

# CANCER DE L'ENDOMETRE



LES REFERENTIELS  
Cancers SEINGYNECO

Septembre 2011

# CANCER DE L'ENDOMETRE

Version validée: 22/09/2011

PRA-GYN-1109ENDOMET

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Cible(s)</b>        | Anatomopathologistes, chirurgiens généralistes, chirurgiens gynécologues, chirurgiens viscéraux, généticiens, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, internistes, médecins nucléaires, oncologues médicaux, pharmaciens, radiologues, radiothérapeutes, RCP gynécologiques de la région.  |
| <b>Rédacteur(s)</b>    | <p><b>Coordonnateur(s) d'action SEINGYNECO :</b><br/>         BOUTEILLE C., chirurgien gynécologue, Clinique Mutualiste chirurgicale, St Etienne; FAURE C., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon ; MIGNOTTE H., chirurgien gynécologue, CLRCC Léon Bérard, Lyon.</p> <p><b>Référent(s) du groupe de travail « cancer de l'endomètre » :</b><br/>         MATHEVET P., chirurgien gynécologue, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron.</p> <p><b>Membres du groupe de travail « cancer de l'endomètre » :</b><br/>         ALLIOT C., oncologue médical, Centre Hospitalier Intercommunal, Annemasse Bonneville ; ARNAUD A., radiothérapeute, CRLCC Léon Bérard, Lyon ; BARLETTA H., chirurgien gynécologue, Hôpital Privé Drome Ardèche, Guilhaud-Granges; BEN ABDESSELEM L., assistante méthodologiste, RRC-RA, Lyon; BEURRIER F., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; BRUN O., radiothérapeute, Institut Daniel Hollard, Grenoble ; BUATOIS Fabienne, radiothérapeute, Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon ; CARRABIN N., chirurgien gynécologue, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon ; CHAULEUR C., chirurgien gynécologue, Centre Hospitalier Universitaire, St Etienne ; COMMUNAL P.H., chirurgien gynécologue, Clinique Trénel, Ste Colombes les Viennes; DE SAINT HILAIRE P., gynécologue obstétricien, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon ; DEVOUASSOUX M., anatomopathologiste, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon; DUBERNARD G., chirurgien gynécologue, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon ; FAVREL V., radiothérapeute, Centre Hospitalier Lyon Sud, Lyon ; FERRAIOLI D., gynécologue, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron ; KRAUTH J.S., chirurgien gynécologue, Centre Hospitalier Lyon Sud, Lyon ; LABROSSE H., méthodologiste, RRC-RA, Lyon; LAURENT R., médecin généraliste, Cabinet Libéral, ALixan ; LEUFFLEN Léa, gynécologue, Hôpital Femme – Mère – Enfant, Bron ; MATHEVET P., chirurgien gynécologue, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron; MERAD BOUDIA Z., oncologue médical, Clinique Eugène André, Lyon ; MICHY T., chirurgien gynécologue, Groupement Hospitalier Mutualiste, Grenoble ; MORY J.E., pharmacien, Clinique Générale, Valence ; NACHURY L.P., gynécologue médical, CRNCC Léon Bérard, Lyon ; POMEL C., chirurgien gynécologue, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand ; PROVENCAL J., oncologue médical, Centre Hospitalier, Chambéry ; RAY-COQUARD I., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon ; SENSENBRENNER F., chirurgien gynécologue, Hôpital Privé Drome Ardèche, Guilhaud-Granges; ZIRNHELT J., gériatre, Centre Hospitalier de la région d'Annecy, Annecy.</p> |
| <b>Contributeur(s)</b> | <p>Membre de la plénière du 22/09/2011<br/>         (cf. liste des contributeurs : <a href="http://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-SEI-1109-contributeurs.pdf">http://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-SEI-1109-contributeurs.pdf</a>)</p>   |

## Table des matières

### Démarche diagnostique

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Bilan diagnostic .....        | 4 |
| Types histologiques .....     | 5 |
| Bilan pré thérapeutique ..... | 6 |

### Prise en charge des tumeurs de l'endomètre

|  |    |
|--|----|
| Tumeur limitée au corps utérin – stades I/T1 (type I histologique) ..... | 7  |
| Traitements des stades I/T1 (type II histologique) .....                 | 8  |
| Traitements des stades II/T2 .....                                       | 9  |
| Traitements des stades IIIA/T3A et IIIB/T3B .....                        | 10 |
| Traitements des stades IIIC .....  | 11 |
| Traitements des stades IVA/T4 et IVB/M1 .....                            | 12 |
| Surveillance .....   | 13 |

