



BỆNH VIỆN TỪ DŨ



15<sup>th</sup> VIETNAM-FRANCE-ASIA-PACIFIC  
CONFERENCE ON OBSTETRICS AND  
GYNECOLOGY



CANCER DE L'ENDOMETRE:  
STRATÉGIE ET TECHNIQUES  
CHIRURGICALES



Pierre Panel  
Service de gynécologie-obstétrique  
Centre Hospitalier de Versailles

# Cancer de l'endomètre : épidémiologie



- Cancer gynécologique le plus fréquent
- Âge moyen au diagnostic > 62 ans
- Co-morbidité
- Stades I majoritaires
  
- N = facteur pronostique majeur
- Faible valeur diagnostique de l'imagerie
- Traitement adapté au pN
- Corrélation importante entre "uterus" et % pN1
  
- Quel traitement chirurgical ? Quels curages ?

# Bilan préopératoire



- Examen clinique
- Echographie transvaginale
- Biopsie par hystérocopie ou curetage



Histotype et grade

- Imagerie additionnelle : IRM pelvienne +/- scanner ou mieux IRM abdomino-pelvienne +/- TEPscan



Atteinte: - myomètre/stroma  
- cervicale/extrapelvienne



FIGO 2009

# FIGO 2009



Stage I*	Tumor confined to the corpus uteri
IA*	No or less than half myometrial invasion
IB*	Invasion equal to or more than half of the myometrium
Stage II*	Tumor invades cervical stroma, but does not extend beyond the uterus**
Stage III*	Local and/or regional spread of the tumor
IIIA*	Tumor invades the serosa of the corpus uteri and/or adnexae <sup>#</sup>
IIIB*	Vaginal and/or parametrial involvement <sup>#</sup>
IIIC*	Metastases to pelvic and/or para-aortic lymph nodes <sup>#</sup>
IIIC1*	Positive pelvic nodes
IIIC2*	Positive para-aortic lymph nodes with or without positive pelvic lymph nodes
Stage IV*	Tumor invades bladder and/or bowel mucosa, and/or distant metastases
IVA*	Tumor invasion of bladder and/or bowel mucosa
IVB*	Distant metastases, including intra-abdominal metastases and/or inguinal lymph nodes

\*Either G1, G2, or G3.

\*\*Endocervical glandular involvement only should be considered as Stage I and no longer as Stage II.

<sup>#</sup>Positive cytology has to be reported separately without changing the stage.

# Cancer de l'endomètre localisé et risque de récurrence



TUMEUR LIMITÉE AU CORPS UTÉRIN - STADES I/T1 (FIGO 2009/TNM 2009) –

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

\* Ajout aux recommandations de l'ESMO<sup>11</sup> ; IA/T1a : tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre ; IB/T1b : tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre.

# Indication de traitement chirurgical des cancers de l'endomètre

## Type 1 histologique



### RISQUE BAS

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- Une lymphadénectomie n'est pas recommandée.
- *Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose n'est pas recommandée sauf en cas d'envahissement myométrial où elle peut être envisagée.*
- La radiothérapie externe n'est pas recommandée.
- *Le traitement conservateur de l'utérus n'est pas recommandé mais peut être discuté pour des patientes désirant une grossesse, présentant des tumeurs supposées de stade I, grade 1 sans envahissement myométrial, au mieux après exploration coelioscopique des ovaires pour éliminer une extension extra-utérine ou de la séreuse.*
- *Sous les mêmes réserves, le traitement conservateur des ovaires associé à une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale peut être discuté pour les patientes de moins de 40 ans désirant le maintien des fonctions ovariennes.*
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.

# Indication de traitement chirurgical des cancers de l'endomètre



## Type 1 histologique

### RISQUE INTERMÉDIAIRE

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- La lymphadénectomie pelvienne n'est pas recommandée. *Elle peut cependant être envisagée en cas de stade IB/T1b grade 2 ou de stade IA/T1a grade 3 avec envahissement myométrial.*
- La pertinence de la détection du ganglion sentinelle pour ces patientes est en cours d'évaluation.
- Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée. La radiothérapie externe n'est pas recommandée.
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.

