



OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE DES CANCERS DE L'ENDOMETRE

Dr Delphine IVORRA

Assistant spécialiste – Pôle Gynécologie-Obstétrique-Reproduction

Service du Pr Boubli – Hôpital Nord

Le 07/01/12

EPIDEMIOLOGIE

OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

- 4^{ème} cancer féminin en Europe et aux Etats-Unis
- 80 % des CE à un stade précoce^[1;2]
Survie globale à 5 ans = 80 % [20 %;90 %]
- 2 types histologiques :
 - TYPE 1 = endométrioïdes caractérisés par un grade histopronostique (GHP)
 - TYPE 2 = non endométrioïdes,
- 2 types pronostiques
 - endométrioïdes de GHP 1 et 2,
 - endométrioïdes de GHP 3 et non endométrioïdes.

[1] Amant F, Moerman P, Neven P, et al. Endometrial cancer. Lancet 2005;366:491-505. [2] Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the corpus uteri. FIGO 6th annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J Gynaecol Obstet 2006;95(Suppl):S105-43

LA PROBLEMATIQUE : l'étendue du curage ganglionnaire

OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

- Lors du staging chirurgical, 2 attitudes s'opposent quant à la réalisation du curage lombo-aortique :
 1. Basée sur un bilan préopératoire et sur les recommandations de l'ESMO;
 2. En systématique pour toutes les patientes quels que soient leur état clinique et leurs co-morbidités.

Mais

80 % des patientes ont un CE limité au corps utérin [1;2;4]
et le curage lombo-aortique est pourvoyeur de morbidité [5;6].

[4] May K, Bryant A, Dickinson HO, Kehoe S, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev 2010;20(1):CD 007585.

[5] Abu-Rustum NR, Alektiar K, Iasonos A, Lev G, Sonoda Y, Aghajanian C, et al. The incidence of symptomatic lower-extremity lymphedema following treatment of uterine corpus malignancies: a 12-year experience at Memorial Sloan Kettering cancer center. Gynecol Oncol 2006;103:714-8.

[6] Sorosky JL. Endometrial cancer. Obstet Gynecol 2008;111:436-47.

NOUVELLE CLASSIFICATION TNM 2009 DU CANCER DE L'ENDOMETRE (CE)

[3] FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynecol Obstet 2009;105: 103-104.

STADE I*	Tumeur limitée au corps utérin
IA*	Invasion myométriale superficielle ou inférieure à 50 % du myomètre
IB*	Invasion myométriale d'au moins 50 % du myomètre
STADE II*	La tumeur envahit le stroma cervical, sans extension au-delà de l'utérus
STADE III*	Extension locale ou régionale de la tumeur
IIIA*	Atteinte de la séreuse utérine ou des annexes
IIIB*	Atteinte du vagin et/ou des paramètres
IIIC*	Métastases pelviennes et/ou lombo-aortiques
IIIC1*	Métastases pelviennes
IIIC2*	Métastases lombo-aortique
STADE IV*	Envahissement de la vessie et/ou de la muqueuse intestinale et/ou métastases à distance
IVA*	Envahissement de la vessie et/ou de la muqueuse intestinale
IVB*	Métastases à distance, intra abdominales et/ou inguinales

* Que le GHP soit 1, 2, ou 3

Principaux facteurs
pronostiques
des CE



- Type histologique
- Grade histopronostique (GHP)
- Profondeur de l'invasion myométriale
- Métastases pelviennes et/ou lomboaortiques



Prélèvement
endométrial



IRM
Abdominopelvienne

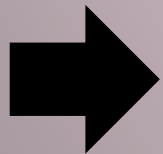
Classification des cancers de l'endomètre en 3 groupes pronostiques selon l'ESMO

D'après Annals of oncology 2008 ;19 :ii19 [7]

Groupe à BAS RISQUE	Groupe à RISQUE INTERMEDIAIRE	Groupe à HAUT RISQUE
Endométrioïde Stade IA Et GHP 1 ou 2	Endométrioïde Stade IA et GHP 3 et Stage IB et GHP 1 ou 2	Endométrioïde Dont le stade et/ou le GHP est supérieur au stade IB et GHP3 + Cancers non endométrioïdes



**Indication
d'un curage
lombo-aortique
d'emblée**



Sous-estimer un GHP 2 n'est pas péjoratif
Le pronostic et la prise en charge chirurgicale
sont identiques que le GHP soit 1 ou 2

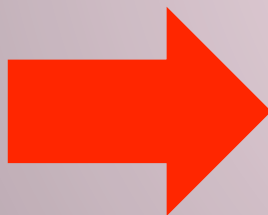
PRELEVEMENT ENDOMETRIAL :

Valeur prédictive en préopératoire

- La concordance entre les GHP pré- et postopératoires augmente avec le GHP :
GHP1 = 45 %; GHP2 = 63,3 % ; GHP3 = 75,6 %

[10] Mitchard J, Hirschowitz L. Concordance of FIGO grade of endometrial adenocarcinomas in biopsy and hysterectomy specimens. *Histopathology* 2003;42:372-8.

ETUDE	ANNEE	NOMBRE DE PATIENTES AVEC GHP 1	POURCENTAGE D'ERREUR	NOMBRE DE PATIENTES AVEC GHP3 FINAL
Eltabbakh	2005	182	30 %	12 (6,6 %)
Ben schachar	2005	181	19 %	9 (5 %)



- Études uniquement sur des GHP 1 préopératoires
- Ce qui compte c'est de ne pas sous-estimer un GHP3

[11] Eltabbakh GH, Shamonki J, Mount SL. Surgical stage, final grade, and survival of women with endometrial carcinoma whose preoperative endometrial biopsy shows well differentiated tumors. *Gynecol Oncol* 2005;99:309-12.

