ONCO
HAUTS-DE-FRANCE
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

Référentiel Régional de RCP (RR-RCP)

PRISE EN CHARGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES

Version Juin 2016

Référentiel issu des travaux des professionnels de l'ex NPDC

CANCERS GYNECOLOGIQUES

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les professionnels de santé d'avoir contribué au travail de ce référentiel régional et l'équipe du réseau pour la mise en page de ce référentiel

- ✓ **Date du 1er référentiel adopté :** Décembre 2006
- ✓ **Dates d'actualisations :** Novembre 2010 - Juin 2015 – **Juin 2016**
- ✓ **Date de publication : Juin 2016**

Réseau Régional de Cancérologie Onco Hauts de France
1A rue Jean Walter – 59000 LILLE
Tel : 03 20 13 72 10 info@onco-hdf.fr - Site Internet : www.onco-hdf.fr

SOMMAIRE

I. PRINCIPES GENERAUX 7
II. CONTRIBUTEURS 8
III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE 9
IV. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE 11
V. CHARTE GRAPHIQUE 12
VI. ABRÉVIATIONS UTILISÉES 13
VII. CANCERS DE VULVE 14
a) Bilan initial 14
b) Classification FIGO 2014 clinique et histologique 14
c) Principes thérapeutiques 15
d) Surveillance post-thérapeutique 22
e) Récidive cancer vulvaire 23
VIII. CANCERS DU VAGIN 24
a) Bilan initial 24
b) Classification clinique FIGO 24
c) Principes thérapeutiques 25
IX. CANCERS DU COL UTÉRIN 27
a) Bilan initial 27
b) Classification clinique FIGO 27
c) Principes thérapeutiques 29
d) Surveillance post-thérapeutique 35
e) Récidive 35
f) Formes histologiques particulières 36
g) Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer porteuse d'un cancer du col utérin précoce 36
h) Cancer du col et grossesse 37
X. CANCERS DU CORPS UTÉRIN 40
A. ENDOMETRE 40
a) Bilan initial 40
b) Classification clinique FIGO 41
c) Principes thérapeutiques 42
d) Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer porteuse d'un cancer de l'endomètre précoce ou d'une hyperplasie endométriale avec atypies 46
e) Surveillance post-thérapeutique 47
f) Récidives 48
B. SARCOMES UTÉRINS 48
a) Classification histologique des sarcomes 48
b) Classification clinique FIGO 48
c) Principes thérapeutiques 50
C. TUMEURS TROPHOBLASTIQUES 51
a) Classification clinique FIGO 51
b) Mole hydatiforme 51
c) Score pronostique WHO – FIGO des maladies trophoblastiques gestationnelles 51
d) Traitement des maladies trophoblastiques gestationnelles 52
XI. CANCERS ANNEXIELS 53
a) Bilan initial 53
b) Classification clinique FIGO 54
c) Classification histologique WHO 55
A. CARCINOMES INVASIFS 56
1. Carcinomes séreux de haut grade (trompe, ovaire, péritoine, primitif) 56
a) Principes thérapeutiques 56
b) Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer porteuse d'un cancer ovarien débutant 59
c) Récidive carcinome séreux de haut grade 61
2. Prises en charge des formes rares de carcinomes invasifs ovariens 62
• *Adénocarcinome séreux de bas grade de l'ovaire* 62
a) Bilan initial 62
b) Principes thérapeutiques 62
c) Surveillance 63
d) Rechute 64

- *Adénocarcinome à cellules claires de l'ovaire* 65
a) Bilan initial 65
b) Prise en charge thérapeutique 65
c) Surveillance 66
d) Récidive 67
- *Carcinosarcome ovarien* 68
a) Bilan initial 68
b) Prise en charge thérapeutique 68
c) Surveillance 69
d) Rechute 69
- *Carcinome à petites cellules de l'ovaire* 70
a) Prise en charge thérapeutique 70
- *Adénocarcinome mucineux de l'ovaire* 71
a) Bilan initial 71
b) Prise en charge thérapeutique 72
c) Surveillance 73

B. CARCINOMES FRONTIERES 74
a) Bilan initial 74
b) Prise en charge thérapeutique 74
c) Surveillance 76
d) Récidive 76

C. TUMEURS GERMINALES MALIGNES DE L'OVAIRE 77
a) Classification des TGMO 77
b) Bilan initial 78
c) Prise en charge thérapeutique 78
d) Surveillance 80
e) Rechute 80

D. TUMEURS DES CORDONS SEXUELS 81
a) Bilan initial 81
b) Prise en charge thérapeutique 82
c) Surveillance 83
d) Rechute 84

E. TUMEURS METASTATIQUES 84

F. TUMEURS DE L'OVAIRE ET GROSSESSE 85
- *Tumeurs épithéliales* 86
a) Prise en charge thérapeutique 86
b) Surveillance 87
- *Tumeurs non épithéliales* 87
a) Prise en charge thérapeutique 87
b) Surveillance 87
- *Trompes* 88
a) Classification clinique FIGO 88
b) Prise en charge thérapeutique 88
- *Chirurgie prophylactique* 88

XII. SITES UTILES 89

XIII. PROTOCOLES DE RECHERCHE OU EN EVALUATION 89

I. PRINCIPES GENERAUX

Ce référentiel constitue des propositions thérapeutiques qui servent de fondements aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il doit être apprécié sous la responsabilité de médecins dans le respect des principes déontologiques d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine conformément à l'article 64 du code de déontologie médicale, et en fonction de l'état pathologique du patient.

Ce référentiel a été élaboré par des professionnels de santé sur base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur élaboration. Ainsi, il ne peut être exclu qu'au moment de leur consultation pour la pratique médicale quotidienne, les données mises à disposition soient incomplètes, inexactes ou obsolètes. Il revient aux professionnels de santé de déterminer et de décider, sous leur responsabilité, de faire ou non application des référentiels.

Conformément à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, « lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier ».

✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸

Article 64 (article r.4127-64 du code de la santé publique)
« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.
Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸✸

II. CONTRIBUTEURS

Coordination

Dr E. LEBLANC, Chirurgien gynécologique, Centre Oscar Lambret

Relecture présentielle – réunion du groupe de professionnels Gynécologie

Dr L. BRESSON, Chirurgien gynécologique, Centre Oscar Lambret, Lille
Dr S. COUSIN, Oncologue médicale, Centre Oscar Lambret, Lille
Dr H. CREMIEU, Chirurgien gynécologique, CH de Valenciennes
Dr P. DEVOUGE, Chirurgien gynécologique, CH de Valenciennes
Dr A. DRAIN, Chirurgien gynécologique, CH de Valenciennes
Dr J. GROSJEAN, Oncologue médicale, Centre de Cancérologie Les Dentellières, Valenciennes
Dr A. HENNI, Oncologue radiothérapeute, Centre Marie Curie, Arras
Dr F. LE TINIER, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille
Dr A. LESOIN, Gynécologue médicale, Centre Oscar Lambret, Lille
Dr P. MAES, Oncologue médicale, Centre Bourgogne, Lille
Dr F. MASSONI, Chirurgien gynécologique, CH Valenciennes
Dr H. RHLIOUCH, Oncologue radiothérapeute, Centre Marie Curie, Arras
Dr E. VANLERENBERGHE, Gynécologue médicale, Centre Oscar Lambret, Lille
Pr D. VINATIER, Chirurgien gynécologique, CHRU de Lille

Relecture par le groupe régional de professionnels « Gynécologie »

Dr A. BIGOTTE, Gynécologue obstétrique, CH Calais
Dr P. COLLINET, Chirurgien gynécologique, CHRU de Lille
Dr F. DARLOY, Oncologue radiothérapeute, Centre Léonard de Vinci, Dechy
Dr A. DRAIN, Chirurgien gynécologique, CH de Valenciennes
Dr A. FOURNIER, Chirurgien viscéral et digestif, Hôpital Privé Arras Les Bonnettes
Dr P. MAES, Oncologue médicale, Centre Bourgogne, Lille
Dr F. MASSONI, Chirurgien gynécologique, CH Valenciennes
Dr A. PEREIRA, Gynécologue obstétrique, CH Arras
Dr S. ROHART DE CORDOUE, Oncologue radiothérapeute, Centre Bourgogne, Lille
Pr D. VINATIER, Chirurgien gynécologique, CHRU de Lille

III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE

Modalités d'organisation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le NPDC

1- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit être **présenté et validé par le président** de séance de la RCP **avant le premier acte thérapeutique**. Il peut s'agir d'un enregistrement simple ou d'une discussion pluridisciplinaire. Le plan de traitement sera ensuite proposé au patient.

2- Si le traitement correspond à un **traitement standard** (décrit dans les Référentiels Régionaux d'aide à la décision en RCP) il fera l'objet d'un **simple enregistrement en RCP avant l'acte thérapeutique**

3- S'il y a **différentes alternatives thérapeutiques**, le dossier fera l'objet **d'une discussion en RCP avant l'acte thérapeutique**

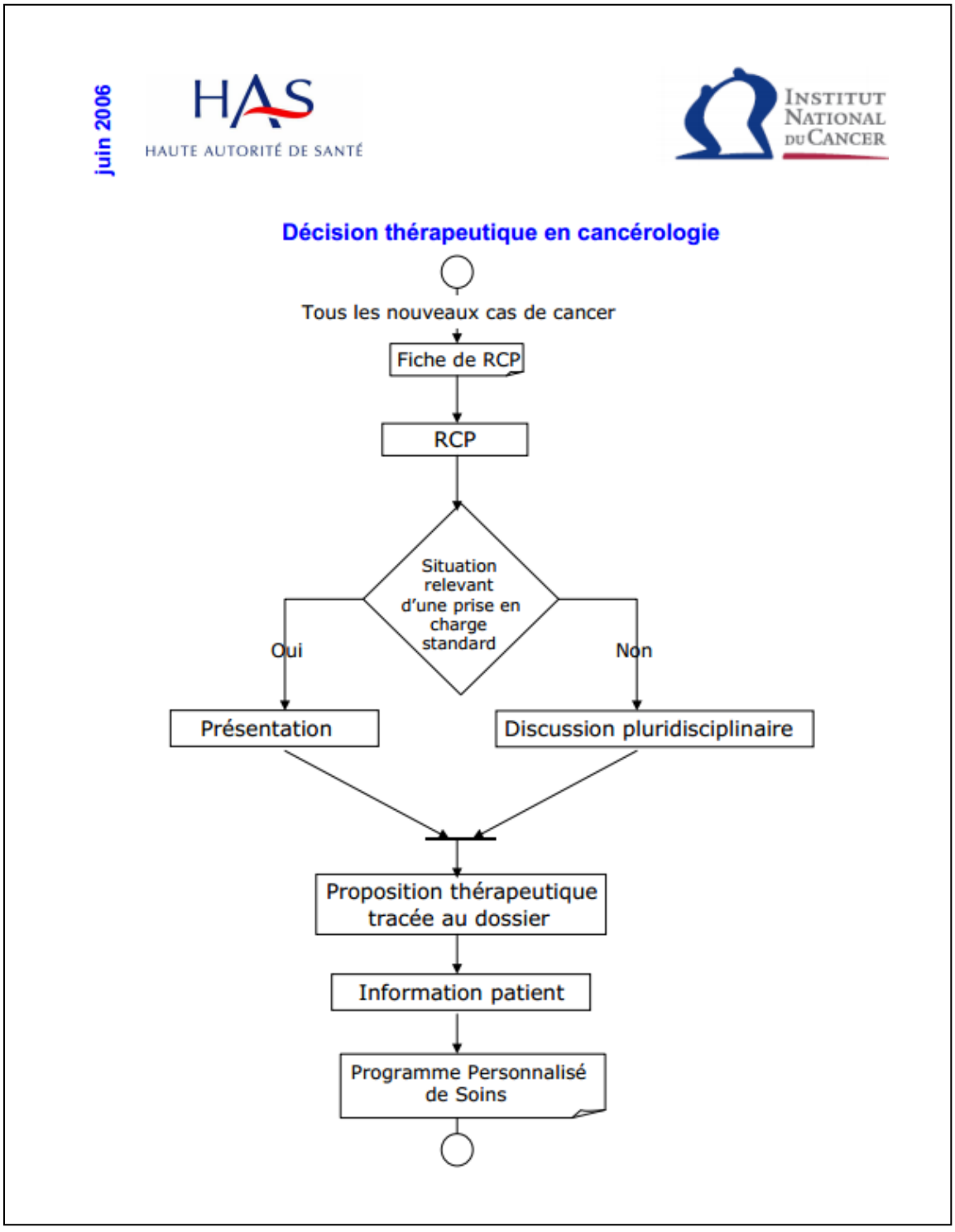
4- **Les dossiers concernant une chirurgie des cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, du rectum sous péritonéal et de l'ovaire feront obligatoirement l'objet d'une discussion avant l'acte thérapeutique et en présence du chirurgien qui opérera le patient** (cf. critère d'agrément).

5- En cas d'acte de **radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence**, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention : le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte, il devra faire l'objet d'une **discussion en RCP** pour la suite du traitement.

6- Les SOS sont intégrés dans l'organisation des RCP

Fiche RCP régionale Gynécologie (Cf. Annexe 1)

Extrait du livret HAS/INCa « Réunion de concertation pluridisciplinaire en Cancérologie », Juin 2006.



IV. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE

Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tenant compte de son âge, du Performance Status (PS), de ses comorbidités, du stade TNM, des caractéristiques biologiques de la tumeur et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.

Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches. Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient, ainsi qu'un document traçant le Parcours Personnalisé de Soins (PPS).

Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la douleur.

Le patient doit bénéficier de soins de support (diététique, réhabilitation…) tout au long de la prise en charge.

Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile.

Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique et d'une prise en charge sociale.

En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique peut être proposée.

La participation à un protocole de recherche clinique doit être envisagée à toutes les étapes de la maladie.

V. CHARTE GRAPHIQUE

La charte graphique permet de concevoir de manière identique les arbres de décision dans chaque référentiel régional.

L'arborescence décisionnelle est constituée des formes suivantes:

	Situation de prise en charge
	Question
	Diagnostic
	Chirurgie
	Radiothérapie / Curiethérapie
	Traitement médical spécifique (Chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, …)
	Traitements combinés (Radiothérapie Chimiothérapie concomitante, …)
	Suivi / Surveillance
	Discussion en RCP

VI. ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AB : Annexectomie Bilatérale

AFP : Alpha Foeto Protéine

APE : Adriamycine, Cis platine, Etoposide

AUC : Area Under the Curve, Aire Sous la Courbe

ASC(G)US : Atypie Epidermoide (Glandulaire) de Signification Indéterminée

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia

CHIP : Chimio-Hyperthermie IntraPéritonéale

CH(L)E : ColpoHystérectomie Elargie (avec Lymphadénectomie proximale) = à l'aplomb des uretères, distale = près de la paroi pelvienne

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia

EMA-CO : Etoposide-Methotrexate-Actinomycine - Cyclophosphamide-Vincristine (Oncovin®)

EMPD : ExtraMammary Paget Disease

G : Grade

GS : Ganglion Sentinelle

hCG : human Chorionic Gonadotrophin

HT, Hyst : Hystérectomie Totale

L : Lymphadénectomie interiliaque

Lao ou lao : Lombo-aortique

M+, M1 : métastase

MAC : Méthothrexate, Adriamycine, Cyclophosphamide

N : ganglion ; N+, N1 : ganglion envahi, N- ganglion non envahi, N0 pas de ganglion décelé

NACT : chimiothérapie néoadjuvante (pour NeoAdjuvant ChemoTherapy)

P, pel, pelv : Pelvien

PEB : Platine Etoposide Bleomycine

PEC : prise en charge

R : résidu tumoral (R0 = pas de résidu visible)

RH : Récepteurs Hormonaux : **RE** aux Estrogènes, **RP** aux Progestatifs

RT(E) : Radiothérapie (Externe)

RT-CT : Radiothérapie avec Chimiothérapie concomitante

RTCT étendue : idem jusqu'à T12 L1

T : tumeur

TE : Trachélectomie Elargie (= amputation élargie du col utérin)

TT : Traitement

VAIN : VAginal Intraepithelial Neoplasia

VIN : vulvar intraepithelial neoplasia

VBP : Vinblastine Bléomycine, Cisplatine

VIP : Vinblastine, ifosfamide, Cisplatine

Retour au sommaire

VII. CANCERS DE VULVE

Cancers de vulve

a) Bilan initial

Examen de la lésion vulvaire éventuellement sous AG si douloureux, étendu ou patiente pusillanime

- Schéma des lésions / photos
- Biopsie de la (les) lésion(s) vulvaire
  - Après anesthésie locale (pommade EMLA* / Injection intradermique de xylocaïne)
  - Par « punch biopsy* » ou bistouri froid en pleine lésion

Examen des aires ganglionnaires inguinales et à distance

- Ponction ganglionnaire cytologique optionnelle (surtout si N+ distant)*

Examen gynécologique complet (FCV), +/- sérologie HIV (femme jeune, lésion évoluée, contexte viral probable)

Bilan d'opérabilité

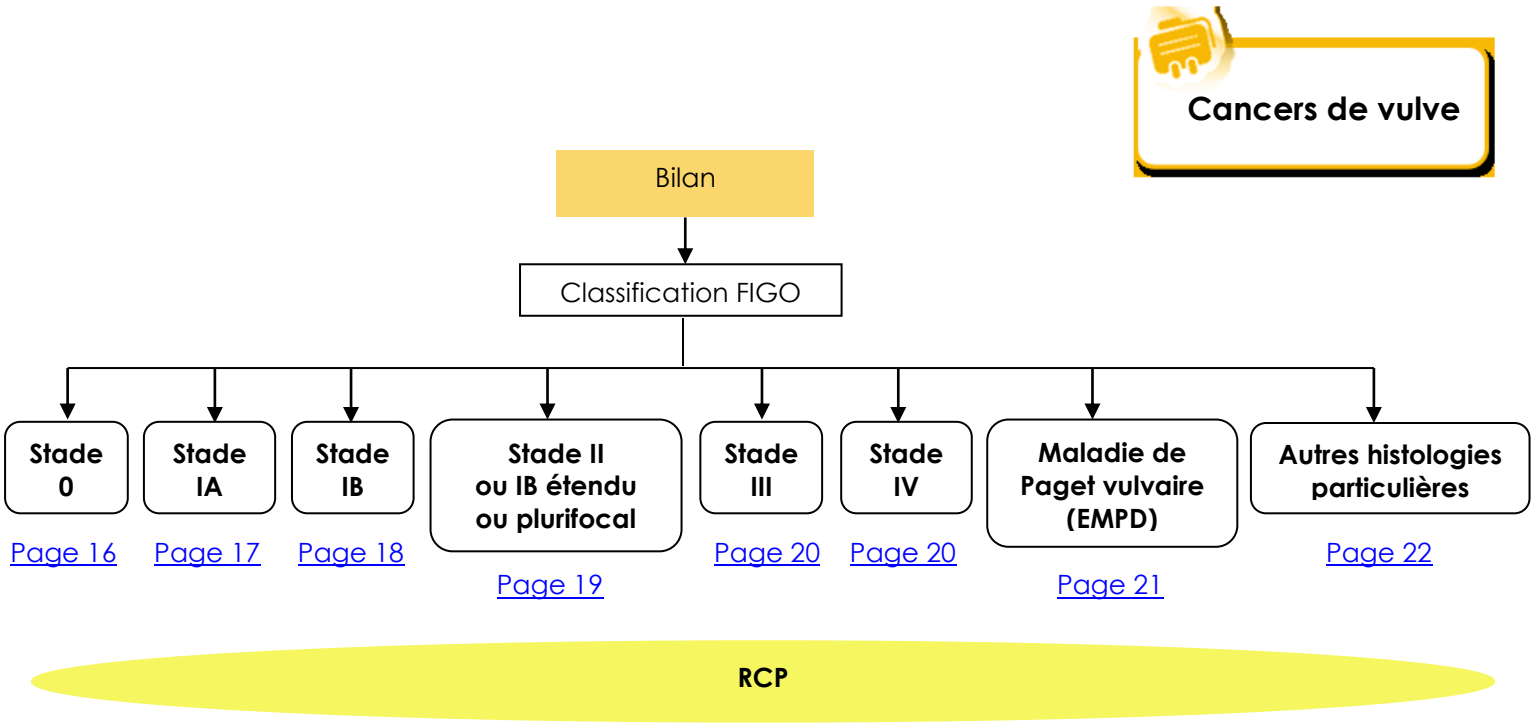
Imagerie si invasif

- Echographie inguinale si examen négatif ou difficile (obèse) +/- ponction
- IRM lombo-pelvienne + TEP-TDM (ou scanner TAP) seulement si stade III-IV ou récidive

b) Classification FIGO 2014 clinique et histologique

(Source FIGO 2014 IJGO 2014,125, 97-98)

Stade 0	VIN3 commun ou différencié (classification ISSVD 2005)
Stade I	Confiné à la vulve ou au périnée, N0
IA	T≤ 2cm et invasion stromale ≤ 1.0 mm
IB	T > 2cm, ou invasion stromale > 1.0 mm
Stade II	Extension aux structures périnéales adjacentes (urètre (1/3 distal), vagin, anus) mais pN0
Stade III	Extension aux structures périnéales adjacentes (urètre (1/3 distal), vagin, anus) avec pN+ inguinal
IIIA	1pN1 ≥ 5mm ou 2 pN1 < 5mm
IIIB	≥ 2 pN1, tous ≥ 5mm ou ≥ 3 pN1, tous < 5mm
IIIC	Tout pN1 avec rupture capsulaire
Stade IV	Extension aux organes pelviens: 2/3 sup urètre, vagin, ou à distance)
IVA	Atteinte urètre supérieur (> 1cm), muqueuse vésicale ou rectale, os pubien ou ganglion fixé ou ulcéré
IVB	Métastases à distance (incluant N+ pelvien)



c) Principes thérapeutiques

Chirurgie

- Vulvaire
  - Vulvectomie superficielle: marges jusqu'à 5 mm en profondeur et en surface
  - Vulvectomie radicale: marges de ≥ 1 cm sur patiente (pour avoir ≥ 8mm sur pièce au définitif)
  - L'atteinte urétrale inférieure ou cutanée anale n'est pas une contre-indication à la chirurgie d'emblée
  - La pratique des lambeaux de couverture doit être maitrisée, envisager VAC thérapie prophylactique si exérèse large

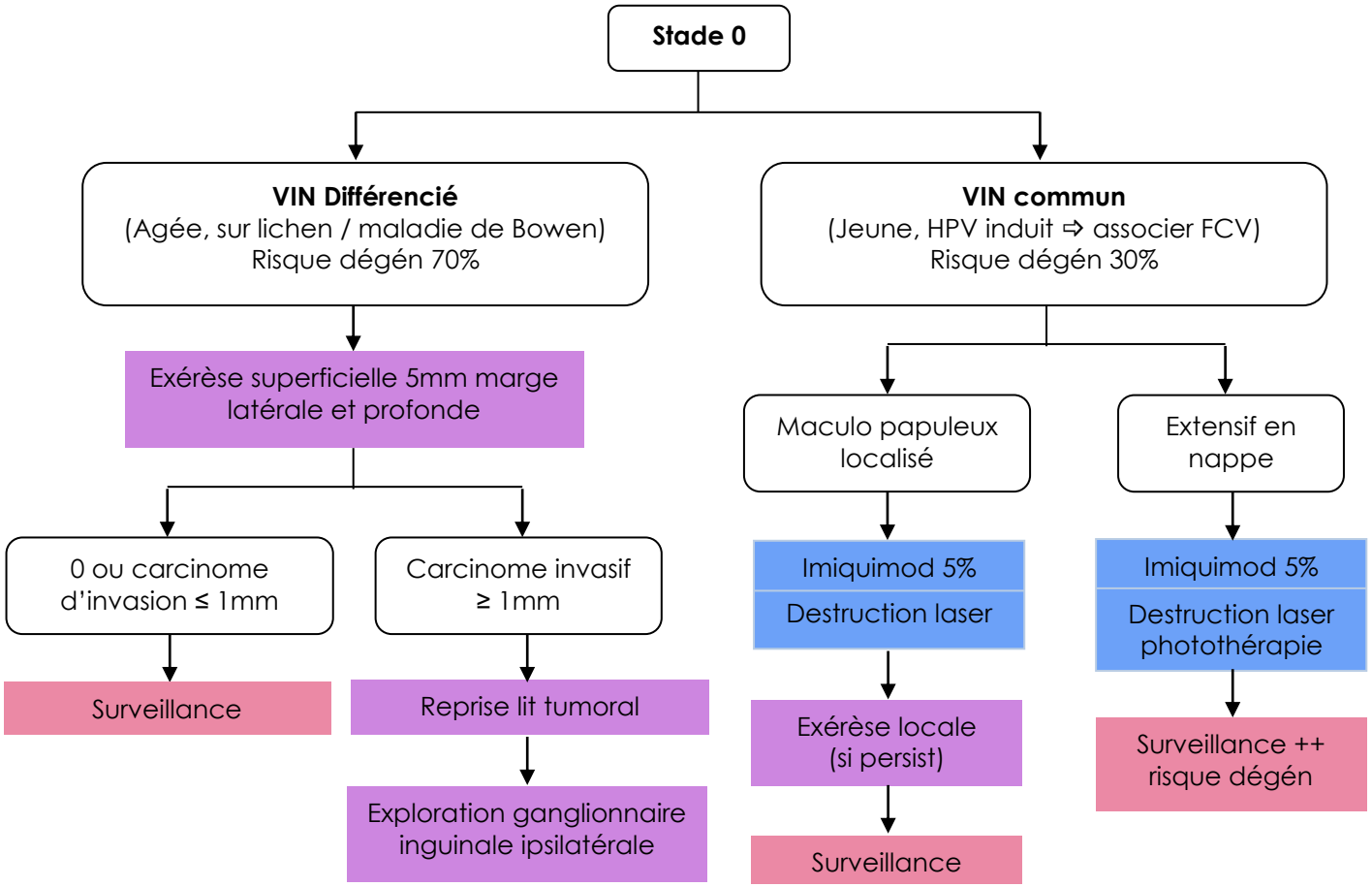
- Ganglionnaire inguinale
  - GS: que si cliniquement N0 avec examen extemporané si possible, sinon traiter en 2 temps
  - Si curage ou GS positif d'un côté, envisager exploration controlatérale
  - Pas de curage iliaque de principe mais à discuter au cas par cas

Radiothérapie

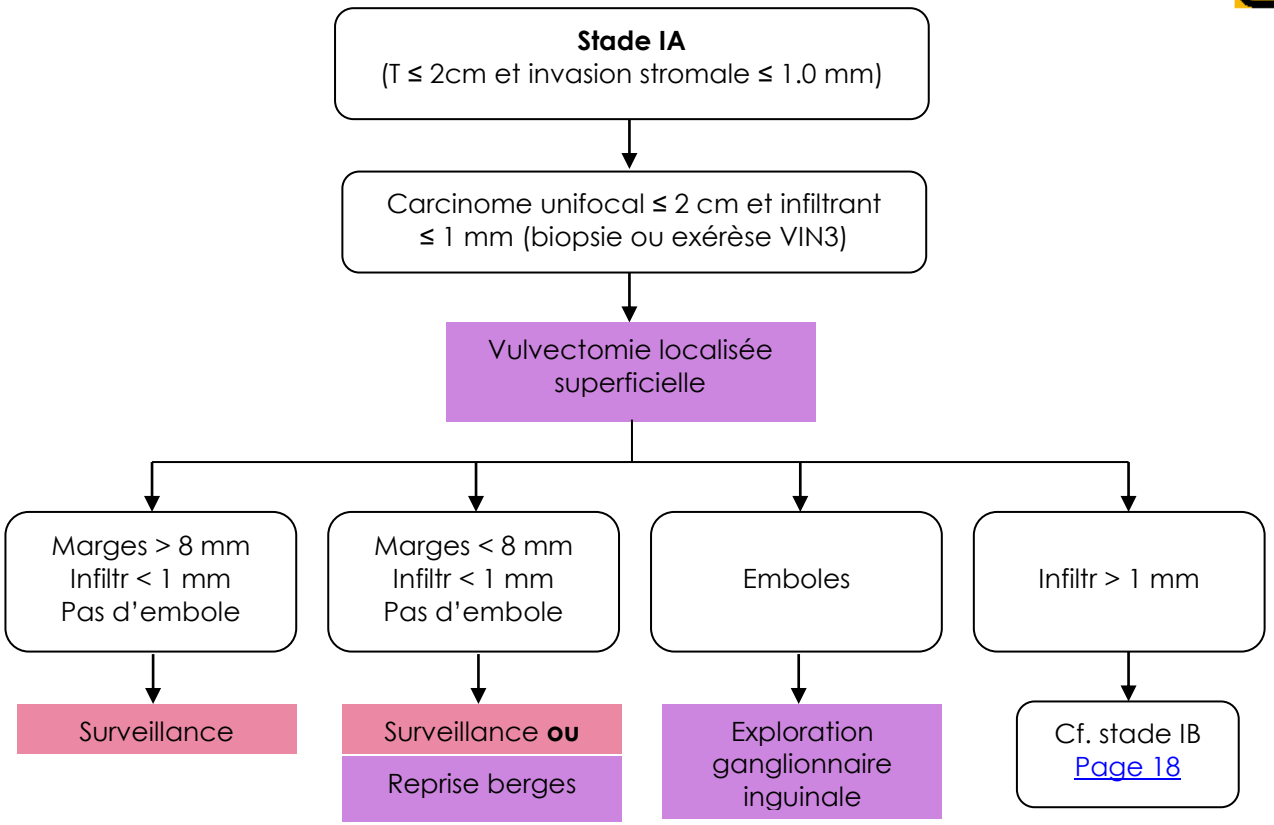
- En adjuvant ou en néoadjuvant des stades III et IVA

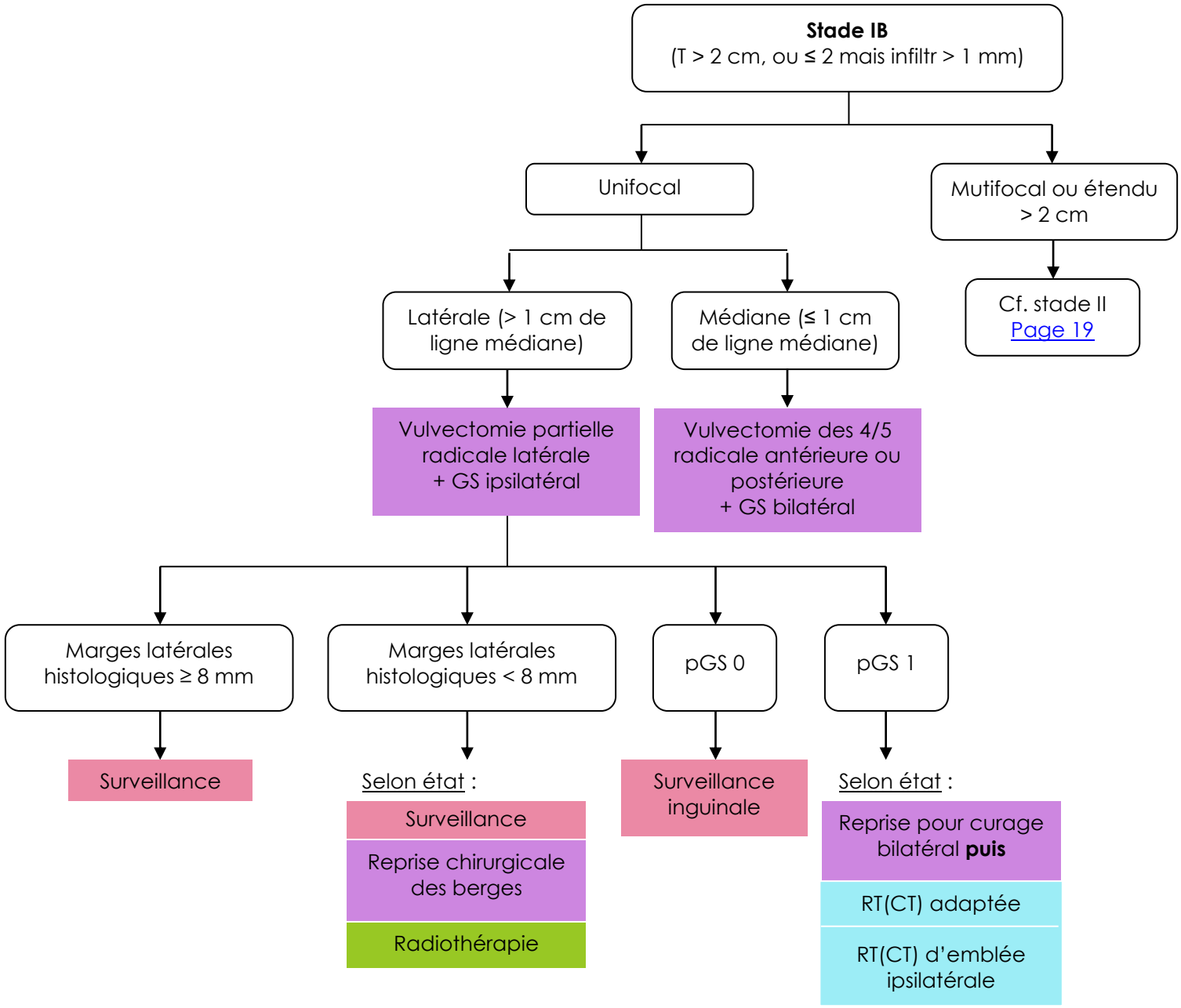
Chimiothérapie

- Sels de platine sont la référence

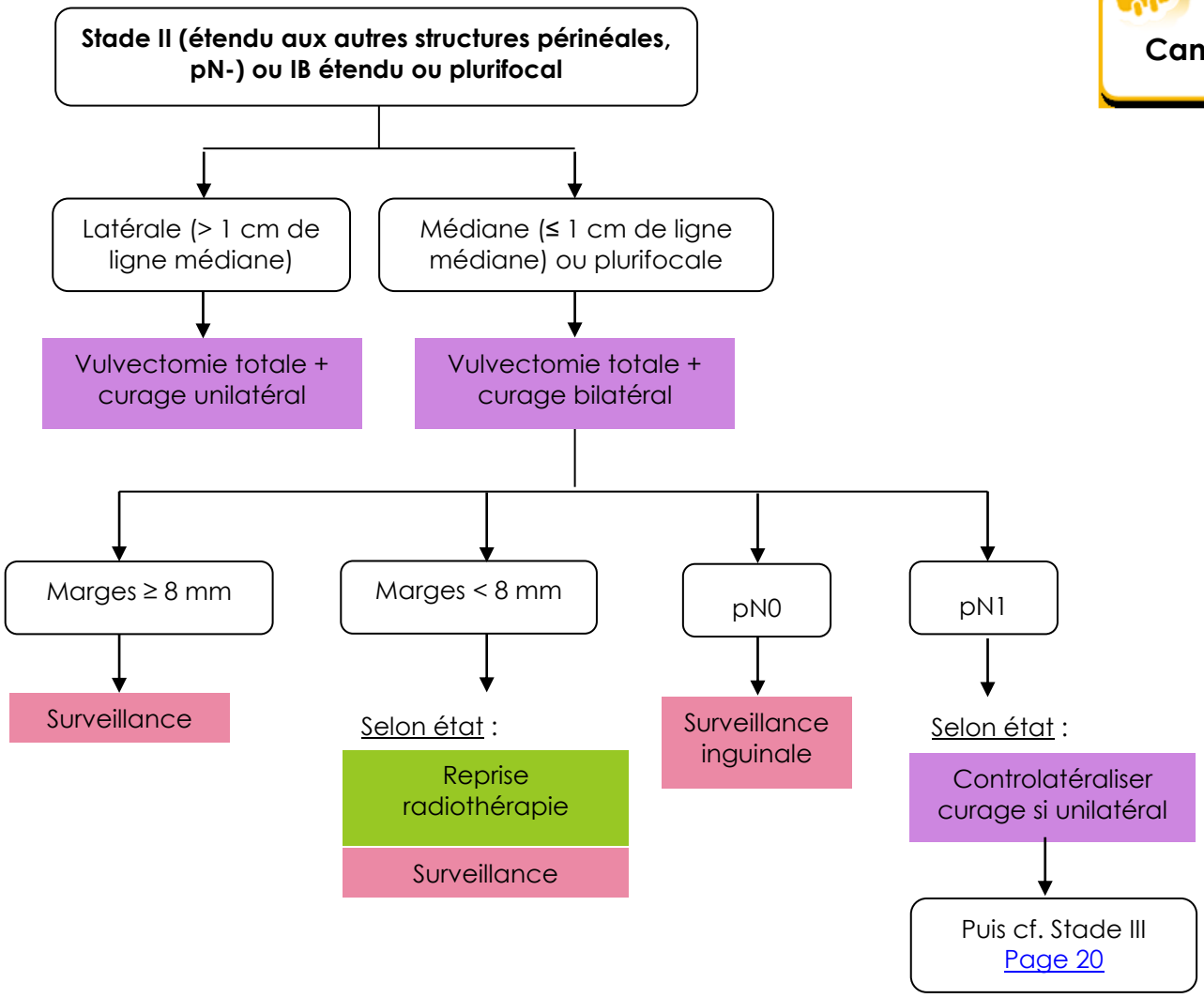


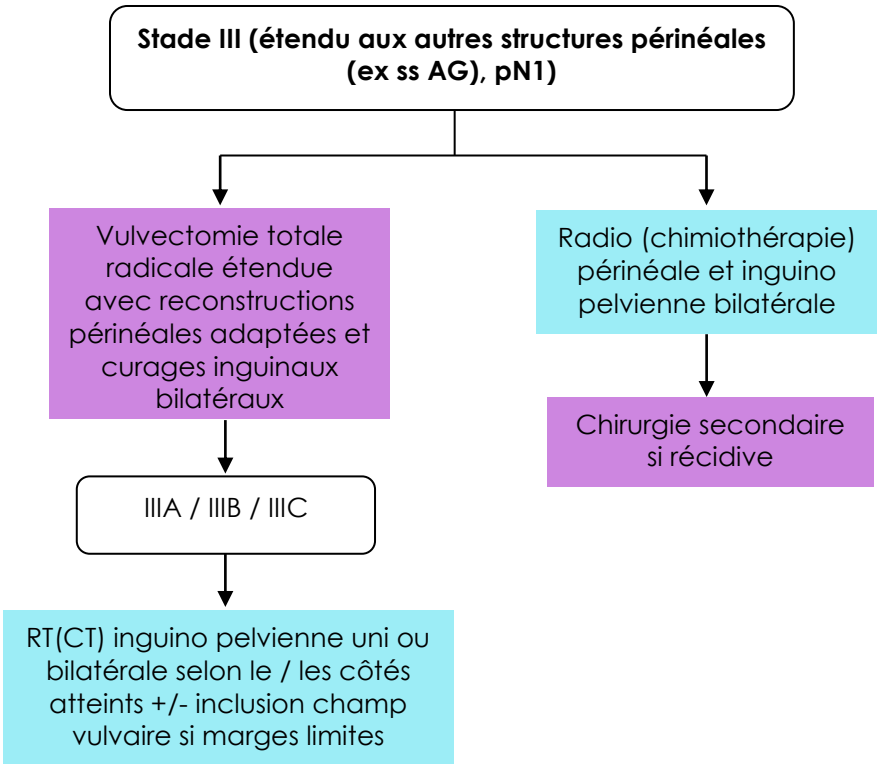
Retour au sommaire

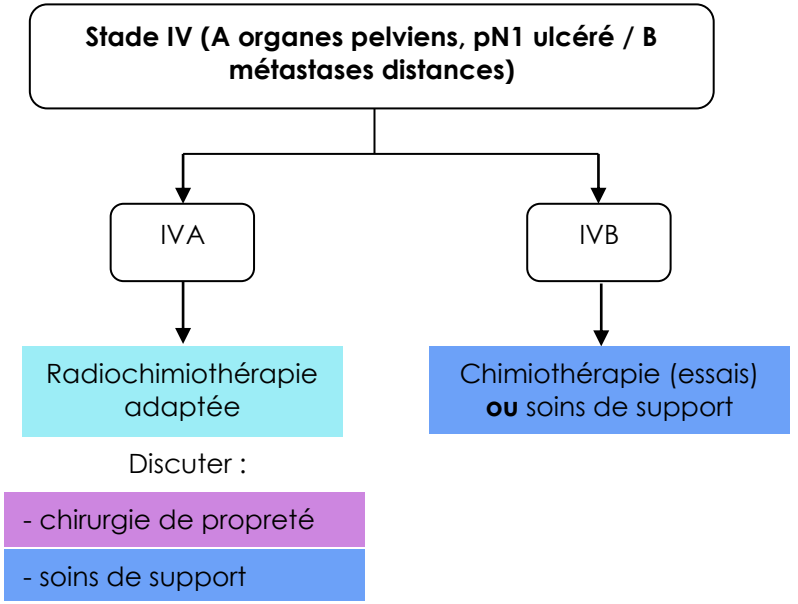

Stade IA
(T ≤ 2cm et invasion stromale ≤ 1.0 mm)
Carcinome unifocal ≤ 2 cm et infiltrant ≤ 1 mm (biopsie ou exérèse VIN3)
Vulvectomie localisée superficielle
Marges > 8 mm
Infiltr < 1 mm
Pas d'embole
Marges < 8 mm
Infiltr < 1 mm
Pas d'embole
Emboles
Infiltr > 1 mm
Surveillance
Surveillance ou
Reprise berges
Exploration ganglionnaire inguinale
Cf. stade IB
Page 18



