

Audit clinique sur la prise en charge initiale des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées de 70 ans et plus en Aquitaine

Congrès National des Réseaux de Cancérologie

Lyon, 5 octobre 2018

V. Bousser, I. Cirilo Cassaigne, B. Gauchet, C. Mertens, A. Petit
et le Comité de Pilotage

Principes

- Contexte
 - 5^{ème} cancer féminin, 2/3 chez les femmes de plus de 65 ans
 - Prise en charge des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées hétérogène car absence de recommandations spécifiques à cette population
 - Incidence estimée : 150 nouveaux cas par an en Aquitaine
- Objectif
 - Evaluer la prise en charge initiale des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées de 70 ans et plus en Aquitaine en 2015
- Constitution d'un Comité de pilotage régional pluridisciplinaire
 - Appel à candidature
 - 5 gynécologues, 2 gériatres, 1 oncologue médicale, 1 oncologue radiothérapeute, 1 anatomopathologiste, 2 radiologues

Méthode

- **Audit clinique rétrospectif**
- **Population d'étude**
 - Critères d'inclusion : Patientes atteintes d'un cancer invasif de l'endomètre, âgées de 70 ans et plus au moment de la RCP, dont le dossier a été présenté en RCP en 2015 dans un des 10 CCC d'Aquitaine, pour une prise en charge initiale de cette tumeur
 - Critères d'exclusion : Stades IVB, Patientes en rechute, Sarcomes utérins (léiomyosarcomes et sarcomes du stroma)
- Prise en charge évaluée par des **indicateurs construits par le Copil** puis validés par 13 experts de la région par une méthode DELPHI (2016)
- Recueil des données à partir des dossiers médicaux et des fiches RCP dans les établissements d'Aquitaine par une ARC (2017)
- Fiches de recueil revues par un expert pour déterminer les stades FIGO pré-thérapeutique (données du compte rendu de l'IRM) et post-thérapeutique (données du compte rendu anatomochirurgical)
 - ➔ **Stades « expert » utilisés pour le calcul des indicateurs**

Indicateurs

103 indicateurs
construits à partir des
recommandations
régionales (2012) et
nationales (2010)



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Référentiel régional
Prise en charge des cancers de l'endomètre
Version 01
Janvier 2012



Cancer de l'endomètre
Rapport intégral



COFIL



Méthode Delphi en 3 tours :
mai 2016 – février 2017

- Principe : identifier les indicateurs qui ont fait l'objet d'un consensus au sein du groupe
- Coter la pertinence/utilité de chaque indicateur sur une échelle de 1 à 9 (1 = « pas du tout pertinent » / 9 = « très pertinent ») et ajouter des remarques
- Analyse selon la méthode HAS

