



LE SUIVI DES PATIENTES APRÈS UN CANCER DE L'ENDOMÈTRE

ONCOMEL
04 juillet 2017

Dr Jean-Yves Charvolin

Classification histologique des cancers de l'endomètre

- Type 1 Cancers endométrioïdes
 - Grade 1 <5 % de contingent indifférencié
 - Grade 2 6-50% de contingent indifférencié
 - Grade 3 >50 % de contingent indifférencié

- Type 2 Cancers à Cellules Claires
 Cancers papillaires ou séreux
 Carcinosarcomes

CA 125 HE4

FIGO 2009

FIGO (2009) ⁴⁴	TNM (2009) ⁴⁵	DESCRIPTION	FIGO (1989)
Stades I*	T1	Tumeur limitée au corps utérin	Stades I
IA	T1a	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	IA-B
IB	T1b	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	IC
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
IIIA	T3a	Séreuse et/ou annexes**	IIIA
IIIB	T3b	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	IIIB
IIIC	N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	IIIC
IIIC1		Ganglions pelviens	
IIIC2		Ganglions lomboaortiques +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	T4 et/ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	Stades IV
IVA	T4	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	IVA
IVB	M1	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	IVB

Classification pronostique des stades 1

70-75 %

RISQUE BAS

HTAB

Stades IA/T1a, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)

récidive < 4 %

RISQUE INTERMÉDIAIRE

HTAB + Curie +/- GGL

Stade IA/T1a, grade 3 (type 1 histologique)

Stade IB/T1b, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)

RISQUE ÉLEVÉ

Stade IB/T1b, grade 3

HTAB + GGL + RT +/- Curie

(type 1 histologique)

Stade IA-B/T1 (type 2 histologique) HTAB + péritoine+ GGL + RT +/- Curie
+/- Chimio

Stade I/T1 présentant des embolies lymphatiques

récidive 21-24 %

Stade II, III, IV

- 
- Survie:
 - stade I/ 81-91%;
 - Stade II/71-78%;
 - Stade III: 30-60%;
 - Stade IV 14-20%

- Méta analyse 66 études 1980-2005
- Taux de récurrence globale 13 %
- 70 % récurrences symptomatiques
- 68 – 100 % surviennent dans les 3 premières années
- 5- 33 % examen clinique
- 0-4 % FCV
- 0-14 % Radio thorax
- 4_13 % échographie abdo
- 5-21 % TDM abdo pelvien
- 15 % CA 125 type 2
- Pas de différence de survie entre les patientes symptomatiques et non symptomatiques

- 16 études de procédures de suivi
- 52 % récurrences symptomatiques (41-100 %)
- 68 % dans les 3 ans
- De 12 à 15 RV sur 5 ans
- FCV RP aucun intérêt
- Pas de bénéfice sur la survie des patientes asymptomatiques

Shumsky AG Gynecol Oncol 1994

Caractéristiques des récurrences

- Stades 1 et 2
 - 62 % de récurrences vaginales ou pelviennes après chir seule
 - 34 % après chir + irradiation
- Survie 5 et 10 ans par site de récurrence
 - Vagin 68 % - 68 %
 - Latéro pelvien : 29 % - 18 %
 - À distance : 8 %
- Survie selon le délai
 - > 2 ans 46 %
 - < 2 ans 17 % - 11 %
- La survie après récurrence au stade 1 ne dépend pas du grade ni de la profondeur d'infiltration

Gadducci A. 2000

Recommandation de suivi :

INCA ESMO

- 70 % de cancers de stade 1 :
taux moyen de rec 13 %
- 50-70 % de récurrences symptomatiques
- 30-70 % de récurrences vaginale ou pelviennes
- Bénéfice de la découverte précoce ?

- Examen clinique : Spec TV TR GGL OMI
- / 3 mois → 1 ans
- /4 mois → 3ans
- /6 mois → 5 ans
- /an →

Minimalist (ARM1) low risk

PROCEDURES	Months since randomization														
	0	4	6	8	12	16	18	20	24	30	36	42	48	54	60
Visit*	X		X		X		X		X	X	X	X	X	X	X
QoL Questionnaire **	X		X		X				X		X		X		X

Intensive (ARM 2) low risk

PROCEDURES	Months since randomization														
	0	4	6	8	12	16	18	20	24	30	36	42	48	54	60
Visit*	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Pap Smear					X				X		X		X		X
CT chest, abdomen, pelvis					X				X						
QoL Questionnaire **	X	X			X				X		X		X		X

Etude TOTEM

multicentrique européenne

Comparaison d'un suivi
minimaliste vs suivi intensif
2180 patientes

Coût, tolérance, efficacité, survie ?