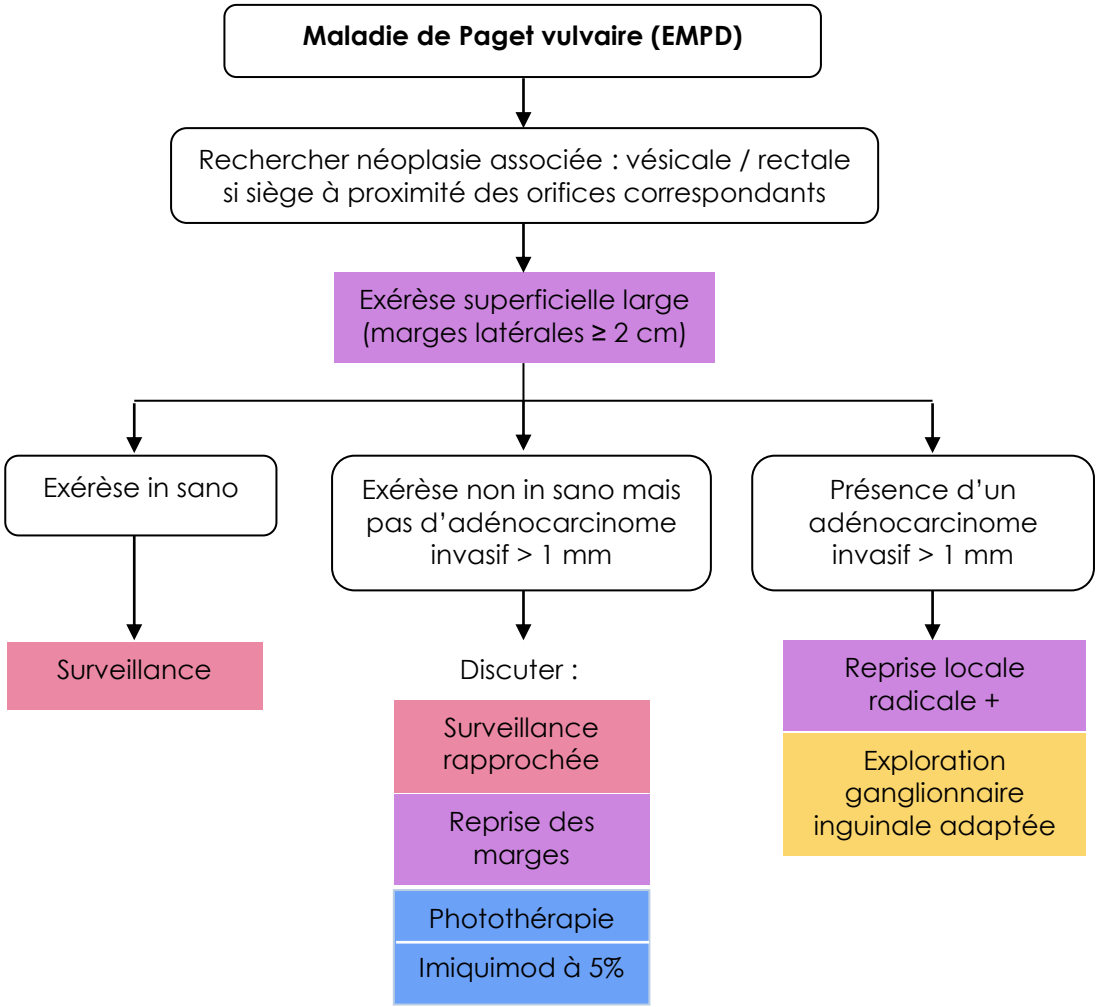
Retour au sommaire


Stade II (étendu aux autres structures périnéales, pN-) ou IB étendu ou plurifocal
Latérale (> 1 cm de ligne médiane)
Médiane (≤ 1 cm de ligne médiane) ou plurifocale
Vulvectomie totale + curage unilatéral
Vulvectomie totale + curage bilatéral
Marges ≥ 8 mm
Marges < 8 mm
pN0
pN1
Surveillance
Selon état :
Reprise radiothérapie
Surveillance
Surveillance inguinale
Selon état :
Controlatéraliser curage si unilatéral
Puis cf. Stade III
Page 20





Retour au sommaire



Retour au sommaire

Carcinome verruqueux

- Résection large seule +/- reconstruction, pas de curage inguinal d'emblée, mais à rediscuter si découverte d'invasion au définitif. Radiothérapie à discuter sur ganglions si pN1

Adénocarcinome (glande de Bartholin, appendices cutanés, sein ectopique)

- Hémivulvectomie + curage unilatéral
- RT si forme étendue ou N+ à discuter

Sarcomes (avis RCP sarcome)

- léiomyosarcome : résection large ("compartimentectomie") + couverture par lambeau, pas de curage
- rhabdomyosarcome : radio-chimio préopératoire, chirurgie limitée des lésions résiduelles

Mélanome vulvo-vaginal (consensus GCIG 2014) (Leitao et al IJGC 2014)

- Chirurgie première
  - Tumeur: Résection large (marge 0,5 cm si in situ ; 1cm si Breslow < 2mm; ≥ 2cm ; 2cm si Breslow ≥ 2mm)
    - Eviter exentération sauf si pas d'autre solution
  - Ganglions: GS inguinal si N- clinique et Breslow > 1,5; curage si GS+ ou N+ clinique à discuter
- Radiothérapie
  - première si chirurgie impossible ou trop extensive (exentération)
  - adjuvant si resection limite ou pN1
- TT médicaux
  - chimiothérapie (dacarbazine vinblastine cisplatine),
  - immunothérapie (interféroin alpha IL2)
  - thérapie ciblée (ipilimumab, ou véramurafenib si mut BRAF V600K, imatinib si mut cKit)

d) Surveillance post-thérapeutique

- **Les faits :**
  - La plupart des récidives sont locales et curables
  - Les récidives ganglionnaires sont de mauvais pronostic

- **La surveillance recommandée :**
  - Clinique seule
    - Vulve et vagin et col utérin
    - aires inguinales
  - Rythme
    - Tous les 3 mois pendant 2 ans
    - Tous les 6 mois jusqu'à la 5ème année

e) Récidive cancer vulvaire

- **Locale**
  - Vulvaire
    - En fonction de l'aspect et des traitements déjà reçus
      - reprise chirurgicale +/- lambeaux de couverture
      - et/ou curiethérapie interstitielle ou RTCT
  - Ganglionnaire
    - Si bilan d'extension négatif (TEP TDM)
      - Adénectomie itérative si possible avant RT
    - Sinon en fonction des traitements antérieurs
      - Reprise de RT // chimiothérapie // soins de support ?

- **Métastatique**
  - En fonction des symptômes, de l'âge:
    - chimiothérapie (Platine), Soins de support

VIII. CANCERS DU VAGIN

Cancers du vagin

a) Bilan initial

Examen clinique (éventuellement ss AG) +/- colposcopie → Biopsie unique ou étagée

Si lésion invasive: IRM abdomino-pelvienne

* Taille lésion
* Extension vésicale, uréthrale, rectale, paravaginale

Lésion localement évoluée (stades II ou IV): TEP-TDM

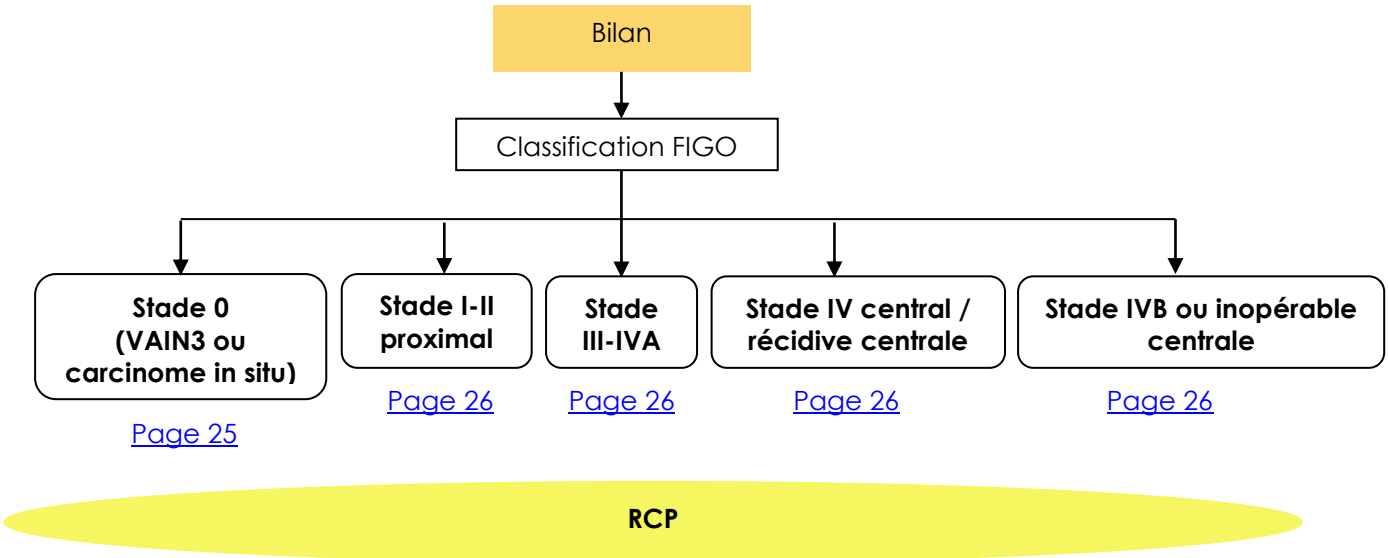
* Rech N+ extrapelvien, M+

Classification FIGO

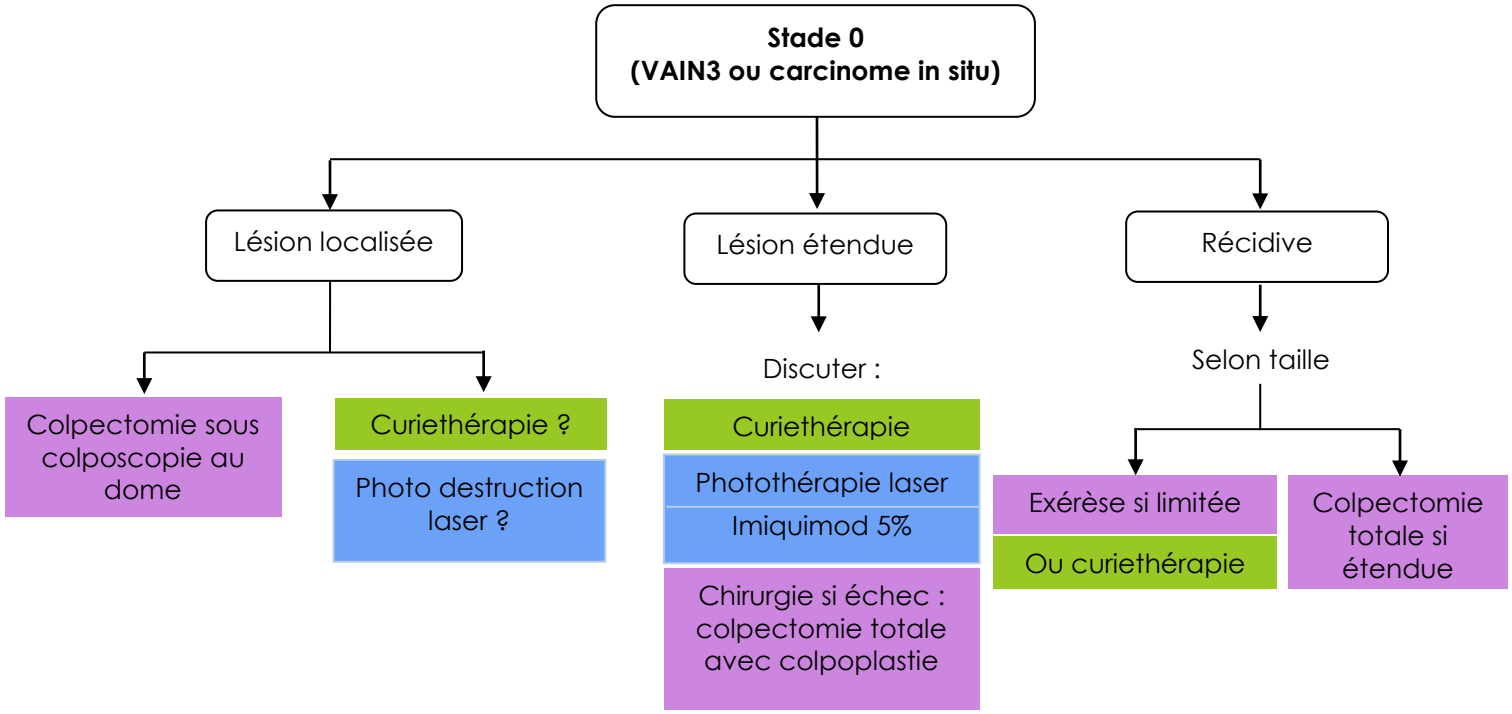
b) Classification clinique FIGO

(Source FIGO 2009 IJGO 2009,105, 1-109)

Stade 0	Carcinome in situ, VAIN3
Stade I	Carcinome 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 vraie (pas l'œdème bulleux) vésicale ou rectale ou extension en dehors du pelvis
IVB	Métastases à distance



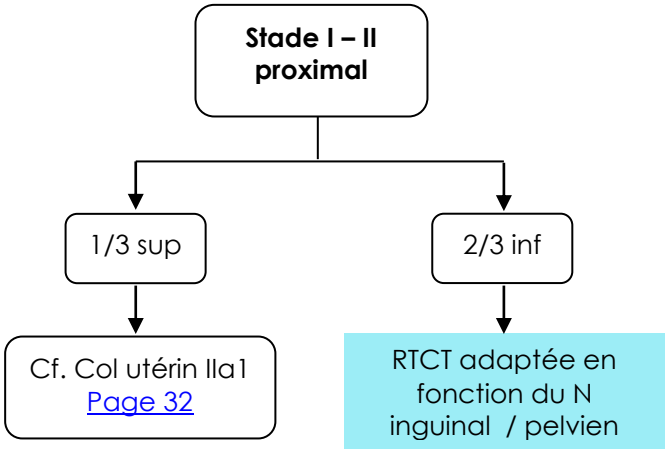
c) Principes thérapeutiques

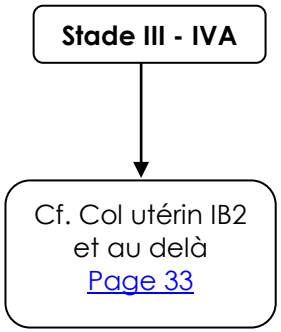


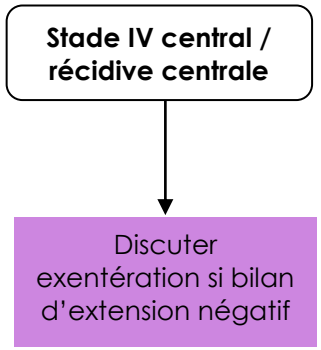
Si adénocarcinome à cellules claires : lymphadénectomie pelvienne –transposition ovarienne si pN0 puis curiethérapie

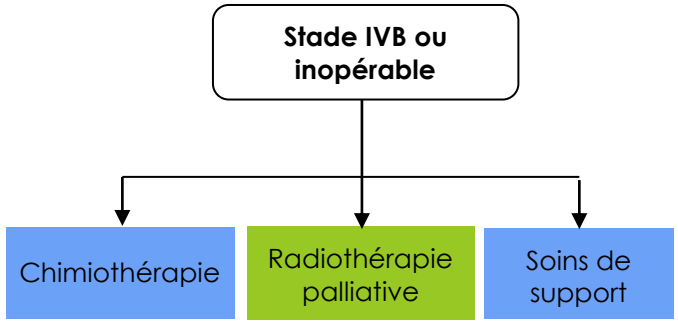
Retour au sommaire

Cancers du vagin









Si adénocarcinome à cellules claires : lymphadénectomie pelvienne –transposition ovarienne si pN0 puis curiethérapie

Retour au sommaire

IX. CANCERS DU COL UTÉRIN

a) Bilan initial

Examen clinique: spéculum TV et TR; sous AG si pusillanime ou douteux ⇨ FIGO

Biopsie:

- Sous colposcopie si non évident cliniquement
- En pleine lésion si cliniquement évident (en zone non nécrotique)

Imagerie:

- **IRM abdomino-pelvienne** initiale et à 45 Gy si possiblement opérable après RTCT, avec injection de gadolinium
    * Taille tumorale, Extension locale, ganglionnaire (pelviens et para aortiques)
    * Après conisation : IRM le plus tôt possible en fonction de l'histologie (micro-invasif ?/ in sano ?)
- **+ TEP-TDM si T ≥ 4 cm** : +/- ponction de toute anomalie ganglionnaire ou viscérale accessible

Biologie:

- Bilan préopératoire standard / fonction consultation pré anesthésique,
- Stade ≥ IB2 : SCC épidermoïde CA 125 adénocarcinome (en vue de surveillance)
- NSE, chromogranine A si neuroendocrine

Autres examens: en fonction des signes cliniques ou IRM

- uro-IRM, cystoscopie, rectoscopie, cyto-ponction d'adénopathie

b) Classification clinique FIGO

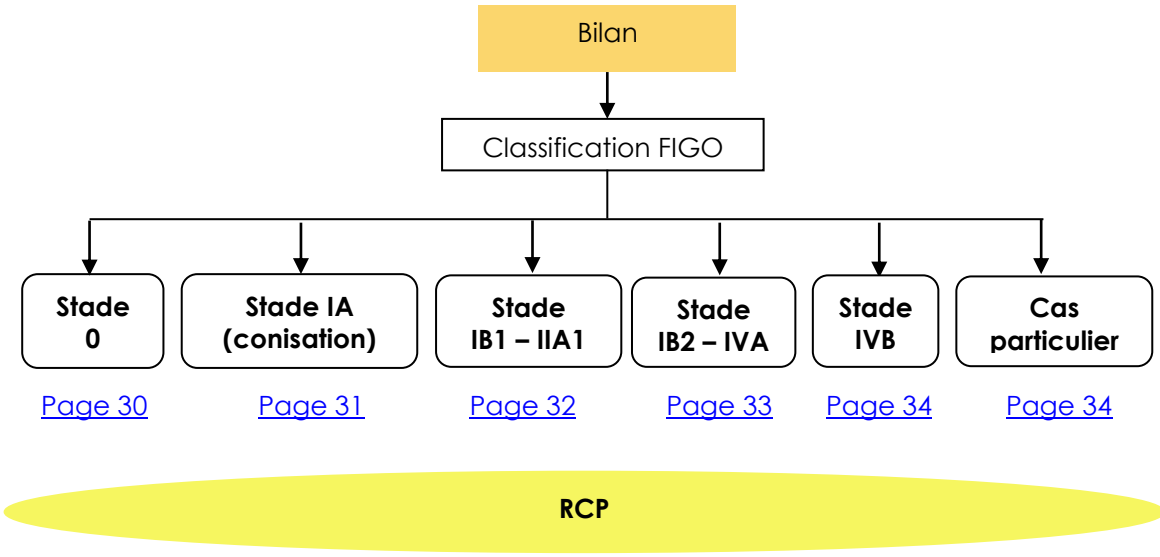
(Source FIGO 2014 IJGO 2014,125, 97-98)

Stade 0	**Dysplasies (LSIL/HSIL), carcinome in situ**
Stade I	**Lésion limitée au col**
IA	Micro-invasif (défini sur pièce de conisation ou d'hystérectomie) ;
IA1	Invasion ≤ 3 mm en profondeur et ≤ 7 mm en surface
IA2	3 < invasion ≤ 5 mm profondeur et ≤ 7 mm en surface

Retour au sommaire

IB	Invasif clinique (à partir de invasion > 5 mm profondeur ou > 7 mm en surface)
IB1	Lésion cliniquement visible ≤ 4 cm (mais nous privilégions le diamètre maximal IRM de la tumeur) SOR IB1
IB2	Lésion cliniquement visible > 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:
IIA1	Lésion cliniquement visible ≤ 4cm
IIA2	Lésion cliniquement visible > 4cm
IIB	Atteinte paramétriale mais sans fixation à la paroi pel.: proximale ;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

Si découverte incidente : Cf. Page 34
Si grossesse : Cf. Page 37



c) Principes thérapeutiques

Chirurgie

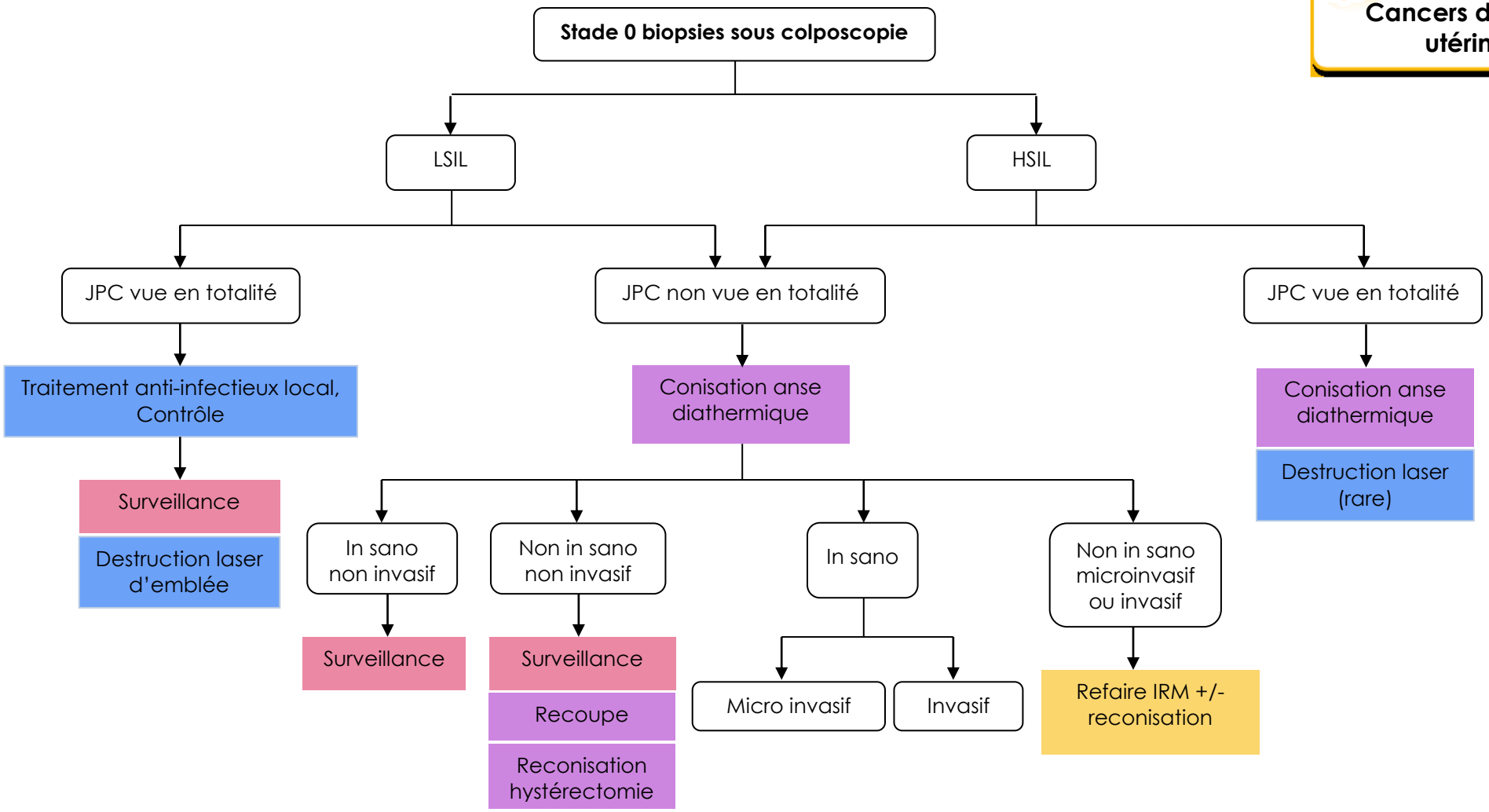
- Chirurgie élargie:
  - privilégier l'approche mini-invasive (laparoscopie / robot) >> laparotomie (formes très avancées)
  - Préparation vaginale première (évite contamination, facilite l'exérèse)
- Chirurgie ganglionnaire
  - privilégier l'approche mini invasive (laparoscopie / robot) et la technique du ganglion sentinelle
- Chirurgie préservant fertilité
  - Désir grossesse, T < 2cm, epi ou adk, différencié, exocervicaux, sans emboles vasculaires et pN0
    - lympha-conisation systématique recommandé

Radiothérapie

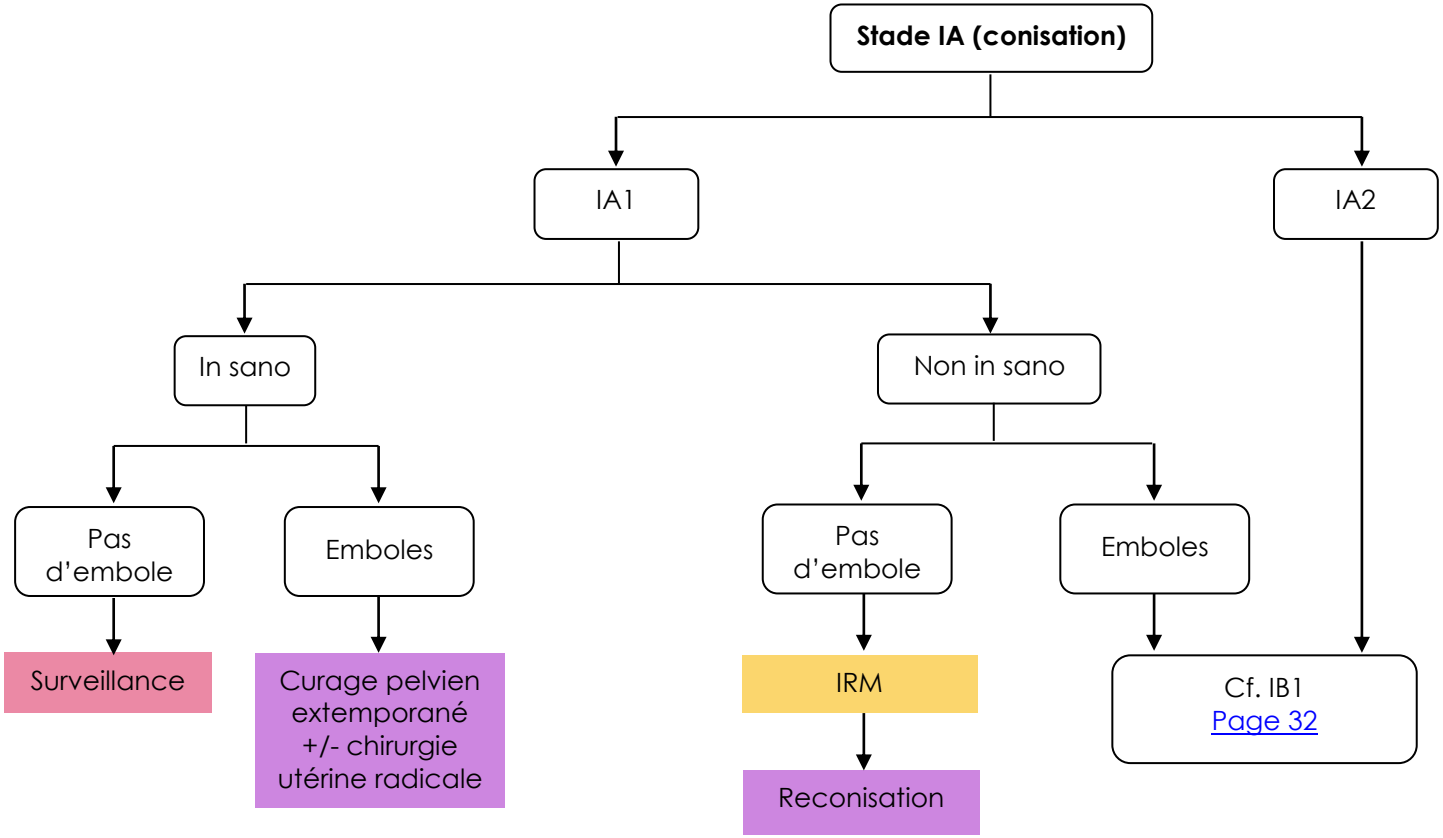
- Privilégier l'IMRT et la curiethérapie 3D
- Chimiothérapie concomitante systématique par CisPt actuellement
    - pose de chambre implantable // d'endoprothèse urétérale au temps de l'exploration ganglionnaire préthérapeutique.

Chimiothérapie

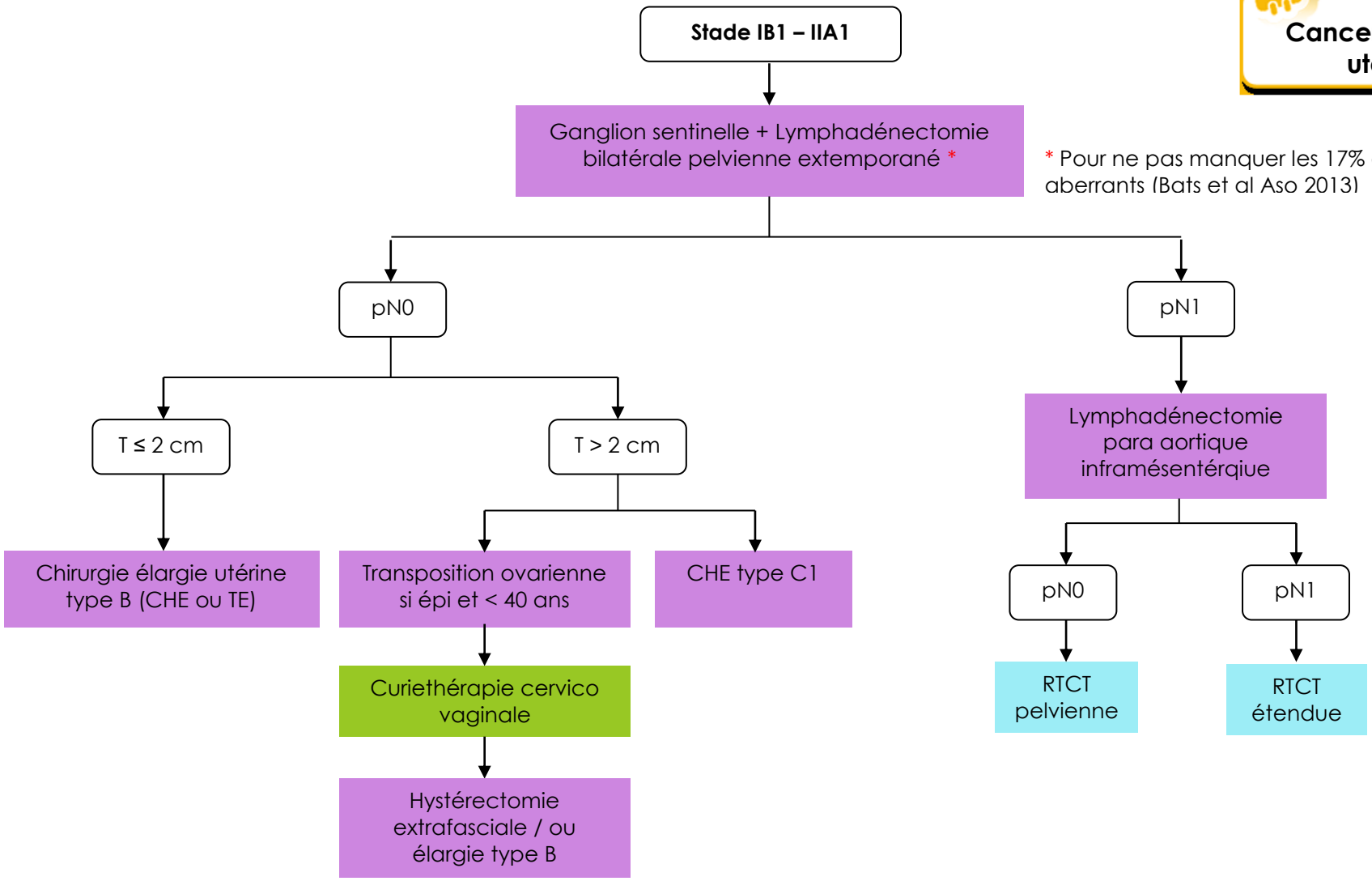
- Apport actuel des thérapies ciblées dans les stades avancés
    - Inclure dans essais de chimio adjuvante à RTCT ++



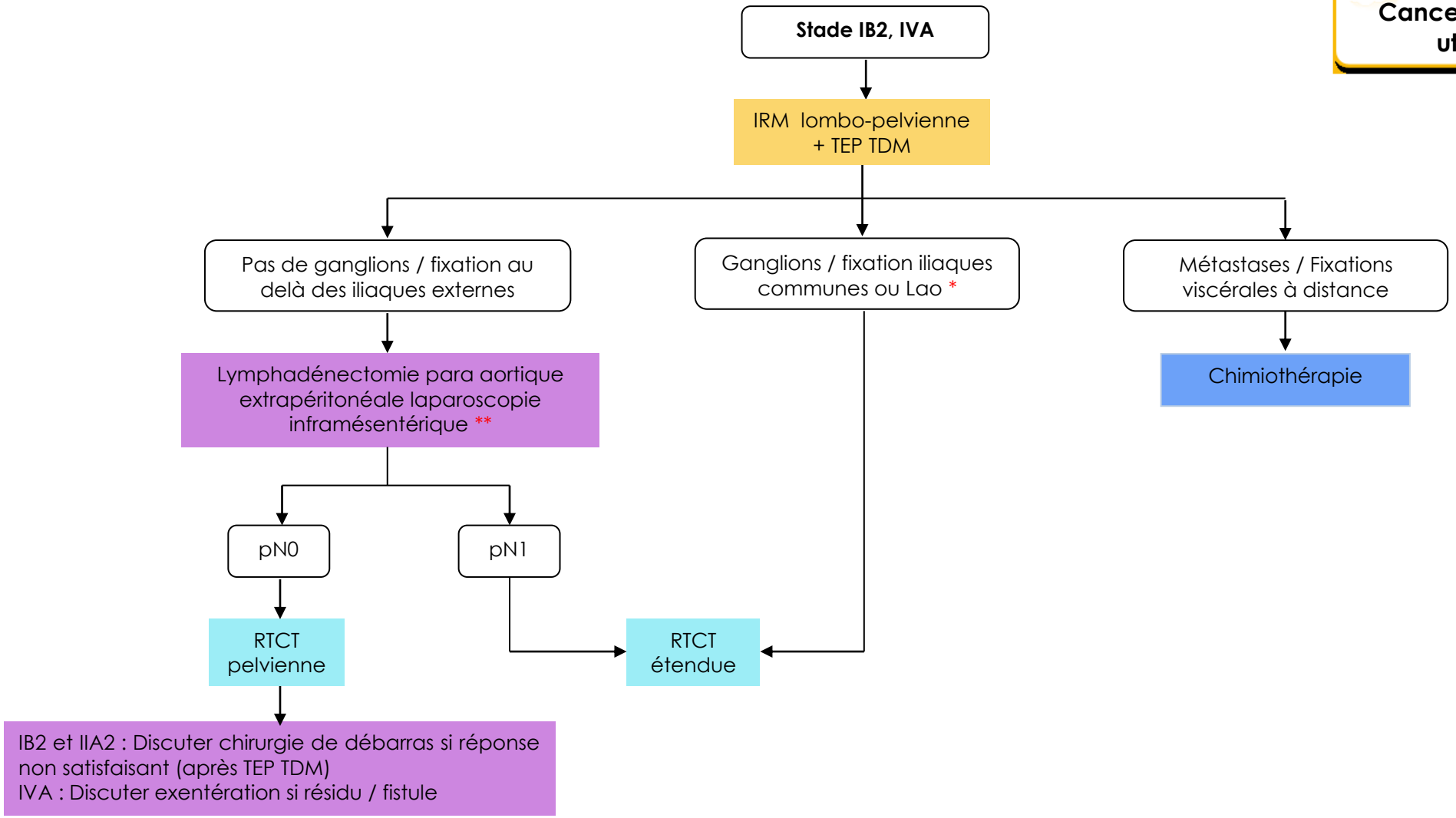
Retour au sommaire



Retour au sommaire



Retour au sommaire



* Si fixation para aortique isolée non biopsiable sous imagerie discuter adénectomie elective

