

Prise en charge du cancer des cancers Gynécologiques

Yazid Belkacémi, MD PHD

IAEA

الوكالة الدولية للطاقة الذرية

国际原子能机构

International Atomic Energy Agency

Agence internationale de l'énergie atomique

Международное агентство по атомной энергии

Organismo Internacional de Energía Atómica



AROME

Association de Radiothérapie et d'Oncologie de la Méditerranée

COL DE L'UTERUS

EPIDEMIOLOGIE

- **2° cancer de la femme** à l'échelle mondiale
 - 1° cause de mortalité pays en voie de développement
 - Dépistage par **FCV** → incidence pays industrialisés
- ↓
- Age moyen au diagnostic **55 ans**
 - **Carcinome épidermoïde 85%**
 - **HPV** agent étiologique majeur (16 et 18)

- Chirurgie large ...mais adaptée
 - bilan d'extension = Clinique + IRM
 - Possibilités offertes par les autres méthodes thérapeutiques=> décision multidisciplinaire
- Complications et séquelles possibles
=> information
- Récidives possibles
=> surveillance
plus de 5 ans (10% de récurrence après 5 ans)

- **Stade I : limité au col**
 - IA : micro-invasif (défini sur pièce de conisation ou d'hystérectomie) ; SOR microinvasif
 - IA1 : invasion ≤ 3 mm en profondeur et ≤ 7 mm en surface
 - IA2 : $3 <$ invasion ≤ 5 mm profondeur et ≤ 7 mm en surface
 - IB : invasif clinique (à partir de invasion > 5 mm profondeur ou > 7 mm en surface)
 - IB1 : diamètre col ≤ 4 cm dans son plus grand diamètre clinique (actuellement nous privilégions le diamètre maximal IRM de la tumeur) SOR IB1
 - IB2 : diamètre col > 4 cm dans son plus grand diamètre clinique SOR IB2
- **Stade II : extension vaginale ou paramétriale limitée**
 - IIA : atteinte vaginale isolée mais limitée aux 2/3 supérieurs: ≤ 4 cm (SOR); > 4 cm (SOR)
 - IIB : atteinte paramétriale mais sans fixation à la paroi pel.: proximale (SOR) ;distale
- **Stade III : extension vaginale ou paramétriale étendue**
 - IIIA : atteinte isolée 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 du rectum
 - IVB : métastases à distance

COL

✓ BILAN INITIAL

- **Biopsie**
 - Sous colposcopie si non évident cliniquement
 - En pleine lésion si cliniquement évident (en zone non nécrotique)
- **Imagerie** (en dehors de la mammographie si > 50 ans ou contexte)
 - **IRM abdomino-pelvienne** initiale et à 45 Gy si possiblement opérable après RTCT
 - Taille tumorale, Extension locale , Ganglionnaire (pelviens et paraaortiques)
 - Après conisation : IRM le plus tôt possible en fonction de l'histologie (micrinvasif ?/ in sano ?)
 - Echographie hépatique, radiographie de thorax (TDM si anomalie)
 - **Si disponible : TEP(-TDM) : T \geq 4 cm** : +/- ponction de toute anomalie ganglionnaire ou viscérale
- **Biologie** :
 - bilan préopératoire standard / fonction consultation pré anesthésique,
 - Stade \geq IB2 : SCC épidermoïde CA 125 adénocarcinome (en vue de surveillance)

- Moins de 2 cm = Chirurgie
 - lympho pelvienne extempo
 - » si + = RTCT après lympho aortique (niveau sup RT)
 - » si - = hystérectomie élargie

- >= 4 cm ou stade IIB III IV = Radiothérapie
 - RTCT après lympho aortique (niveau sup RT)
 - Pelvis inclus et extension du champ si N+ aortique
 - » NB: Chirurgie élargie proximale si réponse insuffisante à 45 gy de RTCT pelvienne (stade I, IIa)

Lésion invasive Lymphadénectomie : pourquoi ?

Stade	% N+ pelvien	% N+ paraaortique
IA1	< 1	0
IA2	4.8	< 1
IB1	16	2
IB2	25	20
II	25	11
III	45	30
IVA	55	40

- Entre 2-4 cm - stade I IIA Chirurgie Curiethérapie
 - lympho pelvienne extempo
 - » si + = RTCT après lympho aortique (niveau sup RT)
 - » si - = curiethérapie
puis hystérectomie élargie 6 semaines après

