

L'INSTITUT DE  
CANCEROLOGIE  
LILLE METROPOLE



# Cancer du col utérin :

*Référentiels ONCO –HDF Mai 2023*

*Recommandations CNGOF-SFOG Janvier 2023*

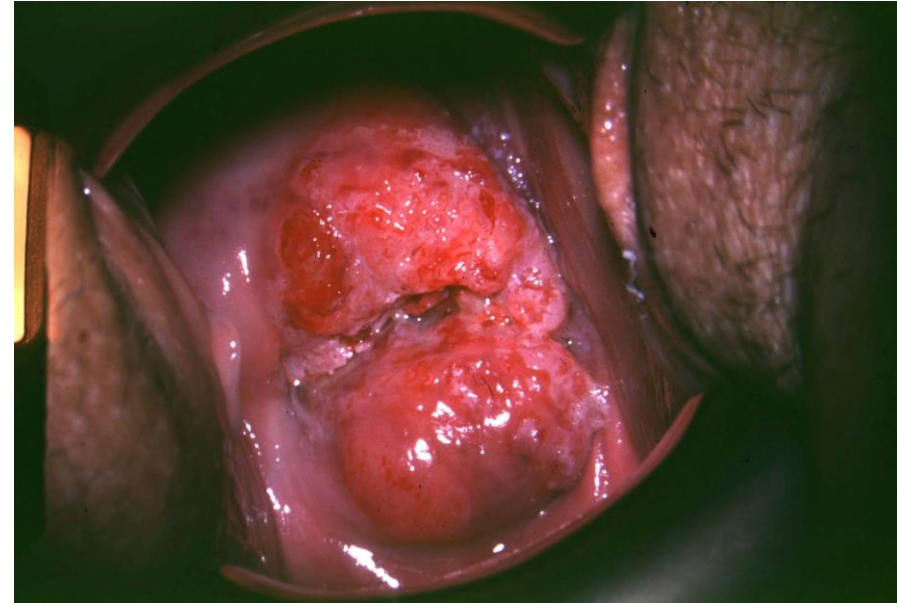
**Dr Sophie Maillard- Pr Pierre Collinet**

**Hôpital Privé le Bois**



# Cas clinique : cancer du col avancé

- Mme D , 54 ans OMS 0
- Poids 47 kg, 1 m63
- Tabac 30 PA 1 grossesse, 1 fille
- Ménopausée vers l'âge de 49 ans
- Symptômes : métrorragies
- Ex gynécologique : volumineuse lésion du col utérin



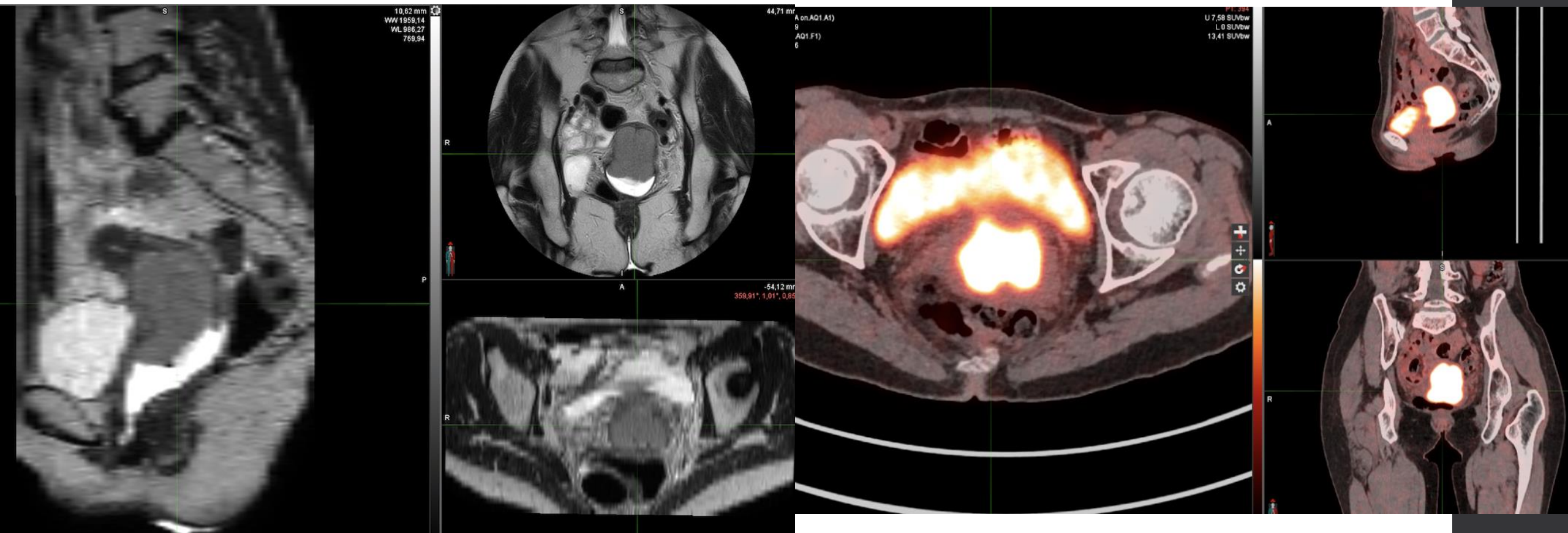
Quel Bilan initial?

**TAKE HOME  
MESSAGES**

# Bilan initial : clinique, biologie et imagerie

- Examen clinique en consultation (biopsie, recherche d'une atteinte vaginale)
  - pas d'examen sous anesthésie générale
  - IRM lombo-pelvienne de stadification avec séquences de diffusion
  - TEP-TDM à partir du stade IB2
- **Initier le traitement dans les 3 mois suivant le diagnostic histologique.**

# Bilan pre-thérapeutique

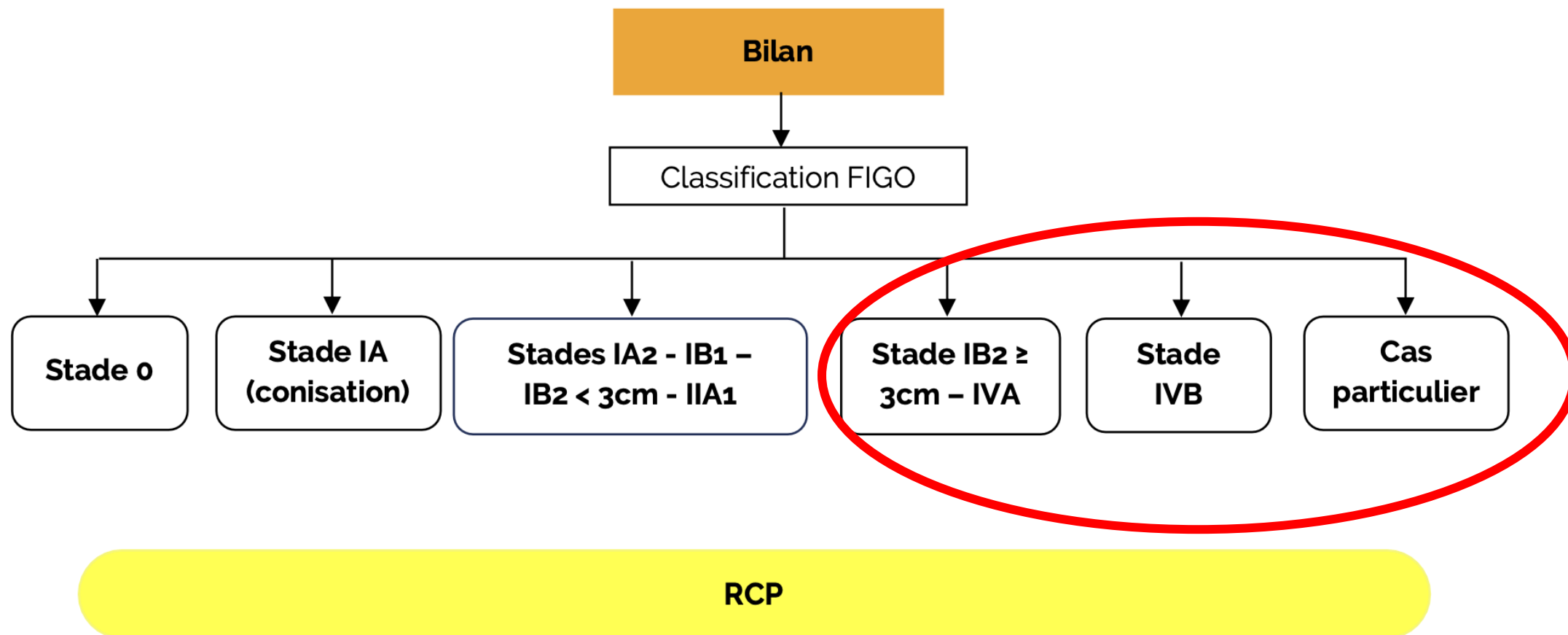


Masse cervicale 52 mm  
Infiltration paramètre proximal  
1 N iliaque ext D 6MM

# Cancer du col utérin *Classification FIGO 2019*

<b>Stade II</b>	<b>The cervical carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall</b>
<b>IIA</b>	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial invasion
IIA1	Invasive carcinoma ≤ 4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma > 4 cm in greatest dimension
<b>IIB</b>	With parametrial invasion but not up to the pelvic wall
<b>Stade III</b>	<b>The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or non-functioning kidney and/or involves pelvic and/or paraaortic lymph nodes</b>
<b>IIIA</b>	Carcinoma involves lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
<b>IIIB</b>	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or non-functioning kidney (unless known to be due to another cause)
<b>IIIC</b>	Involvement of pelvic and/or paraaortic lymph nodes ( <b>including micrometastases</b> ) <sup>c</sup> , irrespective of tumor size and extent (with r and p notations) <sup>d</sup>
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Paraortic lymph node metastasis

