

## Généralités

---

### Prise en charge

Il convient d'évaluer les facteurs de **comorbidité** et l'**espérance de vie**.  
La stratégie thérapeutique repose principalement sur l'**opérabilité** de la patiente.

Les recommandations INCA pour le cancer de l'endomètre sont considérées comme référentiels en région Bretagne.

### Bilan diagnostique et d'extension

#### Standard

**Biopsie endomètre systématique (80 % de formes endométrioïdes)**

✓ **en option** : Hystéroskopie avec biopsies étagées si absence d'IRM

**L'imagerie : stadification par IRM**

✓ **en option** : si le délai d'obtention IRM est trop long, échographie endovaginale pour apprécier l'infiltration myométriale préopératoire une fois le diagnostic posé + TDM

Si suspicion de stade avancé: tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne

La **TEP FDG** est indiquée au moins à partir du stade II en cas d'extension régionale.

#### Forme avec implications thérapeutiques particulières

- Carcinome séropapillaire : CA 125 et TDM thoraco abdominal
- Carcinome à cellules claires : TDM thoraco abdominal

# Classifications

## Classification FIGO (2009)

FIGO (2009) <sup>44</sup>	TNM (2009) <sup>45</sup>	DESCRIPTION	FIGO (1989)
Stades I*	T1	Tumeur limitée au corps utérin	Stades I
IA	T1a	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	IA-B
IB	T1b	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	IC
Stades II*	T2	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	Stades IIA-B
Stades III*	T3 et/ou N1	Extensions locales et/ou régionales comme suit :	Stades III
IIIA	T3a	Séreuse et/ou annexes**	IIIA
IIIB	T3b	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	IIIB
IIIC	N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	IIIC
IIIC1		Ganglions pelviens	
IIIC2		Ganglions lombosacrés +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	T4 et/ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	Stades IV
IVA	T4	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	IVA
IVB	M1	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	IVB

\* grades 1, 2 ou 3 ; \*\* les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification (la classification FIGO de 1989 incluait les résultats d'une cytologie positive pour les stades IIIA).

## Classification histologique

La classification histologique retenue est celle de l'OMS 2003 :

- **Type 1** : tumeurs endométrioïdes divisée en 3 grades (le grade histopronostique est réalisé en fonction de l'architecture de la prolifération épithéliale maligne en excluant le contingent épidermoïde ou les morules. Lorsque les atypies cytonucléaires sont marquées, le grade est augmenté de 1)
  - ↳ 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 et carcinosarcomes.

## Classification pronostique

La classification pronostique des tumeurs limitées au corps utérin est celle de l'European society for medical oncology (ESMO) publiée en 2009, modifiée :

RISQUE BAS	RISQUE INTERMÉDIAIRE	RISQUE ÉLEVÉ
Stades IA/T1a, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)	Stade IA/T1a, grade 3 (type 1 histologique)	Stade IB/T1b, grade 3 (type 1 histologique)
	Stade IB/T1b, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)	Stade IA-B/T1 (type 2 histologique)
		Stade I/T1 présentant des embolies lymphatiques*

## La chirurgie

La chirurgie est le traitement de référence sauf contre-indication.

### Standard

- La voie d'abord : privilégier la coelioscopie dans les stades précoces. (Morbidity < à la laparotomie et carcinologiquement idem.)
- Voie coelio-vaginale avec lavage péritonéal, exploration abdominale et curage, hystérectomie extrafasciale et annexectomie bilatérale.
- Elargissement de l'exérèse aux paramètres (Piver II) en cas d'extension massive au col utérin (stade IIB) ;

### Cas particuliers

- Laparotomie si contre-indication à la coelio chirurgie (volume utérin, tumeur ovarienne, et dans ce cas omentectomie, atteinte séreuse ou péritonéale).
- La lymphadénectomie pelvienne est un standard si l'état général le permet (recommandation de curage pelvien iliaque externe et interne complet)
- L'abstention de curage se discute ou admis si stade 1a ou 1b, et grade 1 ou 2.
- Adénocarcinome séropapillaire : omentectomie et lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique
- Adéno 1c grade 3 et cellules claires : associer un curage LAo au curage pelvien
- Pelvectomie antérieure ou postérieure au cas par cas

N.B : Tous les dossiers doivent être discutés en RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) après la chirurgie.

