

Généralités

Introduction - Classification

La classification utilisée est celle de la FIGO¹

Stade I : limité au col

- **IA : micro-invasif** (défini sur pièce de conisation ou d'hystérectomie)
 - IA1 : invasion \leq 3 mm en profondeur et \leq 7 mm en surface
 - IA2 : 3 mm < invasion < 5 mm en profondeur et \leq 7 mm en surface
- **IB : invasif clinique** (à partir invasion > 5 mm en profondeur ou > 7 mm en surface)
 - IB1 : diamètre col \leq 4 cm dans son plus grand diamètre clinique (privilégier le diamètre maximal IRM de la tumeur)
 - IB2 : diamètre col > 4 cm dans son plus grand diamètre clinique.

Stade II : extension vaginale ou paramétriale limitée

- **IIA** : atteinte vaginale isolée mais limitée aux 2/3 supérieurs.
 - IIA1 : \leq 4 cm
 - IIA2 : > 4 cm
- **IIB** : atteinte paramétriale mais sans fixation à la paroi pelvienne : proximale, distale

Stade III : extension vaginale ou paramétriale étendue

- **IIIA** : atteinte isolée du 1/3 inférieur du vagin
- **IIIB** : atteinte paramétriale fixée à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet

Stade IV : extension aux organes pelviens ou métastases

- **IVA** : atteinte muqueuse de la vessie (> à œdème bulleux) et/ou rectum
- **IVB** : métastases à distance

¹ Mutch DG: The New FIGO staging system for cancers of the vulva, cervix, endometrium, and sarcomas. Gynecol Oncol 115:325-328, 2009.

Bilan d'un cancer du col de l'utérus

(En référence de l'HAS et de l'INCA, guide ALD 2010)

Après antibiothérapie et anti-inflammatoires non stéroïdiens pour les stades \geq Ib, le bilan comprend :

- IRM (volume tumoral + paramètres + adénopathies pelviennes et/ou lombo-aortiques)⁷
- évaluation radiologique thoracique si \geq IB1⁷
- biologie:
 - ↳ NFS,
 - ↳ fonction rénale, bilan hépatique
 - ↳ Ta4 : SCC si épidermoïde

En option si doute clinique ou IRM :

- Examen clinique sous AG (à faire en réalité au moment de l'évaluation ganglionnaire coelioscopique pré thérapeutique) car il permet une meilleure évaluation clinique de l'extension locale notamment pour les gros cols
 - ↳ Cystoscopie et rectoscopie en option.
 - ↳ Echographie rénale en option +/- uroscan.

La TEP-TDM est recommandée à partir des stades Ib1

CAT devant une dysplasie cervicale

Se référer à la publication de l'ANAES :

« Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002 »⁸ »

Abréviations utilisées

CHE : colpohystérectomie élargie
CT : chimiothérapie
CURIET : curiethérapie
ELV : embolies lympho-vasculaires
ExtraP : extra-péritonéal
FCV : frottis cervico-vaginaux
GG : ganglionnaire
LAo : Lombo-aortique
Pelv : pelvien
RADIOT: radiothérapie

⁷ SFOG

⁸ ANAES : Recommandation par la pratique clinique : « Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal – Actualisation 2002 » Service de recommandations professionnelles. Septembre 2002, 22 pages

Arbres décisionnels

Tableau I :

Carcinomes micro-invasifs stade Ia.

