

---

Etude PORTEC 1

- Dans le groupe sans ttt adjuvant→75 % de risque de rechute vaginale
- Taux de toxicité digestive:26 % si RT adjuvante
- Pas de différence sur survie globale et survie sans métastases

→ Définition d'un groupe à risque intermédiaire:  
- Âge > 60 ans et Stade IC gr 1-2 ou IB gr 3  
- Stade IIA

---

---

---

---

---

---

---

---

### Etude PORTEC 2\*

- 427 ptes, stade I-IIA, de risque intermédiaire
- RT 46 Gy en 23 séances  
vs Curiethérapie vaginale (3 x7 Gy en HDD ou 30 Gy BDD)
- À 45 mois de suivi (18-78)
  - Nb de rechute vaginale: Curie→3 vs RT→4
- À 5 ans: taux de rechute vaginale
  - Curie→1.6 % vs RT →1.8 %;p=0.74
- À 5 ans: taux de rechute locorégionale (vagin et/ou pelvien)
  - Curie→5.1 % vs RT →2.1 %;p=0.17

\* RA Nout and al. Vaginal Brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk. Lancet 2010;6,816-823

---

---

---

---

---

---

---

---

### Etude PORTEC 2

- Pas de différence en terme de survie globale et survie sans rechute
- Taux de toxicité aiguë digestive de grade 1-2:
  - Curie→12.6 % vs RT→53.8%

→ Curie > RT

---

---

---

---

---

---

---

---

### Modalités de la radiothérapie externe et de la curiethérapie vaginale post opératoire

---

---

---

---

---

---

---

---

### Modalités de la radiothérapie externe adjuvante

- Radiothérapie conformationnelle ( en général:4 faisceaux orthogonaux)
  - Selon les recommandations du RTOG avec volumes dépendant de l'extension tumorale (<http://www.rtog.org>)
  - Photons de haute énergie  $\geq 10$  MV
  - Dose de 45 à 50,4 Gy à raison de 5 séances hebdomadaires de 1.8 à 2 Gy/séances.