### Anatomopathologie

- L'analyse anatomopathologique des pièces opératoires doit permettre d'évaluer l'infiltration du myomètre, la présence d'emboles, l'extension aux cornes, au col de l'utérus, aux annexes et le cas échéant aux ganglions, le stade et de confirmer le type histologique et le grade pour l'indication du traitement adjuvant.
- Chez toutes les patientes présentant un **cancer de l'endomètre avant 50 ans** (cette recherche peut se discuter entre 50 et 60 ans) **ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du « spectre HNPCC »** (endomètre, intestin grêle, urothélium, voies biliaires, estomac, ovaire), la recherche d'une instabilité des microsatellites au niveau tumoral est recommandée pour poser le diagnostic d'un syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer)/Lynch.

## Les traitements adjuvants

### La radiothérapie externe (IMRT) et la curiethérapie

#### Radiothérapie externe :

De préférence en IMRT, 45-50.4 Gy, 5 x 1.8 Gy/fractions, 5 fractions/semaines ; volumes sur lits de récurrence possibles, aires ganglionnaires plus ou moins étendues selon histologie et résultats du curage. Dose de 45 Gy en lombo-aortique, IMRT optionnelle.

#### Curiethérapie :

Elle doit être haut débit de dose, 2 ou 4 applications, selon qu'il y ait eu ou non une RTE : dose de 5-7 Gy/fractions à 1 semaine d'intervalle.

### Protocoles de radiothérapie post-opératoire

#### Stade I

- Stades IA, grades 1 et 2, stade IB grade 1**  
Surveillance  
**option si atteinte isthmique** : curiethérapie
- Stades IA grade 3, IB grade 2**  
Curiethérapie vaginale en BDD ou en HDD
- Stade IB grade 3 et IC**  
Radiothérapie externe pelvienne + curiethérapie vaginale.

#### Stade II

- Stades IIA de grades 1 et 2:**  
Curiethérapie vaginale
- Stade IIA de grade 3, stades IIB tous grades**  
Radiothérapie externe + curiethérapie

#### Stade III

- Stade III, tous grades**  
Radiothérapie externe + curiethérapie

#### Stade IV

- Stade IVA, tous grades**  
Radiothérapie externe pelvienne transcutanée en fonction de la symptomatologie
- Option 1 : la chirurgie a permis d'enlever toute la maladie macroscopique (patiente de statut R0 en fin d'intervention). Complément de curiethérapie**
- Option 2 : la chirurgie n'a pas permis d'enlever toute la maladie et la pelvectomie est irréalisable.** Il faut alors évaluer la réponse (endoscopie vésicale ou rectale) avant d'envisager un

complément de traitement focalisé en tenant compte des risques de morbidité (dose aux organes critiques).

**Stades IVB avec atteinte inguinale**

**Au cas par cas** : radiothérapie externe pelvienne  
+/- adénectomie du reliquat ganglionnaire éventuel après la radiothérapie pelvienne ou complément de dose sur les reliquats ganglionnaires inguinaux.

### ***Patientes inopérables***

Tenter chaque fois que possible l'association radiothérapie externe et curiethérapie.  
Option : si l'état général de la patiente est très altéré, tenter une curiethérapie exclusive en HDD.

## **La chimiothérapie**

### **Palliative**

Elle est délivrée chez des patientes sélectionnées (extension tumorale abdominale inopérable, métastase)

### **A visée curative**

Elle est délivrée chez des patientes présentant un cancer séropapillaire de stade IIIa, b, c, et IVa et IVb selon les protocoles de traitement des cancers de l'ovaire. La radiothérapie clôture le traitement selon les mêmes règles que celles adoptées pour les autres formes histologiques : irradiation pelvienne.

