

Actualités en chirurgie

Mardi 28 novembre 2023

Limoges

Dr LACORRE Aymeline
CHU de Limoges

Quelle prise en charge du cancer du col de l'utérus en 2023 ?



Liens d'intérêts

- Aucun



Plan

- Place de la paramétrectomie ?
- Quelle voie d'abord en 2023 ?
- Quand conserver l'utérus ?
- Place du GS ?
- Existe t'il encore des indications de CLA ?
- Quelle surveillance ? Place du test HPV ?



FIGO 18

- 3000 nouveaux cas par an en France tout stade confondus.

11^{ème} cancer féminin le plus fréquent

Rapport santé publique France

- Survie à 5 ans > 90% (vs 35% stades avancés)

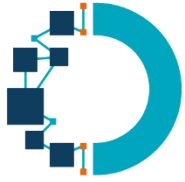
Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN

• Stades Précoces

– IA1 -> IIA1

– **Lésion du col < 4 cm**

Stage	Description
I	Carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only with microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm
IA1	Stromal invasion <3 mm in depth
IA2	Stromal invasion \geq 3 mm and <5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma confined to the uterine cervix, with measured deepest invasion \geq 5 mm
IB1*	Tumor measures <2 cm in greatest dimension
IB2*	Tumor measures \geq 2 cm and <4 cm in greatest dimension
IB3*	Tumor measures \geq 4 cm in greatest dimension
II	Carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Tumor measures <4 cm in greatest dimension
IIA2	Tumor measures \geq 4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	Carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes
IIIA	Involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney from tumor
IIIC*	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent [†]
IIIC1*	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2*	Para-aortic lymph node metastasis
IV	Carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy-proven) the mucosa of the bladder or rectum
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs



Facteurs pronostics

- Envahissement ganglionnaire
- LVSI
- Taille tumorale
- Profondeur de l'Invasion stromale
- Marges exérèse

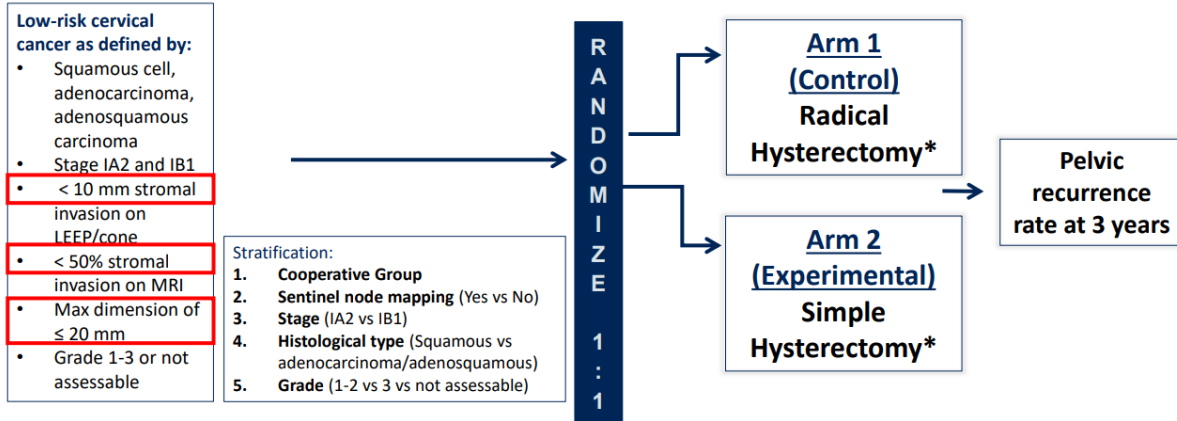
STADES PRÉCOCES ⁵	
Stades IA1 (le diagnostic a été fait sur une pièce de conisation)	<ul style="list-style-type: none">■ Si les marges sont <i>in sano</i> et si LVSI- => conisation seule■ Si les marges de conisation ne sont pas <i>in sano</i> => nouvelle conisation■ Si LVSI+ => option : stadification ganglionnaire pelvienne (+/- technique du ganglion sentinelle)■ Traitement conservateur pour répondre à un objectif de grossesse (N0 indispensable)<ul style="list-style-type: none">• Si LVSI- => conisation seule ou trachélectomie simple• Si LVSI+ => trachélectomie élargieOption : conisation seule ou trachélectomie simple
Stades IA2 (le diagnostic a été fait sur une pièce de conisation)	<ul style="list-style-type: none">■ Conisation seule ou hystérectomie simple<ul style="list-style-type: none">• Si LVSI+ => stadification ganglionnaire pelvienne (+/- technique du ganglion sentinelle)■ Traitement conservateur (N0 indispensable)<ul style="list-style-type: none">• Si LVSI- => conisation seule ou trachélectomie simple• Si LVSI+ => trachélectomie élargieOption : conisation seule ou trachélectomie simple
Stades IB1, IB2, IIA1	<ul style="list-style-type: none">■ Colpo-hystérectomie élargie dont le type (selon les éléments anatomiques retirés) dépend des facteurs pronostics+ Lymphadénectomie pelvienne (après technique du ganglion sentinelle)OU■ Radiothérapie pelvienne et curiethérapie utérovaginale (en particulier si facteurs pronostics défavorables car l'association radiochirurgicale peut engendrer des effets indésirables parfois sévères)■ Traitement conservateur (N0 indispensable)<ul style="list-style-type: none">• Trachélectomie élargie pour les stades IB1 ≤ 2 cm dans leurs plus grandes dimensions, avec ou sans LVSI <p><i>Traitements adjuvants</i></p> <ul style="list-style-type: none">■ Radiothérapie pelvienne en présence de plusieurs facteurs pronostics défavorables■ Radiochimiothérapie concomitante post-opératoire, à base de sels de platine, dans certains cas (découverte d'adénopathie sur la lymphadénectomie...)



