

BILAN PRE THERAPEUTIQUE

Examens d'imagerie

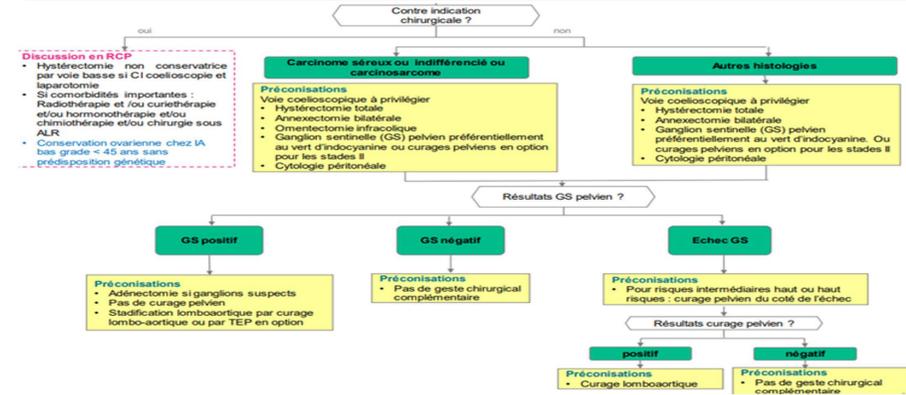
- IRM pelvienne et rétro-péritonéale pour stadification préchirurgicale selon FIGO.
- Scanner abdominopelvien associé à une échographie pelvienne en cas de contre indication à l'IRM.
- Scanner TAP ou TEP-FDG, si :
 - Type histologique non endométrioïde
 - Endométrioïde de haut grade
 - Adénopathie suspecte en IRM pelvienne
 - Suspicion de métastases

Examens biologiques

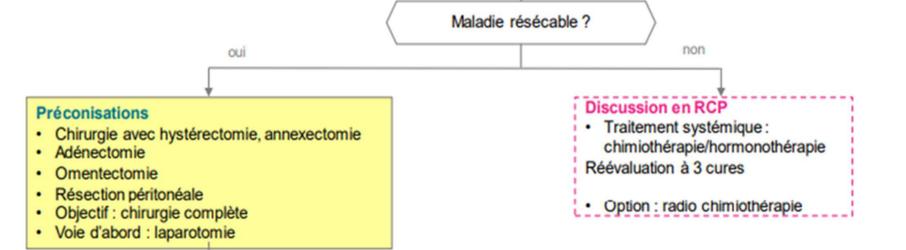
- Dosage du CA 125 conseillé en cas de suspicion d'extension régionale ou à distance

Evaluation oncogériatrique éventuelle pour les patients de plus de 75 ans.

TRAITEMENT DESCANCER DE L'ENDOMETRE STADE I et II



CANCER DE L'ENDOMETRE STADE III et IV



SURVEILLANCE

Examens	Pendant les 2-3 premières années	3 à 5 ans	Après les 5 premières années
Examen gynécologique avec exploration de la totalité du vagin, cicatrice du fond vaginal, les touchers pelviens et la palpation des aires ganglionnaires	<ul style="list-style-type: none"> Si bas risque : tous les 6-12 mois Autres : tous les 3 à 4 mois 	<ul style="list-style-type: none"> Stade I, II : 1 fois par an Stade III, IV : tous les 6 à 12 mois 	1 fois par an
Autres examens (TDM/TAP, IRM...)	Si symptomatologie clinique d'appel		
CA125	Options : Stade III-IV : TDM TAP aux 6 mois puis annuel		
	Option : TDM TAP / an		
	Rythme de surveillance parallèlement à la clinique		
	Prise en charge des facteurs de risques		
	Règles hygiéno-diététiques : arrêt du tabac, activités physiques, prise en charge surpoids		
	Prévention des effets secondaires des traitements		
	Sténose vaginale, sexologie, dépression...		