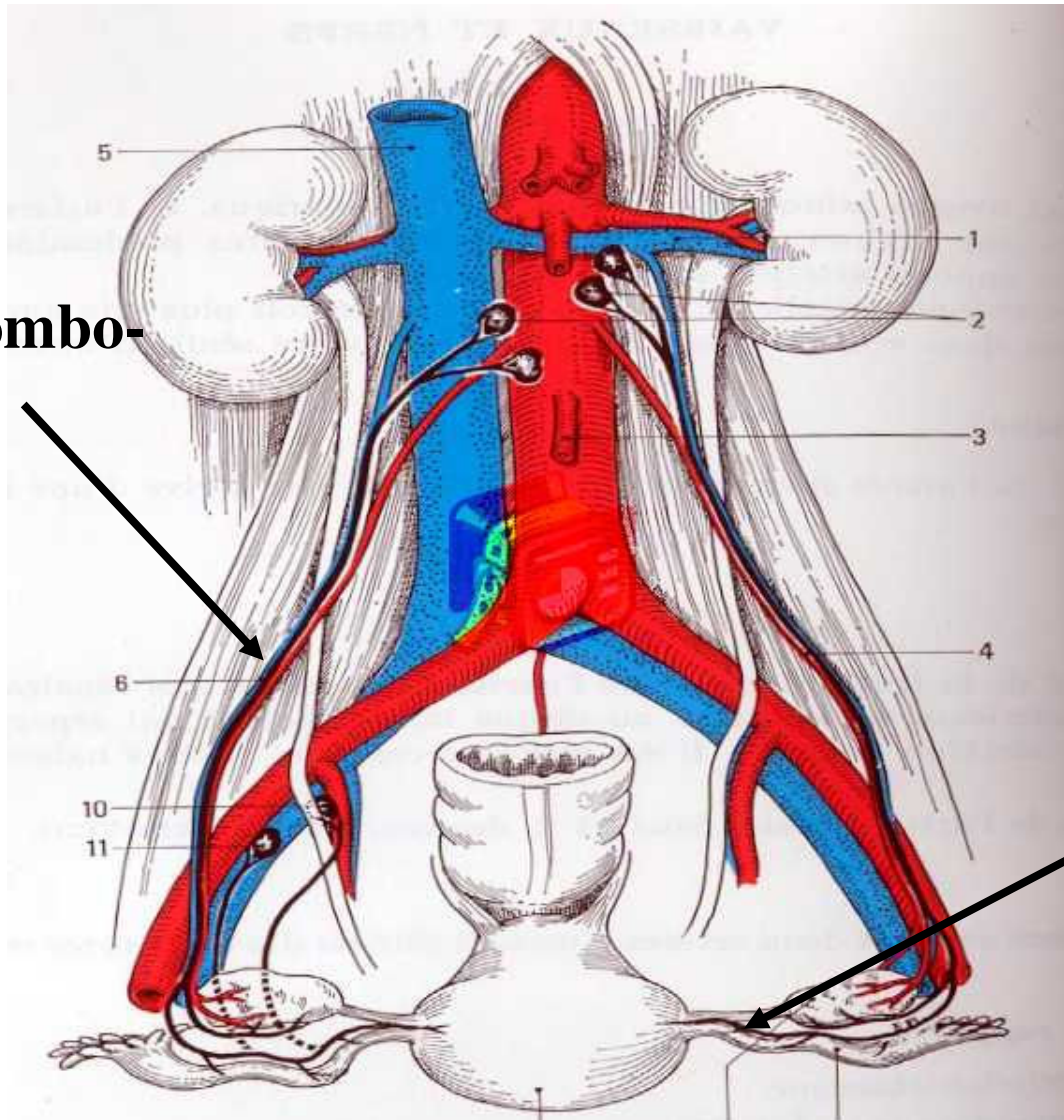
✓ Transposition ovarienne

- Déplacement de l'ovaire
- Conservation d'au moins un pédicule vasculaire

Anatomie

Vascularisation ovarienne

Pédicule lombo-ovarien



Pédicule utéro-ovarien

Transposition ovarienne

Cancer du col utérin

- Extériorisation sous cutanée ovarienne

Kovacev M. Am J Obstet Gynecol

1968;101:756

- Extériorisation extrapéritonéale

Bieler EU. Br J Radiol 1976;49:875

- Latéralement, psoas

McCall ML. Am J Obstet Gynecol

1958;75:590

- Gouttière pariéto-colique

Hodel K. Gynecol Oncol 1982;13:195



✓ Transposition ovarienne coelioscopique

Etude Prospective – COL

Leblanc E. Cancer Radiother 2000;4:113

- 1989 à 2002
- n=37
- Age moyen= 36 ans (11-41)
- Indications
 - Sarcome périnéal : 1
 - Hodgkin : 1
 - Cancer col : 35

Transposition ovarienne coelioscopique

Etude Prospective – COL

Leblanc E. Cancer Radiother 2000;4:113

- Durée op. : 10 - 15 min / côté.
- Morbidité =0
- Dose maximale/ovaire < 3 Gy (moy 2.2)



APPORT DE L'IMAGERIE DANS LA CURIETHERAPIE DU COL UTERIN

INDICATIONS DE CURIETHERAPIE

A PRESQUE TOUS LES STADES DE LA MALADIE:

- **Stades IA1, IA2** : **Ci** si chirurgie contre-indiquée
- **Stades IB, IIA, IIB prox, <4 cm** 3 options:
 - Chirurgie
 - RT et **Ci**
 - Ci** et chirurgie +++
- **Stades IB, IIA, IIB prox, >4cm** RCC (RT et **Ci**)
- **Stades IIB distal, III, IVA** RCC (RT et **Ci**)

IMAGERIE ET CURIETHERAPIE DU COL UTERIN

- **Avant la curiethérapie:** volume, extension, position anatomique
- **Pendant la curiethérapie:** dosimétrie
- **Après curiethérapie**

IRM et clinique:

- Taille tumorale
- Extension aux paramètres

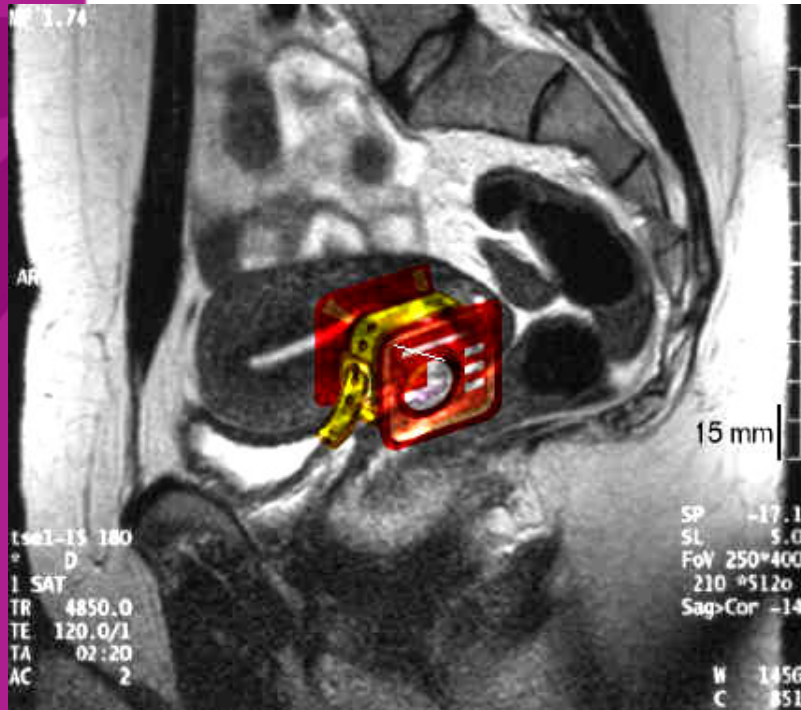
IRM:

- Extension locorégionale : uretères vessie rectum +++
- Extension ganglionnaire pelvienne et lombo-aortique+++

Réalisation technique:

- Vessie en semi-réplétion
- Séquences spin-écho **T2** dans un plan frontal, sagittal et axial
- **Séquences dynamiques avec gadolinium**
- Exploration de l'appareil urinaire et des aires ganglionnaires pelviennes et lombo-aortiques

Précision de IRM/taille tumorale: 90 à 95%

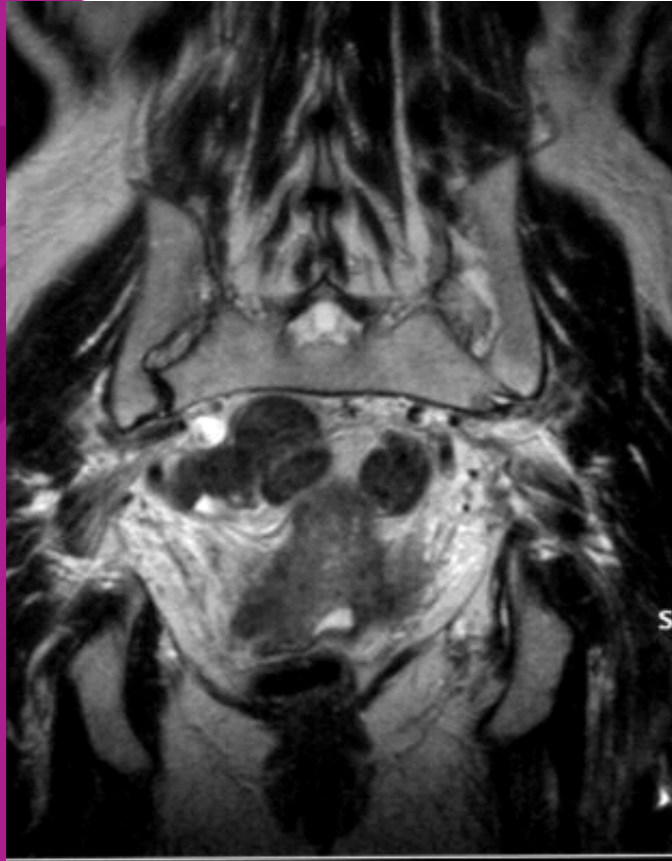


Seuil de détection: 5 mm

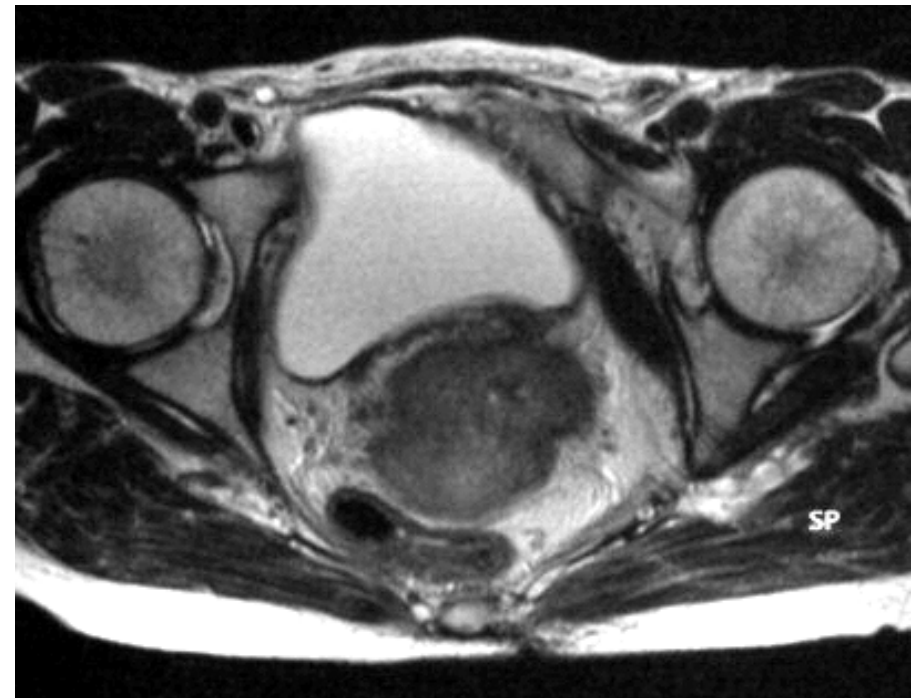


IRM ET PARAMETRES

Se 75 à 93% VPN 95 à 99%



Extension paramétriale
distale gauche



PENDANT LA CURIETHERAPIE

- Echographie pelvienne lors des applications pour éviter les perforations utérines
- TDM pelvienne si doute à l'échographie