Elle est discutée dans les grades III de type 1 histologique en cas d'envahissement ganglionnaire **et systématique si envahissement annexiel**

## **L'hormonothérapie**

Les progestatifs peuvent être tentés en cas de tumeur bien différenciée en situation palliative.

# **Arbres décisionnels**

---

(les arbres ne concernent pas les tumeurs séropapillaires)

Tableau VI : procédure générale

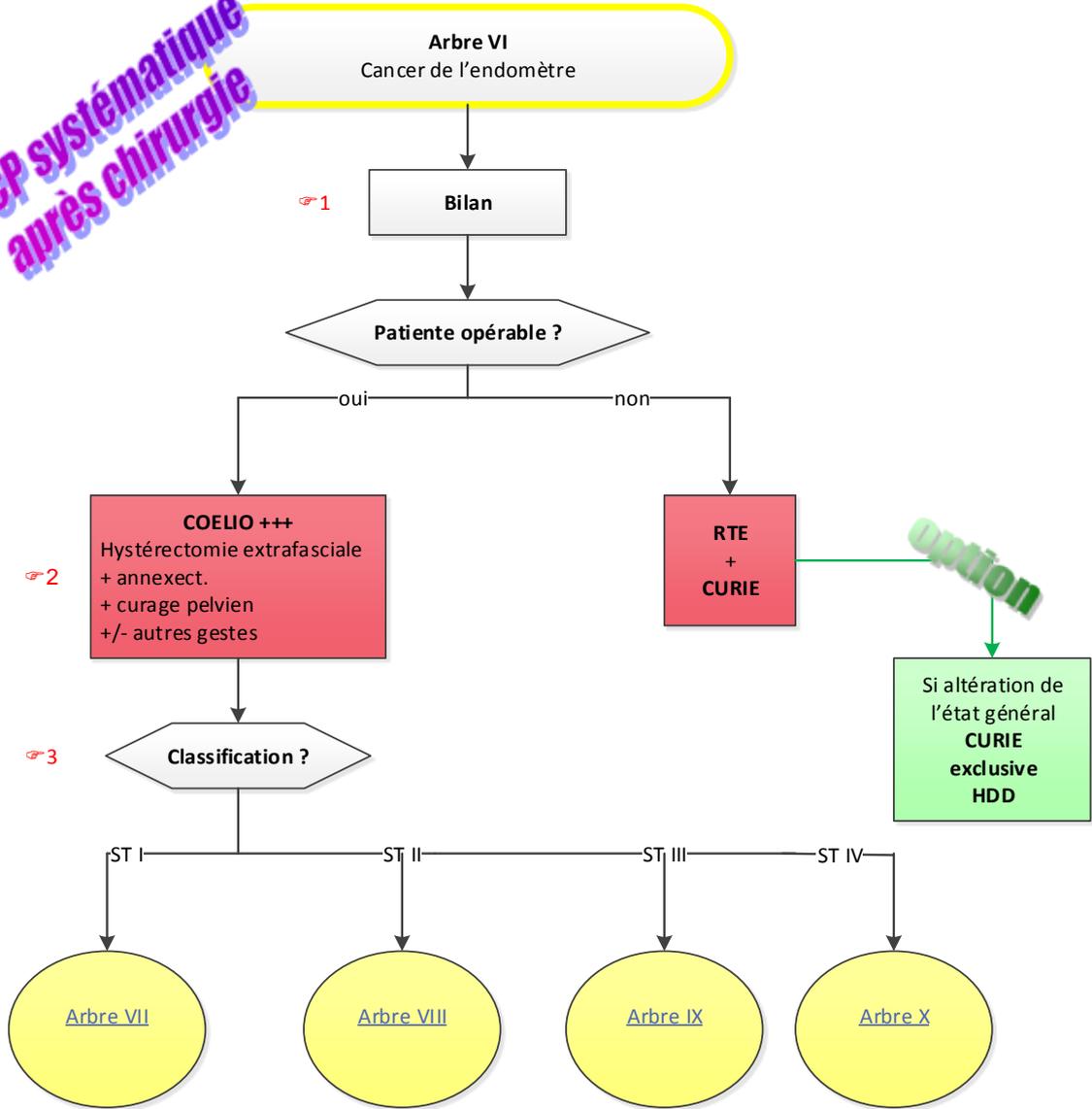
Tableau VII : stades I

Tableau VIII : stades II

