



SCHEMAS DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES

Référentiel Nord Pas de Calais

SCHEMAS DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES

REFERENTIEL NORD - PAS DE CALAIS

- ✓ **Date du référentiel adopté** : décembre 2006
- ✓ **Date de validation** : novembre 2007
- ✓ **Date d'actualisation** : novembre 2010

AVERTISSEMENT

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. »

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les professionnels de santé d'avoir contribué au travail de ce référentiel régional.

SOMMAIRE

1. GROUPE DE TRAVAIL.....	5
2. ABREVIATIONS UTILISEES.....	6
3. CANCERS DE VULVE.....	7 – 13
4. CANCERS DU VAGIN	14 – 16
5. CANCERS DU COL UTERIN.....	17 – 27
6. CANCERS DU CORPS UTERIN.....	28 – 38
7. CANCERS ANNEXIELS	39 – 51
8. PROTOCOLES DE RECHERCHE	52 – 55
9. ANNEXES	56 - 96
Annexe 1 : Fiche SFOG tumeur gynécologique carcinome COL UTERIN	56-60
Annexe 2 : Fiche SFOG tumeur gynécologique Adénocarcinome ENDOMETRE	61-65
Annexe 3 : Fiche SFOG tumeur gynécologique épithéliale de l'OVAIRE	66-69
Annexe 4 : Fiche SFOG tumeur gynécologique carcinome VULVE	70-73
Annexe 5 : Fiche SFOG tumeur gynécologique sarcome UTERUS	74-75
Annexe 6 : Fiches comptes-rendus anatomopathologie nationaux	76-82
Annexe A : Collège Gynécologie Sénologie	83-88
Annexe B : Collège Anatomopathologie	89-90
Annexe C : Collège Imagerie	91-93
Annexe D : Collège Oncologie	94-95
Annexe E : Collège Pharmacie (Groupe de relecture)	96

1. GROUPE DE TRAVAIL

Coordinateur : E. LEBLANC, Chirurgie générale, C.O.L, Lille

B. CASTELAIN, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille

V. CHEVALIER-EVAIN, Gynécologie obstétrique, Maternité Paul Gellé, Roubaix

A. CHEVALIER-PLACE, Gynécologie, C.O.L, Lille

A. LESOIN, Gynécologie, Somain

F. NARDUCCI, Gynécologie Obstétrique, C.O.L, Lille

E. VANLERENBERGHE, Gynécologie, C.O.L, Lille

D. QUERLEU,

S. TAIEB, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille

D. VINATIER, Gynécologie, C.H.R.U, Lille

2. ABREVIATIONS UTILISEES

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 épidermoïde (glandulaire) de signification indéterminée
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*®)
G : grade
hCG : human chorionic gonadotrophin
HT, Hyst : hystérectomie totale
L : lymphadénectomie interiliaque
Lao ou lao : lombo-aortique
M+, M1 : métastase
M+ : métastase
MAC : Méthothrexate, Adriamycine, Cyclophosphamide
N : ganglion ; N+, N1 : ganglion envahi, N- ganglion non envahi, N0 pas de ganglion décelé
P, pel, pelv : pelvien
PEB : Platine Etoposide Bleomycine
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 élargie (= amputation élargie du col utérin)
TT : traitement
VAIN : vaginal intraepithelial neoplasia
VIN : vulvar intraepithelial neoplasia
VBP : Vinblastine Bléomycine, Cisplatine
VIP : Vinblastine, ifosfamide, Cisplatine

****** : Si suspicion de tumeur germinale, penser à stocker un prélèvement sanguin avant chirurgie pour dosage marqueurs seulement si le diagnostic est confirmé à l'anat-path définitive (-> Surveillance ultérieure), sinon détruire le prélèvement (économie !)

3. CANCERS DE VULVE

BILAN INITIAL

DYSPLASIES (VIN3, différenciée, diffuse, maladie de Paget)

CARCINOMES INVASIFS, Récidive

AUTRES TUMEURS

SURVEILLANCE

BILAN INITIAL

- Dans tous les cas : biopsie de la (les) lésion(s)
 - Après anesthésie locale (pommade EMLA* / Injection intradermique de xylocaïne)
 - Par « punch biopsy* » ou bistouri froid en pleine lésion
 - Ponction ganglionnaire cytologique optionnelle (si N+ distant)
 - Examen gynéco complet (FCV), +/- sérologie HIV (femme jeune, lésion évoluée, contexte viral probable)
- Bilan d'opérabilité
- Imagerie si invasif
 - Echographie inguinale si examen difficile (obèse) +/- ponction
 - TDM thoraco-abdomino-pelvien ou TEP-TDM seulement si stade III-IV ou récidue

Classification FIGO 2009 clinique et histologique

- Stade 0 : carcinome intraépithélial **localisé** ou **diffus**
- **Stade I** : confiné à la vulve ou au périnée, N0
 - IA : T ≤ 2cm et invasion stromale ≤ 1.0 mm
 - IB : T > 2cm, ou ≤ 2cm mais invasion stromale > 1.0 mm
- **Stade II** : toute taille N0, mais avec extension aux structures périnéales adjacentes (urètre (1/3 distal), vagin, anus)
- **Stade III** : pN1 inguinal
 - IIIA : 1pN1 ≥ 5mm ou 2 pN1 < 5mm
 - IIIB : 2 pN1 ou + ≥ 5mm ou 3 pN1 ou +, tous < 5m
 - IIIC : tout pN1 avec rupture capsulaire
- **Stade IV** : atteinte organes pelviens, N2 (= ing. bilat.) ou métastases
 - IVA : atteinte urèthre supérieur (> 1cm), muqueuse vésicale ou rectale, os pubien ou N2
 - IVB : métastases à distance (incluant N+ pelvien)

D'après FIGO 2009 IJGO 2009, 105, 1-109

VIN 3 DIFFERENCIÉE ou COMMUNE (ancienne maladie de Bowen)

- **Exérèse large : ≥ 1 cm de marge latérale, ≥ 5 mm en profondeur**
 - +/- suture directe, autoplasties locales ou greffes
 - Présence d'une micro-invasion sur la pièce
 - ≤ 1 mm : pas de traitement complémentaire
 - >1 mm : reprise lit tumoral + curage ganglionnaire inguinal

VIN 3 FORME DIFFUSE (ancienne papulose bowénoïde)

a) forme papulo-maculeuse

- **Risque dégénérescence = 0**
- **Traitement conservateur si femme < 40 ans**
- **Laser CO₂, photothérapie laser, imiquimod 5% (Aldara*) : 2 applications/sem pour 6 sem**
- **Surveillance prolongée**

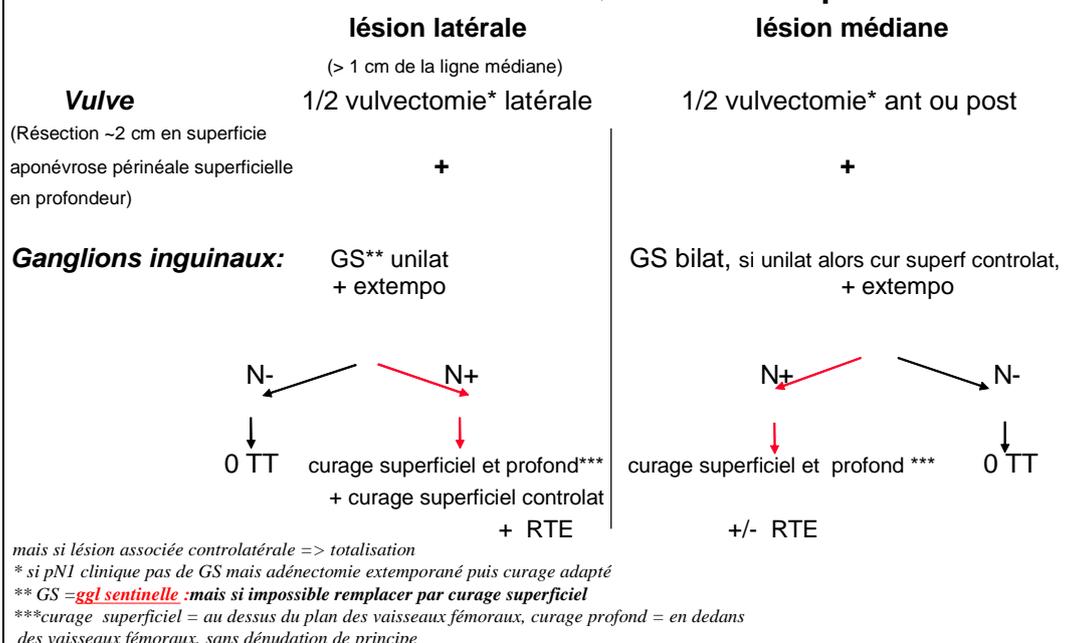
b) forme extensive, en nappe

- **Associée à du CIN 3 dans 85% des cas => colposcopie**
- **Traitement par laser CO₂, photothérapie laser, imiquimod 5%**
- **Surveillance étroite et prolongée +++**
- **Risque dégénérescence ++**

MALADIE DE PAGET DE LA VULVE

- Recherche néoplasme associé : sein ++, gynécologique, urinaire (vessie si ext vers urètre), digestif (rectum si ext anale)
- Exérèse large de la lésion vulvaire
 - Au moins 2 cm de marge latérale de sécurité (extemporané des recoupes si possible) et 5 mm en profondeur
 - +/- autoplastie locale ou greffe en fonction de la perte de substance
 - Si recoupe atteinte : discuter reprise locale, photothérapie laser, ou imiquimod 5%
 - Si adénocarcinome invasif associé
 - reprise lit d'exérèse, si > 1mm d'invasion et/ou si limite < 1cm des berges
 - Les ganglions inguinaux en fonction de l'invasion :
 - > 1mm : GS ou curage inguinal superf uni ou bilat
 - <= 1 mm : 0
- Surveillance prolongée

Stade I unifocal, N0 clinique*



Stade I multifocal et stade II

- Vulvectomy totale radicale
 - L'atteinte urétrale distale ($\leq 1\text{cm}$) n'est pas une CI au geste
 - Marges de sécurité $\geq 1\text{cm}$ sur patiente
- Curage inguinal superficiel bilatéral (*GS impossible sauf certains stades II*)
 - Dissection ganglionnaire profonde si pN1 en extemporané puis RT adaptée

Stades III

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

Stades IV

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

Formes histologiques particulières

- **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**
 - léiomyosarcome : résection large ("compartimentectomie") + couverture par lambeau, pas de curage
 - rhabdomyosarcome : radio-chimio préopératoire, chirurgie limitée des lésions résiduelles
- **Mélanome**
 - résection large (marge \geq 2cm)
 - curage inguinal si N+ clinique (ou systématiquement si Breslow > 1.5 mm : discuté)
 - Discuter GS si N- et Breslow > 1,5
 - RT discutée si chirurgie impossible ou pN1
 - Chimiothérapie +/- immunothérapie si M+ à discuter

SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE Vulve

- Les faits
 - La plupart des **récidives** sont locales
- 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

Récidive

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

4. CANCERS DU VAGIN

BILAN INITIAL

IN SITU

INVASIFS

BILAN INITIAL

- Examen clinique (évent ss AG) +/- colposcopie
→ Biopsies unique ou étagées
- Si lésion invasive : IRM abdomino-pelvienne
 - Taille lésion
 - Extension vésicale, uréthrale, rectale, paravaginale
- Lésion localement évoluée (st II ou IV) : TEP-TDM
 - Rech N+ extrapelvien, M+
- **Classification FIGO**

Classification clinique FIGO

- **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 : métastase à distance

D'après FIGO 2009 IJGO 2009, 105, 1-109

Stade 0 (VAIN 3 et in situ)

- Selon étendue, contexte : exérèse chirurgicale (surtout pour lésions du dôme), photothérapie laser, ou curiethérapie, Imiquimod 5% > 5FU en crème pour VAIN3
 - colpectomie totale si lésion très étendue est à discuter après échec autres méthodes
- Récidive
 - exérèse itérative si limitée ou curiethérapie
 - ou colpectomie totale si étendue

Stade précoce (I à II proximal)

- 1/3 supérieur
 - Suivre protocole col utérin
- 2/3 inférieurs
 - RTCT exclusive adaptée en fonction de l'extension (curage inguinaux+/- pelviens)
- Adénocarcinome à cellules claires
 - Lymphadénectomie pelvienne coelioscopique + transposition ovarienne + curiethérapie

Stade avancé (II distal à IV)

- RTCT exclusive après bilan d'extension (imagerie, TEP +/- curages ganglionnaires adaptés)
- St IV central, récurrence post RT : discuter exentération pelvienne, après bilan complet (cf. col utérin)

5. CANCERS DU COL UTERIN

BILAN

DYSPLASIES CERVICALES

CARCINOMES MICRO-INVASIFS

CARCINOMES INVASIFS

CANCERS DU COL ET GROSSESSE

SURVEILLANCE

FORMES HISTOLOGIQUES PARTICULIERES

BILAN INITIAL

- **Examen clinique : spéculum TV et TR ; ss 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 paraaortiques)
 - Après conisation : IRM le plus tôt possible en fonction de l'histologie (micro-invasif ?/ in sano ?)
 - Echographie hépatique, radiographie de thorax (TDM si anomalie)
 - **+ 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 si neuroendocrine
- **Autres examens :** en fonction des signes cliniques ou IRM
 - uro-IRM, cystoscopie, rectoscopie, cyto-ponction d'adénopathie

Classification FIGO 2009

- **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
 - 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 <= 4 cm
 - **IIA2** : lésion cliniquement visible > 4 cm
 - 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