### Annexes

|  |    |
|--|----|
| Classification FIGO anatomochirurgicale (2009) ..... | 14 |
| Références bibliographiques .....                    | 15 |

## Bilan diagnostic

- Échographie endovaginale,
- Biopsie endomètre à la pipelle de CORNIER<sup>®</sup>,
- Si échec ou impossibilité d'utilisation de la pipelle de CORNIER<sup>®</sup> : hystéroscopie (notant la dimension de la lésion et sa localisation par rapport à l'isthme) + biopsie endométriale,

### Examen clinique

- Antécédents personnels et familiaux,
- Recherche du syndrome HNPCC\* / Lynch :
  - patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans (peut être discutée entre 50 et 60 ans),
  - patientes de tout âge si un apparenté au 1er degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du spectre Hereditary non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC);
- Recherche de comorbidités,
- Examen abdominopelvien et ganglionnaire.



Types histologiques

[page 5](#)

Classification FIGO/ TNM

[page 14](#)

\*Spectre Hereditary non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC) : colon, endomètre, grêle, ovaire, urothélium.

**Classification FIGO/  
TNM**  
[page 14](#)

## Types histologiques

|                   | TYPE I   | TYPE II  |
|-------------------|--|--|
| Fréquence         | 77 – 80 %  | 10 – 23 %                                      |
| Type histologique | Endométrioïde<br>Mucineux  | Papillaires séreux<br>A cellules claires       |
| Grade (FIGO)      | Grade 1 : ≤ 5 % de zones solides*<br>Grade 2 : 6 – 50 % de zones solides*<br>Grade 3 : > 50 % de zones solides*<br>La présence d'atypies nucléaires sévères augmente le grade d'un point.<br>* A l'exclusion de la métaplasie malpighienne | Haut grade                                     |
| Immunohistochimie | Récepteurs hormonaux +++<br>P53 – (ou focalement+)<br>P16 -  | Récepteurs hormonaux +/-<br>P53 +++<br>P16 +++ |
| Précurseur        | Hyperplasie atypique   | Carcinome intra épithélial                     |

### Bilan pré thérapeutique

[page 6](#)

**Traitements des stades I/T1 (type I histologique)**

[page 7](#)

**Traitements des stades I/T1 (type II histologique)**

[page 8](#)

**Traitement des  
carcino sarcomes**  
[page 8](#)

## Bilan préthérapeutique

### Examens d'imagerie

- IRM pelvienne et abdominale pour apprécier l'envahissement en profondeur du myomètre, l'extension locorégionale et les aires ganglionnaires pelviennes et lomboaortiques.
- Scanner abdominopelvien associé à une échographie pelvienne en cas de contre indication à l'IRM.
- Scanner TAP : si type II ou stade III ou +.
- TEP-FDG / TDM peut être discutée en cas de suspicion d'extension régionale (stades III)

### Examens biologiques

- Dosage du CA 125 conseillé en cas de suspicion d'extension régionale (stades III/T3 et/ou N1 ou plus), d'atteinte ovarienne ou de type II histologique.

**Evaluation oncogériatrique éventuelle pour les patients de plus de 70 ans.**

**Traitements des stades I/T1 (type I histologique)**

[page 7](#)

**Traitements des stades I/T1 (type II histologique)**

[page 8](#)

**Traitements des stades II/T2**

[page 9](#)

**Traitements des stades IIIA/T3 et IIIB/T3B**

[page 10](#)

**Traitements des stades IIIC**

[page 11](#)

**Traitements des stades IVA/T4 et IVB/M1**

[page 12](#)



**\* Facteurs de mauvais pronostics :**

- âge > 60 ans
- et/ou embolies lymphatiques

**Tumeur limitée au corps utérin  
Stades I/T1 (type I histologique)**

**Classification FIGO/  
TNM**  
[page 14](#)

**Préconisations**

- Cytologie péritonéale + biopsies systématiques sur zones suspectes,
- Curage pelvien iliaque externe et primitif sauf stade IA grades 1 et 2 (optionnel)
- Curage lomboaortique si stade IB grade 3.
- Hystérectomie totale extrafasciale + annexectomie bilatérale.

