



CANCER DU COL ET DE L'ENDOMETRE

Réseau Romand de Cancer et Fertilité

Coordination : Dr Alexandra Ambrosetti-Jenny et Dr Marina Bellavia

Contact: 079 503 60 99

<http://www.grssgo.ch>

Pour la gynécologie et la médecine de la reproduction

Dr Chahin Achari, MER, Département de gynécologie et d'obstétrique, CHUV

Dr Alexandra Ambrosetti-Jenny, Département de gynécologie et d'obstétrique, HUG

Dr Olivier Bachelard, Hôpital de Nyon

Dr Marina Bellavia, Département de gynécologie et d'obstétrique, CHUV

Dr Pierre-Alain Brioschi, Nyon et Genolier

Pr Jean-François Delaloye, Département de gynécologie et d'obstétrique, CHUV

Dr Patrick Petignat, PD, Département de gynécologie et d'obstétrique, HUG

Dr Gabriel de Candolle, Genève

Dr Marc Germond, CPMA, Lausanne

Dr Magdalena Kohlik, Département de gynécologie et d'obstétrique, HUG

Dr Marie-Pierre Primi, Département de gynécologie et d'obstétrique, CHUV

Dr Victoria Ibecheole, Département de gynécologie et d'obstétrique, HUG

Dr Dorothea Wunder-Galić, PD, Département de gynécologie et d'obstétrique, CHUV

Pour l'oncologie médicale :

Dr Lucien Perey, Médecin chef d'oncologie, Hôpital de Morges, GHOL

Dr Khalil Zaman, Centre Pluridisciplinaire d'Oncologie (CePO), CHUV

Membre Fondateur:

Pr Dominique de Ziegler, Hôpital Cochin, Paris

Références bibliographiques :

1. Ushijima K, Yabata H, Yoshikawa H, Konishi I, Yasugi T, Saito T, et al. Multicenter phase II study of fertility-sparing treatment with medroxyprogesterone acetate for endometrial carcinoma and atypical hyperplasia in young women. *J Clin Oncol* 2007;25(19):2798-803.
2. Plante M, Renaud MC, Roy M. Radical vaginal trachelectomy: a fertility-preserving option for young women with early stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2005;99(3 Suppl 1):S143-6.
3. Dursun P, LeBlanc E, Nogueira MC. "Radical vaginal trachelectomy (Dargent's operation): a critical review of the literature". *Eur J Surg Oncol* 2007 **33** (8): 933-41.
4. Beimer ME, Covens A. "Surgery insight: radical vaginal trachelectomy as a method of fertility preservation for cervical cancer". *Nat Clin Pract Oncol* 2007 **4** (6): 353-61

- Une grossesse est parfois possible après un cancer de l'endomètre ou du col utérin.
- Les questions de fertilité doivent être abordées le plus tôt possible
- Le Réseau Romand guide la patiente et son médecin.

Introduction

Les traitements du cancer de l'endomètre ou du col utérin ont longtemps été effectués de manière radicale comprenant l'ablation de l'utérus et parfois des ovaires. Chez des femmes jeunes, en cas de tumeurs localement limitées, un traitement conservant la fertilité est envisageable.

Ce document vise à définir des critères de sélection des patientes pouvant bénéficier d'une chirurgie conservatrice, associée ou non à une procréation médicalement assistée (PMA) en cas de **cancer de l'endomètre** ou **cancer du col utérin**. Chaque cas doit faire l'objet d'une évaluation multidisciplinaire.

Hyperplasies atypiques et cancers de l'endomètre

Hyperplasies atypiques

La fréquence des *hyperplasies avec atypies de l'endomètre* est difficile à définir du fait de l'absence de consensus sur les critères diagnostiques. Toutefois, on estime que 20% de ces lésions sont diagnostiquées chez des femmes de moins de 40 ans.

L'hyperplasie atypique de l'endomètre est une lésion précancéreuse. Elle peut évoluer vers un cancer dans 30% des cas. Le traitement standard inclut l'hystérectomie.

Cancer de l'endomètre

Il survient le plus souvent chez des femmes ménopausées. Toutefois, 2-14% des cas surviennent chez des femmes âgées de moins de 40 ans (1). Le stade (FIGO) est établi après traitement chirurgical. Le grade, l'histologie, la profondeur d'invasion myométriale, l'atteinte ovarienne et ganglionnaire sont des éléments pronostiques importants établis de manière définitive après chirurgie.

Alternatives thérapeutiques

Le traitement conservateur chez les patientes souffrant de carcinome de l'endomètre ou d'hyperplasie atypique voulant préserver leur fertilité doit être envisagé avec grande prudence.

Seuls l'hyperplasie atypique de l'endomètre et les stades présumés IA de grade 1 et de type endométrioïde peuvent faire l'objet d'une tentative de traitement conservateur.

