



Référentiels de prise en charge des cancers  
en région Centre

**Cancers du col utérin**

**2007**

# Groupe de travail

Responsables du groupe de travail : Pr Henri Marret et Dr Pierre-Etienne Cailleux

Ont également participé au groupe de travail les docteurs : FLAVIE ARBION, SANDRINE AVIGDOR, ISABELLE BARILLOT, JEAN LOUIS BAULIEU, CHRISTINE BERGER, JEAN-PAUL BINY, CAROLE BONNEAU, FRANCOIS BOSGIRAUD, AGNES BOUGNOUX, PHILIPPE BOUGNOUX, NOEL BRETEAU, LAURENT BRUNEREAU, FRANCK FETISSOF, ALAIN FIGNON, CATHERINE GREAU, LYDIE JALLAIS, JACQUES LANSAC, OLIVIER LE FLOCH, ANDRE LEDOUX, GERARD MALOUX, CHRISTOPHE MONEGIER DU SORBIER, LAURENCE MOREAU, MARIE-BRIGITTE ORGERIE, LAURENT PHILIPPE, MARIE-CHRISTINE RENAUDIN, AUGUSTIN SALEMKOUR, ALAIN TEKAYA, PIERRE THIENPONT

## Sommaire

1. LE BILAN
2. CARCINOMES IN SITU ET MICRO-INVASIFS
3. CARCINOMES INVASIFS A EXTENSION INTRA-PELVIENNE
  - 3.1 - *STADES IB, IIA et IIB proximaux de bon pronostic < 4 cm*
  - 3.2 - *STADES IB, IIA et IIB proximaux de mauvais pronostic >4 cm*
  - 3.3 - *STADES IIB distaux, III*
  - 3.4 – *STADE IVA*
4. CARCINOMES INVASIFS A EXTENSION EXTRA-PELVIENNE

Références

Annexes

Résumé du protocole

# 1. LE BILAN

## Classification TNM

<b>TNM</b>	<b>FIGO</b>	<b>Description</b>
<b>Tx</b>		Tumeur primitive non évaluable
<b>T0</b>		Pas de lésion du col
<b>Tis</b>	<b>St 0</b>	Cancer in situ
<b>T1</b>	<b>St I</b>	Tumeur limitée au col de l'utérus
<u>T1a</u>	<u>la</u>	Tumeur non visible diagnostiquée par histologie
▪ T1a1	▪ la1	▪ Invasion du stroma minime
▪ T1a2	▪ la2	▪ Invasion < 5 mm de profondeur ou 7mm de largeur
<u>T1b</u>	<u>lb</u>	Tumeur visible
▪ T1b1	▪ 1b1	▪ Lésion clinique inférieure ou égale à 4 cm
▪ T1b2	▪ 1b2	▪ Lésion clinique supérieure à 4 cm
<b>T2</b>	<b>St II</b>	Tumeur dépassant le col
<u>T2a</u>	<u>IIa</u>	Atteinte du vagin ne dépassant pas le 1/3 inférieur
<u>T2b</u>	<u>IIb</u>	Atteinte du paramètre mais non la paroi pelvienne.
<b>T3</b>	<b>St III</b>	Tumeur atteignant le pelvis, le 1/3 inf. du vagin ou entraînant une hydronéphrose
<u>T3a</u>	<u>IIIa</u>	Extension au 1/3 inf. du vagin
<u>T3b</u>	<u>IIIb</u>	Atteinte du paramètre jusqu'à la paroi ou hydronéphrose
<u>T4</u>	<u>St IVa</u>	Envahissement vessie, rectum ou au-delà du pelvis
<b>M1</b>	<b>St IVb</b>	Métastase à distance.

### Le bilan diagnostique comporte :

- l'examen clinique sous anesthésie générale avec biopsies en zone non nécrotique si possible multidisciplinaire
- et couplée à une cystoscopie et une rectoscopie (option) :
  - une échographie pelvienne si possible endocavitaire avec Doppler,
  - une IRM abdominopelvienne avec visualisation de l'arbre urinaire, une radiographie de thorax face et profil,
  - le scanner thoraco abdomino pelvien est une option en complément d'une IRM pelvienne simple.
  - Le SCC est recommandé pour les tumeurs épidermoïdes et le CA 125 pour les adénocarcinomes.
  - Un bilan biologique complet avec NFS, créatininémie et bilan hépatique est justifié. Ce bilan est optionnel pour les tumeurs microinvasives.
  - La lymphographie bipédieuse n'est plus indiquée.
  - Le TEP-scan est en évaluation. Il ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique (délai < 15 jours). Il est nécessaire de pratiquer un sondage urinaire avant de réaliser le TEP-scan.

## 2. CARCINOMES IN SITU ET MICRO-INVASIFS

### • STADES IA

La chirurgie est le traitement standard des stades IA. La conisation est toujours nécessaire pour le diagnostic et l'appréciation des facteurs histo-pronostiques. Elle sera préférentiellement effectuée au bistouri froid afin d'avoir une pièce opératoire orientée et d'un seul tenant avec des marges interprétables (non carbonisées). La conisation laser est une option.

Une conisation en tant que geste thérapeutique doit avoir des berges d'exérèse en tissu sains « *in sano* » : marges de résection souhaitable de 3 à 5 mm minimum pour toutes lésions. Les patientes doivent pouvoir être suivies régulièrement en consultation avec une colposcopie et un frottis cervical possible.

Une conisation non *in sano* est insuffisante en tant que geste thérapeutique. La décision thérapeutique après conisation non *in sano* doit prendre en compte les zones de section non *in sano* et le type histologique retrouvé au niveau de la zone de section.

### • STADES IA1 avec invasion inférieure à 1 mm

#### ➤ Standard

chirurgie

#### ➤ Options

conisation *in sano*

hystérectomie totale extrafaciale simple par voie vaginale si possible

#### ➤ Recommandation

la conisation *in sano* est un geste thérapeutique suffisant

Hystérectomie si plus de désir de grossesse,

à discuter si emboles + (< 5%)

### • STADES IA1 avec invasion de 1 à 3 mm de profondeur

#### ➤ Standard

chirurgie

#### ➤ Options

conisation *in sano*

hystérectomie totale extrafaciale de type Piver I

+ colpectomie de type Piver II et lymphadénectomie iliaque sousveineuse et interiliaque si emboles positifs

#### ➤ Recommandations

il n'y a pas d'étude comparative entre conisation et hystérectomie. La conisation sera réservée aux femmes désireuses d'une grossesse et si emboles vasculaires et lymphatiques absent

Il n'y a pas unanimité sur la signification pronostique des emboles lymphatiques (13-18% d'emboles +). Certains auteurs excluent ces formes avec emboles lymphatiques des cancers micro-invasifs.

L'hystérectomie sera préférentiellement vaginale, avec une colpectomie si emboles +

En cas d'emboles, une lymphadénectomie est recommandée (8% de N+); alors que moins de 1% de N+ si emboles négatif. La lymphadénectomie pourra être coelioscopique, (pas de différence avec la laparotomie)

Une curiethérapie utéro-vaginale peut être envisagée dans ces cas après la conisation, avant l'hystérectomie ou si l'hystérectomie est impossible.