**Types histologiques**  
[page 5](#)

**Risque bas  
(stades IA/T1a grade 1 ou 2)**

**Risque intermédiaire  
(stades IA/T1a grade 3 ou IB/T1b grade 1 ou 2)**

**Risque élevé  
(stades IB/T1b grade 3 ou avec embolies lymphatiques)**

**Discussion en RCP**  
Curie HDR du fond vaginal si envahissement myométrial et ≥ 1 facteur de mauvais pronostic\*.

**Préconisation**  
Curie HDR du fond vaginal.

**Discussion en RCP**  
Reprise du curage lomboaortique si non réalisé initialement.

**Discussion en RCP**

- RTE pelvienne post opératoire si :
  - pas de curage pelvien
  - et/ou facteurs de mauvais pronostic\*
  - et/ou stade Ia grade 3

**Préconisations**

- RTE pelvienne postopératoire (45 - 50 Gy; 1,8 - 2 Gy/Fr),
- + Curie HDR du fond vaginal.

**Surveillance**  
[page 13](#)

**Types histologiques**  
[page 5](#)

**Classification FIGO/ TNM**  
[page 14](#)

**Traitements des stades I/T1 (type II histologique)**

**Carcinomes à cellules claires ou papillaires séreux**

**Carcino-sarcomes**

- Préconisations**
- Cytologie péritonéale + biopsies systématiques sur zones suspectes.
  - **Curage pelvien iliaque externe, primitif et lomboaortique.**
  - Hystérectomie totale extrafasciale + annexectomie bilatérale.
  - **Omentectomie infracolique.**

- Préconisations**
- Cytologie péritonéale + biopsies systématiques sur zones suspectes.
  - Curage pelvien iliaque externe et primitif.
  - Hystérectomie totale extrafasciale + annexectomie bilatérale.

Histologie / réévaluation du stade ?

**Stade I confirmé**

- Préconisations**
- RTE pelvienne post opératoire (45 - 50 Gy; 1,8 - 2 Gy/Fr)
  - Curie HDR du fond vaginal.
  - Possibilité pour les carcinomes séro-papillaires ou à cellules claires : chimiothérapie postopératoire.

**Traitements des stades II/T2**  
[page 9](#)  
**Traitements des stades III/T3 et IIIB/T3B**  
[page 10](#)  
**Traitements des stades IIIC**  
[page 11](#)  
**Traitements des stades IVA/T4 et IVB/M1**  
[page 12](#)

**Surveillance**  
[page 13](#)

**Classification FIGO/ TNM**  
[page 14](#)

**Types histologiques**  
[page 5](#)

**Traitements des stades II/T2\***

**Préconisations**

- Colpohystérectomie totale élargie avec salpingo-ovariectomie bilatérale (avec pour objectif d'obtenir des marges saines)
- Lymphadénectomie pelvienne,
- RTE pelvienne post opératoire avec Curie HDR du fond vaginal.
- Curage lomboaortique si grade 3 ou N+ pelvien.

**\*Stade II/T2** : tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus (tous types histologiques)

Type I histologique et carcinosarcomes ?

oui

non

**Discussion en RCP**

- Curage lomboaortique si :
- Non fait et N+ pelvien,
  - et/ou non fait et grade 3,
  - et/ ou emboles lymphatiques.

**Préconisations**

- Lymphadénectomie lomboaortique
- Omentectomie infracolique, cytologie et biopsies péritonéales.
- Chimiothérapie adjuvante en complément de la radiothérapie.

**Surveillance**  
[page 13](#)

- \* Protocoles de chimiothérapie possibles :**
- Cisplatine Doxorubicine Paclitaxel,
  - Carboplatine Paclitaxel chez patients de plus de 70 ans.

**Classification FIGO/  
TNM**  
[page 14](#)

**Traitements des stades IIIA/T3A et IIIB/T3B**

**Types histologiques**  
[page 5](#)

Stade de la maladie ?

**Stades IIIA/T3A**

**Préconisations**

- Cytologie péritonéale + biopsies systématiques sur zones suspectes.
- Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale,
- Lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique,
- Omentectomie infragastrique, cytologie péritonéale,
- Chimiothérapie adjuvante en cas d'atteinte annexielle ou type II histologique\*.
- RTE pelvienne,
- Curie HDR du fond vaginal.