Paramétrectomie ?

Essai SHAPE

Trial Schema



*Regardless of treatment assignment, surgery will include **pelvic lymph node dissection** with optional sentinel lymph node (SN) mapping. If SN mapping is to be done, the mode is optional, but the laparoscopic approach is preferred.

Secondary Efficacy Endpoints (ITT)

Endpoints	Simple Hysterectomy N=350	Radical Hysterectomy N=350		
	3 year outcomes		Hazard Ratio (90% confidence interval)	P-value
Pelvic Recurrence Free Survival	97.5%	97.8%	1.12 (0.54-2.32)	0.79
Extra-Pelvic Recurrence Free Survival	98.1%	99.7%	3.82 (0.79-18.4)	0.10
Relapse Free Survival	96.3%	97.8%	1.54 (0.69-3.45)	0.30
Overall Survival	99.1%	99.4%	1.09 (0.38-3.14)	0.87

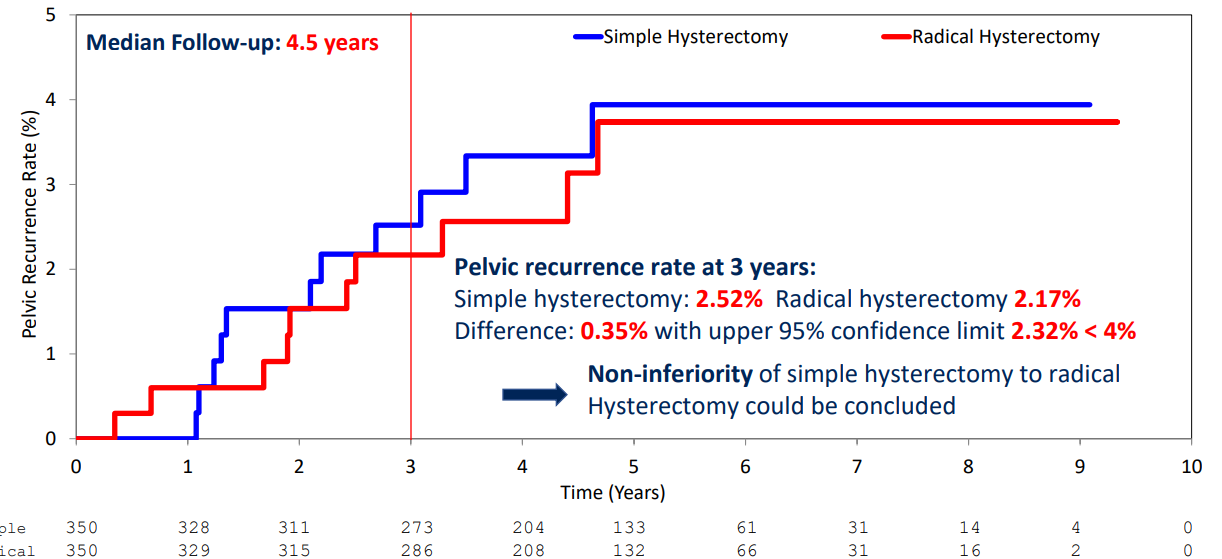
TABLE 3. Risk groups according to prognostic factors: suggested type(s) of radical hysterectomy

Risk Group	Tumor Size	LVSI	Stromal Invasion	Type of Radical Hysterectomy*
Low risk	<2 cm	Negative	Inner 1/3	B1 (A)
Intermediate risk	≥2 cm	Negative	Any	B2 (C1)
	<2 cm	Positive	Any	
High risk	≥2 cm	Positive	Any	C1 (C2)

*According to the Querleu-Morrow classification (Table 4).



Pelvic Recurrence Rate (ITT)





Voie d'abord ?