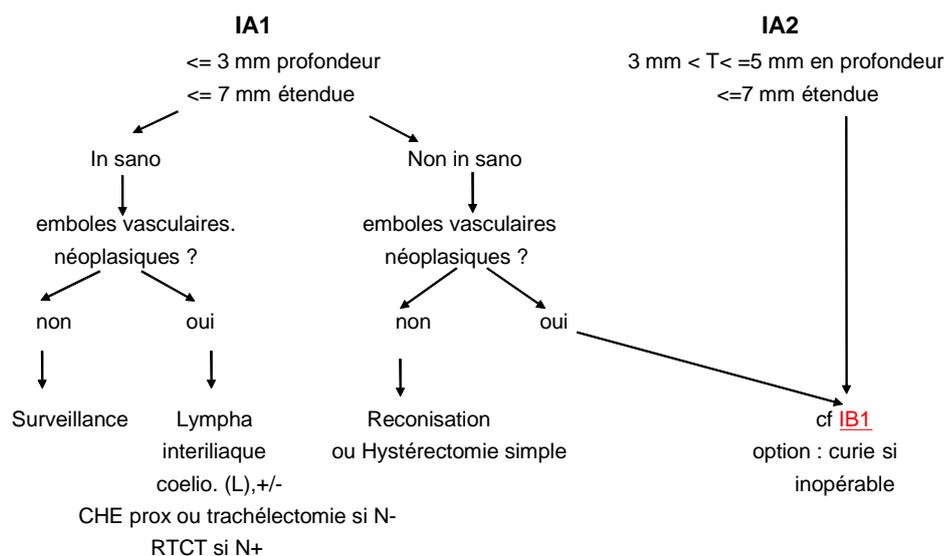
Si grossesse

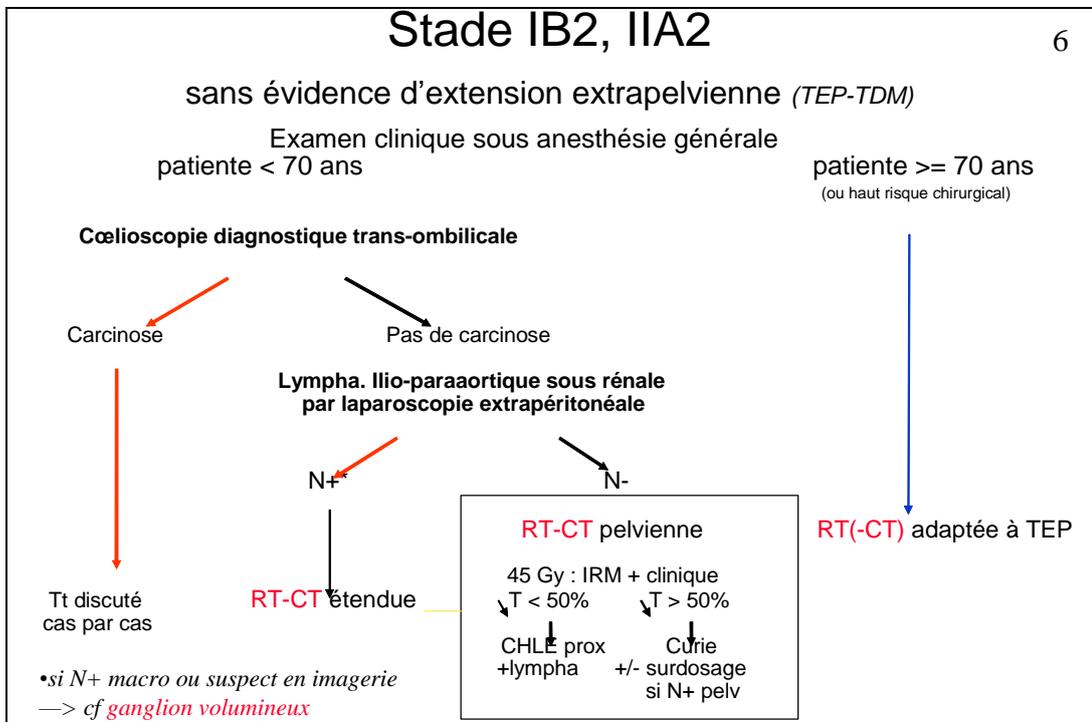
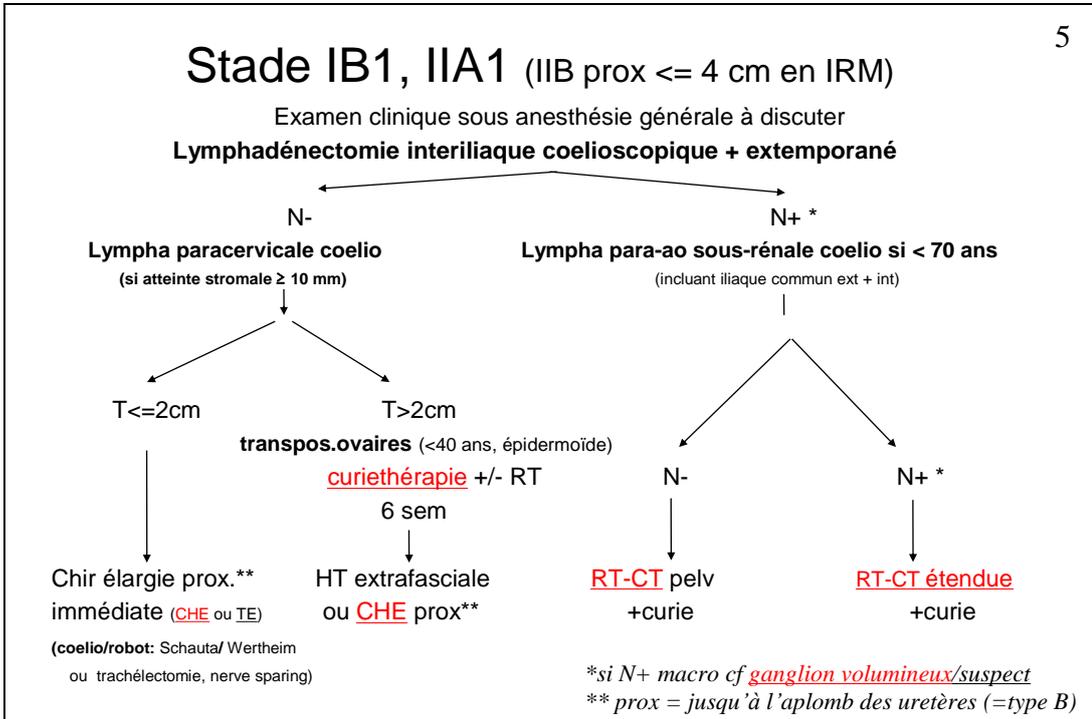
IJGO 2009 105 1-104

Dysplasies du col utérin (sur biopsies réalisées sous colposcopie)

- Dysplasie (CIN 1/LSIL) **et** jonction pavimonto-cylindrique (JPC) vue en totalité **et** possibilité de surveillance
 - Discuter : Tt antiinfectieux local, contrôle puis surveillance / destruction laser d'emblée
- Dysplasie sévère (CIN 2-3/ HSIL) **et** JPC vue en totalité **et** possibilité de surveillance : destruction laser
- Dysplasie tout grade mais **JPC non vue en totalité**
 - Conisation (anse diathermique de préférence) sous AL ou AG, orienter et encre les berges (+/- extemporané de recoupe supérieure)
 - Lésion non invasive :
 - Résection in sano : surveillance
 - Résection non in sano : discuter en fonction de l'âge, des conditions locales, du désir de grossesse, de la compliance à la surveillance
 - recoupe latérale + : surveillance / recoupe à l'anse / destruction laser/photothérapie.
 - recoupe supérieure + : surveillance / reconisation / hystérectomie simple.
 - Lésion micro-invasive : faire préciser sa taille en mm (en surface et profondeur) et préciser si présence d'embolies vasculaires néoplasiques -> cf [microinvasifs](#)

Stade IA (sur CONISATION)





Stade IIB distal, III sans évidence d'extension extrapelvienne (TEP-TDM)

Nouvel examen clinique sous anesthésie générale

patiente < 70 ans

patiente ≥ 70 ans
ou CI à chirurgie

Coelioscopie diagnostique trans-ombilicale

Carcinose

Pas de carcinose

**Lympha. ilio-pa/aortique sous rénale
par laparoscopie extrapéritonéale**

N+

N-

RTCT pelvienne + Lao

RTCT pelvienne

RT(CT) adaptée à TEP
et état général

TT discuté
au cas par cas
(contrôle local et proposition
d'essai thérapeutique)

* si N+ macro cf *ganglion volumineux*

Stade IVA avec fistule, persistance d'évolution ou récidive centro-pelvienne (latéro-pelvienne)

TEP TDM : pas de lésion extrapelvienne

Nouvel examen clinique sous anesthésie générale

Coelioscopie diagnostique trans-ombilicale

Carcinose

Pas de carcinose

**Lympha P-Ao ilio-ss rénale
par laparoscopie extrapéritonéale**

N+

N-

Pas d'exentération curative
Discuter chirurgie ou radiothérapie
palliative

Coelio/laparo exploratrice
Exentération ant, post, totale?

Discuter RTE ciblée ou curie interstitielle
si résidu en fin d'intervention (en latéro-pelvien)

Stade IVB

- En fonction de l'état général et des symptômes
 - Chimiothérapie par sels de platine +/- topotécan (ou taxane si adénocarcinome)
 - Radiothérapie symptomatique
 - Pelvienne si saignements
 - Localisée à la demande si douleurs
 - Soins de support

Cancer du col utérin

Les traitements non chirurgicaux

- La radiothérapie
 - Externe (RTE) :
 - 45 Gy en moyenne en 5-6 semaines par fraction de 1.8 Gy par séance en IMRT /tomothérapie
 - Champ : pelvien seul ou pelvi-lombo-aortique, surdosages locaux possibles (atteinte paramétriale et/ou ganglionnaire pelvienne)
 - En association avec la chimiothérapie = **radio-chimiothérapie concomitante (RT-CT)**
 - Actuellement : Cisplatine 40 mg/m²/J, 1 fois/semaine pendant les 5-6 semaines de la RTE
 - Alternative : 5FU-Cisplatine à dose complète, ttes les 3 sem : résultats idem mais toxicité supérieure
 - Stades localement avancés IB2-IV, ou stades précoces mais pN1
 - En cas de blocage urétéral et insuffisance rénale : discuter la pose d'endoprothèse pour permettre le traitement chimiothérapique
 - Curiethérapie :
 - Seule (petit volume) ou en complément, à 45 Gy d'une RT(CT) externe pour T de gros volume
 - en interstitiel dans certaines récidives, dose variable
- La chimiothérapie
 - Concomitant à la radiothérapie
 - Métastatique
 - Platine +/- 5FU (après étude de la fonction rénale) si M+ ou récidive inopérable et symptomatique
 - Platine + topotécan ou essai

Cas particulier 1 : ganglion suspect à l'imagerie (IRM, TDM ou TEP) ou en cours de chirurgie ($\geq 2\text{cm}$)

- Affirmer le diagnostic
 - Ponction cytologique - clips
 - Discuter la réduction chirurgicale avant irradiation
 - modalités : endoscopique ou chirurgicale et si possible par voie extrapéritonéale
- Vérifier l'extension à distance
 - N+ pelvien seul --> curage aortique
 - N0 : RTCT pelvienne seule
 - N+ : RTCT étendue
 - N+ aortique (TEP-TDM)
 - M0 : RTCT étendue
 - M1 : chimiothérapie (/essai?) + RT pelvienne palliative

Cas particulier 2 : cancer du col découvert incidemment sur une pièce d'hystérectomie totale

- Stade IA1
 - si embolies vasculaires : lymphadénectomie pelvienne laparoscopique + extemporané
 - N- : rien
 - N+ : curage aortique puis RTCT adaptée à l'extension ganglionnaire
 - Discuter colpectomie si anomalie de recoupe vaginale
- Stade IA2-IB1
 - Lymphadénectomie pelvienne + extemporané
 - N+ : Curage aortique puis RTCT adaptée à l'extension lymphatique
 - N- : Discuter RT pelvienne ou colpectomie radicale (laparoscopique/laparotomie)
- Stade IB2 et au delà
 - TEP TDM puis selon état patiente : protocole col avancé

SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE Col utérin

- **Les faits**
 - 90% des récurrences surviennent au cours des deux premières années
 - 25% des récurrences 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 facultatif
 - Rythme : tous les 3-4 mois au cours des deux premières années, puis tous les 6 mois jusqu'à la 5ème année
 - Sur signes d'appel :
 - IRM +/- ponction-biopsie scanno-guidée,
 - Marqueurs : SCC/CA125
 - Doute sur organocité d'une image profonde : TEP-TDM
 - Pas de contre-indication oncologique à THS si souhaité

La récurrence

- **Suspectée**
 - Signes cliniques, élévation du marqueur (SCC/CA 125) à 2 dosages successifs ou imagerie selon symptômes
- **Bilan**
 - local : IRM, clinique sous anesthésie générale éventuelle si indication chirurgicale possible (chirurgien +radiothérapeute), => biopsies (tru cut®) ; cystoscopie, rectoscopie
 - local et à distance : TEP-TDM

La récidive (prise en charge)

- Localisée :
 - centro-pelvienne ou latéro-pelvienne non fixée
 - exentération (+/- RT per op ?)
 - Latéro-pelvienne fixée
 - RT(CT) si possible
- Métastatique
 - Chimiothérapie par sels de platine
 - discuter RT/chirurgie si symptomatique
 - Soins de support
 - Discuter les dérivations au cas par cas avec la patiente

Formes histologiques particulières

- Sarcomes
 - Bilan d'extension : TDM Thorax, (ou TEP-TDM à la demande ?)
 - Chirurgie élargie d'emblée
 - à discuter si carcinose péritonéale
 - Chimiothérapie et/ou radiothérapie en fonction de l'extension et du bilan histologique
- Neuroendocrine :
 - Bilan d'extension : TEP-TDM
 - Biologie : marqueur NSE, chromogranine
 - Discuter : Chimiothérapie 1ère (PE ou VAC) puis chirurgie ou RT en fonction de l'extension
- Lymphome
 - Pas de chirurgie, chimiothérapie

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 (coordonnées)
- Schématiquement
 - **Dysplasie** ou cancer micro-invasif : attendre le terme pour le traitement définitif
 - **Cancer invasif** : le protocole standard doit être respecté quel que soit le stade de la grossesse
 - Avant 5 mois (20 sem) 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
- Pas de conisation : attendre accouchement
- Faire traitement local après retour de couches et contrôle colposcopique et biopsique

Recommandations COL ET GROSSESSE

histologie standard (carcinome épidermoïde ou adénocarcinome)

- Maturité fœtale acquise (terme > 28-32 SA)
 - Césarienne puis
 - IA2-IB1-IA1 : Lympha pelvienne +/- Lao si pN1
 - Femme multipare sans désir grossesse ultérieure et stade IB1 < 2 cm: Wertheim d'emblée si pN0
 - IB2 et au-delà lympha paraaortique puis RTCT adaptée
- Maturité fœtale non acquise
 - IB1 < 20-24 SA
 - T < 2 cm : lympha pelvienne coelioscopique:
 - pN0 surveillance clin + IRM / 6 sem), attendre maturité fœtale (sauf progression), césarienne puis TT classique,
 - pN1 : ITG* puis TT classique
 - 2 < T ≤ 4 cm : à discuter : 1) Interr therap de grossesse (surtout si < 15 SA, 2) puis stratégie idem IB1 < 2 cm
 - IB1 > 20-24 SA (*lympha coelio plus possible*)
 - < 2 cm : surveillance clin et IRM, puis César dès que possible (pas de CI aux corticoïdes) et TT classique
 - 2 < T ≤ 4 cm : pas de standard. Options : proche terme, attendre matur puis id IB1 < 2 cm ; sinon CT néoadjuvante
 - > IB1: RTCT
 - < 24 SA : soit vider utérus puis RTCT, soit RTCT avec fœtus in utero, après bilan ganglionnaire
 - > 24 SA : Césarienne dès que possible + bilan ganglionnaire puis RTCT sauf si délai > 6-8 sem,
 - Discussion possible : si > 20 SA: chimiothérapie néoadjuvante après info sur risques carcinologiques et incertitudes foetales

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

Recommandations COL ET GROSSESSE

histologie particulière (**neuroendocrine** par ex.)

- Discussion au cas par cas
- Urgence carcinologique et grossesse non recommandée
- Nécessité de décision prise par RCP de recours spécialisée

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

6. CANCERS DU CORPS UTERIN

BILAN INITIAL

CARCINOME DE L'ENDOMETRE

SARCOMES : CLASSIFICATION HISTO. FIGO, TRAITEMENTS

TUMEURS TROPHOBLASTIQUES : môle hydatiforme,

choriocarcinome : score WHO, score ≤ 6 , score ≥ 6

SURVEILLANCE

BILAN INITIAL

1

- Examen clinique : **contexte gestationnel ?**, ex gynécologique (spéculum TV TR), loco-régional et général--> **approches thérapeutiques**
- Histologie : carcinome type 1 endométriöide (grade 1, 2 ou 3) ; type 2 non endométriöide (séreux, cell claires, carcinosarcome)
 - Biopsie d'endomètre (BE) à la pipelle de Cornier
 - Hystérocopie-curetage sous AG si BE impossible ou discordance imagerie-BE
 - + Frottis cervico-vaginaux
- Biologie :
 - CA 125 → si élevé : suspecter atteinte ganglionnaire/ovarienne/péritonéale
- Imagerie
 - **Initiale** : **Echographie** abdomino-pelvienne + transvaginale +/- doppler +/- hystérosonographie (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 extrautérine : ovariennne, 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 récidence et type histologique

Approches thérapeutiques

2

• **Patiennne opérable**

Stades précoces : 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)

Patiennne en mauvais EG, mais petite lésion : HT vaginale exclusive

Stades avancés ou contre-indication à la laparoscopie : laparotomie

Patiennne inopérable : discuter

Radiothérapie exclusive : externe ou curiethérapie endocavitaire

Hormonothérapie si **RH** positifs : acétate de mégestrol, antiestrogènes

Soins de support

Classification FIGO 2009 endomètre

3

- **Stade I** : localisé au corps utérin (endométriode, non endométriode)
 - IA G 1,2,3 : infiltration \leq 1/2 épaisseur myomètre
 - IB G 1,2,3 : infiltration $>$ 1/2 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 G 1,2,3 : atteinte muqueuse ($>$ oedème bulleux) de la vessie ou du rectum : SOR stade IV
 - IVB : métastase(s) abdominale(s) et/ou à distance et/ou N+ inguinal

Grading histologique
 G 1 : \leq 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

FIGO Classification IJGO 2009; 105: 109

Recommandations INCa-SFOG endomètres 2010

4

Stade I endométriode (imagerie +biopsie/curetage)

Risque récurrence bas = St IA g1-2	Risque récurrence intermédiaire = St IA G3, IB g1-2	Risque récurrence élevé = St IB G3
HTAB sans lymphas*	HTAB +lymphas pelv*	HTAB avec lymphas*
de principe (mais exploration si adénomégalie) TT conservateur possible si lésion intramuqueuse, grade 1 et coelioscopie négative (cytologie et explo abdo-pelv)	+/- Lao selon extempo sauf pour IBG1?	Lao +/- pelv si possible

Ana-path définitive (confirme risque récurrence (stade FIGO+grade et emboles)

Risque bas	Risque intermédiaire	Risque élevé
Pas d'autre TT (curie cic vag si att myom)	Curiethérapie de la cic vaginale	Idem + tout St I avec emboles néoplasiques ou non endométriode
		RT externe+curiethérapie de la cic vaginale Discuter restadification chir selon EG

*si inopérable, discuter RT seule /progestatifs

Stade I non endométrioïde (séreux, cell claires ou carcinosarcome)

**HT AB curages pelviens et Lao de principe (sauf CI liée à EG)
Omentectomie prélèvements péritonéaux étagés**

Ana-path des pièces opératoires (confirme st FIGO et emboles)

Stade I confirmé

Stade supérieur

RT externe +/-
curiethérapie cicatrice vaginale

Compléter bilan d'extension TEP TDM
(surtout si curages non faits)
Chimiothérapie séquentielle selon type
histologique
RT conformationnelle adaptée au niveau
d'atteinte ganglionnaire

Stades II (ts types)

- Si possible au moins HT-AB + lymphadénectomies pelviennes +/- Lao si pN1 pelvien
 - Discuter hystérectomie élargie
 - RT(CT) post op adaptée à l'étendue att ganglionnaire + curie cic vaginale
- Type 2 : Curage Lao de principe + omentectomie et prélèvements péritonéaux puis chimiothérapie - RT
- Si gros volume cervical : cf protocole col utérin localement évolué
 - TEP-TDM puis RTCT exclusive adaptée
 - Discuter reprise chirurgicale si réponse insuffisante