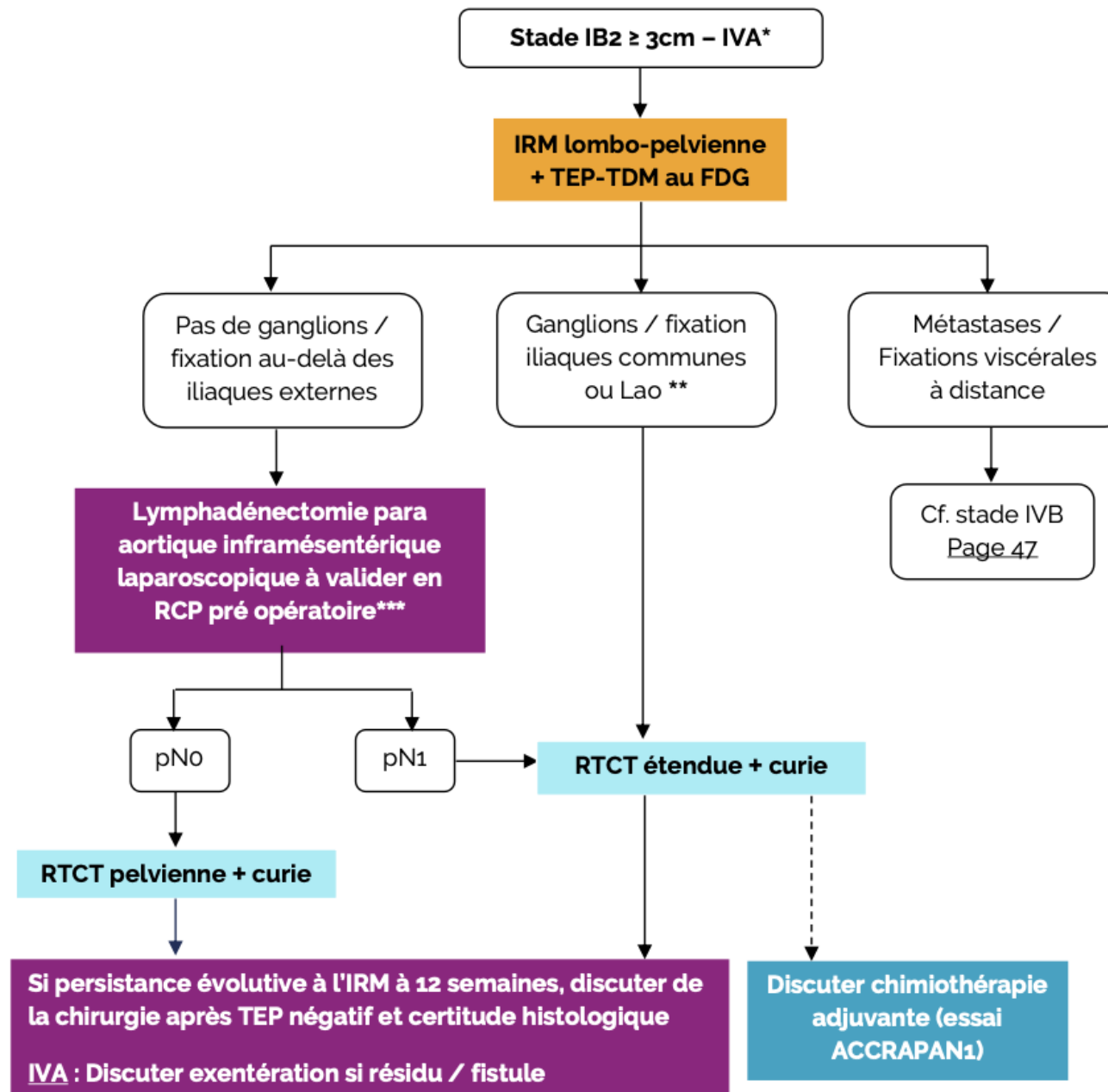




# Cancer > 3 cm

Indication de  
RTCT d'emblée

Stadification  
ganglionnaire  
curage lombo  
aortique si TEP  
négatif en  
iliaques et Lao



**Réunion de concertation pluridisciplinaire : Gynécologie du 16/02/2023**

**Informations générales sur le patient**

**Résumé Clinique / Résumé pré-thérapeutique**

Patiente de 53 ans.  
Suspicion de carcinome infiltrant du col utérin.

IRM : syndrome de masse cervicale, de 52 mm de diamètre, avec infiltration paramétriale bilatérale + adénopathie ganglionnaire iliaque externe droite de 6 mm, sans dilatation pyélocalicielle.  
TEP scanner :

Examen clinique : volumineuse formation tumorale. Réalisation de plusieurs biopsies.

Biopsies : Carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif en relation avec l'HPV

Proposition thérapeutique :

- poursuite des investigations : TEP scanner,
- radio chimiothérapie concomitante :

si TEP scanner négatif en lombo aortique et positif en pelvien : indication de curage lombo aortique,  
si TEP scanner négatif en lombo aortique et en pelvien : indication de radio chimiothérapie concomitante d'emblée sans stadification ganglionnaire préalable.

**Proposition thérapeutique**

**Nature de la proposition :** Proposition de traitement

**Plan thérapeutique :**

- CHIRURGIE GANGLIONNAIRE, curage lomboaortique, Et
- RADIOTHÉRAPIE / CHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE

## RCP

### Proposition thérapeutique stade IIIC1

1. Stadification ganglionnaire lombo-aortique
2. Radio-chimiothérapie concomitante  
(cisplatine hebdomadaire)
3. Curiethérapie



# Quelles indications pour le curage lombo-aortique ?

Stade IB3-IIIB (localement avancé N- pelvien)

*Pas recommandé*

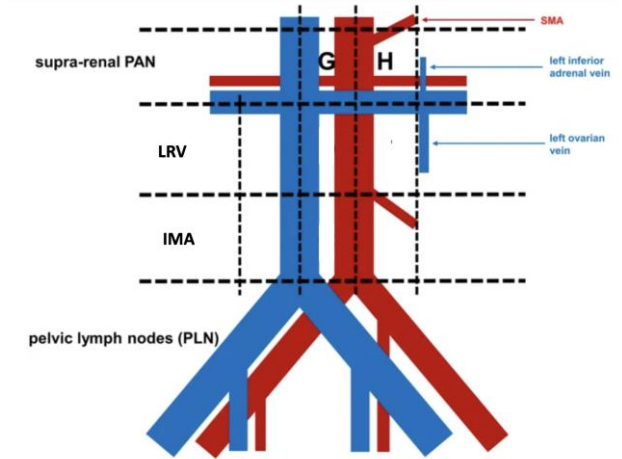
Stade IIIC1 (N+ pelvien) : Le curage lombo-aortique modifie la stratégie thérapeutique mais son bénéfice pronostique n'est pas démontré.

*Les résultats sont homogènes et montrent une modification de la stratégie thérapeutique suite au curage dans environ 20-25% des patientes de stade IIIC1 avec TEP/TDM préopératoire.*

*Recommandé*

Stade IIIC2 (N+ aortique à la TEP/TDM)

*Pas recommandé*



**TAKE HOME  
MESSAGES**

# MODALITES DE REALISATION DU CLAO

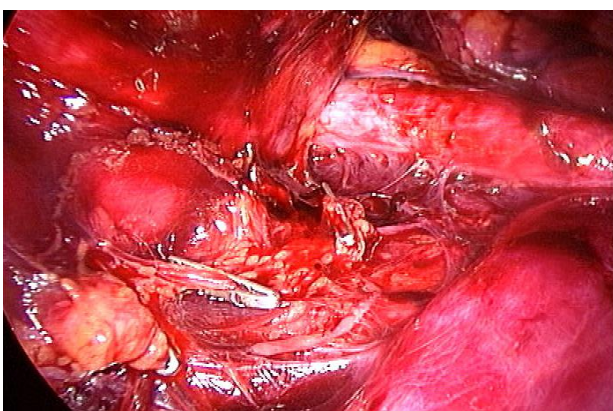
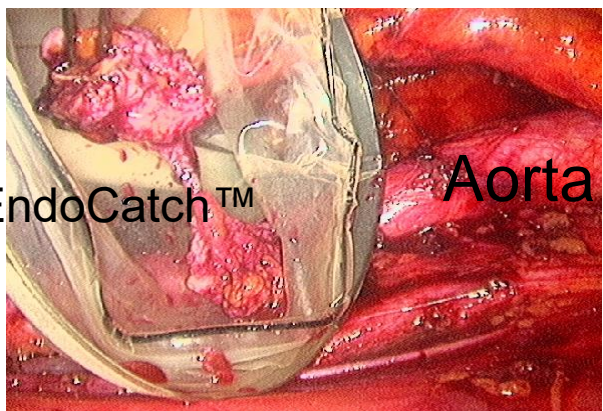
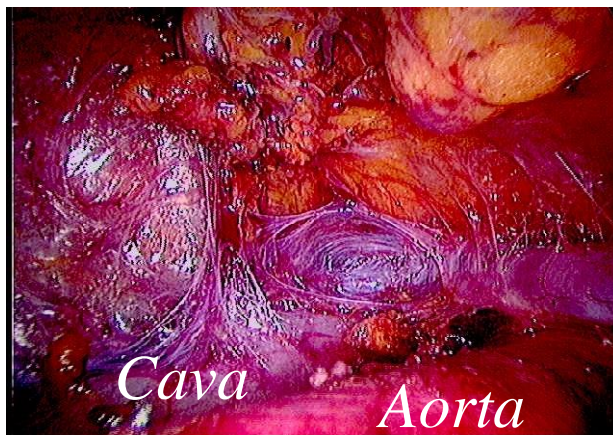
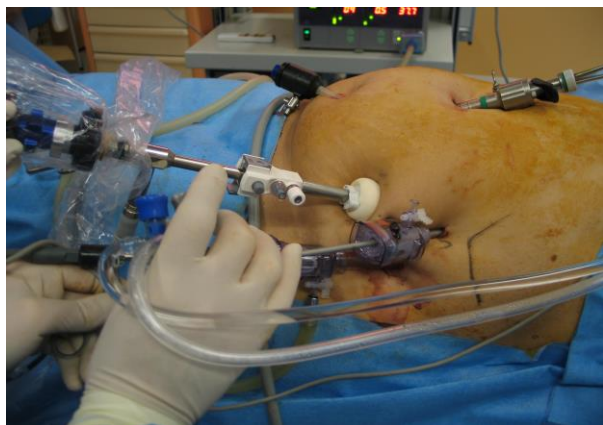
- Laparoscopie / abord rétro-péritonéal
- Limite supérieure : artère mésentérique inférieure
- Si échec : recommandé de ne pas convertir en laparotomie