- Prospectif randomisé 631 patientes
- IA1/ IA2 / IB1 2009 < 4cm
- MIS VS laparo
- Effet négatif MIS sur OS / DFS et taux de récurrence



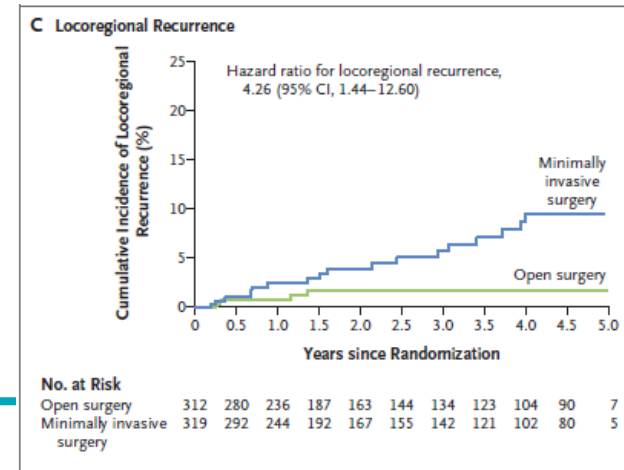
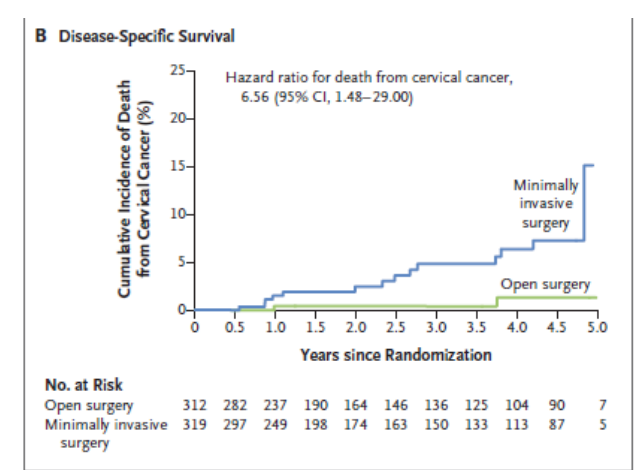
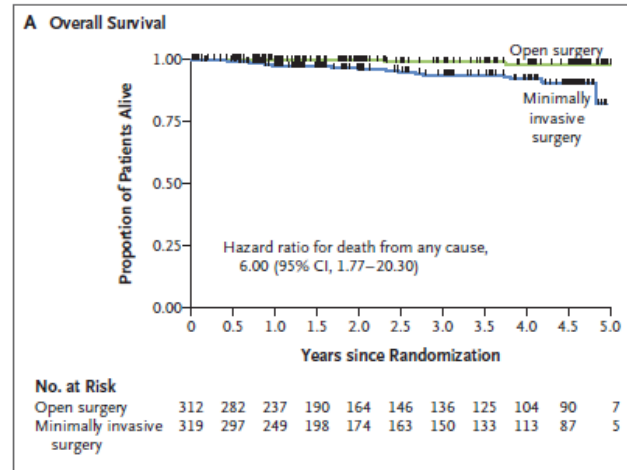
Impact de l'étude LACC. Une enquête de la SFOG

Tristan Gauthier¹, Aymeline Lacorre¹, Camille Sallee¹, Antoine Tardieu¹, Frédéric Guyon², François Margueritte¹, Sébastien Gouy³



Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer

Pedro T. Ramirez, M.D., Michael Frumovitz, M.D., Rene Pareja, M.D., Aldo Lopez, M.D., Marcelo Vieira, M.D., Reitan Ribeiro, M.D., Alessandro Buda, M.D., Xiaojian Yan, M.D., Yao Shuzhong, M.D., Naven Chetty, M.D., David Isla, M.D., Mariano Tamura, M.D., Tao Zhu, M.D., Kristy P. Robledo, Ph.D., Val GebSKI, M.Stat., Rebecca Asher, M.Sc., Vanessa Behan, B.S.N., James L. Nicklin, M.D., Robert L. Coleman, M.D., and Andreas Obermair, M.D.