**Stades IIIB/T3B**

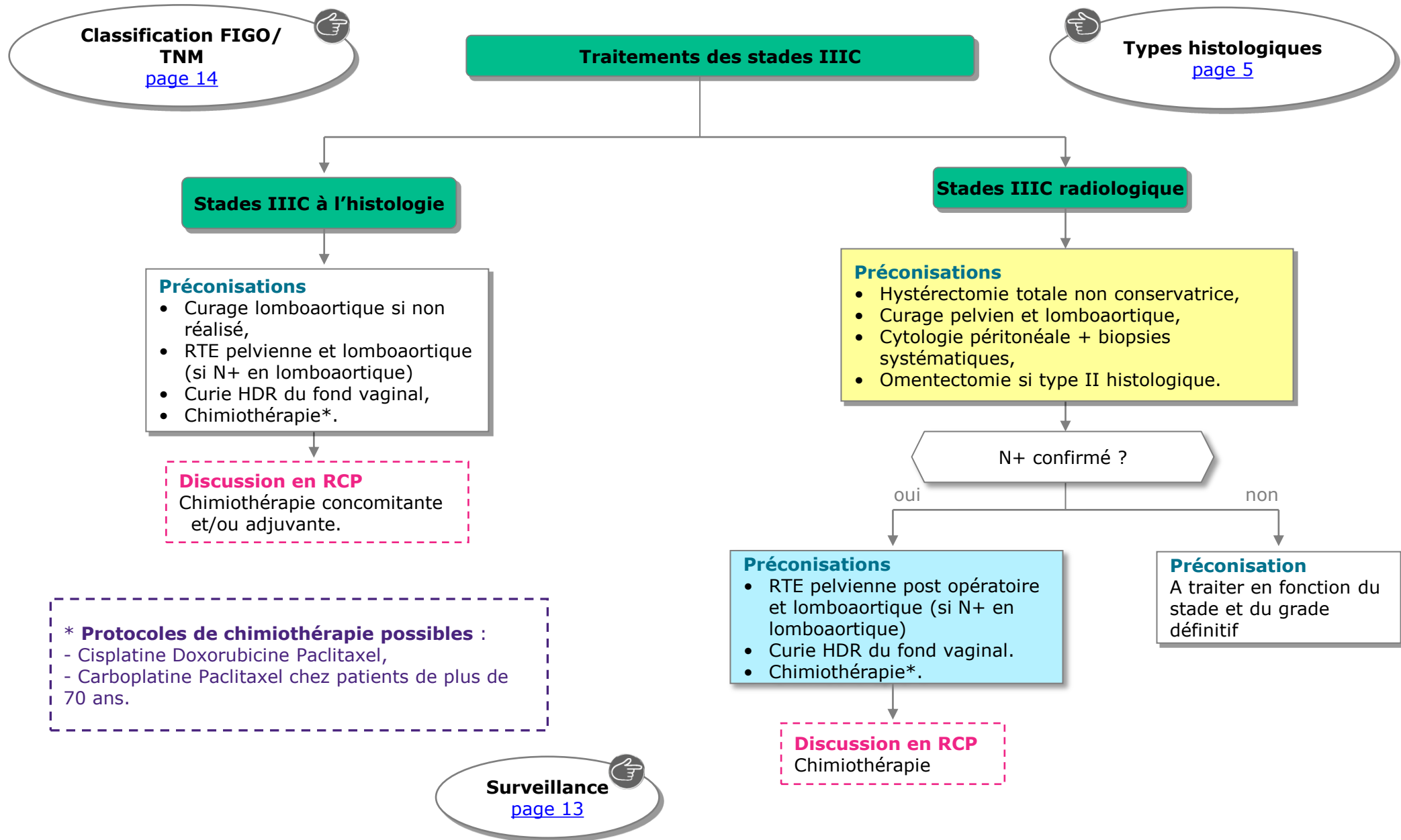
**Préconisations**

- Stadification ganglionnaire lomboaortique pré thérapeutique
- RTE pelvienne puis Curie HDR utérovaginale.
- Chimiothérapie concomitante\*.

**Discussion en RCP**  
Chirurgie de clôture.

**Surveillance**  
[page 13](#)

- \* **Protocoles de chimiothérapie possibles :**
- Cisplatine Doxorubicine Paclitaxel,
  - Carboplatine Paclitaxel chez patients de plus de 70 ans.



**Classification FIGO/  
TNM**  
[page 14](#)

**Traitements des stades IVA/T4 et IVB/M1**

Stade de la maladie ?

**Stades IVA/T4**

**Discussion en RCP**

- Chimiothérapie première\*,
- RTE pelvienne puis Curie HDR du fond vaginal,
- Exentération pelvienne à visée curative en cas d'échec de l'irradiation.