- **STADE IA2 : 3 à 5 mm d'invasion en profondeur avec < 7 mm de largeur.**

- **Standard**

chirurgie

- **Options**

hystérectomie totale extrafaciale par voie vaginale (en l'absence d'embolies 50-80% des cas et après conisation *in sano*)

hystérectomie élargie de type Piver II ou colpohystérectomie élargie, (wherteim)

lymphadénectomie illiaque sousveineuse et interilliaque

- **Recommandations**

les stades IA2 sont traités par de nombreuses équipes comme des carcinomes invasifs (IB). En présence d'embolies lymphatiques, l'hystérectomie simple est insuffisante. La colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie est recommandée. La chirurgie peut être réalisée indifféremment par laparotomie ou par cœlioscopie.

Une trachélectomie vaginale élargie avec lymphadénectomie illiaque sousveineuse et interilliaque est possible pour les patientes ayant un désir de grossesse. Il n'a pas été montré de différence en terme de survie ou de récurrence (3%).

Une curiethérapie utéro-vaginale peut être envisagée dans ces cas après la conisation, avant la colpohystérectomie.

NB : la curiethérapie utéro-vaginale peut être proposée dans les rares cas où il existe une contre-indication opératoire. Les résultats en terme de contrôle local sont superposables à ceux de la chirurgie.

### **3. CARCINOMES INVASIFS A EXTENSION INTRA-PELVIENNE**

Jusqu'à présent, il n'existait pas de preuve suffisante pour introduire à titre systématique la chimiothérapie dans le traitement des cancers du col utérin non métastatiques quel qu'en soit son mode d'administration : néo-adjuvante, concomitante ou adjuvante. En 1996, la conférence de consensus du National Institute of Health concluait à « l'absence d'évidence d'intérêt de l'association de l'hydroxyurée ou de toute autre chimiothérapie au traitement standard des cancers du col utérin. De même, les « SOR » initiales (Standards, Options et Recommandations) de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer début 1999, ne préconisaient pas l'utilisation de la chimiothérapie en dehors d'études cliniques. La littérature scientifique récente a rapporté les résultats de plusieurs essais cliniques montrant la supériorité thérapeutique de l'association radiochimiothérapie contenant du Platine par rapport à la radiothérapie seule. Le National Cancer Institute a largement diffusé ces résultats avant publication et recommandé le transfert immédiat de ces données à la clinique pour le traitement des patients. Ces données sont applicables selon le stade clinique à toutes les patientes atteintes d'un cancer du col quel que soit l'âge et quel que soit le type histologique (carcinome épidermoïde, adénocarcinome ou carcinome adéno-cylindrique). Les résultats de ces essais montrent une amélioration significative du contrôle local et de la survie globale par la radiochimiothérapie concomitante avec Platine par rapport à la radiothérapie seule ou la radiochimiothérapie avec hydroxyurée. Les SOR ont été modifiées en 2000 dans ce but.

Pour les cancers du col stade IB2 et IIB à IVA avec des facteurs de mauvais pronostic (taille tumorale supérieure à 4 cm, envahissement ganglionnaire pelvien, envahissement microscopique des paramètres) sans envahissement des ganglions lombo-aortiques, la radiochimiothérapie concomitante avec Platine doit être considérée comme le standard de traitement. Le bénéfice pour les stades avancés III et IVA est moins évident et devra être confirmé. La toxicité de la radiochimiothérapie est essentiellement hématologique et digestive. Elle est supérieure à celle de la radiothérapie seule mais acceptable.

Ces résultats ont été obtenus par l'association concomitante d'une chimiothérapie à base de Cisplatine, utilisée seule ou associée à 5FU avec ou sans hydroxyurée. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été utilisés :

- Cisplatine seul hebdomadaire à la dose de 40 mg/m<sup>2</sup>
- Cisplatine 50 à 75 mg/m<sup>2</sup> J1 et 5FU 4 000 mg/m<sup>2</sup> en 96 h de J2 à J5 toutes les trois à quatre semaines.

Les résultats entre ces différents protocoles ne semblent pas différents. L'adjonction d'hydroxyurée majore la toxicité sans augmentation de bénéfice.

Sur la base de ces résultats, le traitement des cancers du col utérin va donner une place plus large à la radiochimiothérapie en distinguant trois groupes :

- les stades IB, IIA, IIB proximaux (classification IGR) de bon pronostic (taille < à 4 cm, absence d'envahissement ganglionnaire, absence d'envahissement des paramètres en cas de chirurgie première)
- les stades IB, IIA, IIB proximaux de mauvais pronostic (taille tumorale ≥ à 4 cm, envahissement ganglionnaire pelvien)
- les stades IIB distaux, III et IVA.

*Une des questions à débattre est : sachant qu'il semble souhaitable de connaître le statut ganglionnaire pour discuter de la thérapeutique, doit-on faire en l'absence de chirurgie première, une lymphadénectomie (sentinelle ou non) coelioscopique pelvienne ou peut-on se limiter à l'IRM ou au TEP-scan. Ce dernier est actuellement réalisé dans un but de validation de la technique.*

### **3.1. STADES IB, IIA et IIB proximaux de bon pronostic < 4 cm**

Tumeur du col inférieure à 4 cm de diamètre, absence d'envahissement ganglionnaire (quelle que soit la méthode d'exploration utilisée : lymphographie, TDM, IRM, TEP-scan, ou curage sous coelioscopie) ou absence d'envahissement microscopique des paramètres en cas de chirurgie première.

#### ➤ Standard

association radiochirurgicale (curiethérapie et chirurgie)

#### ➤ Options possibles

- radiothérapie exclusive (radiothérapie externe puis curiethérapie)
- chirurgie exclusive

En l'absence d'essai thérapeutique, les données disponibles ne permettent pas de montrer la supériorité de l'une de ces trois méthodes.

La chirurgie sera une colpohystérectomie élargie de type Pivert II qui a démontré sa suffisance pour le traitement de ce stade, elle sera possible par laparotomie, coelioscopie ou voie vaginale (Shauta). Il n'y a pas de bénéfice en terme de survie à l'une ou l'autre des techniques.

Il semble à l'heure actuelle justifié de réaliser la colpohystérectomie systématiquement en présence d'un adénocarcinome en raison d'un radiosensibilité plus faible.

Il n'y a pas d'indication pour nous de réaliser un curage lombo-aortique

### **Protocole de traitement**

Dans le but de limiter l'importance des actes de radiothérapie et de chirurgie, notre préférence va à l'association radiochirurgicale. Par cette méthode, le taux de survie à cinq ans a été de 98 % pour les stades IB et 83 % pour les stades II proximaux.

#### ➤ Cas général

- 1<sup>er</sup> temps : curiethérapie utéro-vaginale à bas débit de dose  
le positionnement des sources est défini de façon telle et le temps d'irradiation calculé pour délivrer une dose d'au moins 60 grays dans le volume cible incluant la tumeur en totalité, le col, le tiers supérieur du vagin et les paramètres proximaux sans dépasser la dose de 65 grays dans les organes critiques rectum et vessie
- 2<sup>ème</sup> temps : colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne (type Wertheim ou type Piver II avec lymphadénectomie) six semaines après la fin de la curiethérapie. Le curage lombo-aortique n'est habituellement pas réalisé
- 3<sup>ème</sup> temps :
  - en l'absence d'envahissement ganglionnaire, le traitement est terminé, il n'y a pas de traitement complémentaire même s'il persiste sur le col un résidu tumoral

- s'il existe un envahissement ganglionnaire découvert à la lymphadénectomie, il sera réalisé une radiothérapie pelvienne ou pelvienne et lombo-aortique définie en fonction du niveau et de l'importance de l'atteinte ganglionnaire à la dose d'au moins 45 grays avec complément éventuel localisé de 10 grays avec protection centro-pelvienne du volume de curiethérapie. Une chimiothérapie concomitante par Cisplatine hebdomadaire sera associée. Il semble logique à l'heure actuelle de proposer une lymphadénectomie première coelioscopique pour stadifier la maladie et permettre une radiochimiothérapie première.