Tableau II :

Cancer invasif du col utérin stade IB1 et IIA1

Tableau III :

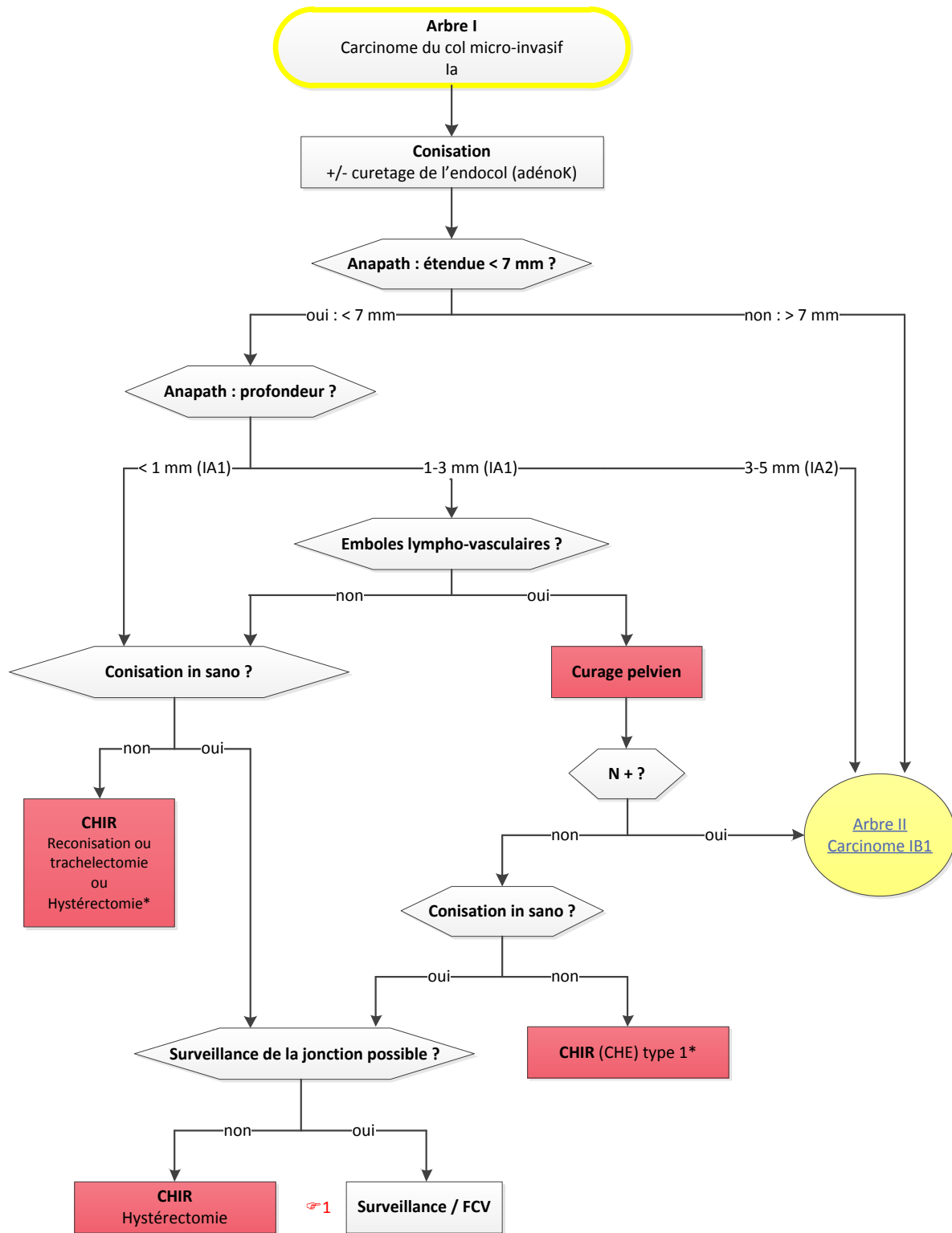
Cancer invasif du col utérin stade IB2, IIA2 à IVA

Tableau IV :

Cancer invasif du col utérin stade IVB

Tableau V :