**Stades IVB/M1**

**Discussion en RCP**

- Chimiothérapie\*,
- **Si récepteurs hormonaux positifs :** hormonothérapie à base de progestatifs ou Antiaromatases ou Tamoxifène en cas de contre indications aux progestatifs.
- RTE palliative sur cible symptomatique.

**Surveillance**  
[page 13](#)

- \* **Protocoles de chimiothérapie possibles :**
- Cisplatine Doxorubicine Paclitaxel,
  - Carboplatine Paclitaxel chez patients de plus de 70 ans.

## Surveillance

| Examens   | Pendant les 5 premières années | Après les 5 premières années |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| Examen gynécologique avec exploration de la totalité du vagin, les touchers pelviens et la palpation des aires ganglionnaires | tous les 4 à 6 mois            | 1 fois par an                |
| Autres examens  | Si symptomatologie d'appel     |                              |

## Classification FIGO Anatomochirurgicale (2009)

| FIGO (2009) | TNM (2009)   | Description  | FIGO (1989)  |
|-------------|--------------|--|--------------|
| Stades I*   | T1           | Tumeur limitée au corps utérin   | Stades I     |
| <b>IA</b>   | <b>T1a</b>   | <b>Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre</b>                    | <b>IA-B</b>  |
| <b>IB</b>   | <b>T1b</b>   | <b>Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre</b>                 | <b>IC</b>    |
| 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   |
| <b>IIIA</b> | <b>T3a</b>   | <b>Séreuse et/ou annexes**</b>   | <b>IIIA</b>  |
| <b>IIIB</b> | <b>T3b</b>   | <b>Envahissement vaginal et/ou paramétrial**</b>   | <b>IIIB</b>  |
| <b>IIIC</b> | <b>N1</b>    | <b>Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**</b>   | <b>IIIC</b>  |
|             | <b>IIIC1</b> | <b>Ganglions pelviens</b>  |              |
|             | <b>IIIC2</b> | <b>Ganglions lomboaortiques +/- ganglions pelviens</b>   |              |
| Stades IV*  | T4 et/ ou M1 | Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance                   | Stades IV    |
| <b>IVA</b>  | <b>T4</b>    | <b>Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale</b>  | <b>IVA</b>   |
| <b>IVB</b>  | <b>M1</b>    | <b>Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux</b> | <b>IVB</b>   |

\* Grades : 1, 2, 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).

## Références bibliographiques

- **Alektiar KM** et al. Intravaginal high-dose-rate brachytherapy for Stage IB (FIGO Grade 1, 2) endometrial cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002 Jul 1;53(3):707-13.
- **ASTEC study group** et al. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *Lancet* 2009; 373 : 125-136,
- **Baekelandt MM** et al. Endometrial carcinoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2008 May;19 Suppl 2:ii19-20.
- **Bendetti Panici P** et al. Systematic pelvic lymphadenectomy versus no lymphadenectomy in early-stage endometrial carcinoma: randomized clinical trial. *J Natl Cancer Inst,* 2008; 100: 1707-1716.
- **Creutzberg CL** et al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. *Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma.* *Lancet.* 2000 Apr 22;355(9213):1404-11.
- **Decruze SB** et al. Hormone therapy in advanced and recurrent endometrial cancer: a systematic review. *Int J Gynecol Cancer.* 2007 Sep-Oct;17(5):964-78. Epub 2007 Apr 18.
- **Goudge C** et al. The impact of complete surgical staging on adjuvant treatment decisions in endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2004 May;93(2):536-9.
- **Keys HM** et al. A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 2004 Mar;92(3):744-51.
- **INCa.** Cancer de l'endomètre, Collection Recommandations et référentiels; novembre 2010.
- **Lambrou NC** et al. Optimal surgical cytoreduction in patients with Stage III and Stage IV endometrial carcinoma: a study of morbidity and survival. *Gynecol Oncol.* 2004 Jun;93(3):653-8.
- **Nout RA** et al. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk (PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomised trial. *Lancet.* 2010 Mar 6;375(9717):816-23.
- **Pecorelli S.** Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 May;105(2):103-4.
- **Société Française d'Oncologie Gynécologique.** Fiche tumeur: adénocarcinome de l'endomètre. Janvier 2010.
- **Sorbe B** et al. Intravaginal brachytherapy in FIGO stage I low-risk endometrial cancer: a controlled randomized study. *Int J Gynecol Cancer.* 2009 Jul;19(5):873-8.