Diffusion - Analyse

80 indicateurs retenus
Selon le déroulement
de la prise en charge



Panel de 13 experts
Réponses individuelles

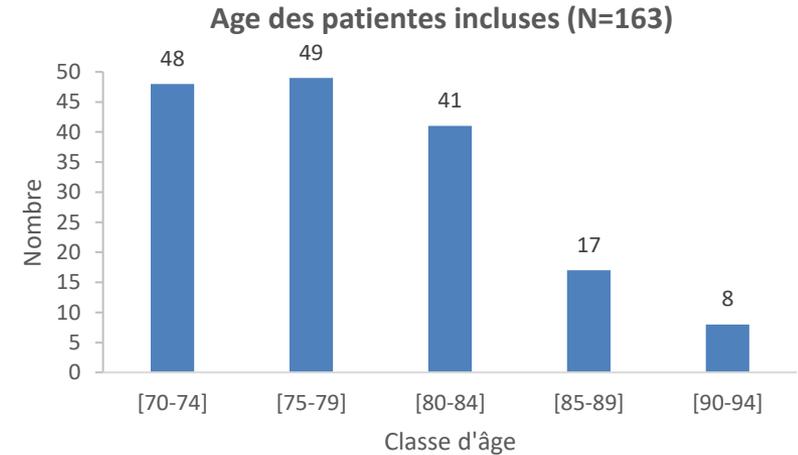
Indicateurs

80 indicateurs retenus sur les 103 proposés

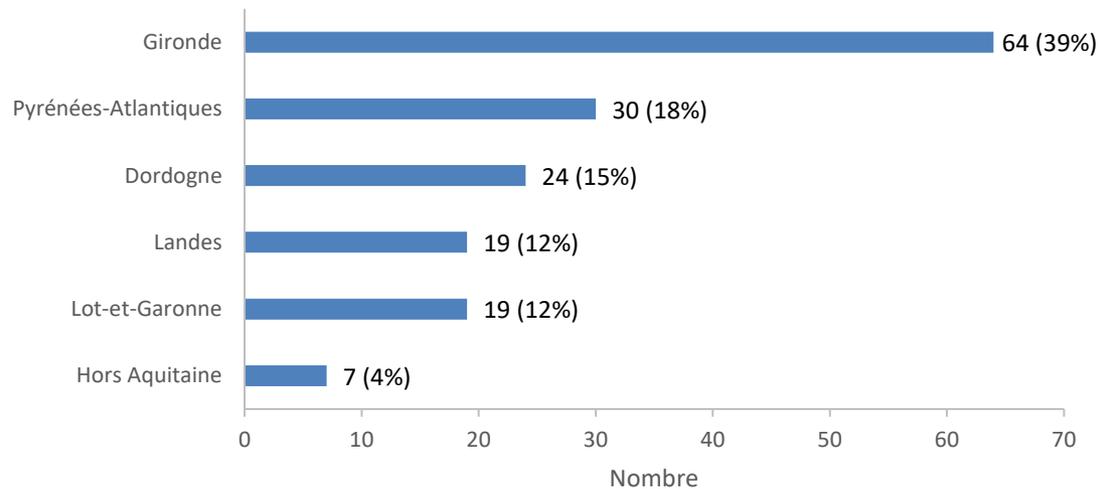
Indicateurs	Initiaux	Retenus	
		Vue globale	Complémentaires
Gériatrie	3	1	2
Diagnostic – Bilan	18	3	12
Chirurgie	12	6	5
Anatomopathologie	15	4	12
Radiothérapie/Curiethérapie	23	8	6
Chimiothérapie	11	1	2
RCP	21	3	15
Total	103	26	54

Informations générales

- 236 patientes sélectionnées → **163 patientes incluses**
- **Moyenne d'âge** des patientes : 78 ans (médiane = 77 ; écart-type = 6)
- Plus jeune : 70 ans, plus âgée : 93 ans



Département de résidence des patientes (N=163)



3C de prise en charge	Nb patientes	%
Pluri-3C	33	20,2
Institut Bergonié	25	15,3
Tivoli	24	14,7
Béarn et Soule	19	11,7
CHU	16	9,8
Dordogne	10	6,1
Bayonne	9	5,5
Landes	8	4,9
Lot et Garonne	8	4,9
Bordeaux Nord	6	3,7
Libourne	5	3,1
Total	163	100

Stades

Stade FIGO post-thérapeutique	Nb patientes	%	
I	1	0,6	115 (70,6%)
IA	63	38,7	
IB	51	31,3	
II	16	9,8	20 (12,3%)
IIIA	9	5,5	
IIIB	2	1,2	
IIIC1	6	3,7	
IIIC2	3	1,8	
Non précisé	1	0,6	
Non applicable	11*	6,7	
Total	163	100	

*Absence de chirurgie (6 patientes) ou pas de tumeur retrouvée à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire (5 patientes)

FIGO (2009) ⁴⁴	TNM (2009) ⁴⁵	DESCRIPTION	FIGO (1989)
Stades I*	T1	Tumeur limitée au corps utérin	Stades I
IA	T1a	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	IA-B
IB	T1b	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	IC
Stades II*	T2	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	Stades IIA-B
Stades III*	T3 et/ou N1	Extensions locales et/ou régionales comme suit :	Stades III
IIIA	T3a	Séreuse et/ou annexes**	IIIA
IIIB	T3b	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	IIIB
IIIC	N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	IIIC
IIIC1		Ganglions pelviens	
IIIC2		Ganglions lombo-aortiques +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	T4 et/ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	Stades IV
IVA	T4	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	IVA
IVB	M1	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	IVB

* grades 1, 2 ou 3 ; ** les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification (la classification FIGO de 1989 incluait les résultats d'une cytologie positive pour les stades IIIA).