Stades III (ts types)

- IIIA : HTAB curages pelviens +Lao, Omentectomie et prélvts péritonéaux étagés
 - Atteinte séreuse : RT conformationnelle-curiethérapie
 - Atteinte col : curiethérapie vaginale
 - Atteinte des annexes: chimiothérapie carboplatine taxane
- IIIB : RT(CT) + curiethérapie
 - Discuter évaluation lomboaortique
 - Discuter exérèse secondaire en cas de réponse incomplète
- IIIC dépend du moment de la découverte
 - Connu à l'imagerie -> faire bilan d'extension à distance (TEP)
 - Si possible : HTAB curages pelvi lomboaortique puis RT(CT) adaptée +/- chimio
 - Sinon : RT(CT) exclusive +/- chimio
 - Découverte anat path
 - Selon état : discuter reprise chir pour CLAO si pN1 pelvien au définitif
 - RT(CT) adaptée à l'extension ganglionnaire +/- chimiothérapie IV

Stades IV (ts types)

- IVA
 - RTCT première
 - Discuter exentération si fistule VV ou RV ou échec de l'irradiation
- IVB
 - Abdominal : suivre protocole ovaire
 - Coelioscopie d'évaluation puis selon aspect chirurgie complète d'emblée ou chimiothérapie néoadjuvante-chirurgie
 - M1 : selon état général / localisation / symptômes
 - Chirurgie focale (adénectomie inguinale) ou palliative (montée d'endoprothèse
 - Chimiothérapie / hormonothérapie (si RH+) : progestatifs ou anti-oestrogènes
 - Radiothérapie symptomatique
 - Soins de support

SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE Endomètre

- **Les faits**
 - Les **récidives** surviennent surtout dans les 2 premières années
 - Pronostic équivalent entre dépistage pré-symptomatique et découverte de la récurrence 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 pour < 50ans ; au-delà mêmes CI que pop générale
- **Si avant 50 ans ou tt âge mais contexte de syndrome de Lynch : rech phénotype MSI sur la pièce d'hystérectomie**

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

Classification histologique des sarcomes

- **Origine muqueuse : endometrial stromal sarcoma (ESS) = sarcome du chorion cytogène**
 - De bas grade = myose stromale endolymphatique
 - De haut grade : ESS de haut grade
- **Origine fibre musculaire lisse : Léiomyosarcome (LMS) : 1/4 des sarcomes**
 - agressivité en fonction du nombre de mitoses / grand champ (à préciser)
 - Difficultés diagnostiques : léiomyomes cellulaires, léiomyomatose intraveineuse, léiomyomatose péritonéale disséminée, léiomyome métastasiant bénin
- **Origine mixte = carcinosarcome (= mixed mullerian sarcoma MMS):**
les + fréquents, en fait dédifférenciation d'un endométrioïde peu différencié
 - homologue : f musc lisse + endomètre, adénosarcome (composante endom. bénigne)
 - hétérologue : endom + tissu extrautérin : chondrosarcome, rhabdomyosar, etc ..

Classification FIGO 2009 sarcomes utérins 1

- Léiomyosarcome : 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**

FIGO classification update : IJGO 2009; 104 , 179

Classification FIGO 2009 sarcomes utérins 2

- Sarcome stromal endométrial (ESS) et adénosarcomes
 - Stade I : limitée à l'utérus
 - IA : limitée à muqueuse endomètre ou endocol
 - IB : atteinte myomètre \leq 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
- Carcinosarcome : = stadification FIGO de l'endomètre

FIGO classification update : IJGO 2009; 104 , 179

SARCOMES - TRAITEMENTS

(en fonction de la **classification** histologique)

Pas de consensus actuel mais T de mauvais pronostic => ↗agressivité thérapeutique

- **Léiomyosarcomes**
 - HT + AB + adénectomie ou lymphadénectomie si adénomégalie, RT post-op adjuvante
 - Polychimiothérapie à discuter au cas par cas
- **Sarcome stromal endométrial (= Sarcome du chorion cytogène)**
 - De bas grade : HT + AB +lymphadénectomies (+/- RTE post op) ;
hormonothérapie dans f avancées si récepteurs hormonaux positifs
 - De haut grade ou indifférenciés: HT + AB + RTE post op +/- chimiothérapie
- **Carcinosarcomes (cf endomètres nonn endométrioïdes)**
 - HT + AB + Lymphadénectomies pelviennes et paraaortiques +omentectomie + RT post op
 - Polychimiothérapie à discuter au cas par cas
- **Métastases**
 - pulmonaires : chirurgie si possible, sinon chimiothérapie
 - autres : chimiothérapie

TUMEURS TROPHOBLASTIQUES

Classification FIGO

- Stade 1 : maladie confinée à l'utérus
- Stade 2 : extension en dehors de l'utérus mais limitée aux structures génitales (annexes, vagin, ligament large)
- Stade 3 : Extension pulmonaire avec ou sans atteinte génitale connue
- Stade 4 : tout autre site métastatique

MOLE HYDATIFORME

- **Suspectée sur données cliniques, échographiques et β hCG**
- **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
 - Bilan TDM TAP et établissement du [score WHO : score \$\leq\$ 6 ; score \$>\$ 6](#)
- [Déclaration au centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon](#)

Score pronostique WHO –FIGO des maladies trophoblastiques gestationnelles

17

	0	1	2	4
Age	< 40	≥40	-	-
Dernière grossesse	Mole	Avortement	À 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)	<3cm	3-4cm	≥5cm	-
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

Tumeur trophoblastique de bon pronostic : score ≤ 6

18

- => Monochimiothérapie : Méthotrexate, ou Actinomycine (si CI ou résistance au méthotrexate et HCG < 500/UI/l,
– jusqu'à normalisation puis 2 cures de consolidation

Tumeur trophoblastique de mauvais pronostic score > 6

- Chimiothérapie **EMA-CO** jusqu'à normalisation de béta hCG puis 2 cures de consolidation
- Surveillance : 12 mois avec contraception
- Chirurgie si
 - persistance d'une lésion localisée
 - tumeur du site d'implantation

7. CANCERS ANNEXIELS

BILAN INITIAL

TUMEUR EPITHELIALE :

- INVASIVE :**
- FRONTIERE : stade I, cas particulier ; stade II III, récursive**

TUMEURS NON EPITHELIALES :

- T. germinales : classification, sans marqueurs, avec marqueurs**
- T. des cordons sexuels et métastatiques**

TUMEURS DE TROMPE : classification, traitement

SURVEILLANCE CHIRURGIE PROPHYLACTIQUE

BILAN INITIAL D'UNE TUMEUR ANNEXIELLE ¹



2

Classification FIGO 2009 ovaire

- **Stade I : limité aux ovaires**
 - IA : un ovaire sans ascite +, sans végétation exokystique, capsule intacte
 - IB : deux ovaires sans ascite +, sans végétation exokystique, capsule intacte
 - IC : IA ou IB avec ascite + ou cytologie + végétation ou capsule rompue
- **Stade II : limité au pelvis**
 - IIA : atteinte de l'utérus ou des trompes, sans ascite +
 - IIB : atteinte d'autres tissus pelviens, sans ascite +
 - IIC : IIA ou IIB avec ascite + ou cytologie + végétations ou capsule rompue
- **Stade III : atteinte péritonéale abdomino-pelvienne ou ganglionnaire**
 - IIIA : Extension microscopique du péritoine ou épiploon, N-
 - IIIB : Implants péritonéaux ≤ 2cm, N-
 - IIIC : Implants péritonéaux > 2 cm et/ou N+ pelviens, paraaortiques ou inguinaux
- **Stade IV : métastase parenchymateuse, épanchement pleural +**

TNM Classification of malignant tumours, UICC, Wiley Liss Ed, 5è ed. 1997

Recommandations INCa SFOG OVAIRE 2009

3

Tumeur épithéliale invasive de l'ovaire stade I apparent en imagerie - traitement chirurgical

Standard : cytologie péritonéale puis annexectomie unilatérale – examen extemporané + exploration abdominale par laparotomie

Option : idem par laparoscopie si opérateur entraîné, tumeur < 5 cm, sans adhérence, ni signe évocateur d'atteinte extra-ovarienne ; extraction protégée dans un sac

Pas d'atteinte extra-ovarienne

Atteinte extra-ovarienne

- **Standard** : Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + **stadification**: omentectomie infracolique + appendicectomie (f mucineuses) + biopsies péritonéales étagées + lymphadénectomies pelviennes et paraaortiques bilatérales
- **Options** : **désir de grossesse, stade IA grade 1***, **et accepte une surveillance régulière**
 - Annexectomie unilatérale +/- biopsie ovaire controlatéral si anomalie
 - Hystéroscopie-curetage+ stadif complète
 - Surveillance : clinique marqueurs échographie / 3 mois
 - Discuter totalisation après grossesses désirées ou après 40ans
 - Stadification absente ou inadéquate : réopérer ; par laparoscopie, seulement si équipe entraînée
 - Réséquer orifices de trocars lors de la 2ème chir si coelio initiale

Standard : laparotomie puis voir st II-IV chirurgie

Le traitement adjuvant

** Pas de données suffisantes pour étendre l'indication à d'autres stades ou grade à ce jour*

Recommandations INCa SFOG OVAIRE 2009

4

Tumeur épithéliale maligne de l'ovaire stade I traitement adjuvant

Stadification complète

Stade IA IB G1

Standard : pas de traitement complémentaire, surveillance
Recherche d'une tumeur digestive si mucineuse

Stade IA IB G2

Standard : pas de traitement complémentaire, surveillance
Option: surveillance ou chimio IV par sels de platines, au moins 3 cures

Stade IA/IB G3, cell claires, IC

Standard : chimio IV par sels de platines, au moins 3 cures
Options :
Aller jusqu'à 6 cures

Stadification incomplète ou non faite

Stade IA IB G1 ou 2

Standard : restadification +/- chimio selon résultats (cf ci-contre)

Stade IA/IB G3, cell claires, IC

Standard :
restadification + chimio IV par sels de platines, au moins 3 cures
si restadif impossible: chimio IV au moins 3 cures
Options :
6 cures de chimio IV

Surveillance

5

Recommandations INCa SFOG OVAIRE 2009
Tumeur épithéliale maligne de l'ovaire stade II, III et IV
traitement chirurgical

Standard : chirurgie de réduction tumorale maximale (optimal : R0=pas de résidu macroscopique)
 abord : laparotomie médiane, hystérectomie totale + annexectomie bilatérale
 + omentectomie infragastrique + appendicectomie + lymphadénectomies pelviennes et paraaortique (si résection tumorale complète obtenue) +/- résection recto-sigmoïdienne en bloc (Hudson +/- exérèses digestives de nécessité, exérèse de métastases péritonéales (péritonectomie)
 puis chimiothérapie 6 cures (voir Traitement adjuvant)

Options :

Si pas opérable de façon complète d'emblée (étendue des lésions (TDM + coelioscopie) ou mauvais état général : faire 2-3 cures de chimiothérapie néoadjuvante

si réponse (clinique, biologique, scannographique): nouvelle tentative chirurgicale

si stagnation : aller à 6 cures puis nouvelle tentative chirurgicale secondaire

si aggravation : autre ligne de chimiothérapie

Patiente référée après geste incomplet : faire 3 cures de chimiothérapie puis nouvelle chirurgie

Recommandations : chirurgie maximale par équipe entraînée à cette chirurgie

si résection recto-sigmoïdienne : protection possible de l'anastomose

par colostomie temporaire de décharge

CRO : description des lésions avant et après exérèse, et des gestes réalisés

Le traitement adjuvant

Si résidu en fin de chirurgie

6

Recommandations INCa SFOG OVAIRE 2009
Tumeur épithéliale maligne de l'ovaire stade IIA à IV
sans résidu macroscopique – traitement adjuvant

Stade IIA

Stades IIB-IIC

Stades III-IV

Standard : chimiothérapie IV avec sels de platine au moins 3 cycles

Options : aller jusqu'à 6 cycles

Standard : chimiothérapie IV avec sels de platine, 6 cycles

Options : non

Standard : chimiothérapie IV carboplatine paclitaxel au moins 6 cycles

Options:

possibilité de carboplatine seul si association avec paclitaxel impossible

chimio IP mais avec sels de platine, équipe expérimentée patiente informée (protocole GOG 172)

TDM de fin de traitement (référence pour le suivi)

Surveillance

Recommandations INCa. SFOG OVAIRE 2009

7

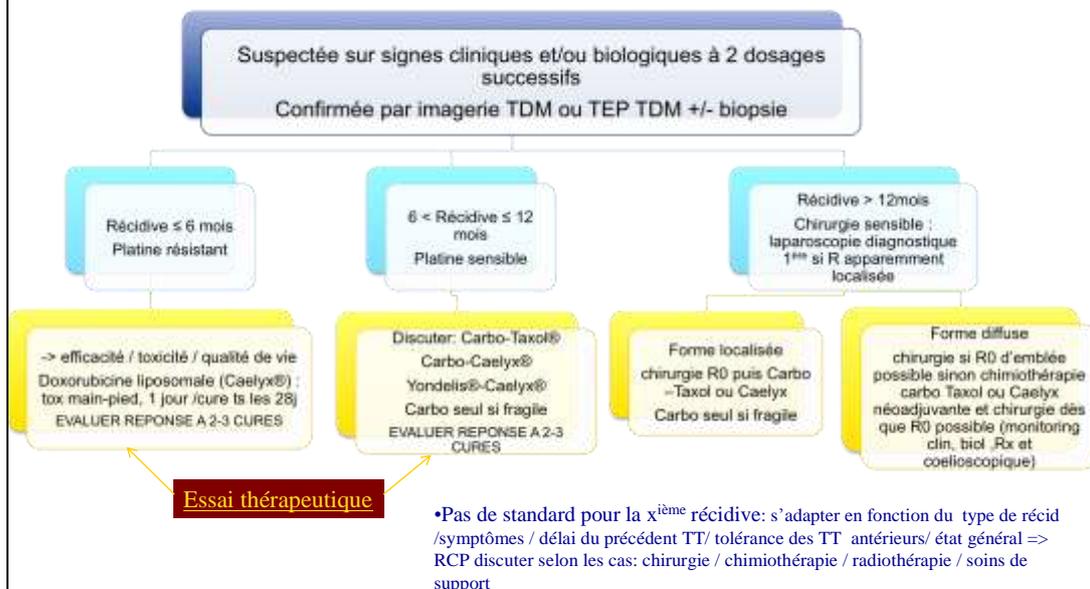
Tumeur épithéliale maligne de l'ovaire stade IIA à IV avec résidu macroscopique – traitement adjuvant

- Standard
 - 6 cycles de chimiothérapie carboplatine –paclitaxel
 - Pas de radiothérapie ni chimiothérapie IP
 - Recherche de tumeur digestive si forme mucineuse
- Options
 - 3 cycles de chimiothérapie supplémentaire
 - Carboplatine seul si comorbidité
 - Possibilité de traitement néoadjuvant si, chirurgie complète d'emblée impossible (cf traitement chirurgical)
 - Inclusion dans un essai thérapeutique

Surveillance

1^{ère}* récurrence d'un carcinome annexiel

8



Tumeurs frontières stade I

- **Diagnostic connu en peropératoire (sur pièce d'ovariectomie)**
 - *Femme ne désirant pas de grossesse*
 - annexectomie bilatérale + stadification péritonéale (omentectomie infracolique+prélèvements péritonéaux étagés+ appendicectomie (si forme mucineuse)) +/- hystérectomie
 - pas de curage ganglionnaire mais adénectomie sélective si adénomégalie
 - *Femme désirant une grossesse*
 - TT le plus conservateur possible chez la femme jeune (sinon AB sans hystérectomie + cryoconservation d'ovocytes ou d'embryons) + surveillance+++
 - Si contraception souhaitée : préférer oestro-progestatifs normodosés
 - Discuter annexectomie complémentaire après grossesse si TT conservateur
- **Diagnostic non connu en peropératoire mais doute**
 - faire « comme si » c'était une frontière : TT local idem + évaluation péritonéale seule (coelio // laparo)
- **Pas de traitement complémentaire sauf si implants péritonéaux invasifs**

Surveillance

Tumeurs frontières stade I : cas particulier

- **Patiente référée après traitement limité d'une tumeur frontière**
 - *conditions techniques initiales satisfaisantes* : pas de reprise chirurgicale
 - *conditions techniques initiales non satisfaisantes* (rupture, kystectomie incomplète, pas d'exploration documentée, forme micro-papillaire)
 - Discuter reprise pour évaluation, complément thérapeutique adapté et stadification péritonéale (idéalement par laparoscopie)
- **Aspect évoquant un pseudomyxome péritonéal**
 - Indication d'exérèse tumorale maximale puis CHIP à réaliser par équipe spécialisée
 - Sinon, limiter les exérèses au minimum requis pour le diagnostic : annexectomie + appendicectomie ++ puis adresser au centre spécialisé

Cas particulier : tumeur frontière stade II-III

- Cytologie péritonéale
- HT+AB+omentectomie+réséction de tous les implants visibles+appendicectomie
 - si désir de grossesse : traitement conservateur + gestes péritonéaux idem
- Adénectomie des adénomégalies
- Chimiothérapie à discuter si implants invasifs
- **Récidive**