[12] Ben-Shachar I, Pavelka J, Cohn DE, Copeland LJ, Ramirez N, Manolitsas T and Fowler JM. Surgical staging for patients presenting with grade 1 endometrial carcinoma.

ACOG 2005;105:487-93.

PRELEVEMENT ENDOMETRIAL :

Valeur prédictive en préopératoire

	ANNEE	NOMBRE DE PATIENTES	POURCENTAGE DE SOUS-ESTIMATION	NOMBRES DE PATIENTES AVEC UN GHP3
Leitao	2009	482	14,7 %	5 (1 %)
Sanjuan	2006	127	10 %	



- Pas d'intérêt à distinguer les GHP 1 et les GHP2 car même pronostic et même prise en charge chirurgicale

Groupe à bas risque histologique (GHP1 + GHP2) vs groupe à haut risque histologique (GHP3)

→ Remise en question de la classification anatomopathologique de la FIGO 1988

[9] Leitao MM Jr, Kehoe S, Brakat RR, Alektiar K, Gattoc LP, Rabbitt C, Chi DS, Soslow RA, Abu-Rustum NR. Comparison of D&C and office endometrial biopsy accuracy in patients with FIGO grade 1 endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 2009;113:105-8.

[13] Sanjuan A, Cobo T, Pahisa J, Escaramis G, Ordi J, Ayusos JR, Garcia S, Hernandez S, Torne A, Martinez Roman S, Lejarcegui JA and Vanrell JA. Preoperative and intraoperative assessment of myometrial invasion and histologic grade in endometrial cancer: role of magnetic resonance imaging and frozen section. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:385-90.

INTERET DE L'IRM

- Rôles de l'IRM
 - Taille de la tumeur,
 - Profondeur de l'invasion myométriale (IM),
 - Extension cervicale,
 - Évaluation ganglionnaire pelvienne et lomboaortique,
 - Envahissement des organes de voisinage,
 - Localisations secondaires à distance.
- IRM de contraste est plus performante que l'échographie pelvienne, le scanner pelvien et que l'IRM standard [17-18]

[17] Frei KA, Kinkel K. Staging endometrial cancer: role of MRI. J Magn Reson Imaging 2001;13:850-5

[18] Barwick TD, Rockall AG, Barton DP, et al. Imaging of endometrial carcinoma. Clin Radiol 2006;61:545-55

IRM PELVIENNE :

Profondeur de l'invasion myométriale (IM) et extension cervicale

	SENSIBILITE	SPECIFICITE	CORRELATION	VALEUR PREDICTIVE POSITIVE	VALEUR PREDICTIVE NEGATIVE
IM = ou > 50 % du myomètre	71 %	86 %	58 %	77 %	83 %
Extension cervicale	41 %	97 %	46 %	71 %	89 %

Facteurs altérant l'évaluation de l'IM et de l'extension cervicale:

tumeur isointense au myomètre, tumeur polypoïde, amincissement ou irrégularité du myomètre, présence d'adénomyose ou de fibromes.

[19] Sanjuan A, Escaramis G, Ayuso JR, Roman SM, Torné A, Ordi J, Lejarcequi JA, Pahisa J. Role of MRI and cause of pitfalls in detecting myometrial invasion and cervical involvement in endometrial cancer. Arch Gynecol Obstet 2008;278(6):535-9

[20] Cabrita S, Rodrigues H, Abreu R, Martins M, Teixeira L, Marques C, Mota F, de Oliveira CF. MRI in the preoperative staging of endometrial carcinoma. Eur J Gynaecol Oncol 2008;29:135-7

IRM ABDOMINOPELVIENNE :

évaluation des chaînes ganglionnaires pelviennes et lomboaortiques

- Seuil de détection = taille ganglionnaire > 10 mm [20-21]
 - **Sensibilité** moyenne entre 17 % et 80 %
Car ne détecte pas les micrométastases
 - **Spécificité** excellente entre 92 % et 100 %
 - **Fiabilité** excellente entre 83 % et 93 %
- Si taille abaissée à 8 mm : amélioration de la sensibilité au détriment de la spécificité [22]
- Optimisation de la performance de l'IRM
 - l'utilisation de nouvelles techniques (IRM de perfusion, spectroscopie, BOLD-IRM),
 - et de nouveaux agents de contraste (ferumoxtran-10, spécifique des ganglions lymphatiques) [23].

EN CONCLUSION

BILAN PREOPERATOIRE DES CE

Hystérocopie + K30

- type histologique
- GHP

IRM abdomino-pelvienne

- profondeur de l'invasion myométriale
- extension cervicale
- chaînes ganglionnaires pelviennes et lomboaortiques

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES POUR LE CANCER DE L'ENDOMETRE INCa novembre 2010

	CURAGE PELVIEN	CURAGE LOMBOAORTIQUE
STADE I TYPE 1 HISTOLOGIQUE		
BAS RISQUE (IA et GHP1/2)	NON	NON
RISQUE INTERMEDIAIRE (IA et GHP3 ou IB et GHP1/2)	+/-	+/-
HAUT RISQUE (supérieur au IB et GHP3)	OUI	+/-
STADE SUPERIEUR AU II et/ou TYPE 2 HISTOLOGIQUE	OUI	OUI



OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

Je vous remercie de votre attention