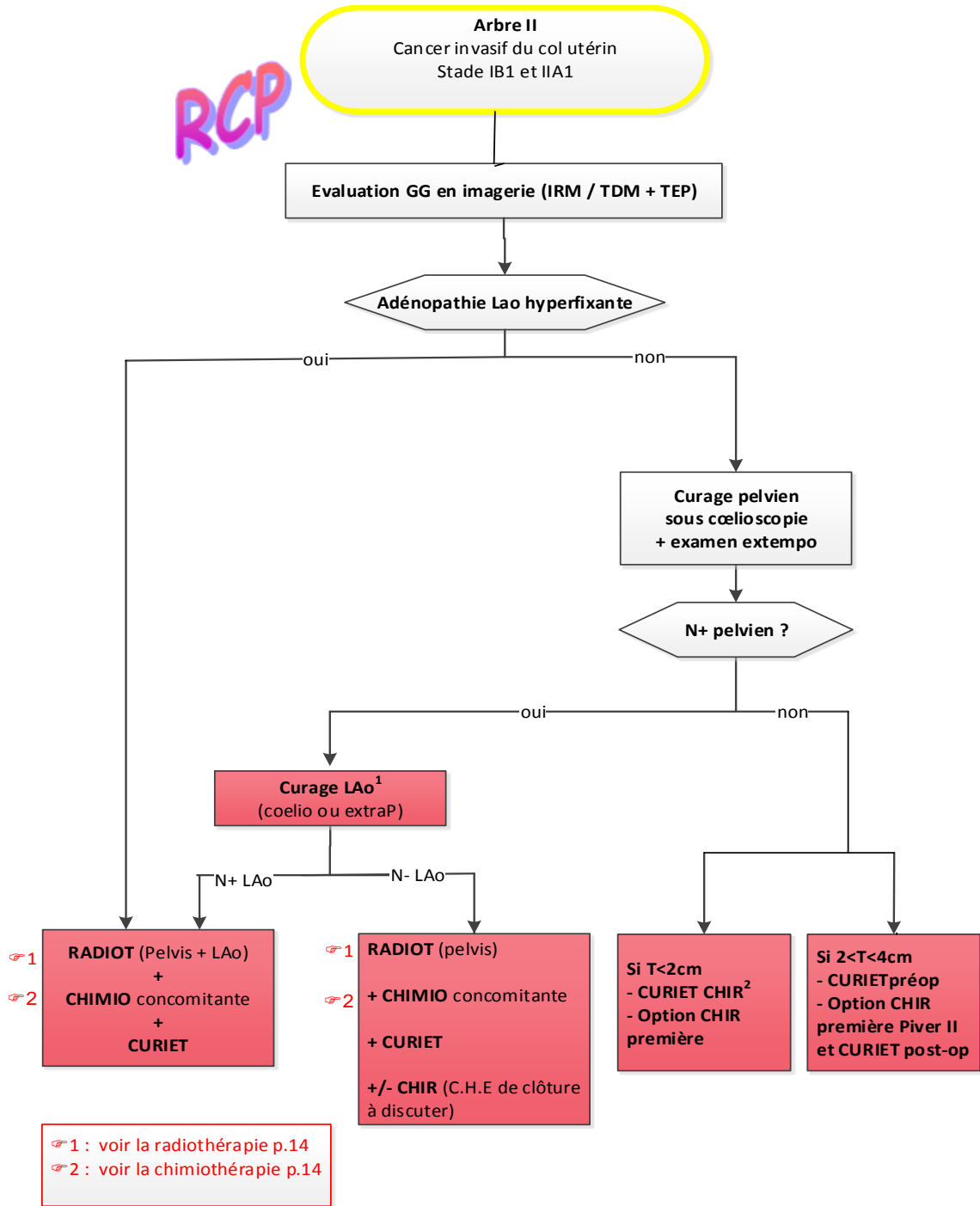
Récidive pelvienne.