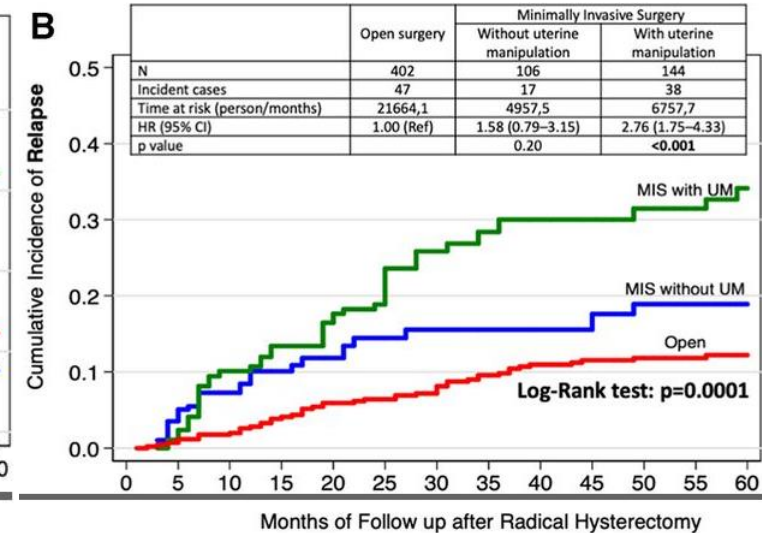
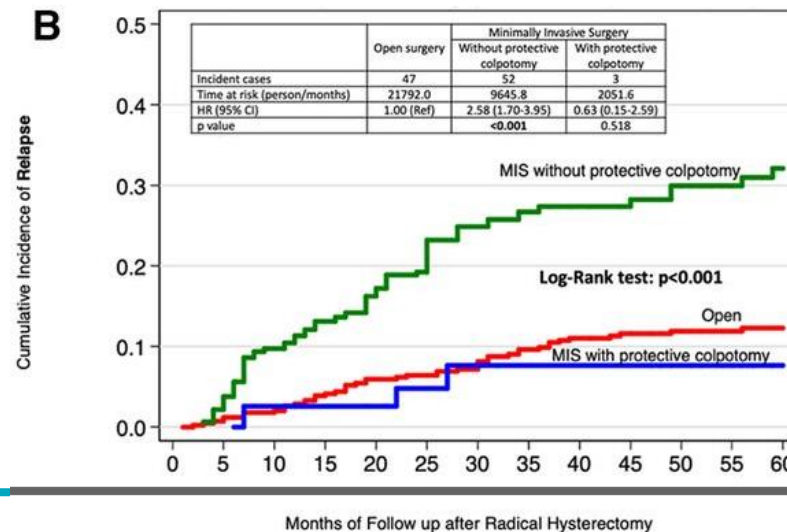
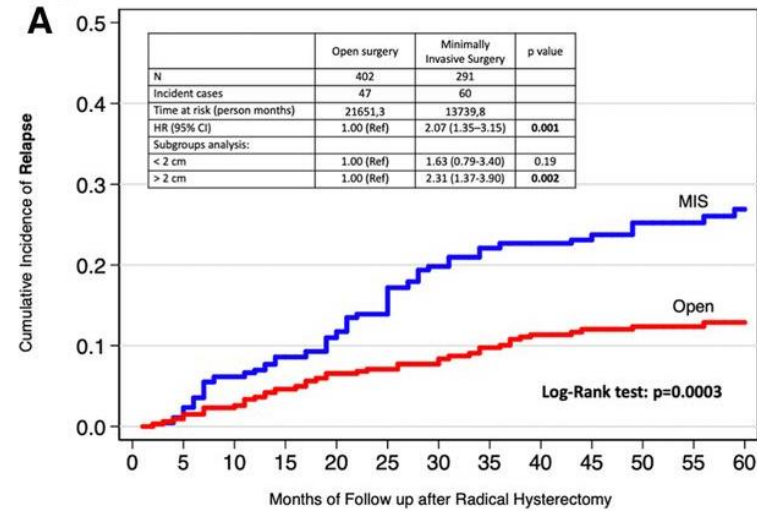
Voie d'abord ?

- Rétrospectif sur 693 patientes
- IB1 2009 < 4cm
- MIS VS laparo
- Récidive à 4,5 ans HR 2,07 en MIS (p< 0,01)
- MU : facteur de risque indépendant
- NS ss groupe < 2 cm
- NS si pas de MU
- NS si colpotomie protégée
- Effet protecteur conisation première