Recommandations de l'ICRU n°38 (1985) spécification de dose

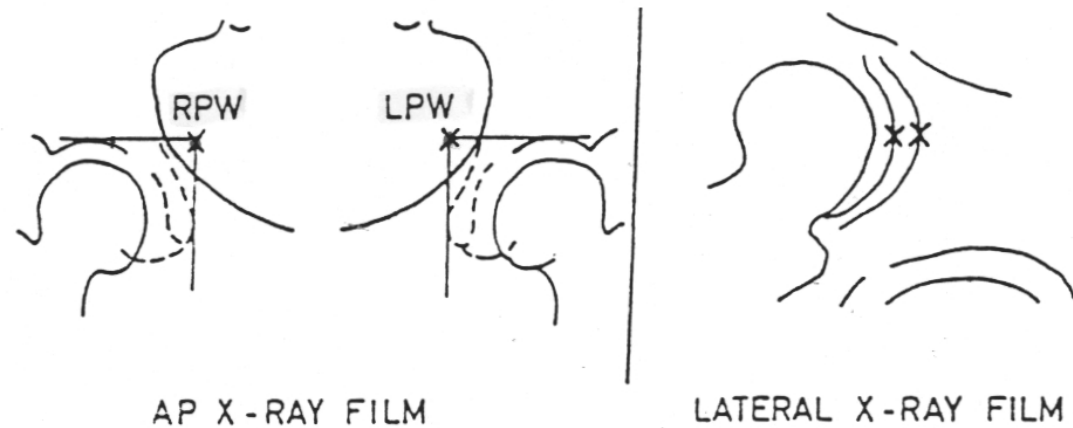
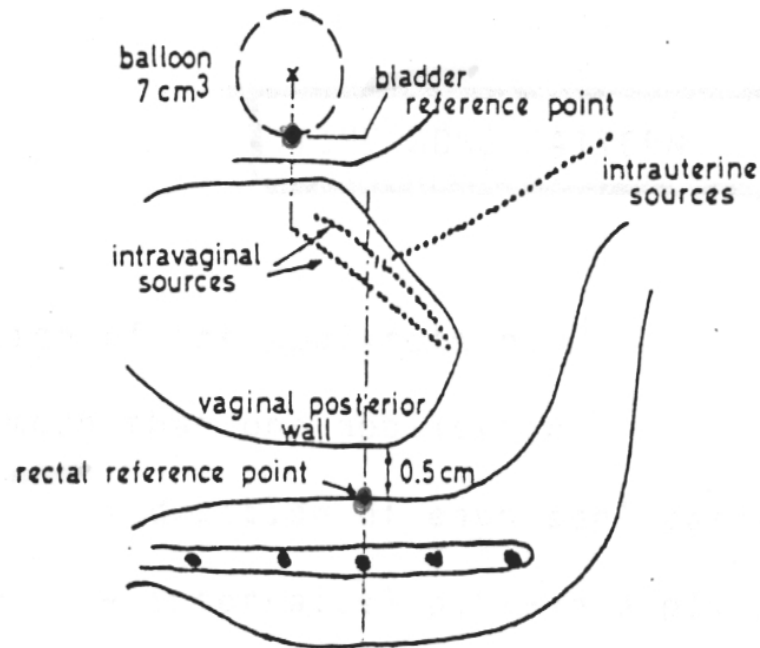
- Décrire la **technique**
- Calculer le **kerma total de référence dans l'air** exprimé en cGy/m²
- Rapporter les dimensions de **l'isodose de référence 60 Gy**, le **volume** en cm³
- **Doses aux organes critiques:** vessie, rectum, parois pelviennes, trapèze lymphatique de Fletcher
- **Débit de dose**

DOSIMETRIE EN 2D: ICRU 38

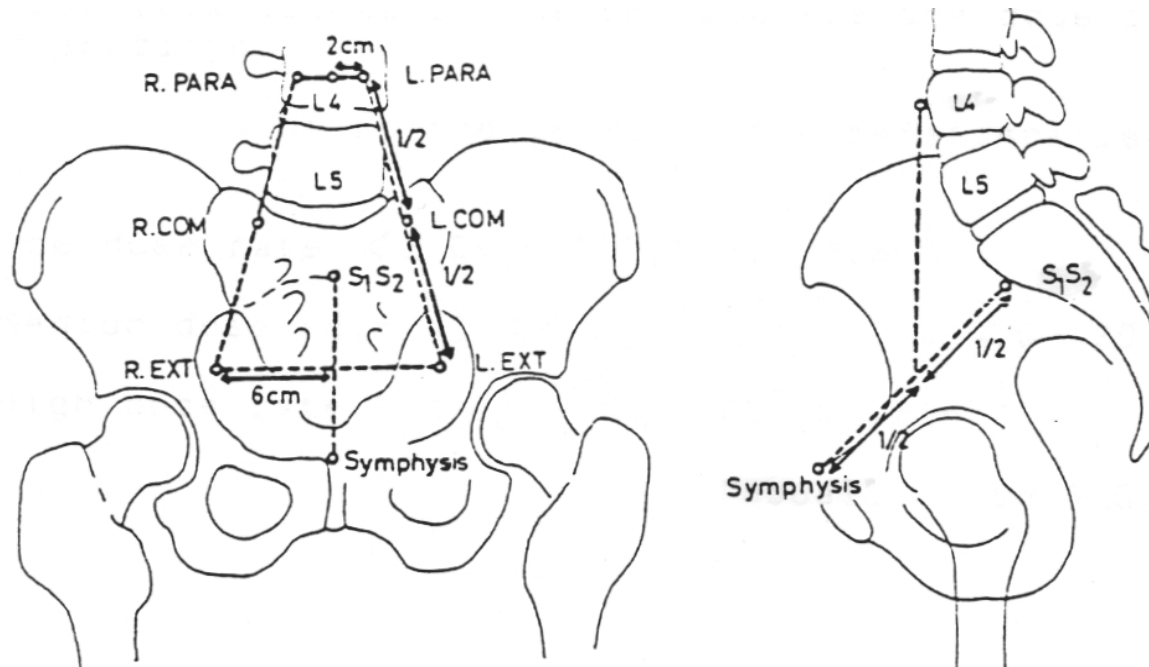
Réalisée sur clichés radiographiques face et profil
Rapportée selon règles du rapport de l'ICRU n°38:

- point vessie de référence
- point rectum de référence
- points du trapèze lymphatique de Fletcher
- points de paroi pelvienne de Chassagne

Définition de points de dose dits de référence



Determination of the right (RPW) and left (LPW) pelvic wall reference points.



- Evaluation de la qualité de l'application
- Limite: dose en certains points

- Basée sur l'**imagerie** la distribution de dose peut-être optimisée
- Optimisation peut-être facilitée par le **PDR**
- Préalables:
 - examen réalisé applicateur en place (compatible)
 - visualisation précise des sources dans le vecteur
 - protocoles

- Par rapport aux organes à risque avec la **TDM**
- Evaluation quantitative des doses au niveau vessie/rectum