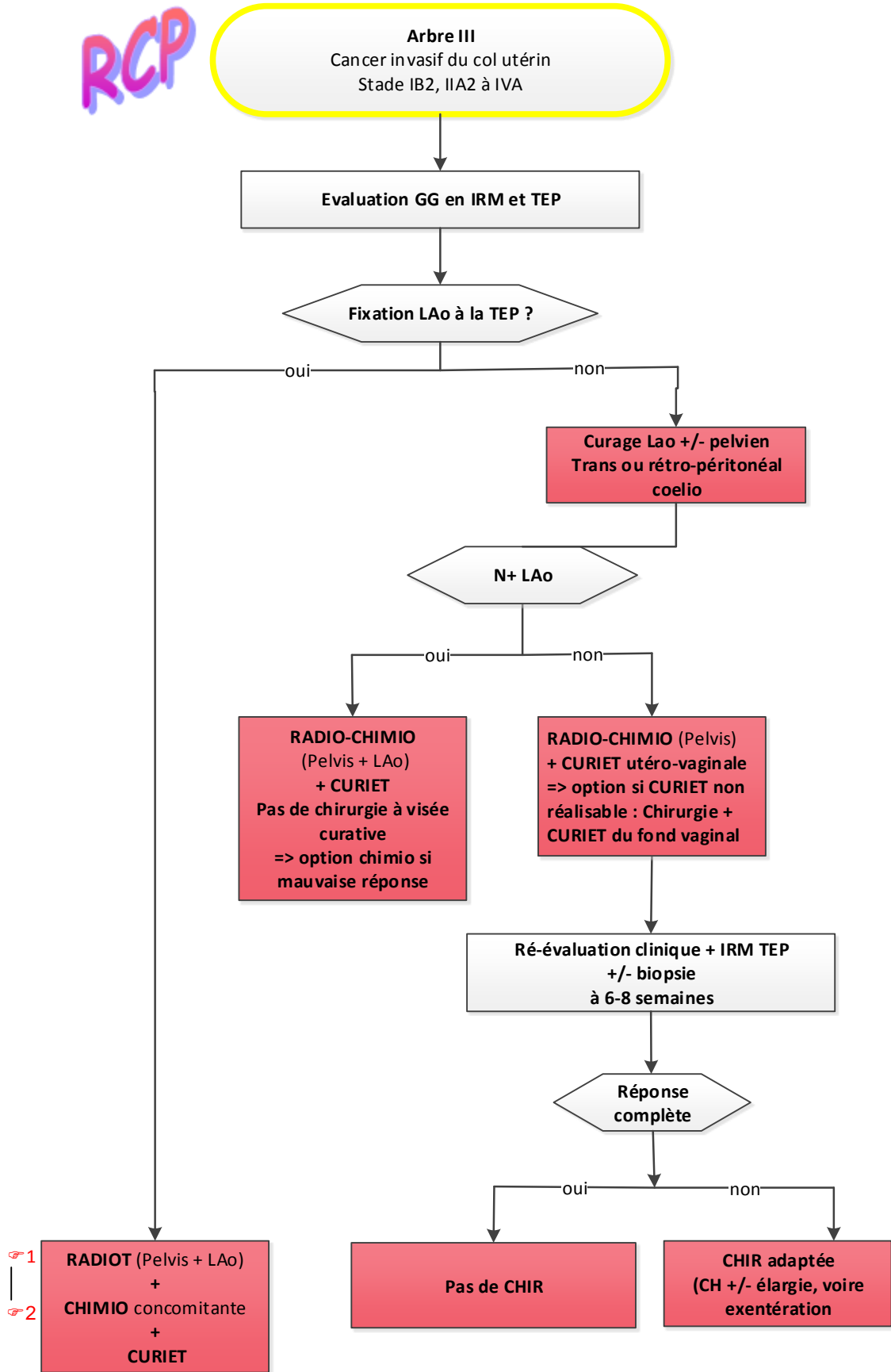
☞ 1 : annexe 2 p.14

*élément à discuter en fonction du désir de conservation de la fertilité

RCP

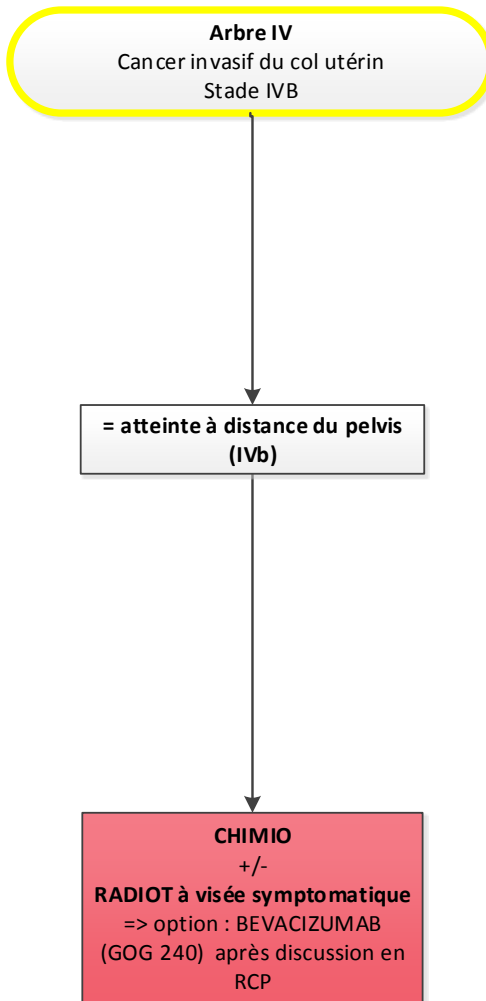


¹ En cas de curage complet, pas de radiothérapie lombo-aortique
² Si N-, âge compatible et désir de grossesse : trachélectomie
NB : essai SHAPE (ouverture en 2014) : largeur d'exérèse (HT simple ou élargie, stade IA2-IA1 < 2cm, N-, sans embolie)