** Si adénomégalie pelvienne isolée discuter chirurgie de débarras

Retour au sommaire

Stade IVB

Selon l'état de la patiente :

- **Chimiothérapie**: sels de platine-taxol-bévacizumab ou essai
- **Radiothérapie palliative**
  - Antihémorragique
  - Sur métas osseuses fragilisantes
- **Chirurgie palliative**
  - Pose d'endoprothèse urétérale / digestive
  - Dérivation digestive
- **Soins de support**

Cas particulier : Cancer du col découvert fortuitement sur une pièce d'hystérectomie totale

Bilan : lésion résiduelle ? → Examen clinique et IRM post-opératoire *(taille à ajouter à celle de la tumeur de découverte fortuite pour préciser le type de stadification)*

Stade IA1

- **Si emboles vasculaires : lymphadénectomie pelvienne laparoscopique + extemporané.**
  - pN0 : rien
  - **pN1 : curage aortique puis RTCT adaptée** à l'extension ganglionnaire
  - **Discuter colpectomie si anomalie de recoupe vaginale**

Stade IA2-IB1

- **Lymphadénectomie pelvienne + extemporané**
  - pN0 : proposer **colpectomie radicale** (laparoscopique/laparotomie), à défaut RT
  - pN1: **Curage aortique puis RTCT** adaptée à l'extension lymphatique

Stade IB2 et au delà

- **TEP TDM puis, selon état patiente: cf. protocole col avancé**

d) Surveillance post-thérapeutique

Les faits

- 90% des récidives surviennent au cours des deux premières années
- 75% des récidives sont découvertes à l'examen clinique
- Mauvaise rentabilité des frottis systématiques
- **Pas de contre-indication cancérologique à un traitement hormonal substitutif.**

La surveillance recommandée:

- Clinique seule, frottis facultative sauf si traitement conservateur
- Rythme : tous les 3-4 mois au cours des 2 premières années, puis tous les 6 mois jusqu'à la 5ème année
- Sur signes d'appel (sauf cas particuliers) :
    * IRM +/- ponction-biopsie scanno-guidée,
    * Marqueurs: SCC/CA125
    * Doute sur organicité d'une image profonde : TEP-TDM

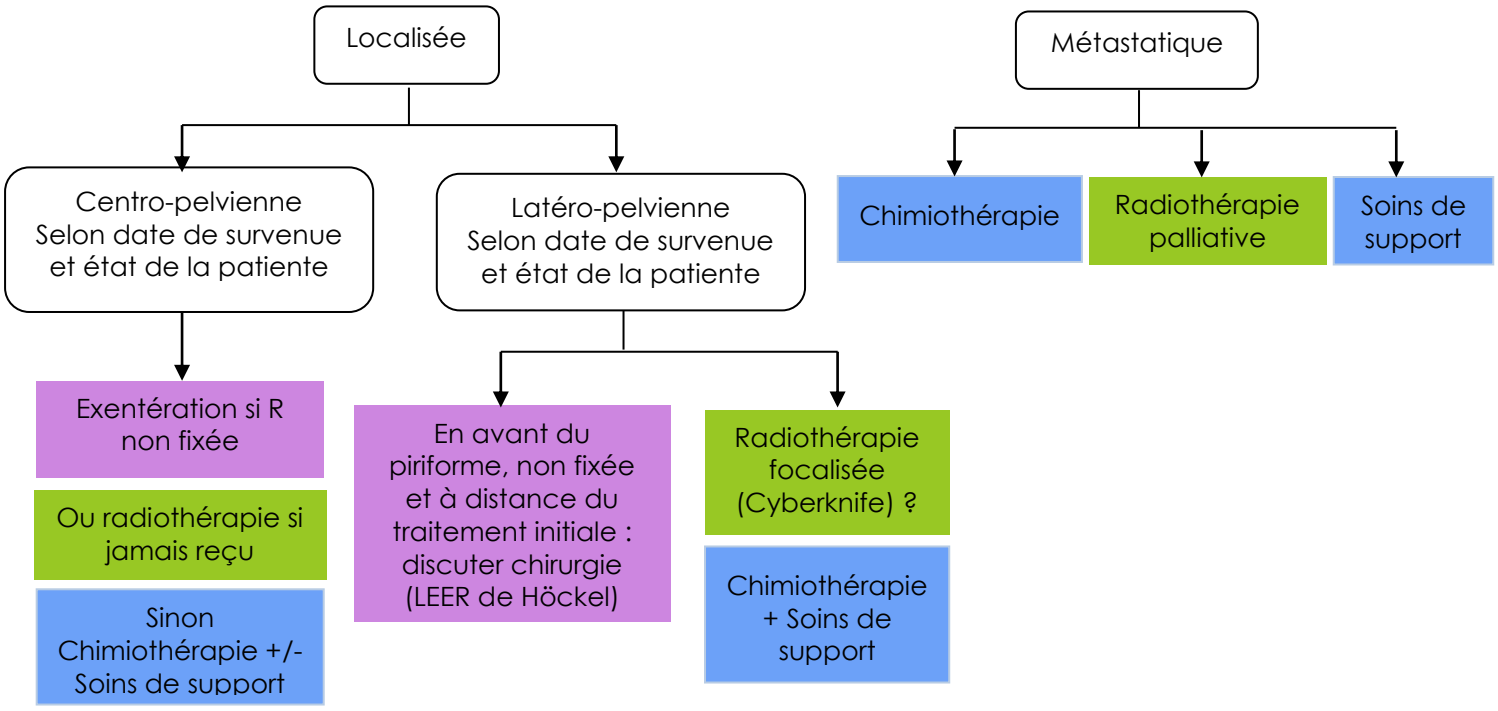
e) Récidive

Diagnostic

- Signes cliniques, élévation du marqueur (SCC/CA 125) à 2 dosages successifs ou imagerie selon symptômes

Bilan

- local :
    - IRM lombo pelvienne
    - Examen clinique sous anesthésie générale éventuelle si indication chirurgicale possible (chirurgien + radiothérapeute), ⇨ biopsies (Tru-cut®/Cervicore®)
    - cystoscopie, rectoscopie éventuelles selon aspect clinique
- local et à distance : TEP-TDM



f) Formes histologiques particulières

Sarcomes (avis de la RCP sarcomes)

- Bilan d'extension : TDM Thorax, (ou TEP-TDM à la demande ?)
- Rhabdomyosarcome: chimiothérapie puis RT
- Autre discuter chirurgie élargie d'emblée
    - A discuter si carcinose péritonéale
    - Chimiothérapie et/ou radiothérapie en fonction de l'extension et de l'histologique

Formes rares de meilleur pronostic

- Groupe épidermoide: carcinome verruqueux
- Groupe adenocarcinome: mucineux villoglandulaire, adénoïde basal

Formes rares de plus mauvais pronostic (avis RCP)

- Groupe épidermoide: Carcinome epidermoide basaloide
- Groupe glandulaire: carcinome papillaire séreux, mésonéphrique, adénoide kystique, mucineux à déviation minime (rechercher Peutz Jeghers)
- Groupe mixte : adénosquameux, carcinome à cellules vitreuses /glassy cell
- Neuroendocrine grandes ou petites cellules (NSE chromogranine)

Lymphome

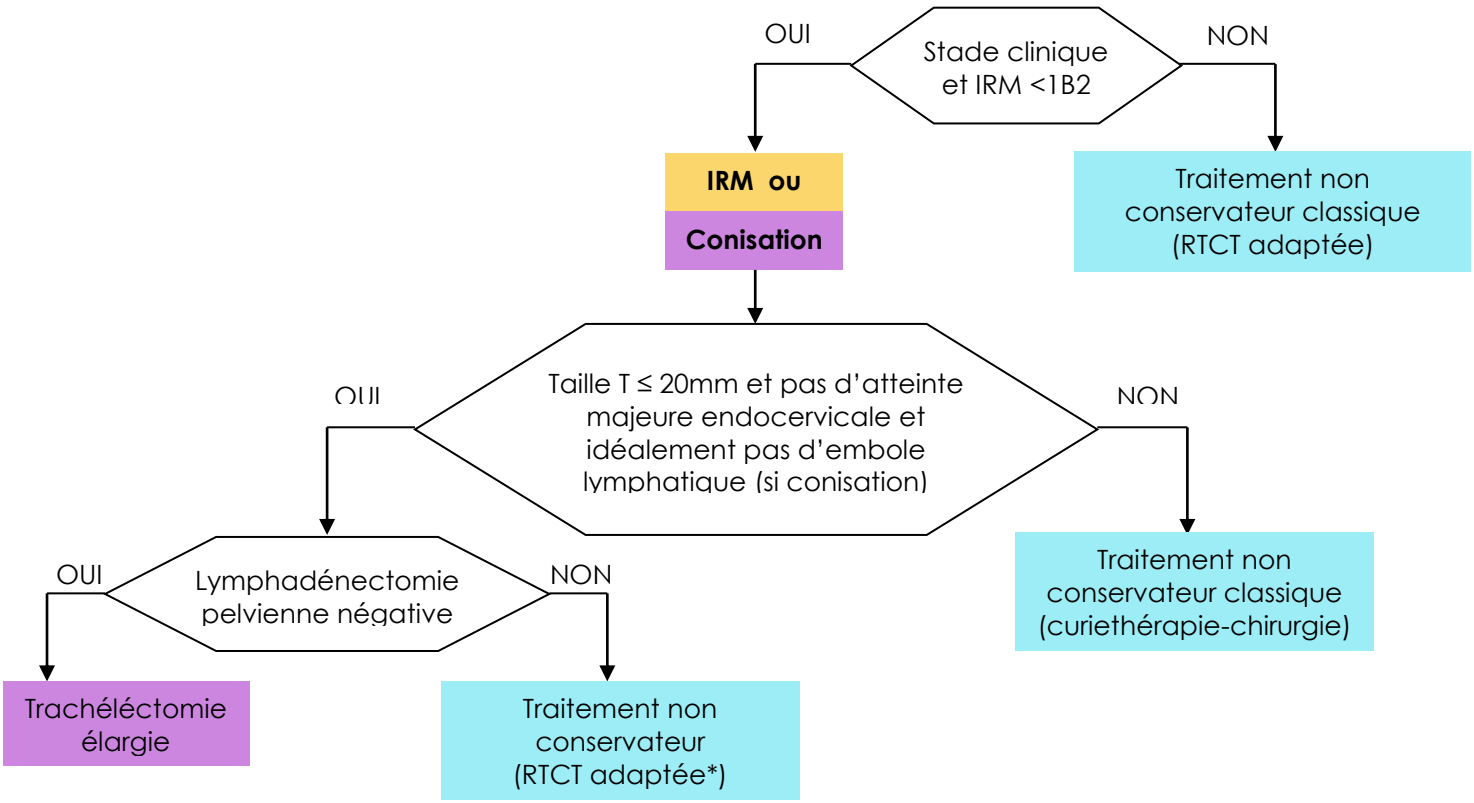
- Pas de chirurgie, chimiothérapie

g) Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer porteuse d'un cancer du col utérin précoce

Schneider A et al IJGC 2012

- Sélection des patientes
    - Pas d'infertilité connue
    - Carcinome épidermoïde ou glandulaire différencié (biopsie)
        - pas de carcinome neuroendocrine, indifférencié, adénosquameux, glassy cell ou sarcome
    - Stade IA2-IB1-IIA1 (clinique et IRM)
    - ≤ 20 mm de plus grande dimension idéalement sans embole lymphatique (IRM ou conisation)
    - Sans atteinte endocervicale importante (IRM ou conisation)
    - Sans atteinte ganglionnaire prouvée (lymphadénectomie pelvienne systématique)

Cf. Logigramme page suivante



* RTCT adaptée selon résultat de TEP-TDM et/ou curage lombo-aortique complémentaire

h) Cancer du col et grossesse

Les indications seront toujours posées au cas par cas en fonction du stade, du terme et du désir de grossesse ultérieur. Une RCP nationale est disponible (CH Tenon Paris, Tel: 01 56 01 60 19 / fax : 01 56 01 60 62, cancer.grossesse@tnn.aphp.fr)

Schématiquement

- Dysplasie (cf. ci-dessous) ou cancer micro-invasif : attendre le terme pour le traitement définitif
- Cancer invasif (cf. ci-dessous) : le protocole standard doit être respecté quel que soit le stade de la grossesse
    - Avant 5 mois (20 semaines) interruption de grossesse sauf indication de trachélectomie (discuter chimiothérapie néoadjuvante en attendant la maturité)
    - Après 5 mois, attendre la maturité fœtale : césarienne puis traitement

Dysplasie du col et grossesse

- Surveillance par colposcopie et fcv
- Pas de conisation : attendre accouchement
- Faire traitement local après retour de couches et contrôle colposcopique et biopsique

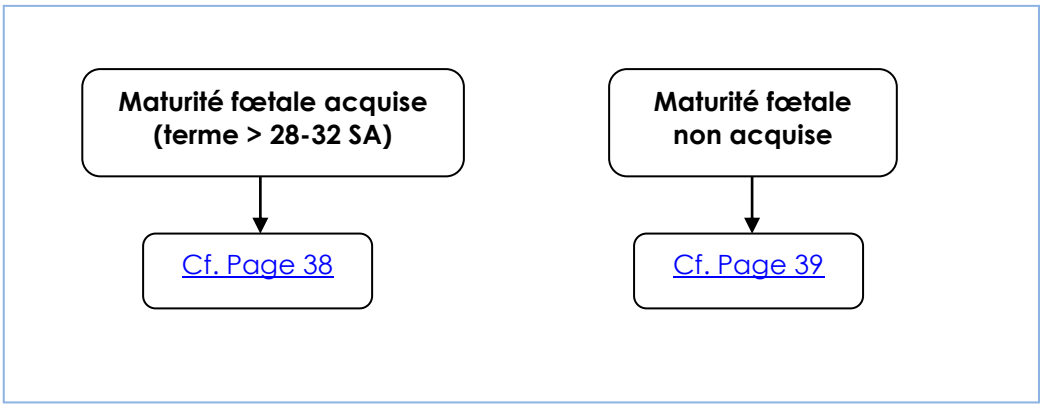
Retour au sommaire

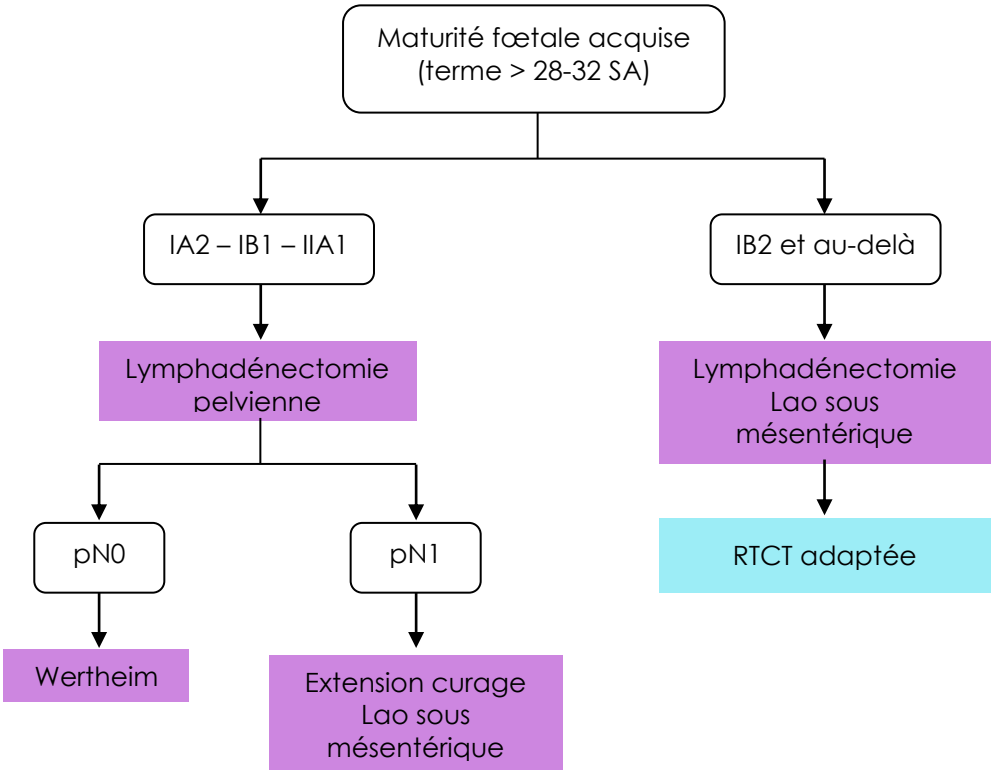
Recommandations col et grossesse

Histologie particulière (neuroendocrine par ex.)

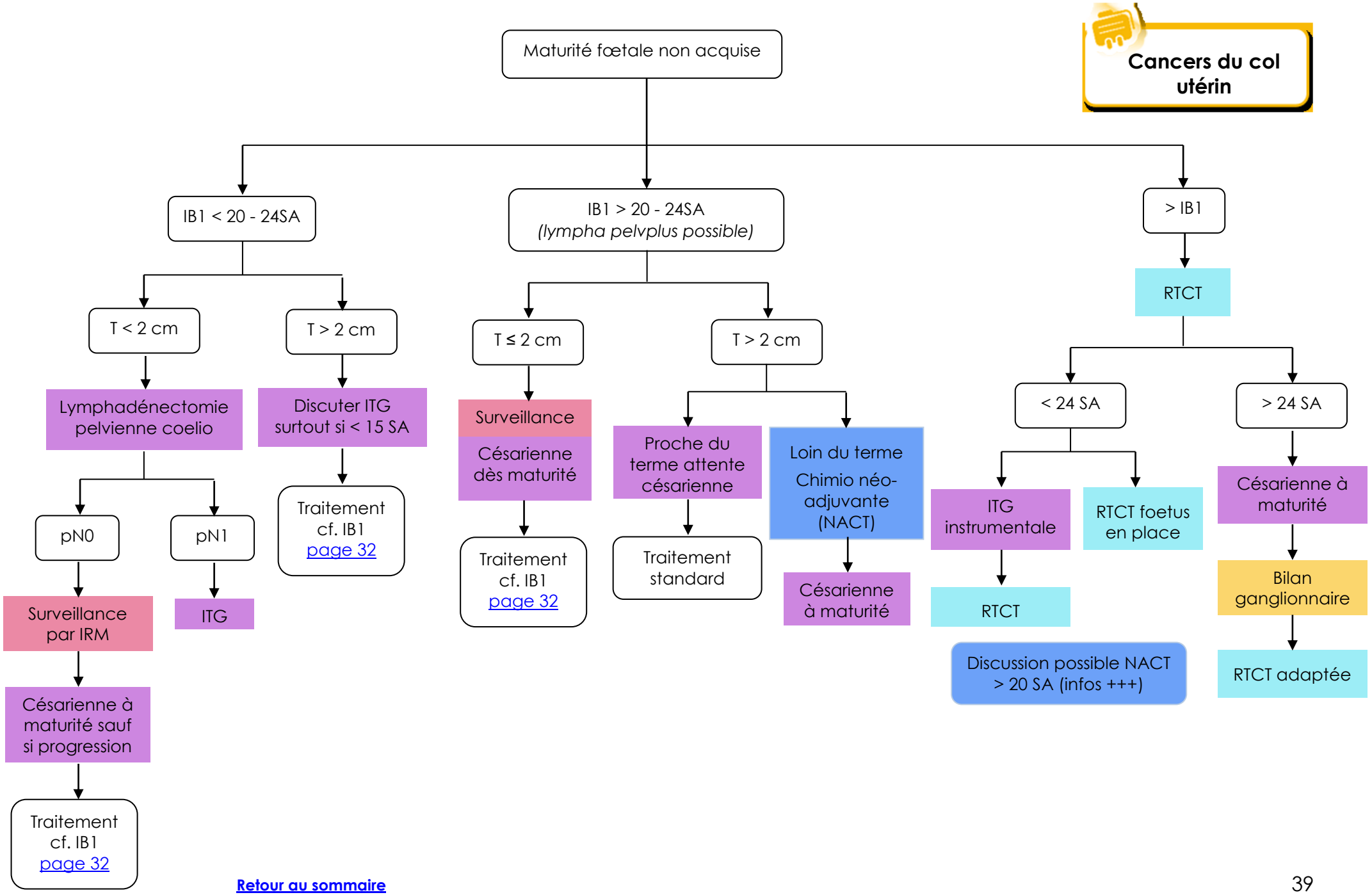
Source: Recommandations SFOG, SFCP, CNGOF. Gyn Obst Fertil, 2009: 37; 959-963

- Discussion au cas par cas
- Urgence carcinologique et grossesse non recommandée
- Nécessité de décision prise par RCP de recours spécialisée (site dédié (cf. plus haut)





Retour au sommaire



Retour au sommaire

X. CANCERS DU CORPS UTÉRIN

A. ENDOMETRE

a) Bilan initial

Examen clinique: contexte gestationnel ?, ex gynécologique (spéculum TV TR), loco-régional et général → approches thérapeutiques

Histologie : carcinome type 1 endométrioïde (grade 1, 2 ou 3); type 2 non endométrioïde (séreux, cellules claires, carcinosarcome) prouvé par histologie obtenue par :

- Biopsie d'endomètre (BE) à la pipelle de Cornier
- Hystéroscopie-curetage sous AG si BE impossible ou discordance imagerie-BE
- Associer de principe des Frottis cervico-vaginaux

Biologie :

- CA 125 → si élevé: suspecter atteinte associée ganglionnaire/ovarienne/péritonéale

Imagerie :

- **Initiale : Echographie** abdomino-pelvienne + transvaginale +/- doppler +/- hystérosonographie (si doute polype)
- **D'extension : IRM abdomino-pelvienne (séq T2, T1, + gadolinium dynamiques, +/- diffusion** → approches thérapeutiques
  - Taille tumorale + Profondeur d'infiltration myométriale, atteinte de l'isthme
  - Atteinte extra utérine : ovarienne, ganglionnaire, foie, abdomen
  - Etat des voies excrétrices
- Stade avancé / type 2 : TEP TDM pour rech métastases

Bilan d'opérabilité: consultation préanesthésique → approches thérapeutiques

Décision traitement selon stade clinique, risque de récidive et type histologique

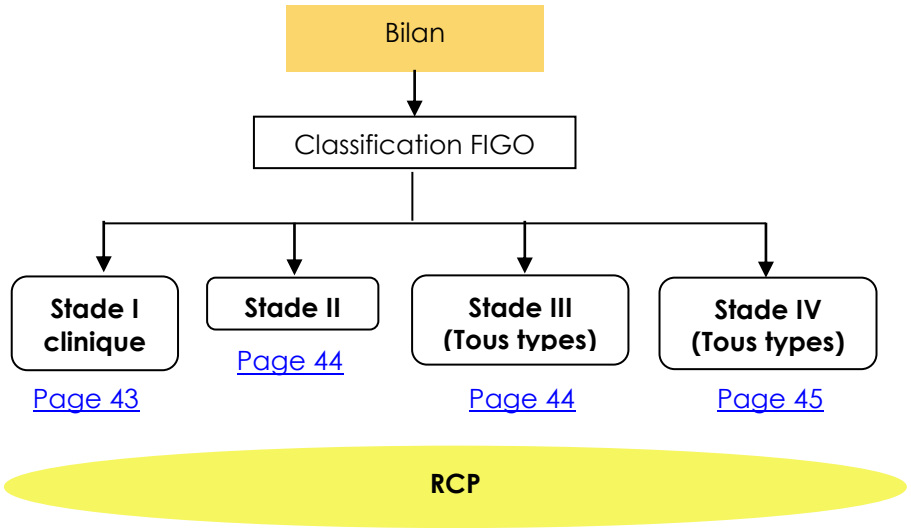
Retour au sommaire

b) Classification clinique FIGO

(Source FIGO 2014 IJGO 2014,125, 97-98)

Stade I	**Localisé à au corps utérin (endométrioïde, non endométrioïde)**
IA G 1,2,3	Infiltration ≤ ½ épaisseur myomètre
IB G 1,2,3	Infiltration > ½ épaisseur du myomètre
Stade II G 1,2,3	**Invasion du stroma cervical sans extension au delà de l'utérus**
Stade III	
IIIA G 1,2,3	Atteinte séreuse, et/ou de l'annexe
IIIB G 1,2,3	Métastase(s) vaginale(s) ou atteinte paramétriale
IIIC G 1,2,3	Métastase(s) ganglionnaire(s) pelvienne(s) ou paraaortique(s)
IIIC1	Ganglions pelviens positifs
IIIC2	Ganglions paraaortiques positifs avec ou sans pN1 pelvien
Stade IV	
IVA	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

Grading histologique
G 1 : <=5% de cellules non glandulaires ni morulaires
G 2 : 6-50% de cellules non glandulaires ni morulaires
G 3 : > 50% de cellules non glandulaires ni morulaires



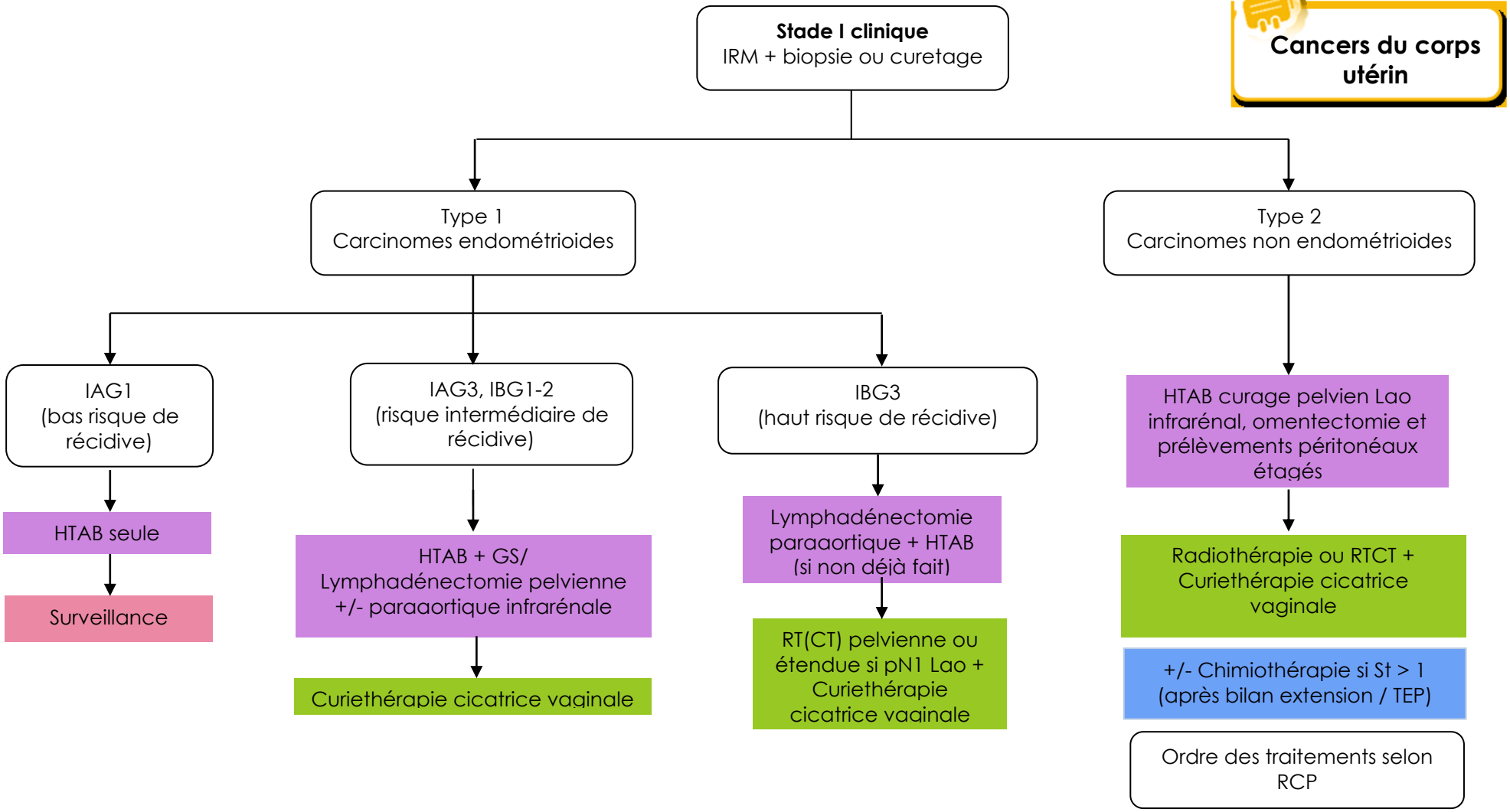
c) Principes thérapeutiques

Patiente opérable

- Stades précoces: abord par laparoscopie +/- assistance robotisée
  Sauf contre indications
  - Générales (insuffisance cardiaque ou respiratoire majeure, troubles neurologiques etc., ...)
  - Après tentative : carcinose, adhérences ou obésité majeure incompatible avec la chirurgie prévue
  - CI à l'extraction vaginale: risque/nécessité de morcellement (atteinte séreuse, fibrome, volumineuse lésion)
- Stades avancés et/ou contre-indication à la laparoscopie: laparotomie ou voie vaginale exclusive

Patiente inopérable: discuter

- Radiothérapie exclusive: externe ou curiethérapie endocavitaire
- Hormonothérapie si RH positifs: acétate de mégestrol, antiestrogènes
- Soins de support

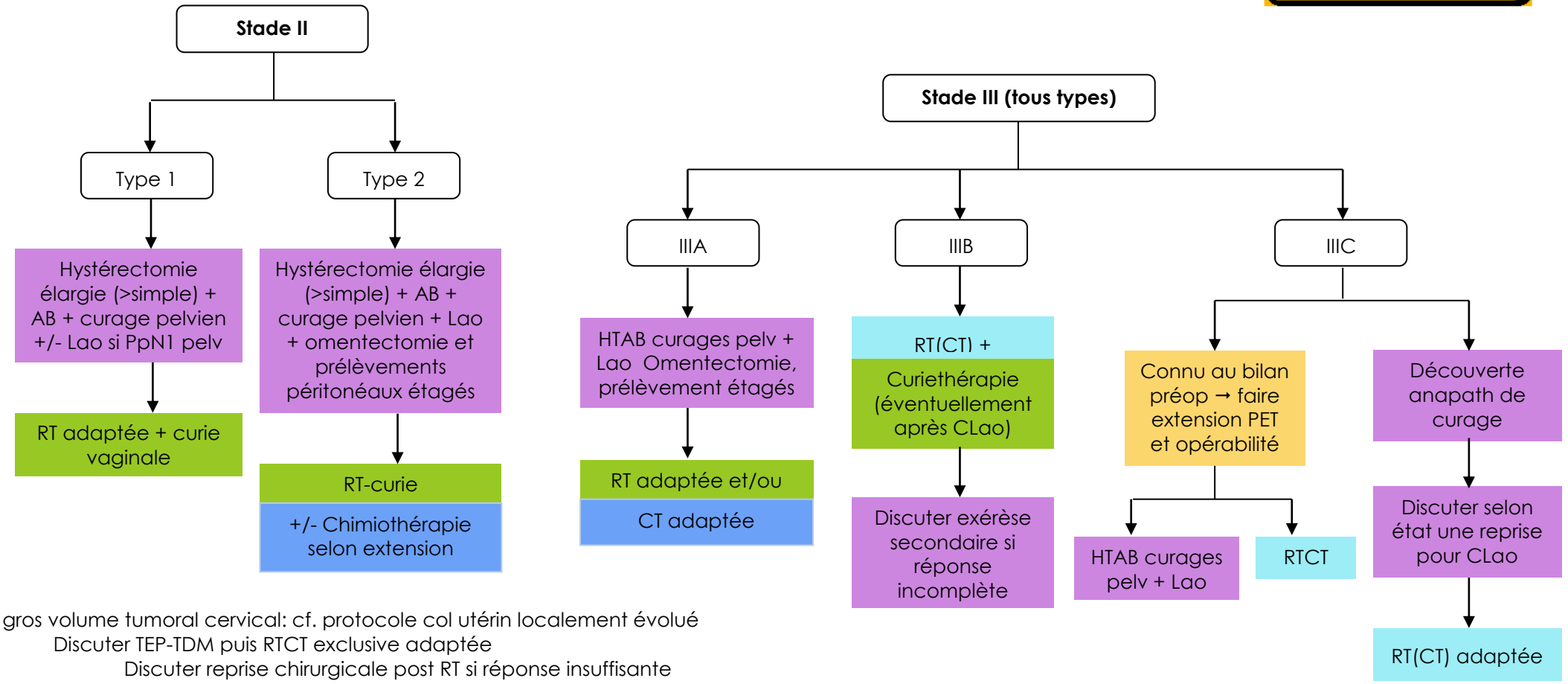


Rediscuter la PEC en RCP selon résultats anat path définitifs :

Changement de type/sous-stade ou présence d'embole sur pièce d'HT (= haut risque => discuter chirurgie de restadification)

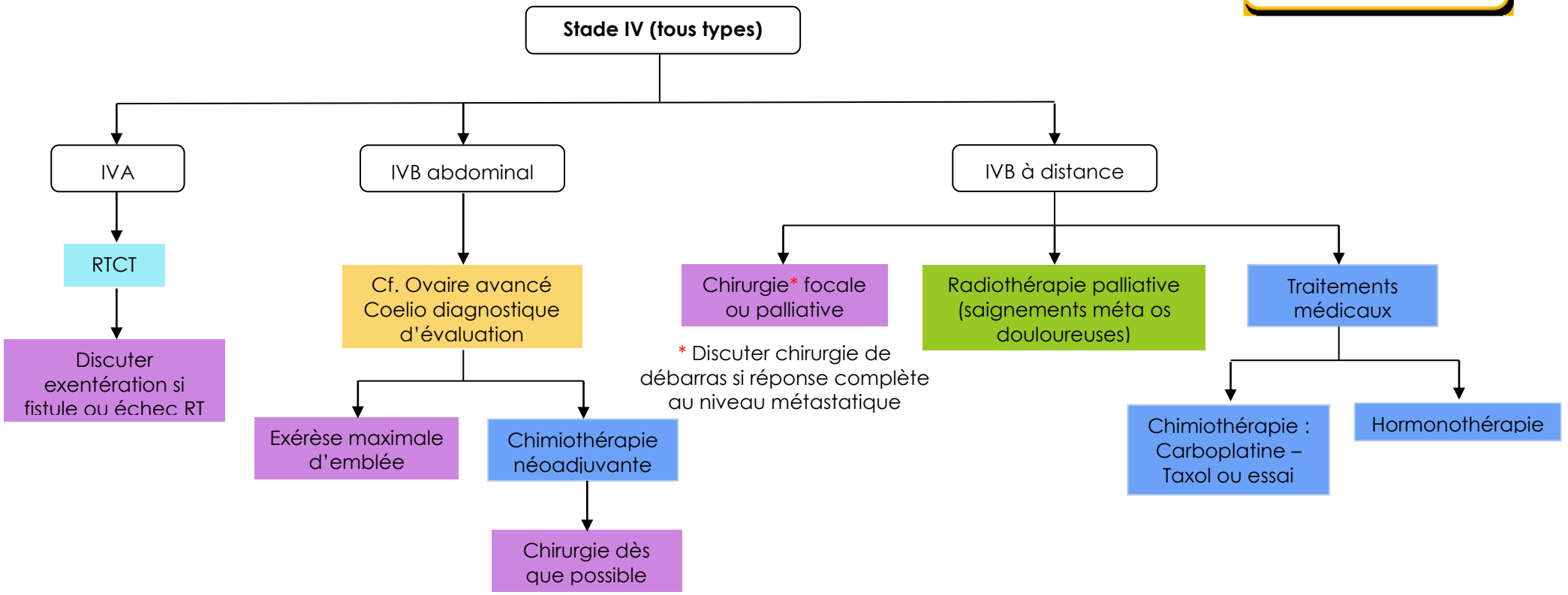
Retour au sommaire

Cancers du corps utérin



Si gros volume tumoral cervical: cf. protocole col utérin localement évolué
Discuter TEP-TDM puis RTCT exclusive adaptée
Discuter reprise chirurgicale post RT si réponse insuffisante

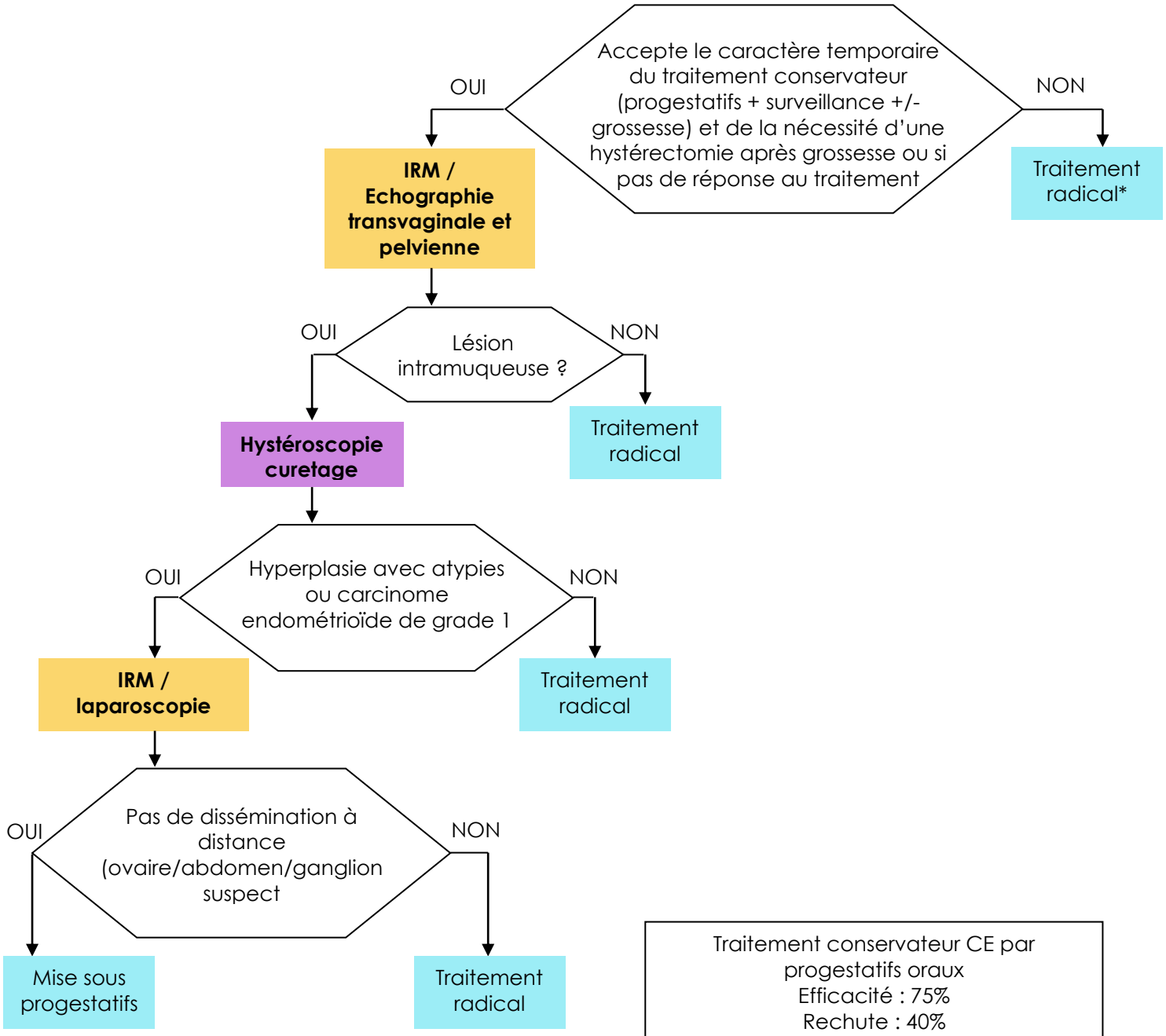
Retour au sommaire



Retour au sommaire

d) Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer porteuse d'un cancer de l'endomètre précoce ou d'une hyperplasie endométriale avec atypies