# Indication de traitement chirurgical des cancers de l'endomètre

## Type 1 histologique



### RISQUE ÉLEVÉ

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
- Une lymphadénectomie lomboaortique et iliaque commune est recommandée. Dans ce contexte, la chirurgie endoscopique est recommandée si possible par voie extra-péritonéale en raison de la réduction du risque adhérentiel.
- *La lymphadénectomie pelvienne peut être discutée. Son intérêt thérapeutique chez des patientes qui n'ont pas d'adénomégalias suspectes à l'imagerie et qui vont recevoir une irradiation externe pelvienne n'est pas démontré.*
- En cas de découverte de facteurs de risque élevé sur la pièce d'hystérectomie, une reprise de stadification ganglionnaire et/ou péritonéale, de préférence coelioscopique, est recommandée.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire est recommandée.
- *Une curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.*
- Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée hors essai clinique.

# Indication de traitement chirurgical des cancers de l'endomètre

## Type 2 histologique



### CARCINOMES À CELLULES CLAIRES OU PAPILLAIRES SÉREUX

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une omentectomie infracolique, une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire est recommandée.
- *Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.*
- *Une curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.*

### CARCINOSARCOMES

- Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique et une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.
- Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire est recommandée.
- *Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.*
- *Une curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.*

special article

*Annals of Oncology* 0: 1–26, 2015  
doi:10.1093/annonc/mdv484

## ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up<sup>†</sup>

Radiotherapy and Oncology 117 (2015) 559–581



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Radiotherapy and Oncology

journal homepage: [www.thegreenjournal.com](http://www.thegreenjournal.com)



ESMO-ESGO-ESTRO Consensus guidelines

ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer:  
Diagnosis, treatment and follow-up<sup>☆</sup>



Nicoletta Colombo<sup>a,\*</sup>, Carien Creutzberg<sup>b</sup>, Frederic Amant<sup>c,d</sup>, Tjalling Bosse<sup>e</sup>, Antonio González-Martín<sup>f,g</sup>, Jonathan Ledermann<sup>h</sup>, Christian Marth<sup>i</sup>, Remi Nout<sup>j</sup>, Denis Querleu<sup>k,l</sup>, Mansoor Raza Mirza<sup>m</sup>, Cristiana Sessa<sup>n</sup>, The ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group<sup>1</sup>

OPEN

*International Journal of Gynecological Cancer* • Volume 26, Number 1, January 2016

*Endometrial Cancer  
Consensus Conference Guidelines*

# Stades I



- **Hystérectomie totale (HT) avec annexectomie bilatérale (AB)**
  - Extrafasciale avec exérèse complète du col utérin
  - Conservation ovarienne possible si <45ans, endométrioïde G1, <50%, non-Lynch (salpingectomie proposée).
  - Pas de colpectomie
  - **Chirurgie minimale invasive privilégiée**  
(post-op, récupération, coût-efficacité, survie équivalente).  
Voie vaginale admise si nécessité ou bas risque.

# Autres stades



- **Stades II**
  - L'HT élargie n'est pas recommandée en routine ;
  - Une HT élargie type A ou B de nécessité peut être réalisée pour obtenir des marges saines en cas d'atteinte des paramètres
- **Stades III – IV**
  - Exérèse macroscopiquement complète + stadification
  - Traitement multimodal