Tableau IX : stades III

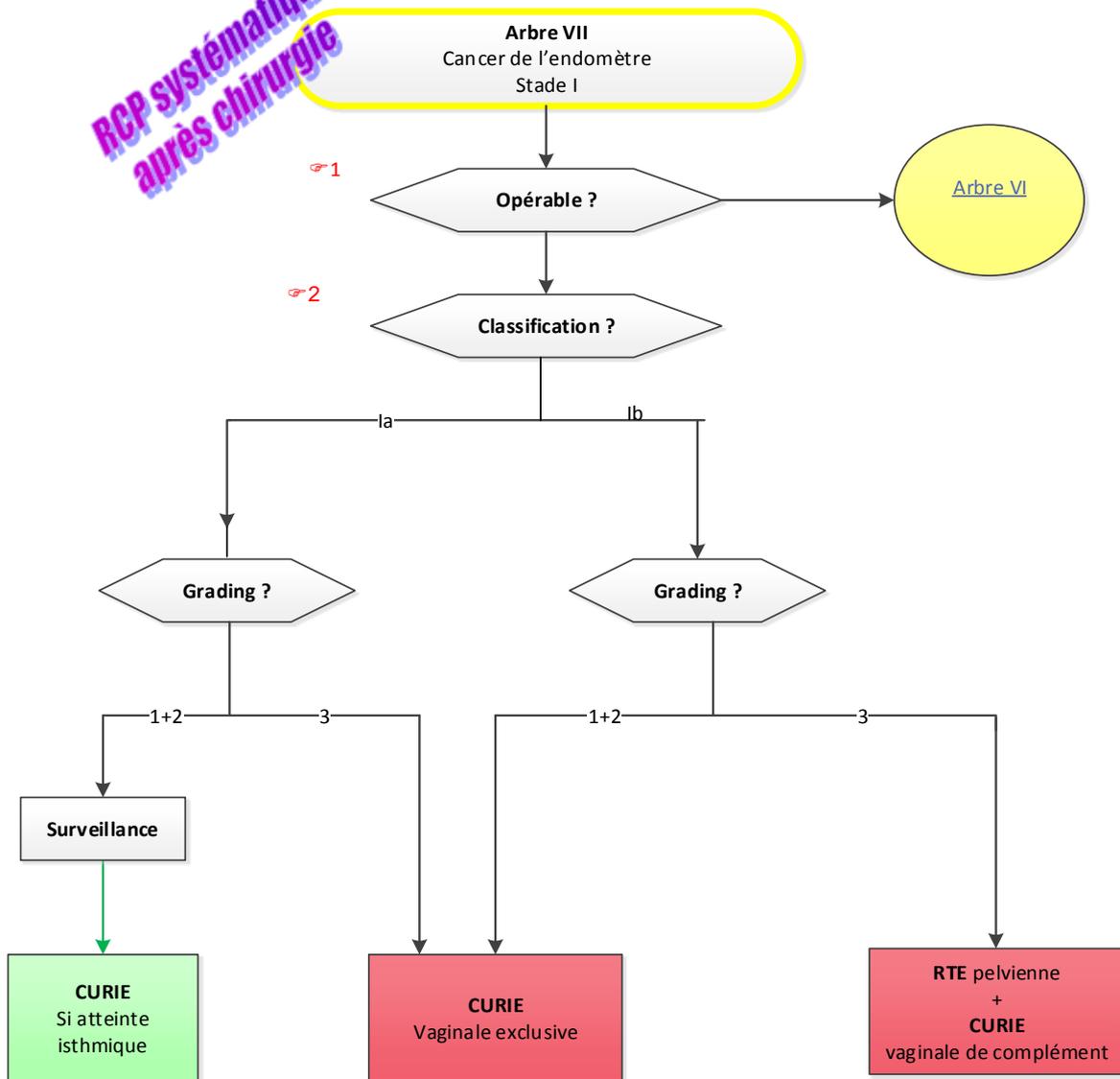
Tableau X : stades IV

**RCP systématique après chirurgie**



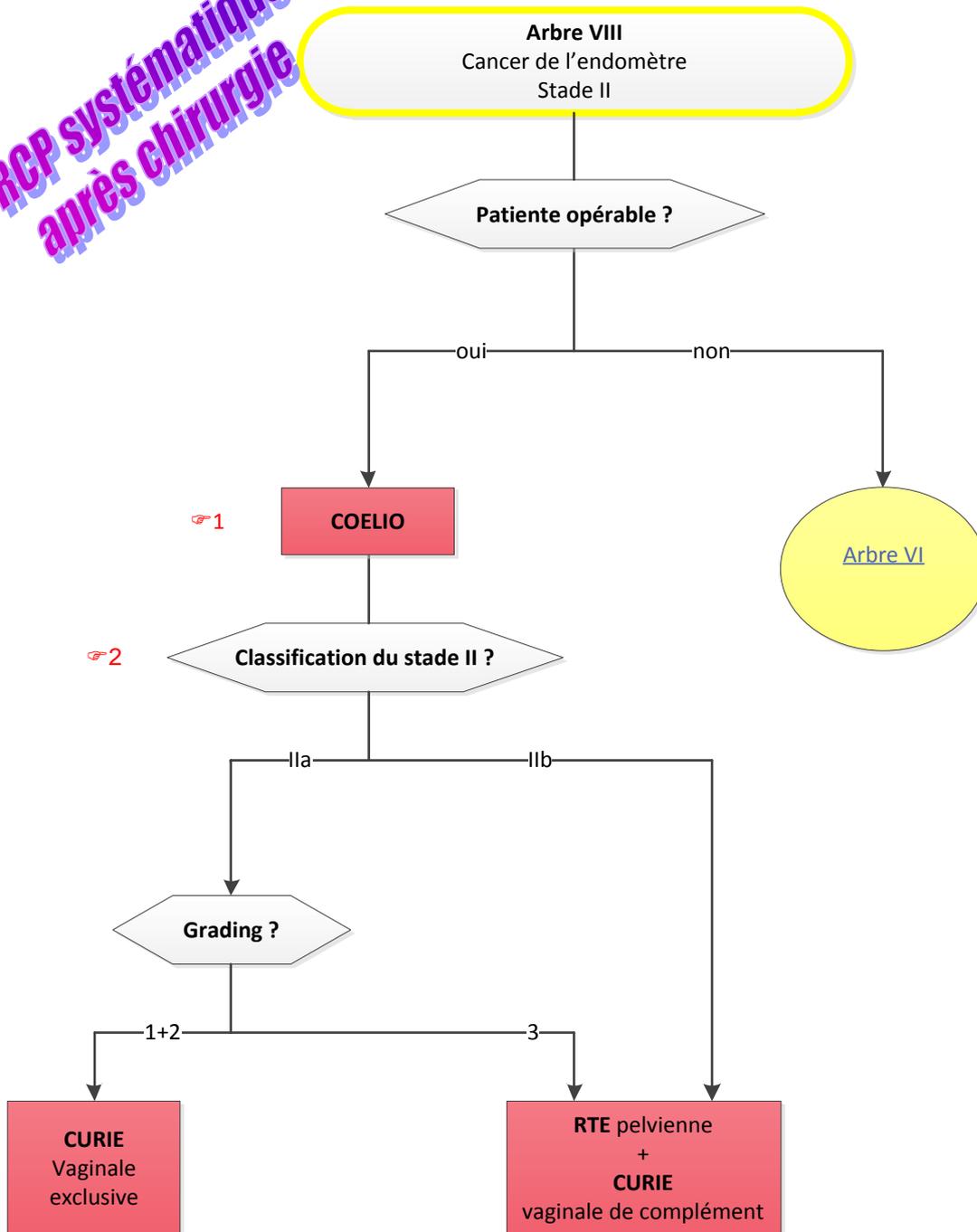
☞ 1 : Bilan d'extension p.16  
 ☞ 2 : Chirurgie p. 17  
 ☞ 3 : Classification p.17