- Options qui a tendance à devenir le standard :

#### Pour les IB de moins de 4cm

Prélèvement ganglionnaire coelioscopique avec recherche du ganglion sentinelle (en évaluation) pour la recherche de ganglions pelviens et lombo-aortiques (TEP-scan > IRM dans une publication)

**SI N0** : Curiothérapie première puis Colpohystérectomie élargie type Pivert II

marge *in sano* et emboles - : pas de traitement complémentaire (si moins de 2 cm)

marge non *in sano* ou emboles + : radiothérapie complémentaire

**SI N1** : radiochimiothérapie première puis curiothérapie

Colpohystérectomie élargie type Pivert II pour les IB et IIA et Pivert III pour les IIB,

Option dans ces cas de réaliser un curage lombo-aortique si le curage pelvien ou le ganglion sentinelle sont positifs afin d'éviter une irradiation de la chaîne lombo-aortique.

Option de ne pas réaliser de chirurgie si la réponse est complète pour les N1 après radiochimiothérapie et curiethérapie.

- Cas particuliers :

1 - femme d'âge inférieur à 35-40 ans : une chirurgie conservatrice utérine et ovarienne peut être proposée :

a - pour les tumeurs IB1 de petite taille (2 cm), le traitement par chirurgie exclusive sera proposé.

Si la femme souhaite une grossesse : Une trachélectomie élargie est possible par voie vaginale après curage pelvien coelioscopique ou ganglion sentinelle. En cas de marge non *in sano* ou d'emboles + une colpohystérectomie sera réalisée.

En l'absence de désir de grossesse une colpohystérectomie après curage pelvien par coelioscopie et transposition ovarienne est possible.

Une irradiation +/- chimiothérapie post-opératoire sera faite en cas d'atteinte ganglionnaire.

b - dans les autres cas, il peut être réalisé dans un premier temps une transposition ovarienne par coelioscopie avec curage ganglionnaire pelvien. La suite du traitement dépend de l'existence ou non d'une atteinte ganglionnaire soit association radiochirurgicale (curiothérapie et colpohystérectomie élargie de type II) si pN0, soit radiochimiothérapie seule ou associée à une colpohystérectomie élargie type II si pN1.

2 - Patiente vue après chirurgie première, l'indication est fonction du type de chirurgie et des constatations opératoires :

a - conisation première : la conisation doit être considérée comme une biopsie large, la séquence habituelle curiethérapie utéro-vaginale et colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie est proposée.

b - hystérectomie extra-faciale ou colpohystérectomie simple sans lymphadénectomie : selon l'analyse des marges et les emboles compléter si possible l'acte chirurgical en réalisant une paramétrectomie radicale, +/- colpectomie + lymphadénectomie pelvienne avec curiethérapie vaginale post-opératoire. Le traitement post-opératoire dépend des résultats de la lymphadénectomie

c - colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne: (traitement chirurgical complet) en l'absence d'élément de mauvais pronostic : curiethérapie vaginale sauf cas particulier (1a). Sinon, radiochimiothérapie post-opératoire.

3 - contre-indication opératoire d'ordre général : radiothérapie exclusive sans chimiothérapie

### **3.2. STADES IB, IIA et IIB proximaux de mauvais pronostic > 4 cm**

Tumeur du col supérieure ou égale à 4 cm de diamètre, envahissement ganglionnaire (quelle que soit la méthode d'exploration utilisée : lymphographie, TDM, IRM, TEP-scan (en évaluation) ou curage sous coelioscopie) ou envahissement microscopique des paramètres en cas de chirurgie première. Marges non *in sano* et emboles +

➤ Standard

radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie

➤ Options

type de chimiothérapie :

Cisplatine hebdomadaire 40 mg/m<sup>2</sup>

Cisplatine-5FU toutes les trois ou quatre semaines (Cisplatine 50 à 75 mg/m<sup>2</sup> J1 et 5FU 4 000 mg/m<sup>2</sup> en 96 h de J2 à J5)

Colpohystérectomie élargie après le traitement initial

### ***Protocole de traitement***

➤ Cas général

Les données récentes de la littérature imposent de pratiquer une radiochimiothérapie, l'irradiation comportera un temps de radiothérapie externe et un temps de curiethérapie utéro-vaginale.

Un contrôle du taux d'hémoglobine doit être réalisé et une correction de ce taux faite en cas d'anémie avant la mise en oeuvre de l'irradiation. Du point de vue radiobiologique, une anémie doit être corrigée pour un taux inférieur à 120 g/l par transfusion et éventuellement utilisation de l'érythropoïétine.

Il est important d'avoir le statut ganglionnaire (N+ dans 12-20%) avant de commencer l'irradiation, un ganglion sentinelle, un curage pelvien coelioscopique voire un TEP-scan semblent justifiés. Le premier temps pourrait donc être chirurgical.

Le curage lomboaortique après examen extemporané des ganglions pelviens est en option.

- 1<sup>er</sup> temps : radiothérapie pelvienne et chimiothérapie concomitante
- 2<sup>ème</sup> temps : curiethérapie utéro-vaginale et chimiothérapie concomitante
- 3<sup>ème</sup> temps : Colpohystérectomie élargie type Pivert II pour les IB et IIA et Pivert III pour les IIB, sans curage mais avec lymphadénectomie des ganglions macroscopiquement envahis seulement s'il n'ont pas été retirés dans un premier temps.
- Option : pas de chirurgie, ou hystérectomie simple.

NB : il est souhaitable après cette irradiation de ne pas faire de lymphadénectomie systématique. Celle-ci augmenterait de façon considérable la morbidité sans apporter de bénéfice supplémentaire. Seules les adénopathies macroscopiquement métastatiques seront retirées.

### ***3.3. STADES IIB distaux et III***

Dans ces formes avancées de cancers du col utérin, la radiothérapie associant irradiation externe pelvienne et curiethérapie peut être considérée comme un standard de traitement. Les résultats sont issus de séries rétrospectives obtenues chez des patientes traitées par radiothérapie exclusive.

L'irradiation lombo-aortique prophylactique a été étudiée lors d'essais randomisés, les résultats sont discordants et le risque de complication est majoré.

Les données récentes de la radiochimiothérapie concomitante avec Platine montrent une amélioration de la survie par rapport à la radiothérapie seule ou associée à l'hydroxyurée. Ce bénéfice est moins important pour les stades III et IVA que pour les stades II. Les résultats dans ces formes doivent être confirmés par des essais complémentaires.

La chirurgie dans les stades IIB et III associée ou non à une irradiation pré-opératoire n'est généralement pas indiquée. Dans les stades IV, l'exentération pelvienne partielle ou totale doit être discutée surtout s'il s'agit d'une forme centro-pelvienne sans extension latérale à ou aux paroi(s) pelvienne(s), ni extension lombo-aortique.