# Lymphadénectomie (1)



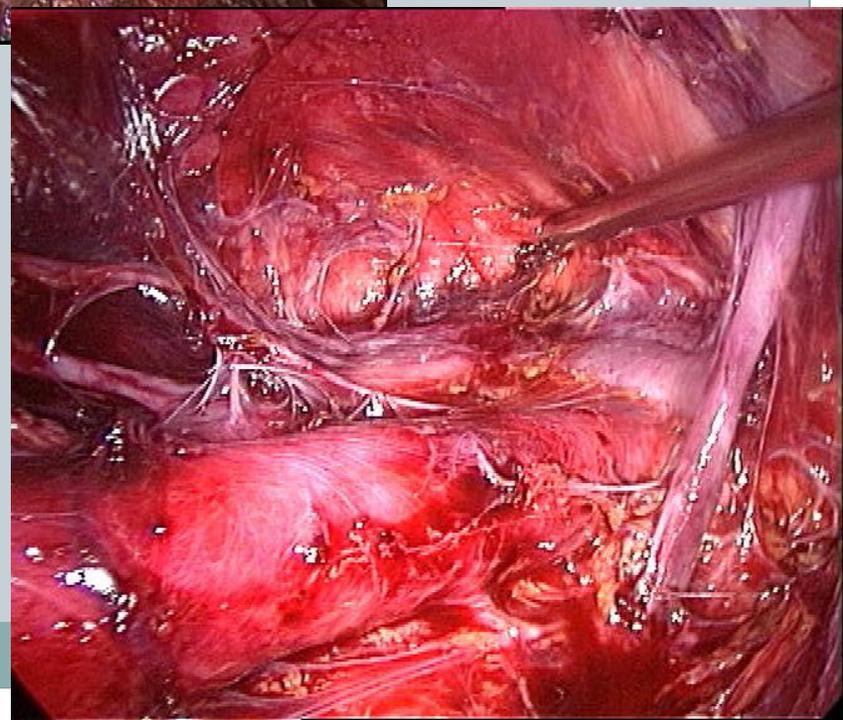
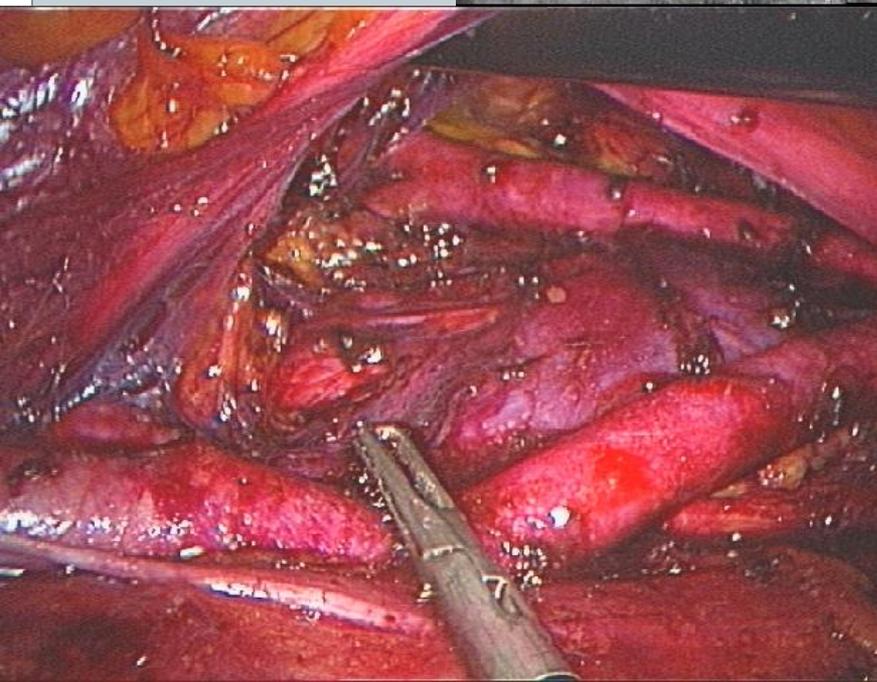
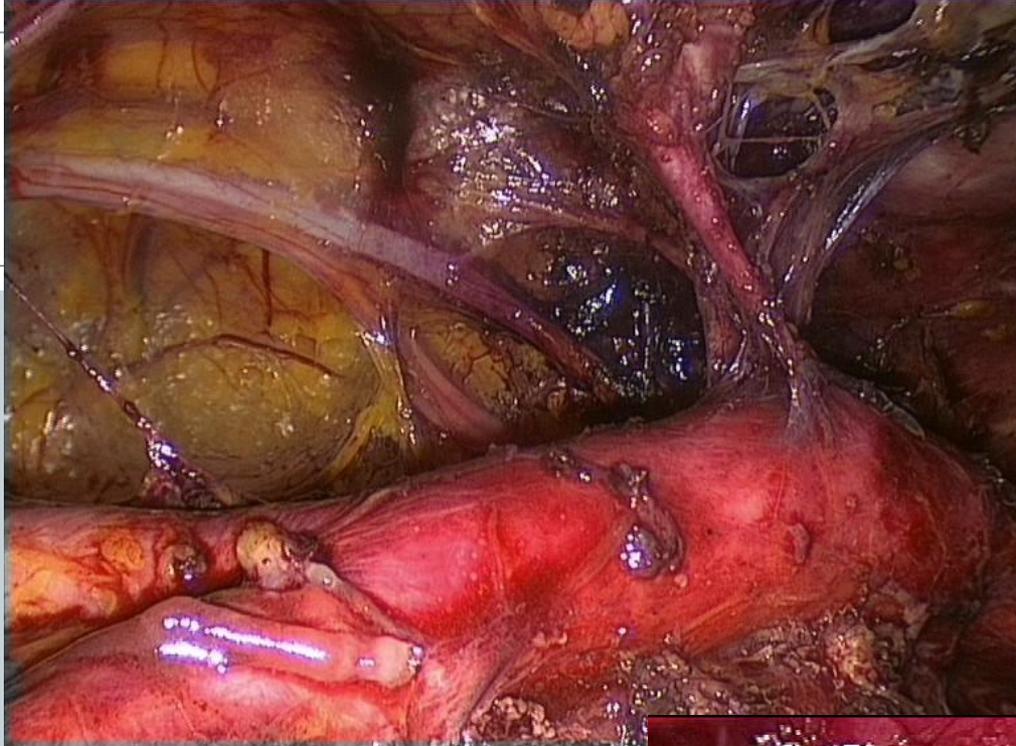
- Si une lymphadénectomie est réalisée, elle doit comprendre l'étage pelvien et aortico-cave (jusqu'à la veine rénale gauche)
- Les curages pelviens (CP) et lombo-aortiques (CLA) sont réalisés dans un but de stadification. L'effet thérapeutique n'est pas démontré.
- L'indication est basée sur les éléments du bilan préopératoire (éventuellement extemporané)