aperçu après curage pré-sacré et latéro-aortique gauche sous mésentérique

# Curage Lombo-aortique

- Fev 2023: curage lombo-aortique
- 37 ganglions négatifs



## Unilabs - Pathologie Nord

Cabinet de médecins spécialistes en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
Docteurs Ahmed BOUDAHI, Dominique CATHELINÉAU, Hervé COTTEN, Christian DELERIVE  
Jérôme DELPLACE, Yoan DITCHI, Fabienne DUPONT-EVRARD, Lila GHANNEM,  
Jean-Marie HARIMENSHI, Thierry MALARD, Pierre-Yves PAQUET, Amandine PHILIPPE

Tél : 03 20 97 40 97 Fax : 03 20 97 40 87

Lille, le 07/03/2023

### **CURAGES GANGLIONNAIRES**

(antécédent de carcinome épidermoïde du col utérin)

#### **POT 1- CURAGE LOMBO AORTIQUE GAUCHE**

Un fragment de 5 x 1 x 1 cm d'aspect adipeux avec 20 micros ganglions.

#### **POT 2- CURAGE ILIAQUE COMMUN GAUCHE**

Un ganglion

#### **POT 3- CURAGE DE LA BIFURCATION AORTIQUE**

4 ganglions

#### **POT 4- CURAGE DE LA BIFURCATION ILIAQUE GAUCHE**

Un ganglion

#### **POT 5- CURAGE ILIAQUE EXTERNE GAUCHE**

5 ganglions

#### **POT 6- CURAGE PRE CAVE DROIT**

Un prélèvement de 5 x 1 cm avec 6 ganglions.

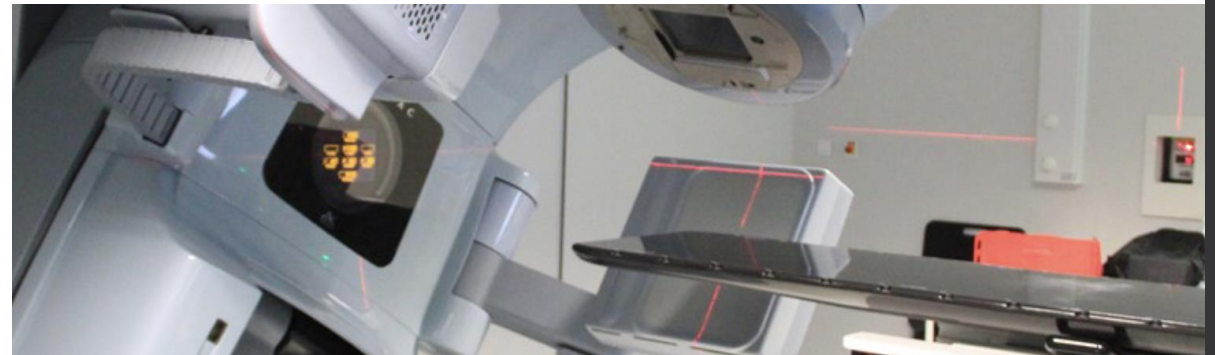
### **CONCLUSION**

**37 GANGLIONS AVEC ADENITE CHRONIQUE.  
PAS DE LOCALISATION TUMORALE PRIMITIVE OU SECONDAIRE.**

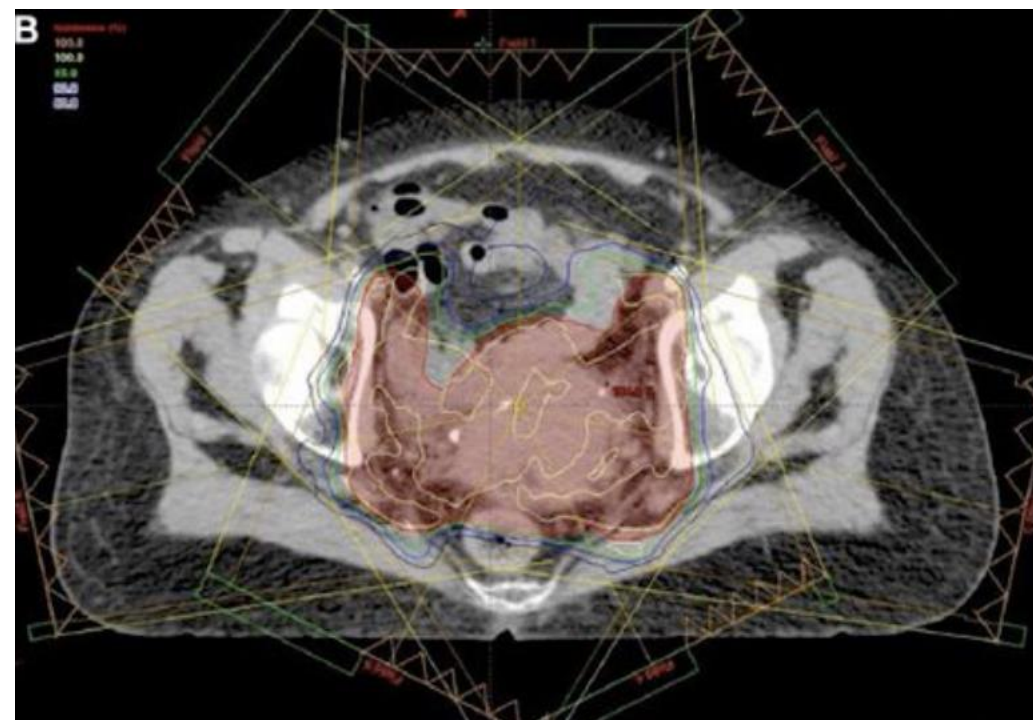
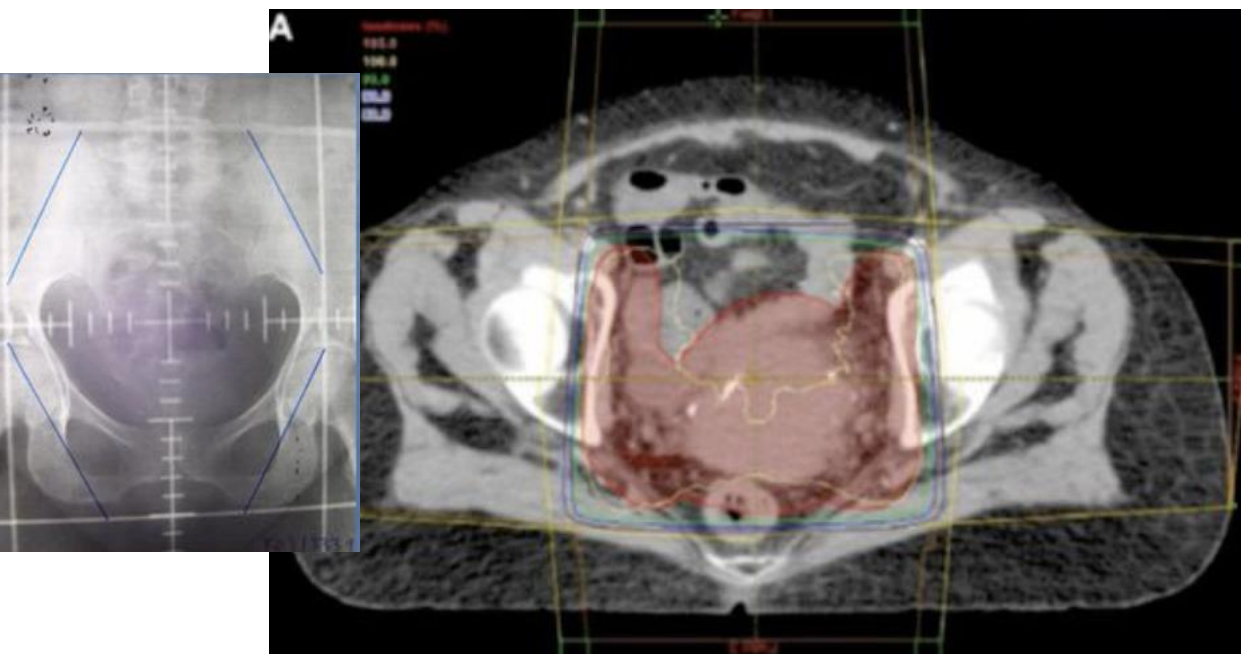
# Radiothérapie pelvienne

- **Radiothérapie** pelvienne 45 Gy en 25 séances
- avec boost concomitant sur N+ 55 Gy
- **Chimiothérapie** de type cisplatine hebdomadaire
- Centrage scanner après cs et régime
- séance 15 min
- avec contrôle positionnement