Surveillance

Récidive tumeur frontière

- Tumeur frontière :
 - 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

Tumeurs germinales de l'ovaire (classification WHO 2003)

13

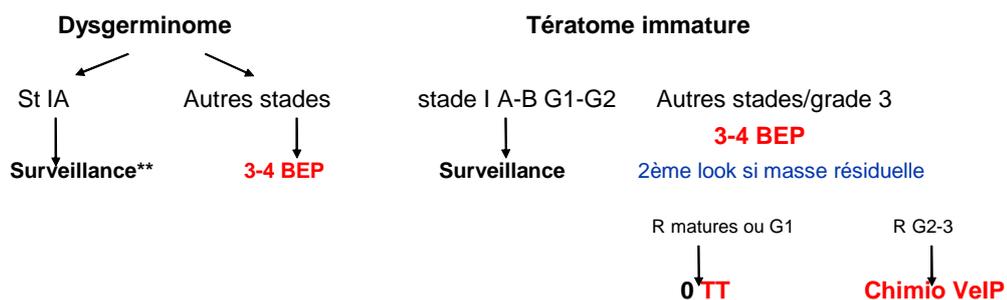
- Tumeurs germinales primitives
 - Dysgerminomes
 - T du sac vitellin (Yolk sac tumors)
 - Polyvésiculaire
 - Variant glandulaire
 - Hépatoid
 - Carcinome embryonnaire
 - Polyembryome
 - Choriocarcinome non gestationnel
 - T mixtes
- Tératomes bi ou triphasiques
 - Tératome immature (grade selon composite gliale)
 - Tératome mature
 - solide
 - Kyste dermoïde
 - T fétiforme ou homonculus
- Tératome monodermique ou tumeur somatique associée à T bi ou triphasique
 - Groupe tumeur thyroïdienne (struma ovarii)
 - Groupe carcinoïde
 - Groupe neuroectodermique
 - Groupe mélanocytaire
 - Groupe sarcomateux
 - Groupe sébacé
 - Groupe tumeur pituitaire
 - Groupe tumeur rétinienne
 - Autre

TUMEURS GERMINALES* non secrétantes

14

F Localisée : traitement conservateur de la fertilité (sauf si plus de désir de grossesse) + stadification péritonéale +/- rétropéritonéale

F avancée : debulking -> idéalement résidu macroscopique nul



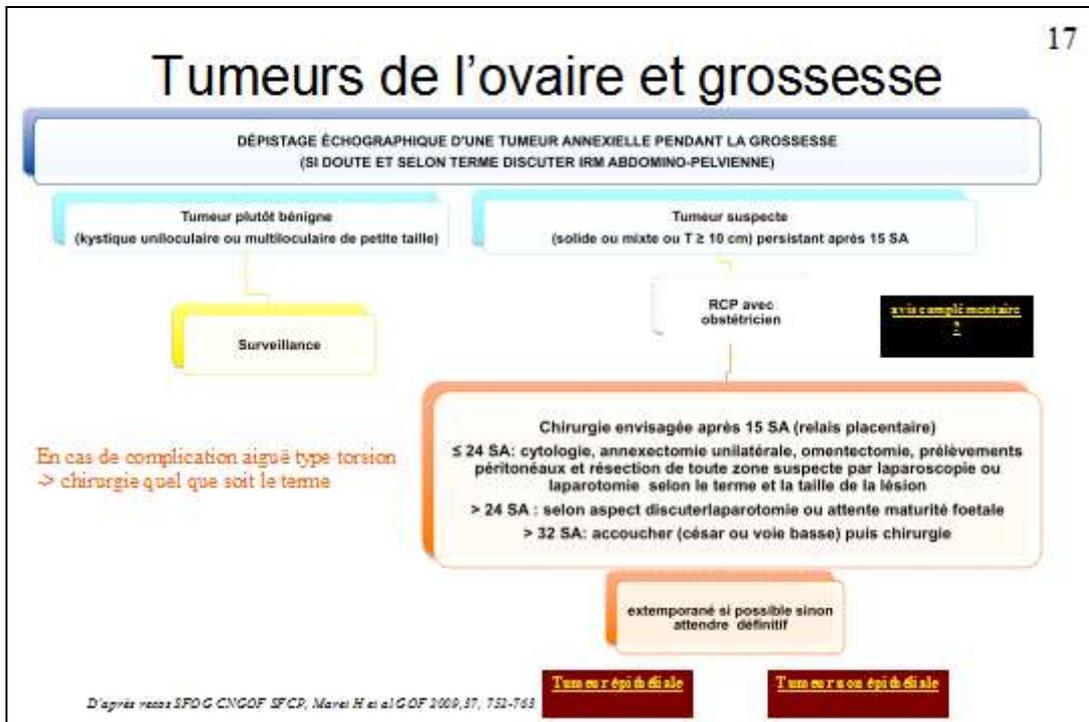
Découverte fortuite d'une TGMO : restadification à discuter si st IA

Récidive : selon type et délai : 2^{ème} ligne de chimio (VIP/VeIP/TIP/essai),

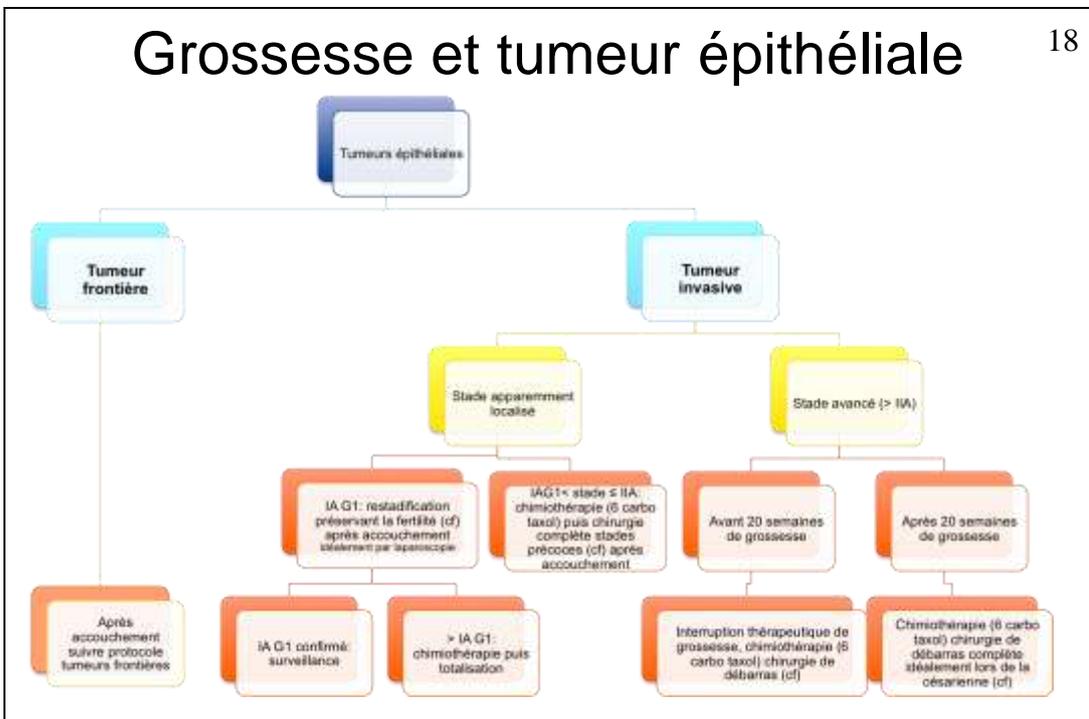
*Déclarer registre tumeurs rares de l'ovaire

**Surveillance : clin, écho/TDM, marqueurs (hCG, PLAP, LDH si dysgerminome ; AFP si tératome immat (30% des cas) / 2 à 3 mois pdt 2 ans. Grossesse autorisée >= 2ans si RAS)

Tumeurs de l'ovaire et grossesse

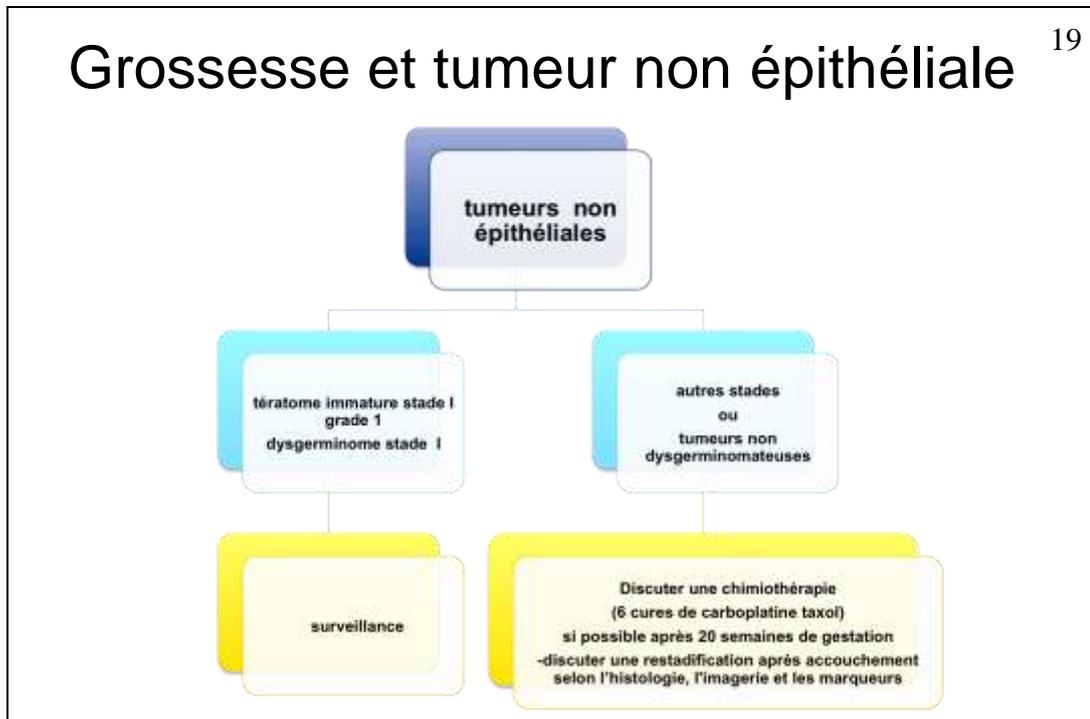


Grossesse et tumeur épithéliale



Grossesse et tumeur non épithéliale

19



Classification FIGO 2009 trompe

20

- Stade 0 : carcinome in situ
- Stade 1 : limité à la trompe
 - IA : limité à 1 trompe, avec extension à la sous muqueuse et/ou musculuse, mais pas pénétration séreuse ou ascite+
 - IB : limité aux 2 trompes, avec extension à la sous muqueuse et/ou musculuse, mais pas pénétration séreuse ou ascite+
 - IC : IA ou IB avec pénétration séreuse ou ascite+
- Stade 2 : atteinte pelvienne
 - IIA : extension/métastase utérus ou ovaires
 - IIB : extension aux autres organes pelviens
 - IIC : IIA ou B avec ascite ou lavage péritonéal +
- Stade 3 : 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 4 : métastases à distance, épanchement pleural +, M+ parenchymateuses hépatiques
FIGO classification update, IJGO 2009; 105-1-4

Traitement des tumeurs de trompe

- 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

SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE Annexes

- **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 CA 125 facultatif, mais si élévation refaire dosage 1-2 mois plus tard
 - Pas d'intérêt à débiter 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**
 - Avec marqueurs positifs : surveillance par les mêmes marqueurs -> traitement précoce et efficace de la récurrence possible
 - Avec marqueurs négatifs : clinique et échographie (TT conservateur)
- **Tumeurs des cordons sexuels**
 - Clinique et marqueurs s'ils existent (i.e. inhibine B pour granulosa) → prolongée
 - Traitement chirurgical de la récurrence chaque fois que possible

Chirurgie prophylactique annexielle

- Idéalement après consultation d'onco-génétique
 - Surtout si recherche de mutation BRCA ou syndrome HNPCC
- CA 125 + écho pelvienne préopératoires
- Abord laparoscopique
 - Cytologie péritonéale
 - Annexectomie bilatérale emportant l'ovaire et la trompe jusqu'à la corne utérine
 - Avec hystérectomie si syndrome HNPCC ou pathologie utérine associée, patiente informée

8. PROCOLES DE RECHERCHE

(Sur le site www.onco-npdc.fr)

- **COL UTERIN**
- **CORPS UTERIN (endomètre et sarcomes)**
- **OVAIRES**
- **TOUTES LOCALISATIONS**
- **EN ATTENTE**

ETUDES EN COURS COL UTERIN

COL UTERIN	Code de l'étude	Titre du protocole	Traitement
Chirurgie (FIGO IA1 à IB1)	SENTICOL 2	Comparaison lymphadénectomie pelvienne versus prélèvement isolé du ganglion sentinelle dans les cancers précoces du col utérin : étude multicentrique randomisée avec évaluation des impacts médico-économiques	
Chirurgie	ROBO-GYN-1004	Etude nationale, de phase III, multicentrique, randomisée et ouverte ; Voie d'abord coelioscopique versus coelioscopie robot assistée	Bras 1 = coelioscopie Bras 2 = coelioscopie robot-assistée
TTT et surveillance au COL	SEXUTOX	Etude observationnelle prospective de la toxicité des traitements des carcinomes du col et corps de l'utérus et évaluation du retentissement sur la fonction sexuelle	

EUDES EN COURS CORPS UTERIN

ENDOMETRE	Code de l'étude	Titre du protocole	Traitement
Chirurgie	ROBO-GYN-1004	Etude nationale, de phase III, multicentrique, randomisée et ouverte ; Voie d'abord coelioscopique versus coelioscopie robot assistée	Bras 1 = coelioscopie Bras 2 = coelioscopie robot-assistée
Chimiothérapie Adjuvant	RT-CMI	Essai de phase II testant l'impact d'une irradiation post-opératoire tridimensionnelle avec modulation d'intensité sur la toxicité gastro-intestinale aiguë lors du traitement des cancers de l'endomètre de stade I et II.	RT pelvienne : 45 Gy Technique RT-CMI
Chimiothérapie : stade avancé ou en récidive	IPSEN X 55 58064 004	Etude ouverte, randomisée, multicentrique, internationale de phase II comparant BN83495, un inhibiteur oral de la stéroïde sulfatase et l'acétate de mégestrol (AM) chez des femmes présentant un cancer de l'endomètre avancé ou récurrent	Bras 1 = BN 83 495 Bras 2 = Mégace
TTT et surveillance au COL	SEXUTOX	Etude observationnelle prospective de la toxicité des traitements des carcinomes du col et corps utérins et évaluation de leur impact sur la fonction sexuelle	
SARCOMES	Code de l'étude	Titre du protocole	Traitement
Chimiothérapie 2 ^{ème} à 4 ^{ème} Ligne (après Doxorubicine)	ESTIM-LBH	Sarcome utérin avancé après échec d'un traitement préalable par chimiothérapie comportant au moins 1 ligne de Doxorubicine: évaluation de l'efficacité et de la tolérance d'un traitement trihebdomadaire par Panobinostat® - LBH589. Etude de phase II ouverte multicentrique	Panobinostat per os

Etudes en attente d'ouverture

ETUDES EN COURS OVAIRES

3

OVAIRE	Code de l'étude	Titre du protocole	Traitement
Chimio 1 ^{ère} ligne (début TTT entre 4 et 10 semaines après chirurgie complète)	OVAR 12 ou VACOA	Essai multicentrique randomisé en double aveugle de phase III évaluant l'efficacité et la tolérance de l'association carboplatine-paclitaxel versus carboplatine-paclitaxel plus BIBF 1120 chez les patientes opérées d'un cancer de l'ovaire au stade avancé	Bras 1 = Carbo-Taxl + BIBF Bras 2 = Carbo-Taxl + Placebo (6 cycles de Carbo-Taxol puis BIBF ou placebo seul pdt 96 semaines)
Chimio 2 ^{ème} /3 ^{ème} ligne (progression < 6 mois/dernière dose de platine)	AURELIA	Essai de phase III, multicentrique, randomisé, en ouvert, à deux bras évaluant bevacizumab associé à une chimiothérapie versus chimiothérapie seule chez des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou du péritoine, résistant aux sels de platine	Bras 1 = Chimio seule Bras 2 = Chimio + Avastin (CT au choix de l'investigateur)
Chimio 2 ^{ème} /3 ^{ème} ligne (progression asymptomatique > 6 mois/dernière cycle de platine)	REV	Evaluation du lénalidomide (Revlimid®) dans le cancer de l'ovaire en rechute tardive asymptomatique (> 6 mois) en association avec du carboplatine et de la doxorubicine liposomale pégylée (phase I)	Revlimid (selon palier) Caelyx 30 mg/m ² Carboplatine AUC 5 (6 cycles maximum)
Chimio 3 ^{ème} /4 ^{ème} ligne (réfractaire ou progression < 6 mois/dernière dose de platine)	POLKA Suspendue (analyse intermédiaire)	Essai randomisé de phase II évaluant l'inhibiteur de Polo-like kinase 1 BI 6727 en monothérapie versus une monochimiothérapie laissée au choix de l'investigateur dans le cancer de l'ovaire résistant ou réfractaire à une chimiothérapie à base de sels de platine	Bras 1 = BIB 6727 Versus Bras 2 = Chimio au choix de l'investigateur (après progression, possibilité de cross over vers bras 1)
Chimio 2 ^{ème} /4 ^{ème} ligne (Cordons sexuels)	ESTIM-LBH	Evaluation chez des patientes atteintes de tumeur ovarienne des cordons sexuels au stade métastatique après échec d'un traitement préalable par sels de platine, de l'efficacité et de la tolérance d'un traitement trihebdomadaire par Panobinostat® - LBH589. Etude de phase II ouverte multicentrique	Panobinostat per os