## Lymphadénectomie (2)

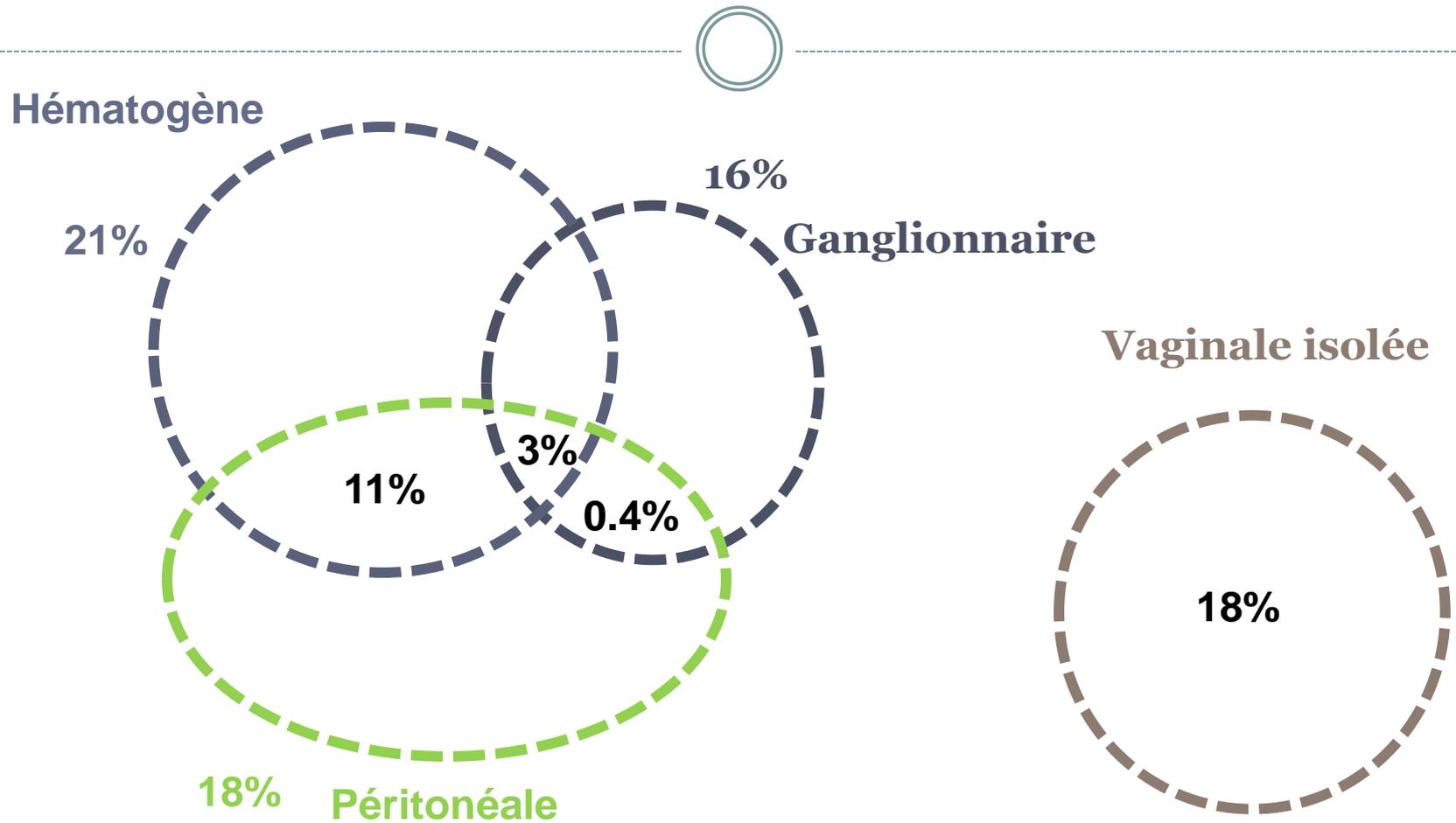


- Curages non recommandés pour les cancers endométrioides de bas risque (G1-2 IA)
- Risque intermédiaire (G1-2 IB ou G3 IA) : les curages sont optionnels
- Haut risque (IB G3, ou stade supérieur, ou non-endométriode): curages **recommandés**

Omentectomie de stadification pour les K séreux  
Pas d'omentectomie pour les autres types



# Localisation des récurrences



# Sites de récurrence

## En fonction de la localisation de la tumeur utérine :

Localisation basse et intermédiaire : 6% récurrence, jamais ganglionnaire (GG)

Haute : récurrence : 30% distante, 30% vaginale, 24% péritonéale, 9% GG

**IIIc** : 4/11 distante, 3/11 péritonéale, 3/11 vaginale, 1/11 GG

## Facteurs de risque de récurrence à distance:

Grade, profondeur, envahissement des vaisseaux lymphatiques / col / GG

## Facteurs de risque de récurrence vaginale: Col, GG

TABLE 3. Initial site of recurrence

Initial Site of Recurrence	n (%)	Outcome	
		Alive (%)	Dead (%)
Distant	12 (37.5)	3 (25.0)	9 (75.0)
Vaginal stump	8 (25.0)	3 (37.5)	5 (62.5)
Peritoneum	7 (21.9)	2 (28.6)	5 (71.4)
Pelvic sidewall	3 (9.4)	0 (0.0)	3 (100.0)
Lymph node	2 (6.2)	0 (0.0)	2 (100.0)
Total	32 (100.0)	8 (25.0)	24 (75.0)