- Meta-analyse ( J.A. Green 2001)  
Amélioration de SG et SSP



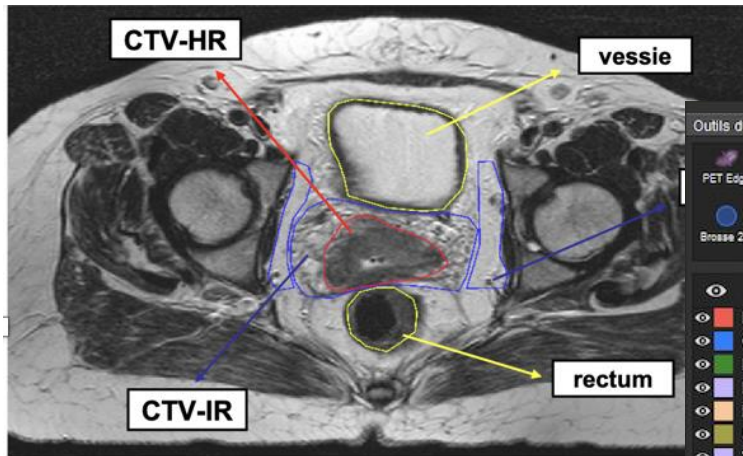
# RTE dosimétrie conformationnelle 3D vrs IMRT



Réduction toxicité gastro-intestinale  
Grade 1 : 75 vs 43 % (  $p=0,001$  )  
Grade 2: 91 vs 60% (  $p=0,002$  )

Roeske JC, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000, 48:1613-21

# Radiothérapie pelvienne



IRM T2 :imagerie de référence  
utilisée pour la délinéation

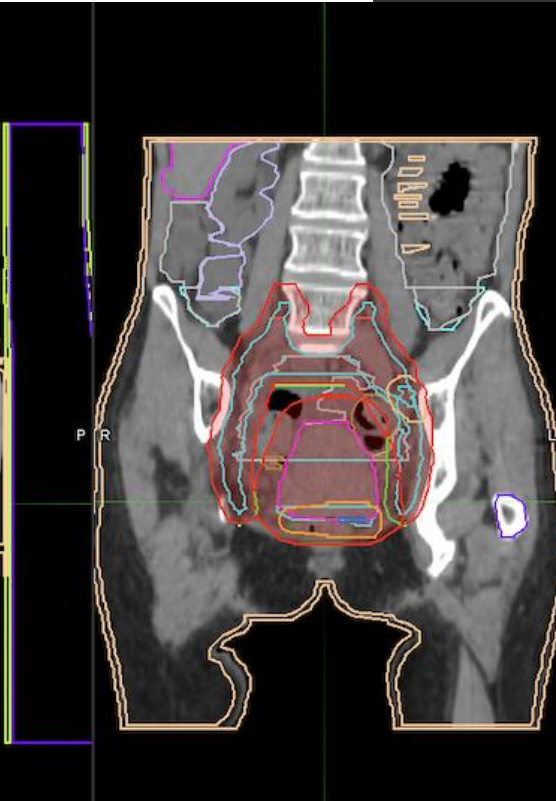
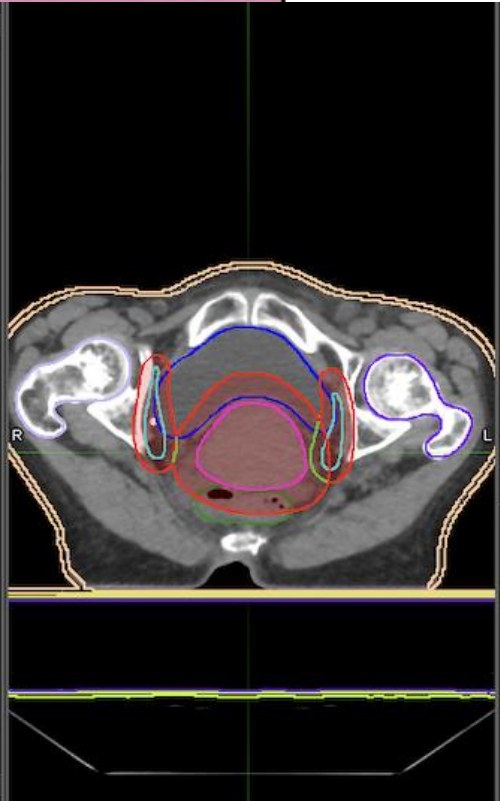
GTV adénopathies droites

Outils du mode

- PET Edge
- Seuil
- Tout le corps
- Expansion de la région
- Contour à points
- Brosse 2D
- Brosse 3D
- Outil plume
- Remplissage 2D
- Déplacer

- PANCREAS
- QUEUE DE CHEVAL
- RECTUM
- REIN D
- REIN G
- SIGMOIDE
- TETE FEMORALE D
- TETE FEMORALE G
- UTERUS
- VAGIN
- VESSIE
- CTV 1 utérus col
- CTV 2 vaginal
- CTV 3
- PTV 1
- PTV 2
- PTV 3
- GTV N G
- PTV N boost 55Gy
- table carbone
- table int entière 0.1
- Cext
- Cext-3mm
- PTV total

Paramètres du contour

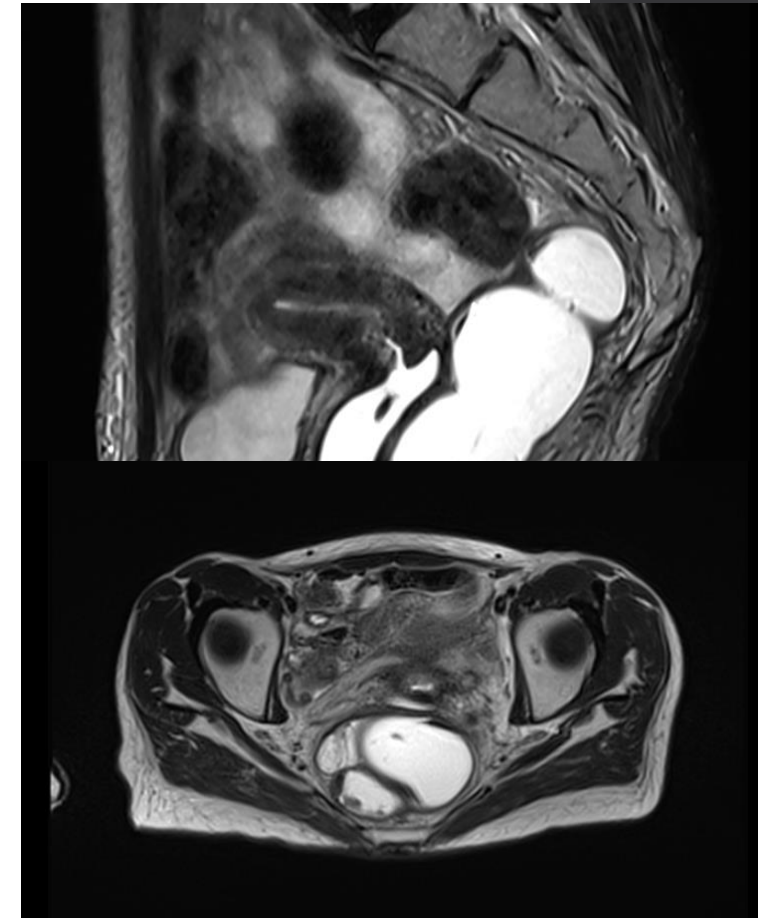


fusion IRM et TEP scanner

Contourage OAR et volumes cibles

# Tolérance

- RTE diarrhée grade 2, action hémostatique de la RTE
- Chimio hebdo 4 cures : neutropénie G3 et anémie à 9,3,transfusion, pas de dernière cure de chimio
- Transfusion 2 Culots globulaires
- Fin le 4/05/23
  
- Réévaluation après RTE et avant Curiethérapie : Irm 04/05/23:
- très nette régression de la masse tumorale
- persistance d'une infiltration au niveau du col et région paramétriale discrètement infiltratif coté G,
- pas d'adénopathie





# Curiethérapie:

- Ne s'est pas présentée à la première convocation de curiethérapie prévue en mai
- Réalisée 12 et 19 juin 2023
- Curiethérapie utérovaginale avec interstitielle
- Pose applicateur sous AG
- Dose 28 Gy en 4 fractions de 7 Gy en 2 implantations avec hospitalisation d'une nuit

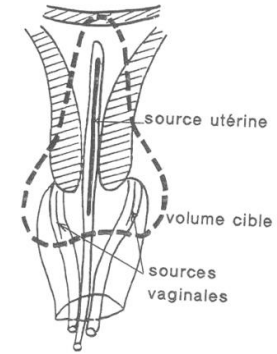
# Curiethérapie utérovaginale

- Matériel et sources associées
- Sources ponctuelles (Co 60, Ir 192)
  
- Projecteurs de sources :
- projecteur HDR ou PDR

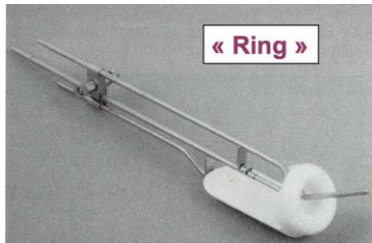
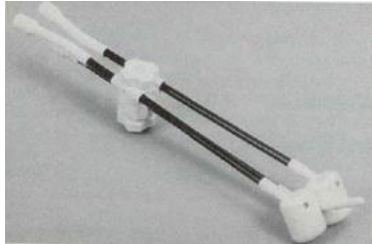
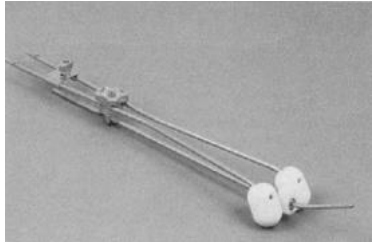
## Projecteur HDR ou PDR