Etudes en attente d'ouverture

ETUDES EN COURS TOUTES LOCALISATIONS

4

Ligne de traitement	Code de l'étude	Titre du protocole	Traitement
	STIC : EXENTERATION PELVIENNE	Exentérations pelviennes avec reconstruction immédiate pour cancer gynécologique ou anorectal après irradiation pelvienne : Évaluation médico-économique et Qualité de Vie.	
Après échec de tout TTT standard	H8K-MC-JZAP	Effet du Tasisulam sur le métabolisme du Midazolam par le CYP3A: Etude d'interaction pharmacocinétique chez des patients atteints de tumeurs solides avancées et/ou métastatiques ou de lymphomes : phase I	Midazolam per os Tasisulam IV

ETUDES EN ATTENTE D'OUVERTURE ⁵

Ligne de traitement	Code de l'étude	Titre du protocole	Traitement	Date d'ouverture
Endomètre 1 ^{ère} Ligne	PORTEC 3	Essai randomisé de phase III comparant une radiochimiothérapie concomitante suivie d'une chimiothérapie adjuvante à une irradiation pelvienne seule, dans les carcinomes de l'endomètre de stade avancé et à haut risque	Attente d'amendement autorisant l'IMRT	
Endomètre 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} Ligne (stade III ou IV)	ARIAD AP23573-07- 205	Essai randomisé de phase II comparant le ridaforolimus (AP23573 ; MK-8669) à un progestatif ou une chimiothérapie chez des patientes atteintes d'un carcinome de l'endomètre à un stade avancé.		
Ovaire 1 ^{ère} Ligne	MO22923 ou ROSIA	Etude globale de l'ajout de Bevacizumab au carboplatine-paclitaxel en traitement de première ligne des carcinomes annexiels et péritonéaux primitifs		
Ovaire Chirurgie (récidive)	CHIPOR	Récidive opérable ? 6 mois, chimioensible après 3 cures carboPt puis chirurgie → si R0	Bras 1 CHIP avec cis Pt 80 mg/m2 pdt 90' Bras 2: Pas de CHIP	Janvier-février 2011

6

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
 - cancer-et-grossesse.creation-website.com
- Tumeurs rares
 - Registre : <http://www.ovaire-rare.org>
- Tumeurs trophoblastiques (centre de référence lyonnais) :
<http://www.mole-chorio.com/>

ANNEXES

Annexe 1

SFOG (*Société Française d'Oncologie Gynécologique*)

Fiche tumeur gynécologique carcinome COL UTERIN types histologiques épidermoïde et adénocarcinome

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

Bilan d'extension

Bilan extension

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

Formes infra-cliniques

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

Prise en charge thérapeutique

Stade IA1

Le diagnostic nécessite une conisation

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

Stades IA2-IB1 N(-) à l'imagerie

Option : Lymphadénectomie pelvienne coelioscopique première

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

↪ **Si pN+ :**

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

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

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

↪ **Si pN+ :**

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

Option : Irradiation exclusive par irradiation externe et curiethérapie

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

Patientes jeunes sous conditions :

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

Option : Traitement chirurgical conservateur des ovaires

- Cancer épidermoïde de plus grande taille tumorale inférieure à 2cm
- Et Pn(-) pelvien
- Et âge moins de 40 ans

- Transposition ovarienne possible pour l'option "curiethérapie première".

Stades IA2-IB1 N(+) à l'imagerie

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

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

Stades IB2, IIA-IIB, III, IVA

Le traitement de référence est la radiochimiothérapie concomitante

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

Stade IVB ou carcinose péritonéale

Chimiothérapie et/ou radiothérapie

Récidive

En cas de récidive locorégionale centrale résécable en tissus sains

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

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

- ↪ discuter une chimiothérapie et éventuellement une radiothérapie

Surveillance

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

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

En cas de trachélectomie :

- ↪ Frottis au minimum annuel
- ↪ Option : IRM

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

Fiche tumeur gynécologique Adénocarcinome de l'ENDOMETRE

FIGO

IA G123	tumeur limitée à l'endomètre
IB G123	invasion du myomètre inférieur à 50%
IC G123	invasion du myomètre supérieur à 50%
IIA G123	invasion endocervicale sans atteinte du stroma
IIB G123	invasion du stroma cervical
IIIA G123	invasion de la séreuse ou des annexes ou cytologie péritonéale positive
IIIB G123	métastases vaginales
IIIC G123	atteinte ganglionnaire pelvienne et/ou lomboaortique
IVA G123	tumeur envahissant la muqueuse vésicale et/ou la muqueuse intestinale
IVB G123	métastases à distance incluant celles intraabdominales et/ou ganglionnaire inguinales

TNM

TX	la tumeur primitive ne peut être évaluée
T0	pas de tumeur primitive décelable
Tis	carcinome in situ
T1	tumeur limitée au corps utérin
T1a	tumeur limitée à l'endomètre
T1b	invasion du myomètre inférieur à 50%
T1c	invasion du myomètre supérieur à 50%
T2	tumeur envahissant le col mais ne dépassant pas les limites de l'utérus
T2a	envahissement des glandes endocervicales uniquement
T2b	envahissement du stroma cervical
T3	envahissement local ou régional
T3a	tumeur envahissant la séreuse et/ou les annexes (extension directe ou métastase) et/ou cytologie péritonéale positive
T3b	envahissement vaginal (extension directe ou métastases)
T4	tumeur envahissant la muqueuse vésicale et/ou intestinale
N0	pas d'envahissement ganglionnaire
N1	adénopathie métastatique pelvienne ou lomboaortique
NX	statut ganglionnaire inconnu
M0	pas de métastase à distance
M1	métastase à distance

Bilan d'extension

- **Examen clinique** pelvien, abdominal et des aires ganglionnaires
- **IRM pelvienne.** Critères nécessaires :
 - ↳ Volume tumoral, infiltration myomètre, atteinte du stroma cervical, atteinte extrautérine (ovaire)
 - ↳ Adénopathies pelviennes, iliaques communes, aortiques
 - ↳ Taille de l'utérus pour voie d'abord
- **Imagerie abdominale** par IRM ou TDM
- **Options** : CA 125, imagerie pulmonaire

Prise en charge chirurgicale

Le traitement initial est chirurgical chaque fois que possible (stades précoces, risque anesthésique acceptable).

Option : lorsque l'évaluation initiale justifie une irradiation, celle ci peut être réalisée avant la chirurgie

Voie d'abord

Pour les stades précoces, la voie d'abord coelio-vaginale est la voie d'abord de référence, sauf contre indication :

- ↳ atteinte de la séreuse ou gros volume utérin (risque de morcellement) ou atteinte extrautérine (cela ne fait plus partie des stades précoces)
- ↳ métastases ganglionnaires de plus de 2 centimètres

Option : laparotomie

Option : voie vaginale exclusive en cas de très haut risque chirurgical

Standard

- ↳ Cytologie péritonéale.
- ↳ Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale
- ↳ Lymphadénectomie pelvienne (iliaque interne et externe) bilatérale

Option : lymphadénectomie iliaque commune et aortique si techniquement possible en cas de :

- ↳ N(+) pelvien
- ↳ adénocarcinome papillaire séreux
- ↳ atteinte ovarienne
- ↳ stade IC grade 3

Option :

Dans les histologies particulières de type papillaire séreux ou en cas d'atteinte annexielle, la chirurgie doit être de type « ovaire » : cytologie péritonéale, hystérectomie totale simple, annexectomie bilatérale, curage pelvien, iliaque commun et aortique, omentectomie et prélèvements péritonéaux.

Protocoles thérapeutiques

Stade I et IIA

Chirurgie : selon standard

Radiothérapie adjuvante

- ↳ L'examen histologique de l'utérus indique la radiothérapie adjuvante.
- ↳ Stade IA G1-G2 : pas de traitement adjuvant
- ↳ Stade IA G3 et IB G1-G2 : curiethérapie
- ↳ IB G3 : curiethérapie et / ou radiothérapie
- ↳ Stades IC G3 ou IIA G3, Pn (+) pelvien (cf state IIIC), présence d'embolies lymphatiques multiples : Radiothérapie pelvienne externe et curiethérapie
- ↳ Stade IC G1-G2 : curiethérapie et / ou radiothérapie
- ↳ Stade IIA : curiethérapie± radiothérapie en fonction du grade et de l'atteinte myométriale de même façon que dans les stades I
- ↳ Adénocarcinome papillaire séreux et adénocarcinome à cellules claires : discuter radiothérapie et chimiothérapie.

Stade IIB

Options

- ↳ curiethérapie utérovaginale suivie d'hystérectomie selon standard ci-dessus décrit
- ↳ hystérectomie initiale (option : élargie au paracervix proximal) + cytologie péritonéale + lymphadénectomie pelvienne et iliaque commune et examen extemporané (si positif lymphadénectomie aortique si techniquement possible)

Irradiation adjuvante

- ↳ cf stades I/IIA

Stade IIIA

Cytologie péritonéale isolée :

- ↳ pas de traitement adjuvant spécifique (sauf pour les cancers séreux papillaires et à cellules claires ou une chimiothérapie peut-être discutée)

Autres stades IIIA (invasion de la séreuse ou atteinte annexielle) :

- ↳ radiothérapie pelvienne et curiethérapie
- ↳ option : chimiothérapie adjuvante et / ou concomitante à l'irradiation

Stade IIIB

- ↳ Irradiation externe et curiethérapie

Options : chirurgie selon le standard, première ou après l'irradiation

Stade IIIC

- ↳ Chirurgie première suivie d'irradiation adaptée à la hauteur de l'atteinte ganglionnaire : option : chimiopotentialisation concomitante
- ↳ En cas de diagnostic radiologique confirmé, option : irradiation première adaptée à l'extension ganglionnaire iliaque commune ou aortique (radiology, TEP ou lymphadénectomie aortique de stadification) avec ou sans chimiothérapie concomitante, éventuellement suivies de chirurgie

Stade IVA

Radio(chimio)thérapie concomitante avec ou sans curiethérapie utéro-vaginale

↳ En cas de reliquat post-radiothérapie : option exentération pelvienne en fonction de l'extension locale et de l'état de la patiente

Malades inopérables ou Stade IVB ou stade inopérable

Radiothérapie exclusive et curiethérapie

- ↳ +/- Chimiopotentialisation si stade métastatique
- ↳ +/- hormonothérapie

Surveillance

Les récurrences surviennent le plus souvent dans les 3 ans, très rarement après 5 ans

- ↳ Examen clinique seul (examens complémentaires en cas de symptômes)
- ↳ Rythme : Tous les 4 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans puis annuel

Fiche tumeur épithéliale de l'ovaire

FIGO

- I tumeur limitée aux ovaires**
- IA tumeur limitée à un ovaire : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- IB tumeur limitée aux 2 ovaires : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- IC tumeur limitée à un ou 2 ovaires et associée soit à une rupture capsulaire, soit à une extension tumorale à la surface de l'ovaire, soit à la présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- II tumeur envahissant un ou deux ovaires avec extension pelvienne**
- IIA extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- IIB extension à d'autres structures pelviennes, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- IIC extension pelvienne (IIA ou IIB) avec présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- III tumeur envahissant un ou les deux ovaires avec métastase péritonéale extrapelvienne confirmée histologiquement et/ou adénopathies régionales**
- IIIA métastases péritonéales extrapelviennes microscopiques
- IIIB métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques ≤ 2 cm dans leur plus grande dimension
- IIIC métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques > 2 cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies régionales
- IV métastases à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)**

TNM

- TX la tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 pas de tumeur primitive décelable
- Tis carcinome in situ
- T1 tumeur limitée aux ovaires**
- T1a tumeur limitée à un ovaire : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T1b tumeur limitée aux 2 ovaires : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T1c tumeur limitée à un ou 2 ovaires et associée soit à une rupture capsulaire, soit à une extension tumorale à la surface de l'ovaire, soit à la présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T2 tumeur envahissant un ou deux ovaires avec extension pelvienne**
- T2a extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T2b extension à d'autres structures pelviennes, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T2C extension pelvienne (IIA ou IIB) avec présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T3 tumeur envahissant un ou les deux ovaires avec métastase péritonéale extrapelvienne confirmée histologiquement et/ou adénopathies régionales**
- T3A métastases péritonéales extrapelviennes microscopiques
- T3B métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques ≤ 2 cm dans leur plus grande dimension
- T3C métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques > 2 cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies régionales
- N0 pas d'envahissement ganglionnaire
- N1 adénopathie métastatique pelvienne ou lomboaortique
- NX statut ganglionnaire inconnu
- M0 pas de métastase à distance
- M1 métastase à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)

NotaBene : une métastase capsulaire hépatique est classée T3/stade III ; une métastase intraparenchymateuse hépatique est classée M1/stade IV ; un épanchement pleural doit avoir une cytologie positive pour être classé M1/stade IV.

Bilan initial

- ↳ Examen clinique pelvien, abdominal, ganglionnaire
- ↳ Marqueurs tumoraux
 - CA125, CA19-9, ACE
- ↳ Bilan extension
 - Scanner thoraco-abdomino-pelvien (option radiographie de thorax)
- ↳ Biopsie sous contrôle scanner ou coelioscopique si chimiothérapie néoadjuvante envisagée
- ↳ Option coloscopie et fibroscopie gastrique si doute sur primitif digestif
- ↳ Cytologie d'un épanchement pleural

Prise en charge thérapeutique

Principes généraux

- ↳ La chirurgie est le premier temps du traitement dans tous les cas où la tumeur peut être complètement réséquée. La laparotomie médiane xiphopubienne est l'incision standard
- ↳ L'objectif de la chirurgie est la résection **complète** (absence de résidu macroscopique). La chirurgie « optimale » définie par un reliquat inférieur à 1 ou 2 centimètres n'est plus l'objectif standard.
- ↳ Le risque chirurgical et l'altération de la qualité de vie associés aux exérèses multiples doivent être pris en compte
- ↳ La prise en charge chirurgicale d'un cancer de l'ovaire nécessite la maîtrise de la chirurgie viscérale, des péritonectomies et de la chirurgie ganglionnaire abdominale, en vue d'obtenir la réduction tumorale complète
- ↳ En cas de carcinose péritonéale étendue, l'évaluation de la résécabilité complète sans risque chirurgical excessif repose sur la clinique, l'examen scannographique, et si besoin une coelioscopie diagnostique
- ↳ Si la résection complète ne peut être obtenue d'emblée, la chimiothérapie néoadjuvante est indiquée. Une chirurgie d'intervalle ou secondaire est envisagée, avec le même objectif cité précédemment

Chirurgie

Intervention standard minimale

- ↳ hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, omentectomie totale, appendicectomie, curage ganglionnaire pelvien et aortique infrarénal bilatéral, biopsies péritonéales, cytologie péritonéale

Autres gestes parfois nécessaires pour obtenir la réduction tumorale complète :

↳ péritonectomies étendues, resections digestives, splénectomie

Option : stadification incomplète lors d'une première intervention chirurgicale :

↳ Restadification complémentaire ganglionnaire et péritonéale, option coelioscopique ; option resection des trajets de trocart

Option : réduction tumorale incomplète lors d'une première intervention

↳ Reprise chirurgicale pour chirurgie complète avant ou en cours de chimiothérapie (après 3 ou 4 cures si réponse)

Option : traitement conservateur (annexectomie unilatérale)

↳ Sous couvert d'une stadification péritonéale et ganglionnaire complète négative avec curetage utérin,

↳ sous condition : stade IA G1 et G2 de la femme jeune désirant une grossesse ; carcinomes à cellules claires exclus ; proposer une annexectomie controlatérale après obtention des grossesses ou âge de 40 ans

Chimiothérapie

↳ La chimiothérapie est indiquée à partir du stade IC ou G3 ou histologie particulière de mauvais pronostic (cellules claires) ; elle est discutée dans les IB G2

↳ Carboplatine – Paclitaxel

↳ Néoadjuvant : 3 cures puis bilan clinique, marqueurs, imagerie – si bonne réponse chirurgie d'intervalle puis 3 à 6 autres cures

↳ Adjuvant : 6 cures après chirurgie

↳ Evaluation clinique, radiologique et biologique après 6 cures et prise en charge individualisée

↳ **Option** : chimiothérapie combinée intraveineuse et intrapéritonéale, avec PAC intrapéritonéal de préférence posé en cours de l'intervention initiale, sauf en cas de résection digestive.