**RCP systématique  
après chirurgie**



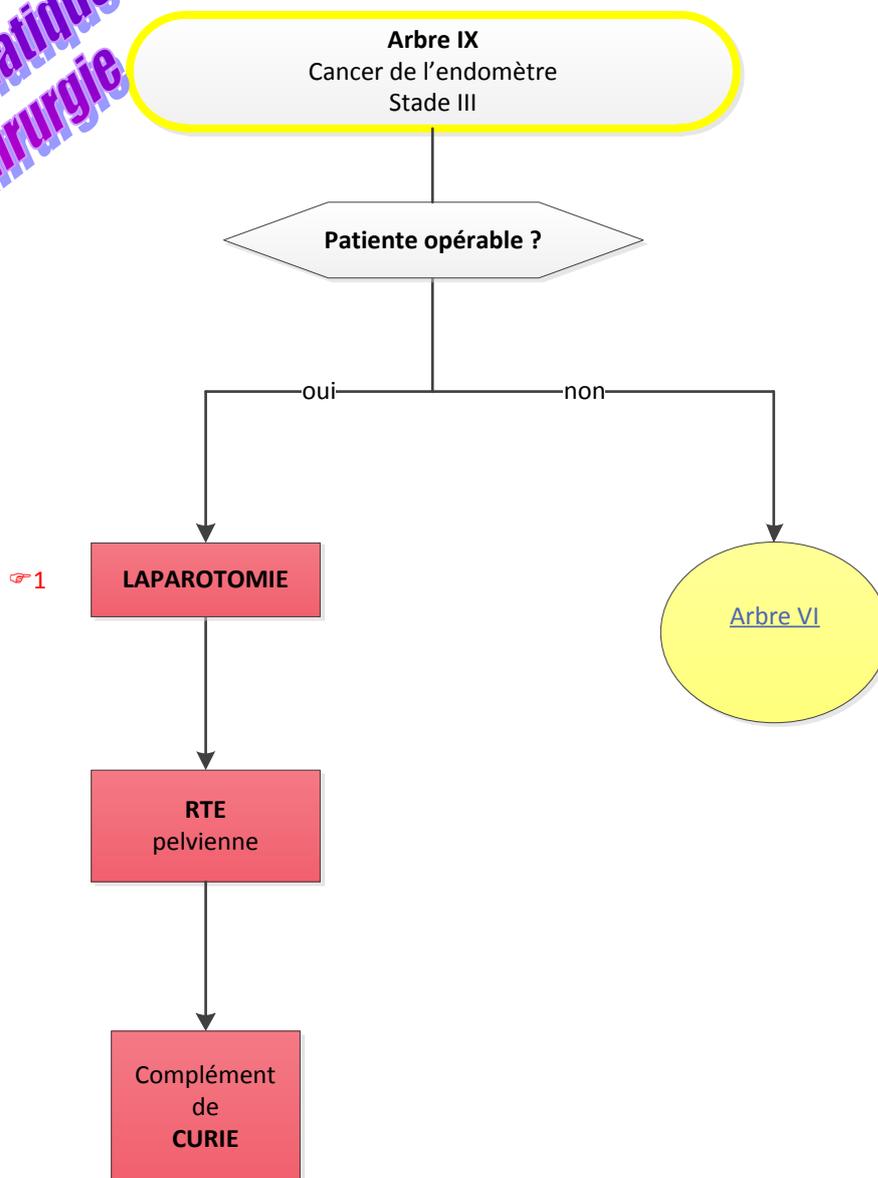
☞ 1 : Chirurgie p.17  
☞ 2 : Classification p. 17  
☞ 3 : Surveillance p. 25