➤ Standard

radiothérapie pelvienne (irradiation externe et curiethérapie)

➤ Options

radiochimiothérapie avec sels de Platine  
irradiation lombo-aortique prophylactique  
colpohystérectomie après le traitement initial  
exentération pelvienne partielle ou total

### ***Protocole proposé***

Les données récentes de la littérature imposent de pratiquer une radiochimiothérapie, l'irradiation comportera un temps de radiothérapie externe et un temps de curiethérapie utéro-vaginale.

Un contrôle du taux d'hémoglobine doit être réalisé et une correction de ce taux faite en cas d'anémie avant la mise en oeuvre de l'irradiation. Du point de vue radiobiologique, une anémie doit être corrigée pour un taux inférieur à 120 g/l par transfusion et éventuellement utilisation de l'érythropoïétine.

- 1<sup>er</sup> temps : radiothérapie pelvienne et chimiothérapie concomitante

La chimiothérapie retenue est le Cisplatine hebdomadaire (cinq cycles + un cycle pendant la curiethérapie) pour des raisons de moindre toxicité et de confort des patients. La mise en place d'une chambre d'injection implantable peut être proposée.

- 2<sup>ème</sup> temps : curiethérapie utéro-vaginale et chimiothérapie concomitante
- 3<sup>ème</sup> temps : colpohystérectomie sans lymphadénectomie n'est pas systématique, son indication est discutée au moment de l'examen réalisé sous anesthésie générale avant la curiethérapie. Elle ne peut être envisagée que si l'infiltration n'atteint pas la paroi pelvienne. Il sera nécessaire de réaliser alors une colpohystérectomie de type 3, une montée de sonde JJ peut être nécessaire en préopératoire.

NB : il est impératif après cette irradiation de ne pas faire de lymphadénectomie systématique. Celle-ci augmenterait de façon considérable la morbidité sans apporter de bénéfice supplémentaire.

#### ➤ Cas particulier

Stade III avec hydro-néphrose :

Il n'y a pas de donnée dans la littérature montrant la supériorité de la radiochimiothérapie sur la radiothérapie seule. Cependant, par extrapolation des résultats des données récentes à ce type de tumeur, c'est ce programme de radiochimiothérapie qu'il convient d'appliquer. Pour ce faire, il faudra avoir recours aux méthodes susceptibles de lever ou de contourner l'obstacle : sondes JJ, néphrostomie, corticothérapie .... En cas d'insuffisance rénale, il pourra être fait appel selon l'état du patient à une dialyse ou au remplacement du Cisplatine par le Carboplatine.

### **3.4. STADES IVA**

Dans ces formes avancées de cancers du col utérin avec atteinte isolée de la vessie ou du rectum, la radiothérapie associant irradiation externe pelvienne et curiethérapie peut être considérée comme un standard de traitement. Les résultats sont issus de séries rétrospectives obtenues chez des patientes traitées par radiothérapie exclusive.

L'irradiation lombo-aortique prophylactique a été étudiée lors d'essais randomisés, les résultats sont discordants et le risque de complication est majoré.

Les données récentes de la radiochimiothérapie concomitante avec Platine montrent une amélioration de la survie par rapport à la radiothérapie seule ou associée à l'hydroxyurée. Ce bénéfice est moins important pour les stades IV que pour les stades II. Les résultats dans ces formes doivent être confirmés par des essais complémentaires.

Dans les stades IV, l'exentération pelvienne partielle antérieure pour atteinte vésicale ou pelvectomie postérieure pour atteinte rectale ou la pelvectomie totale doit être discutée surtout s'il s'agit d'une forme centro-pelvienne sans extension latérale à ou aux paroi(s) pelvienne(s), ni extension lombo-aortique.

#### ➤ Standard

radiothérapie pelvienne (irradiation externe et curiethérapie)

#### ➤ Options

radiochimiothérapie avec sels de Platine qui tend à devenir le standard  
irradiation lombo-aortique prophylactique  
colpohystérectomie après le traitement initial avec exentération pelvienne partielle ou total.

### ***Protocole proposé***

Les données récentes de la littérature imposent de pratiquer une radiochimiothérapie, l'irradiation comportera un temps de radiothérapie externe et un temps de curiethérapie utéro-vaginale.

Un contrôle du taux d'hémoglobine doit être réalisé et une correction de ce taux faite en cas d'anémie avant la mise en oeuvre de l'irradiation. Du point de vue radiobiologique, une anémie doit être corrigée pour un taux inférieur à 120 g/l par transfusion et éventuellement utilisation de l'érythropoïétine.

- 1<sup>er</sup> temps : radiothérapie pelvienne et chimiothérapie concomitante

La chimiothérapie retenue est le Cisplatine hebdomadaire (cinq cycles + un cycle pendant la curiethérapie) pour des raisons de moindre toxicité et de confort des patients. La mise en place d'une chambre d'injection implantable peut être proposée.

- 2<sup>ème</sup> temps : curiethérapie utéro-vaginale et chimiothérapie concomitante
- 3<sup>ème</sup> temps : chirurgie qui n'est pas systématique, son indication est discutée au moment de l'examen réalisé sous anesthésie générale avant la curiethérapie. Elle ne peut être envisagée que si l'infiltration n'atteint pas la paroi pelvienne. Il sera nécessaire de réaliser alors une colpohystérectomie de type 3, une montée de sonde JJ peut être nécessaire en préopératoire. Il s'agit souvent d'une pelvectomie antérieure ou postérieure, elle peut être partielle mais il est impératif d'être in sano ou totale.

NB : il est impératif après cette irradiation de ne pas faire de curage ganglionnaire pelvien systématique. Celui-ci augmenterait de façon considérable la morbidité sans apporter de bénéfice supplémentaire, seuls les gros ganglions palpables seront retirés.

## **4. CARCINOMES INVASIFS A EXTENSION EXTRA-PELVIENNE (Stade IVB)**

### **• STADES IVB GANGLIONNAIRE**

Les ganglions lombo-aortiques et les ganglions inguinaux ne sont pas considérés comme ganglions régionaux. La découverte d'adénopathies dans ces zones par la clinique, les différentes méthodes d'imagerie ou par le curage lombo-aortique en cas de chirurgie première fait classer la maladie en stade métastatique (ou stade IVB), quelle que soit l'importance de l'extension intra-pelvienne.

Il n'y a pas dans la littérature de données spécifiques pour le traitement de ces formes. La prise en charge peut cependant être faite différemment des stades IVB avec atteinte viscérale.

Si indiqué, le contrôle pelvien de la maladie doit être recherché pour éviter l'évolution locale invalidante.

#### ➤ Options

radiothérapie pelvienne avec extension du volume irradié vers les territoires envahis

chimiothérapie

- mono-chimiothérapie : Cisplatine (15-25 % de taux de réponse), Ifosfamide (31 %), Paclitaxel (17 %), Topotecan ou Irinotecan (21 %)
- poly-chimiothérapie : Ifosfamide-Cisplatine ou Bléomycine-Ifosfamide-Cisplatine ou Cisplatine-5FU

radiochimiothérapie concomitante : il n'y a pas eu d'étude pour tester la faisabilité de cette association avec des très grands volumes d'irradiation. Cependant, chaque fois que l'état du patient le permet, il est raisonnable de penser au vu des résultats des essais thérapeutiques dans les formes les plus localisées de proposer cette modalité thérapeutique.

- **STADES IVB VISCÉRAL**

Il n'y a pas de standard pour le traitement de ces formes métastatiques. Ces patients peuvent être candidats pour tester l'activité de nouvelles drogues ou de nouvelles combinaisons de drogues dans des essais de phase I ou II ;

Si indiqué, le contrôle pelvien de la maladie doit être recherché pour éviter l'évolution locale invalidante.