Minimalist (ARM 1) high risk

PROCEDURES	Mesi dalla randomizzazione														
	0	4	6	8	12	16	18	20	24	30	36	42	48	54	60
Visit*	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
CT chest, abdomen, pelvis					X				X						
QoL Questionnaire **	X	X			X				X		X		X		X

Intensive (ARM 2) high risk

PROCEDURES	Mesi dalla randomizzazione														
	0	4	6	8	12	16	20	24	28	32	36	42	48	54	60
Visit*	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ca125		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Abdomen & TV US		X		X		X	X		X	X		X		X	
Pap Smear					X				X			X		X	
CT chest, abdomen, pelvis					X				X			X		X	
QoL Questionnaire **	X	X			X				X			X		X	

TEP Scan / CT ?

High Diagnostic Value of ^{18}F -FDG PET/CT in Endometrial Cancer:
Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature

Bollineni VR et al

JNM March 2017

- 62 articles 21 retenus dont 8 détection des récidives
- Sensibilité 95 % Specificité 91 %

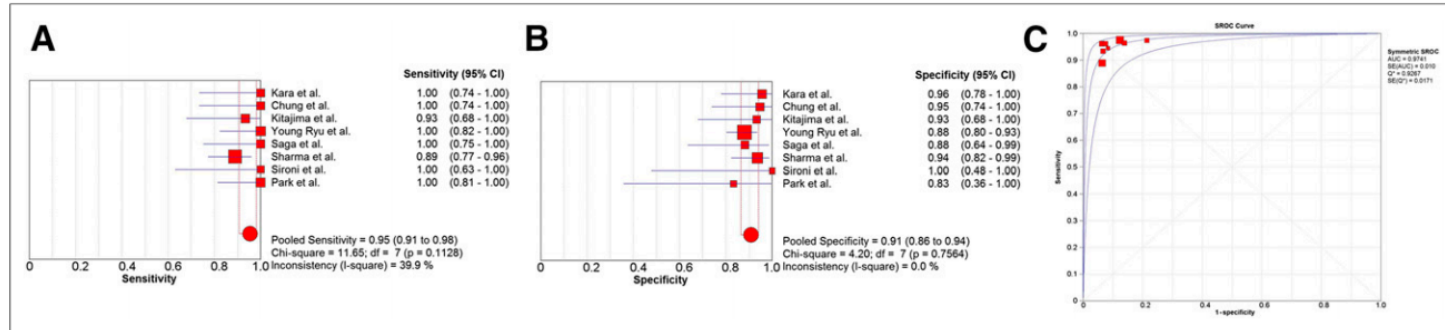


FIGURE 4. ECR: forest plot of sensitivity pooling (A); forest plot of specificity pooling (B); SROC curve (C). Individual study estimates of sensitivity and specificity of ^{18}F -FDG PET/CT for identifying disease recurrence in endometrial cancer. In detection of ECR, ^{18}F -FDG PET/CT has high sensitivity of 0.95, high specificity of 0.91, and AUC of 0.97, demonstrating excellent diagnostic performance.

Biais de publication

Pas de vérification histologique systématique

Syndrome de lynch

âge moyen 48 ans Risque cumulé à 70 ans 40-60 %

- Recherche systématique :
 - Cancer endomètre < 50 ans (ou 60 ans)
 - A tout âge, si un apparenté au 1^{er} degré à fait un cancer colo-rectal
ou un cancer rattaché à HNPCC (Hereditary non polyposis colorectal cancer) :
Endomètre, Grêle, Ovaire, Urothélium, V Biliaire, Estomac

Recherche d'une instabilité microsatellitaire sur la pièce op.

Conseil génétique : mutation MSH2, MLH1,MSH 6

Coloscopie / 2ans, Gastroskopie, avis Uro

Suivi des séquelles thérapeutiques

- Séquelles radiques vessie rectum
- Séquelles de Curiethérapie : perte d'élasticité vaginale
 - Reprise d activité sexuelle
 - Bougies

Suivi général

- Sport
- Amaigrissement
- HTA Diabète

THS après cancer de l'endomètre ?

- INCA 2010 : Pas de CI ?!

1 seul essai randomisé dont le bras THS sera arrêté en 2002
au décours de la publication de l'étude WHI par défaut de compliance des patientes

Barakat R.R., Bundy B.N., Spirtos N.M., Bell J., Mannel R.S. Randomized double-blind trial of estrogen replacement therapy versus placebo in stage I or II endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group Study J Clin Oncol 2006 ; 24 : 587-592

Shim SH, Lee SJ, Kim SN. Effects of hormone replacement therapy on the rate of recurrence in endometrial cancer survivors: a meta-analysis. European Journal of Cancer 2014; 50(9): 1628-1637.

P This 2011 Gynecol Obstet Vol 39 n°12 « Une opportunité à encadrer »

Concept de stimulation d'une cell micro métastatique

jamais démontré

Age moyen 68 ans état général

Décision de RCP

Type II Lynch âge moyen 48 ans

E2 exclusif



En conclusion :

- Examen clinique complet
- Études prospectives
TEPscan /CT
Type II

Merci