Stade FIGO post-thérapeutique			
Déterminé par l'expert		Non concordant	
Nb patientes	%	Nb patientes	%
151	92,6	11	7,3

Evaluation de la fragilité gériatrique par le questionnaire G8 tracée pour **8%** des patientes

Évaluation gériatrique tracée	Nb patientes	%
G8 seul	10	6,1
Consultation gériatrique seule	8	4,9
G8 + consultation gériatrique	3	1,8
Aucune évaluation	142	87,1
Total	163	100

Pas de consultation gériatrique pour les 4 patientes avec un score G8 ≤ 14

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 - 17

Un score ≤ 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

Bilan préopératoire

- Prélèvement anatomopathologique préopératoire

- Réalisé pour **89%** des patientes
- **Type et grade histologiques dans le compte rendu** du prélèvement anatomopathologique préopératoire pour **76%** des patientes

- Imagerie

Réalisation d'une IRM tracée dans le dossier pour 126 patientes (77%) et d'un scanner pour 87 patientes (53%)

- Evaluation ganglionnaire lombo-aortique par IRM ou scanner pour **62%** des patientes
- **IRM après le prélèvement anatomopathologique préopératoire** réalisée et tracée pour **54%** des patientes



Prise en charge chirurgicale

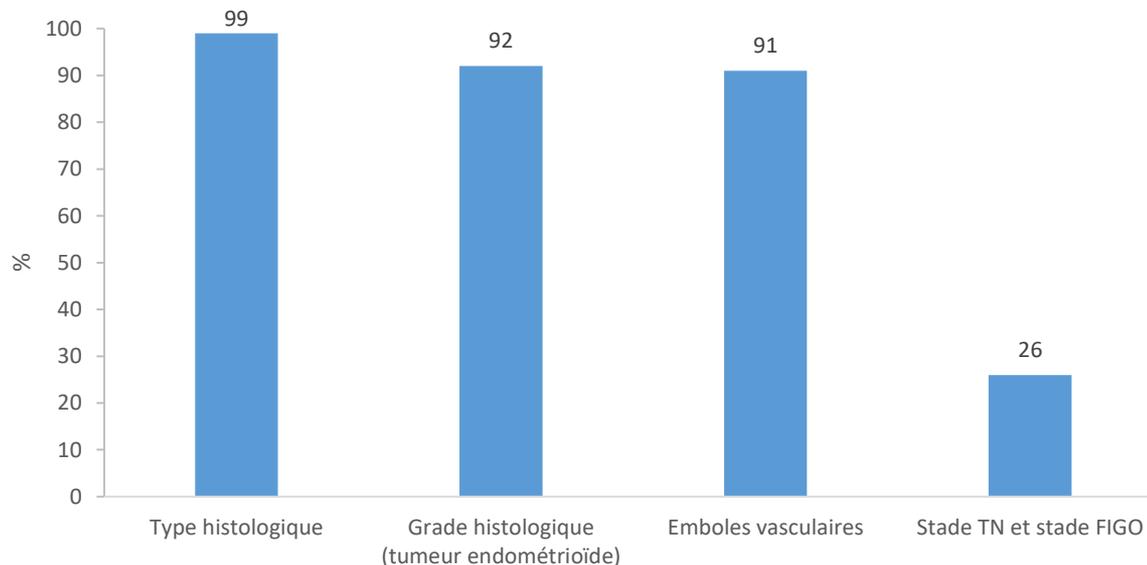
- 157 patientes (96%) opérées
 - **Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale** pour **89%** des patientes
 - **Stade I et risque bas ou intermédiaire** : **Voie d'abord coelioscopique** pour **83%** des patientes
 - **Stade I et risque élevé ou stade I ou II et type 2 histologique** : **Curage lombo-aortique lors de la chirurgie initiale** pour **15%** des patientes

Curage lombo-aortique	Nb patientes	%
Lors de la chirurgie initiale	7	14,9
Lors de la reprise chirurgicale	4	8,5
Pas de curage lombo-aortique	36	76,6
Total	47	100

- Complications dans les 30 jours suivant la chirurgie pour 8% des patientes (pas de décès)

Compte rendu anatomopathologique

- Le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire mentionnait :



Pour 10 patientes (6,4%), ni le stade TN ni le stade FIGO n'étaient notés dans le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire



Traitements complémentaires

	Recommandations du référentiel	Indicateur	
		n/N	%
Stade I risque intermédiaire	Curiethérapie vaginale seule après la chirurgie	12/20	60
Stade I risque élevé	Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie	24/44	55
	Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne	23/44	52
Stade II	Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie	10/16	63
	Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne	5/16	31
Stade III (option)	Chimiothérapie	6/23	26
Stade IIIA avec infiltration isolée de la séreuse	Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie	3/4	75
Stade IIIB	Radiothérapie externe pelvienne	0/2	0
Stade IIIC1	Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie	5/6	83
	Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne	4/6	67
Stade IIIC2	Radiothérapie externe pelvienne étendue à la région lombo-aortique après la chirurgie	2/3	67