# Intérêt du ganglion sentinelle (GS)



- 498 cancers de l'endomètre
- Taux de détection:  
81% (bleu +/- isotope) ; bilatérale : 51%
- 401 patientes avec  $\geq 1$  GS prélevé
  - 40 patientes pN1 (10%)
  - 7 faux négatifs (14.9%) : Se 85.1%
    - 4/7 : détection unilatérale
    - 1/7 : GG macroscopiquement suspect
    - 1/7 : atteinte séreuse
    - 1/7 : 1 GG+ aortico-cave avec GG pelviens négatifs
  - Algorithme : Se 98.1% ; FN 2.5%

# Intérêt du ganglion sentinelle (GS)

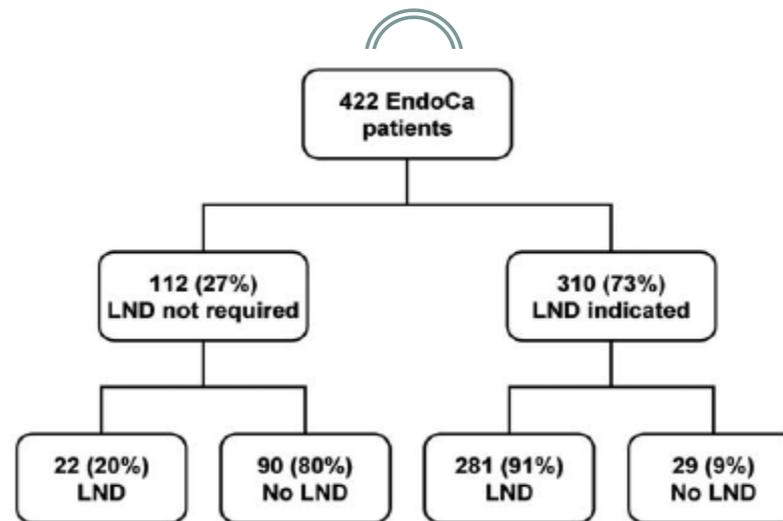


Fig. 1. Treatment distribution by defined surgical guidelines as detailed in Table 1 for patients with endometrial cancer (EndoCa) managed during the 36-month period between 2004 and 2006. LND indicates lymph node dissection

Table 3

Prevalence of lymphatic dissemination in patients with lymphadenectomy stratified by histologic subtype

Histologic subtype	Number of patients		
	Total (n=281)	Node-positive (n=63)	Prevalence,%
Endometrioid <sup>a</sup>	209	34	16
Nonendometrioid <sup>b</sup>	72	29	40

<sup>a</sup> Includes mucinous.

<sup>b</sup> Serous, clear cell, and undifferentiated.