# Description des applicateurs



## *Systèmes actuels dérivés des systèmes historiques :*



- ✓ Système de Manchester
- ✓ Système de Fletcher
- ✓ Système de Stockholm
- ✓ Système de Paris (pour la CT endocavitaire)

*applicateurs standards rigides ou flexibles avec des anneaux ou des ovoïdes*

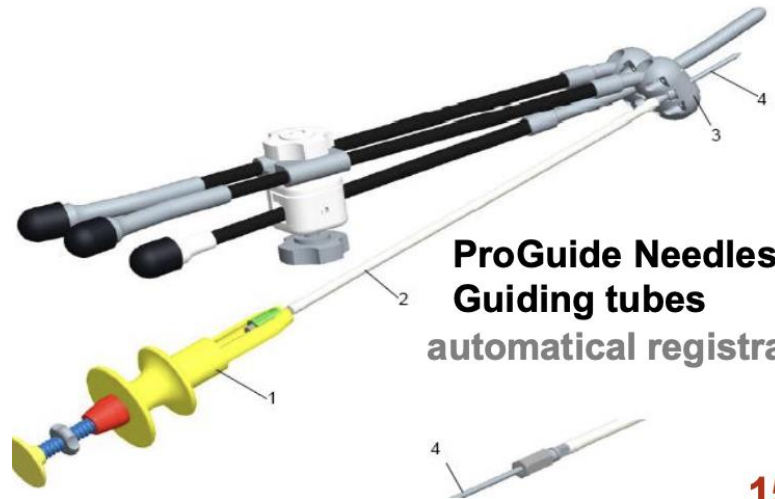
*Moule personnalisé*

*Tous ces systèmes utilisent une source utérine et des sources vaginales*

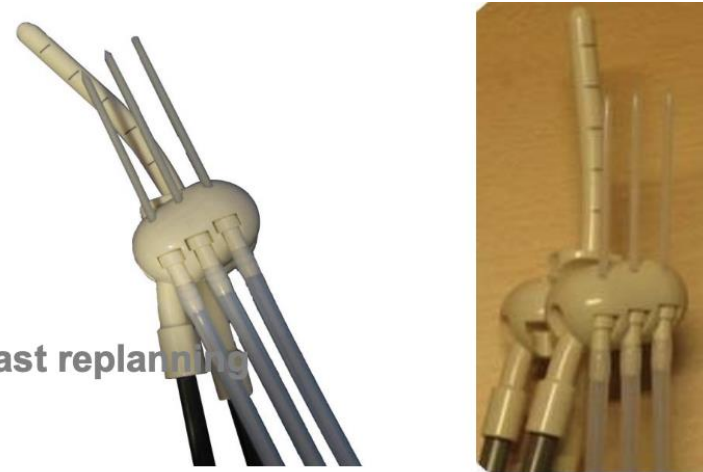


**Approche, applicateurs, mode de prescription différents**

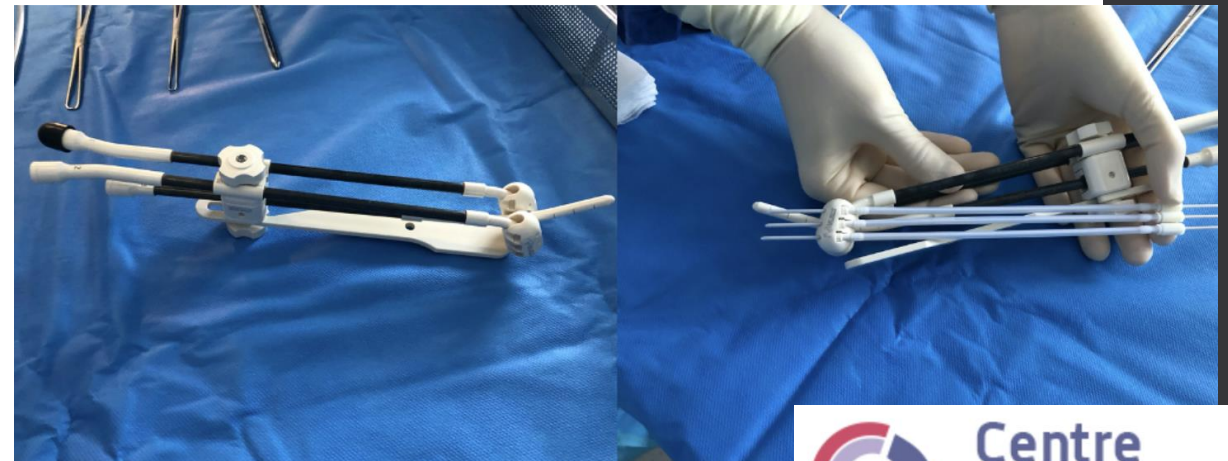
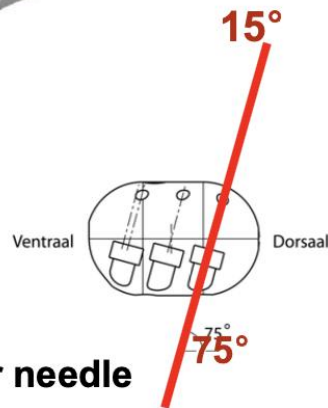
# Nouveaux applicateurs avec interstitielles