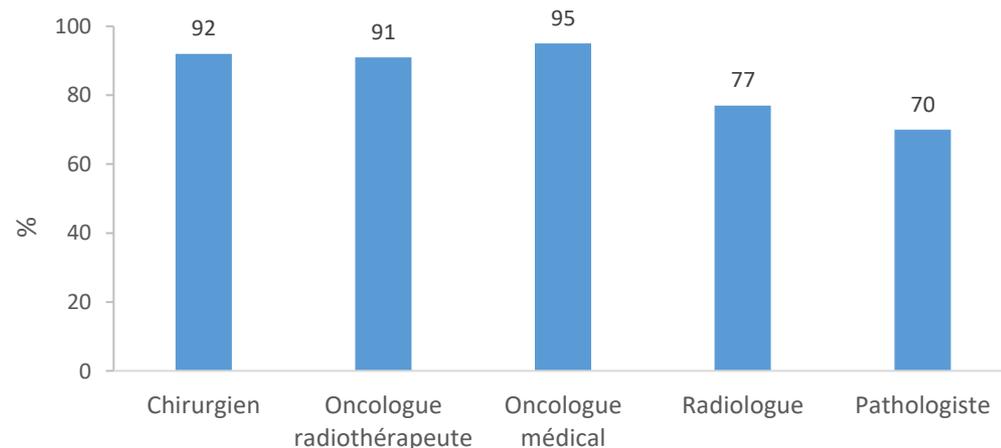
RCP préopératoire

- Dossier discuté en RCP avant la chirurgie pour **51%** des patientes opérées (pour **81%** des patientes opérées avec un cancer de stade \geq II)

Nb de RCP préopératoires	Nb patientes	%
0	77	49,0
1	62	39,5
2	16	10,2
3	2	1,3
Total	157	100

- Dossier discuté en RCP avant la chirurgie ou en absence de chirurgie avec au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste pour **100%** des patientes

- Présence des spécialistes à au moins 1 des RCP préopératoires



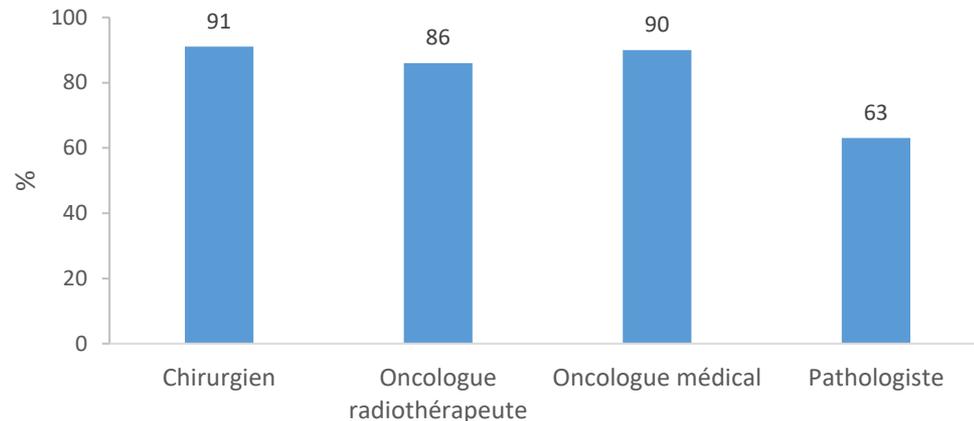
RCP post-opératoire

- Dossier discuté en RCP après la chirurgie pour **99%** des patientes opérées

Nb de RCP post-opératoires	Nb patientes	%
0	1	0,6
1	128	81,5
2	24	15,3
3	4	2,5
Total	157	100

- Dossier discuté en RCP après la chirurgie avec au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste pour **93%** des patientes

- Présence des spécialistes à au moins 1 des RCP post-opératoires



- Stade FIGO noté sur la fiche RCP post-opératoire pour **15%** des patientes

Classification	Nb patientes	%
TN seul	91	60,7
FIGO seul	11	7,3
TN + FIGO	12	8,0
TN et FIGO non précisés	36	24,0
Total	150	100