2020



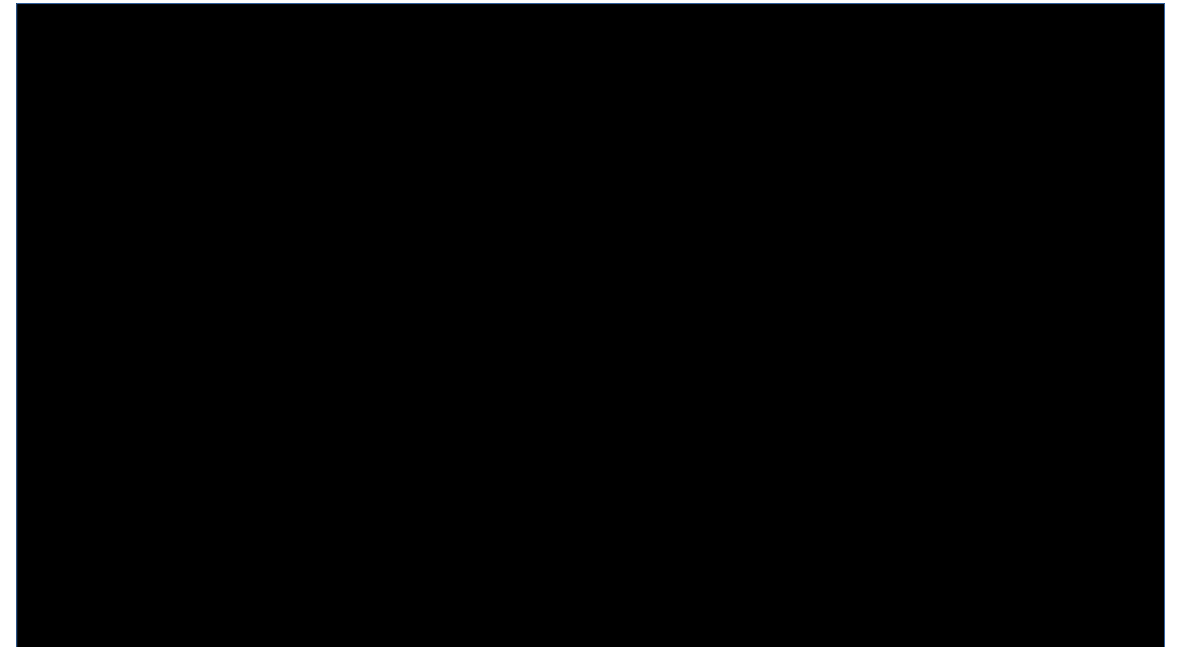
SUCCOR study: an international European cohort observational study comparing minimally invasive surgery versus open abdominal radical hysterectomy in patients with stage IB1 cervical cancer

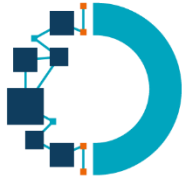




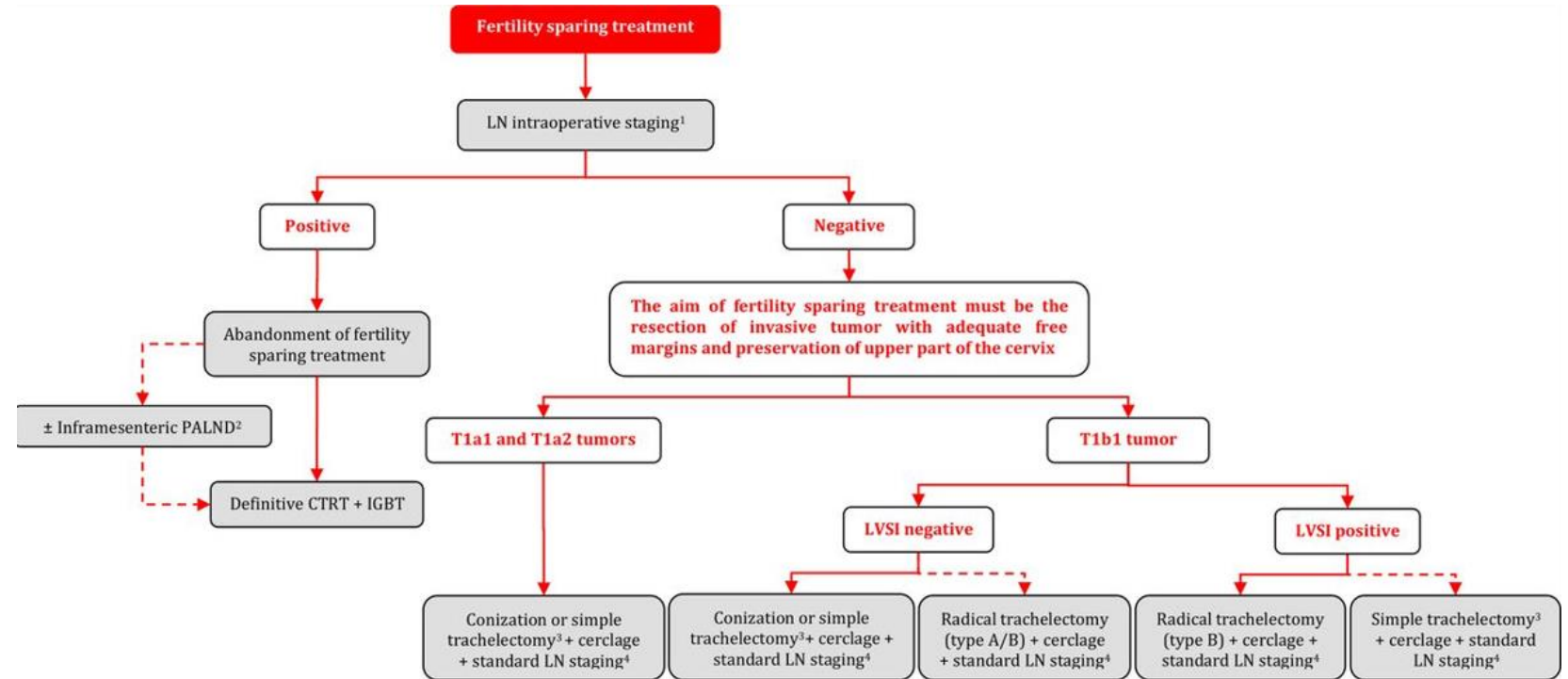
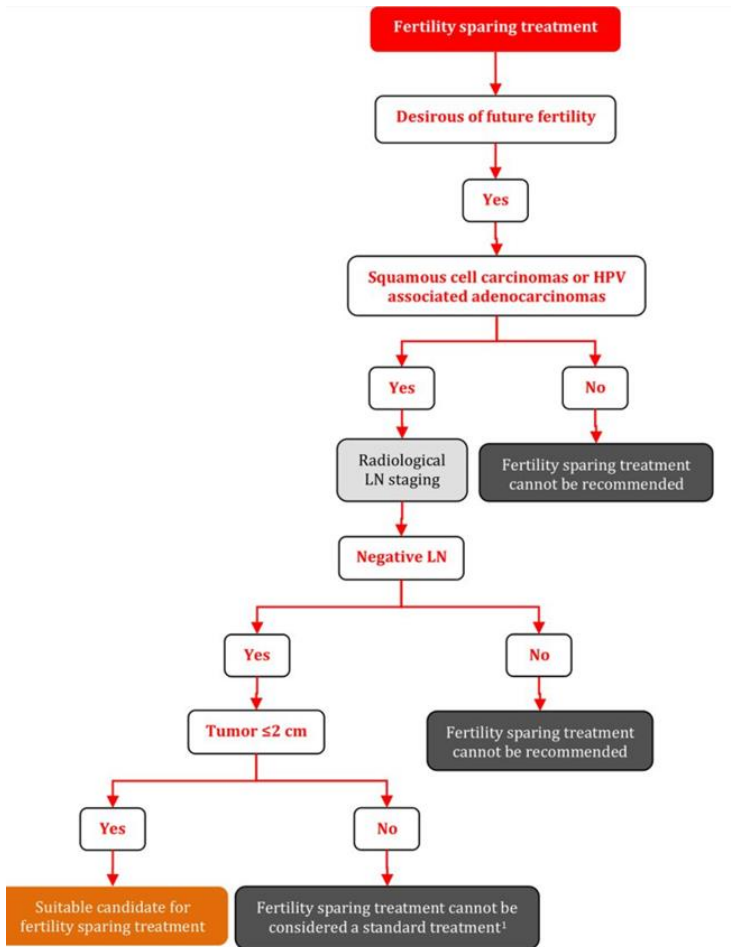
Voie d'abord ?