D'après les recommandations ESMO ESTRO Colombo et al IJGC 2016



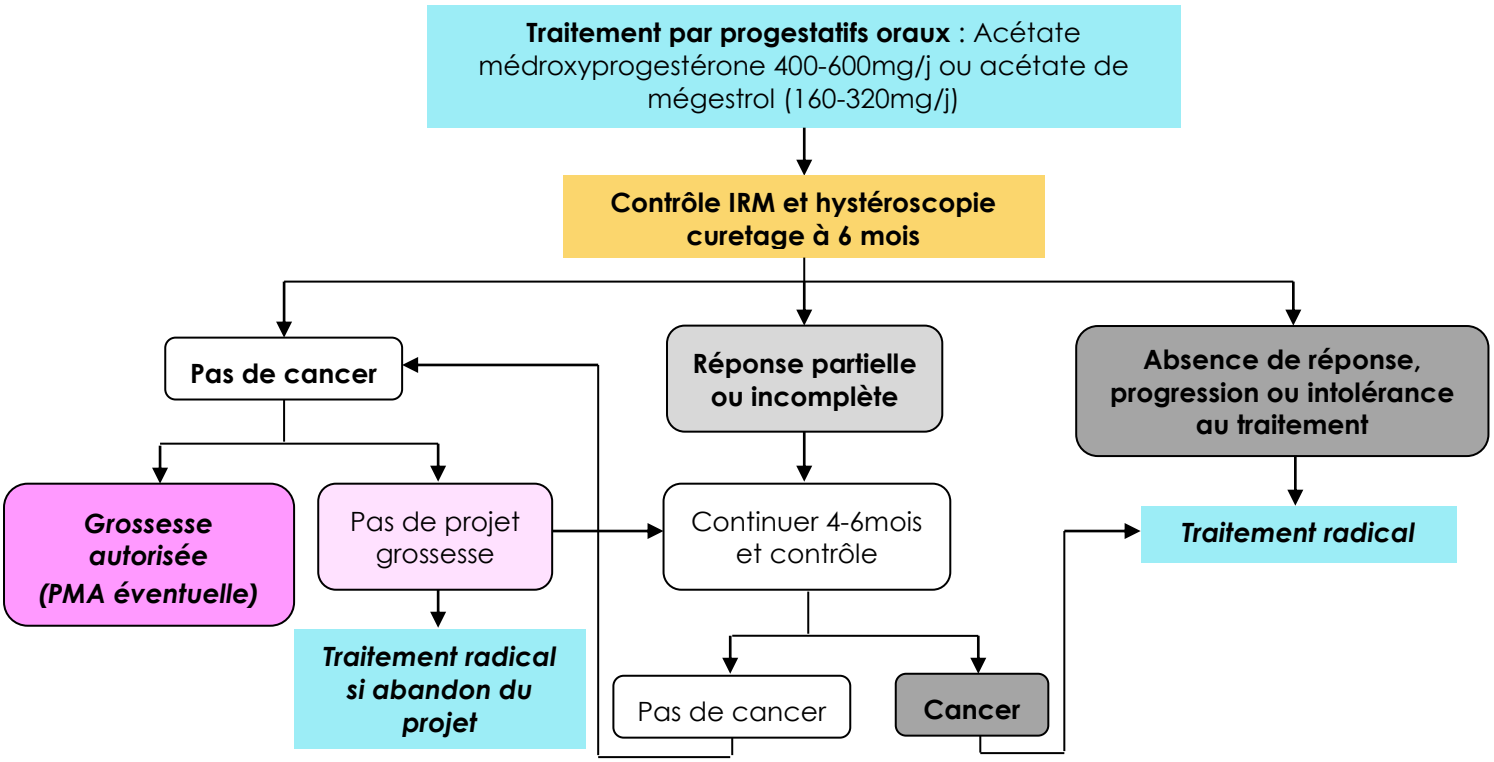
Traitement conservateur CE par progestatifs oraux
Efficacité : 75%
Rechute : 40%
Grossesse : 28% - 39% si AMP
(Gallos et al AJOG 2012)

Traitement radical = HTAB mais préservation ovarienne à discuter si pas de risque génétique **(syndrome de Lynch)**

Retour au sommaire

Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer avec carcinome endométrial / hyperplasie atypique sans contre-indication à un traitement conservateur

D'après les recommandations ESMO ESTRO Colombo et al IJGC 2016



+ Rechercher syndrome de Lynch

e) Surveillance post-thérapeutique

Recommandations INCa – SFOF endomètres 2010

Les faits

- Les récidives surviennent surtout dans les 2 premières années
- Pronostic équivalent entre dépistage pré-symptomatique et découverte de la récidive lorsqu'elle est devenue symptomatique
- Frottis vaginaux et radiographies de thorax systématiques sont peu rentables

La surveillance recommandée

- Clinique **seule (spéculum+ TV+TR)**
  - Autres examens sur signe d'appel
- Rythme : 3 à 4 fois par an dans les deux premières années, 2 fois par an jusqu'à la cinquième année
- Pas de CI à THS oestrogénique pur < 50ans; au-delà mêmes CI que pop générale

Si avant 50 ans ou tout âge mais contexte de syndrome de Lynch: recherche phénotype MSI sur la pièce d'hystérectomie

f) Récidives

Locale

- Selon le cas : radiothérapie, curiethérapie, chirurgie (localisée, exentération pelvienne) après bilan TEP TDM

A distance

- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Soins de support

A discuter selon les cas

B. SARCOMES UTÉRINS

a) Classification histologique des sarcomes

Origine muqueuse : endometrial stromal sarcoma (ESS) = sarcome du chorion cytogène et adénosarcomes

- ESS de bas grade = myose stromale endolymphatique (15-20%)
- ESS de haut grade ou indifferencié (10-20%)
- Adénosarcomes (5%)

Origine fibre musculaire lisse : Léiomyosarcome (LMS): 60% des sarcomes

- agressivité en fonction du nombre de mitoses / grand champ (à préciser)/% nécrose/ atypies nucléaires
    - Difficultés diagnostiques : léiomyomes cellulaires, léiomyomatose intraveineuse, léiomyomatose péritonéale disséminée, léiomyome métastasiant bénin, STUMPS (relecture spécialisée anat path possible)

A part = carcinosarcome (= anciens mixed mullerian sarcoma MMS) Ne sont plus des sarcomes → mais en fait dédifférenciation des carcinomes endométrioïdes peu différenciés (cf. traitement par protocole endomètres type 2)

b) Classification clinique FIGO

(Source FIGO classification update : IJGO 2009 ;104,179)

Léiomyosarcomes : stadification générale conventionnelle

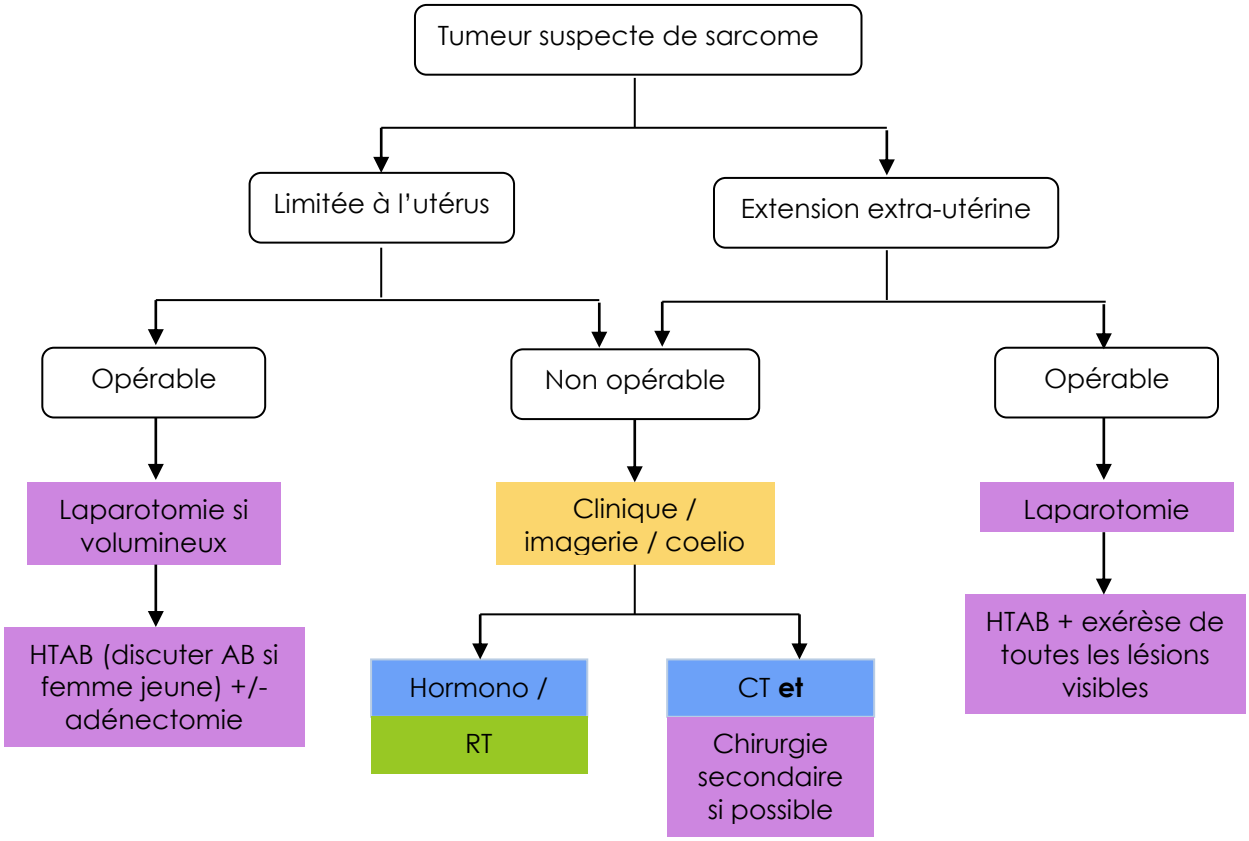
Stade I	**Tumeur limitée à l'utérus**
IA	≤ 5cm
IB	> 5cm

Stade II	**Extension au pelvis**
IIA	Atteinte annexielle
IIB	Extension pelvienne au-delà de l'utérus et des annexes
Stade III	**Envahissement de l'abdomen**
IIIA	1 site
IIIB	> 1 site
Stade IV	
IVA	Atteinte vessie / rectum
IVB	Métastases à distance

Endométriaux et adénosarcomes

Stade I	**Limitée à l'utérus**
IA	Limitée à muqueuse endomètre ou endocol
IB	Atteinte myomètre ≤ ½ épaisseur
IC	Atteinte myomètre > ½ épaisseur
Stade II	**Tumeur étendue au pelvis**
IIA	Atteinte annexielle
IIB	Extension aux tissus pelviens
Stade III	**Invasion des tissus abdominaux**
IIIA	1 site
IIIB	> 1 site
IIIC	Atteinte ganglionnaire pelvienne et/ou paraaortique
Stade IV	
IVA	Atteinte vessie ou rectum
IVB	Métastases à distance

c) Principes thérapeutiques



…ensuite → RCP +/- relecture des lames	ESS BG	ESS HG ou LMS
Stade 1	Surveillance ou hormonothérapie (*Depo-prodasone ®, Megace®, antiaromatases, inhib LHRH)*	Surveillance ou RT ou CT
Stade 2 – 3	Hormonothérapie +/- RT	RT ou CT
Stade 4		Chimio +/- RT palliative

C. TUMEURS TROPHOBLASTIQUES

a) Classification clinique FIGO

Stade 1	**Maladie confinée à l'utérus**
Stade 2	**Extension en dehors de l'utérus mais limitée au structures génitales (annexes, vagin, ligament large)**
Stade 3	**Extension pulmonaire avec ou sans atteinte génitale connue**
Stade 4	**Tout autre site métastatique**

b) Mole hydatiforme

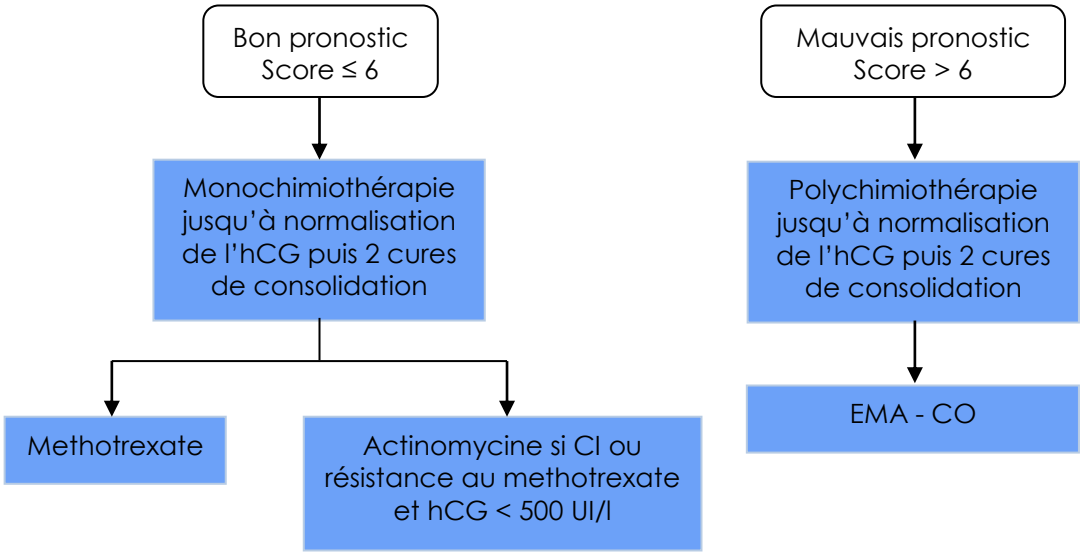
- **Suspectée sur données cliniques, échographiques et ßhCG**
- **Aspiration-curetage suivis d'ocytociques en perfusion**
  - Contraception orale pendant 6 mois
- **Surveillance de béta hCG** :
  - Surveillance hebdomadaire
  - Normalisation en moins de 8 semaines
    - 1 dosage /15j pendant 2 mois puis 1 fois /mois pendant 6 mois
  - pas de normalisation après 8 semaines = maladie trophoblastique
    - Bilan TDM TAP et établissement du score WHO: score ≤ 6; score > 6
- Déclaration au centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon

c) Score pronostique WHO – FIGO des maladies trophoblastiques gestationnelles

Classification pronostique FIGO 2000

	0	1	2	4
Age	< 40	≥ 40	-	-
Dernière grossesse	Mole	Avortement	A terme	-
Délai en mois depuis la dernière grossesse	< 4	4 - 6	7 - 12	> 12
hCG sérique préthérapeutique	$< 10^3$	10^3-10^4	10^4-10^5	$> 10^5$
Diamètre tumoral maximal (utérus compris)	< 3 cm	3 - 4 cm	≥ 5 cm	-
Site métastatique	Poumon	Rate, rein	Gastro-intestinal	Foie, cerveau
Nombre de métastases	-	1 - 4	5 - 8	> 8
Echec antérieur de chimiothérapie	-	-	Drogue unique	≥ 2 drogues

d) Traitement des maladies trophoblastiques gestationnelles



- Surveillance 12 mois après normalisation sous contraception
- Chirurgie si tumeur du site d'implantation

A discuter si persistance d'une lésion isolée

XI. CANCERS ANNEXIELS

Cancers annexiels

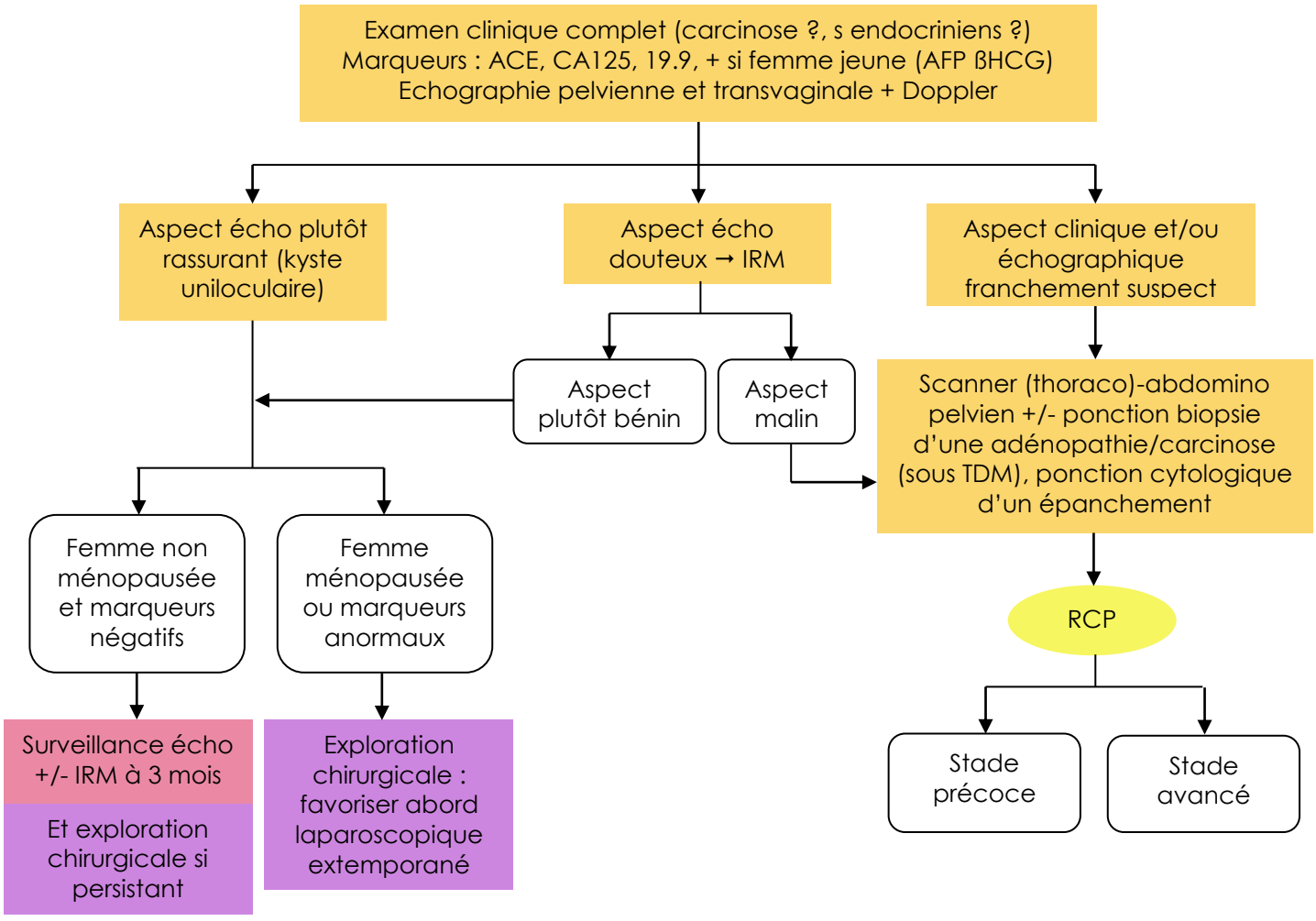
TUMEURS EPITHELIALES (carcinomes):

* INVASIVES:
  - TT primaire: stade précoce, stade avancé
  - Récidive
  - Formes rares: bas grade séreux, cellules claires, carcinosarcomne, petites cellules
* FRONTIERES: bilan, stade I, cas particulier; stade II III, récidive
* pendant la GROSSESSE

TUMEURS NON EPITHELIALES:
T. germinales : classification, sans marqueurs, avec marqueurs
T. des cordons sexuels et métastatiques

TUMEURS DE TROMPE: classification, traitement

a) Bilan initial



Retour au sommaire

b) Classification clinique FIGO

Prat J and FIGO committee on gynecologic oncology,
Int J Gyn Obstet, 2014, 124(1), 1-5

Ovaire :

Stade I	**Limité aux ovaires**
IA	Un ovaire sans implant+ exokystique, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
IB	Deux ovaires, sans implant+ exokystique, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
IC	
IC1	Rupture chirurgicale
IC2	Rupture capsulaire avant chirurgie ou tumeur à la surface de l'ovaire
IC3	Ascite ou cytologie péritonéale positive
Stade II	**Limité au pelvis**
IIA	Atteinte de l'utérus ou des trompes
IIB	Atteinte d'autres tissus pelviens
Stade III	**Atteinte péritonéale abdomino-pelvienne ou ganglionnaire**
IIIA	Extension microscopique du péritoine ou ganglionnaire
IIIA1	N+ isolé(s): IIIA1(i) N≤10mm; IIIA1(ii): N>10mm
IIIA2	Atteinte périt microscopique +/- N+
IIIB	Implants péritonéaux ≤2cm +/- N+
IIIC	Implants péritonéaux > 2 cm +/- N+
Stade IV	**Métastase parenchymateuse, épanchement pleural +**
IVA	Epanchement pleural+
IVB	Métastase parenchymateuse rate ou foie ou à distance (y compris ganglions inguinaux, médiastinaux, ...)

c) Classification histologique WHO

- **Tumeurs épithéliales (Carcinomes) invasives**

Tumeurs de type 1, tumeurs de type 2 (Kurman et al 2010)

Carcinomes de haut grade séreux
Carcino-sarcome (anciennes tumeur müllerienne mixte)
Carcinome endométrioïde de haut grade
Carcinomes indifférenciés
Carcinomes endométrioïdes
Carcinomes séreux de bas grade
Carcinomes à cellules claires
Carcinomes mucineux de type intestinal/endocervical à forme infiltrante ou expansive
Carcinomes à cellules transitionnelles ou tumeurs de Brenner malignes

Formes rares de carcinome : carcinomes à petites cellules carcinomes neuroendocrines

- **Carcinomes frontières**

Séreux avec ou sans différenciation micropapillaire
Mucineux de type intestinal ou endocervical
Endométrioïde
A cellules claires
A cellules transitionnelles de Brenner

- **Tumeurs non épithéliales**

⇨ Tumeurs germinales malignes de l'ovaire (TGMO)

Non secrétantes : dysgerminomes, tératomes immatures, carcinome embryonnaire, polyembryome

Secrétantes : tumeur du sac vitellin (du sinus endodermique / yolk sac), choriocarcinome, formes mixtes, tératomes matures dégénérés (tumeur carcinoïde, goitre ovarien malin, carcinome épidermoïde…)

⇨ Tumeurs des cordons sexuels

Tumeurs de la granulosa (adulte ou juvénile)
Tumeur de Sertoli- Leydig et de Leydig
Gynandroblastome
Tumeurs des cordons avec tubules annulés
Tumeurs à cellules lipoïdiques
Formes mixtes

⇨ Sarcomes ovariens

- **Tumeurs métastatiques**

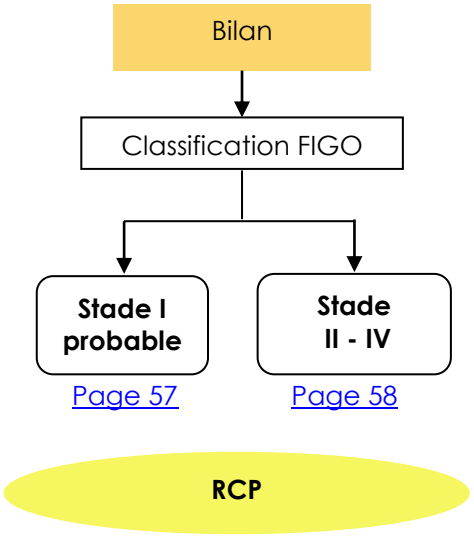
- **Lymphome ovarien**

Retour au sommaire

A. CARCINOMES INVASIFS

Carcinomes invasifs

1. Carcinomes séreux de haut grade (trompe, ovaire, péritoine, primitif)



a) Principes thérapeutiques

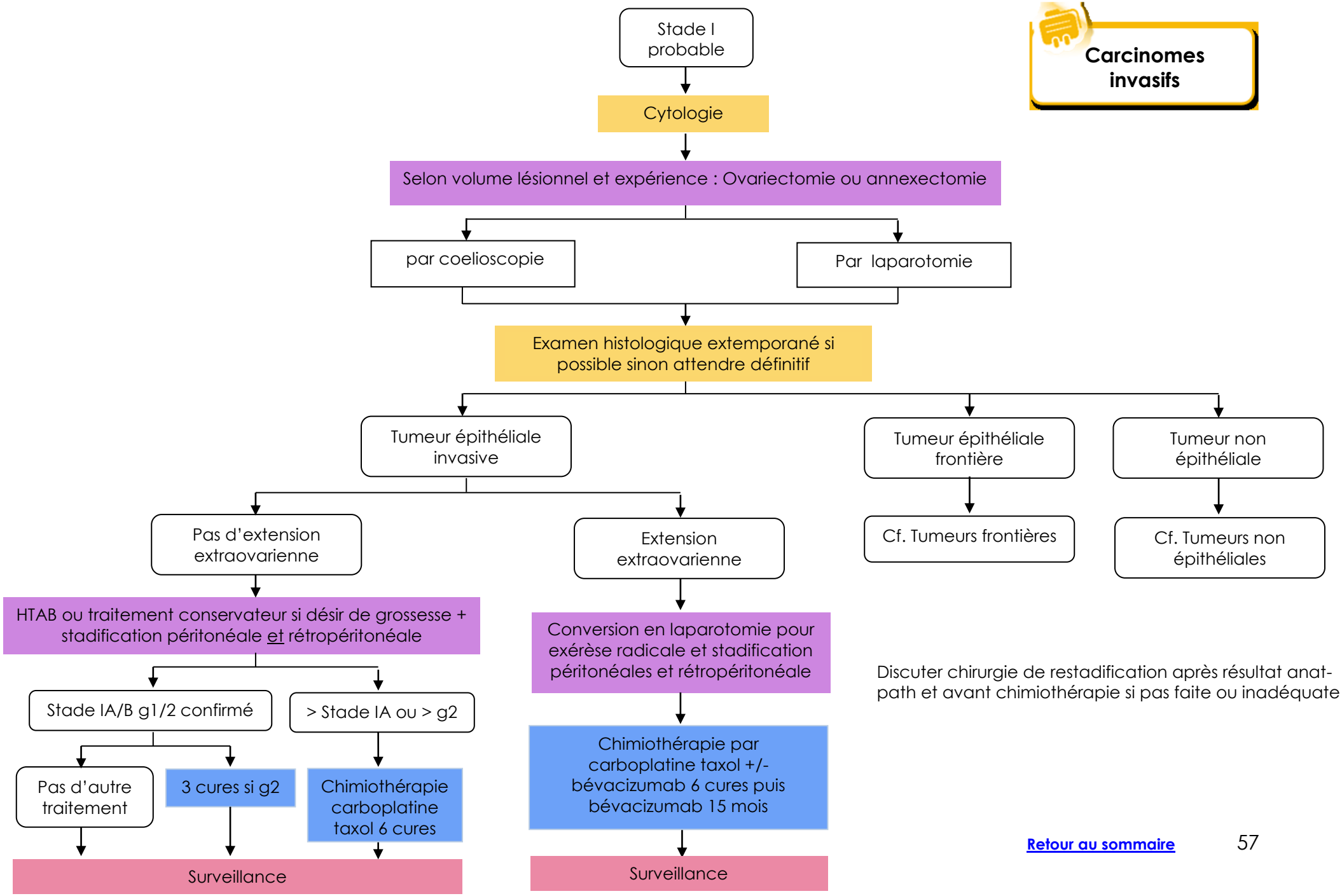
Chirurgie

- Objectif : exérèse macroscopiquement complète
  - D'emblée: toujours pour stades I-IIIB
    - Stades I : exérèse tumorale + exploration soigneuse + stadification complète péritonéale (HTAB, omentectomie prélèvements péritonéaux étagés, appendicectomie si mucineuse ou app. anormal) et rétro-péritoneale (curages pelviens bilatéraux et lombo-aortique bilatéral infrarénal)
    - Stade I possibilité de préserver la fertilité (garder l'autre ovaire si normal et l'utérus mais stadification idem)
  - A discuter d'emblée ou après chimiothérapie d'induction pour IIIC selon âge, état général, nutritionnel et état local et type tumoral.
  - Jamais d'emblée si St IV: 6 cures de chimiothérapie puis discuter exérèse si réponse

Chimiothérapie

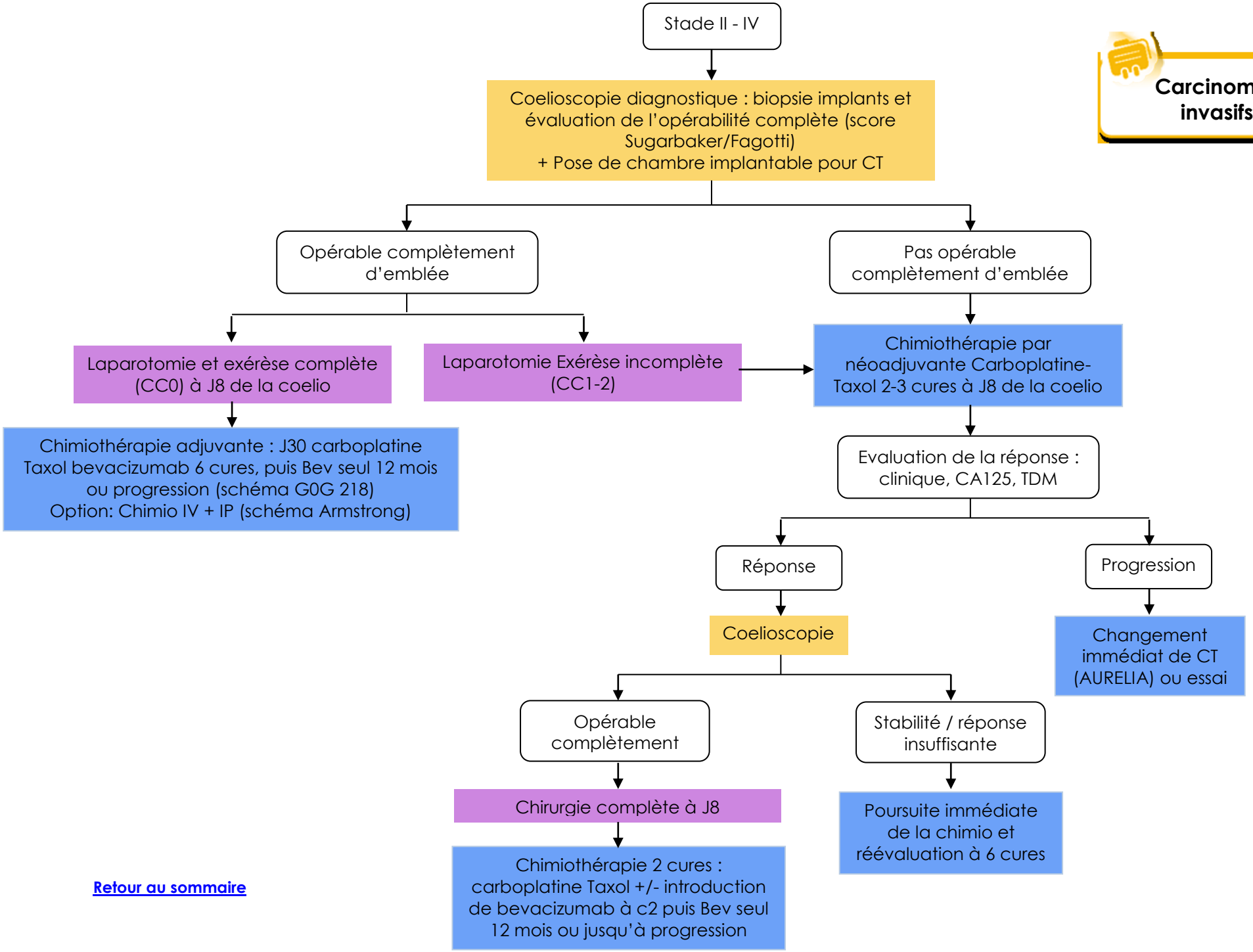
* Carboplatine AUC 5 taxol 175mg/m2/3h j1=j21 x6 cures
* Stade III surtout si résidu : intérêt anti-angiogéniques
* Essais nouvelles molécules et thérapies ciblées (ex PARPi)

Carcinomes invasifs



Discuter chirurgie de restadification après résultat anat-path et avant chimiothérapie si pas faite ou inadéquate

Retour au sommaire

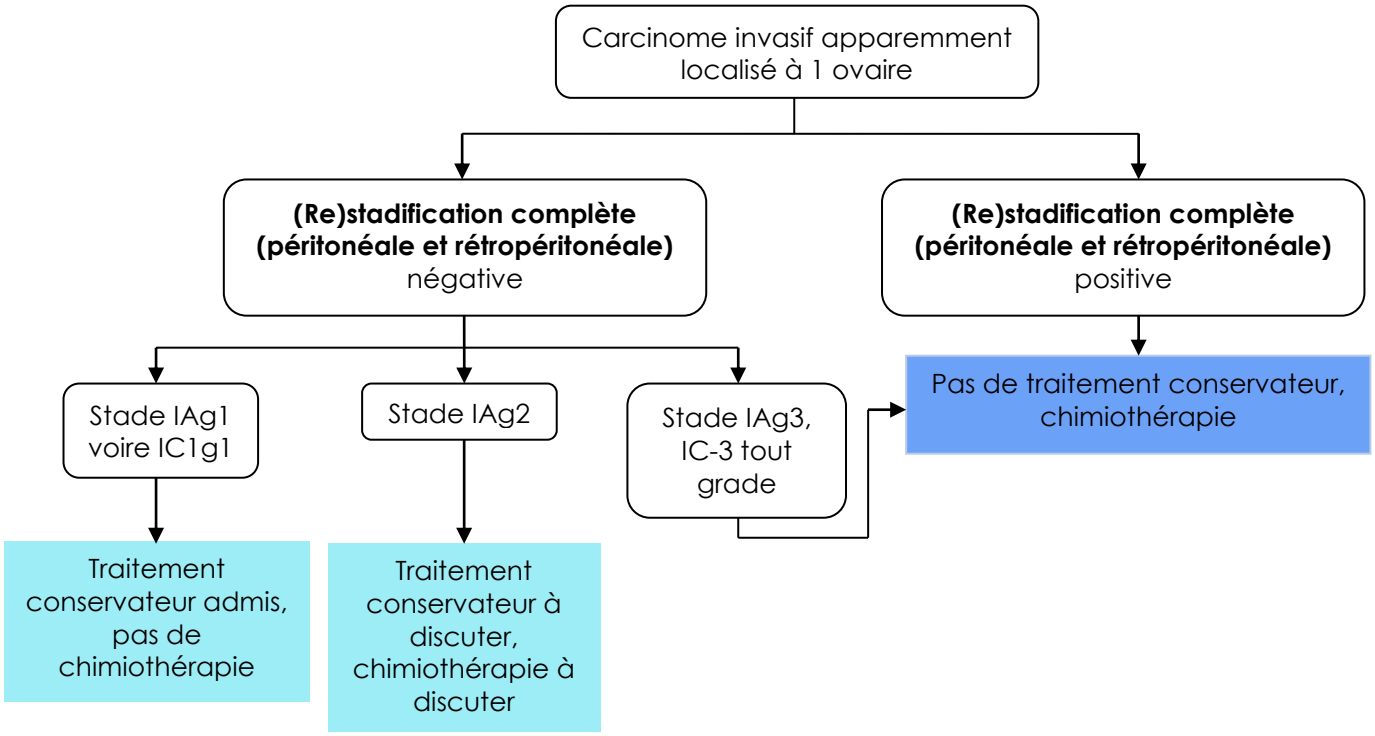


Retour au sommaire

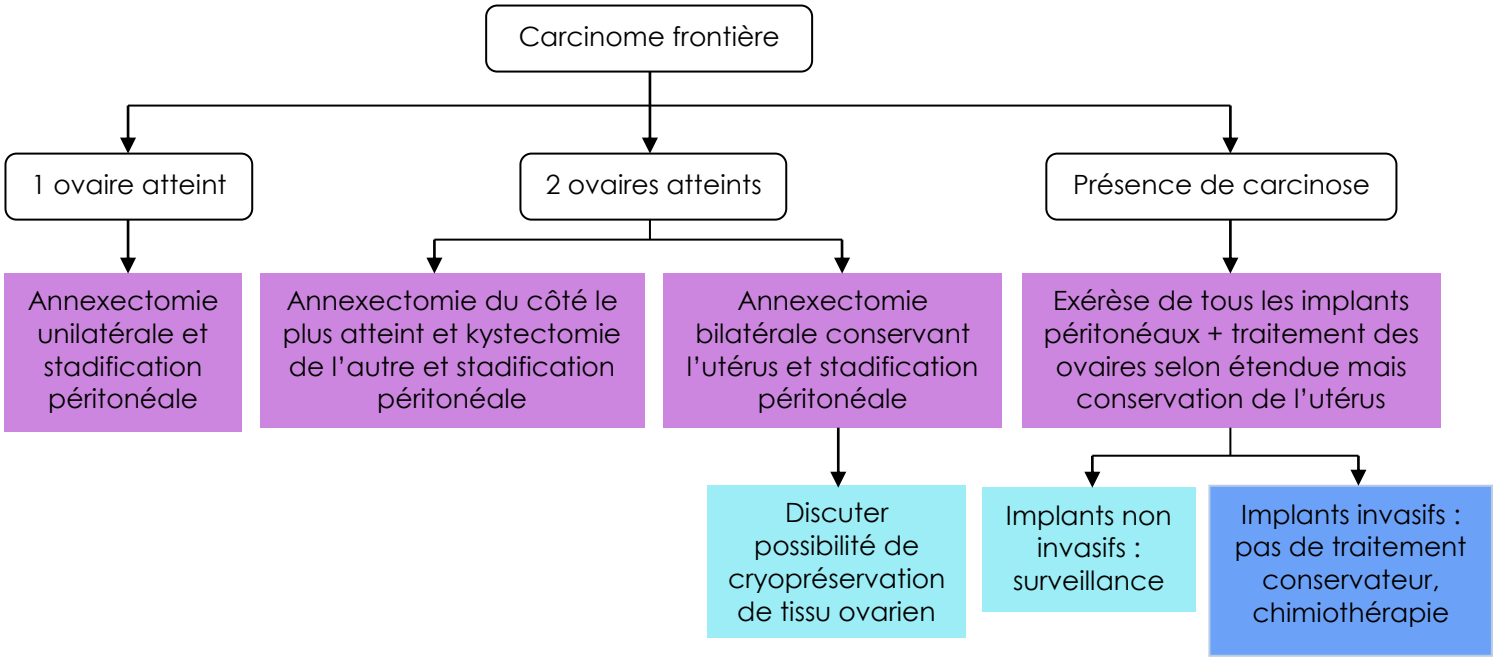
b) Préservation de la fertilité chez une femme en âge de procréer porteuse d'un cancer ovarien débutant

Effectuer une annexectomie diagnostiques +/- stadification péritonéale et attendre le résultat anatomopathologique définitif.

