

Fiche tumeur gynécologique carcinome COL UTERIN

types histologiques épidermoïde et adénocarcinome

TNM	Col Utérin	FIGO
Tis	In situ	0
T1	Limitée à l'utérus	I
-T1a	Diagnostic seulement histologique	IA
-T1a1	Profondeur ≤ 3 mm, extension horizontale ≤ 7 mm	IA1
-T1a2	Profondeur $> 3-5$ mm, extension horizontale ≤ 7 mm	IA2
-T1b	Lésions cliniquement visibles plus grandes que T1a2	IB
-T1b1	≤ 4 cm	IB1
-T1b2	> 4 cm	IB2
-T2	Au delà de l'utérus sans extension aux parois pelviennes ni au tiers inférieur du vagin	II
-T2a	Paramètre respecté	IIA
-T2b	Paramètre envahi	IIB
-T3	1/3 inférieur du vagin/parois pelviennes/hydronéphrose	III
-T3a	1/3 inférieur vagin	IIIA
-T3b	Parois pelviennes ou hydronéphrose	IIIB
T4	Muqueuse de la vessie ou d'urectum/au delà du petit bassin	IVA
N1	Ganglions régionaux	-
M1	Métastases à distance	IVB

Bilan d'extension

Bilan extension

- ↪ Examen clinique (options : sous anesthésie générale, cystoscopie, rectoscopie)
- ↪ IRM pelvienne
 - Taille tumorale (plus grandes dimensions), extension utérine, atteinte extra-utérine
 - Adénopathies pelviennes, iliaques communes, aortiques
 - Recherche d'une dilatation urétéro pyélique
- ↪ Exploration abdominale : IRM ou tomodensitométrie
- ↪ TEP TDM (option recommandée) ≥ stade IB1
- ↪ Evaluation radiologique thoracique ≥ stade IB1
- ↪ Dosage du SCC pour les cancers épidermoïdes

Formes infra-cliniques

- ↪ Une conisation peut être recommandée pour la caractérisation histologique dont les mensurations de la lésion et la recherche d'embolies lymphatiques péritumorales

Prise en charge thérapeutique

Stade IA1

Le diagnostic nécessite une conisation

- ↪ Présence d'embolies : voir stade IA2
- ↪ Absence d'embolie
 - Exérèse en tissus sains
 - ↪ Surveillance
 - Exérèse en limite non saine :
 - ↪ Seconde conisation ; option : hystérectomie totale simple

Stades IA2-IB1 N(-) à l'imagerie

Option : lymphadénectomie pelvienne coelioscopique première

- ↪ Si pN(-) : options :

- colpohystérectomie élargie aux paracervix proximaux (indication préférentielle : stade IA2)
- curiethérapie utérovaginale suivie d'hystérectomie extrafasciale ou élargie proximale (indication préférentielle pour les tumeurs de plus de 2 cm ou de moins de 2 cm avec embolies péricervicales)

↩ **Si pN(+)** :

- Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utérovaginale ;
- Etendue des champs d'irradiation en fonction d'une éventuelle atteinte iliaque commune et / ou aortique infrarénale;
- Hystérectomie complémentaire en cas de tumeur résiduelle après l'irradiation

Option : curiethérapie utéro-vaginale première suivie d'une colpo-hystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne

↩ **Si pN(-)** : pas de traitement complémentaire

↩ **Si pN(+)** :

- Radiochimiothérapie concomitante;
- Etendue des champs d'irradiation en fonction d'une éventuelle atteinte iliaque commune et / ou aortique infrarénale;

Option : Irradiation exclusive par irradiation externe et curiethérapie

Option : Traitement chirurgical conservateur de l'utérus et des ovaires possible pour les stades précoces :

Patientes jeunes sous conditions :

- Conisation pré-thérapeutique
- âge compatible avec une grossesse et,
- désir de grossesse et,
- plus grande taille tumorale inférieure à 2cm et,
- absence d'embolie et,
- pN (-) pelvien et,
- marge endocervicale ≥ 8 mm.

Option : Traitement chirurgical conservateur des ovaires

- Cancer épidermoïde de plus grande taille tumorale inférieure à 2cm
 - et pN(-) pelvien
 - et âge moins de 40 ans.
- Transposition ovarienne possible pour l'option « curiethérapie première »

Stades IA2-IB1 N(+) à l'imagerie

- L'atteinte ganglionnaire doit être prouvée par cytologie ou histologie
- Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie
- L'étendue des champs d'irradiation en fonction de la localisation des adénopathies

Une exérèse chirurgicale complémentaire peut être discutée en cas de reliquat tumoral utérin ou ganglionnaire.

Stades IB2, IIA-IIB, III, IVA

Le traitement de référence est la radiochimiothérapie concomitante

- Radiochimiothérapie concomitante pelvienne et curiethérapie utérovaginale. L'irradiation est étendue à la région aortique en cas d'adénopathies aortiques ou iliaques communes à l'imagerie, la TEP ou à la lymphadénectomie.
- **Option** : lymphadénectomie iliaque commune et aortique endoscopique première sauf en cas d'adénopathies caractérisées à l'imagerie
- **Option** : chirurgie complémentaire (colpo-hystérectomie éventuellement élargie et lymphadénectomie pelvienne et aortique ou exentération) en cas de reliquat tumoral opérable et sans extension extrapelvienne (TEP TDM post-thérapeutique récent)

Stade IVB ou carcinose péritonéale

Chimiothérapie et/ou radiothérapie

Récidive

En cas de récidive locorégionale résécable en tissus sains

↪ discuter une exentération pelvienne si le TEP TDM récent ne montre pas de lésions à distance

En cas de carcinose péritonéale ou de récidive extra-pelvienne ou de récidive locorégionale latérale fixée

↪ discuter une chimiothérapie et éventuellement une radiothérapie

Surveillance

Les récurrences surviennent le plus souvent dans les 2 ans mais 10% surviennent après 5 ans.

- ↩ Examen clinique seul sans frottis en cas d'hystérectomie.
- ↩ Examens complémentaires uniquement en cas de symptôme.
- ↩ La réalisation systématique d'examens radiologiques n'est pas standard.
- ↩ Option : dosage du SCC en cas d'élévation initiale (uniquement pour les cancers épidermoïdes)

En cas de trachélectomie :

- ↩ Frottis au minimum annuel
- ↩ Option : IRM

Rythme : tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis annuel