- Options

chimiothérapie par mono- ou poly-chimiothérapie (cf. supra)  
radiothérapie palliative des métastases et de la maladie pelvienne

- **CANCERS RÉCIDIVANTS**

Il n'y a pas de standard pour le traitement des récurrences. Ces patients peuvent être candidats pour tester l'activité de nouvelles drogues ou de nouvelles combinaisons de drogues dans des essais de phase I ou II.

Après examen sous anesthésie générale, IRM pelvienne et scanner thoracoabdominopelvien. TEP-scan en option.

- Options

chimiothérapie par mono- ou poly-chimiothérapie (cf. supra)

Si la chirurgie est possible pour les récurrences locales, l'exentération pelvienne peut être envisagée dans ces cas sélectionnés. Pour les récurrences pelviennes après traitement par chirurgie radicale exclusive, l'irradiation combinée à une chimiothérapie adjuvante doit être envisagée.

Soins palliatifs

- **CANCERS SUR COL RESTANT**

Les données disponibles concernant ces formes particulières se basent sur des séries rétrospectives. Les principes de traitement sont identiques à ceux retenus pour les cancers du col sur utérus intact.

Cependant, en raison de l'impossibilité d'introduire une source radioactive au-delà de l'endocol, la curiethérapie ne pourra pas être faite dans ces conditions aussi optimales qu'avec l'utérus intact. D'autre part, l'intervention antérieure doit faire craindre une agglutination et une adhérence des anses grêles dans le pelvis susceptibles être à l'origine de complications digestives radicales après irradiation pelvienne. Pour ces raisons, le traitement radiochirurgical doit être, si possible, préféré à la radiothérapie exclusive dont les complications à distance sont lourdes. Les résultats en terme de contrôle loco-régional, de survie et de complications sont identiques à ceux obtenus pour les cancers avec utérus intact.

Standard : mêmes traitements que si utérus en place

- **CANCERS DU COL ET GROSSESSE**

La définition de l'attitude thérapeutique des cancers du col au cours de la grossesse repose sur des petites séries de patientes.

La décision thérapeutique (traitement immédiat ou différé) doit tenir compte du stade de la tumeur et de la maturité foetale sans compromettre les chances de guérison. La mère doit participer à la décision après avoir été informée de l'évolutivité prévisible de sa maladie.

Les stades IA peuvent être surveillés jusqu'à la fin de grossesse.

Pour les cancers invasifs, il est classique de donner la priorité au traitement du cancer au cours du premier trimestre de la grossesse et de mener la grossesse à son terme lorsque le diagnostic est fait au cours du troisième trimestre. Au cours du second trimestre, l'attitude est variable selon les auteurs. L'attitude thérapeutique de chaque cas doit être discutée individuellement. Du fait de la difficulté d'estimer le potentiel évolutif de la tumeur, la conservation de la grossesse impose une surveillance stricte au cours de laquelle la décision de poursuite de la gestation peut être remise en cause si une progression tumorale est constatée.

Les résultats ne semblent pas être modifiés par la grossesse. En fonction du stade de la tumeur, il est habituel de donner la priorité au traitement chirurgical en raison du jeune âge des patientes avec possibilité de préservation de la fonction ovarienne.

- **CANCERS DU COL de type neuro-endocrine à petite cellule**

Pathologie de sombre pronostic mais rare (<5%)

2/3 récurrences dans les deux ans et toutes les récurrences décèdent rapidement

Survie globale de 30% à 5 ans pour les stades I et pas de survivant pour les autres stades Récidive surtout ganglionnaire ou en périphérie de l'irradiation. Métastases fréquentes.

Souvent des fumeuses

Traitement chirurgical complet identique aux autres histologies en insistant sur le curage pelvien et lomboaortique , Intérêt du TEP-scan à discuter selon possibilité.

Mêmes indications d'irradiation

Possibilité de chimiothérapie adjuvante.

radiochimiothérapie si > IB2

## REFERENCES (restreintes)

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et Société française d'oncologie gynécologique. Standards, Options et Recommandations. Cancers invasifs du col utérin. Stades non métastatiques. Editions John Libbey Eurotext, 1999 revue 2000

PDQ® Treatment Health Professionals. Cervical cancer. Website : <http://cancernet.nci.nih.com>. Date last modified 07/1999.

Morris Monsieur, Eifel PJ, Lu J, et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high risk cervical cancer. *N Eng J Med.* 340 : 1137-43, 1999.

Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, et al. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Eng J Med.* 340 : 1144-53, 1999.

Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, et al. Cisplatin, radiation and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. *N Engl J Med.* 340 : 1154-61, 1999.

Whitney CW, Sause W, Bundy BN, et al. Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes : A Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 17 : 1339-48, 1999.

Peters III WA, Liu PY, Barrett R. et al. Cisplatin, 5-fluorouracil plus radiation therapy are superior to radiation therapy as adjunctive therapy in high-risk, early stage carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy : Report of a phase III Inter-group study. Society of Gynecologic Oncologists, 30<sup>th</sup> annual meeting. Website : <http://www.sgo.org>

Aubard Y, Genet D, Philippe HJ. Prise en charge du cancer du col utérin au stade IB. Proposition d'un protocole fondé sur une revue de la littérature. *Gyn Obstet Fertil* 2003 ; 31 : 2-13.

Belhocine T, Kridelka F, Thille A, De Barys C, Foidart-Willems J, Hustinx R, Rigo P. Staging of primary cervical cancers: the role of nuclear medicine. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003 Jun;46(3):275-84.

Mota F. Microinvasive squamous carcinoma of the cervix: treatment modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Jun;82(6):505-9.

Landoni F, Maneo A, Cormio G, Perego P, Milani R, Caruso O, Mangioni C. Class II versus class III radical hysterectomy in stage IB-IIA cervical cancer: a prospective randomized study. *Gynecol Oncol.* 2001 Jan;80(1):3-12.

Viswanathan AN, Deavers MT, Jhingran A, et al Small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix: outcome and patterns of recurrence. *Gynecol Oncol* 2004; 93: 27-33.

## ANNEXES

### RADIOCHIMIOThERAPIE : PROTOCOLES DE CHIMIOThÉRAPIE

#### *Cisplatine seul*

40 mg/m<sup>2</sup> par semaine  
4 heures avant la radiothérapie  
semaines 1 à 6  
Ref : Rose PG et al.  
Keys HM et al.

#### *Cisplatine et 5-fluorouracil*

CDDP : 50 mg/m<sup>2</sup> J1 et J29  
5-FU : 4 000 mg/m<sup>2</sup> en 96 h J1 et J29  
Ref : Whitney CW et al.

CDDP : 70 mg/m<sup>2</sup> J1  
5-FU : 4 000 mg/m<sup>2</sup> en 96 h (J2 à J5)  
intervalle entre deux cycles : trois semaines  
nombre de cycles : 4  
Ref : Peters III WA et al.

CDDP : 75 mg/m<sup>2</sup> J1  
5-FU : 4 000 mg/m<sup>2</sup> en 96 h (J2 à J5)  
intervalle entre deux cycles : trois semaines  
nombre de cycles : 3  
Ref : Morris Monsieur et al.