**ProGuide Needles**  
**Guiding tubes**  
automatical registration, fast replanning

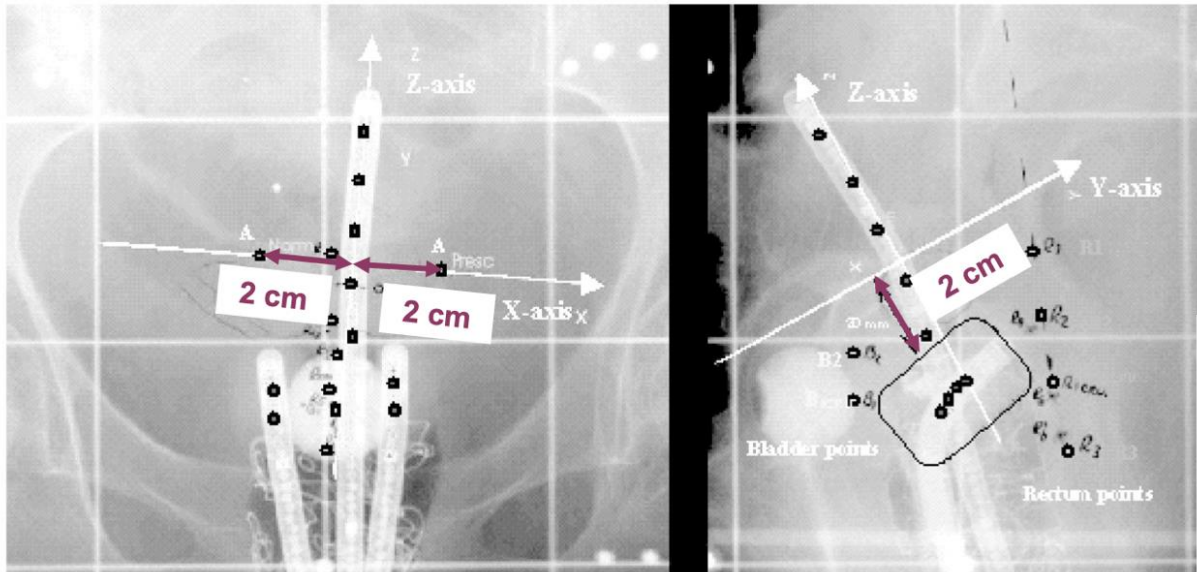


**Ovoids with drilled holes for needle guidance**

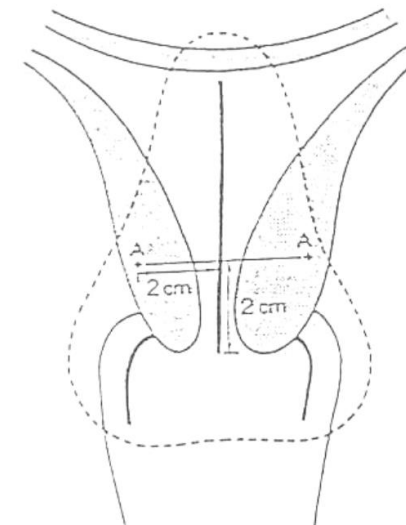


# Dosimétrie

*la définition des points A est relative aux sources*

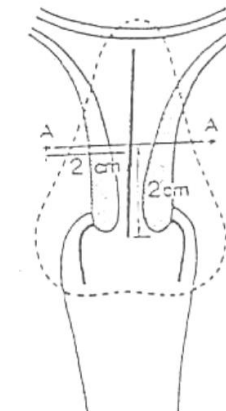


*Les points A ne sont pas relatifs à l'anatomie*



[a] Sous-dosage

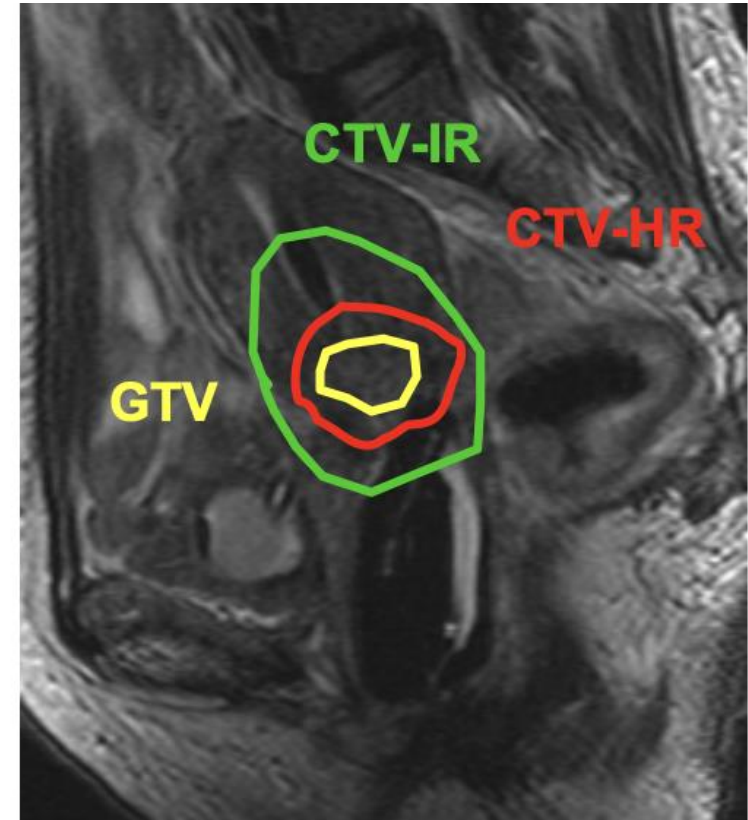
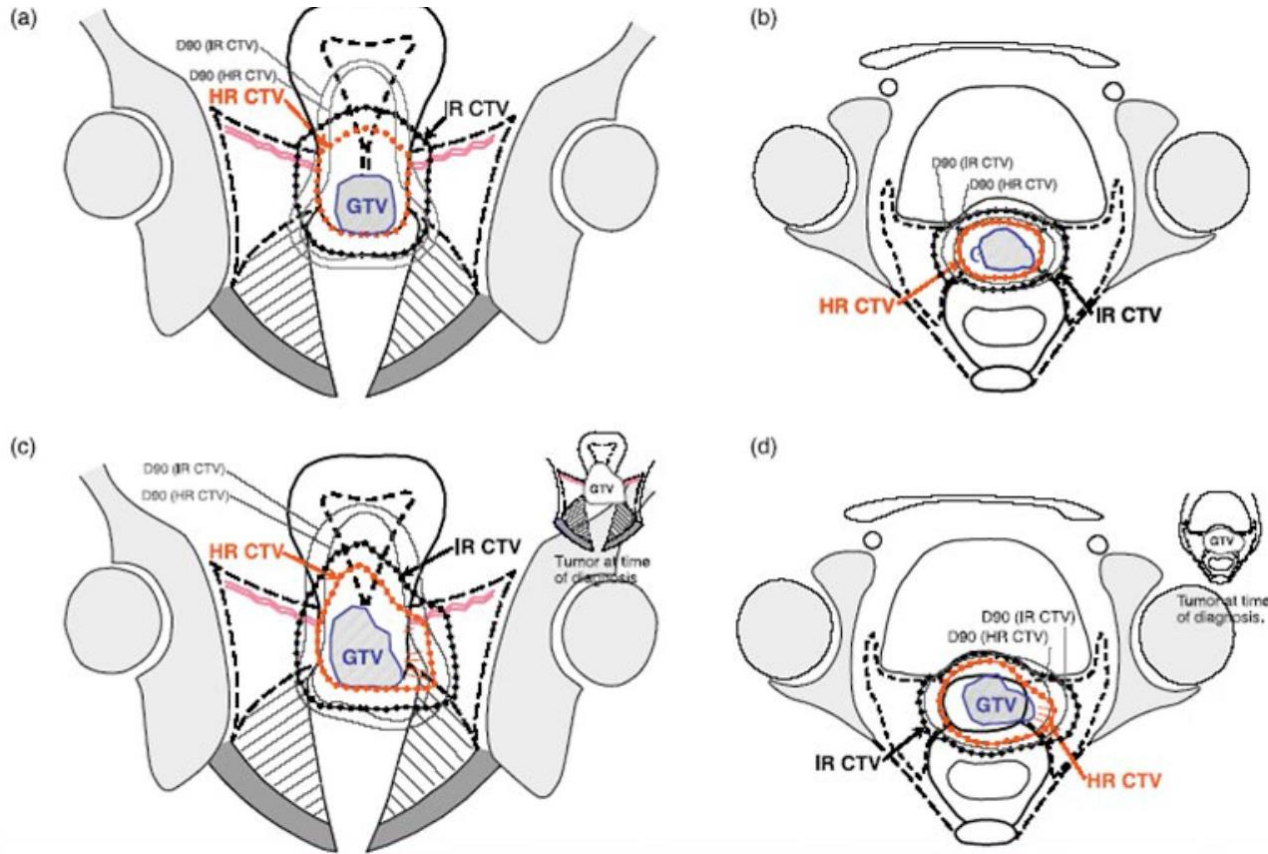
*Prescription aux points A*



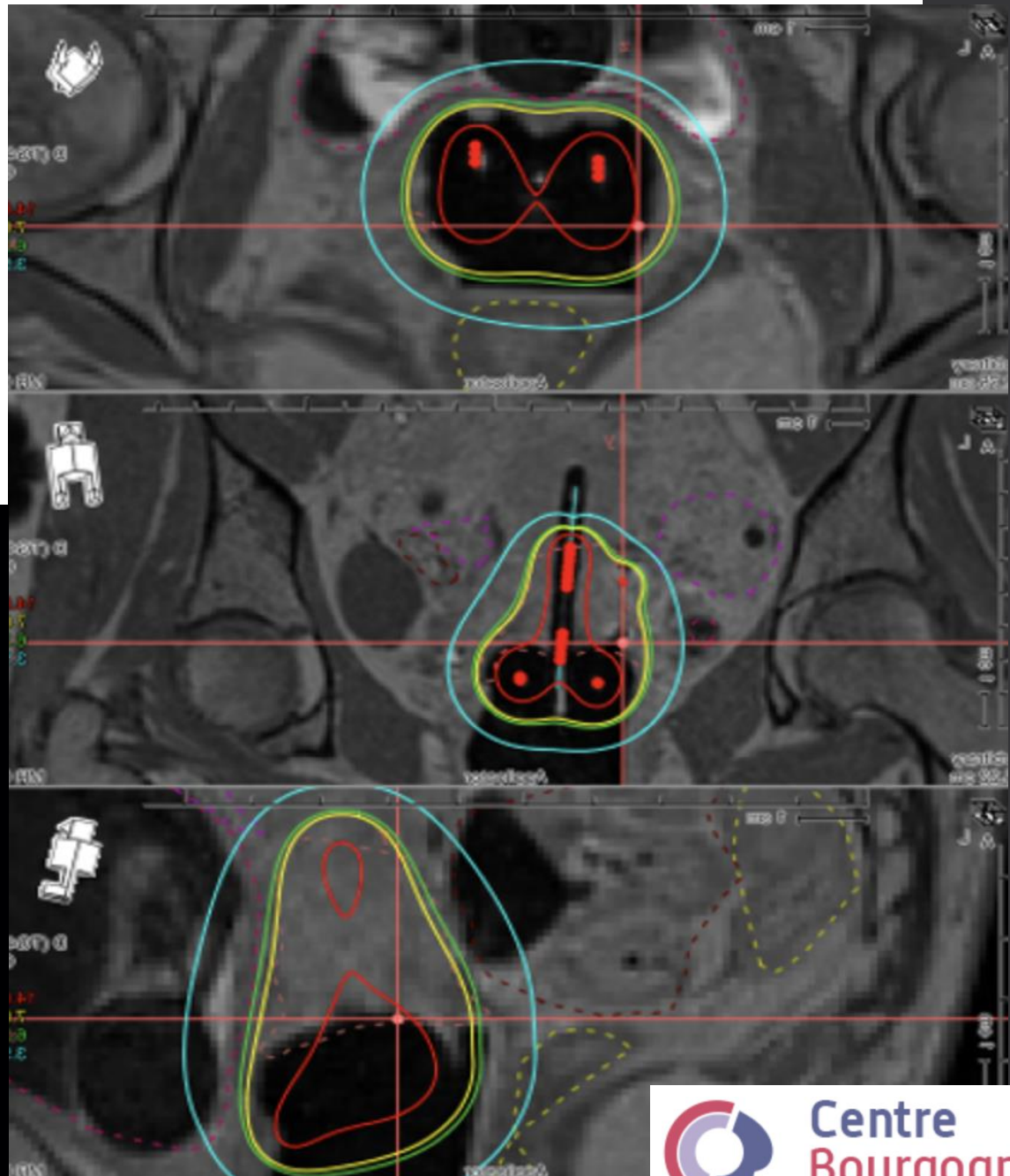
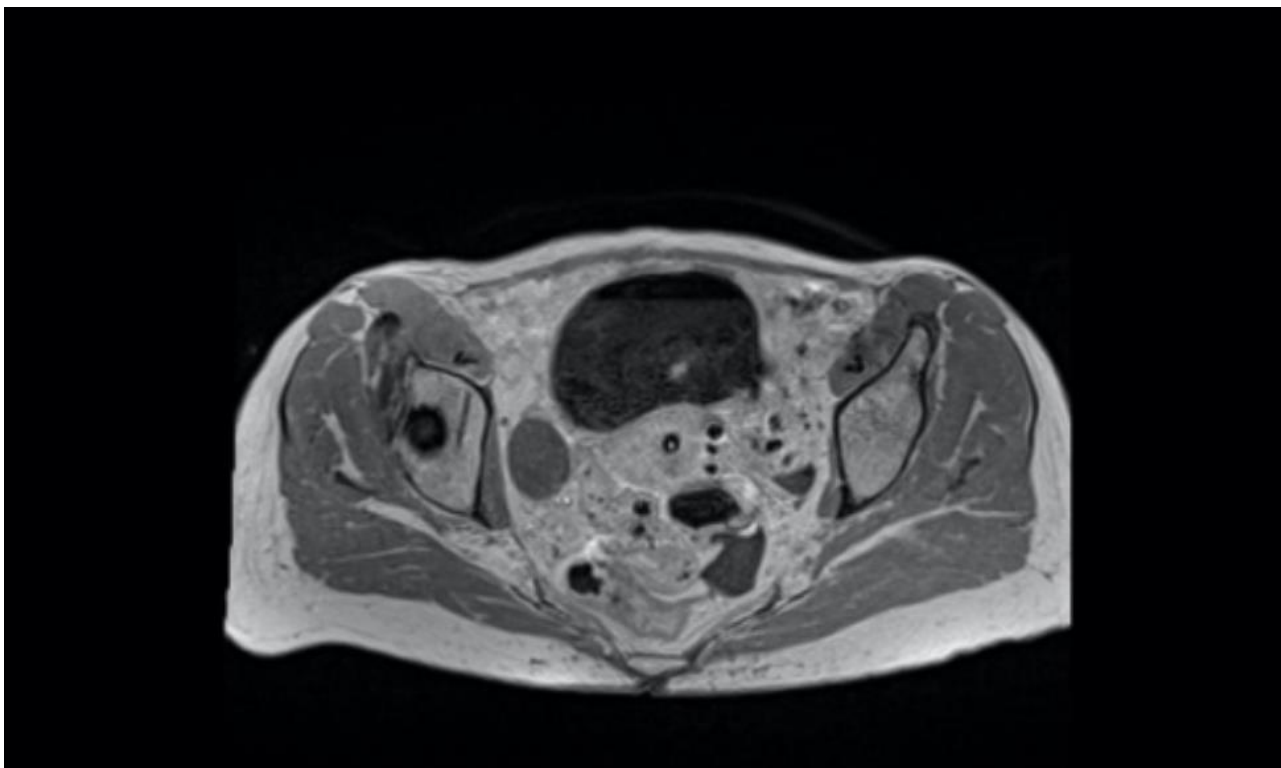
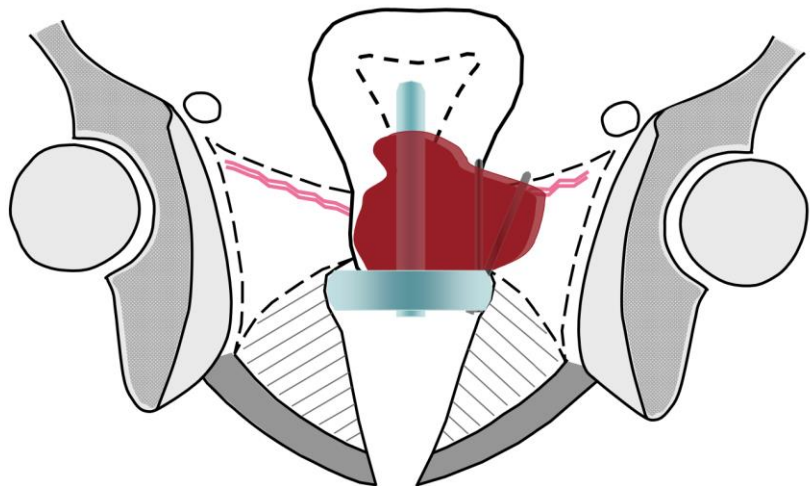
[b] Surdosage