- a. Le diagnostic repose sur le résultat histologique d'un curetage-biopsie ou d'une résection endoscopique de l'endomètre lorsque la tumeur est localisée.
- b. Une IRM doit être interprétée par un radiologue expérimenté dans l'exploration des cancers de l'endomètre. C'est actuellement le meilleur examen pour évaluer l'invasion myométriale (sensibilité 60-70%).
- c. L'histologie doit être révisée par un pathologiste expérimenté.
- d. Il est justifié d'effectuer une laparoscopie afin d'exclure une atteinte ovarienne (tumeur synchrone 10-20%). Le risque d'invasion ganglionnaire est faible (2-3%). La lymphadénectomie pelvienne +/- para-aortique est controversée.

Traitement lors d'approche conservatrice

Le traitement repose sur l'utilisation d'un progestatif à haute dose systémique ou locale. Le délai moyen de réponse varie selon les séries de 4 à 8 mois ce qui impose une surveillance rigoureuse par biopsie aux 3-4 mois jusqu'à obtention d'une grossesse¹. Ce traitement doit être suivi d'un contrôle histologique de l'endomètre par hystérocopie et curetage avant d'envisager une grossesse. Il n'existe pas de critère permettant de définir la durée optimale du traitement.

Hyperplasie complexe avec atypies, cancer de l'endomètre de type endométrioïde stade IA, grade 1 et procréation médicalement assistée (PMA)

Il y a peu de données qui permettent d'évaluer l'impact de la PMA chez des patientes traitées pour ce type de cancer. On considère toutefois qu'en cas d'infertilité persistante, l'utilisation d'une technique de PMA peut être proposée.

Une fois le projet de famille terminé il est justifié de compléter le traitement par une hystérectomie et annexectomie bilatérale.

Cancer du col utérin

En Suisse romande, selon les données du registre suisse des tumeurs (ASRT), on estime qu'entre 20 et 30 nouveaux cas de cancer du col utérin sont diagnostiqués annuellement dont 20 à 30% surviennent chez des femmes de moins de 40 ans. Parmi les critères décisionnels de l'approche thérapeutique, le stade clinique est l'élément déterminant permettant de juger de la faisabilité d'un traitement conservateur de la fertilité :

En cas de cancer de stade FIGO IA1 (envahissement inférieur à 3 mm de profondeur) et en l'absence d'invasion lympho-vasculaire, une conisation simple en tissu sain est suffisante.

En cas de cancer de stade IA2, ou IB1 de moins de 2 cm (exceptionnellement jusqu'à 3cm), on peut proposer une trachélectomie radicale avec conservation du corps utérin et des ovaires.

La trachélectomie radicale consiste en une ablation du col avec les paramètres

jusqu'au niveau des uretères (comme dans l'hystérectomie élargie traditionnelle) mais en conservant le corps utérin. L'ensemble de l'intervention est réalisé par voie vaginale, précédé d'une lymphadénectomie pelvienne par laparoscopie.

Il est nécessaire avant ce type d'intervention d'apprécier la taille de la lésion, la hauteur du canal cervical et la distance entre le pôle supérieur de la lésion et l'isthme utérin par IRM.

Certains critères ne peuvent être évalués que lors de l'intervention ou sur les résultats histologiques définitifs. Ce qui implique pour la patiente d'éventuellement renoncer à un traitement conservateur (environ 10% des cas) en cas d'atteinte du paramètre ou ganglionnaire.

L'intervention est aussi bien indiquée dans les adéno-carcinomes de l'endocol (plus fréquents chez la femme jeune) que dans les carcinomes épidermoïdes. La présence d'embolies lymphovasculaires n'est pas une contre-indication, mais doit faire l'objet d'une évaluation multidisciplinaire.

Résultats oncologiques – Ils sont similaires à ceux de l'hystérectomie élargie sous réserve d'une marge endocervicale (8-10 mm) saine. Les taux de rechute à 5 ans sont environ de 5%.

Taux de grossesse – Les chances de grossesse observé après trachélectomie radicale chez les patientes qui souhaitent avoir un enfant sont de l'ordre de 70% (2,3,4). Cette technique est toutefois associée à un risque accru de fausse couche tardive et prématurité.

Chimiothérapie néoadjuvante - Pour des lésions volumineuses, il a été rapporté un traitement conservateur par trachélectomie après chimiothérapie néo-adjuvante². Cette approche est en cours d'évaluation.

Cancer du col utérin et PMA

Les données actuelles suggèrent qu'après traitement conservateur d'un cancer du col utérin, un traitement par PMA peut-être mis en œuvre. Ceci vise à optimiser l'obtention d'une grossesse en cas d'infertilité persistante. Les techniques de PMA ne semblent pas augmenter le risque de récurrence.

Evaluation ovarienne avant et après traitement

Une évaluation de la *réserve ovarienne* et une discussion avec le spécialiste en PMA doit précéder la décision d'un traitement conservateur.

Remarques générales

Chez les patientes désireuses de préserver leur fertilité, la discussion doit évoquer les risques de récurrence en cas de traitement conservateur, les chances de grossesse et les limites du traitement de PMA.