Récidive

Chirurgie

↳ La chirurgie est envisagée si la récidive a lieu plus de 12 mois après la fin du traitement initial et si forme localisée. La réduction tumorale complète est l'objectif, après évaluation préthérapeutique incluant un scanner thoracoabdominal, un TEP-TDM et au besoin une coelioscopie

Chimiothérapie

↳ Reprise d'une chimiothérapie à base de sels de platine si récidive tardive (> 6 mois) après la fin du traitement initial

↳ Sinon 2ème ligne

Fiche tumeur gynécologique carcinome VULVE

TNM	Vulve	FIGO
T1	Limitée à la vulve/au périnée, ≤ 2 cm	I
-T1a	Invasion stromale ≤ 1 mm	IA
-T1b	Invasion stromale > 1 mm	IB
-T2	Limitée à la vulve/au périnée ≤ 2 cm	II
-T3	Urètre inférieur/vagin/anus	III
T4	Muqueuse vésicale/muqueuse rectale/muqueuse de l'urètre supérieur/os	IVA
N1	Unilatérale	III
N2	Bilatérale	IVA
M1	Métastases à distance	IVB

Bilan initial

- ↪ Examen clinique
- ↪ Si forme localement étendue ou adénopathie inguinale, TDM pelvienne ou PET scanner

Prise en charge thérapeutique

Stade I unifocal

Chirurgie

↳ Vulve

- Vulvectomie partielle avec 2 cm de marge macroscopique (8 mm histologique) jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne
 - Si lésion latérale : exérèse large ou hémivulvectomie latérale
 - Si lésion médiane (<1cm de la ligne médiane) : exérèse large ou hémivulvectomie antérieure ou postérieure
- Option : vulvectomie totale si lésions précancéreuses multifocales

↳ Ganglions inguinaux

- Si infiltration de la lésion initiale <1mm : pas de curage
- Si infiltration de la lésion initiale >1mm : curage inguinal superficiel et profond limité aux ganglions situés en dedans de la veine fémorale et avec préservation de la crosse de la veine saphène interne.
 - Homolatéral si lésion latéralisée
 - Si extemporané négatif, abstention
 - SI extemporané positif, compléter le curage inguinal bilatéral
 - Bilatéral si lésion à moins de 1 cm de la ligne médiane

Option : La recherche du ganglion sentinelle idéalement par méthode radioisotopique et colorimétrique est encore à l'étude dans le cancer de la vulve. Les indications doivent être limitées et les conditions de recherche bien respectées.

- le chirurgien devra être aguerri à la recherche du ganglion sentinelle (dans un autre organe)
- pas d'indication dans les cancers du clitoris (risque de récurrence inguinale)
- pas d'indication dans les adénocarcinomes de la glande de Bartholin (mauvais pronostic)
- dans les tumeurs médianes, l'évaluation ganglionnaire doit être dans tous les cas bilatérale. Si le ganglion sentinelle n'est pas retrouvé d'un côté alors le curage ganglionnaire classique est obligatoire

Il faut que tous les cas soient enregistrés afin d'être disponibles dans le cadre d'une étude et afin de valider ou non cette technique

Radiothérapie

↳ Radiothérapie inguinale ou inguinopelvienne si curage positif (≥ 2 ganglions positifs et/ou 1 ganglion positif avec rupture capsulaire) dont les modalités seront à discuter au cas par cas

↳ Radiothérapie vulvaire : préférer la reprise chirurgicale si les marges ne sont pas saines

Stade I multifocal et stade II

Chirurgie

- ↳ Vulve
 - Vulvectomy totale avec 2 cm de marges macroscopiques élargie jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne
- ↳ Ganglions inguinaux
 - Pas d'indication de ganglion sentinelle
 - Curage inguinal bilatéral superficiel et profond concernant surtout les ganglions situés en dedans de la veine fémorale et avec préservation de la crosse de la veine saphène interne

Radiothérapie

- ↳ Radiothérapie inguinale si curage positif (≥ 2 ganglions positifs et/ou 1 ganglion positif avec rupture capsulaire) dont les modalités seront à discuter au cas par cas
- ↳ Radiothérapie vulvaire : préférer la reprise chirurgicale si les marges ne sont pas saines

Stade III

Chirurgie

Options en fonction de la localisation et de la taille tumorale

- ↳ vulvectomy totale élargie avec marge de 2 cm si anatomiquement réalisable et traitement adjuvant respectant les principes cités précédemment
- ↳ radio-chimiothérapie concomitante puis discuter ultérieurement si besoin des modalités d'une chirurgie de deuxième intention
- ↳ chimiothérapie néoadjuvante à discuter au cas par cas

Stade IVA

Options

- ↳ radiochimiothérapie
- ↳ exentération pelvienne de nécessité avec TEP négative et échec ou contreindication de radiochimiothérapie

Stade IVB

↳ En fonction de la symptomatologie et de la patiente discuter localement un geste de propreté ou une irradiation palliative et/ou une chimiothérapie sur le plan général

Récidive Locale

Préférer les résections itératives chaque fois que possible en respectant les marges et avec lambeau cutané ou myocutané de couverture si besoin. Pas de curage complémentaire si absence d'adénopathies palpées et curage inguinal déjà réalisé dans les antécédents.

Surveillance

↳ Examen clinique tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois et enfin annuel après 5 ans (risque significatif de récidive tardive)

SFOG (Société Française d'Oncologie Gynécologique)

Fiche tumeur gynécologique sarcome UTERUS

stade I = tumeur confinée au corps utérin

stade II = tumeur confinée au col et au corps

stade III = extension extra-utérine mais restant pelvienne

stade IV = extension extra-pelvienne

Bilan initial

- ↪ Examen clinique
- ↪ Scanner thoraco abdomino pelvien

Prise en charge thérapeutique

Carcinosarcome

Tumeur extirpable

- Chirurgie : Voir prise en charge des cancers de l'endomètre de haut grade
- Radiothérapie pelvienne externe +/- curiethérapie
- Chimiothérapie : pas d'indication standard – discuter inclusion dans essai SARC – GYN1

Tumeur stromale de bas grade

Tumeur extirpable

Hystérectomie avec annexectomie bilatérale

Tumeur inextirpable ou rechute

Discuter chirurgie + hormonothérapie (tamoxifène- antiaromatases)

Autres cas

Tumeur extirpable

- Chirurgie : hystérectomie totale, annexectomie bilatérale et exérèse de lésions extra utérines palpables
- Radiothérapie pelvienne externe +/- curiethérapie
- Chimiothérapie : pas d'indication standard – discuter inclusion dans essai SARC - GYN

Tumeur inextirpable

- Radiothérapie pelvienne externe +/- curiethérapie +/- chimiothérapie

Métastases à distance

- Chimiothérapie : adriamycine – holoxan +/- cisplatine
- Exérèse de lésions secondaires pulmonaires isolées
- Exérèse d'une récurrence ou métastase unique autre à discuter au cas par cas

Surveillance

Clinique : tous les 6 mois pendant 5 ans puis annuelle
Scanner thoracique annuel + échographie abdominale

**COMPTES RENDUS ANATOMOPATHOLOGIE
NATIONAUX**

Extrait du :

*« Comptes rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner
pour une tumeur primitive, Traitements, soins et innovations, INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2009 »*

1. Col utérin

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom patronymique

Prénom

Nom d'épouse

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

N° d'identification (n° de sécurité sociale ou NIP ou identifiant patient)

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE COL UTÉRIN (C53) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Colpéc tomie / colpohystérectomie / hystérectomie + annexectomie / autre

Organe/région anatomique

Col utérin

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Exocol / jonction / endocol / autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Carcinome épidermoïde / adénocarcinome mucineux : endocervical / intestinal / à cellules en bague à chaton / à déviation minime / villoglandulaire / adénocarcinome endométrioïde / adénocarcinome à cellules claires / adénocarcinome séreux / adénocarcinome mésonéphrique / carcinome indifférencié / carcinome à petites cellules / autre

Grade histopronostique

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection : saines/envahies. Si saines : marge minimale en mm

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO**Critères relatifs à la tumeur :**

Micro-invasif : invasion en profondeur en mm/invasion horizontale en mm

Invasif : taille (plus grand diamètre)/invasion en profondeur en mm

Extension extra-cervicale : vagin (2/3 sup.)/vagin (1/3 inf.)/paramètres/paroi pelvienne /vessie (muqueuse)/rectum (muqueuse)/uretère

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux : nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés

Si envahi(s), capsule ganglionnaire : saine/dépassée

Ganglions non régionaux : préciser localisation, nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés, pour chaque localisation

Si envahi(s), capsule ganglionnaire : saine/dépassée

En cas de procédure du ganglion sentinelle : le préciser

pT/pN² et FIGO

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte.

2. Corps utérin

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom patronymique

Prénom

Nom d'épouse

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

N° d'identification (n° de sécurité sociale ou NIP ou identifiant patient)

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE CORPS UTÉRIN (C54) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Hystérectomie /hystérectomie + annexectomie bilatérale /hystérectomie + annexectomie bilatérale + lymphadenectomie /autre

Organe/région anatomique

Corps utérin

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Corps utérin/isthme

Description histopathologique¹

Type histologique

Adénocarcinome endométrioïde : SAI/villoglandulaire/à cellules ciliées/à différenciation malpighienne/autre

Adénocarcinome mucineux

Carcinome papillaire séreux

Carcinome à cellules claires

Carcinome épidermoïde

Carcinome indifférencié

Tumeur maligne mixte mésodermique

Autre

Grade histopronostique FIGO : % de contingent solide non malpighien et non morulaire/ atypies cytonucléaires
Extension tumorale État des limites chirurgicales de résection : saines/envahies. Si saines : marge minimale en mm
Autres facteurs pronostiques et prédictifs Emboles vasculaires : non/oui
Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO Critères relatifs à la tumeur : Degré d'infiltration du myomètre (en %) Séreuse utérine : saine /envahie Extension extra-corporelle : <ul style="list-style-type: none"> - col utérin : sans invasion du chorion/avec invasion du chorion (préciser profondeur en mm) - vagin : préciser l'état de la recoupe - paramètres - séreuse ovarienne et/ou tubaire - vessie et/ou intestin (muqueuse) - autre Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal
Critères relatifs aux ganglions : Ganglions régionaux : <ul style="list-style-type: none"> - localisation : pelviens, para-aortiques* - nombre de ganglions envahis/ nombre de ganglions examinés pour chaque localisation Ganglions à distance : <ul style="list-style-type: none"> - localisation* - nombre de ganglions envahis/ nombre de ganglions examinés pour chaque localisation
pT/pN² et FIGO

Notes

- * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.
- Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».
- ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.
- ² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte.

3. Ovaires

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom patronymique

Prénom

Nom d'épouse

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

N° d'identification (n° de sécurité sociale ou NIP ou identifiant patient)

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE OVAIRES (C56.9) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Kystectomie / ovariectomie / annexectomie / hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale / hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie / hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, omentectomie et lymphadénectomie / autre

Organe/région anatomique

Ovaires

Côté*

Droit / Gauche / bilatéral

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Description histopathologique¹
Type histologique Tumeur épithéliale Type : séreuse/mucineuse/endométriode/à cellules claires/à cellules transitionnelles (tumeur de Brenner, carcinome à cellules transitionnelles)/carcinome indifférencié/autre Préciser : ▪ borderline : typique/micropapillaire/avec micro-invasion/avec carcinome intraépithélial/autre ▪ invasive : adénocarcinome Tumeur du stroma et des cordons sexuels : tumeur de la granulosa adulte/tumeur de la granulosa juvénile/fibrosarcome/tumeur de Sertoli Leydig/autre Tumeur germinale : préciser Autre
Grade histopronostique Tumeur épithéliale : grade de la FIGO selon % de contingent solide non malpighien et non morulaire/atypies cytonucléaires Tumeurs séreuses : haut grade ou bas grade (selon le MD Anderson) Carcinome mucineux, préciser : expansif/infiltrant – Type : digestif/endocervical Téatome immature : quantité de tissu immature (grade 1.2.3) Tumeur de Sertoli Leydig : bien différenciée /moyennement différenciée /peu différenciée
Extension tumorale Voir critères relatifs à la tumeur
Autres facteurs pronostiques et prédictifs Emboles vasculaires : non/oui
Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO Critères relatifs à la tumeur : Atteinte ovarienne uni ou bilatérale Taille Capsule : intacte/rompue Tumeur à la surface de l'ovaire : présente/absente Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal Envahissement par continuité et/ou localisation à l'utérus et/ou aux trompes Envahissement par continuité et/ou localisation(s) à d'autres organes pelviens : rectum, vessie, autre Métastases péritonéales en dehors du pelvis : microscopiques/macrosopiques (< 2cm, > 2cm)
Critères relatifs aux ganglions : Ganglions régionaux ▪ localisation* Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation
pT/pN² et FIGO

Notes

- * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.
- Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».
- ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.
- ² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte.

COLLEGE GYNECOLOGIE-SENOLOGIE

C. ADAMSKI, Chirurgie Générale, Polyclinique, Grande-Synthe
A. ADENIS, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
A. AMARA, Radiologie, C.H, Dunkerque
P. ANDRIS, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
F. ANSARI, Chirurgie Générale, Clinique De La Villette, Dunkerque
K. ARDAENS, Gynécologie Endocrinologie, Seclin
E. ARDIET, Gynécologie Obstétrique, C.H, Lens
Y. AUBREE, Gynécologie, Hénin Beaumont
A. AULIARD, Oncologie Radiothérapie, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
F. AUQUIER, Radio-Diagnostic, Cambrai
G. AUVRAY Chirurgie Plastique, Faches-Thumesnil
F. BACHELLE, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille
M-C. BARANZELLI-LEGHIE, Anapath, C.O.L, Lille
E. BELGUEDJ, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique Du Pont Saint-Vaast, Douai
Y. BELKACEMI, Radiothérapeute, C.O.L, Lille
S. BEN HADJ YAHIA, Gynécologie, Béthune
B. BENABDALLAH, Gynécologie, Arras
G. BERETVAS, Chirurgie Viscérale, C.H, Armentières
S. BERGER, Oncologie Médicale, G.H.I.C.L, Lille
A. BERNOU, Radiothérapie, C.H, Boulogne Sur Mer
A. BERTAL, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne Sur Mer
I. BERTELOOT, Gynécologie, Dunkerque
M-C. BERTOLOTTI, Valenciennes
M. BETHOUART, Anapath, Lille
S. BIAUSQUE, Gynécologie, C.H, Seclin
M. BICHRI, Radio-Diagnostic, C.H.A.M, Rang-du-Fliers
A. BIGOTTE, Gynécologie Obstétrique, C.H, Calais
D. BOLLENGIER, Chirurgie Générale, Clinique Lille Sud, Lesquin
F. BOMAN, Anapath, C.H.R.U, Lille
J. BONNETERRE, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
M. BONNIERE-DARCY, Anapath, Lille
B. BOUCHIND'HOMME, Anapath, C.H.R.U, Lille
B. BOUCLY, Gynécologie, C.H, Lens
M. BOUKHELIFA, Radio-Diagnostic, Clinique Du Parc, Croix
J. BOULINGUEZ, Gynécologie, Montreuil Sur Mer
A. BOULINGUEZ, Radio-Diagnostic, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
M. BOULOGNE, Gynécologie, C.H, Dunkerque
M-D. BOULOGNE ROUVELLAT, Gynécologie, Saint Pol Sur Mer
F. BOUNOUA, Chirurgie Viscérale, C.H, Armentières
A. BRENNER, Chirurgie Viscérale
J. BRIDOUX, Chirurgie Viscérale, Polyclinique Vauban, Valenciennes
F. BROGNIET COMPERE, Radio-Diagnostic, Polyclinique De La Thiérache, Wignehies
P-Y. BUGNON, Chirurgie Générale, Polyclinique, Hénin-Beaumont
P. BUGNON BOULENGER, Chirurgie Générale, Polyclinique, Hénin-Beaumont
J-P. BUISSART, Radio-Diagnostic, C.H, Seclin
M. BUVAT HERBAUT, Gynécologie Obstétrique, Lille
V. CABARET-JACQUET, Anatomie Cytologie, C.O.L, Lille