par courbe **histogramme dose-volume**

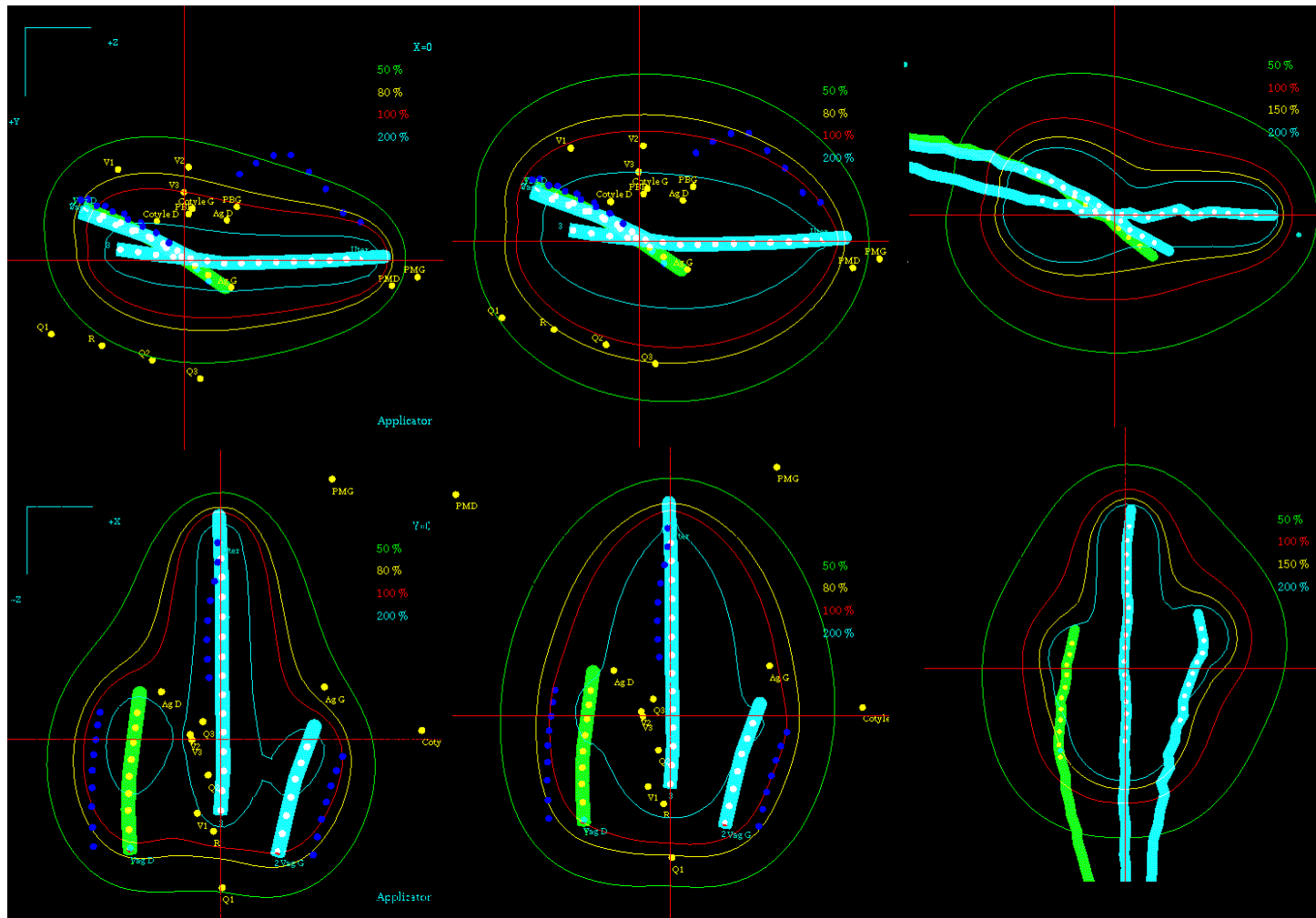
→ sous évaluation des doses par les points calculés sur les clichés orthogonaux

→ remise en cause

Equivalence
Césium

Optimisation
par les films

Optimisation
par la TDM



APRES LA CURIETHERAPIE

- Clinique
- TDM
- IRM (Spectroscopie)

CONCLUSION

- Intérêt de l'IRM pelvienne dans le bilan pré-thérapeutique
- Intérêt d'une optimisation de la curiethérapie:
 - par l'imagerie
 - par le PDR

Radiochimiothérapie concomitante des cancers du col

Evolution de la place de la RT/CT concomitante

- Conférence de consensus N.I.H 1996 :
 - Absence de bénéfice statistiquement significatif de l'association de l'hydroxyurée ou tout autre chimiothérapie dans le traitement standard
- Méta analyse Green 2001:
 - La radiochimiothérapie concomitante permet d'augmenter le contrôle local et la survie !!

RT/CT concomitante

- GOG 123 : Keys 1999
- GOG 120 : Rose 1999
- GOG 85 : Whitney 1999
- SWOG 8797 : Peters 2000
- Pearcey 20002
- RTOG 9001 : Eifel 2004

RT/CT concomitante GOG 123 : Keys 1999

- Stade IB > 4 cm
- Staging GG pelvien optionnel avec stratification si évaluation chir de l'envahissement ganglionnaire
- Exclusion si suspicion lympho ou scanner de N+ lombo AO
- Hystérectomie extra fasciale 3 à 6 semaines après curiethérapie

RT/CT concomitante GOG 123 : Keys 1999

- Protocole :
 - RTE pelvienne 45Gy
Curie 30Gy en 1 ou 2 temps au point A
 - Schéma identique
+ Cisplatine hebdo 40 mg/m² X 6

RT/CT concomitante GOG 123 : Keys 1999

- Inclusion 92 à 97 : 374 patientes dont 369 évaluable
- 90% \geq 4 cures cisplatine
- Durée totale médiane du traitement : 50j dans les 2 groupes

RT/CT concomitante GOG 123 : Keys 1999

	RT	RT / CT	
DFS	63%	79%	P< 0.001
Survie 3 ans	74%	83%	P< 0.008
G 3/4 Hémato /gastro	13%	35%	

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

- Stade IIB à IVA
- Evaluation GG lombo AO par lymphadenectomie extra péritonéale

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

- Protocole :
 - RT pelvis 40.8Gy/24f ou 51Gy/30f
 - Curie :
 - 40Gy stade IIB
 - 30Gy stade III ou IVA
 - Durée totale 10 semaines

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

- Chimiothérapie :
 - CDDP 40 mg/m² X 6
 - CDDP 50 mg/m² J1 J29
 - 5 FU 4g/m² en 96h J1 J29
 - Hydroxyurée 2g/m² bi hebdo X 6
- 3. Hydroxyurée 3g/m² bi hebdo X 6

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

- Inclusion 92 à 97 : 575 patientes dont 526 évaluable
- Durée médiane de suivi : 35 mois
- Répartition identique dans les 3 groupes