**RCP systématique  
après chirurgie**



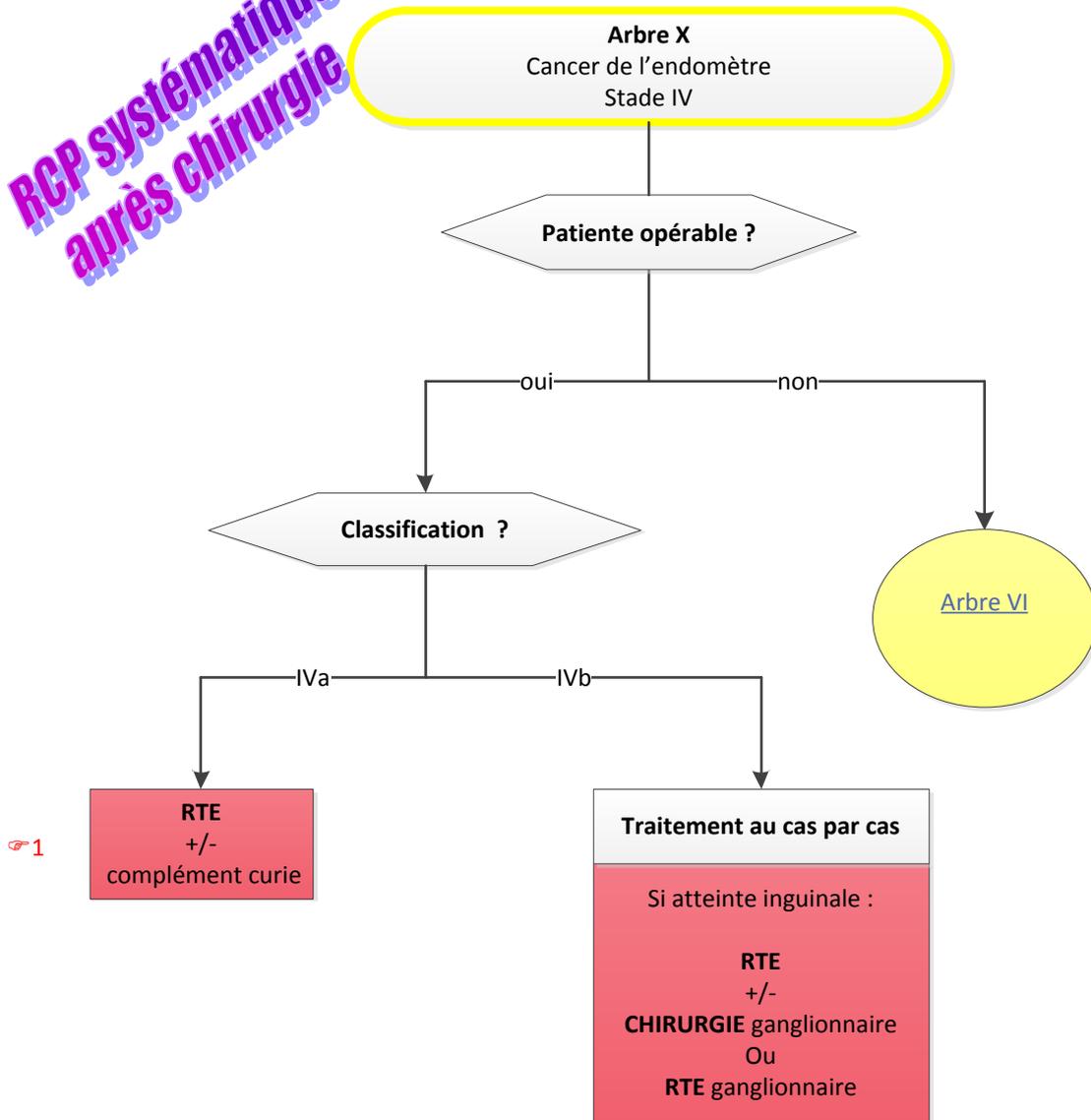
☞ 1 : Types de chirurgie p.17  
☞ 2 : Classification p. 17