F. CACCIAPALLE, Chirurgie Viscérale, C.H Région De St Omer Site Helfaut, Saint-Omer
L. CAMBIER, Radio-Diagnostic, La Bassée
F. CAQUANT, Gynécologie, Béthune
D. CARLIER, Oncologie Radiothérapie, Centre Leonard De Vinci, Dechy
C. CARON GRILLET, Gynécologie, Somain
F. CARPENTIER, Radio-Diagnostic, Centre Bourgogne, Lille
B. CASTELAIN, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
D. CATHELIN, Anapath, Lille
L. CEUGNART, Imagerie Médicale, C.O.L, Lille
J-Y. CHARBONNIER, Chirurgie Générale, C.H, Fourmies
J-C. CHARDON, Radiothérapie, Centre Joliot-Curie, Saint Martin Boulogne
J-Y. CHARVOLIN, Gynécologie, Lille
M-P. CHAUVET, Gynécologie, C.O.L, Lille
C. CHAVERON, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille
A. CHEVALIER-PLACE, Gynécologie, C.O.L, Lille
J. CHEVERT, Chirurgie Générale, Polyclinique Vauban, Valenciennes
L. CHOSSIÈRE, Oncologie Radiothérapie, Centre D'oncologie Du Dunkerquois, Dunkerque
D. CLEANDRE, Gynécologie Obstétrique, C.H, Boulogne Sur Mer
B. COCHE-DEQUEANT, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
P. COCKENPOT, Radio-Diagnostic, Dunkerque
M-J. COLLERY BAUDET, Gynécologie, Fourmies
C. COLLIN, Chirurgie Générale, Maison de Santé Sainte Marie, Cambrai
P. COLLINET, Gynécologie, C.H.R.U, Lille
P. COPPE, Anapath, Dunkerque
M. COSSON, Gynécologie, C.H.R.U, Lille
B. DA LAGE, Gynécologie, Clinique Lille Sud, Lesquin
A. DABROWSKI, Chirurgie Viscérale Et Digestive, Clinique Chirurgicale, Saint-Omer
I. DAMAREY, Radio-Diagnostic, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
F. DARLOY, Oncologie Radiothérapie, Clinique Radiologique Du Pont Saint-Vaast, Douai
D. DARRAS, Chirurgie Générale, Clinique Des Acacias, Cucq
X. De CORDOUE, Oncologie Radiothérapie, Centre Bourgogne, Lille
P. DEBODINANCE, Gynécologie Obstétrique, C.H, Dunkerque
F. DECLERCK, Gynécologie, Lille
J. DECOCQ, Gynécologie, Maternité Paul Gellé, Roubaix
F. DEFFENSE, Gynécologie, Dunkerque
D. DEGROOTE, Sénologie Chirurgie Digestive, C.H, Boulogne Sur Mer
M. DEJARDIN, Avesnes-sur-Helpe
M. DELABRE, Radio-Diagnostic, Tourcoing
Y. DELAMBRE, Radio-Diagnostic, Polyclinique, Hénin-Beaumont
Y-M. DELCOURT, Gynécologie, Lens
V. DELEPAUT, Boulogne Sur Mer
M. DELEPLACE, Radiologie, Arras
C. DELERIVE, Anapath, Lille
N. DELIGNY-BOULANGER, Oncologie Médicale, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
P. DELPORTE, Gynécologie Obstétrique, C.H, Dunkerque
A. DELZENNE, Chirurgie Générale, Clinique Médico-Chirurgicale, Bruay-La-Buissière
F. DENYS, Chirurgie Générale, C.H, Denain
H. DEREUX, Chirurgie Générale, Polyclinique De Riaumont, Liévin
C. DESAUW, Médecine Interne, G.H.I.C.L, Lille

L. DESCHILDRE-MASQUELIER, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille
C. DESPREZ, Gynécologie, Hem
R. DETCHEV, Gynécologie Obstétrique, G.H.I.C.L, Lille
F. DEVROEDE, Radio-Diagnostic, Wattrelos
V. DEWAILLY, Chirurgie Générale, Polyclinique Du Parc, Maubeuge
S. DEWANDELEER, Gynécologie, Centre MCO Cote D'opale, Saint Martin Boulogne Sur Mer
C. DOGNIN, Gynécologie, C.H, Douai
M-T. DOUTRIAUX, Radio-Diagnostic, Condé-sur L'Escaut
C. DROSSART EL GRABLI, Gynécologie, Béthune
R. DUBRULLE, Gynécologie, Clinique Anne D'Artois, Béthune
P. DUDEK, Gynécologie, Polyclinique, Grande-Synthe
J-P. DUFOUR, Radio-Diagnostic, Coudekerque Branche
C. DUFOUR-CUISSET, Oncologie Radiothérapie, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
E. DUPIRE, Chirurgie Viscérale, Clinique Saint Ame, Lambres Les Douai
J-L. DUPONCHELLE, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique Du Pont Saint-Vaast, Douai
P. DURETZ, Radio-Diagnostic, Lille
D. DUTHOIT, Anapath, Dunkerque
G. DUVAL, Chirurgie Viscérale, C.H, Armentières
G. DUVANT, Gynécologie, Valenciennes
F.C. ECONOMIDES, Oncologie Radiothérapie, Centre D'oncologie Du Dunkerquois, Dunkerque
F. FABER, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique Du Pont Saint-Vaast, Douai
I. FARRE-OUSTELAND, Anapath, C.O.L, Lille
P. FEVRIER, Chirurgie Plastique, Lille
F. FICHOT, Gynécologie, Lens
M. FINCK, Oncologie Radiothérapie, Clinique Du Parc, Croix
B. FLEURY, Gynécologie, Mons En Baroeul
F. FOORT, Gynécologie, Dunkerque
A. FOURNIER, Chirurgie Viscérale, Clinique Sainte Catherine, Sainte Catherine Les Arras
S. GALAND, Gynécologie, Clinique Medicale Des Dentellières, Valenciennes
L. GASNAULT, Oncologie Médicale, Centre Joliot-Curie, Saint Martin Boulogne
D. GEORGES, Radio-Diagnostic, Dunkerque
F. GEVAERT, Gynécologie, Pavillon Sainte Famille, Lille
H. GHISBAIN, Chirurgie Générale, Polyclinique Du Parc, Maubeuge
S. GIARD-LEFEVRE, Chirurgie Générale, C.O.L, Lille
C. GIRAUD-GENOUVILLE, Oncologie Médicale, Centre Leonard De Vinci, Dechy
P. GOEUSSE, Gynécologie, C.H, Tourcoing
S. GUISLAIN DEPERNET, Gynécologie, Boulogne Sur Mer
R. HACKER, Gynécologie, Tourcoing
F. HANSSENS, Chirurgie Viscérale Digestive Et Gynécologie, Maison De Santé Sainte Marie, Cambrai
F. HENNECART, Gynécologie, Coudekerque Branche
B. HENRIC, Endocrinologie, Arras
J. HERNANDEZ, Radiothérapie, Centre Joliot-Curie, Saint Martin Boulogne
E. HODIN, Chirurgie Plastique, Arras
F. HOHNADEL, Béthune
J-L. HOSSELET, Chirurgie Générale, Polyclinique Du Val De Sambre, Maubeuge
J-L. HOUPEAU, Gynécologie Obstétrique, C.H, Arras
S. HOUZE de L'AULNOIT, Faches-Thumesnil
D. HOUZE de L'AULNOIT, Gynécologie, G.H.I.C.L, Lille
D. HUBERT, Gynécologie, C.H De Sambre Avesnois, Maubeuge
R. HUBERT, Anapath, Lille
P. HUILLET, Chirurgie Générale, Polyclinique Du Parc, Saint-Saulve
R. HURBAIN, Gynécologie Obstétrique, C.H, Boulogne Sur Mer

A. IDRISSI, Chirurgie Viscérale, C.H, Dunkerque
M. JAFARI, Chirurgie Sénologie, C.O.L, Lille
A-C. JAMBON, Gynécologie Obstétrique, C.H, Tourcoing
J-F. JEU, Chirurgie Générale, Polyclinique, Grande-Synthe
C. KACIAF, Gynécologie, Mouvaux
E. KAMUS, Radio-Diagnostic, La Bassée
D. KLOPFENSTEIN, Gynécologie Obstétrique, Clinique Des 2 Caps, Coquelles
N. KORALEWSKI, Gynécologie, Hesdin
V. KYNDT-POTTIER, Oncologie Médicale, Centre Leonard De Vinci, Dechy
G. LAMBIN, Radio-Diagnostic, Douai
B. LANCIAUX, Gynécologie, Villeneuve D'Ascq
P. LARIDAN, Radio-Diagnostic, Lille
E. LARTIGAU, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
J-F. LAURENT, Chirurgie Générale, Polyclinique, Hénin-Beaumont
J. LAURENT, Chirurgie Générale, Lille
E. LEBLANC, Chirurgie Gynécologique, C.O.L, Lille
M. LECLERCQ, Gynécologie, Marcq en Barœul
F. LEDUC, Anapath, Lille
C. LEFEBVRE-LEROY, anapath, LILLE
J. LEFEVRE, Gynécologie, C.H Germont Et Gauthier, Beuvry
H. LEGGHE, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique Du Pont Saint-Vaast, Douai
P. LEPS, Chirurgie Plastique, Faches-Thumesnil
N. LERICHE, Oncologie Médicale, C.H, Tourcoing
J-L. LEROY, Gynécologie, C.H.R.U, Lille
T. LEROY BRASME, Gynécologie Cancérologie, Clinique De La Victoire, Tourcoing
A. LESOIN, Gynécologie, Somain
A. LESOIN-MONTAIGNE, Gynécologie, C.O.L, Lille
D. LOCQUET, Anapath, Douai
P. LOEZ, Chirurgie Générale, Calais
J-M. LOEZ, Clinique Des 2 Caps, Coquelles
I. LOPEZ FRANCOS, Gynécologie, C.H, Fourmies
C. LOSSOIS, Gynécologie, C.H, Boulogne Sur Mer
J-P. LUCOT, Gynécologie, C.H.R.U, Lille
B. LUGEZ, Chirurgie Viscérale, Clinique Bon Secours, Arras
P. MAES-DOMBROWSKI, Oncologie Médicale, Centre Bourgogne, Lille
A. MANADIL, Chirurgie Générale, C.H, Hazebrouck
B. MANDOUZE, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne Sur Mer
T. MARMOUSEZ, Chirurgie Générale, Polyclinique De Flandres, Coudekerque Branche
P. MARQUIS, Gynécologie Obstétrique, C.H, Arras
P. MARTIN, Oncologie Radiothérapie, Centre Bourgogne, Lille
E. MARTIN De LASSALLE, Anapath, C.H.R.U, Lille
P. MASSON, Radiologue, Clinique Radiologique Du Pont Saint-Vaast, Douai
F. MASSONI, C.H, Valenciennes
M. MEDJAHDI, Radio-Diagnostic, Polyclinique, Hénin Beaumont
Z. MERAD-BOUDIA, oncologie cancérologie, C.H, Boulogne Sur Mer
P. MERCIER, Gynécologie, Cambrai
J. MEURETTE, Chirurgie Générale, Clinique Saint Ame, Lambres Les Douai
P. MEYER, Centre Gray, Maubeuge
J-P. MICHAUX, Chirurgie Générale, Clinique Des Acacias, Cucq
J. MINDJIMBA, Gynécologie, Saint Pol Sur Mer
J-F. MINNE, Oncologie Radiothérapie, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
P. MITAL, Oncologie Radiothérapie, Centre Oncologie Radiothérapie, Arras

P. MOIRIGNOT, Radio-Diagnostic, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
P. MORTIER, Chirurgie Plastique, Arras
M. MOULARD, Gynécologie, Valenciennes
P. MULLIEZ, Chirurgie Générale, Clinique Chirurgicale D'Hesdin, Marconne
F. NARDUCCI, Gynécologie Obstétrique, C.O.L, Lille
P. NGUYEN TRONG, Gynécologie Obstétrique, Lille
C. NOTTEAU, Gynécologie, C.H Région De St Omer Site Helfaut, Saint-Omer
C. OBIN, Gynécologie, Hesdin
B. OCCELLI, Chirurgie Gynécologie, C.H, Valenciennes
C. OUDAR, Chirurgie Digestive, Polyclinique Du Parc, Saint-Saulve
I. PAGNIEZ, Mons en Baroeul
P-Y. PAQUET, Anapath, LILLE
D. PARMENTIER, Gynécologie, C.H.A.M, Rang Du Fliers
D. PASQUIER, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
P. PATEY-SAVATIER, Gynécologie Obstétrique Cancérologie, Pavillon Sainte Famille, Lille
H. PAUCHET, Gynécologie, C.H Région De St Omer Site Helfaut, Saint-Omer
G. PAVY, Chirurgie Générale, Clinique Bon Secours, Arras
R. PEREIRA, Oncologie Radiothérapie, Clinique Du Parc, Croix
L. PETYT, Radio-Diagnostic, Béthune
J-F. PROLONGEAU, Chirurgie Gynécologie, C.H, Valenciennes
J-P. PRUVO, Imagerie Médicale, C.H.R.U, Lille
F. QUANDALLE, Gynécologie, C.H, Lens
J. QUATREBOEUF, Electro-Radiologie, Maubeuge
C-A. RENAN, Radio-Diagnostic, Lille
O. RENOUARD, Radio-Diagnostic, Lille
H. RHLIOUCH, Oncologie Radiothérapie, Centre Oncologie Radiothérapie, Arras
P. RINGART, Radio-Diagnostic, Berck Sur Mer
J-Y-M. ROBIN, Anapath, C.O.L, Lille
S. ROHART, Oncologie Radiothérapie, Centre Bourgogne, Lille
N. ROUVERAND, Oncologie Radiothérapie, Clinique De La Victoire, Tourcoing
J. SAINT-MICHEL, Radio-Diagnostic, Dunkerque
A. SALENGRO, Radiologie, Dunkerque
F. SALOME, Radio-Diagnostic, Wattrelos
F. SAUTAI, Gynécologie, Boulogne Sur Mer
M. SCHOOF, Chirurgie Plastique, Faches-Thumesnil
V. SERVENT, Gynécologie Médicale, Cancérologie, C.O.L, Lille
A. SOMME, Gynécologie Obstétrique, C.H, Lens
V. STERVINO, Gynécologie Obstétrique, C.H, Seclin
A. SUZANNE, Radio-Diagnostic, C.H, Boulogne Sur Mer
J-M. TEINTENIER, Radio-Diagnostic, La Bassée
P. THIRIOT, Gynécologie, C.H, Hazebrouck
J-J. THUROTTE, Chirurgie Générale, Clinique Du Cambrésis, Cambrai
P. TIRY, Chirurgie Digestive, Clinique Chirurgicale, Saint-Omer
M. TISON, Chirurgie Générale, Clinique De La Villette, Dunkerque
M. TOKARSKI, Oncologie Radiothérapie, C.H, Lens
S. TOMAVO, Radio-Diagnostic, Lille
B. TROCHU SAVARY, Gynécologie Obstétrique, Dunkerque
P. URBAIN, Gynécologie, Roubaix
L. VAKSMANN, Gynécologie, La Madeleine
C-E. VAN AGT, Chirurgie Générale, C.H, Dunkerque
A. VAN BOXSOM-DU CREST, Oncologie Médicale, C.H, Armentières
E. VANCOSTENOBLE, Gynécologie, Armentières

P. VANDENBUSSCHE, Chirurgie Générale Gynécologie, Lille
L. VANLEMMENS-CREUZE, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
K. VANLERBERGHE, Gynécologie, Marcq en Baroeul
E. VANLERENBERGHE, Gynécologie, C.O.L, Lille
P. VENNIN, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
Y. VERHAEGHE, Gynécologie, Lille
C. VERKINDRE, Pneumologie Cancérologie, C.H Germont Et Gauthier, Beuvry
M-L. VERMERSCH LEROY, Gynécologie, Arras
F. VIALA, Gynécologie, C.H Germont Et Gauthier, Beuvry
M-O. VILAIN-COUSIN, Anapath, C.O.L, Lille
D. VINATIER, Gynécologie, C.H.R.U, Lille
J-P. VOREUX, Chirurgie Générale, Polyclinique Du Val De Sambre, Maubeuge
A. WIART LIAUSU, Gynécologie, Armentières
K. YEGENOGLU, Gynécologie, C.H, Douai
K. YOVO, Gynécologie Obstétrique, C.H, Calais
A. ZAHREDINE, Chirurgie Viscérale, C.H, Boulogne Sur Mer

COLLEGE ANATOMOPATHOLOGIE

S. AUBERT, Anapath, C.H.R.U, Lille,
D. AUGUSTO, Anapath, Lille,
C. BARANZELLI-LEGHIE, Anapath, C.O.L, Lille,
M. BETHOUART, Anapath, Lille,
S. BISIAU-LECONTE, Anapath, C.H, Valenciennes,
T. BLEHAUT, Anapath, Douai,
M. BONNIERE, Anapath, Lille,
X. BONNIERE, Anapath, Valenciennes,
B. BOUCHIND'HOMME, Anapath, C.H.R.U, Lille
A. BRUNIAU, Anapath, Lille
D. BUOB, Anapath, C.H.R.U, Lille,
V. CABARET-JACQUET, Anatomie, C.O.L, Lille,
F. CARPENTIER, Anapath, Hôpital Provo, Roubaix,
C. CASILLO, Anapath, C.H.R.U., Lille
M-C. COPIN, Anapath, C.H.R.U, Lille,
P. COPPE, Anapath, Dunkerque,
H. COTTEN, Anapath, Centre de Pathologie Liberté, Lille,
P. COURTIN, Anapath, Cabinet d'anatomie Pathologique, Tourcoing,
C. CREUSY-GUILBERT, Anapath, G.H.I.C.L, Lille,
C. DELATTRE, Anapath, C.H.R.U, Lille,
C. DELERIVE, Anapath, Lille,
J. DELPLACE, Anapath, Centre de Pathologie Liberté, Lille,
B. DEMOL, Anapath, Béthune,
L. DEVISME, Anapath, Lille,
M. DRIDBA, Anapath, Saint-Omer,
F. DUPONT-EVRARD, Anapath, Valenciennes,
D. DUTHOIT, Anapath, Dunkerque,
M-O. FARINE, Anapath, C.H.R.U, Lille,
I. FARRE-OUSTELAND, Anapath, C.O.L, Lille,
C. FROMENTIN, Anapath, C.H, Lens,
F. GARCIA- PIMENTA, Anapath, Valenciennes,
S. GONZALEZ, Anapath, C.H.R.U, Lille,
B. GOSSELIN, Anapath, C.H.R.U, Lille,
P. GOSSET, Anapath, G.H.I.C.L, Lille,
S. GUERIoT, Anapath, Polyclinique, Hénin-Beaumont,
P. GUILLOU, Anapath, Dunkerque,
O. KERDRAON, Anapath, C.H.R.U, Lille
F. LEDUC, Anapath, Lille,
C. LEFEBVRE-LEROY, Anapath, Lille,
X. LEROY, Anapath, C.H.R.U, Lille,
E. LETEURTRE, Anapath, C.H.R.U, Lille,
K. LLINARES, Anapath, C.H, Valenciennes,
D. LOCQUET, Anapath, Douai,
E. MAILLOT, Anapath, Saint-Omer
T. MALARD, Anapath, Valenciennes,
E. MARTIN DE LASSALLE, Anapath, C.H.R.U, Lille,