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

	1. RT + CDDP	2. RT + CDDP / 5FU / HU	3. RT + HU
DFS 2 ans	67%	64%	47%
SG 2 ans	66.5%	67%	49.7%

1 VS 3 $p = 0.04$
2 VS 3 $p = 0.02$

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

- Remarques :
 - Doses RT : diminution $\leq 15\%$
90% (1) vs 85% (2) vs 84% (3) NS
 - Dose intensité chimio
 - CDDP : 83% 5 cycles
 - CDDP/5FU : 80% et 30% HU 6 semaines
 - HU : 36% 6 semaines
- 3. Toxicité (hémato ++) significativement plus élevée dans le groupe CDDP/5FU/HU

RT/CT concomitante GOG 120 : Rose 1999

- Conclusions :
 - Supériorité des associations avec CDDP
 - Recommandation de l'utilisation du CDDP monothérapie compte tenu de l'absence de gain de l'association et de la toxicité plus importante

RT/CT concomitante GOG 85 : Whitney 1999

- Stade IIB , III , IVA
- Curage L.A + cytologie péritonéale
- Lymphadenectomie pelvienne optionnelle

RT/CT concomitante GOG 85 : Whitney 1999

- Protocole :
 - IIB :
 - RT pelvis 40.8Gy/24f
 - + Curie 40Gy pt A en 1 ou 2 temps
 - +/- boost parametre à 55Gy
 - III et IVA :
 - RT pelvis 51Gy/30f
 - + curie 30Gy pt A en 1 ou 2 temps
 - +/- boost parametre
- Durée \leq 10 semaines

RT/CT concomitante GOG 85 : Whitney 1999

- Protocole :
 - Groupe 1 :
 - CDDP 50mg/m² J1 J29
 - 5FU 1g/m² J2 à J5 et J30 à J33
 - Groupe 2 :
 - HU 80mg/kg bi hebdo pendant RT

RT/CT concomitante GOG 85 : Whitney 1999

- Inclusion 86 à 90 : 388 patientes dont 368 évaluable
- 62% IIB , 35% III , 3% IV
- Durée médiane traitement : 9.1 semaines
- Curie : 89%

RT/CT concomitante GOG 85 : Whitney 1999

	RT CDDP /5FU	RT HU	
SG 3 ans	67%	57%	P=0.018
DFS	59%	47%	P=0.033
Leucopénie G3/4	4%	24%	P<0.00001

RT/CT concomitante RTOG 90-01 : Eifel 2004

- Stade I, IIA > 5cm ou N+ pelvis, IIB à IVA
- Stratification par stade et L.A (lymphographie ou chirurgie)

RT/CT concomitante RTOG 90-01 : Eifel 2004

- Protocole
 - Groupe 1 :
 - RT pelvis 45Gy/25f + CDDP 75mg/m² J1
5FU 4g/m² J1 à J4 X 2
 - Curie 40Gy pt A en 1 ou 2 temps +
CT(3)
 - Groupe 2 :
 - RT pelvis + LA 45Gy/25f
 - Curie 40Gy pt A en 1 ou 2 temps

RT/CT concomitante

RTOG 90-01 : Eifel 2004

389 patientes évaluable, suivi médian 4.6 ans

8 ans	RT	RT + CT	
SG	41%	67%	P<0.001
DFS	36%	61%	P< 0.001
Rechute pelvis	35%	18%	P< 0.001
Rechute L.A	4%	7%	NS

RT/CT concomitante SWOG 8797 : Peters 1999

- Stade IA2, IB, IIA post op de mauvais pronostic
- Inclusion si :
 - N+ pelvien
 - Envahissement parametre
 - Exérese incomplete

RT/CT concomitante SWOG 8797 : Peters 1999

- Protocole :
 - RT pelvis : 49,3Gy/29f
 - +/-
 - CDDP 70mg/m² J1
 - 5FU 1g/m² J1 à J4
- J1= J21

✓ RT/CT concomitante
SWOG 8797 : Peters 1999

	RT CDDP/5FU	RT	
SG 4 ans	81%	71%	P=0.01
DFS 4 ans	80%	63%	P=0.007
G4 hémato	27/122	4/112	

RT/CT concomitante

- 6 essais avec CT concomitante à base de platine
- 1 seul en post-op avec facteurs de mauvais pronostic
- Absence d'envahissement GG L.A

RT/CT concomitante

- Supérieure à RT pelvis +/- L.A
- 30 à 50% d'amélioration de la survie avec CDDP
- Augmentation significative des complications
- CDDP monothérapie moins toxique qu'en association

RT/CT concomitante Wong 1999

- Stade I et IIA > 4cm, IIB, III
- Protocole :
 - RT pelvis 40Gy/16f + curie en 2 temps (85 à 90 Gy pt A)
 - Idem 1 + Epirubicine 60mg/m² J1 + 5 cycles adjuvants 90mg/m²
 - 220 patientes < 65 ans

RT/CT concomitante Wong 1999

	DFS 8ans	SG 8 ans
RT	70%	66%
RT + Epi	82%	80%
	P< 0.02	P< 0.04

RT/CT concomitante Pearcey 2002

- Stade I, IIA > 5cm , IIB à IVA
- N+ pelvis

RT/CT concomitante Pearcey 2002

- Protocole :
 - RT Pelvis 45Gy/25f
+ curie bas débit 35Gy point A
haut débit 24Gy/3f
 - Idem + CDDP 40mg/m² hebdo X 5

RT/CT concomitante Pearcey 2002

- Inclusion 91 à 96
- 259 patientes / 253 évaluable
- Médiane de suivi : 82 mois
 - DFS idem
 - Survie à 5 ans : 62%(CDDP) vs 58%
 - Durée médiane : 51j vs 62 et 64j pour
Whitney

RT/CT concomitante Thomas 1998

- Stade IB, IIA > 5cm
- Stade IIB à IVA
- Stratification en fonction de l'extension pelvienne
- 1987 à 1995, 234 patientes dont 221 évaluable

RT/CT concomitante Thomas 1998

- Protocole 4 bras :
 - RT pelvis 50Gy/25f
 - Idem 1 + 5FU 1g/m² 4 premiers et 4 derniers jours de la RT
 - RT pelvis 52.8Gy/33f avec hyperfractionnement partiel 2 X 1.6Gy 4 premiers et 4 derniers jours de la RT
 - Idem 3 + 5FU idem 2
 - + Curie 40Gy pt A dans les 4 bras