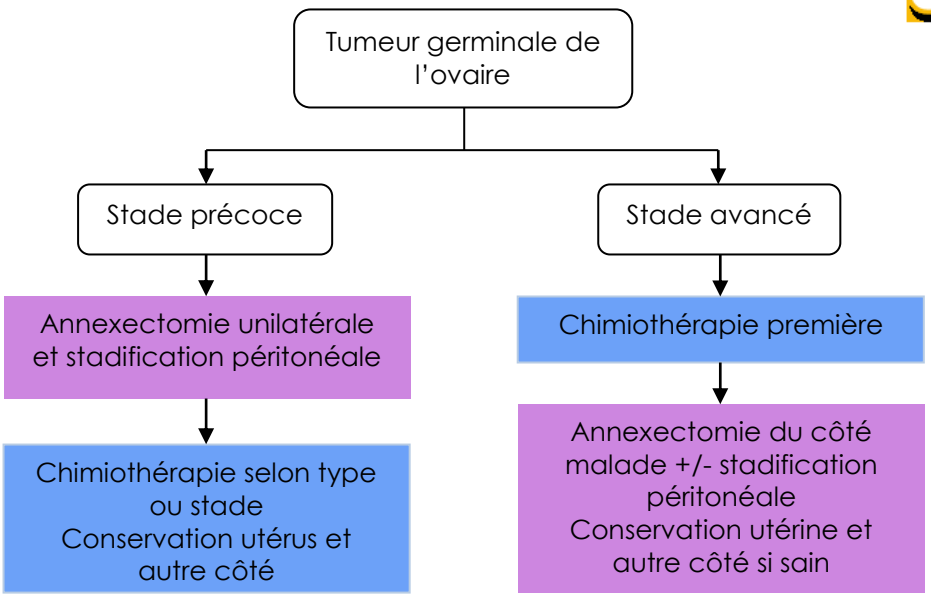
D'après Morice P et al IJGC 2011



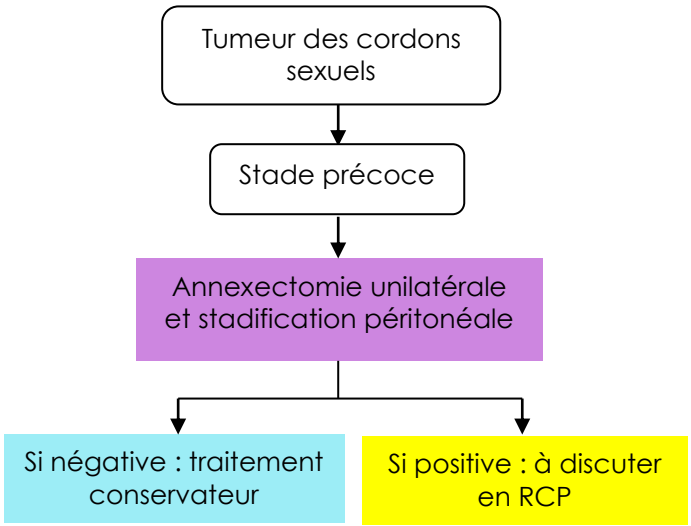
D'après Song et al IJGC 2011



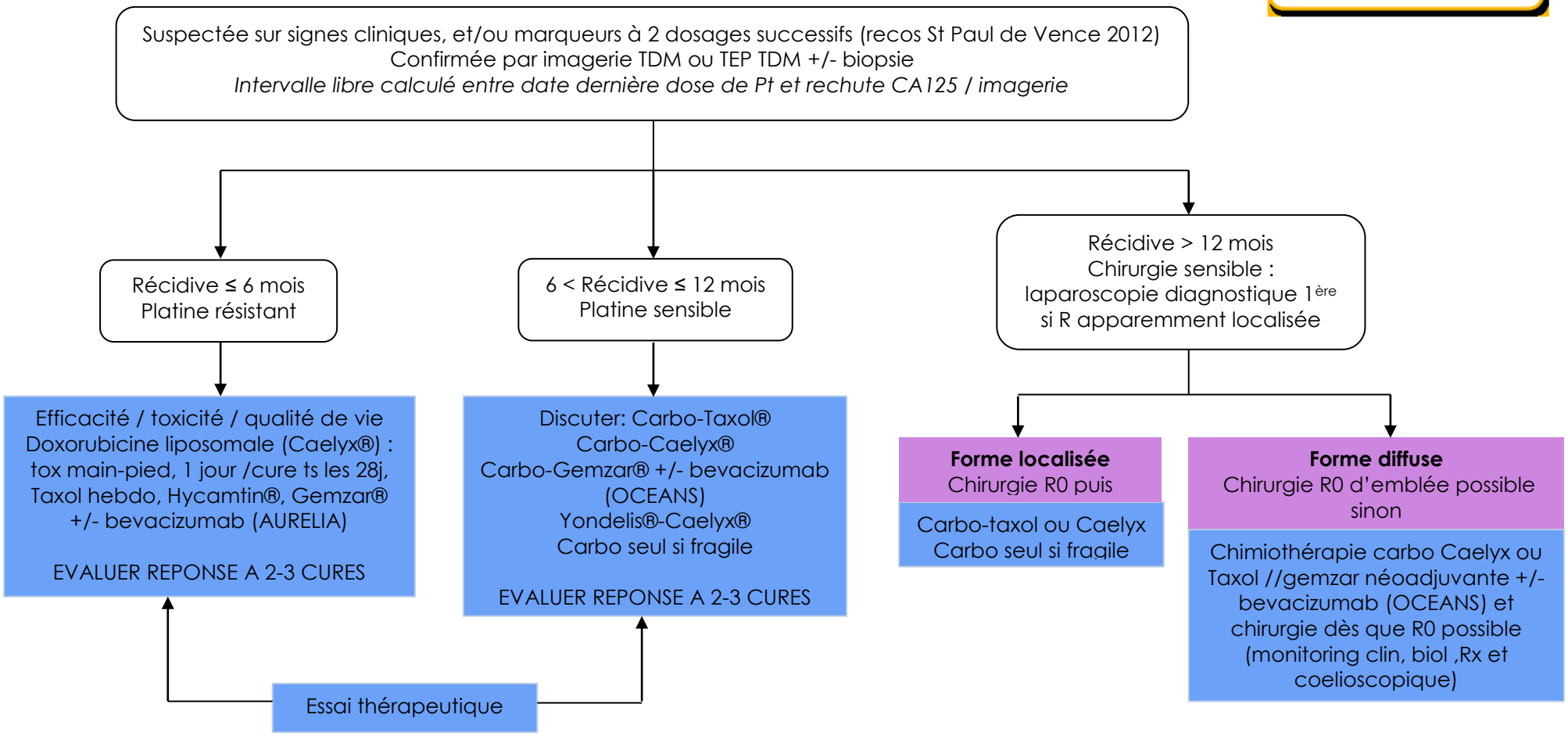
D'après Low JJH et al BP&RCOG 2012



D'après Colombo N et al JCO 2007



c) Récidive carcinome séreux de haut grade



Pas de standard pour la xième récidive: s'adapter en fonction du type de récidive / symptômes / délai du précédent TT/ tolérance des TT antérieurs/ état général → RCP discuter selon les cas : chirurgie / chimiothérapie / radiothérapie / soins de support

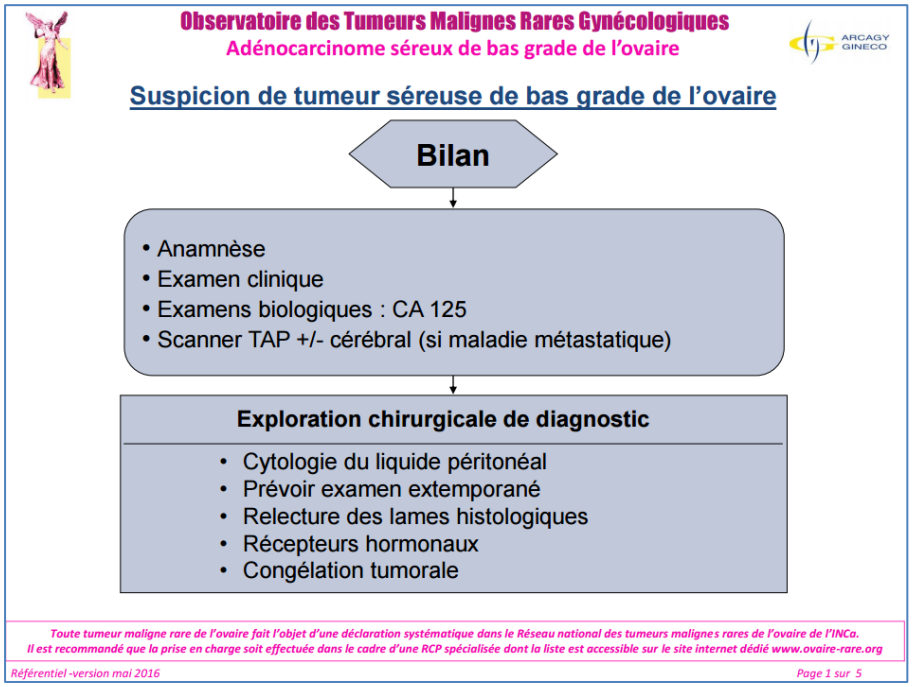
Retour au sommaire

2. Prises en charge des formes rares de carcinomes invasifs ovariens

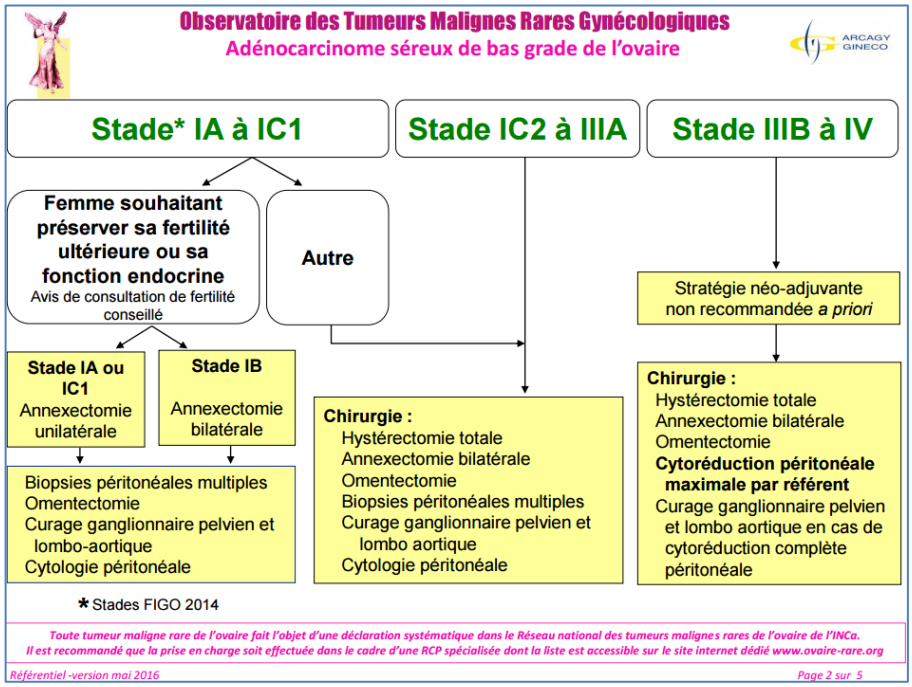
Protocoles nationaux 2014
Tumeurs rares : http://www.ovaire-rare.org

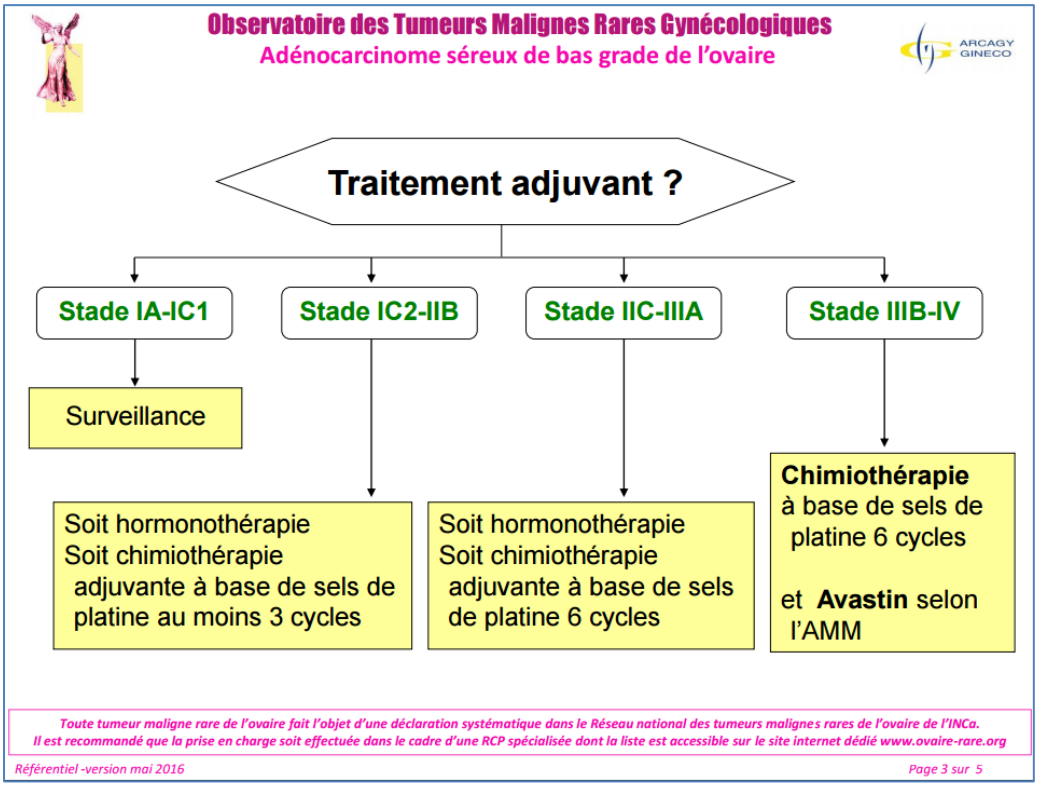
- ***Adénocarcinome séreux de bas grade de l'ovaire***

a) Bilan initial

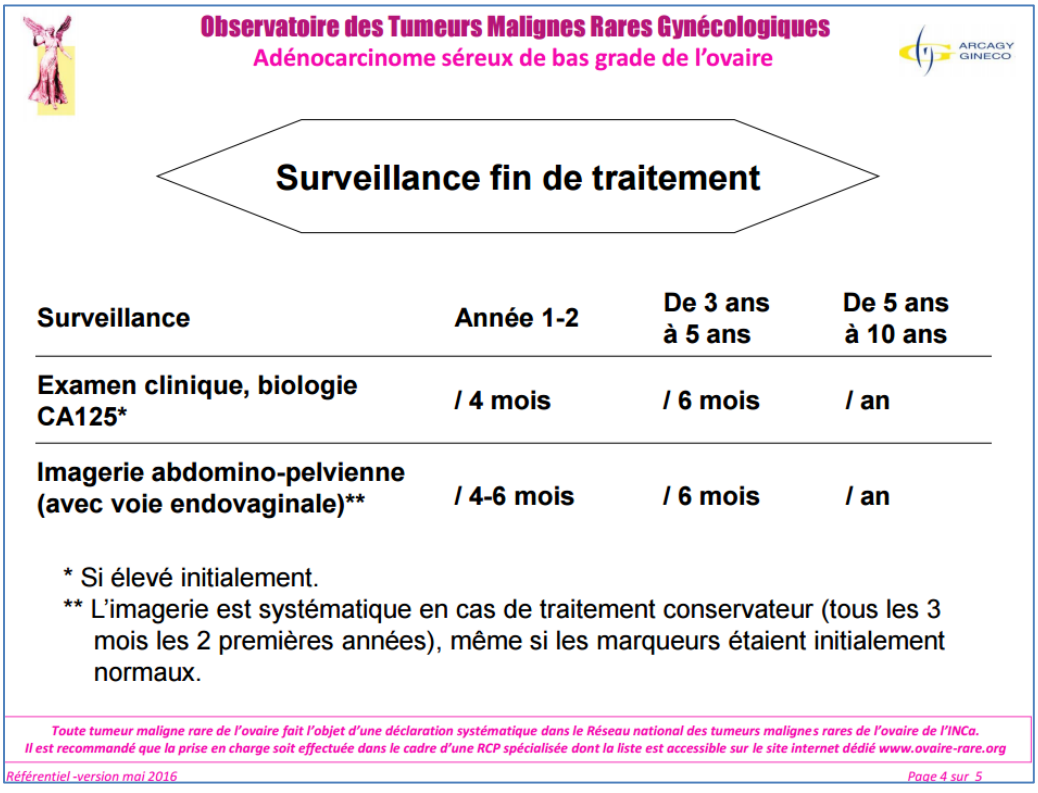


b) Principes thérapeutiques



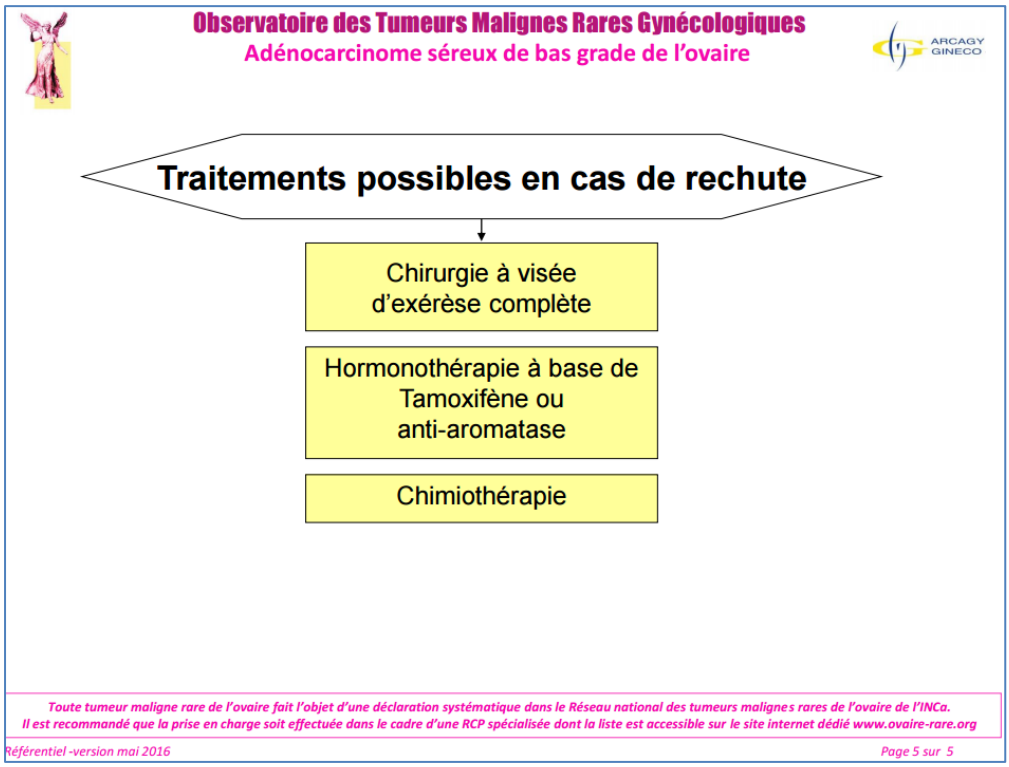


c) Surveillance



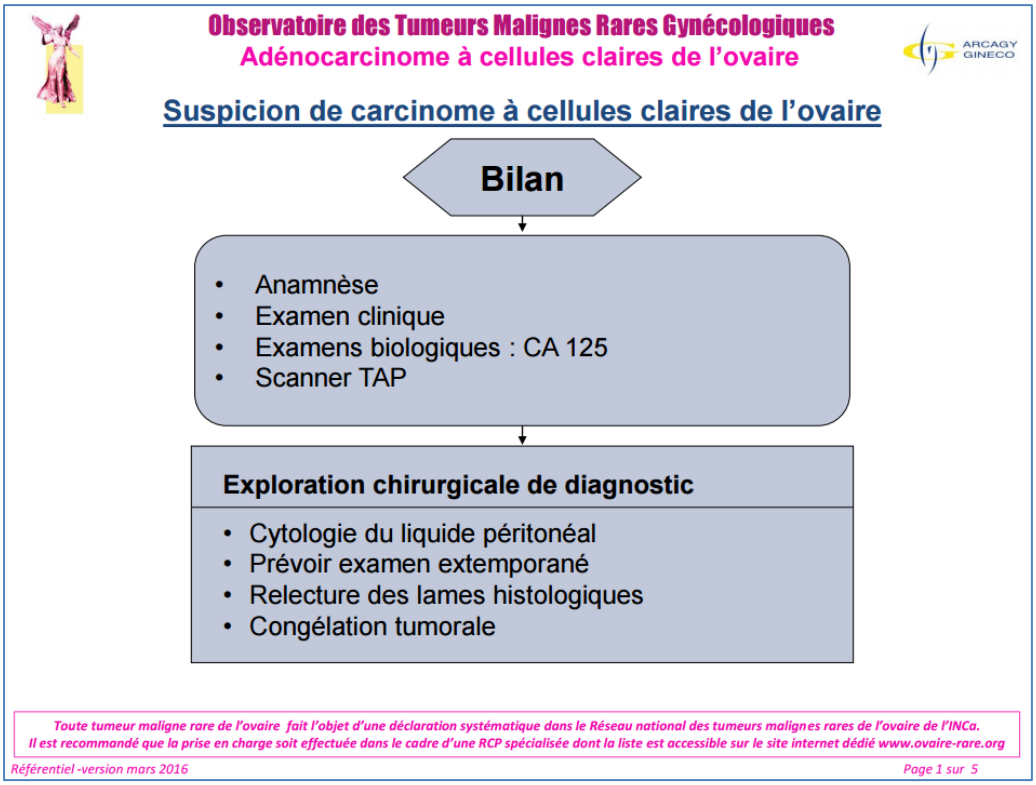
Retour au sommaire

d) Rechute

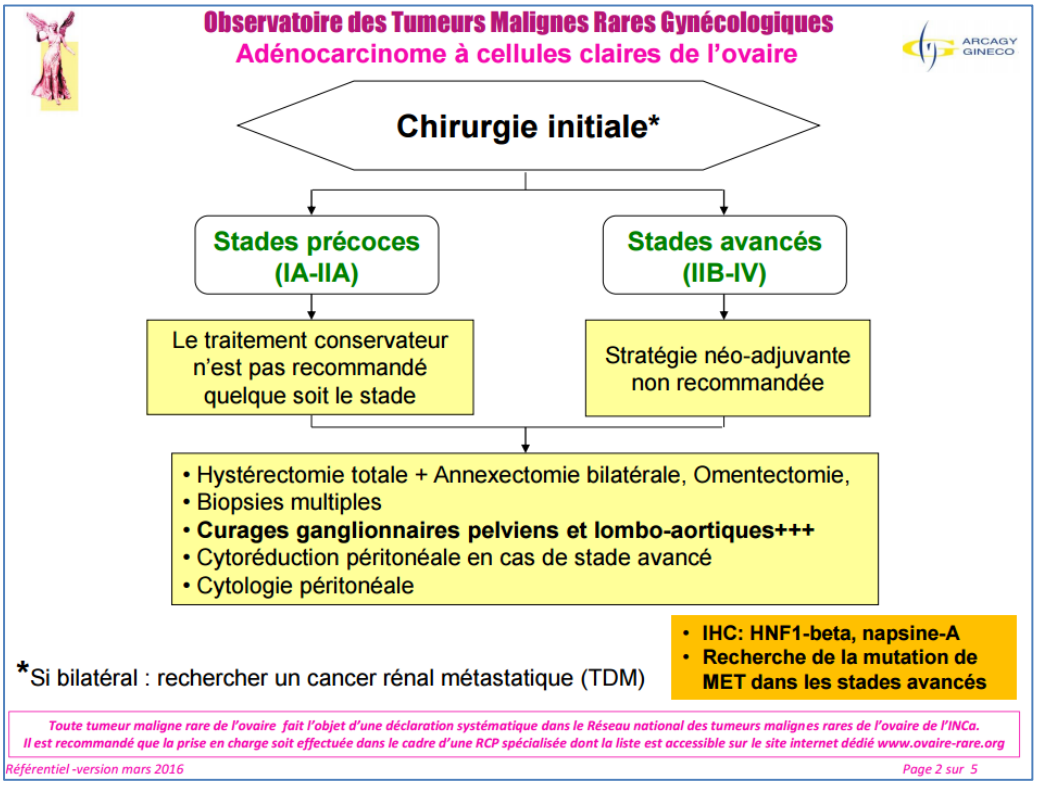

Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
Adénocarcinome séreux de bas grade de l'ovaire
ARCAGY GINECO
Traitements possibles en cas de rechute
Chirurgie à visée d'exérèse complète
Hormonothérapie à base de Tamoxifène ou anti-aromatase
Chimiothérapie
Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org
Référentiel -version mai 2016
Page 5 sur 5

- ***Adénocarcinome à cellules claires de l'ovaire***

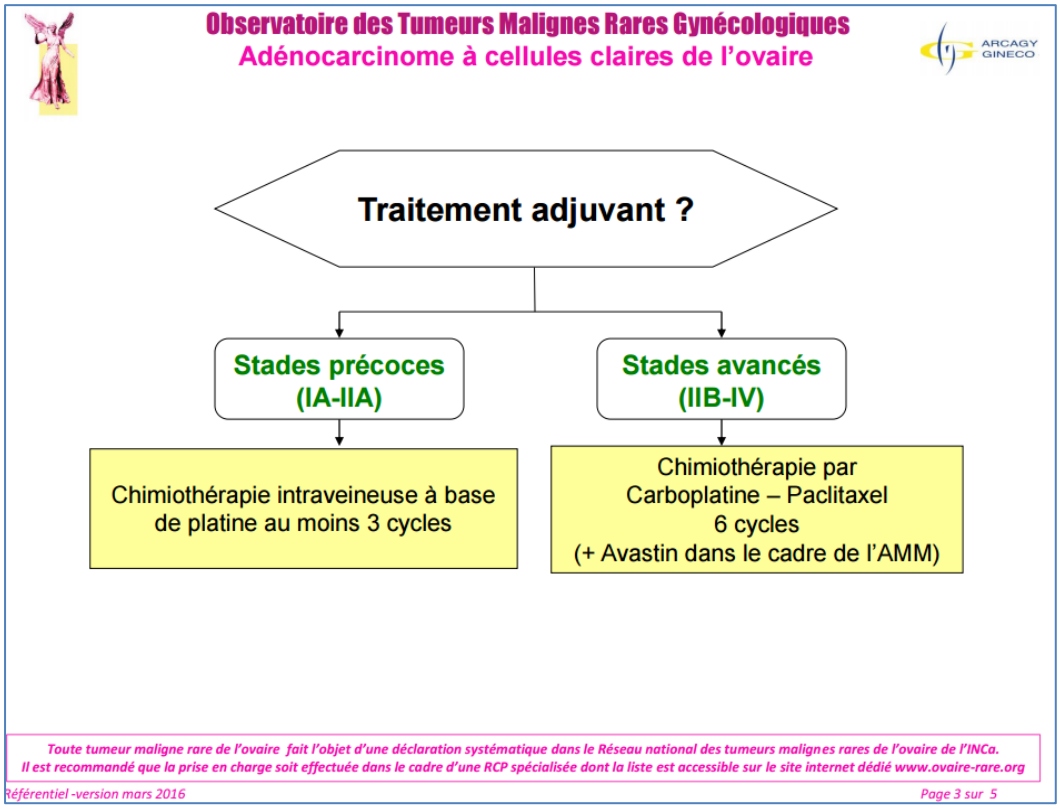
a) Bilan initial



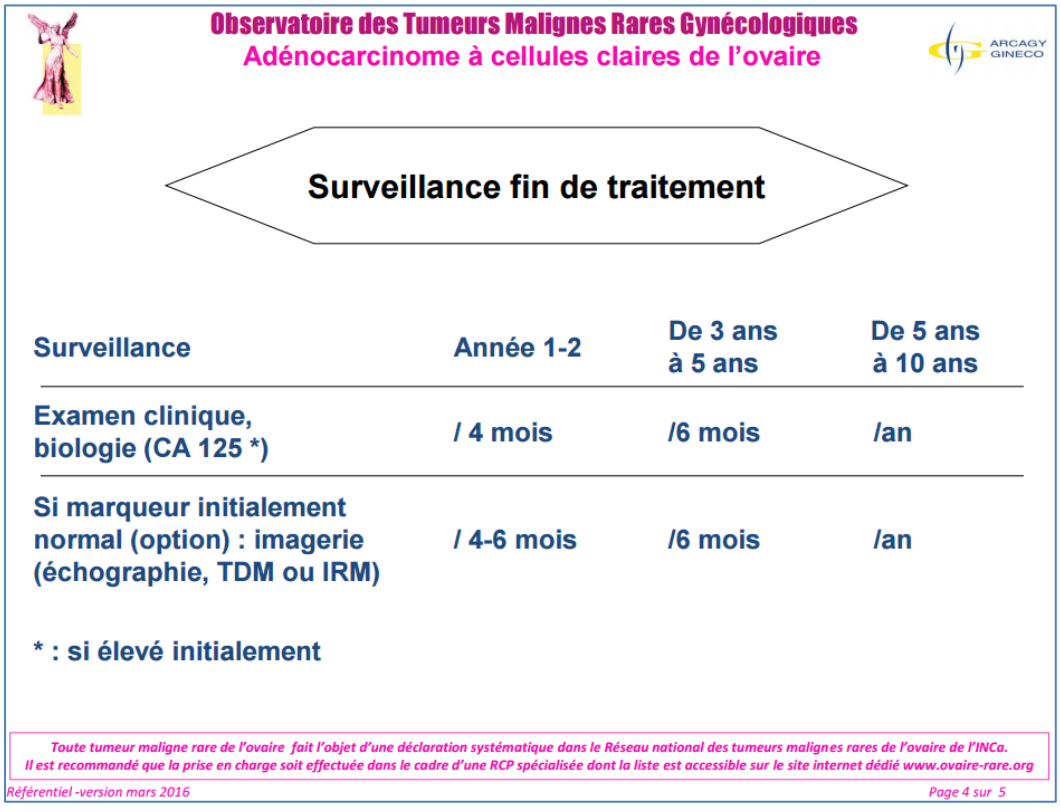
b) Prise en charge thérapeutique



Retour au sommaire

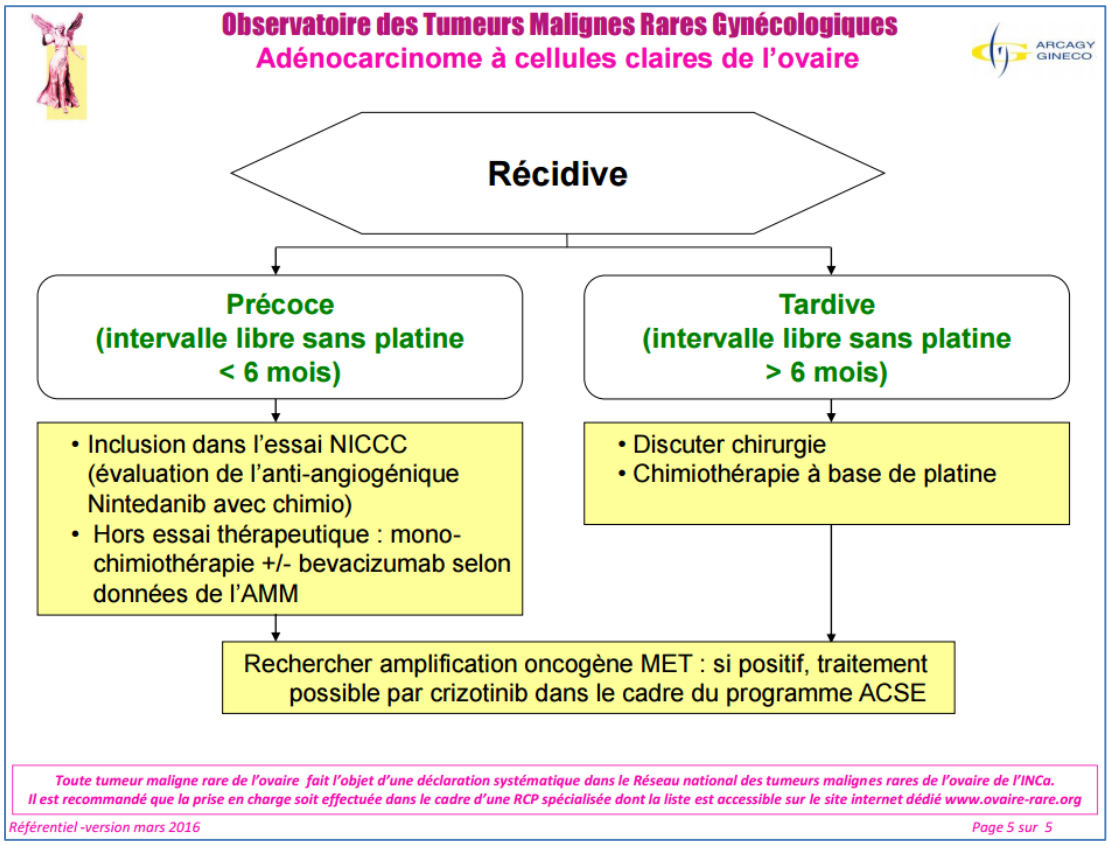


c) Surveillance



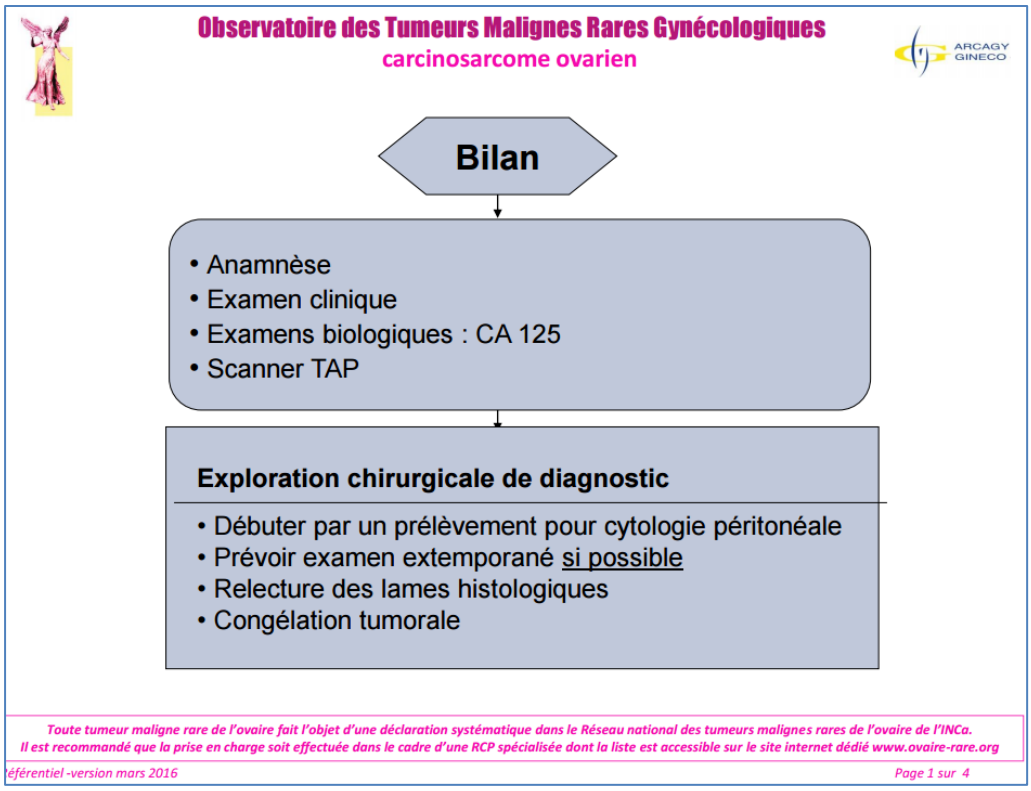
Retour au sommaire

d) Récidive

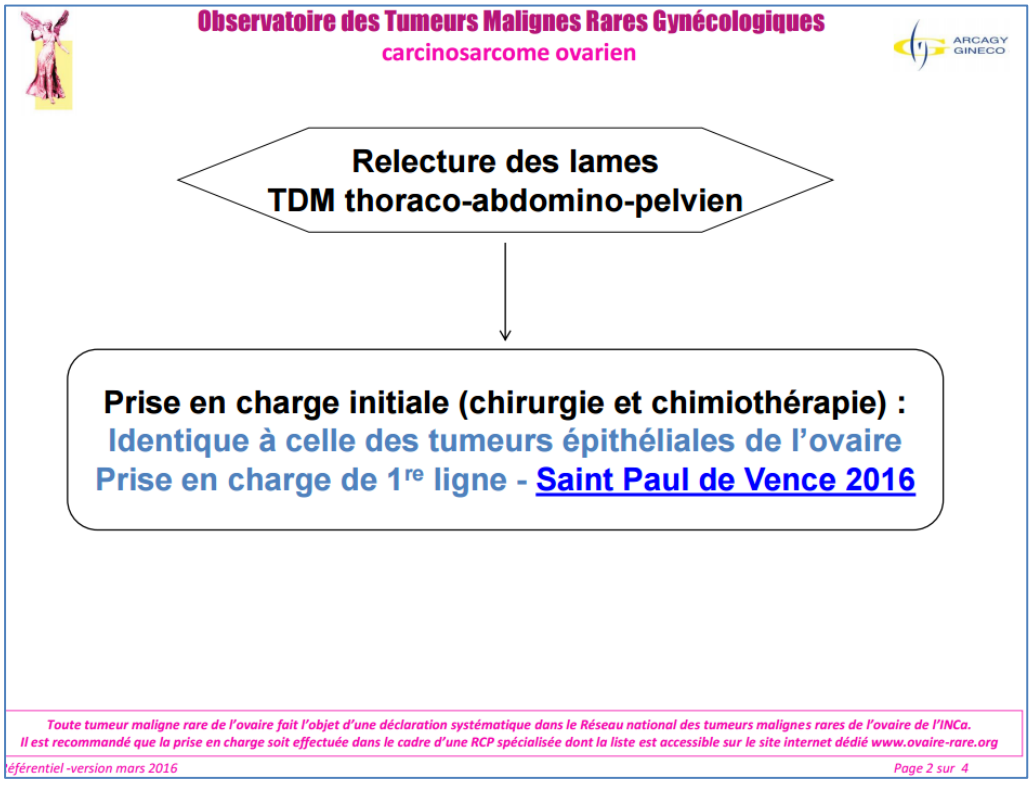

Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
Adénocarcinome à cellules claires de l'ovaire
ARCAGY GINECO
Récidive
Précoce
(intervalle libre sans platine
< 6 mois)
Tardive
(intervalle libre sans platine
> 6 mois)
• Inclusion dans l'essai NICCC (évaluation de l'anti-angiogénique Nintedanib avec chimio)
• Hors essai thérapeutique : mono-chimiothérapie +/- bevacizumab selon données de l'AMM
• Discuter chirurgie
• Chimiothérapie à base de platine
Rechercher amplification oncogène MET : si positif, traitement possible par crizotinib dans le cadre du programme ACSE
Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org
Référentiel -version mars 2016
Page 5 sur 5