**RCP systématique  
après chirurgie**



1 : Chirurgie p.17

**RCP systématique  
après chirurgie**



☞ 1

☞ 1 : Types de radiothérapie p.18

# Annexe

---

## Protocole n°1 : Surveillance

Examen clinique et gynécologique tous les 6 mois pendant 3 années puis 1 fois par an pendant 5 années.

En cas de forme histologique séro-papillaire, on se reportera au protocole de surveillance des tumeurs ovariennes

## SURVEILLANCE

Les objectifs de la surveillance sont notamment : la recherche d'une récurrence et des effets secondaires tardifs des traitements, la prévention ou le dépistage d'un 2<sup>d</sup> cancer ainsi qu'un accompagnement social et à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent.

### ACTES ET EXAMENS RÉALISÉS

- La surveillance repose sur l'examen clinique. Il comprend un examen gynécologique avec exploration de la totalité du vagin, les touchers pelviens et la palpation des aires ganglionnaires.
- Il n'y a pas d'indication pour des examens d'imagerie, de biologie ou des frottis vaginaux systématiques.
- La surveillance comprend un temps d'échange avec la patiente pour l'accompagner en fonction de ses besoins dans l'après-cancer.

### PÉRIODICITÉ

La surveillance doit être réalisée :

- tous les 4 à 6 mois, durant les 3 premières années, puis annuellement pour les stades I et II,
- tous les 4 à 6 mois, durant les 5 premières années, puis annuellement pour les stades III et IV.

### ORGANISATION

- Le plus souvent, la surveillance peut être prise en charge en ville par le médecin généraliste ou le gynécologue. Elle se fait en alternance avec l'équipe référente du traitement les premières années.

### SIGNES ÉVOCATEURS DE RÉCIDIVE

- La patiente doit être informée sur la nécessité de consulter en cas de métrorragies ou de douleurs qui sont les signes les plus fréquents de récurrence.
- En cas de suspicion de récurrence ou de complications, la patiente doit être réadressée à l'équipe référente du traitement.

### PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DE 2<sup>d</sup> CANCER

- Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, la participation aux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du côlon et du cancer du sein doit être encouragée.
- Si elle n'a pas été réalisée avant, la recherche d'une instabilité des microsatellites au niveau tumoral est recommandée pour identifier un syndrome HNPCC/Lynch chez toutes les patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du « spectre HNPCC » (endomètre, intestin grêle, urothélium, voies biliaires, estomac, ovaire). En cas de syndrome HNPCC avéré, des recommandations sur les indications de surveillance et de chirurgie prophylactique sont disponibles sur le site internet de l'INCa<sup>19</sup>.

### PLACE DES TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS DE LA MÉNOPAUSE

- Il n'y a pas de contre-indication à un traitement hormonal substitutif uniquement œstrogénique chez les femmes de moins de 50 ans qui peut être proposé au titre du traitement de la ménopause secondaire à l'ovariectomie bilatérale. Après 50 ans, les indications et contre-indications sont les mêmes que dans la population générale.

### PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PATIENTE

- Le suivi du cancer s'intègre dans une prise en charge médicale globale, notamment cardiovasculaire, l'obésité et le diabète étant des facteurs de risque de ce cancer.

<sup>19</sup> Recommandations professionnelles. Chirurgie prophylactique dans les cancers avec prédisposition génétique - Syndrome HNPCC / lynch. Institut national du cancer. Août 2009.  
<http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/oncogenetique>