Table 4

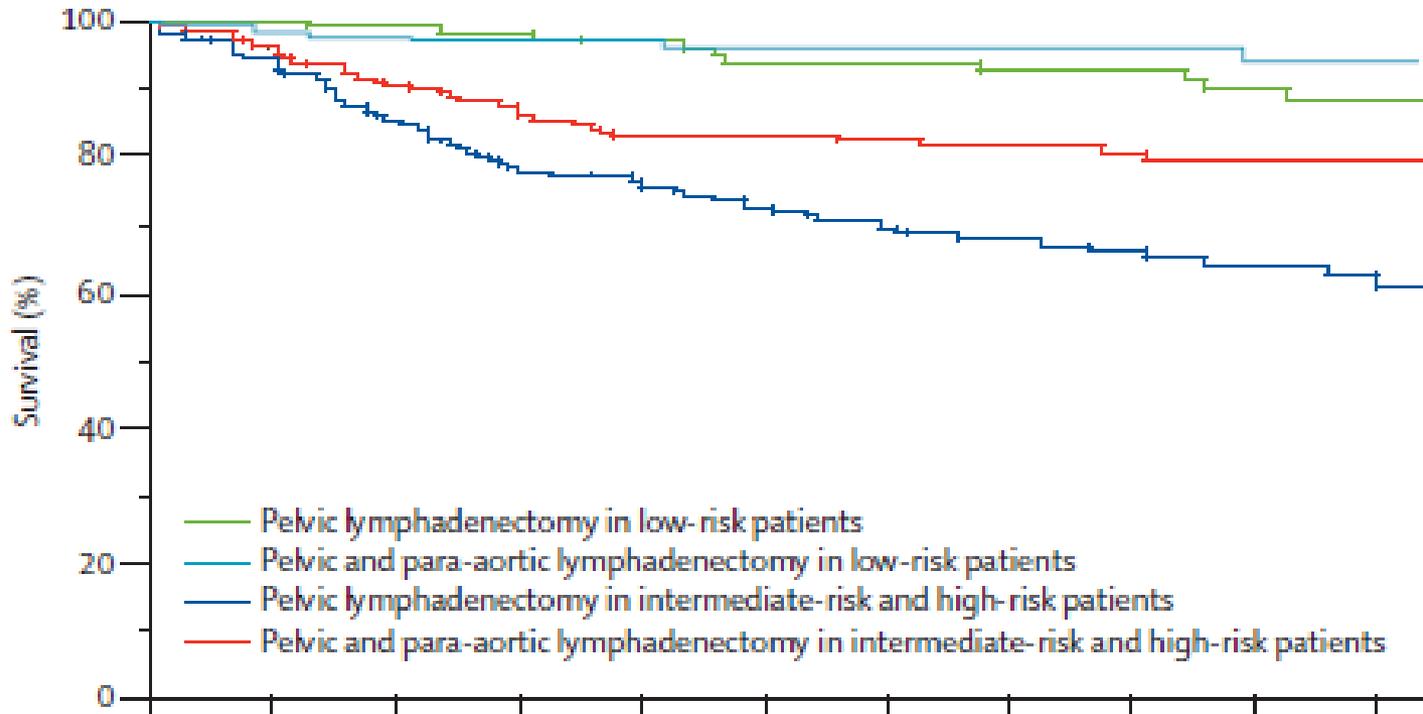
Frequency of observed metastases to pelvic or para-aortic or both node-bearing regions<sup>a</sup>

Node site	Endometrioid, number (%) (n=32)	Nonendometrioid, number (%) (n=25)	Total, number (%) (n=57)
Pelvic only	12 (37)	7 (28)	19 (33)
Pelvic plus para-aortic	14 (44)	15 (60)	29 (51)
Para-aortic only	6 (19)	3 (12)	9 (16)

<sup>a</sup>In patients with lymphatic dissemination who underwent systematic pelvic and para-aortic lymphadenopathy.

# Intérêt du curage lymphatique lombo-aortique (CLA)

A



Number at risk

—	131	129	127	124	117	101	91	76	66	54	40
—	133	130	128	124	120	114	89	74	62	47	37
—	194	181	163	148	139	122	100	81	65	55	46
—	213	204	188	179	162	145	107	95	82	70	59

# Traitement personnalisé !



- Groupe « bas risque »
  - HT +AB
  - GS : bonne valeur prédictive négative, détection de micrométastases
- Groupes à « risque intermédiaire et haut »
  - CP + CLA
    - ✦ Si possible compte tenu des co-morbidités
    - ✦ Si impact sur les traitements adjuvants
    - ✦ Si entraînement chirurgical suffisant

**SAVE THE DATE**



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

**À L'OCCASION DU CONGRÈS SCGP  
PARTICIPEZ AUX JOURNÉES IBODE**

**21-22-23 SEPTEMBRE 2017  
MARSEILLE  
VILLA MÉDITERRANÉE**

**14<sup>ES</sup> JOURNÉES  
DE CHIRURGIE  
GYNÉCOLOGIQUE  
& PELVIENNE**

**CLÉS DE LA RÉUSSITE  
EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
DE L'INNOVATION  
À LA STANDARDISATION**

**INFORMATIONS**  
[www.scgp.asso.fr](http://www.scgp.asso.fr)