TAKE HOME MESSAGE

- Le cancer de l'endomètre est l'un des cancers les plus fréquents chez la femme.
- Le pronostic est meilleur dans le cas des tumeurs de type I, qui sont des adénocarcinomes endométrioïdes de grade 1 ou 2; ils sont diagnostiqués à un plus jeune âge.
- Recommander un prélèvement endométrial chez les femmes présentant des saignements utérins anormaux, en particulier celles de > 45 ans; l'évaluation échographique de l'épaisseur de l'endomètre est une alternative chez les femmes ménopausées à risque moyen.
- Classer le cancer de l'endomètre par stade chirurgicalement par laparotomie ou par chirurgie robotisée.
- Le traitement repose généralement sur l'hystérectomie totale, la salpingo-ovariectomie bilatérale et une lymphadénectomie, et parfois sur une radiothérapie et/ou une chimiothérapie.
- Envisager un traitement de préservation de la fertilité chez les patientes présentant un adénocarcinome endométrioïde de grade 1 ou une hyperplasie atypique complexe endométrial.
- Envisager un conseil génétique et des tests chez les patientes de < 50 ans et chez celles qui ont des antécédents familiaux importants de cancer ovarien, de l'endomètre et/ou colorectal (cancer colorectal héréditaire non polyposique [syndrome de Lynch]).

1- INTRODUCTION

4 eme cancer chez la femme. cest le cancer gynecologique le plus frequent dans les pays developpes

- son incidence en Algérie est de 2,3 nouveaux cas pour 100000 femmes/ en France elle est de 13,6 nouveaux cas pour 100000 femmes/an, ..cela s'expliquerait par des modes de vie différents.
- Ce cancer est en nette augmentation dans les pays industrialisés
- Typiquement un cancer de la femme âgée ménopausée entre 55 et 65ans avec un âge moyen de diagnostic de 68 ans:14% des cas en période pre menopausique et dans 05% des cas avant 40 ans
- C'est un bon cancer le plus fréquemment diagnostiqué à un stade précoce avec une survie globale de 76%.
- plus le diagnostic est precoce meilleur est le prognostic
- = La forme histologique la plus fréquente est le carcinome endométrioïde : c'est un cancer hormono dépendant.
- Le signe d'appel classique est la métrorragie post ménopausique et le diagnostic repose sur la biopsie
- Le dépistage du cancer de l'endomètre n'est pas recommandé

II / Étiologie du cancer de l'endomètre

- La plupart des cancers de l'endomètre sont causés par des mutations sporadiques
- Cependant, chez environ 5% des patientes, des mutations héréditaires sont à l'origine du cancer de l'endomètre et tend à se produire plus tôt et il est souvent diagnostiqué 10 à 20 ans plus tôt que le cancer sporadique.
- Environ la moitié des cas qui impliquent l'hérédité se produisent dans des familles ayant un syndrome de Lynch (cancer du côlon héréditaire non polyposique).

CLASSIFICATION FIGO 2018

Stade I	Tumeur limitée au corps utérin
A	Tumeur limitée à l'endomètre ou envahissant moins de la moitié du myomètre
B	Tumeur envahissant la moitié ou plus du myomètre
Stade II	Tumeur envahissant le stroma cervical sans dépasser les limites de l'utérus
Stade III	Extensions locales et/ou régionales selon les caractéristiques suivantes :
IIA	Envahissement tumoral de la séreuse du corps utérin ou des annexes (extension directe ou métastatique) ²
IIB	Envahissement vaginal ou des paramètres (extension directe ou métastatique) ²
IIC	Atteinte des ganglions lymphatiques pelviens ou para-aortiques ²
	IIIC1 Atteinte des ganglions lymphatiques pelviens
	IIIC2 Atteintes des ganglions lymphatiques para-aortiques avec ou sans atteinte des ganglions pelviens
Stade IV	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance
IVA	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale
IVB	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux, excluant les métastases vaginales, annexielles ou séreuses pelviennes

2- MATERIELS ET METHODES

- * De Janvier 2016 a Decembre 2018 ; 86 patientes ont été prises en charge pour un cancer de l'endomètre ; opérées dans le service de chirurgie oncologique A du CPMC.
- * Les patientes avaient un bilan préopératoire complet ainsi qu'un curetage biopsique et une IRM pelvienne.
- * L'examen anapathologique définitif a été réalisé au service anatomopathologie du CPMC
- * Le type histologique et les résultats post opératoires ont été analysés d'une façon rétrospective