*Définition des points A pour calcul de dose  
Et de points vessie et rectum*

# Dosimétrie scanner avec fusion IRM



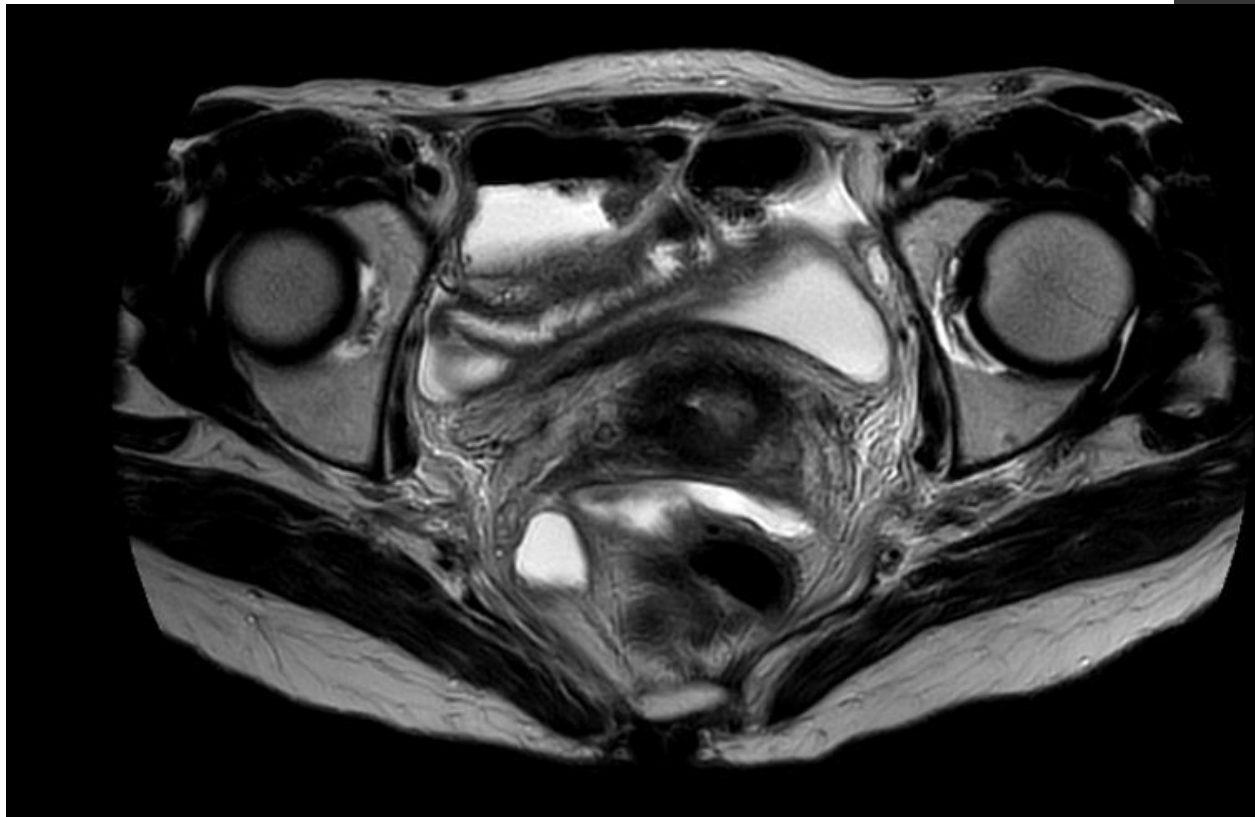
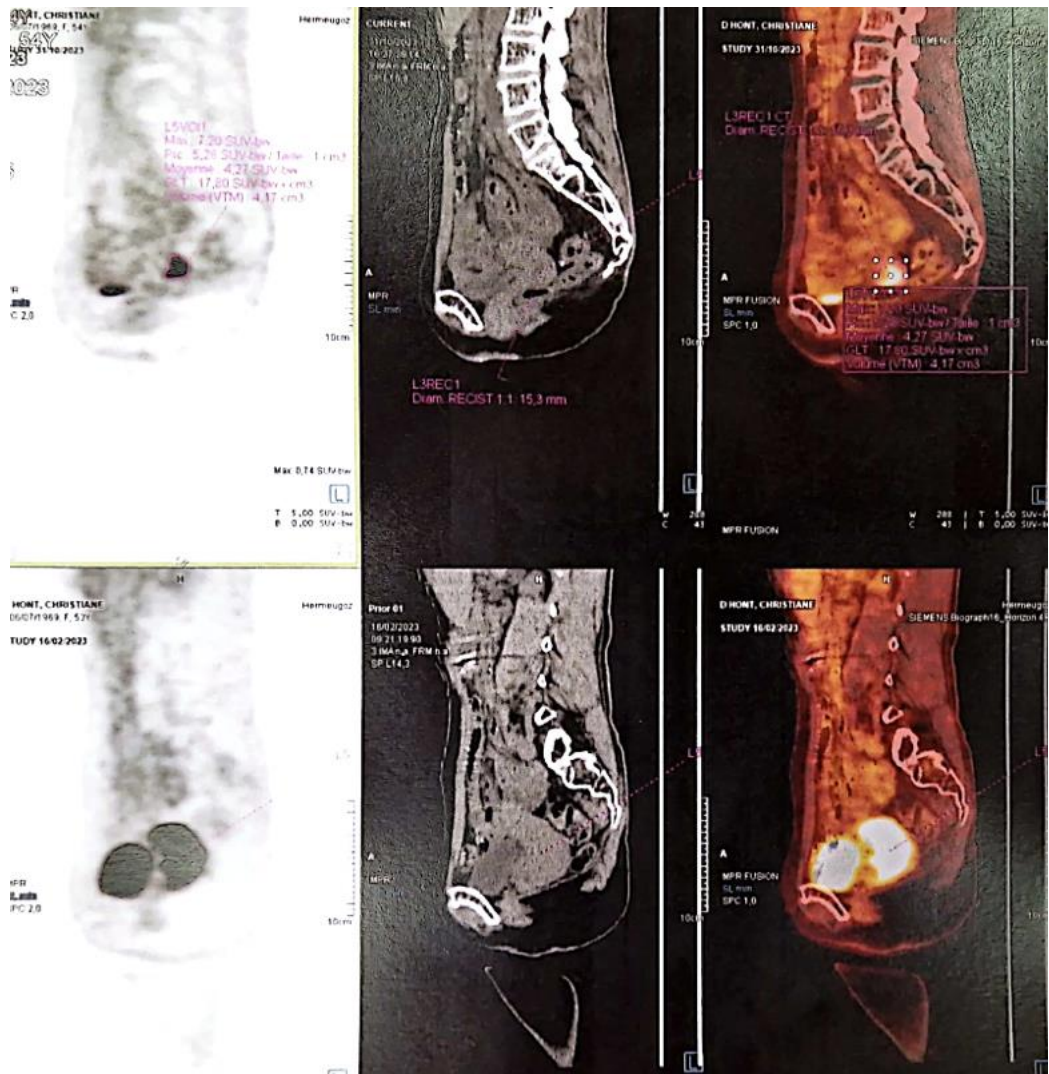
Contourage des volumes cibles: CTV HR et CTV RI  
et OAR