#### *Cisplatine, 5-fluorouracil et hydroxyurée*

CDDP : 50 mg/m<sup>2</sup> J1 et J29  
5-FU : 4 000 mg/m<sup>2</sup> en 96 h J1 et J29  
Hydroxyurée per os : 2 mg, deux fois par semaine, semaines 1 à 6  
Ref : Rose PG et al.

## Techniques de radiothérapie et de curiethérapie

La radiothérapie externe de conformation basée sur l'imagerie 3D doit être considérée comme la technique d'irradiation de référence des cancers du col utérin car elle permet d'obtenir une couverture optimale du volume cible tout en diminuant le volume d'irradiation rectal et vésical respectivement de 10% et 13% par rapport à la technique 2D

Les contours du GTV, du CTV, de la vessie du rectum doivent être systématiquement délinéés sur les coupes du scanner de planification.

- *Le volume tumoral macroscopique (GTV) englobe tous les tissus où la tumeur est décelable à partir des données de l'examen clinique et de l'IRM.*
- *Le volume cible anatomo-clinique (CTV) comprend le volume tumoral macroscopique, le corps utérin, les paramètres en totalité. La quantité de tissu vaginal sain à prendre en compte dans le CTV dépend de l'extension de la maladie. Si le vagin n'est pas atteint, le CTV comprend le tiers supérieur du vagin seulement ; si la tumeur s'étend au niveau du tiers supérieur du vagin la limite inférieure du CTV est définie à mi-vagin et enfin si la lésion s'étend au-delà du tiers supérieur il est conseillé d'inclure le vagin en totalité dans le CTV.*  
*Le volume ganglionnaire du CTV dépend du statut ganglionnaire. En l'absence d'atteinte ganglionnaire, seuls les relais iliaques externe et interne sont inclus dans le CTV. En pratique, la couverture adéquate du corps utérin imposant dans de nombreux cas de traiter également les ganglions iliaques primitifs, le CTV englobe dans tous les cas tous les ganglions pelviens. La région lombo-aortique est irradiée en cas d'extension macroscopique dans ce territoire alors que son irradiation prophylactique est en revanche controversée. Les résultats des essais RTOG 79-20 et EORTC sont contradictoires et les résultats de l'essai RTOG 90-01 démontrent que l'association irradiation pelvienne et chimiothérapie est plus efficace que l'irradiation étendue pour prévenir l'évolution loco-régionale et métastatique.*
- *Le volume cible prévisionnel (PTV) est défini après estimation de l'amplitude des mouvements potentiels de l'utérus et des erreurs de repositionnement de la patiente. Une marge de 1 cm dans toutes les directions permet de prendre en compte les mouvements de l'organe. En revanche, l'amplitude de la marge pour tenir compte des déviations du positionnement dépend des systèmes de contention utilisés et surtout de la stratégie de vérification du positionnement. Si des images de contrôle des champs d'irradiation sont réalisées chaque jour, la marge peut être réduite à 3 ou 5 mm, dans les autres cas il est plus prudent d'adopter une marge de 10 mm. Au total, dans les cas les plus défavorables, le PTV devrait englober le CTV avec une marge de 20 mm.*

L'irradiation conformationnelle avec modulation d'intensité est en cours de développement. L'équipe de Chicago, qui possède actuellement la plus grande expérience dans le domaine pour les tumeurs gynécologiques, a démontré que cette technique permet de diminuer significativement les réactions aiguës digestives et urinaires, de même que la toxicité hématologique de l'association radio-chimiothérapie en raison d'une épargne plus importante des crêtes iliaques. L'intérêt de cette technique est également démontré pour les irradiations curative de la barre lomboaortique grâce à une augmentation significative de la dose (de 45 Gy à 59 Gy) sans augmentation de la dose aux organes à risque La planification inverse peut être basée sur les contraintes suivantes :

PTV < 20% recevant 110% de la dose prescrite et < 1% recevant 115%

	Dmin	Dmax	Dose optimale	% recevant une dose supérieure à la dose optimale
Vessie	30 Gy	49 Gy	40 Gy	40%
Rectum	35 Gy	49 Gy	40 Gy	40%
Grêle	20 Gy	49 Gy	32 Gy	40%

La curiethérapie intra-cavitaire reste une arme essentielle de l'arsenal thérapeutique des cancers du col utérin. Elle est actuellement en pleine évolution.

La curiethérapie à bas débit de dose qui était le standard utilisé en France en raison des arguments radiobiologiques et cliniques en faveur d'une plus grande probabilité de contrôle local sans toxicité excessive est progressivement remplacée par la curiethérapie pulsée PDR qui permet de reproduire les mêmes conditions de traitement. De plus cette technique offre des conditions de radioprotection optimales pour le personnel et le public ainsi que la possibilité d'optimiser la distribution de dose.

Cependant, en curiethérapie gynécologique, la technique de la source unique ne peut conduire à une optimisation de la distribution de dose que si le volume cible et les organes critiques sont définis en trois dimensions. Ceci implique que la dosimétrie soit réalisée à partir d'examen d'imagerie tridimensionnelle, avec les applicateurs en place, afin d'adapter la distribution de dose à l'extension tumorale tout en tenant compte de ses rapports anatomiques avec les tissus sains environnants dans les conditions du traitement.

La délinéation précise de la tumeur macroscopiquement visible (GTV), la définition et la délinéation du volume clinique microscopique (CTV) ont un impact direct sur les modalités de la curiethérapie et en particulier sur les possibilités

d'adaptation des isodoses, permettant l'analyse d'histogrammes doses-volumes (DVH), soit pour une dose donnée fixe, soit pour un volume donné. En 2000, un groupe de travail a été créé au sein du Groupe Européen de Curiethérapie (GEC) de l'ESTRO dans le but de définir des recommandations sur les différents volumes d'intérêt à irradier, prenant en compte les modalités différentes de traitement par curiethérapie en fonction du système utilisé. Ces recommandations ont été adoptées les 20 institutions françaises qui se sont engagées dans le programme STIC PDR 2004.

- Le GTV au moment de la curiethérapie correspond à la tumeur macroscopiquement cliniquement et radiologiquement visible.
- Le CTV dit « à haut risque » correspondant à une zone à risque majeure de récurrence avec l'intention de délivrer dans ce volume une dose aussi élevée que possible (75 Gy minimum), en tenant compte des doses dans les organes à risque. Le CTV HR comprend le GTVB + le col entier (la limite supérieure anatomique est représentée par l'artère utérine) + l'extension tumorale présumée au moment de la curie: tient compte de l'extension initiale de la maladie et du résidu palpé lors de la curie et visualisé sur l'IRM sous formes de zones grisâtres ne prenant plus obligatoirement le contraste.
- Un CTV dit « à risque intermédiaire » qui tient compte de l'extension tumorale initiale en l'intégrant dans ce volume, avec l'intention de délivrer une dose totale de 60 Gy, correspondant à la dose nécessaire à l'éradication de la maladie microscopique. Le CTVRI correspond au volume tumoral initial superposé sur les structures anatomiques telles qu'elles se présentent au moment de la curie, sauf pour le volume cervical qui tient compte de la régression du volume du col. Une marge de 1 cm dans le vagin, vers le corps utérin et latéralement dans les paramètres est ajoutée. Cependant en fonction de la régression tumorale cette marge pourra varier :
  - En cas de réponse complète, seul le volume tumoral initial sera considéré dans le CTV RI sans marge.
  - En cas de réponse partielle ou en l'absence de réponse, la marge de sécurité de 1cm sera respectée en fonction de l'extension tumorale initiale (le CTVRI ne peut pas dépasser les parois pelviennes).