- La laparotomie reste le standard pour les hystérectomies élargies
- MIS peut être considérée si tumeurs < 2cm en marges saines après conisation dans les centres experts après information de la patiente





Préservation de la fertilité ?



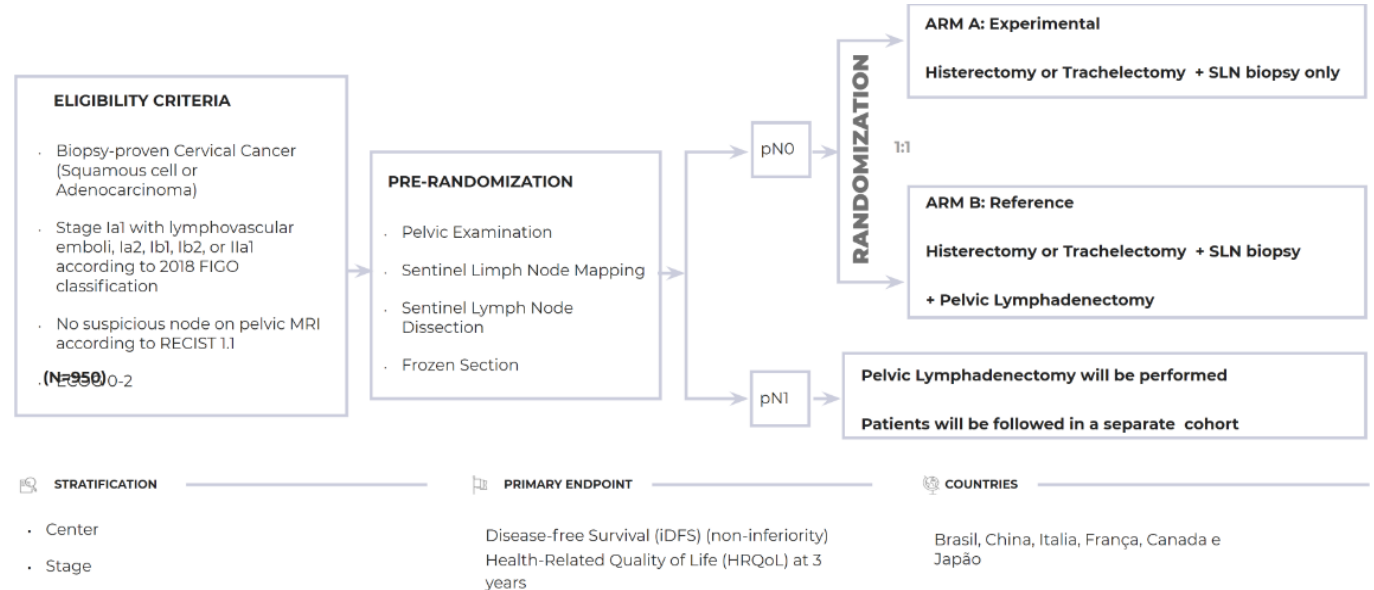
- Conservation ovarienne : en cas de tumeurs IB1/IB2/IIA1 N0
 - oui pour CE et AK HPV induits
 - non pour AK non HPV
- Recommandation d'hystérectomie de clôture après accomplissement du projet parental dans les AK