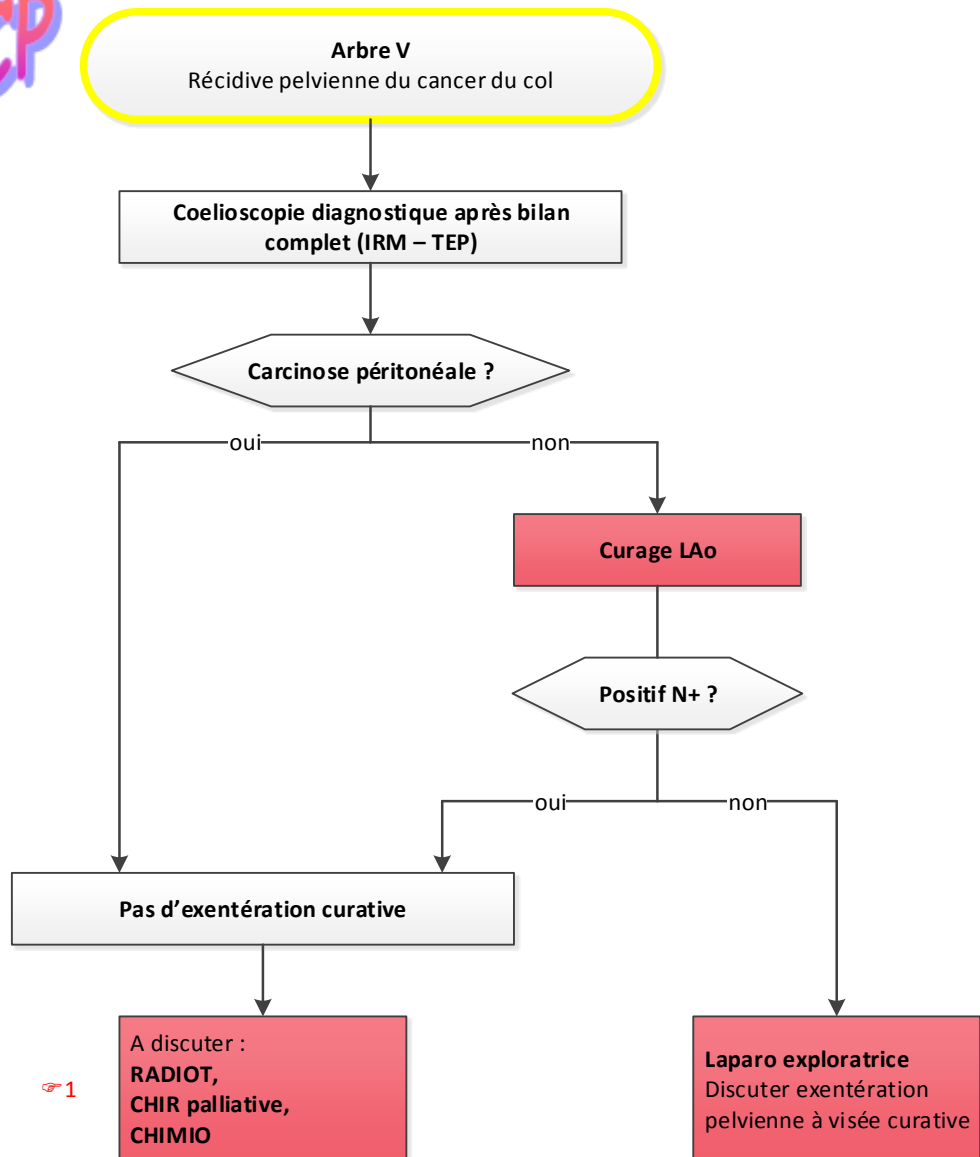


☞ 1 : annexe 1 : la radiothérapie p. 14
☞ 2 : annexe 2 : la chimiothérapie p. 14

RCP



RCP



1

1 : annexe 1 : la radiothérapie p. 14

Annexe 1 : Remarque concernant la radiothérapie

Radiothérapie pelvienne :

IMRT recommandée

Radiothérapie pelvienne externe = 45 à 50,4 Gy en 5 semaines

– 1,8 à 2 Gy/séance/ 5 semaines

– Accélérateur 15-25 MV

Possibilité de boost intégré ou non sur des ganglions LAo +

Puis 15 jours après curiethérapie utéro-vaginale / équivalent de 15 à 20 Gy si bas débit sur l'isodose d'enveloppe en 1 ou 2 temps, dose cumulée aux points vésical et rectal < 60 Gy

+/- complément externe de 10 à 15 Gy sur paramètres et aires ganglionnaires si adénopathies ou envahissement paramétrial.

Radiothérapie lombo-aortique :

45 Gy (*en option : IMRT*)

Annexe 2 : Remarque concernant la chimiothérapie

NEOADJUVANTE : essai prospectif randomisé récent négatif (Katsuma BJC 2013), résultat de l'essai 55994 de l'EORTC en attente

CONCOMITANTE :