- ***Carcinosarcome ovarien***

a) Bilan initial



b) Prise en charge thérapeutique



c) Surveillance

Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
carcinosarcome ovarien

ARCAGY GINECO

Surveillance fin de traitement

Surveillance	Année 1-2	de 3 à 5 ans	De 5 à 10 ans
Examen clinique, Examen biologie (CA125)* Imagerie (échographie, TDM ou IRM)	/ 4 mois / 4 mois / 6 mois	/ 6 mois / 6 mois / an	/ an
Imagerie Si marqueur initialement normale normal : imagerie optionnelle (échographie, TDM ou IRM)	/ 4-6 mois	/ 6 mois	/ an

* : si élevé initialement

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org

Référentiel -version mars 2016 *Page 3 sur 4*

d) Rechute

Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
carcinosarcome ovarien

ARCAGY GINECO

Progression / Rechute

↓

Prise en charge (chirurgie et chimiothérapie) :
Identique à celle des tumeurs épithéliales de l'ovaire
Rechute précoce - Saint Paul de Vence 2016
Rechute tardive - Saint Paul de Vence 2016

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org

éférentiel -version mars 2016 *Page 4 sur 4*

- *Carcinome à petites cellules de l'ovaire*

Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
Carcinome à petites cellules de l'ovaire

ARCAGY GINECO

URGENCE THERAPEUTIQUE

Si diagnostic suspecté: relecture des lames en urgence + adresser la patiente à un centre expert pour prise en charge spécialisée

- **Mauvais pronostic**; série de 150 patientes [Young 1994] :
  - Survie sans rechute 33% si stade Ia
    0% si stade > Ia
- Facteurs pronostiques : stade et traitement par intensification [Witkowski et al. 2016 Gynecol Oncol]
- Tumeurs très agressives dans une population très jeune
- Très chimio-sensibles initialement et peu "chimio curables " (taux de récidive élevé)
- Mutation germinale du gène SMARCA4 : 50% des cas

Référentiel -version mars 2016 *Toute tumeur maligne rare de l'ovaire est à déclarer sur le site www.ovaire-rare.org* *Page 1 sur 2*

a) Prise en charge thérapeutique

Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
Carcinome à petites cellules de l'ovaire

ARCAGY GINECO

Prise en charge

CHIRURGIE NON CONSERVATRICE
(initiale ou d'intervalle) quel que soit le stade
Congélation tumeur

Chirurgie complète
Hystérectomie totale
+ Annexectomie bilatérale
+ Omentectomie
+ Biopsies péritonéales multiples
+ Cytologie péritonéale
+ Curages pelviens et lombo-aortiques

PAVEP x 4-6 ; J1-J21 ; + G-CSF
Prélèvement cellules souches périphériques à partir de C3

2 cycles de ICE
+ Réinjection CSP J+10 ou J+11
- au moins $3x10^6$ cellules/kg de poids

Radiothérapie pelvienne
45 Gy, 1.8 Gy / fraction,
photons de haute énergie

Chirurgie incomplète

PAVEP x3

Chirurgie debulking

Réponse Complète
PAVEP x 2-3
Prélèvement CSP à partir de C4

2 cycles de ICE
+ Réinjection CSP J+10 ou J+11

Radiothérapie pelvienne

Pas de Réponse Complète ou récidive
Traitement de rattrapage :
Topotécan - Taxol hebdo - Avastin
ou
Inclusion dans un essai thérapeutique

PAVEP
Cisplatine : 100 mg/m² J1 à C1
puis 80 mg/m² J1 à > C2
Adriamycine : 40 mg/m² J1
Vépéside : 75 mg/m²/j J1-3
Cyclophosphamide : 300 mg/m²/j J1-3
Prélèvement des cellules souches entre C2 et C4 de PAVEP

ICE : *Etoposide 300 mg/m²/j 5 jours (en répartissant la perf:150 mg/m² toutes les 12 heures pendant 5 jours), ifosfamide 2,4 g/m²/j 5 jours, Carboplatine AUC 4/jour 5 jours*
Soit au total, *etoposide1500 mg/m2, carboplatin AUC 20, ifosfamide 12 g/m2*

Topotécan -Taxol hebdo -Avastin
Topotécan : 2,5 mg/m²/semaine J1-8-15 ; 30 mins
Taxol : 80 mg/m²/semaine J1-8-15 ; 1 heure J1=J28
Avastin en option après

***CSP** : Cellules Souches Périphériques*

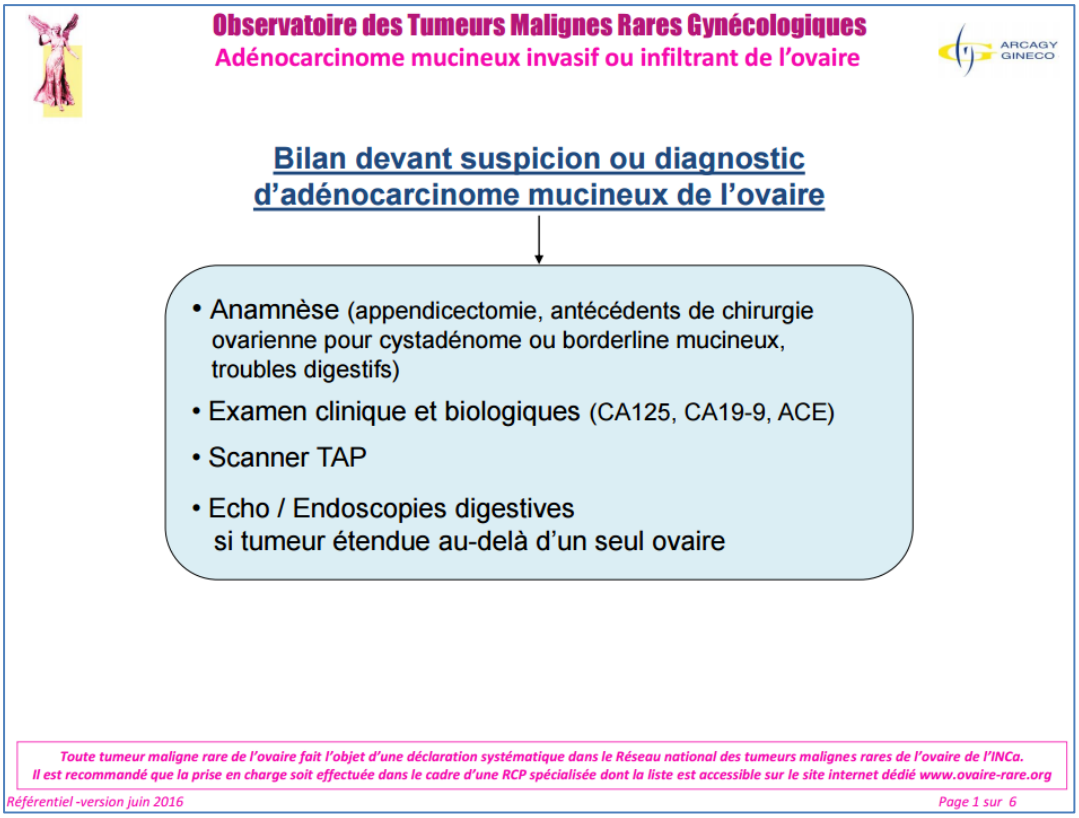
Enregistrement prospectif d'une pathologie rarissime

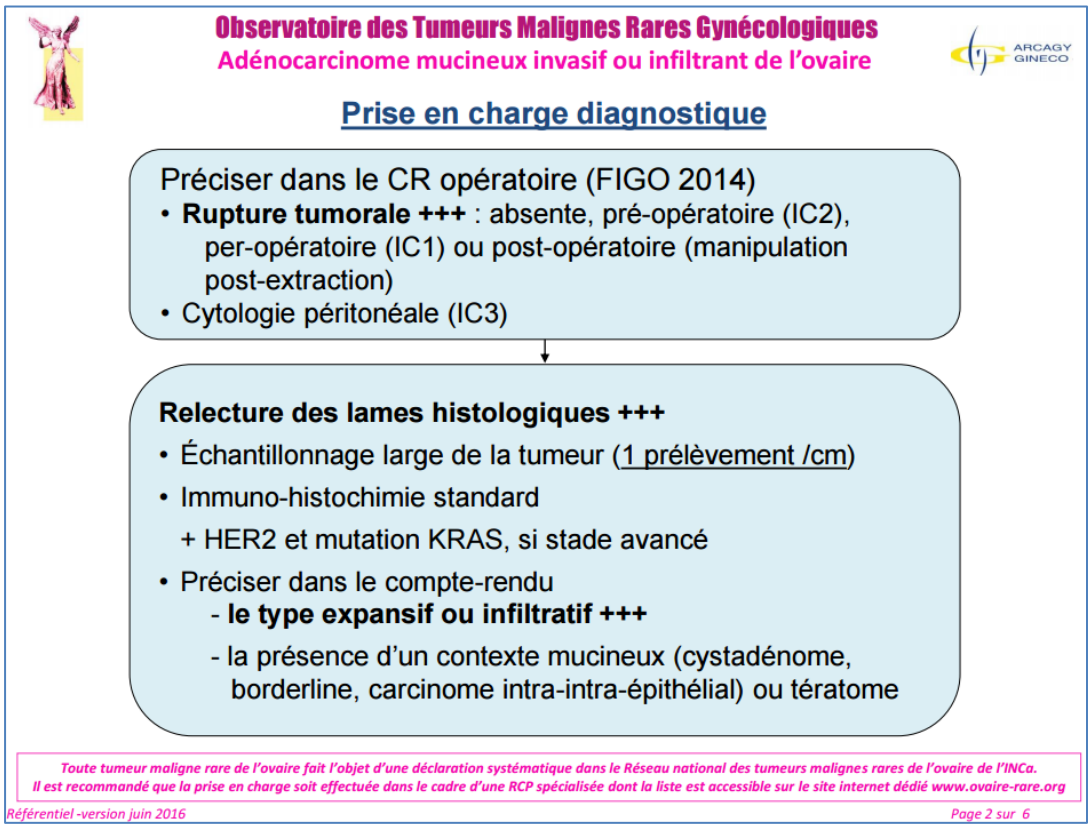
Référentiel -version mars 2016 *Toute tumeur maligne rare de l'ovaire est à déclarer sur le site www.ovaire-rare.org* *Page 2 sur 2*

Retour au sommaire

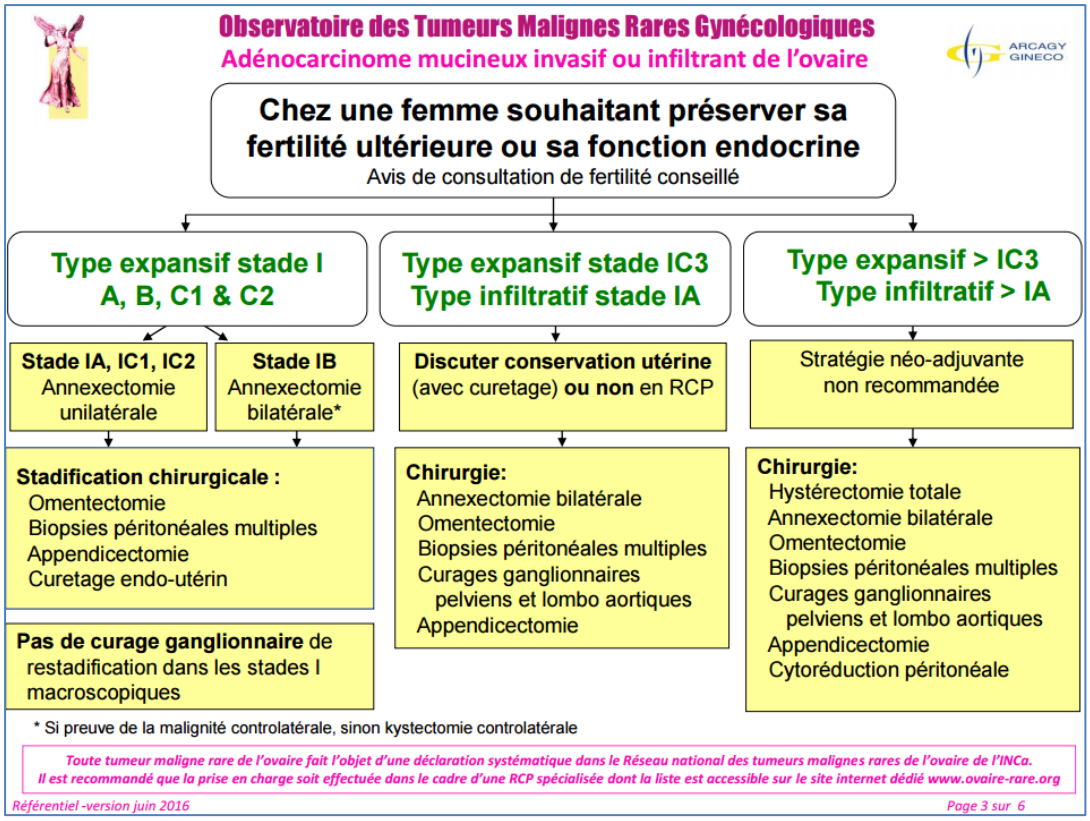
- *Adénocarcinome mucineux de l'ovaire*

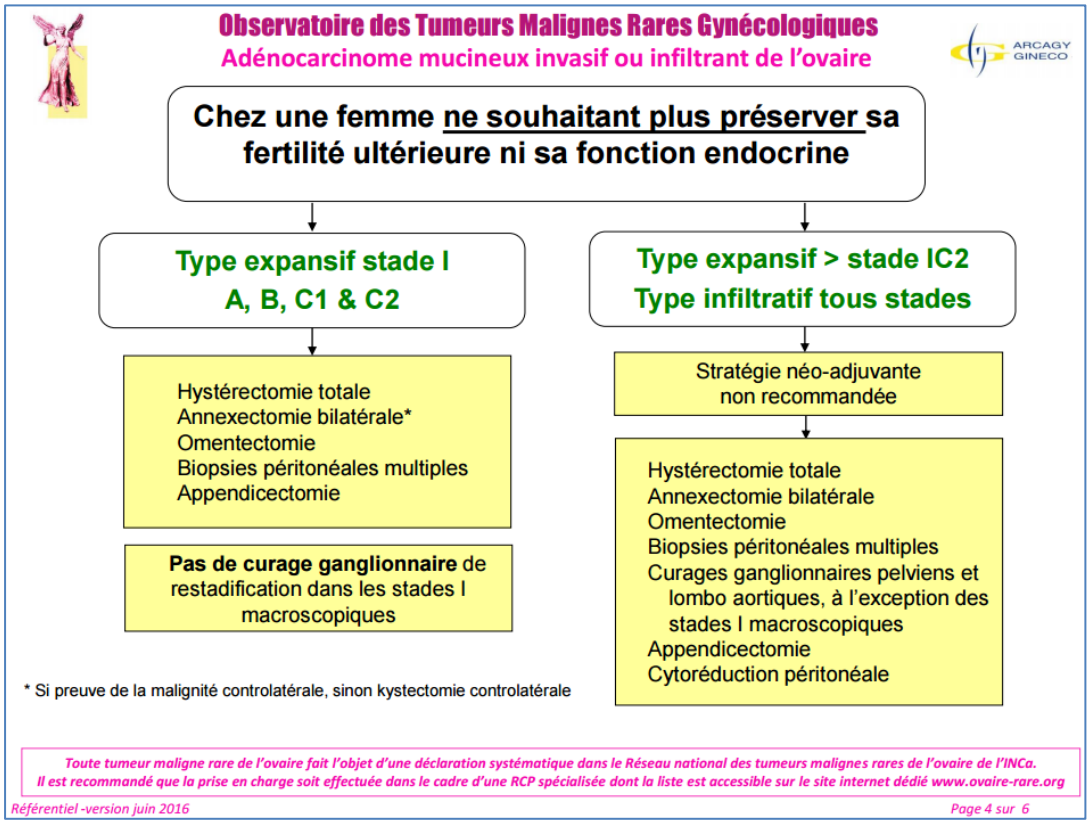
a) Bilan initial

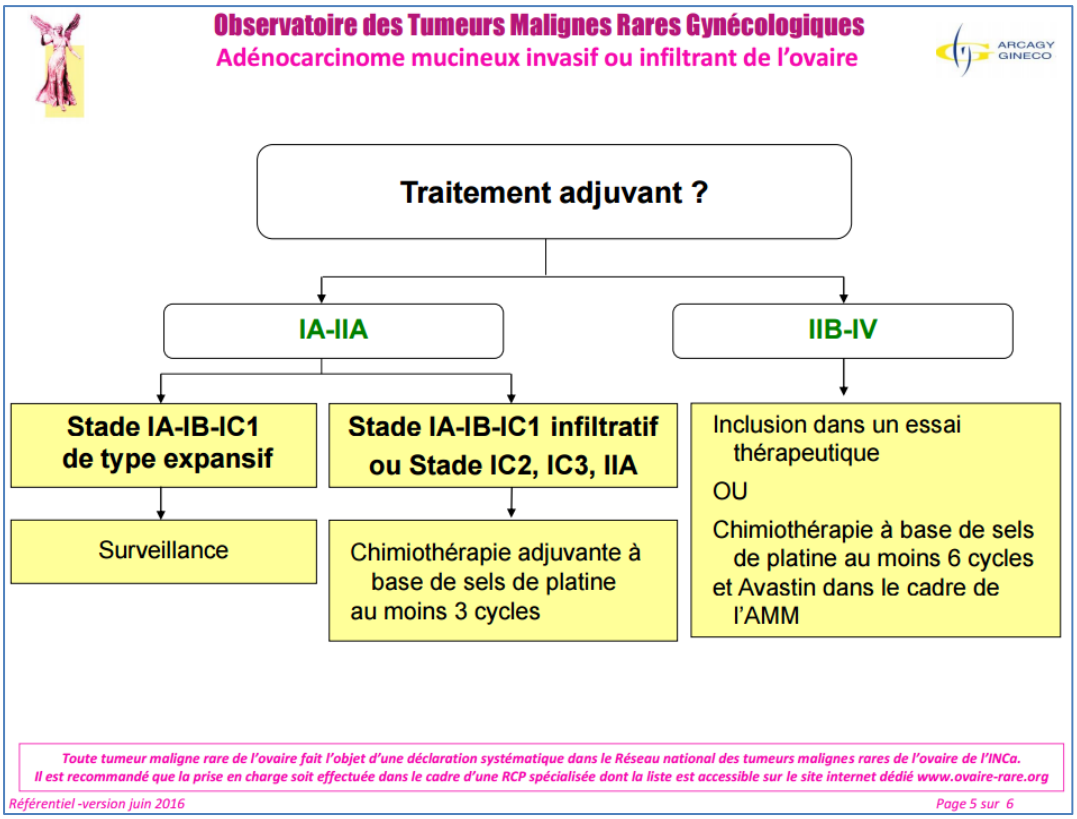




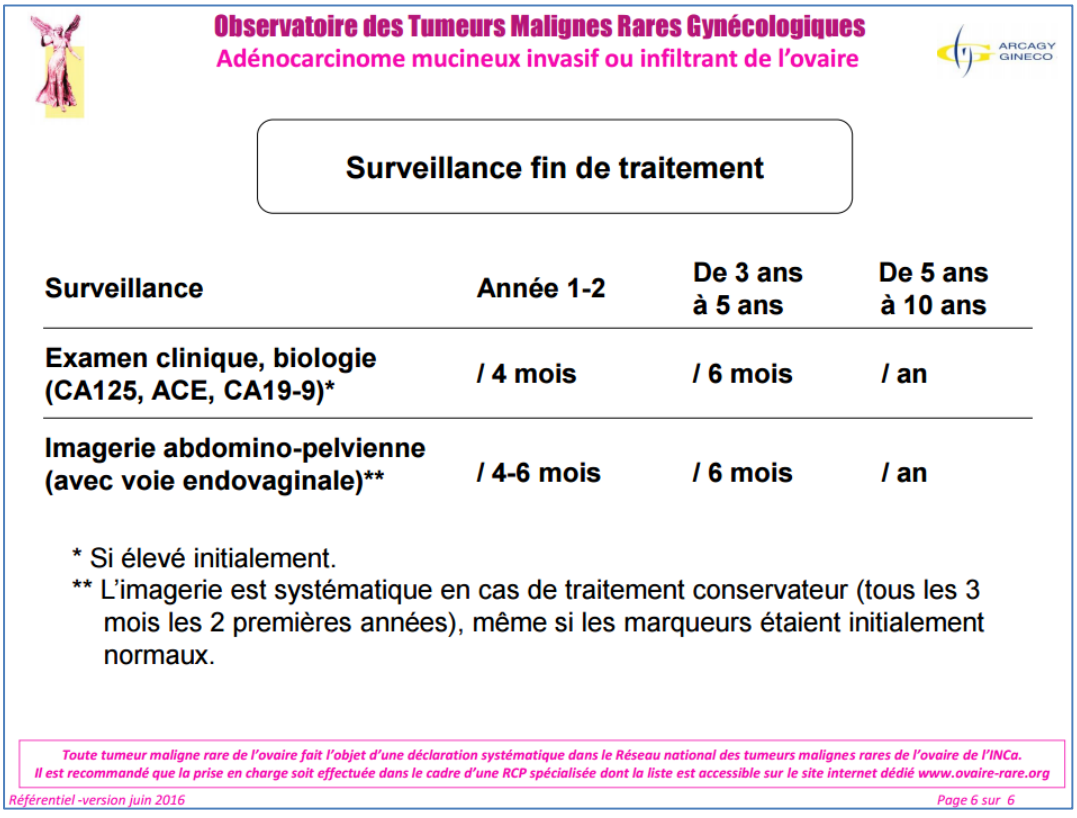
b) Prise en charge thérapeutique







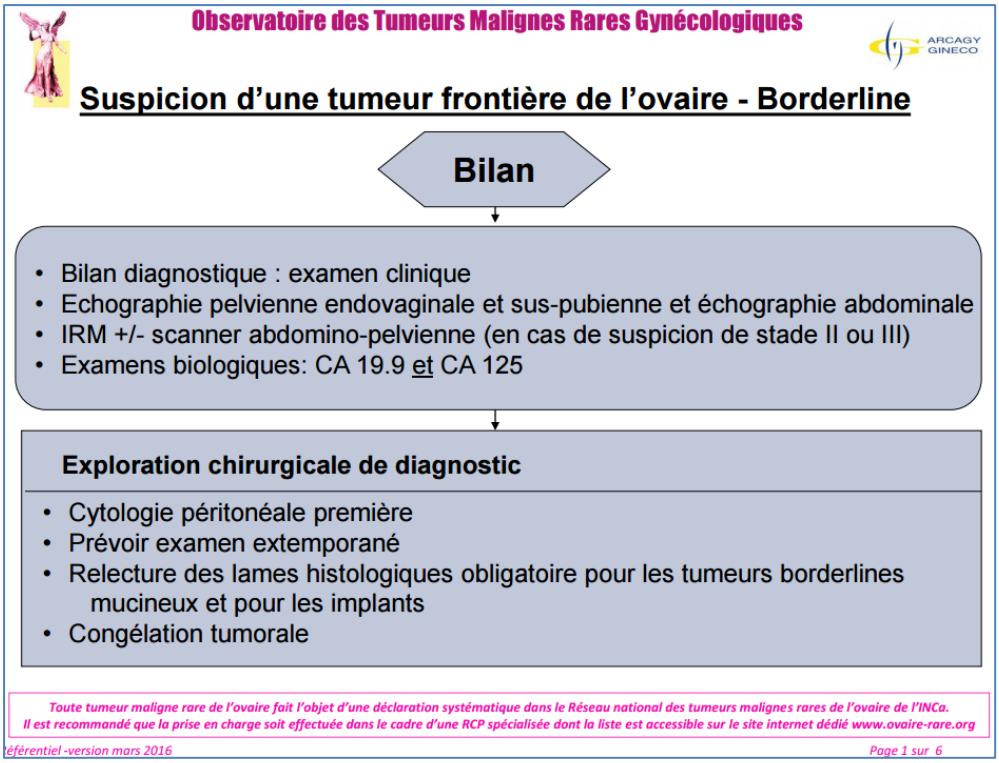
c) Surveillance



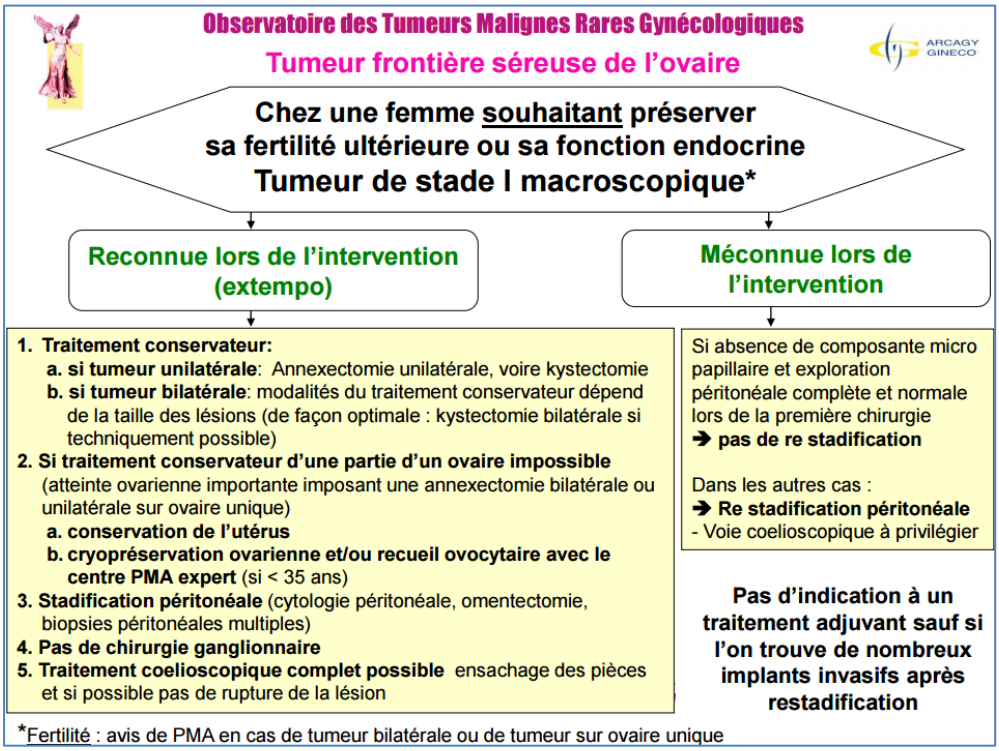
B. CARCINOMES FRONTIERES

Appartiennent aux tumeurs rares de l'ovaire avec protocoles nationaux suivants.
Tumeurs rares : http://www.ovaire-rare.org

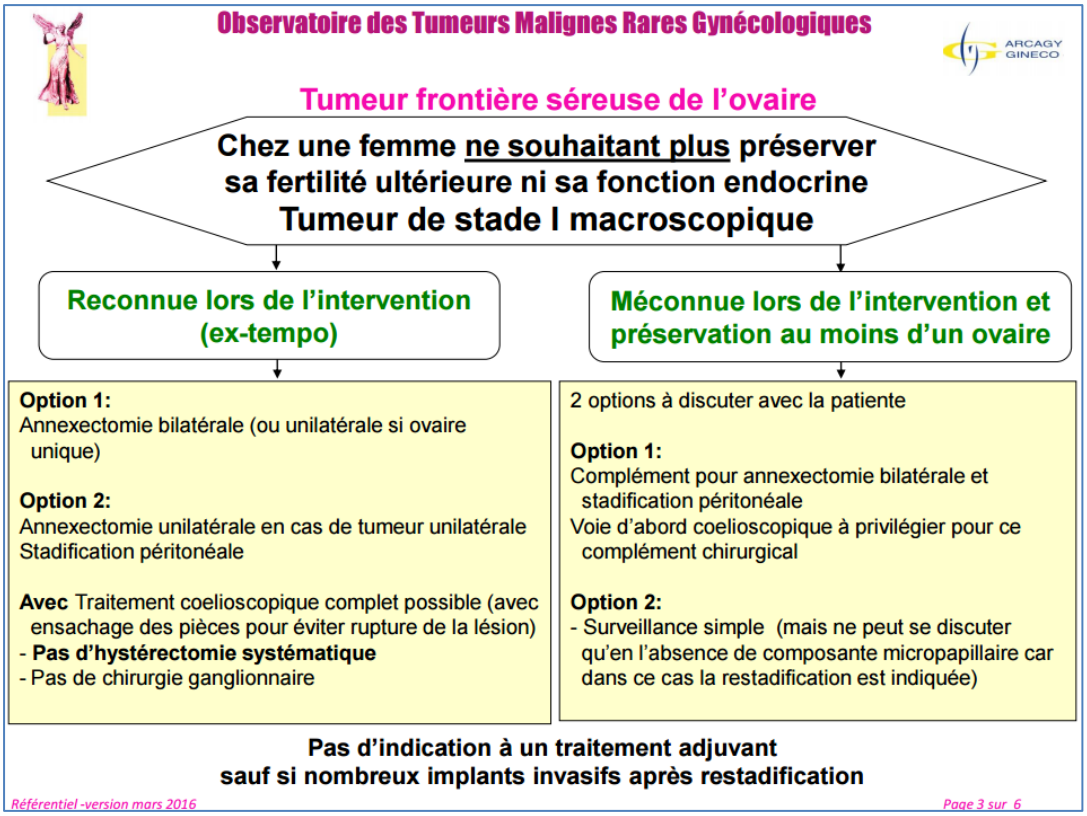
a) Bilan initial

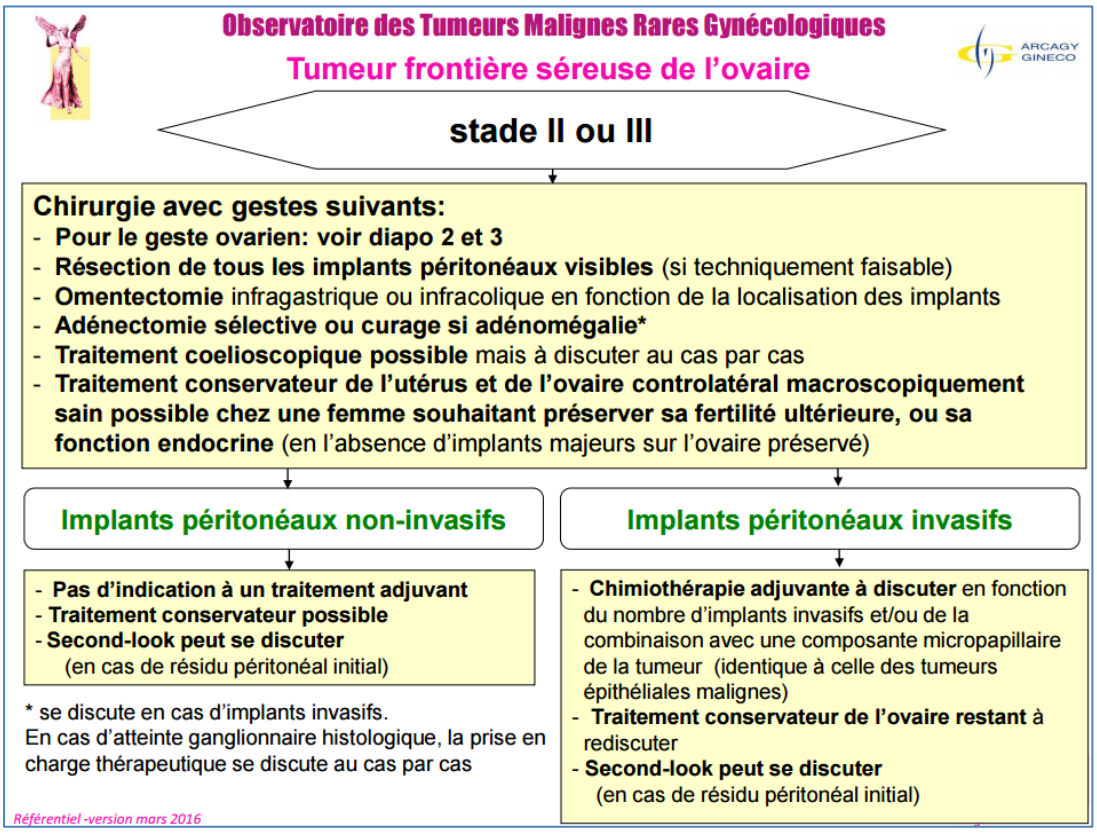


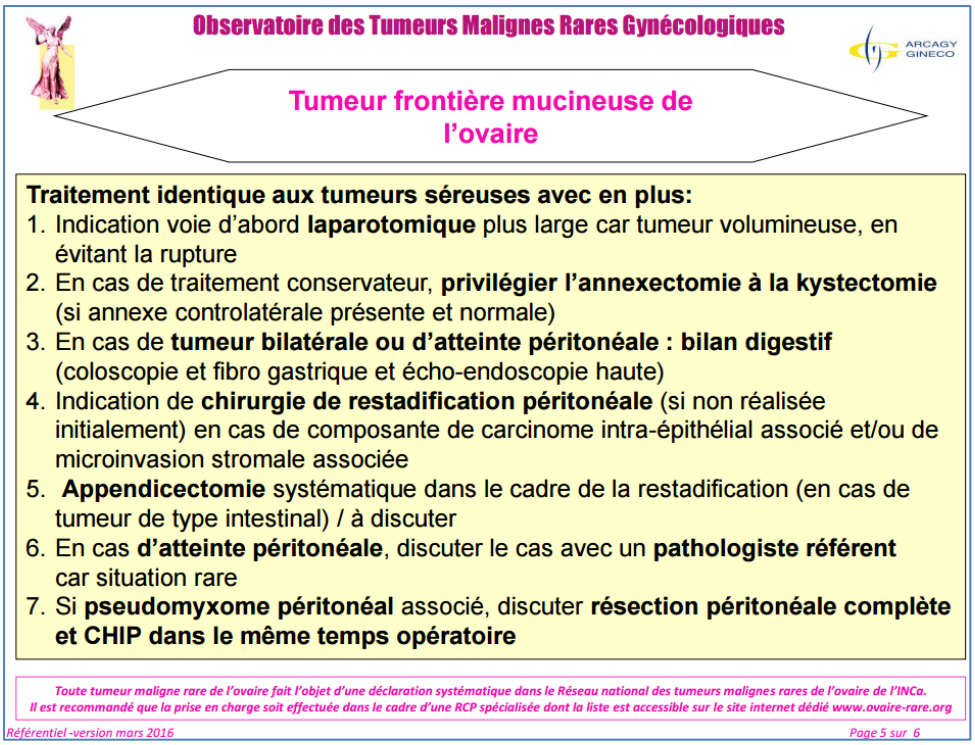
b) Prise en charge thérapeutique



Retour au sommaire


Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
ARCAGY GINECO
Tumeur frontière séreuse de l'ovaire
Chez une femme ne souhaitant plus préserver sa fertilité ultérieure ni sa fonction endocrine
Tumeur de stade I macroscopique
Reconnue lors de l'intervention (ex-tempo)
Méconnue lors de l'intervention et préservation au moins d'un ovaire
Option 1:
Annexectomie bilatérale (ou unilatérale si ovaire unique)
Option 2:
Annexectomie unilatérale en cas de tumeur unilatérale
Stadification péritonéale
Avec Traitement coelioscopique complet possible (avec ensachage des pièces pour éviter rupture de la lésion)
- Pas d'hystérectomie systématique
- Pas de chirurgie ganglionnaire
2 options à discuter avec la patiente
Option 1:
Complément pour annexectomie bilatérale et stadification péritonéale
Voie d'abord coelioscopique à privilégier pour ce complément chirurgical
Option 2:
- Surveillance simple (mais ne peut se discuter qu'en l'absence de composante micropapillaire car dans ce cas la restadification est indiquée)
Pas d'indication à un traitement adjuvant
sauf si nombreux implants invasifs après restadification
Référentiel -version mars 2016
Page 3 sur 6


Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
ARCAGY GINECO
Tumeur frontière séreuse de l'ovaire
stade II ou III
Chirurgie avec gestes suivants:
- Pour le geste ovarien: voir diapo 2 et 3
- Résection de tous les implants péritonéaux visibles (si techniquement faisable)
- Omentectomie infragastrique ou infracolique en fonction de la localisation des implants
- Adénectomie sélective ou curage si adénomégalie*
- Traitement coelioscopique possible mais à discuter au cas par cas
- Traitement conservateur de l'utérus et de l'ovaire controlatéral macroscopiquement sain possible chez une femme souhaitant préserver sa fertilité ultérieure, ou sa fonction endocrine (en l'absence d'implants majeurs sur l'ovaire préservé)
Implants péritonéaux non-invasifs
Implants péritonéaux invasifs
- Pas d'indication à un traitement adjuvant
- Traitement conservateur possible
- Second-look peut se discuter
(en cas de résidu péritonéal initial)
* se discute en cas d'implants invasifs.
En cas d'atteinte ganglionnaire histologique, la prise en charge thérapeutique se discute au cas par cas
- Chimiothérapie adjuvante à discuter en fonction du nombre d'implants invasifs et/ou de la combinaison avec une composante micropapillaire de la tumeur (identique à celle des tumeurs épithéliales malignes)
- Traitement conservateur de l'ovaire restant à rediscuter
- Second-look peut se discuter
(en cas de résidu péritonéal initial)
Référentiel -version mars 2016



Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques

ARCAGY GINECO

Tumeur frontière mucineuse de l'ovaire

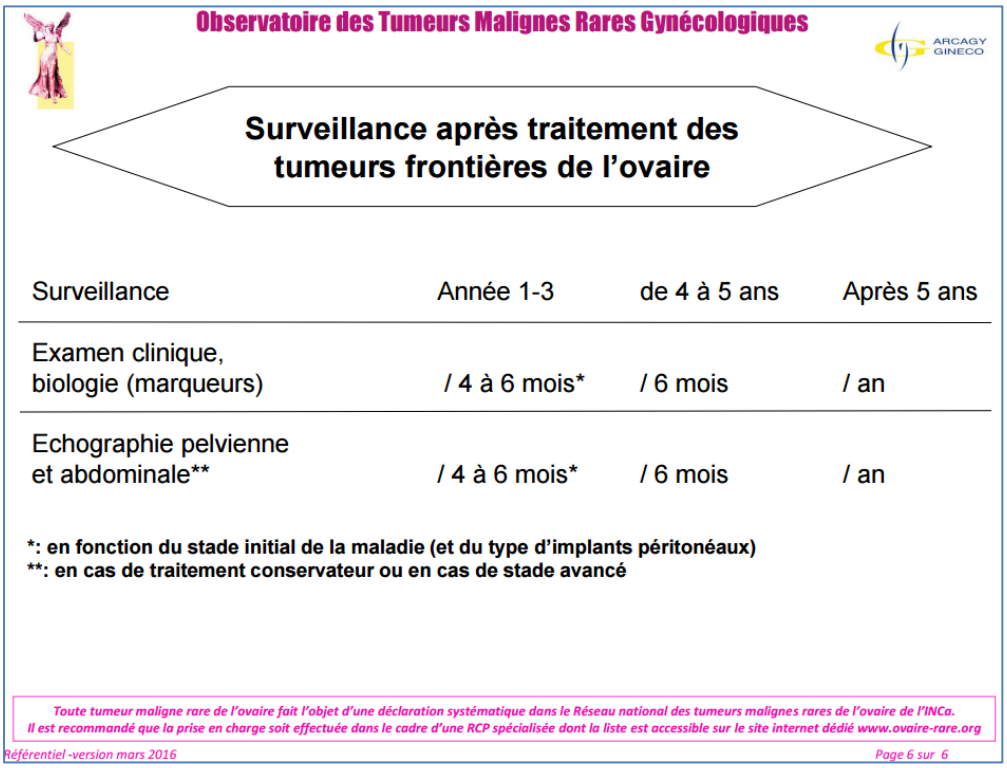
Traitement identique aux tumeurs séreuses avec en plus:

1. Indication voie d'abord **laparotomique** plus large car tumeur volumineuse, en évitant la rupture
2. En cas de traitement conservateur, **privilégier l'annexectomie à la kystectomie** (si annexe controlatérale présente et normale)
3. En cas de **tumeur bilatérale ou d'atteinte péritonéale : bilan digestif** (coloscopie et fibro gastrique et écho-endoscopie haute)
4. Indication de **chirurgie de restadification péritonéale** (si non réalisée initialement) en cas de composante de carcinome intra-épithélial associé et/ou de microinvasion stromale associée
5. **Appendicectomie** systématique dans le cadre de la restadification (en cas de tumeur de type intestinal) / à discuter
6. En cas **d'atteinte péritonéale**, discuter le cas avec un **pathologiste référent** car situation rare
7. Si **pseudomyxome péritonéal** associé, discuter **résection péritonéale complète et CHIP dans le même temps opératoire**

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org

Référentiel -version mars 2016 *Page 5 sur 6*

c) Surveillance



Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques

ARCAGY GINECO

Surveillance après traitement des tumeurs frontières de l'ovaire

Surveillance	Année 1-3	de 4 à 5 ans	Après 5 ans
Examen clinique, biologie (marqueurs)	/ 4 à 6 mois*	/ 6 mois	/ an
Echographie pelvienne et abdominale**	/ 4 à 6 mois*	/ 6 mois	/ an

***: en fonction du stade initial de la maladie (et du type d'implants péritonéaux)**
****: en cas de traitement conservateur ou en cas de stade avancé**

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org

Référentiel -version mars 2016 *Page 6 sur 6*

d) Récidive

Chirurgie itérative : modalités à moduler selon la localisation, l'âge et le désir de grossesse (traitement conservateur encore possible) ;

- Prélèvements péritonéaux étagés itératifs et chimiothérapie seulement si implants invasifs

Retour au sommaire

C. TUMEURS GERMINALES MALIGNES DE L'OVAIRE

- Dysgerminomes
- Tératomes immatures
- Tumeurs vitellines
- Tumeurs choriocarcinomateuses

Tumeurs rares : http://www.ovaire-rare.org

a) Classification des TGMO

Classification WHO 2003

Tumeurs germinales primitives

- Dysgerminomes
- T du sac vitellin (Yolk sac tumors)
  - Polyvésiculaire
  - Variant glandulaire
  - Hépatoid
- Carcinome embryonnaire
- Polyembryome
- Choriocarcinome non gestationnel
- T mixtes

Tératomes bi ou triphasiques

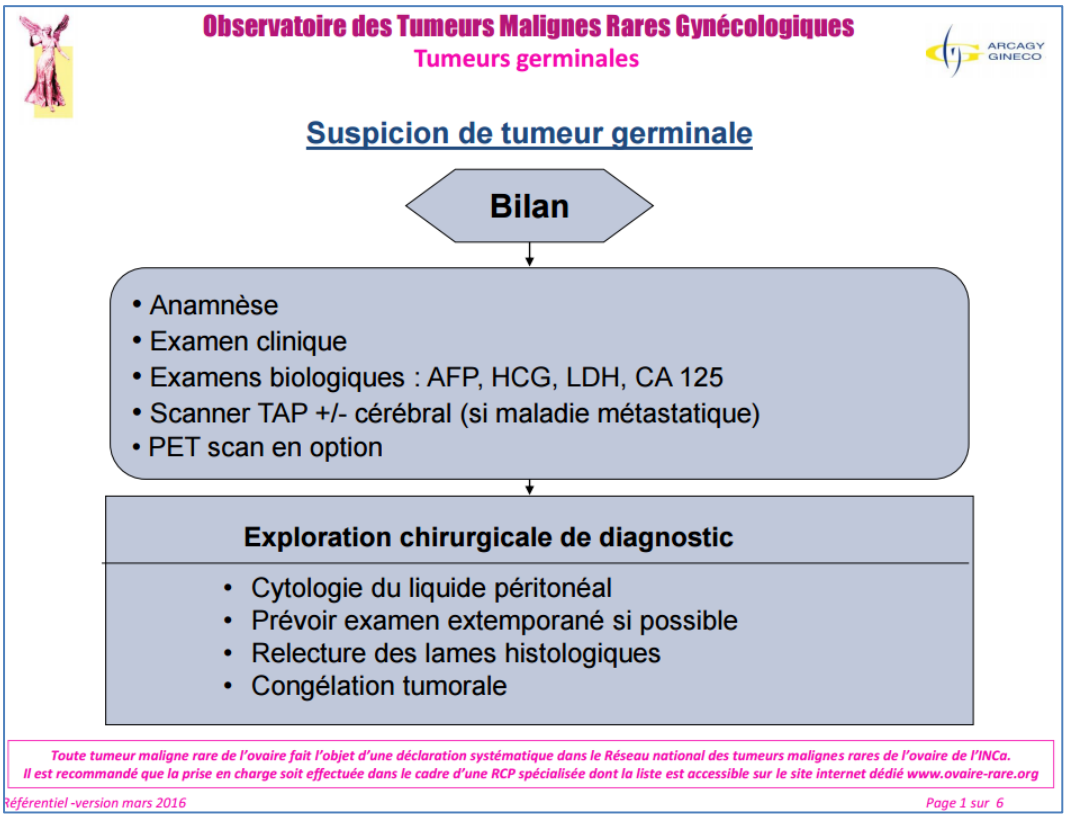
- Tératome immature (grade selon composate gliale)
- Tératome mature
  - solide
  - Kyste dermoïde
  - T fétiforme ou homonculus

Tératome monodermique ou tumeur somatique associée à T bi ou triphasique

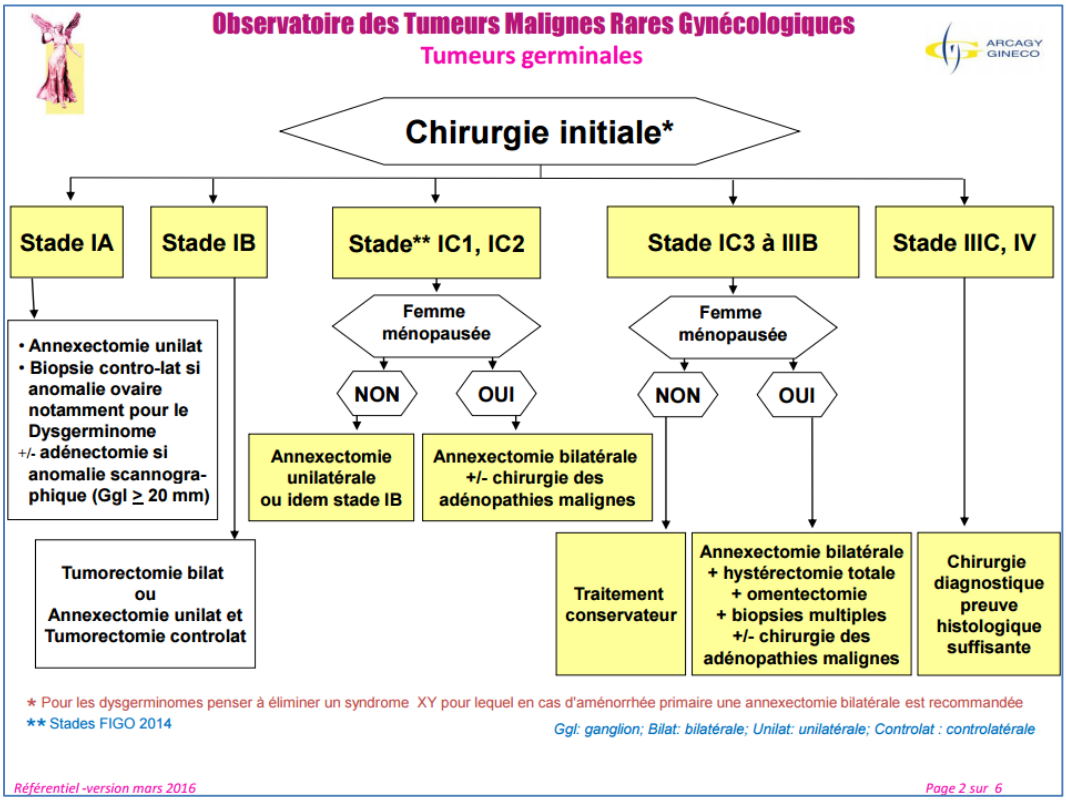
- Groupe tumeur thyroidienne (struma ovarii)
- Groupe carcinoïde
- Groupe neuroectodermique
- Groupe mélanocyique
- Groupe sarcomateux
- Groupe sébacé
- Groupe tumeur pituitaire
- Groupe tumeur rétinienne
- Autre

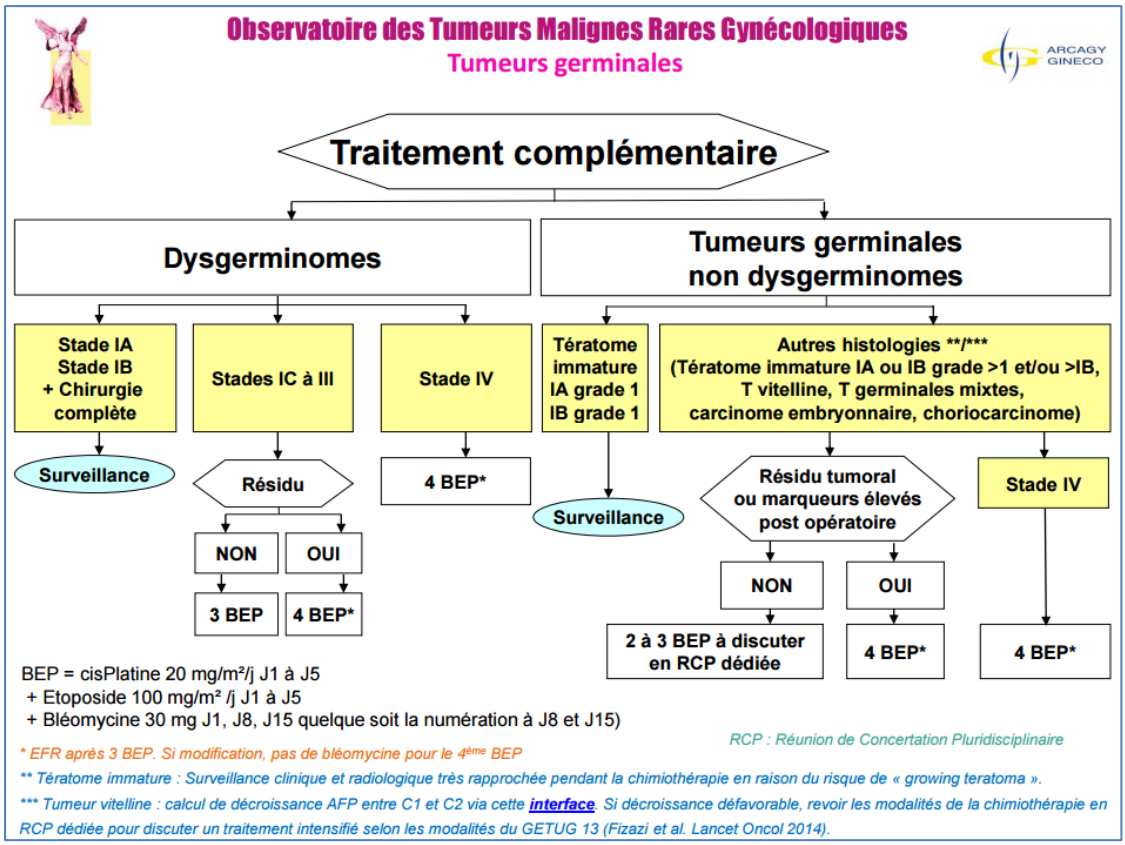
Retour au sommaire

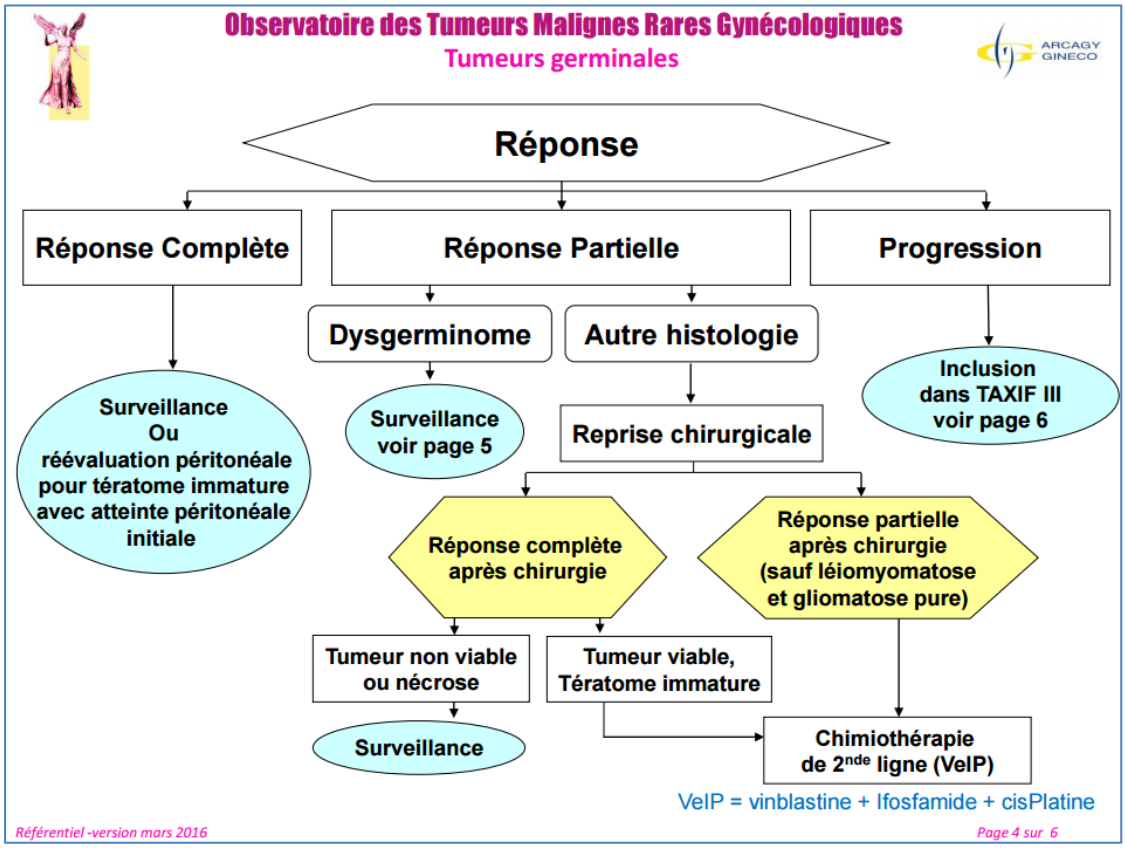
b) Bilan initial



c) Prise en charge thérapeutique

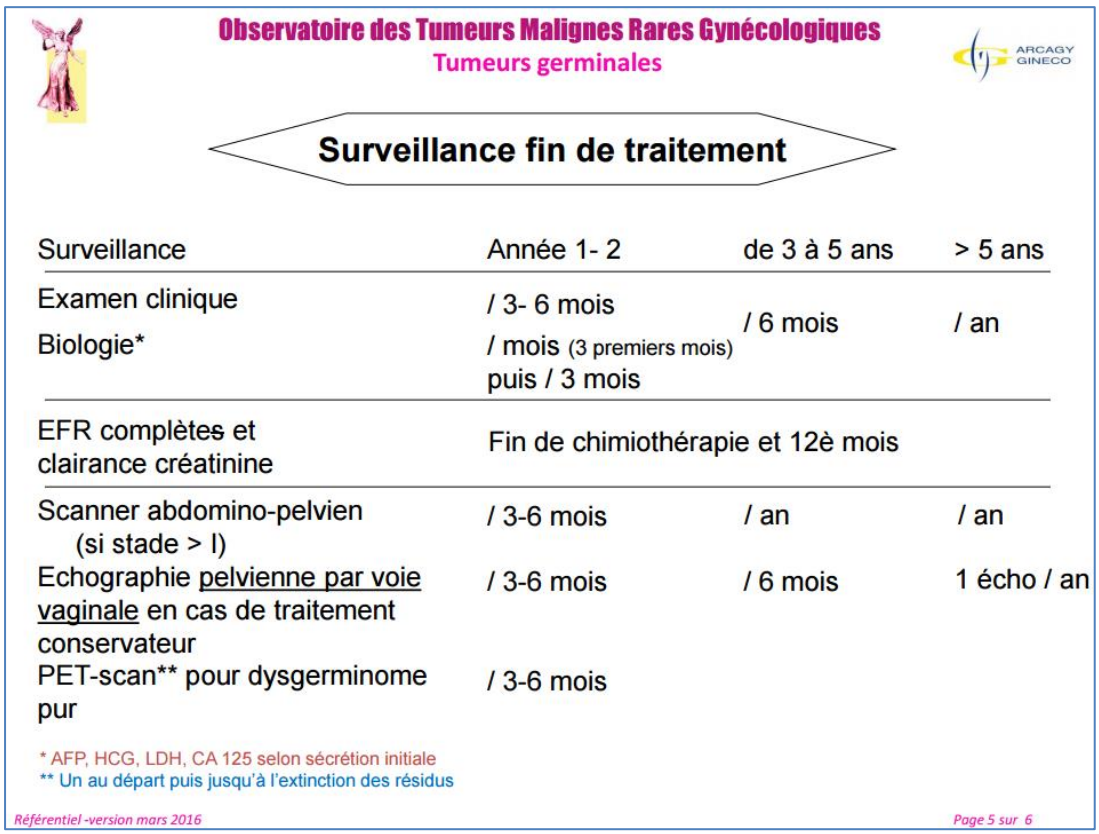






Retour au sommaire

d) Surveillance



Observatoire des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques
Tumeurs germinales

ARCAGY GINECO

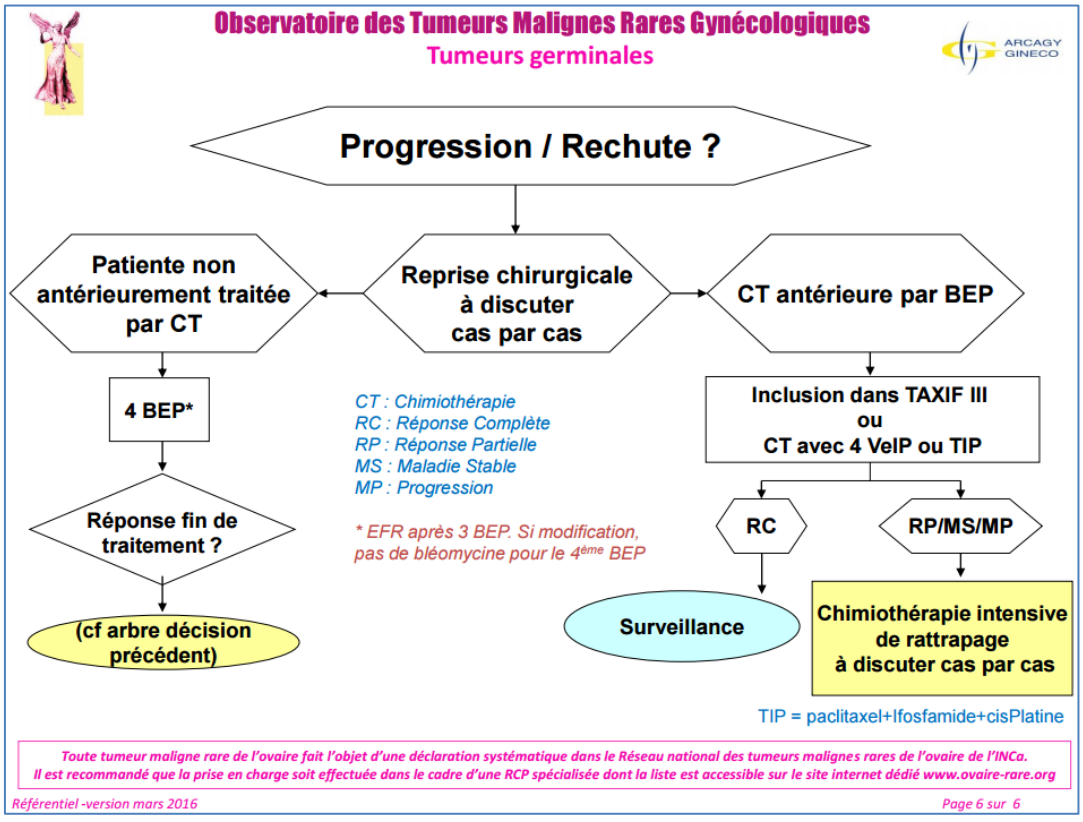
Surveillance fin de traitement

Surveillance	Année 1- 2	de 3 à 5 ans	> 5 ans
Examen clinique Biologie*	/ 3- 6 mois / mois (3 premiers mois) puis / 3 mois	/ 6 mois	/ an
EFR complètes et clairance créatinine	Fin de chimiothérapie et 12è mois		
Scanner abdomino-pelvien (si stade > I)	/ 3-6 mois	/ an	/ an
Echographie pelvienne par voie vaginale en cas de traitement conservateur	/ 3-6 mois	/ 6 mois	1 écho / an
PET-scan** pour dysgerminome pur	/ 3-6 mois		

* AFP, HCG, LDH, CA 125 selon sécrétion initiale
** Un au départ puis jusqu'à l'extinction des résidus

Référentiel -version mars 2016 *Page 5 sur 6*

e) Rechute



D. TUMEURS DES CORDONS SEXUELS

Formes bénignes: thécomes, gynandroblastomes, T à cellules de Leydig pure, lutéome stromal

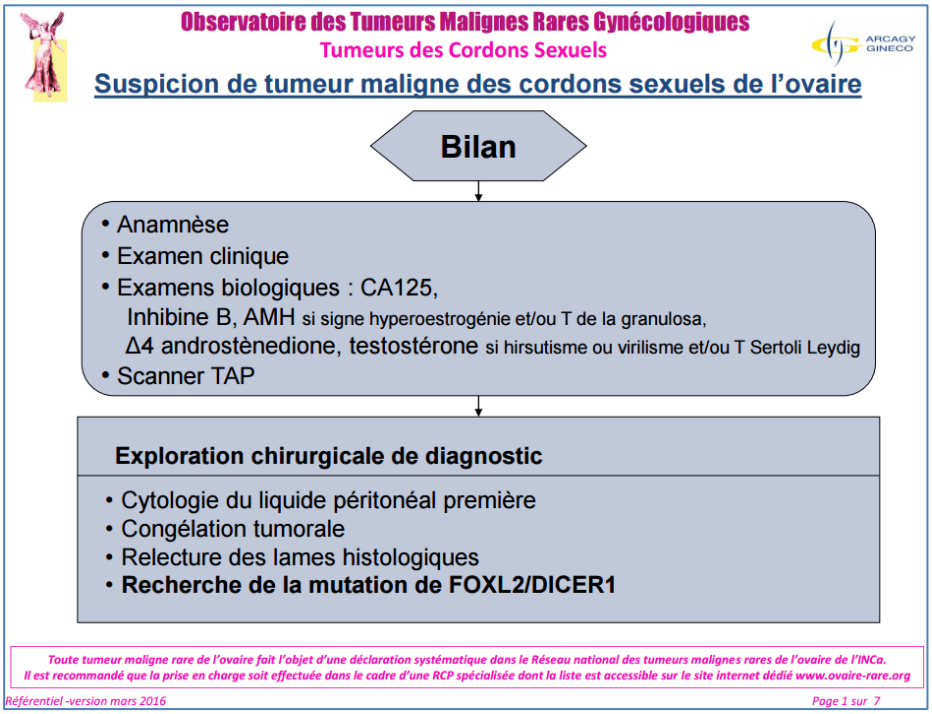
- Tumorectomie simple ou annexectomie unilatérale si femme jeune, HT + AB si âge > 40 ans

Formes agressives (malignes d'évolution lente) : A déclarer à l'observatoire

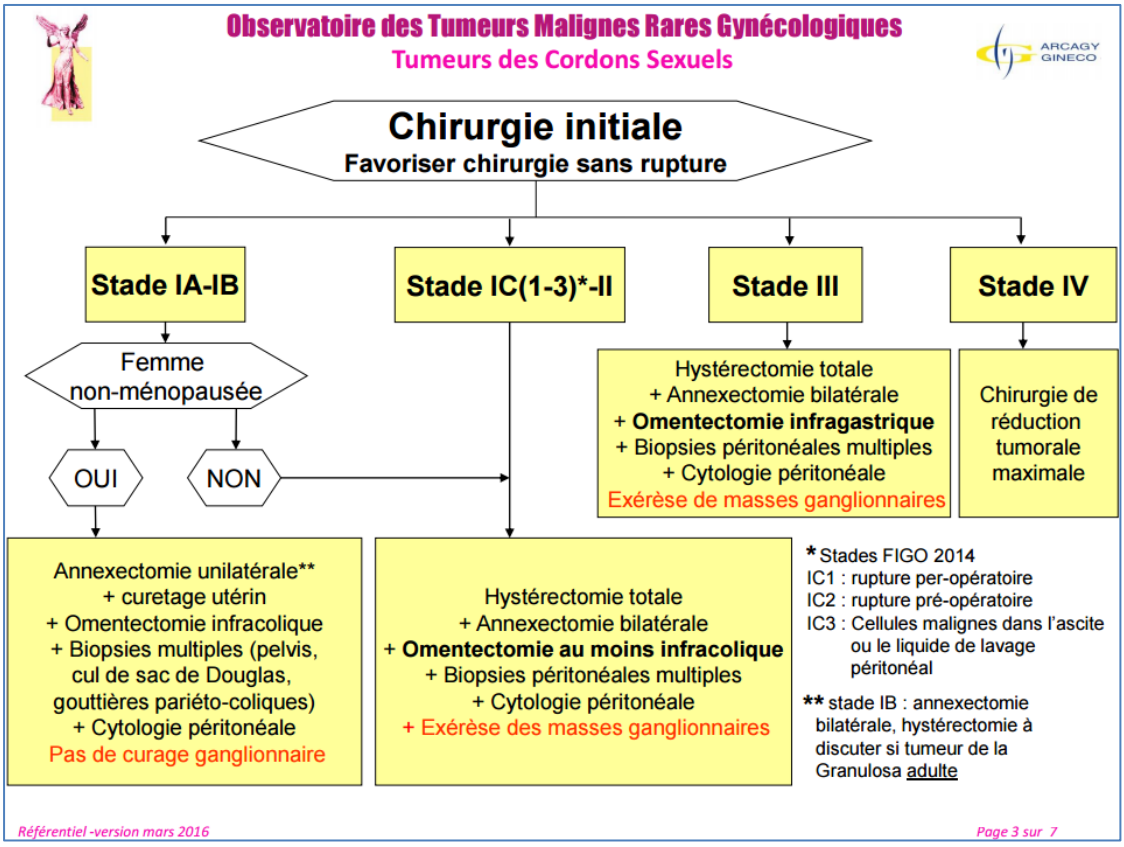
- **T de la granulosa, formes peu différenciées de t à cellules de Sertoli, t à cellules lipidiques**
- **Cf protocoles nationaux**

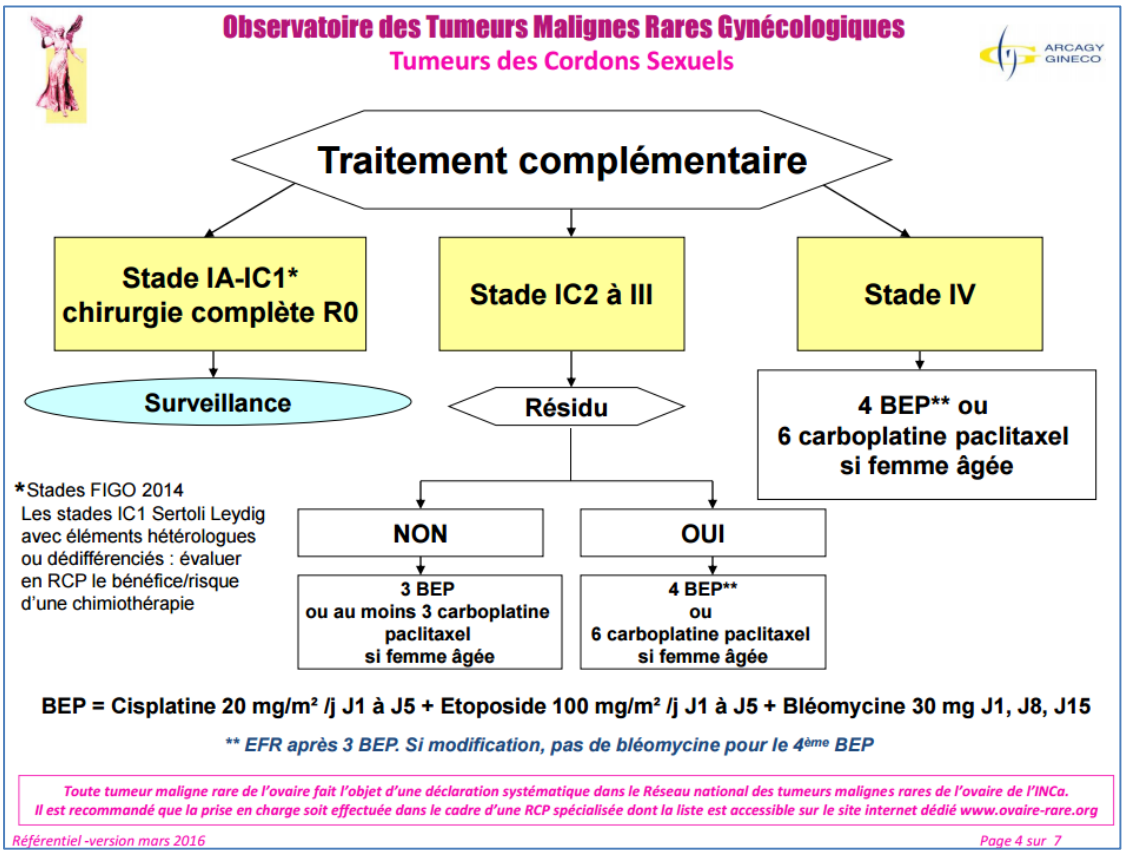
http://www.ovaire-rare.org

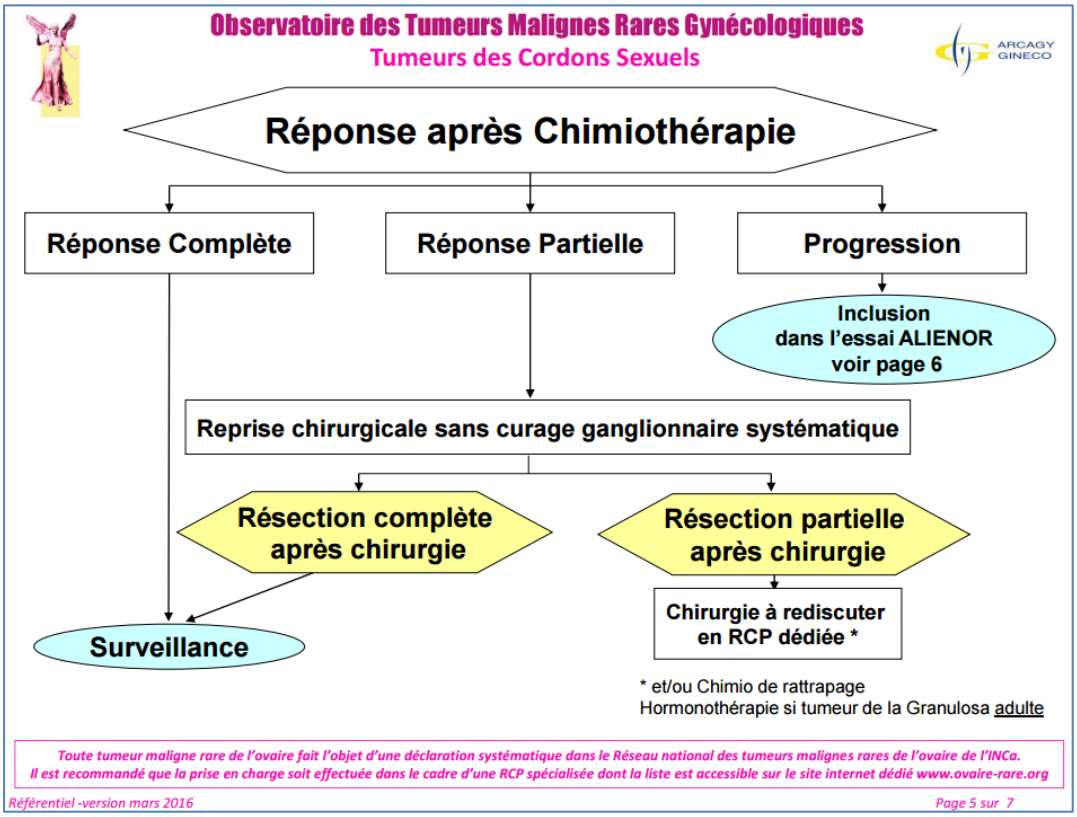
a) Bilan initial



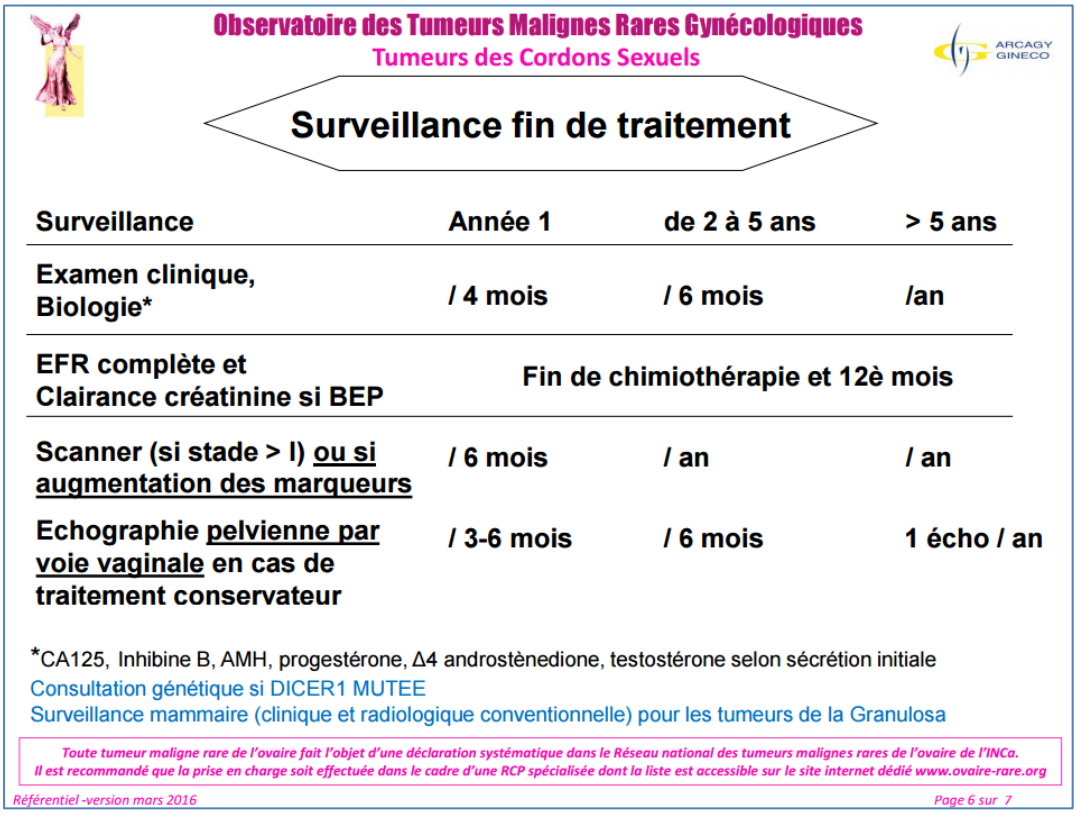
b) Prise en charge thérapeutique







c) Surveillance

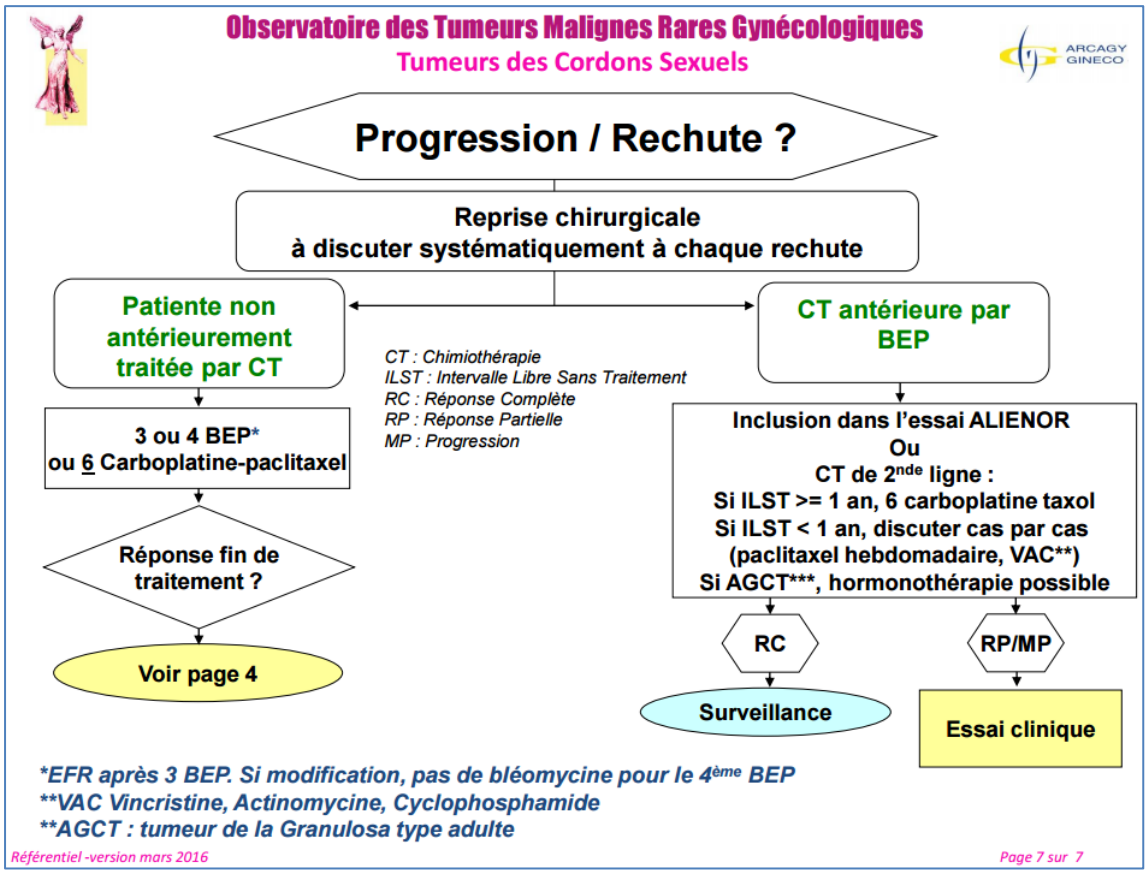


Tumeurs des cordons sexuels

- Clinique et marqueurs s'ils existent (i.e. inhibine B pour granulosa)
  ⇨ prolongée
    - Traitement chirurgical de la récidive chaque fois que possible