RT/CT concomitante Thomas 1998

	DFS 5 ans	Contrôle local pelvis
RT	45%	58%
RT + 5FU	<i>53%</i>	65%
RT hyper	58%	68%
RT hyper + 5FU	<i>61%</i>	69%
	NS	NS

RT/CT concomitante Méta analyse Green 2001

- 19 études randomisées incluant 4580 patientes
- 8 études avec chimiothérapie à base de platine

RT/CT concomitante

Méta analyse Green 2001

- Résultats (chimiothérapie avec ou sans platine) :
 - Augmentation de la survie globale de 12%
 - Amélioration de la survie sans progression de 16%
 - Amélioration du contrôle local et de la survie sans méta
 - Résultats meilleurs dans les stades I et II
 - Augmentation des complications G3/4 hémato et intestinales

RT/CT concomitante Méta analyse Lukka 2002

- 2141 patientes
- 8 essais avec chimiothérapie contenant du platine :
 - Augmentation du contrôle local et de la survie
 - Réduction du risque de décès de 11%

**Cancer du col de l'utérus de stade IB2 à IVA :
étude de phase II évaluant une nouvelle séquence
thérapeutique
associant une radiochimiothérapie suivie d'une
chimiothérapie adjuvante à base de Gemcitabine**

Etude n° GEMCOL-0401

Promoteur :

Centre Oscar Lambret (Lille)

Coordonnateur :

Dr Yazid BELKACEMI

Investigateur Principal :

Dr Bernard CASTELAIN

Co-Investigateurs :

Dr Annick CHEVALIER

Dr Edith LEGRAND

Dr Eric LEBLANC

Dr Fabrice

Dr Anne LESOIN

NARDUCCI

OBJECTIFS

Objectif principal :

- Evaluer la survie sans progression à 3 ans de l'association Gemcitabine-Cisplatine et radiothérapie conformationnelle tridimensionnelle (ARCC) suivie d'une chimiothérapie adjuvante

Objectifs secondaires :

- Evaluer le contrôle local et la toxicité après ARCC
- Evaluer la faisabilité de 2 cycles supplémentaires en situation adjuvante chez les patientes répondeuses après ARCC exclusive
- Evaluer la faisabilité de la chirurgie et les complications post-opératoires d'une ARCC comprenant la gemcitabine
- Evaluer le taux de rechute métastatique à 5 ans et la survie globale

**NOMBRE TOTAL DE PATIENTES A INCLURE
(ETUDE MONOCENTRIQUE)**

80 patientes sur 3 ans :

73 évaluable

CRITERES D'INCLUSION

- Femmes âgées ≥ 18 et < 70 ans
- Preuve histologique d'un cancer du col utérin de type épidermoïde ou ADK de stade IB ≥ 4 cm à IVA de la classification FIGO
- Staging : lymphadénectomie autorisée
- Lésions mesurables, évaluées cliniquement et par IRM (critères OMS)
- Indice OMS ≤ 2 ou Karnofsky ≥ 70
- Espérance de vie > 3 mois,
- GB $\geq 3.10^9/L$, PNN $\geq 1,5.10^9/L$, plaq $\geq 100.10^9/L$, hémoglobine ≥ 10 g/dL
- ASAT et ALAT < 2.5 fois la limite $>$ de la normale
- Créatininémie normale ou < 1.5 fois la limite $>$ de la normale **mais** avec une clairance calculée par la formule de Cockcroft-Graut > 60 mL/min
- Absence de chimiothérapie ou de radiothérapie antérieure
- Absence de contraintes géographiques risquant de compromettre la compliance et le suivi
- Absence de maladie psychiatrique connue
- Contraception en cas d'activité génitale
- Information de la patiente et signature du consentement éclairé

RT/CT concomitante En cours

- G.O.G 9912 : RT + CDDP / GEM
- G.O.G 9913 : RT + CDDP / Topotecan
- G.O.G 9918 : RT + CDDP / Cetuximab

RT/CT concomitante

- Augmentation significative du contrôle local et de la survie
- Importance de la durée de traitement
- Qualité de la radiothérapie et curiethérapie
- Augmentation des toxicités aiguës

RT/CT concomitantedemain ??

- Chimiothérapie optimale ?
- Quelle curiethérapie ?
- Complications à long terme ?
- Place de la chirurgie ?
- ...*Privilégier la mise en place d'études avec des thérapies ciblées*

Cancers de l'endomètre

✓ FIGO

- Stade I : [SOR stade I-IIA](#)
 - [IA](#) G 1,2,3 : non infiltrant, limité à l'endomètre
 - [IB](#) G 1,2,3 : infiltration < 1/2 épaisseur myomètre
 - [IC](#) G 1,2,3 : infiltration >= 1/2 épaisseur myomètre
- Stade II :
 - [IIA](#) G 1,2,3 : invasion microscopique glandes endocervicales : [SOR stade I-IIA](#)
 - [IIB](#) G 1,2,3 : Invasion stroma cervical : [SOR stade II](#)
- [Stade III](#) : [SOR stade III](#)
 - [IIIA](#) G 1,2,3 : atteinte séreuse, et/ou de l'annexe, et/ou cytologie péritonéale positive
 - [IIIB](#) G 1,2,3 : métastase(s) vaginale(s)
 - [IIIC](#) G 1,2,3 : métastase(s) ganglionnaire(s) pelvienne(s) ou paraaortique(s)
- Stade IV :
 - [IVA](#) G 1,2,3 : atteinte muqueuse (> oedème bulleux) de la vessie ou du rectum : [SOR stade IV](#)
 - [IVB](#) : métastase(s) abdominale(s) et/ou à distance et/ou N+ inguinal

✓ S.O.R. ENDOMETRE

Stades I et IIA

- Chirurgie
 - Standard : Hystérectomie extrafasciale avec annexectomie bilatérale
 - Option : lymphadénectomie pelvienne
- Radiothérapie
 - IA : standard : surveillance
 - Option curie vaginale si G3, ou extension à toute la cavité utérine
 - IB G1-2 : pas de standard
 - Option : curie vaginale ; surveillance
 - IB G3, IC : pas de standard
 - Option : radiothérapie externe +/- curie vaginale ; curie vaginale seule

✓ S.O.R. ENDOMETRE

Stade II clinique

- Chirurgie
 - Standard : colpo-hystérectomie élargie (Piver 2) + curage pelvien
 - Option: curage lombo-aortique
- Radiothérapie
 - Standard : radiothérapie externe + curiethérapie vaginale