---

---

---

---

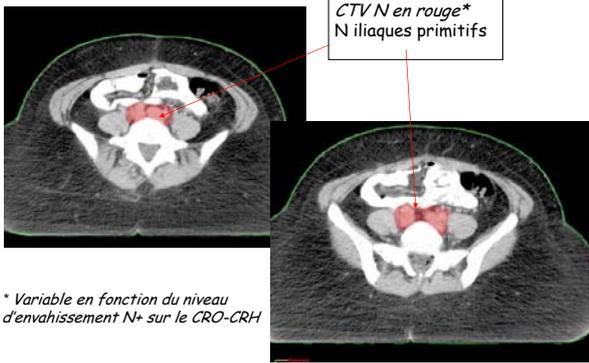
---

---

---

---

### Volume d'irradiation- Clinical target volume (CTV)



---

---

---

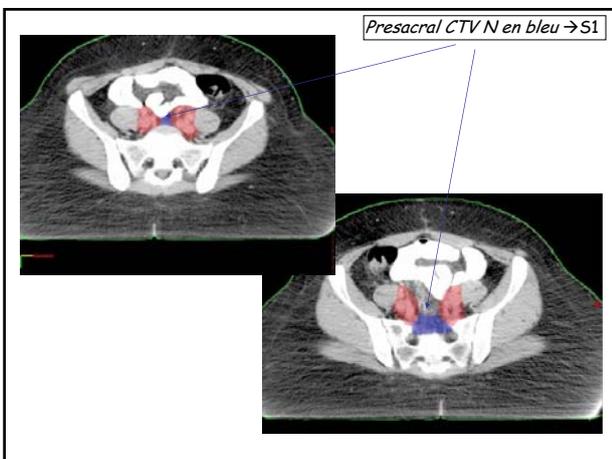
---

---

---

---

---



---

---

---

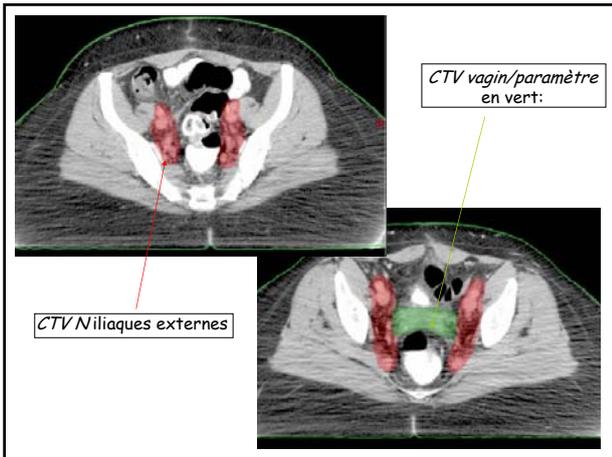
---

---

---

---

---




---

---

---

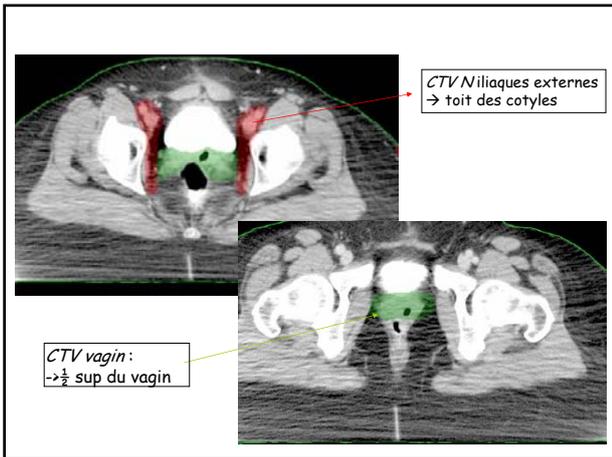
---

---

---

---

---




---

---

---

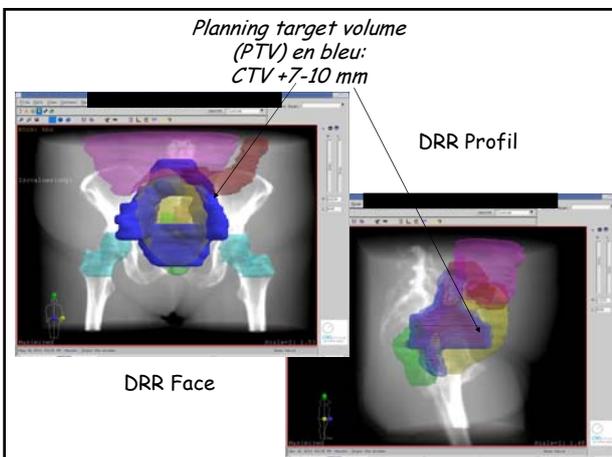
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

Apport de la radiothérapie externe par modulation d'intensité (quelle que soit la technique)

- En cours d'évaluation
- Pour limiter la dose aux organes critiques notamment l'intestin grêle avec réduction de la toxicité\*
- Pour une meilleure couverture du volume cible

\* Mundt et al. (Gynecologic Oncology,2001)  
Roeske et al. (Int J Radiat Oncology Biol Phys,2001)...

---

---

---

---

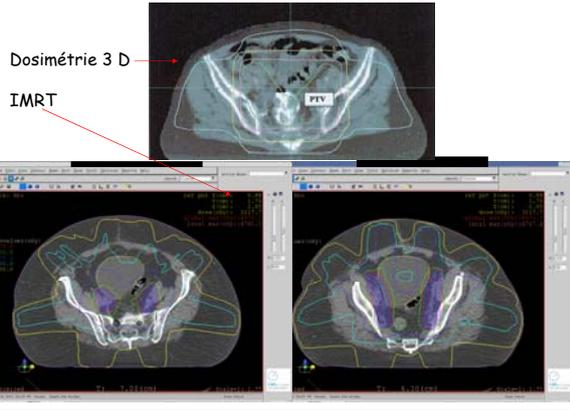
---

---

---

---

Apport de la RT par modulation d'intensité



---

---

---

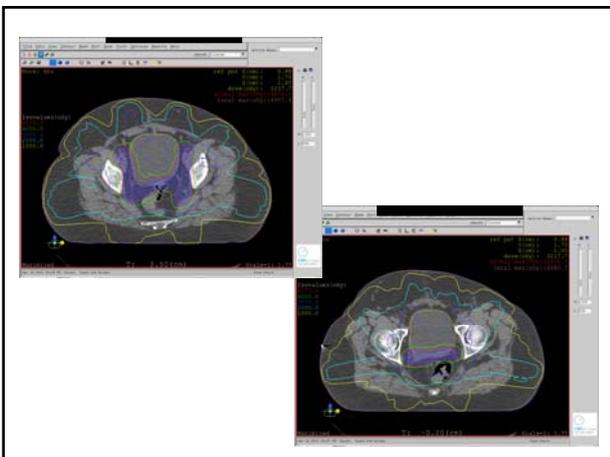
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

### Modalités de la curiethérapie vaginale adjuvante

- Préférentiellement en **Haut Débit de dose (HDD)**
  - sauf si limites atteintes: en Bas Débit de Dose (BDD)
- Curiethérapie vaginale seule (dose calculée à 5 mm):
  - en HDD: 3 séances de 7 Gy ou 4 séances de 5 à 6 Gy
  - pulsée ou en BDD: 50 Gy
- Curiethérapie vaginale en complément d'une radiothérapie externe:
  - en HDD: 2 séances de 5 Gy ou 1 séance de 6 Gy
  - pulsée ou en BDD: 15 Gy (si limites atteintes: 20 Gy)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Guide ALD n°30 « Cancer de l'endomètre »