Cisplatine : 40mg/m² : 1 cure/semaine pendant la radiothérapie

A discuter : l'association 5FU + Cisplatine si adénopathies N+ lombo-aortiques volumineuses

Pouvant se discuter :

Cisplatine Paclitaxel Bevacizumab

Taxol Carboplatine

Topotecan Cisplatine

Recommandations de bon usage des molécules onéreuses hors GHS INCa (03/2010) : tableau de synthèse en annexe du thésaurus p.46

Annexe 3 : Surveillance

Micro-invasif (si traitement conservateur) :

- ✓ **la1** : frottis cervico-vaginal tous les 6 mois pendant 2 ans puis une fois par an pendant trois ans.
- ✓ **la1 avec emboles positifs et la2** : frottis cervico-vaginal tous les 3 mois pendant 1 an, puis frottis cervico-vaginal tous les 6 mois pendant 1 an, puis frottis cervico-vaginal tous les ans

Invasif du col Surveillance essentiellement clinique, pas de modification (SFOG 2013)

- ✓ Recherche de signes fonctionnels
- ✓ Examen clinique : 3 à 4 fois par an pendant 2 ans, puis 2 fois par an pendant 3 ans, puis 1 fois par an.

Traitement conservateur : IRM

Examens complémentaires si symptômes