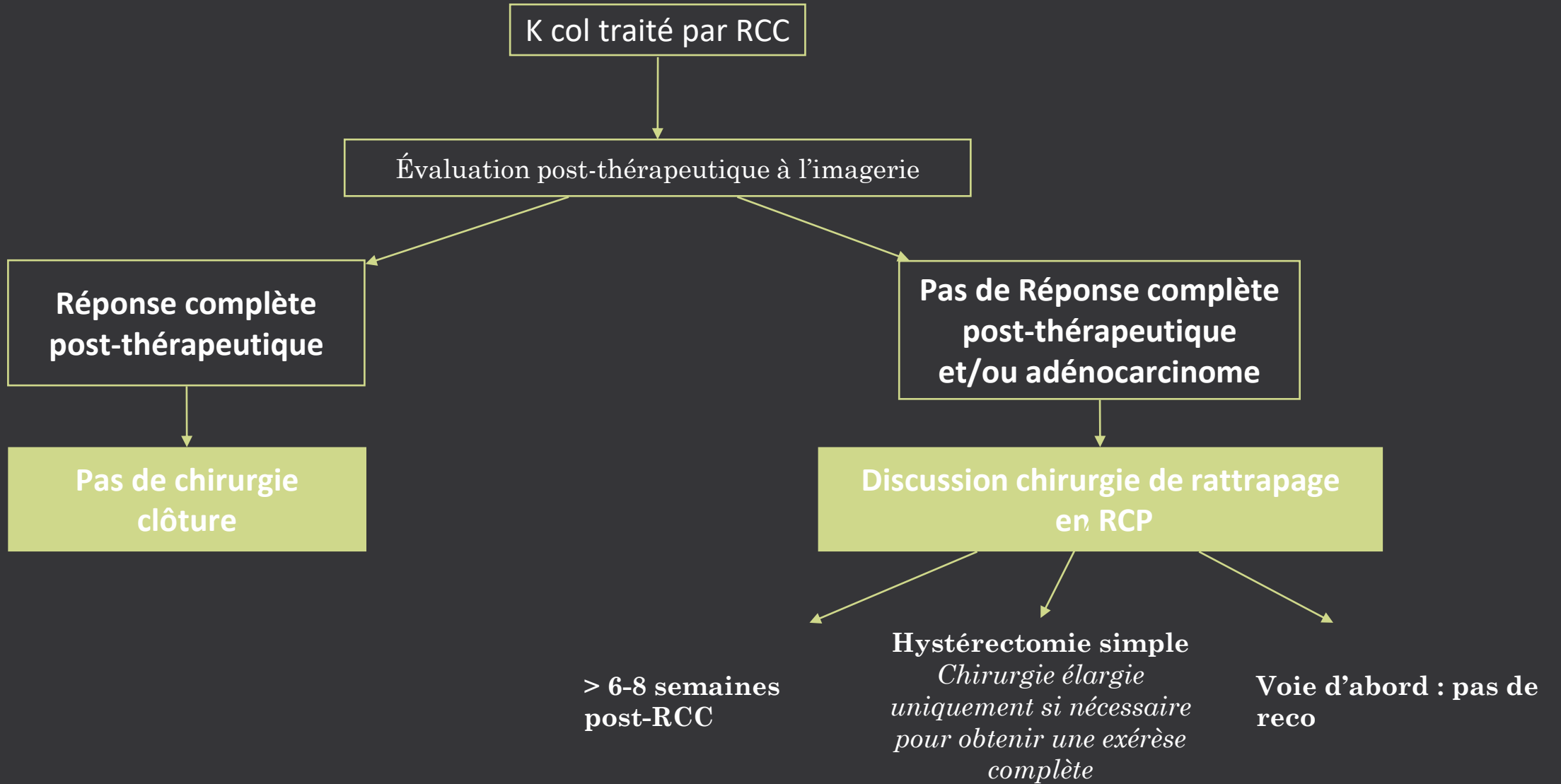


# Surveillance

- Aout 2023: Clinique et imagerie plutôt rassurant
- IRM Aout 2023: infiltration de la région cervicale avec une image de continuité au sein du parametre G de 5 mm non spécifique , pouvant etre séquellaire de ttt
- Clinique : aspect cicatriciel
  
- Oct 2023: clinique: aspect plus suspect et nodulaire col
- IRM et Tep

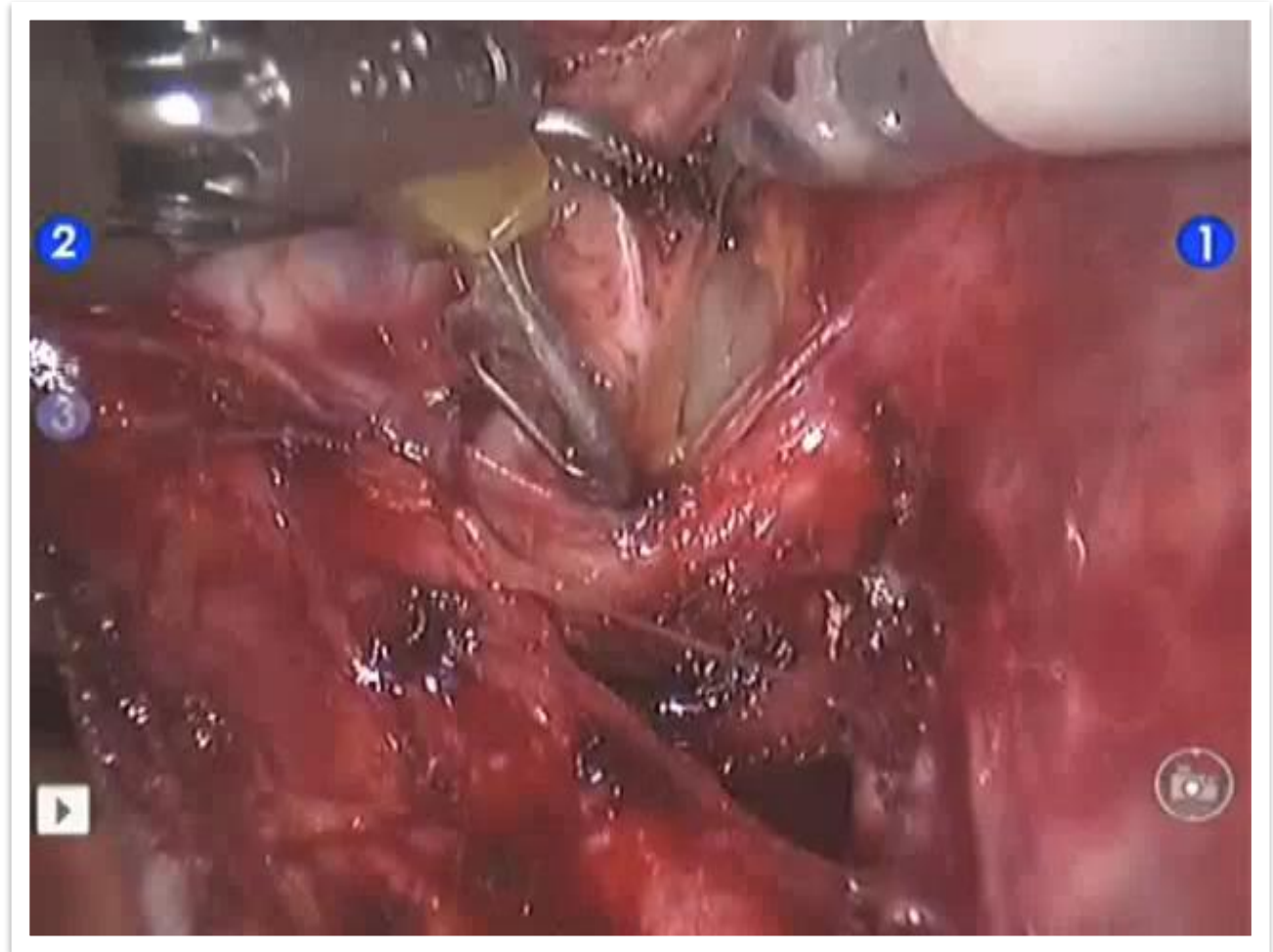






# RCP

- Relecture IRM avec radiologue
- Relecture TEP avec médecin nucléaire:
- Aspect persistance évolutive
- Proposition : Chirurgie de rattrapage
- Projet : Hystérectomie élargie type C
- Coelioscopie + Assistance robotique
- Colpectomie 1/3 supérieur



# CONCLUSION

L'INSTITUT DE  
CANCEROLOGIE  
LILLE METROPOLE



- Cancer du col avancé : prise en charge pluridisciplinaire
- Evolution RTE et curiethérapie: apport de l'imagerie et de la technique ( IMRT , interstitielle) amélioration du contrôle local et réduction des effets secondaires tardifs
- A l'étude (ESMO 2023) :
- Immunothérapie en essai en concomitant à RTCT (Amélioration SSP surtout pour stade III IVA)
- Chimiothérapie induction pour les tumeurs avancées (CarboTaxol hebdo Amélioration SSP et SG > 10%)

L'INSTITUT DE  
CANCEROLOGIE  
LILLE METROPOLE



Merci de votre attention

*Dr Sophie Maillard- Pr Pierre Collinet*

*Hôpital Privé le Bois*