- HAS, Décembre 2010
- <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancersgynecologiques>
- relue par 80 experts nationaux.
- Contribution à l'élaboration de ce guide :
  - Dr Catherine CRUVEILLER-BOCH, médecin-conseil, CNAAMTS
  - Dr Hugo DELUBAC, médecin généraliste
  - Dr Damienne CASTAIGNE, Association 1 000 femmes, 1 000 vies
  - Dr Paolo DI PATRIZIO, médecin généraliste
  - Dr Aurélie-Réjane FERRARA, médecin généraliste
  - Dr Jean-Louis FROIDEVAL, médecin généraliste
  - Dr Nona GAUFFIER, médecin généraliste
  - Dr Christine HAIE-MEDER, radiothérapeute
  - Dr Florence KALT-BINDER, médecin généraliste
  - Mme Véronique KORNMANN, Ligue nationale contre le cancer
  - Dr Laurence LADRIERE, médecin-conseil, RSI
  - Dr Michel MANETTI, Regroupement des sociétés savantes de médecine générale
  - Pr Denis QUERLEU, chirurgien
  - Mme Marie-Paule VIGOUROUX, Ligue nationale contre le cancer

---

---

---

---

---

---

---

---

### Recommandations HAS-Stade I/T1 (type 1 histologique)

FIGO/TNM	Chirurgie	Curiethérapie	Radiothérapie
<i>Risque bas</i> IA/T1A, grade 1-2	X	X si envahissement myométrial	
<i>Risque intermédiaire</i> IA/T1A, grade 3 IB/T1B, grade 1-2	X	X	
<i>Risque élevé</i> IB/T1B, grade 3	X	X <i>à discuter</i> (de surimpression)	X

---

---

---

---

---

---

---

---

**Recommandations HAS-Stade I/T1  
(type 2 histologique)**

Type histologique	Chirurgie	Curiethérapie	Radiothérapie
<i>Carcinome à cellules claires ou papillaire/séreux</i>	X	X <i>à discuter</i> (de surimpression)	X
<i>Carcinosarcome</i>	X	X <i>à discuter</i> (de surimpression)	X

---

---

---

---

---

---

---

---

**Recommandations HAS-Stade II/T2**

Type histologique	Chirurgie*	Curiethérapie	Radiothérapie
<i>Type 1</i>	X	X (de surimpression)	X
<i>Type 2</i>	X	X (de surimpression)	X

\* Curage ganglionnaire différent en fonction du sous type histologique

---

---

---

---

---

---

---

---

**Recommandations HAS-Stade III/T3 et/ou N1-tous  
types histologiques**

Stade	Chirurgie	Curiethérapie	Radiothérapie
<i>IIIA (séreuse et/ou annexes)</i>	X	X (si atteinte de la séreuse: de surimpression)	X
<i>IIIB (vagin et/ou paramètre)</i>		X (utérovaginale)	X
<i>IIIC (ganglions pelviens et/ou lomboAO)</i>	X	X	X (pelvienne si C1; et pelvienne+lombo AO si C2)

---

---

---

---

---

---

---

---

Recommandations HAS-Stade Iva  
(atteinte muqueuse vésicale et/ou rectale)  
tous types histologiques

- Radiothérapie externe pelvienne puis curiethérapie
- Chimiothérapie concomitante à discuter
- Exentération pelvienne à discuter en cas d'échec de l'irradiation

---

---

---

---

---

---

---

---

Conclusion/recommandations HAS:

- Prise en compte:
  - Du type histologique (type 1 vs 2) avec 2 groupes pronostics différents notamment dans les stades I
  - De la nouvelle classification FIGO (stade I et IIIC)
  - Des différentes études de traitement post opératoire (études PORTEC 1 et 2 notamment)

---

---

---

---

---

---

---

---

Conclusion plus générale

- indications de la RT adjuvante dans les formes à bon pronostic
- Curie en HDD
- à l'inverse intensification *en cours d'évaluation* dans les stades avec mauvais critères pronostics:
  - étude PORTEC 3:
    - RTCT conco + Curie vaginale suivie de CT adjuvante vs RT+ curie vaginale seule
    - Inclusions des
      - Stade IB grade 3,
      - Stade IC-IIA grade 3,
      - IIB,IIIA ou IIIC
      - Ou Stade IB ou IC,II,III type séreux ou à cellules claires

---

---

---

---

---

---

---

---