✓ S.O.R. ENDOMETRE Stades III

- Chirurgie
 - Standard : colpo-hystérectomie avec annexectomie bilatérale + lymphadénectomie pelvienne
 - Options
 - Omentectomie si atteinte ovarienne // curage lombo-aortique
 - Chirurgie de réduction tumorale type ovaire
- Radiothérapie
 - IIIA : pas de standard
 - Options : radiothérapie externe pelvienne ou abdomino-pelvienne // chimiothérapie
 - IIIB : radiothérapie externe + curiethérapie si possible
 - IIIC : radiothérapie externe pelvienne ou étendue +/- curiethérapie vaginale

✓ S.O.R. ENDOMETRE

Stade IVA

- Chirurgie
 - Standard : exentération pelvienne antérieure ou postérieure + curages pelviens
 - curage lombo-aortique
- Radiothérapie : pas de standard
 - Options : radiothérapie pelvienne postopératoire +/- curiethérapie // essais thérapeutiques d'hormono ou de chimiothérapie

✓ S.O.R. ENDOMETRE

tout stade inopérable

- Stades I et II
 - Standard : radiothérapie externe puis curiethérapie
 - Options : curiethérapie exclusive pour les stades I // radiothérapie externe exclusive
- Stades III et IV
 - Options : radiothérapie externe
 - +/- curiethérapie +/- hormono ou chimiothérapie ou essai thérapeutique

TRT adjuvants des cancers de l'endomètre

- 905 patients
- IA gr 3 - IIA
- 29% CG

Résultats

- Pas de bénéfice en SSR et en SG
- Confirmation GOG 98 et PORTEC

J. Orton et al. ASCO 2007, abstract 5504

- 382 patients
- 50% stade IC
- Majorité pas de CG

Résultats

- SSR : 83% vs 74%
p = 0,01
- OS : 88% vs 78%
p = 0,02

T. Hogberg et al. ASCO 2007, abstract 5503

Cancers de la vulve

- Stade 0 : carcinome intraépithélial localisé ou diffus
- Stade I : confiné à la vulve ou au périnée ≤ 2 cm, N0
 - IA : invasion stromale ≤ 1.0 mm
 - IB : invasion stromale > 1.0 mm
- Stade II : confiné à la vulve ou au périnée > 2 cm, N0
- Stade III : atteinte urèthre inf., vagin, anus et/ou N1 (= inguinal unilat)
- Stade IV : atteinte organes pelviens, N2 (= ing. bilat.) ou métastases
 - IVA : atteinte urèthre supérieur (> 1 cm), muqueuse vésicale ou rectale, os pubien ou N2
 - IVB : métastases à distance (incluant N+ pelvien)

✓ BILAN INITIAL

- Dans tous les cas : biopsie de la (les) lésion(s)
 - Après anesthésie locale (pommade EMLA* / Injection intradermique de xylocaïne)
 - Par « punch biopsy* » ou bistouri froid en pleine lésion
 - Ponction ganglionnaire cytologique optionnelle (si N+ distant)
- Bilan d'opérabilité
- Imagerie si invasif (en dehors de la mammographie si > 50 ans ou contexte)
 - Radiographie de thorax
 - Scanner abdomino-pelvien **seulement si stade III-IV ou récidive**

Stade I unifocal

Vulve

post

(Résection ~2 cm en superficie
aponévrose périnéale superficielle
en profondeur)

Ganglions inguinaux
bilat.

0 TT

lésion latérale

(> 1 cm de la ligne médiane)

1/2 vulvectomy* latérale

+

curage superficiel** unilat.

+ extempo

N-

N+

0 TT

curage profond***

+ curage superficiel controlat

+ RTE

lésion médiane

1/2 vulvectomy* ant ou

+

curage superficiel**

+ extempo

N+

N-

curage profond***

+/- RTE

✓ Stade I multifocal et stade II

- Vulvectomy totale radicale + lymphadénectomie inguinale superficielle bilatérale
- Discuter dissection profonde si N+
 - Option cf. le ganglion sentinelle dans les stades II

✓ Stades III

- Vulvectomie élargie + curage inguinal complet bilatéral + RTE
- Option : radio-chimiothérapie concomitante (RT-CT) première puis discuter ultérieurement les modalités d'une chirurgie de deuxième intention

- Stade IVA
 - Examen sous AG multidisciplinaire
 - RT-CT et/ou exentération pelvienne partielle ou totale d'emblée en fonction de l'extension locale et de l'état de la patiente
 - exérèse incomplète : curiethérapie per ou post opératoire
- Stade IVB
 - En fonction des symptômes discuter : localement un geste de propreté ou une irradiation palliative et/ou au plan général une chimiothérapie

Cancers du vagin

✓ Classification FIGO

- Stade 0 : in situ
- Stade I : limité à la muqueuse vaginale
- Stade II : infiltration sous muqueuse dans le paramètre sans atteinte de la paroi pelvienne
- Stade III : atteinte de la paroi pelvienne
- Stade IV :
 - IVA : atteinte muqueuse (=/= oedème bulleux) vésicale ou rectale ou extension en dehors du pelvis
 - IVB : métastases à distance

- Exérèse locale ou laser, selon étendue
- Récidive
 - exérèse itérative si limitée
 - colpectomie totale si étendue

✓ Stade précoce (I à II proximal)

- 1/3 supérieur
 - Suivre protocole col utérin
- 2/3 inférieurs
 - RT exclusive
- Adénocarcinome à cellules claires
 - Lymphadénectomie pelvienne coelioscopique + transposition ovarienne + curiethérapie

Stade avancé (IIB à IV)

- RT exclusive
- St IV central, récurrence post RT : discuter exentération pelvienne

Merci



IAEA

الوكالة الدولية للطاقة الذرية

国际原子能机构

International Atomic Energy Agency

Agence internationale de l'énergie atomique

Международное агентство по атомной энергии

Organismo Internacional de Energía Atómica



AROME

Association de Radiothérapie et d'Oncologie de la Méditerranée

***Merci au Dr F. Narducci (Centre Oscar Lambret, Lille)
de nous avoir prêté certaines diapositives de cette présentation***