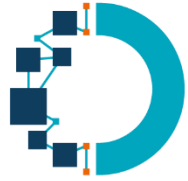


Place du ganglion sentinelle ?

- GS systématique avant CP
- Vert d'indocyanine recommandé / option : combinaison bleu patenté et technétium
- Extemporané sur GS recommandé :
 - Si nég : CP jusqu'à bifurcation iliaque
 - Si + : abandon de l'HTE et réalisation d'un CLA IM
 - Si pas de GS détecté : CP jusqu'en iliaque commun et pré sacré

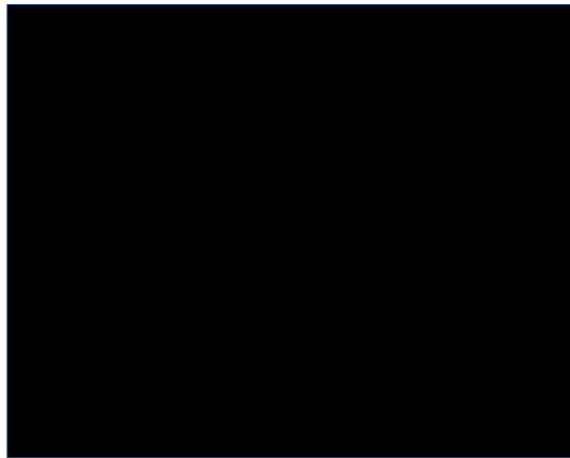
Oui mais : attente des résultats de SENTICOL 3





Stades avancés

- Dernière indication du CLA : suspicion de stade III C1
 - CLA à réaliser au moins jusqu'en infra-mésentérique (taux de skip métastases faible)



PARA-aOrtic LymphAdenectomy in locally advanced cervical cancer (PAROLA trial): a GINECO, ENGOT, and GCIG study

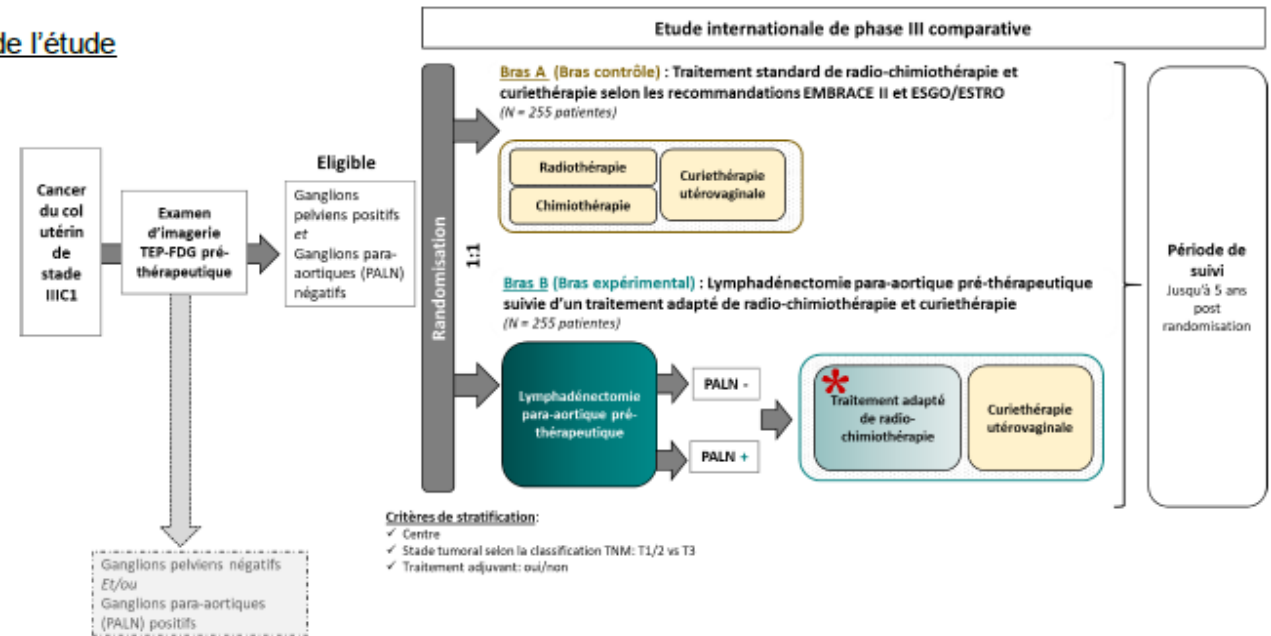
Alejandra Martinez^{1,2}, Fabrice Lecuru³, Nicolò Bizzarri⁴, Cyrus Chargari⁵, Anne Ducassou⁶, Anna Fagotti⁴, Francesco Fanfani⁴, Giovanni Scambia⁴, David Cibula⁷, Berta Díaz-Feijoo⁸, Antonio Gil Moreno⁹, Martina Aida Angeles⁹, Mustafa Zela Muallem¹⁰, Christhardt Kohler¹¹, Mathieu Luyckx¹², Frederic Kridelka¹³, Agnieszka Rychlik¹⁴, K G Gerstein¹⁵, Viola Heinzelmann¹⁶, Pedro T Ramirez¹⁷, Michael Frumovitz¹⁷, Gwenael Ferron¹⁸, Sarah Betrian¹⁹, Thomas Filleron²⁰, Christina Fotopoulou²¹, Denis Querleu⁴; PAROLA Study group