C-A. MAURAGE, Anapath, C.H.R.U, Lille,
M-E. MOLL, Anapath, Lille,
P-Y. PAQUET, Anapath, Lille,
S. PAPADOPOULOS, Anapath, G.H.I.C.L, Lille,
M. PARENT, Anapath, Douai,
PETIT, Anapath, C.H.R.U, Lille,
M-L. PETIT, Anapath, Douai,
S. PETIT, Anapath, C.H, Lens,
F. PRYFER, Anapath, C.H.R.U, Lille,
C. REY, Anapath, Béthune
J-Y-M. ROBIN, Anapath, C.O.L, Lille,
M-D. TARTAR, Anapath, Douai,
K-H. TIEV, Anapath, Saint-Omer
A. VERBERT-SCHERRER, Anapath, Hôpital Provo, Roubaix,
P. VERHULST-TOULEMONDE, Anapath, C.O.L, Lille,
M-O. VILAIN-COUSIN, Anapath, C.O.L, Lille,
A. WACRENIER-VANLEENE, Anapath, C.H.R.U, Lille,

COLLEGE IMAGERIE

C. AIOUAZ, C.H, Armentières
A. AMARA, Radiologie, C.H, Dunkerque
S. AMICO, Radiologie, Médecine Nucléaire, C.H, Boulogne-Sur-Mer
P. ANDRIS, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
D. ARTAUD, Radio-Diagnostic, Beuvry
F. AUQUIER, Radio-Diagnostic, Cambrai
F. BACHELLE, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille
A. BAILLIEZ, Médecine Nucléaire, Lille
A. BEAUGUITTE, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
E. BELGUEDJ, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
B. BENABDALLAH, Gynécologie, Arras
A. BERTAL, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
P. BESSON, Electro-Radiologie, Lille
D. BLANC, Médecine Nucléaire, Polyclinique De La Louvière, Lille
F. BONNEL, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
M. BOUKHELIFA, Radio-Diagnostic, Clinique Du Parc, Croix
A. BOULINGUEZ, Radio-Diagnostic, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
N. BOUMAAD, Pneumologie, C.H, Armentières
J-P. BUISSART, Radio-Diagnostic, C.H, Seclin
M-J. CABANEL, C.H, Béthune
V. CABARET-JACQUET, Anatomie Cytologie C.O.L, Lille
M. CALZADA-NOCAUDIE, Médecine Nucléaire, C.H.R.U, Lille
P. CARPENTIER, Médecine Nucléaire, C.O.L, Lille
J-M. CATESSON, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai,
A. CATTEAU, Radio-Diagnostic, Saint-Pol-Sur-Mer
L. CEUGNART, Imagerie Médicale, C.O.L, Lille
P. CHASTANET, Radio-Diagnostic, C.H.R.U, Lille
C. CHAVERON, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille
P. COCKENPOT, Radio-Diagnostic, Dunkerque
J-M. COLOMBANI, Radio-Diagnostic, Polyclinique, Bois-Bernard
P. CUINGNET, C.H, Valenciennes
J-F. CUSSAC, Radio-Diagnostic, Béthune
J-L. DEHAENE, Radio-Diagnostic, Lille
M. DELABRE, Radio-Diagnostic, Tourcoing
F. DELBOS, Radiologie, Lillers
O. DELEMAZURE, Radio-Diagnostic, Bruay-La-Buissière
M. DELEPLACE, Radiologie, Arras
J-C. DELESALLE, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
X. DEQUIEDT, Radio-Diagnostic et imagerie médicale, Cambrai
F. DESCHILDRE, Radio-Diagnostic, Lille
L. DESCHILDRE-MASQUELIER, Radio-Diagnostic, C.O.L, Lille
C. DESMETTRE, Radio-Diagnostic, Valenciennes
F. DEVROEDE, Radio-Diagnostic, Wattrelos
B. DIEU, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
P. DOBBELAERE, Radio-Diagnostic, C.H, Valenciennes
C. DOUMBIA, Chirurgie Orthopédique, C.H, Douai
M-T. DOUTRIAUX, Radio-Diagnostic, Condé-Sur-Escaut

J-P. DUFOUR, Radio-Diagnostic, Coudekerque Branche
F. DUMONT, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
J-L. DUPONCHELLE, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
D-J. DUQUENNE, Radio-Diagnostic, Wattignies
P. DURETZ, Radio-Diagnostic, Lille
F. FABER, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
I. FARRE-OUSTELAND, Anapath, C.O.L, Lille
H. FOUCART, Radio-Diagnostic, Lens
L. GAILLANDRE, Radio-Diagnostic, Lille
H. GAUTHIER, Médecine Nucléaire, C.O.L, Lille
D. GEORGES, Radio-Diagnostic, Dunkerque,
M-F. GUAQUIERE, Radio-Diagnostic, Lambersart
S. GUERIoT, Anapath, Polyclinique, Hénin-Beaumont
J-C. GUILBEAU, Polyclinique, Bois-Bernard
F. HELLAL, C.H, Armentières
D. HERBEAU, Radio-Diagnostic, Lille
J-F. HERMANT, Radiologie, C.H, Dunkerque
C. HOSSEIN-FOUCHER, Médecine Nucléaire, C.H.R.U, Lille
J-L. HOUSSIN, Radio-Diagnostic, Lille
D. HUGLO, Médecine Nucléaire, C.H.R.U, Lille
C. IFFENECKER, Oncologie-Radiothérapie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
J. JAUMAIN, Radio-Diagnostic, Lille
K. JAZMATTI, Radio-Diagnostic, Lens
M. JOMBART, C.H, Fourmies
E. KAMUS, Radio-Diagnostic, La Bassée
I. LAMBERT, Radio-Diagnostic, Centre Bourgogne, Lille
E. LE MAREC, Radio-Diagnostic, Clinique De La Victoire, Tourcoing
J-C. LE VAN AN, Radio-Diagnostic et Imagerie Médicale, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
P. LECOUFFE, Médecine Nucléaire, Arras
H. LEGGHE, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
B. LEMAIRE, Médecine Nucléaire, Polyclinique De La Louvière, Lille
P. LEMAIRE, Radio-Diagnostic, Bully-Les-Mines
L. LEMAITRE, Imagerie Médicale, C.H.R.U, Lille
B. LEMOINE, Radio-Diagnostic, C.H, Calais
J-M. LORPHELIN, Polyclinique, Bois-Bernard
C. LUTUN THOMINE, Radio-Diagnostic, Villeneuve d'Ascq
E. MAHZYNSKI, Rhumatologie, Armentières
B. MAKKI, Médecine Nucléaire, C.H, Béthune
B. MANDOUZE, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
P. MASSON, Radiologie, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
M. MEDJAHDI, Radio-Diagnostic, Polyclinique, Hénin-Beaumont
J-P. MERLIN, Radio-Diagnostic, Calais
N. MERLIN, Radio-Diagnostic, Calais
J-C. MEUNIER, Radio-Diagnostic, La Madeleine
P. MOIRIGNOT, Radio-Diagnostic, Valenciennes
Y. MOUCHON, Radio-Diagnostic, Bergues
D. PASQUIER, Oncologie-Radiothérapie, C.O.L, Lille,
L. PETYT Radio-Diagnostic, Béthune
H. PEZZETTA, Radio-Diagnostic, Clinique Radiologique du Pont Saint Vaast, Douai
O. PILVEN, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
J-P. PRUVO, Imagerie Médicale, C.H.R.U, Lille
J. QUATREBOEUFS, Electro-Radiologie, Maubeuge

P. RANDON, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
C. RENAN, Radio-Diagnostic, Lille
O. RENOARD, Radio-Diagnostic, Lille
M. REZGUI, Médecine Nucléaire, C.H, Boulogne-Sur-Mer
P. RINGART, Radio-Diagnostic, Berck-Sur-Mer
R. SABOR, Radio-Diagnostic, C.H, Fourmies
J. SAINT-MICHEL, Radio-Diagnostic, Dunkerque
A. SALENGRO, Radiologie, Dunkerque
M. SMITH, Radio-Diagnostic, G.H.I.C.L, Lomme
L. SPELEERS, Radio-Diagnostic, Clinique Médicale Des Dentelières, Valenciennes
B. SPILLIAERT, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
C. SULMAN, Médecine Nucléaire, Polyclinique De La Louvière Lille
B. SUTTER, Médecine Nucléaire, Institut Calot, Berck-Sur-Mer
A. SUZANNE, Radio-Diagnostic, C.H, Boulogne-Sur-Mer
M A. TAYEB, Radio-Diagnostic, C.H, Calais
J-M. TEINTENIER, Radio-Diagnostic, La Bassée
J-P. TRIBOULET, Chirurgie Digestive et Générale, C.H.R.U, Lille,
J-P. URBAIN, Radio-Diagnostic, Clinique Médicale Des Dentelières, Valenciennes
M-A. VANDEPUTTE, Imagerie Médicale, Hénin-Beaumont
P. VERBECQ, Radio-Diagnostic, Centre Bourgogne, Lille
M-O. VILAIN-COUSIN, Anapath, C.O.L, Lille

COLLEGE ONCOLOGIE

A. ADENIS, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
P. ANDRIS, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer,
A. AULIARD, Oncologie Radiothérapie, Clinique Médicale des Dentellières, Valenciennes
M-C. BARANZELLI-LEGHIE, Anatomie Cytologie, C.O.L, Lille
Y. BELKACEMI, C.O.L, Lille
S. BERGER, Oncologie Médicale, G.H.I.C.L, Lille
A. BERNOU, Radiothérapie, C.H, Boulogne-Sur-Mer
A. BERTAL, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne Sur Mer
J. BONNETERRE, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
N. BOUMAAD, Pneumologie, C.H, Armentières
V. CABARET-JACQUET, Anatomie Cytologie, C.O.L, Lille
B. CASTELAIN, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
S. CATTAN, Gastro-Entero-Hépatologie, C.H.R.U, Lille
A. CATY, Oncologie, C.O.L, Lille
A. CHEVALIER-PLACE, Gynécologie, C.O.L, Lille
L. CHOSSIÈRE, Oncologie Radiothérapie, Dunkerque
B. COCHE-DEQUEANT, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
E. DANSIN, Pneumologie Allergologie, C.O.L, Lille
F. DARLOY, Oncologie Radiothérapie, Clinique Radiologique Du Pont Saint Vaast, Douai
X. DE CORDOUE, Oncologie Radiothérapie, Centre Bourgogne, Lille
M. DEGARDIN, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
N. DELIGNY-BOULANGER, Oncologie Médicale, Clinique Médicale des Dentellières, Valenciennes
C. DESAUW, Médecine Interne, G.H.I.C.L, Lille
L. DESCHILDRE-MASQUELIER, Radio Diagnostic, C.O.L, Lille
C. DEWITTE, Médecine Générale, C.H de Sambre Avesnois, Maubeuge
S. DOMINGUEZ, Gastro-Entero-Hépatologie, C.O.L, Lille
C. DUFOUR-CUISSET, Oncologie Radiothérapie, Clinique Médicale Des Dentellières, Valenciennes
D. DUTHOIT, Anapath, Dunkerque
M. FARES, Oncologie Radiothérapie, Centre Pierre Curie, Beuvry
I. FARRE-OUSTELAND, Anapath, C.O.L, Lille
M-L. FEUTRIE-VILLET, Médecine Interne, C.H, Armentières
M. FINCK, Oncologie Radiothérapie, Clinique Du Parc, Croix
M-R. FORTAINE, Anesthésie Réanimation, C.H.R.U., Boulogne-sur-Mer
L. GASNAULT, Oncologie Médicale, Centre Joliot-Curie, Saint-Martin-Boulogne
Y. GHEYSENS, Maladie De L'appareil Digestif, Arras
S. GUERLOT, Anapath, Polyclinique, Hénin-Beaumont
M. HEBBAR, Oncologie Médicale, C.H.R.U, Lille
J. HERNANDEZ, Radiothérapie, Centre Joliot-Curie, Saint Martin Boulogne
F. HOHNADEL, Béthune
C. IFFENECKER, Oncologie Radiothérapie, Clinique Radiologique, Boulogne Sur Mer
A. JOVENIAUX, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
A H. KOUTO, Oncologie Radiothérapie, Polyclinique De La Louvière, Lille
E. LARTIGAU, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
J-C LE VAN AN, Radio-diagnostic et Imagerie Médicale Clinique Radiologique, Boulogne Sur Mer
N. LEFEBVRE, Anesthésie, Clinique Teissier, Valenciennes
N. LERICHE, Oncologie Médicale, C.H, Tourcoing

X. LIEM, Oncologie Radiothérapie, Lille
P. MAES-DOMBROWSKI, Oncologie Médicale, Centre Bourgogne, Lille
M. MAHIEU, Néphrologie, C.H, Hazebrouck
B. MANDOUZE, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
Z. MERAD-BOUDIA, Radio Diagnostic, C.H, Boulogne Sur Mer
S. MERCIER, Pédiatrie, Marcq en barœul
P. MEYER, Oncologie Radiothérapie, Centre Gray, Maubeuge
J.-F. MINNE, Oncologie Radiothérapie, Clinique Médicale des Dentellières, Valenciennes
P. MITAL, Oncologie Radiothérapie, Centre Oncologie Radiothérapie, Arras
X. MIRABEL, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
D. PASQUIER, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
N. PENEL, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
R. PEREIRA, Oncologie Radiothérapie, Clinique Du Parc, Croix
C. PILLET, Pédiatrie, Erquinghem Lys
O. PILVEN, Radiologie, Clinique Radiologique, Boulogne-Sur-Mer
B. PREVOST, Oncologie Radiothérapie, C.O.L, Lille
E. RAD, Oncologie Médicale, Hôpital Provo, Roubaix
P. RECLOUX, Médecine Interne, C.H, Fourmies
H. RHLIOUCH, Oncologie Radiothérapie, Arras
J-Y-M. ROBIN, Anapath, C.O.L, Lille
V. SERVENT, Gynécologie Médicale Cancérologie, C.O.L, Lille
M. TOKARSKI, Oncologie Radiothérapie, C.H, Lens
J-P. TRIBOULET, Chirurgie Digestive et Générale, C.H.R.U, Lille
L. UCLA ROUGEAULT, Oncologie Radiothérapie, Maison de Santé Sainte Marie, Cambrai
A. VAN BOXSOM-DU CREST, Oncologie Médicale, C.H, Armentières
L. VANLEMMENS-CREUZE, Oncologie Médicale, C.O.L, Lille
E.VANLERENBERGHE, Gynécologie, C.O.L, Lille
F. VARLET, Oncologie Médicale, C.H, Calais
P. VENNIN, Oncologie, C.O.L, LILLE
M-O. VILAIN-COUSIN, Anapath, C.O.L, Lille
J-L. WILLOCQUET, Maladie de L'appareil Digestif, C.H, Denain
C. ZUSSY, Pharmacie, C.H, Arras

COLLEGE PHARMACIE (GROUPE DE RELECTURE)

H. BUISSART, Pharmacie, Croix
J-L. CAZIN, Pharmacie, C.O.L, Lille
F. DANICOURT-BARRIER, Pharmacie, C.H, Dunkerque
D. DAUTEL, Pharmacie, C.H, Valenciennes
J. DEBLOCK, Pharmacie, C.H, Calais
C. DEBRUILLE, Pharmacie, C.H, Douai
L. DELEMER, Pharmacie, Polyclinique du Bois, Lille
E. DESAINTFUSCIEN, Pharmacie, C.H, Armentières
P. GOSSELIN, Pharmacie, C.O.L, Lille
M-N. LEFEBVRE, Pharmacie, C.H.R.U, LILLE
C. MAILLY, Pharmacie, Clinique de Flandre, Coudekerque Branche
P. ODOU, Pharmacie, C.H, Dunkerque
C. SCHLEMMER, Pharmacie, C.H.R.U, Lille
J. SCOYEZ, Pharmacie, Polyclinique de La Louvière, Lille,
B. THIELEMANS, Pharmacie, C.H.R.U, Lille
J-M. TRIVIER, Pharmacie, Omédit Nord Pas De Calais, Lille
M. YILMAZ, Pharmacie, C.H.R.U, Lille