Dans tous les cas le CTV à risque intermédiaire devrait recevoir au total 60 Gy.

On prescrira donc une dose de 60 Gy sur l'isodose englobant le CTVRI en curiethérapie exclusive pré-opératoire et seulement une dose de 15 Gy après une irradiation externe ayant délivrée 45 Gy ( $45 + 15 = 60$ ).

#### REFERENCES :

Gerstner N, Wachter S, Knocke TH, Fellner C, Wambersie A, Potter R. The benefit of beam's eye view based 3D treatment planning for cervical cancer. *Radiother Oncol.* 1999;51(1):71-8

Mundt AJ, Mell LK, Roeske JC. Preliminary analysis of chronic gastrointestinal toxicity in gynecology patients treated with intensity-modulated whole pelvic radiation therapy. *Int J Radiat Oncology Biol Phys* 2003;56(5):1354-1360.

Portelance L, Chao KS, Grigsby PW, Bennet H, Low D. Intensity-modulated radiation therapy (IMRT) reduces small bowel, rectum, and bladder doses in patients with cervical cancer receiving pelvic and para-aortic irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001;51(1):261-6.

# TUMEURS EPITHELIALES MALIGNES DU COL DE L'UTERUS

(synthèse)

## BILAN INITIAL

Il s'agit d'un bilan pré-chirurgical à effectuer devant toute tumeur du col de l'utérus suspecte de malignité.

Anamnèse

Biopsie de la lésion cervicale en zone tumorale non nécrotique pour analyse histologie.

Examen clinique avec examen gynécologique sous anesthésie générale si possible multidisciplinaire à partir des stade IB, cystoscopie avec biopsie vésicale si besoin, rectoscopie si nécessaire.

L'examen de référence est l'IRM pelvienne ,

Il pourra s'agir d'une IRM abdominopelvienne complétée par une radio de thorax

Option : TDM thoraco abdomino pelvien pour l'analyse ganglionnaire en complément de l' IRM pelvienne

l' Echographie abdomino pelvienne et transvaginale pour le col est une option si l'IRM est impossible

NFS, Ionogramme sanguin et créatininémie, bilan hépatique et bilan pré opératoire

SCC si épidermoïde , CA 125 si adénocarcinome

Option TEP-scan comme examen ganglionnaire à partir des stades IB2 >4cm

## LA CHIRURGIE

La chirurgie du cancer du col utérin est une chirurgie spécialisée qui doit être réalisée par une équipe ayant une bonne expérience de la cancérologie, de la gynécologie et de la chirurgie viscérale ou urologique. A partir des stades IA2, elle nécessite les compétences d'un chirurgien habilité à réaliser la chirurgie oncologique gynécologique.

### LA LAPAROTOMIE :

La laparotomie par médiane sous ombilicale agrandie à la demande est à ce jour la voie d'abord de choix pour la chirurgie initiale des cancers du col, l'alternative est une cicatrice transversale par Pfannenstiel haut ou à travers les muscles droit (transrectale).

La technique du ganglion sentinelle au niveau du col n'est pas validée. La réalisation d'un curage lomboaortique est une option réservée à certains stades IB2 et II pour éviter une irradiation.

### LA COELIOCHIRURGIE :

Elle est indiquée pour faire le diagnostic d'un envahissement ganglionnaire pelvien, pour laquelle il n'existe pas cliniquement et radiologiquement d'évidence d'envahissement.

Elle est justifiée pour la transposition ovarienne chez la femme jeune de moins de 35 ans.

Elle peut compléter la trachélectomie.

Elle peut constituer une option pour la réalisation d'hystérectomie y compris la colpohystérectomie pour certains.

## LA RADIOTHERAPIE

Les modalités de la radiothérapie sont fonction du volume et du degré d'extension de la lésion. Lorsqu'une radiothérapie externe est indiquée, elle intervient le plus souvent avant la curiethérapie endocavitaire. Il paraît en effet logique de commencer à traiter les manifestations tumorales cliniques et infra-cliniques de façon homogène par irradiation externe, puis de délivrer un complément de dose élevé à la tumeur centro-pelvienne au moyen de la curiethérapie endocavitaire.