Collaborators, Affiliations + expand
PMID: 36717163 DOI: 10.1136/ijgc-2022-004223

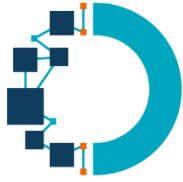
Oui mais PAROLA en cours d'inclusion ...

510 patientes sont attendues dans cette étude, dont 200 patientes en France.

Schéma de l'étude



* Les patientes PALN+ auront une radiothérapie étendue.



Surveillance



Les récurrences surviennent le plus souvent dans les 2 ans, mais 10 % surviennent après un délai de 5 ans. L'apparition et la persistance de nouveaux signes locaux ou à distance doivent faire ré-adresser la patiente à l'équipe spécialisée dans les meilleurs délais.

MODALITÉS DE SUIVI D'UN CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN		
Ce schéma peut être adapté, notamment en fonction des facteurs pronostiques et des traitements reçus		
SUIVI	EXAMENS	RYTHME
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Entretien, examen clinique et gynécologique, notamment à la recherche de complications ou de symptômes évocateurs d'une récurrence En cas d'anomalie cervicovaginale : colposcopie avec biopsies dirigées 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 3 à 4 mois pendant 2 ans Puis tous les 6 à 12 mois pendant 3 ans Puis annuellement
	<ul style="list-style-type: none"> <u>Uniquement chez les patientes ayant eu un traitement par conisation ou trachélectomie simple ou élargie</u> : <ul style="list-style-type: none"> Test HPV-HR, avec ou sans examen cytologique +/- colposcopie <u>Chez les autres patientes, l'examen cytologique n'est pas recommandé</u>, ni après une hystérectomie (cytologie vaginale), ni après une radiochimiothérapie (en raison des difficultés de son interprétation dans ce cas) 	<ul style="list-style-type: none"> À 6 mois, 12 mois, 24 mois Puis, si test HPV-HR négatif, tous les 3 ans durant le suivi dont la durée est déterminée par l'équipe spécialisée (notamment en fonction du risque de récurrence)
Biologie	<ul style="list-style-type: none"> En cas de symptômes ou de signes suspects de récurrence Marqueur tumoral SCC pour les cancers malpighiens, en cas d'élévation initiale 	<ul style="list-style-type: none"> Non systématique
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> En cas de symptômes ou de signes suspects de récurrence : <ul style="list-style-type: none"> IRM pelvienne (suspicion de récurrence locale) ou TDM (suspicion de récurrence à distance) Puis si examen positif ou douteux, TEP-TDM au FDG 	<ul style="list-style-type: none"> Non systématique
	<ul style="list-style-type: none"> Après traitement conservateur (trachélectomie ou radiochimiothérapie exclusive) : <ul style="list-style-type: none"> IRM pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> Annuellement pendant 5 ans



Take Home Message

- L'hystérectomie n'est plus systématique
- La chirurgie n'est réservée qu'aux stades précoces (< 4 cm)
- La laparotomie est un standard pour l'hystérectomie élargie (sauf tumeurs < 2 cm en marges saines après conisation)
- Paramétrectomie ? Probable possibilité d'abstention si < 2 cm et < 10 mm invasion stromale et LVSI - → attente parution résultats SHAPE
- Le GS ? oui en complément du CP en attendant SENTICOL 3
- Le CLA : uniquement pour les stades IIIC1 et au moins jusqu'en infra mésentérique
- Pas de test HPV hors post conisation et trachélectomie

- Nécessité de vaccination anti HPV +++