3- Résultats

selon les classifications de la FIGO en préopératoire:
 62,7 % étaient classées stade I
 11,6% étaient classées stade II
 19,7% étaient classées stade III
 02% étaient classées stade IV.
 En post-opératoire la classification de la FIGO ne changeait pas trop par rapport au pré-opératoire:
 stade I 52%,
 stade II 10%,
 stade III 30%, stade IV 03%

La prise en charge chirurgicale comportait une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale parfois une lymphadéctomie pelvienne et/ou lombo-aortique étaient associées

4- Conclusion

- * Le cancer de l'endomètre est de plus en plus reconnu, très hétérogène comme plusieurs tumeurs biologiquement différents.
- * Pour les malades à un stade précoce, la pratique actuelle de la chirurgie suivie de curiethérapie
- * La chimiothérapie guidée principalement par des paramètres histologiques sont principalement des armes thérapeutiques pour les hauts risques de rechute

Type histologique des carcinomes endométriaux (OMS 2020)

Carcinomes	Type Histologique (OMS 2020)	Grade
Endométrioïdes	<ul style="list-style-type: none"> Endométrioïde Grades 1 et 2 Endométrioïde Grade 3 	BAS GRADE
Non endométrioïdes	<ul style="list-style-type: none"> Séreux A cellules claires Indifférencié/différencié Mixte (séreux ou CCC + autres qq soit le %age) Carcinosarcome Mésenchymateux-like Mucineux gastro-intestinal Épidermoïde Neuroendocrine : grandes cellules petites cellules Neuroendocrine et non-neuroendocrine 	HAUT GRADE

BILAN DIAGNOSTIC

Examen clinique

- Antécédents personnels et familiaux,
- Recherche du syndrome HNPCC* / Lynch :
 - patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans (peut être discuté 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);
 → Pré-criblage somatique** de la tumeur à demander :
 Si phénotype MSI, indication de consultation d'oncogénétique

- Recherche de comorbidités,
- Examen abdominopelvien et ganglionnaire.
- Échographie pelvienne endovaginale,
- Biopsie endométriale à la pipelle de CORNIER®.
- Si échec ou impossibilité d'utilisation de la pipelle de CORNIER® : hystérocopie (notant la dimension de la lésion et sa localisation par rapport à l'isthme) + biopsie endométriale sous contrôle hystérocopique

BIBLIOGRAPHIE

Concin N, et al. ESO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. Int J Gynecol Cancer. 2021 Jan;31(1):112-39

Chargat C, et al. Radiotherapy for endometrial cancer. Cancer Radiother. 2022 Feb-Apr;26(1-2):309-314

González-Martín A, Pothuri B, Vergote I, et al. Niraparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2019;381(25):2391. Epub 2019 Sep 28

Makridakis UA, Harter P, Gourley C, et al. Oligarib maintenance therapy in patients with platinum sensitive, relapsed serous ovarian cancer and a BRCA mutation: Overall survival adjusted for postprogression poq(Adenosine diphosphate ribose) polymerase inhibitor therapy. Cancer. 2019 Jun;121(12):3844-52. Epub 2019 Apr 8.

Moore K, Colombo N, Scambia G, et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2018;379(26):2485. Epub 2018 Oct 21.

Qiu AM, Cook AD, Pfisterer J, et al. Standard chemotherapy with or without bevacizumab for women with newly diagnosed ovarian cancer (ICON7): overall survival results of a phase 3 randomised trial. Lancet Oncol. 2015 Aug;16(8):938-36. Epub 2015 Jun 23.

Perren T, Swart AM, Pfisterer J, et al. A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer. N Engl J Med. 2011 Dec;365(26):2484-96.

Ray-Coquard I, Pautier P, Pignata S, et al. Olaparib plus Bevacizumab as First-Line Maintenance in Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2019;381(25):2416.

Recommendations FRANCOFN, CNCOF - Gynecol Obstet Fert Senol 2019: 47, 155-167 et J Gynecol Obstet and Human Reproduction 2019: 48: 369-378

Recommendations SF Paul 2019 - Bull Cancer 2022, 108: 533-538

Guidelines and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline | Clin Oncol 38:1222-1245.

Recommendations from the International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) Modern Pathology 2015:28, 1101-1122