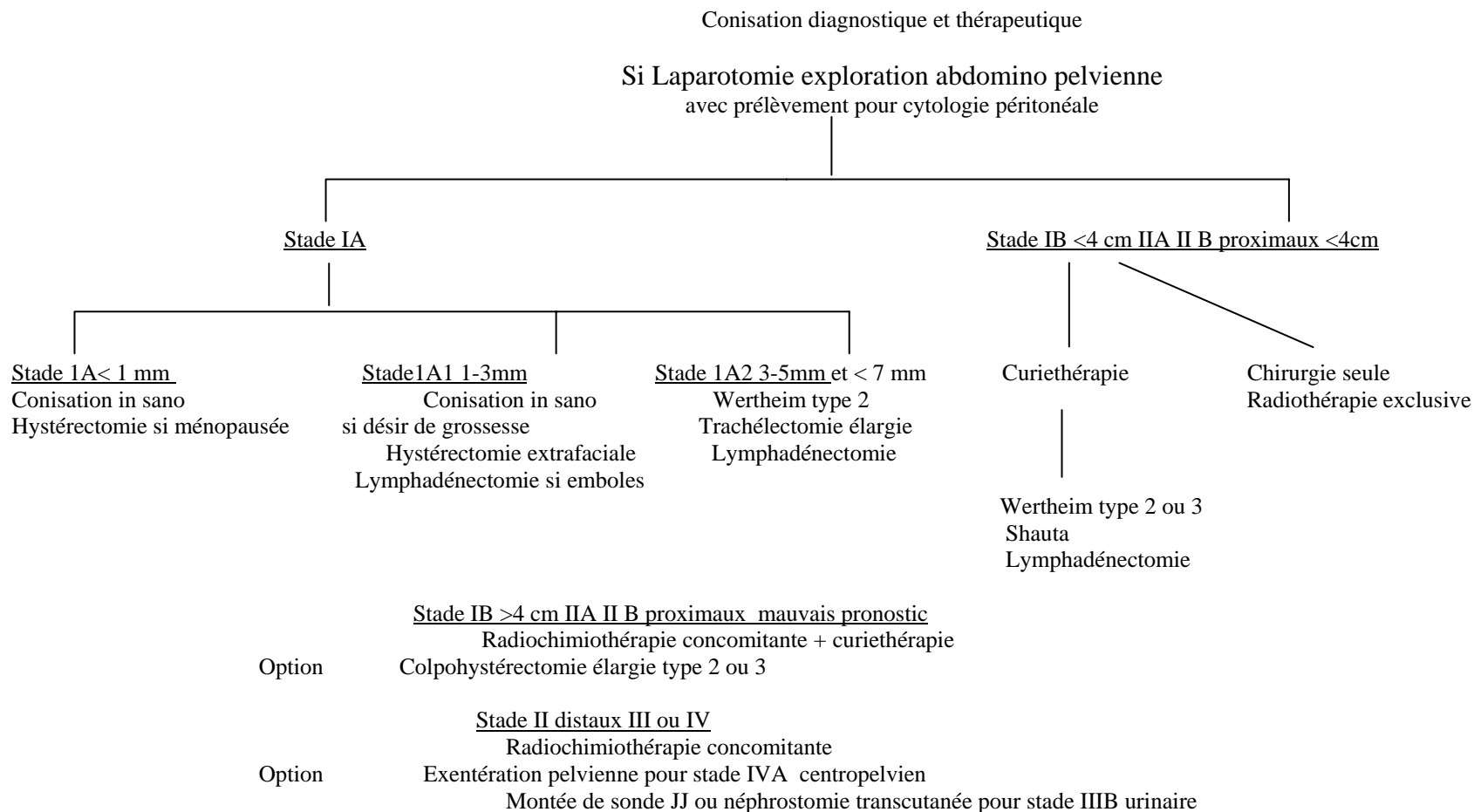
### LA RADIOTHERAPIE EXTERNE

- Qualité des faisceaux : photons de haute énergie (> 10 MV)
- Technique : 4 champs en orthogonaux dans la majorité des situations. Technique conformationnelle recommandée. La technique conformationnelle avec modulation d'intensité est en cours d'évaluation. Elle permet de limiter la dose au niveau des organes critiques et de diminuer la toxicité hématologique des associations RT-CT.
- Dose : 45 Gy en 25 fractions et 5 fractions par semaine, si associée à une chimiothérapie. Compléments latéraux pelviens à discuter en fonction de l'envahissement initial et la contribution de la curiethérapie.

### LA CURIETHERAPIE

- Utéro-vaginale à bas débit de dose ou à débit pulsée :
  - Une curiethérapie utéro-vaginale seule est réalisée lors des stratégies d'irradiation pré-opératoire des petites tumeurs centro-pelviennes. Elle délivre 60 Gy sur l'isodose de référence englobant le CTV à risque intermédiaire (cf annexe)
  - La curiethérapie utéro-vaginale post radio-chimiothérapie doit être réalisée le plus tôt possible après la fin de l'irradiation externe. Elle délivre 15 Gy sur l'isodose de référence englobant le CTV à risque intermédiaire (cf annexe)
- Certaines extensions para-vaginales ou paramétriales, difficilement incluses dans le volume couvert par la curiethérapie endocavitaire, requièrent parfois une curiethérapie interstitielle. Une curiethérapie haut débit de dose de la voûte vaginale peut être indiquée dans quelques rares situations après hystérectomie élargie (exérèse marginale).

## TUMEURS EPIDERMOIDES DU COL OPÉRABLES D'EMBLÉE



## HISTOLOGIE

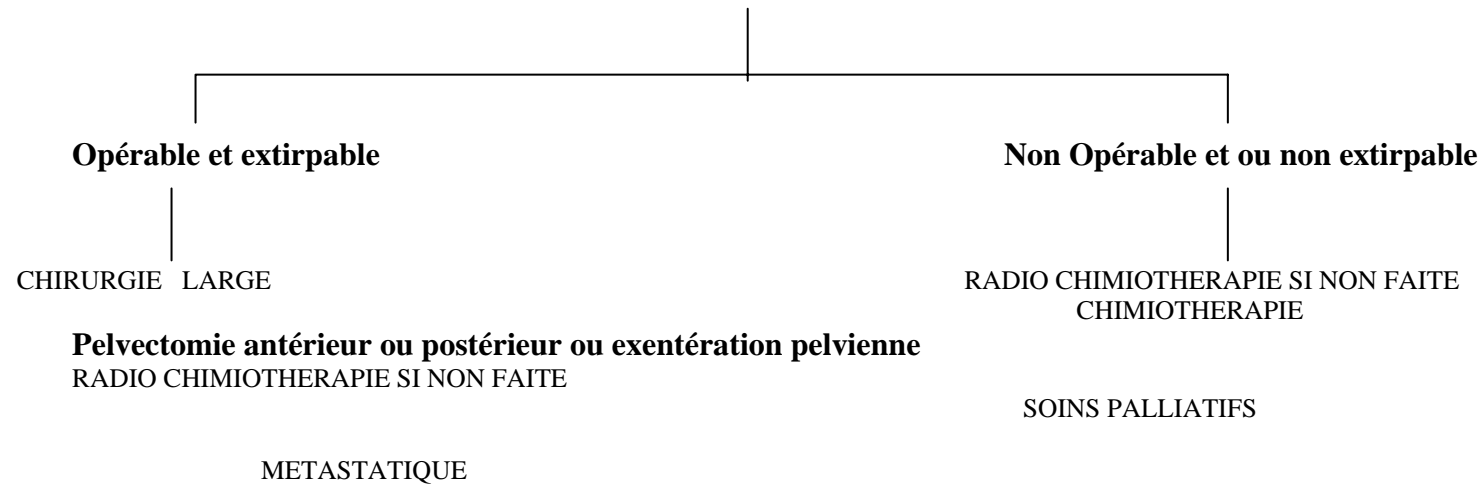
Tout compte rendu anatomopathologique d'une tumeur du col doit comporter les éléments descriptifs suivants :

- Description de tous les prélèvements adressés au laboratoire :
  - Cytologiques : liquide péritonéal ; ...
  - Histologiques : ovaires, utérus, paramètres, ganglions ;.....
- Description de la tumeur :
- Etude de tous les prélèvements, description des principaux éléments morphologiques permettant de classer la tumeur selon le type histologique OMS
- Permettre la classification pTNM  
Taille et extension de la tumeur en profondeur 1-3-5 mm et en surface 7 mm ;  
Existence ou non d'emboles,  
Marges de résection en mm de la limite haute et basse pour la conisation, l'hystérectomie ou la colpohystérectomie si chirurgie initiale.  
Option : différenciation ou grading  
Examen extemporané pour l'analyse des berges après conisation.
- Lymphadénectomie, nombre et envahissement des ganglions, dépassement capsulaire.
- Option : recherche de micrométastase et immunomarquage. Examen extemporané sur ganglion sentinelle ou sur curage pelvien avant curage lomboaortique.
- Prélèvements pour Tissuthèque en option
- Si colpohystérectomie après radiothérapie, recherche de foyers tumoraux résiduels et études des marges de l'excérèse.

## RECIDIVE ABDOMINO PELVIENNE

EVALUATION :

EXAMEN CLINIQUE si possible multidisciplinairesous AG et biopsie vaginale  
CYSTOSCOPIE RECTOSCOPIE, MARQUEURS  
IRM pelvienne et TDM ABDOMINO PELVIENNE ET THORACIQUE  
TEP-scan systématique si possible



**A discuter au cas par cas pour le traitement locorégional et général sans négliger l'un ou l'autre**

## SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE DES TUMEURS MALIGNES DU COL

EXAMENS	1° ET 2° ANNEE	ENTRE 3 ET 5 ANS	AU DELA DE 5 ANS
EXAMEN CLINIQUE Avec examen au spéculum	TOUS LES 4 MOIS	TOUS LES 6 MOIS	1 FOIS PAR AN PENDANT 10 ANS
DOSAGE SCC ou marqueur Si élevé initialement Bilan biologique avec NFS et créatininémie	TOUS LES 6 MOIS		1 FOIS PAR AN

Option : TDM pelvien si mauvais pronostic les trois premières années.

### **Echographie rénale de surveillance pour les rechercher une complication urologique les deux ou trois premières années**

Si pas de chirurgie alors IRM du pelvis à 6 semaines après la radiothérapie et la curiethérapie et après un an les trois premières années

Si chirurgie conservatrice frottis annuel

Une hormonothérapie substitutive est possible chez ces patientes ( en l'absence de contre indications )