Tumeurs des cordons sexuels

d) Rechute



E. TUMEURS METASTATIQUES

Tumeurs métastatiques

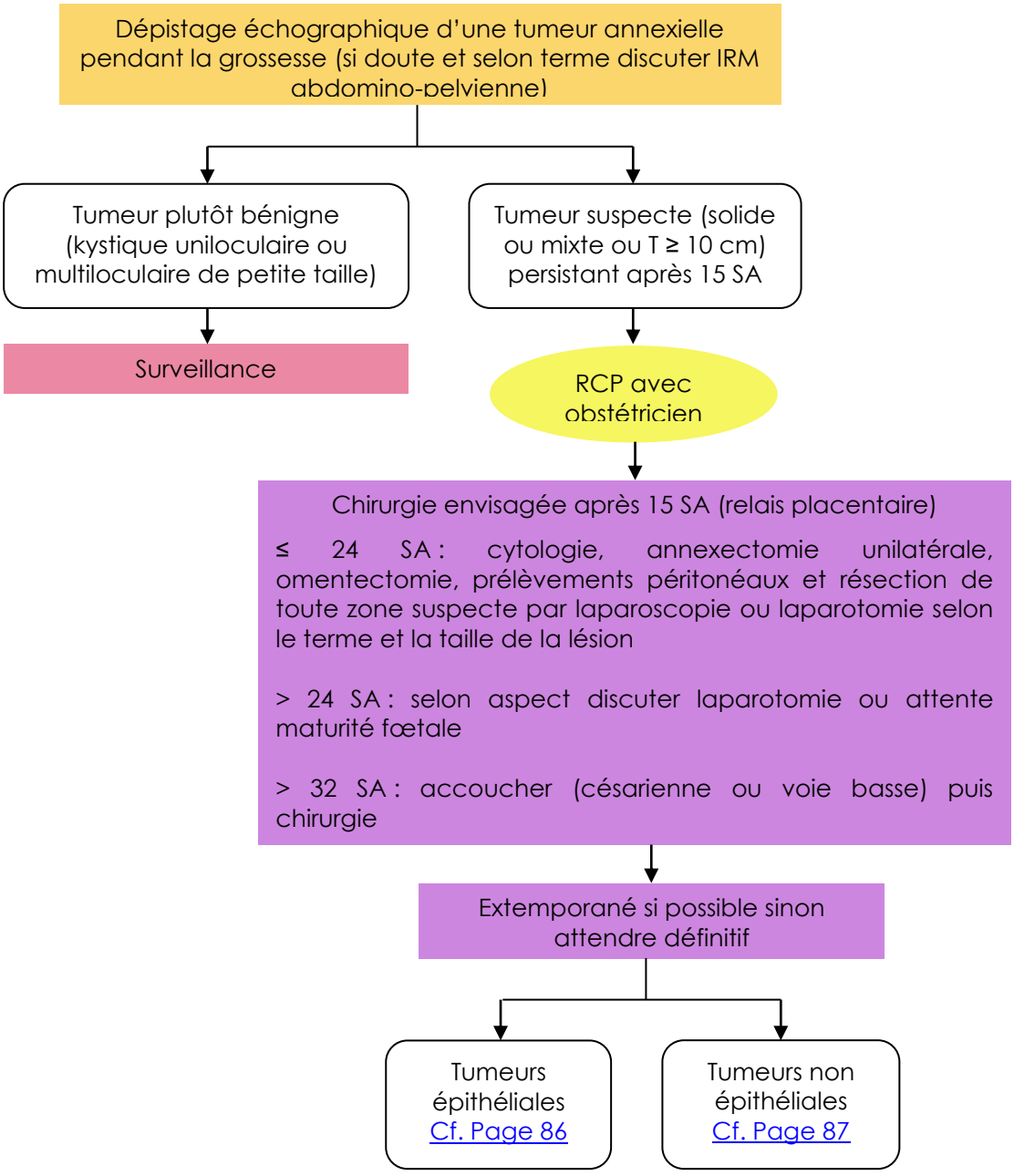
Côlon, estomac, sein

- **Forme localisée: Annexectomie bilatérale + TT de la tumeur primitive**
- **Formes étendues:**
    - **N'intervenir que si exérèse peut être complète et contrôle du primitif**
    - **Si symptomatique**

Retour au sommaire

F. TUMEURS DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

D'après les recommandations SFOG CNGOF SFCP, Maret H et al GOF 2009,37, 752-763

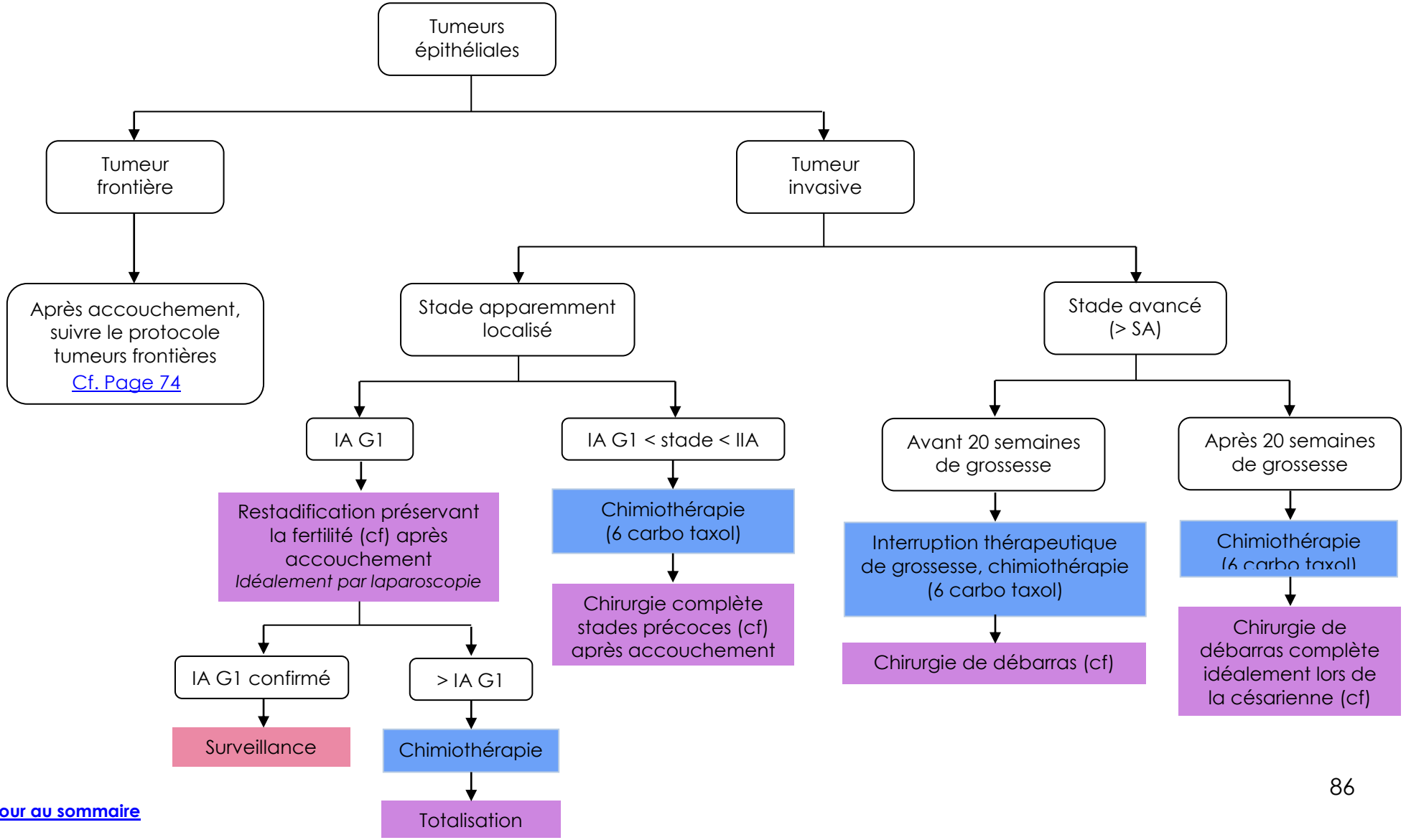


En cas de complication aiguë type torsion ⇨ chirurgie quel que soit le terme
Avis complémentaire ? Cf. Page 89

Retour au sommaire

- ***Tumeurs épithéliales***

a) Prise en charge thérapeutique



b) Surveillance

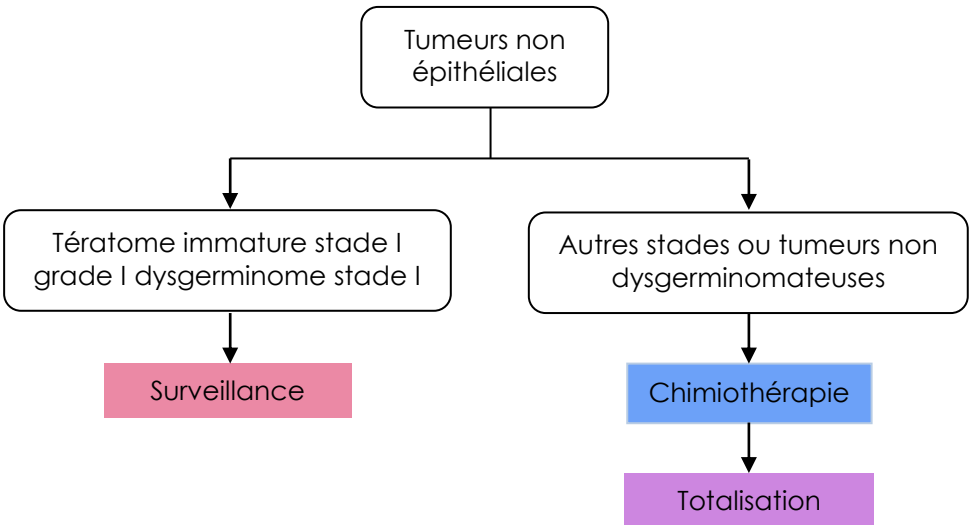
Tumeurs épithéliales

- **Traitement conservateur**
  - Clinique, biologique, échographique / 3-4 mois pendant 2 ans, blocage ovarien par OP normodosés, pas de grossesse avant 1 an, si infertilité → PMA (<=3 stim)

- **Traitement radical**
  - TDM TAP de fin de traitement (référence ultérieure)
  - Surveillance clinique seule tous les 3-4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans
  - Dosage du marqueur relevant (CA 125/19.9) facultatif, mais si élévation refaire dosage 1-2 mois plus tard
    - Pas d'intérêt çà débuter le traitement avant symptômes (ASCO 2009)
  - Autres examens (imagerie) sur signe d'appel clinique ou biologique: TT de la récidive selon délai / fin du TT précédent
  - Pas de CI cancérologique à THS (estrogènes seuls) si souhaité

• *Tumeurs non épithéliales*

a) Prise en charge thérapeutique



b) Surveillance

Tumeurs non épithéliales

- Avec marqueurs positifs : surveillance par les mêmes marqueurs ->traitement précoce et efficace de la récidive possible
- Avec marqueurs négatifs: clinique et imagerie écho/IRM (TT conservateur)

• Trompes

a) Classification clinique FIGO

FIGO classification update, IJGO 2009; 105-1-4

Stade 0	**Carcinome in situ**
Stade I	**Limité à la trompe**
IA	limité à 1 trompe, avec extension à la sous muqueuse et/ou musculeuse, mais pas pénétration séreuse ou ascite+
IB	limité aux 2 trompes, avec extension à la sous muqueuse et/ou musculeuse, mais pas pénétration séreuse ou ascite+
IC	IA ou IB avec pénétration séreuse ou ascite+
Stade II	**Atteinte pelvienne**
IIA	extension/métastase utérus ou ovaires
IIB	extension aux autres organes pelviens
IIC	IIA ou B avec ascite ou lavage péritonéal +
Stade III	**Implants abdominaux ou envahissement ganglionnaire**
IIIA	atteinte péritonéale microscopique , pN0
IIIB	implants péritonéaux < 2cm, pN0
IIIC	implants péritonéaux >2cm ou pN1 pelviens, lombo-aortiques ou inguinaux
Stade IV	**Métastases à distance, épanchement pleural +, M+ parenchymateuses hépatiques**

b) Prise en charge thérapeutique

Prise en charge équivalente à celle des tumeurs épithéliales de l'ovaire invasives

- Insister sur l'importance de l'évaluation ganglionnaire (t très lymphophile)
- chimiothérapie systématique (cf. ovaire), quel que soit le résultat de la stadification car toujours carcinome de haut grade

• Chirurgie prophylactique

Idéalement après consultation d'onco-génétique

- Surtout si recherche de mutation BRCA ou Lynch

CA 125 + écho pelvienne préopératoires

Abord laparoscopique systématiquement proposé

- Cytologie péritonéale
- Annexectomie bilatérale emportant l'ovaire et la trompe jusqu'à la corne utérine
    - Avec hystérectomie
        - Recommandée si syndrome Lynch
        - Discutée si prise de tamoxifène ou pathologie utérine associée, patiente informée

XII. SITES UTILES

Cancer et grossesse

* Réseau cancer et grossesse (Hal Tenon)
  * Tel: 01 56 01 60 19
  * Fax: 01 56 01 60 62
  * cancer.grossesse@tnn.aphp.fr

Tumeurs rares

* http://www.ovaire-rare.org
* Tumeurs trophoblastiques (centre de référence lyonnais): http://www.mole-chorio.com/

XIII. PROTOCOLES DE RECHERCHE OU EN EVALUATION

Cf. Site internet du Réseau Régional de Cancérologie :
http://www.onco-npdc.fr/recherche-clinique/essais-region.html

Annexe 1 Fiche RCP Gynécologie

Informations générales sur le patient

Consentement : ☐ OUI ☐ NON — Identifiant patient INSC visible : . . . . . .

NOM D'USAGE : . . . . . — **NOM DE NAISSANCE** : . . . . . .

PRENOM : . . . . . — **Date de naissance** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Age : . . . . .

Ville de naissance : . . . . . — **Sexe** : ☐ HOMME ☐ FEMME

Adresse : . . . . . .

Ville de résidence : . . . . . — Code Postal : |_|_|_|_|_|

Précédent passage en RCP : ☐ OUI ☐ NON

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| — RCP de recours : ☐ OUI ☐ NON

Cas discuté en RCP : ☐ OUI ☐ NON — Lieu de la RCP : . . . . . .

FINESS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| — Visio conférence : . . . . . .

Intitulé de la RCP : ☐ Gynécologie

Motif de la RCP :

☐ Démarche diagnostique ☐ Surveillance après traitement ☐ Autre : . . . . . .
☐ Proposition de traitement ☐ Ajustement thérapeutique

Commentaires : . . . . . .
. . . . . .

Médecin responsable de la séance : . . . . . .

Médecin référent (demandeur): . . . . . — Etablissement du médecin référent: . . . . . .

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) : . . . . . .

Médecin traitant : . . . . . — Médecins correspondants : . . . . . .

Informations cliniques (TNM) et paracliniques

Circonstances de découverte :

☐ Dépistage organisé ☐ Circonstance non connue ☐ Dépistage individuel
☐ Manifestation clinique ☐ Découverte fortuite ☐ Découverte fortuite
☐ Anomalie biologique ☐ Autre (texte libre)

Commentaires : . . . . . .
. . . . . .

Co morbidités :

☐ Pathologie cardiovasculaire	☐ Pathologie métabolique	☐ Pathologie hépato-digestive
Artérite des membres inférieurs	Diabète	Insuffisance hépatique
HTA	Obésité	Cirrhose
Insuffisance coronarienne	Hyperlipidémie	Autre
Valvulopathie	Autre	
Trouble du rythme		
Autre		
Insuffisance cardiaque		

☐ Pathologie rénale
Insuffisance rénale
Autre

☐ Pathologie respiratoire
Insuffisance respiratoire
Asthme
BPCO
Autre

☐ Pathologie neuropsychiatrique
Polynévrite
Syndrome démentiel
Autre

☐ Grossesse

☐ Traitements associés
Anticoagulant
Antiagrégant
Autre

☐ Autres : . . . . . .

☐ Age > 75 ans
☐ Dénutrition

Etat général

Capacité de vie OMS : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ NSP

0 : Activité extérieure normale sans restriction
1 : Réduction des efforts physiques intenses
2 : Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée
3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée
4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant

Poids actuel : . . . . . Poids habituel : . . . . . .

Variation de poids : . . . . . Taille : . . . . . IMC : . . . . . .

Antécédents

Antécédents personnels carcinologiques : . . . . . .

Antécédents familiaux carcinologiques : . . . . . .

Siège de la tumeur primitive

☐ Col
☐ Ovaire (annexe)
☐ Vagin
☐ Péritoine (annexe)
☐ Autre (texte libre)

☐ Corps
☐ Placenta
☐ Vulve
☐ Trompes (annexe)
☐ Non connu

Code CIM :
☐ (C51) Tumeur maligne de la vulve
☐ (C52) Tumeur maligne du vagin
☐ (C53) Tumeur maligne du col de l'utérus
☐ (C54) Tumeur maligne du corps de l'utérus
☐ (C56) Tumeur maligne de l'ovaire
☐ (C58) Tumeur maligne du placenta

Mutation BRCA 1/2 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Taille clinique (mm) : . . . . . Taille IRM grand axe (mm) : . . . . . .
(Apparait uniquement si on sélectionne col)

Latéralité : . . . . . .

Commentaires : . . . . . .
. . . . . .

FIGO (ouvrir le FIGO en fonction de l'organe) :

COL :
☐ Stade 0 ☐ Stade IA ☐ Stade IA1 ☐ Stade IA2 ☐ Stade IB ☐ Stade IB1 ☐ Stade IB2
☐ Stade IIA ☐ Stade IIA1 ☐ Stade IIA2 ☐ Stade IIB ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB ☐ Stade IVA
☐ Stade IVB

CORPS :
☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade II ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB ☐ Stade IIIC ☐ Stade IIIC1
☐ Stade IIIC2 ☐ Stade IVA ☐ Stade IVAB

VULVE :
☐ Stade 0 ☐ Stade I ☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade II ☐ Stade III ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB
☐ Stade IIIC ☐ Stade IV ☐ Stade IVA ☐ Stade IVB

VAGIN :
☐ Stade 0 ☐ Stade I ☐ Stade II ☐ Stade III ☐ Stade IV ☐ Stade IVA ☐ Stade IVB

OVAIRE :
☐ Stade I ☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade IC ☐ Stade II ☐ Stade IIA ☐ Stade IIB ☐ Stade IIC
☐ Stade III ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIB ☐ Stade IIIC ☐ Stade IV

TROMPE :
☐ Stade 0 ☐ Stade I ☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade IC ☐ Stade II ☐ Stade IIA ☐ Stade IIB
☐ Stade IIC ☐ Stade III ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB ☐ Stade IIIC ☐ Stade IV

PLACENTA :
☐ Stade I ☐ Stade II ☐ Stade II ☐ Stade III ☐ Stade III

Cas présenté en RCP ce jour :

☐ Phase initiale ☐ Rechute date . . . . . ☐ Suspicion de rechute ☐ NA

☐ Locale
☐ Locorégionale
☐ Métastases localisation ☐ Os ☐ Foie ☐ Poumon ☐ Moelle ☐ Autre . . . . . .

Intervalle entre fin du dernier traitement et récidive (mois) : . . . . . .

Commentaires : . . . . . .
. . . . . .

Informations paracliniques :

Marqueurs tumoraux

COL ET VAGIN
NSE : . . . . . Chromogranine : . . . . . SCC : . . . . . CA 125 : . . . . . .
CA19.9 : . . . . . Autre : . . . . . .

CORPS
Récepteurs hormonaux : RE (%) : . . . . . RP (%) : . . . . . .
Phénotype RER : . . . . . Autre : . . . . . .

PLACENTA
HCG :…… béta HCG :…….Autre : . . . . . .

ANNEXES

CA 125 : . . . . . CA 19 9 (Ul/ml) : . . . . . .
ACE (ng/ml) : . . . . . AFP : . . . . . .
Inhibine B : . . . . . LDH (Ui/l) : . . . . . .
HCG : . . . . . Autre : . . . . . .

Commentaires :

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Statut thérapeutique de la maladie

☐ Non traitée antérieurement ☐ En cours de traitement ☐ Déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

☐ Chirurgie	nb de cycle (texte)	Date de fin de traitement : __ / __ / ____
☐ Chimiothérapie *(cf. annexe)*	nb de cycle (texte)	Date de fin de traitement : __ / __ / ____
☐ Thérapie ciblée	nb de cycle (texte)	Date de fin de traitement : __ / __ / ____
☐ Hormonothérapie	nb de cycle (texte)	Date de fin de traitement : __ / __ / ____
☐ Radiothérapie	nb de cycle (texte)	Date de fin de traitement : __ / __ / ____
☐ Autre	nb de cycle (texte)	Date de fin de traitement : __ / __ / ____

Résumé clinique

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Col

Type de prélèvement : ☐ **Biopsie** ☐ **Conisation** ☐ **Hystérectomie** ☐ **NSP**

Date du **prélèvement** : __ / __ / ____ ☐ **NSP**

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Type histologique :

☐ Adénocanthome	☐ Adénocarcinome	☐ Adénocarcinome à cellules claires
☐ Adénocarcinome adénosquameux	☐ ASCH	☐ ASCUS
☐ Atypies glandulaires	☐ Carcinome Epidermoïde	☐ Carcinome Neuroendocrine
☐ HSIL	☐ LSIL	☐ Lymphome
☐ Mélanome	☐ Sarcome	☐ TMMM
☐ Autre :		

HPV oncogène : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ autre ……

Taille histologique de la tumeur :
Surface ou diamètre maximal(e) (mm) : . . . . . .
Profondeur (mm) : . . . . . .

Berges latérales d'exérèse :
Taille des marges (mm) : . . . . . ☐ Saines ☐ Limites ☐ Envahies

Statut ganglionnaire :

☐ droit	Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . .
☐ gauche	Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . .

☐ Ganglion sentinelle ☐ Curage complet

Micrométastase (0,2 à 2mm) : ☐ OUI ☐ NON
Si oui :
☐ Pelvien + ☐ Lomboaortique + ☐ Autre susclaviculaire ☐ Autre inguinale
☐ Pelvien - ☐ Lomboaortique - ☐ Autre axillaire ☐ iliaque commun

Emboles vasculaires : ☐ OUI ☐ NON

Commentaires : . . . . . .

Vagin

Type de prélèvement : ☐ biopsie ☐ autre. . . . . **☐ NSP**

Date **prélèvement** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| **☐ NSP**

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Type histologique :
☐ Adénocanthome ☐ Adénocarcinome ☐ Adénocarcinome à cellules claires
☐ Adénocarcinome adénosquameux ☐ ASCH ☐ ASCUS
☐ Atypies glandulaires ☐ Carcinome Epidermoïde ☐ Carcinome Neuroendocrine
☐ HSIL ☐ LSIL ☐ Lymphome
☐ Mélanome ☐ Sarcome ☐ TMMM
☐ VAIN 1 ☐ VAIN 2 ☐ VAIN 3
☐ Autre : . . . . . .

HPV oncogène : ☐ Positif ☐ Négatif

Taille de la tumeur :
Surface ou diamètre maximal(e) (mm) : . . . . . .
Profondeur (mm) : . . . . . .

Berges latérales d'exérèse :
Taille des marges (mm) : . . . . . ☐ Saines ☐ Limites ☐ Envahies

Statut ganglionnaire :
☐ Droit Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .
☐ Gauche Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .

Micrométastase (0,2 à 2mm) : ☐ OUI ☐ NON
Si oui :
☐ Pelvien + ☐ Lomboaortique + ☐ Autre susclaviculaire ☐ Autre inguinale
☐ Pelvien - ☐ Lomboaortique - ☐ Autre axillaire ☐ iliaque commun

Emboles vasculaires : ☐ OUI ☐ NON
FIGO histologique **VAGIN :**
☐Stade 0 ☐ Stade I ☐Stade II ☐Stade III ☐Stade IV ☐Stade IVA ☐Stade IVB

Commentaires : . . . . . .

Corps

Type de prélèvement : ☐ biopsie ☐ Autre : . . . . . **☐ NSP**

Date prélèvement :|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| **☐ NSP**

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Infiltration du biomètre : . . . . . .

Grade de différenciation : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ NSP

Histologie :

☐ Adénocarcinome à cellules claires
☐ Adénocarcinome endométrioïde grade 1
☐ Adénocarcinome endométrioïde grade 2
☐ Adénocarcinome endométrioïde grade 3
☐ Adénocarcinome séreux de bas grade
☐ Adénocarcinome séreux de haut grade
☐ Leiomyosarcome de bas grade
☐ Leiomyosarcome de haut grade
☐ Sarcome stromal de bas grade
☐ Sarcome stromal de haut grade
☐ STUMP
☐ TMMM
☐ Autre : . . . . . .

Statut ganglionnaire :

☐ droit Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .
☐ gauche Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .

☐ Ganglion sentinelle ☐ Curage complet

Micrométastase (0,2 à 2mm) : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, localisation :

☐ Pelvien + ☐ Lomboaortique +
☐ Pelvien - ☐ Lomboaortique -
☐ iliaque commun ☐ Autre : . . . . . .

Emboles vasculaires : ☐ OUI ☐ NON

FIGO **CORPS :**

☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade II ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB ☐ Stade IIIC ☐ Stade IIIC1 ☐ Stade IIIC2
☐ Stade IVA ☐ Stade IVAB

Commentaires : . . . . . .

Placenta

Type de prélèvement : ☐ B**iopsie** ☐ Autre (texte) . . . . . ☐ **NSP**

Date de **prélèvement** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| ☐ **NSP**

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Score de gravité de Whoo : . . . . . .

Type histologique : tumeurs gestationnelles ……..

FIGO PLACENTA :

☐ Stade I ☐ Stade II ☐ Stade II ☐ Stade III ☐ Stade III

Commentaires : . . . . . .

ANNEXES (Ovaire, trompes, péritoine)

Type de prélèvement : ☐ B**iopsie** ☐ **Pièce opératoire** ☐ **Autre . . . . . .** ☐ **NSP**

Date **de prélèvement**:|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| ☐ **NSP**

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Type Histologique :

☐ Adénocarcinome
☐ Adénocarcinome à cellules claires
☐ Adénocarcinome endométrioïde grade 1
☐ Adénocarcinome endométrioïde grade 2
☐ Adénocarcinome endométrioïde grade 3
☐ Adénocarcinome mucineux endocervical de type expansif

☐ Adénocarcinome mucineux endocervical de type infiltratif séreux
☐ Adénocarcinome mucineux intestinal
☐ Adénocarcinome Séreux haut grade
☐ Carcinome neuroendocrine
☐ Métastase
☐ Sarcome (texte 15 à 20 lettres) . . . . . .
☐ Tumeur borderline endométrioïde
☐ Tumeur borderline mucineuse instestinale
☐ Tumeur de Brenner maligne
☐ Tumeur germinale (texte) . . . . . .
☐ Autre : . . . . . .
☐ Adénocarcinome Séreux bas grade
☐ Carcinome indifférencié
☐ Lymphome
☐ Pseudomyxome péritonéal
☐ TMMM
☐ Tumeur borderline mucineuse endocervicale
☐ Tumeur borderline séreuse
☐ Tumeur des cordons sexuels (texte) . . . .

Résidu : ☐ CC0 ☐ CC1 ☐ CC2

Tumeur borderline, implants invasifs : ☐ OUI ☐ NON

Stadification péritonéale : ☐ Complète ☐ Incomplète

Cytologie péritonéale : ☐ Négative ☐ Positive

Statut ganglionnaire :

☐ droit Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .
☐ gauche Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .

Micrométastase (0,2 à 2mm) : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, localisation :
☐ Pelvien + ☐ Lomboaortique + ☐ Autre susclaviculaire ☐ Autre inguinale
☐ Pelvien - ☐ Lomboaortique - ☐ Autre axillaire ☐ iliaque commun

FIGO
OVAIRE :
☐ Stade I ☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade IC ☐ Stade II ☐ Stade IIA ☐ Stade IIB ☐ Stade IIC
☐ Stade III ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIB ☐ Stade IIIC ☐ Stade IV

TROMPE :
☐ Stade 0 ☐ Stade I ☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade IC ☐ Stade II ☐ Stade IIA ☐ Stade IIB
☐ Stade IIC ☐ Stade III ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB ☐ Stade IIIC ☐ Stade IV

Commentaires : . . . . . .

Vulve

Type de prélèvement : ☐ **Biopsie** ☐ **Pièce opératoire** ☐ **Autre (texte)** . . . . . ☐ **NSP**

Date de prélèvement :|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| ☐ **NSP**

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Type Histologique :
☐ VIN différenciée
☐ VIN classique
☐ micro infiltration
☐ Maladie de Paget
☐ Carcinome épidermoïde
☐ Carcinome verruqueux
☐ Adénocarcinome
☐ Sarcome
☐ Mélanome
☐ Autre : . . . . . .

Taille tumeur (mm) : . . . . . Multifocalité : ☐ OUI ☐ NON

Berges latérales d'exérèse :
Taille des marges (mm) : . . . . . Etat : ☐ Saines ☐ Limites ☐ Envahies

Retour au sommaire

Statut ganglionnaire :
☐ droit Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .
☐ gauche Nb ganglion(s) envahi(s) : . . . . . / Total ganglions prélevés : . . . . . .

☐ Ganglion sentinelle ☐ Curage complet

Rupture capsulaire : ☐ OUI ☐ NON

Emboles vasculaires : ☐ OUI ☐ NON

FIGO **VULVE** :
☐ Stade 0 ☐ Stade I ☐ Stade IA ☐ Stade IB ☐ Stade II ☐ Stade III ☐ Stade IIIA ☐ Stade IIIB
☐ Stade IIIC ☐ Stade IV ☐ Stade IVA ☐ Stade IVB

Commentaires : . . . . . .

Autre

Prélèvement ☐ OUI ☐ NON (si oui date obligatoire)

Date de prélèvement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| . . . . . . ☐ **NSP**

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| . . . . . .

Type de prélèvement ☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire

Grade histologique : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Prélèvement adressé tumorothèque : ☐ OUI ☐ NON

Résidu tumoral après chirurgie :
☐ 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse
☐ 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique
☐ 2 : Résidu tumoral macroscopique

Commentaires : . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Proposition de prise en charge

Résumé pré-thérapeutique : . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Nature de la proposition :

Liste déroulante (Choix unique)
☐ Nécessité d'examens complémentaires ……
☐ Proposition de traitement
☐ Surveillance
☐ Arrêt des traitements
☐ Décision reportée

Type de proposition :

☐ Application d'un référentiel (+liste ci-dessous à cocher)
- ☐ Application d'un référentiel international (lequel + texte) . . . . . .
- ☐ Application d'un référentiel national (lequel + texte) . . . . . .
- ☐ Application d'un référentiel régional (lequel + texte) . . . . . .

☐ Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
☐ Traitement hors référentiel
☐ Recours à une RCP régionale ou nationale
☐ A représenter en RCP

Essai clinique : ☐ OUI ☐ NON **si oui préciser lequel** . . . . . .

Examens complémentaires : . . . . . .
. . . . . .

Description de la proposition thérapeutique : . . . . . .
. . . . . .

Plan de traitement :

Traitement *(menu déroulant choix unique duplicable)*	Type de traitement *(menu déroulant choix unique duplicable)*	Commentaires	Structure/Professionnel
☐ Chirurgie de la vulve	• Vulvectomie superficielle partielle • Vulvectomie superficielle totale • Vulvectomie radicale partielle • Vulvectomie radicale totale		
☐ Chirurgie du vagin	• Colpectomie partielle • Colpectomie totale		
☐ Chirurgie de l'utérus	• Conisation • Trachélectomie simple • Trachélectomie élargie • Hystérectomie totale simple sans conservation ovarienne • Hystérectomie totale simple avec conservation ovarienne • Hystérectomie totale élargie sans conservation ovarienne • Hystérectomie totale élargie avec conservation ovarienne		
☐ Chirurgie de l'ovaire	• Kystectomie unilatérale • Kystectomie bilatérale • Ovariectomie unilatérale • Ovariectomie bilatérale • Salpingectomie unilatérale • Salpingectomie bilatérale • Annexectomie unilatérale • Annexectomie bilatérale • Stadification péritonéale • Stadification péritonéale et rétropéritonéale • Chirurgie de cytoréduction maximale		
☐ Chirurgie du pelvis	• Exentération pelvienne antérieure • Exentération pelvienne postérieure • Exentération pelvienne totale • Adénectomie seule		
☐ Chirurgie ganglionnaire	• Ganglion sentinelle unilatéral • Ganglion sentinelle bilatéral • Curage inguinal unilatéral • Curage inguinal bilatéral • Curage pelvien unilatéral • Curage pelvien bilatéral • Curage lombo-aortique		
☐ Autre chirurgie ☐ Chimiothérapie (plans de traitement : cf. annexe) ☐ Curiethérapie ☐ Hormonothérapie ☐ Immunothérapie ☐ Soins palliatifs			

☐ Radiothérapie ☐ Thérapies ciblées ☐ Radiologie interventionnelle ☐ Radiothérapie/chimiothérapie simultanées ☐ Autres traitement médicamenteux spécifiques ☐ Endoscopie interventionnelle ☐ Autre			

Proposition liée au contexte :

☐ Oncogénétique
☐ Registre des tumeurs rares
☐ Préservation de la fertilité
☐ Cancer et grossesse

Types de traitement en chimiothérapie

BEVACIZUMAB SEUL / GYNECOLOGIE
CAELYX SEUL
CARBOPLATINE - ENDOXAN / Ovaire
CARBOPLATINE - ETOPOSIDE
CARBOPLATINE - PACLITAXEL - BEVACIZUMAB
CARBOPLATINE - TAXOL / GYNECOLOGIE
CARBOPLATINE AUC 2 - TAXOL Hebdomadaire / GYNECOLOGIE
CARBOPLATINE AUC 5 - TAXOL Hebdomadaire / GYNECOLOGIE
CARBOPLATINE CAELYX PACA 01
CARBOPLATINE SEUL GYNECOLOGIE
CHIP HYPERTHERMIE
CIPPI
CISPLATYL - ETOPOSIDE / GYNECOLOGIE
CISPLATYL et RADIOTHERAPIE
CISPLATYL SEUL 100mg/m²
CISPLATYL SEUL 50mg/m²
DOCETAXEL Hebdomadaire 30 mg/m²
EMA/CO
EPIRUBICINE SEULE / GYNECOLOGIE
GEMCITABINE / GYNECOLOGIE
METHOTREXATE INTRAMUSCULAIRE
NAVELBINE SEULE 25 mg/m² / GYNECOLOGIE
PACLITAXEL HEBDOMADAIRE - BEVACIZUMAB
TAXOL - CISPLATYL / Ovaire
TAXOL 175 mg/m² / Ovaire
TAXOL 80 ou 90 mg/m² HEBDOMADAIRE / GYNECOLOGIE
TAXOTERE - GEMCITABINE / Sarcome utérin / Protocole de rattrapage
TOPOTECAN HEBDOMADAIRE 4 mg/m² / GYNECOLOGIE
TOPOTECAN 1,25 mg/m² / Ovaire / GYNECOLOGIE
TOPOTECAN 1,5 mg/m² / Ovaire / GYNECOLOGIE
YONDELIS - CAELYX