Conclusion

- 1^{ers} constats
 - Questionnaire G8 d'évaluation de la fragilité gériatrique très peu utilisé
 - IRM pas toujours systématique
 - Stade FIGO peu utilisé par rapport au TNM
 - Problème de stadification des tumeurs → restadification par un expert
 - Patientes quasiment toutes opérées
 - Lymphadénectomie pas toujours réalisée que ce soit lors de la chirurgie initiale ou par une reprise
 - Radiothérapie et curiethérapie pas systématiques dans les cas où elles sont recommandées
- Perspectives
 - Résultats à présenter au Copil et à discuter
 - Actions d'amélioration à déterminer avec le Copil et à mettre en oeuvre en tenant compte des nouvelles recommandations de novembre 2017



Comité de coordination

BOUSSER	Véronique	Médecin coordonnateur	RCA
CIRILO CASSAIGNE	Isabelle	Chargée études	RCA
MERTENS	Cécile	Oncogériatre	CHU Bordeaux Institut Bergonié
PETIT	Adeline	Radiothérapeute	Institut Bergonié

Comité de pilotage

BECERRO-HALLARD	Maïté	Gériatre	CH Mont-de-Marsan
BRUN	Jean-Luc	Gynécologue	CHU Bordeaux
CONRI	Vanessa	Gynécologue	CHU Bordeaux
CROCE	Sabrina	Anatomopathologiste	Institut Bergonié
KIND	Michèle	Radiologue	Institut Bergonié
MERLOT	Benjamin	Gynécologue	CHU Bordeaux
MONCEAU-THIBURCE	Anne-Caroline	Radiologue	CHU Bordeaux
SAINT-SUPERY	Romain	Gynécologue	MSP Bagatelle
SENECHAL-DAVIN	Claire	Gynécologue	Institut Bergonié
TRUFLANDIER	Nathalie	Oncologue médicale	CHU Bordeaux

Experts ayant participé à la cotation

ASAD-SYED	Maryam	Radiologue	Cabinet radiologie Bordeaux
BENJAMIN	Alice	Radiologue	CHU Bordeaux
BOULE	Jérôme	Gériatre	CH Pau
BOURDARIAS	Lionnel	Gynécologue	CH Bayonne
FLOQUET	Anne	Oncologue médicale	Institut Bergonié
GUYON	Frédéric	Gynécologue	Institut Bergonié
MOREAUX	Grégoire	Gynécologue	CMC Arès
PERIE	Jean-Luc	Gériatre	CH Dax
QUERLEU	Denis	Chirurgien	Institut Bergonié
ROCHE COMET	Isabelle	Anatomopathologiste	IHCP Le Bouscat
SIRE	Marie	Oncologue médicale	CH Libourne
THOMAS	Laurence	Radiothérapeute	Institut Bergonié
ZIRGANOS	Nicolas	Anatomopathologiste	CH Mont de Marsan

Le projet a reçu, pour sa réalisation, le concours financier de la Ligue contre le cancer de Gironde.



Merci de votre attention



Validation par méthode Delphi

- Composition du groupe d'experts
 - 4 chirurgiens, 2 oncologues médicaux, 1 oncologue radiothérapeute, 2 anatomopathologistes, 2 gériatres, 2 radiologues
 - Etablissements publics et privés représentés
 - De toute la région
- Rôle
 - Coter la pertinence/utilité de chaque indicateur proposé par le Copil
 - Ajouter des remarques éventuelles
- Méthode
 - Au 1^{er} tour, envoi au groupe d'experts de la liste initiale des indicateurs proposés par le Copil et cotation de 1 à 9 de chaque indicateur par les experts
 - Aux 2^{ème} et 3^{ème} tours, envoi au groupe d'experts d'une nouvelle grille tenant compte de l'ensemble des remarques et cotation de 1 à 9 de chaque indicateur par les experts



Synthèse des résultats

- **1^{er} tour**

- Sur 103 indicateurs soumis : **3 indicateurs acceptés d'emblée** et non soumis au 2^{ème} tour
- Pas d'indicateur inapproprié
- 100 indicateurs à resoumettre
- 11 nouveaux indicateurs proposés par les experts

- **2^{ème} tour**

- Sur 111 indicateurs soumis : **77 indicateurs acceptés**
- Pas d'indicateur rejeté
- 34 indicateurs à resoumettre

- **3^{ème} tour**

- Nombre de participants < 80% par rapport au 1^{er} tour : **analyse invalide**

➔ **80 indicateurs retenus pas les experts**

- 26 permettant une vue globale de la prise en charge
- 54 complémentaires



Analyse résultats selon la méthode HAS

1^{er} tour

Indicateur jugé	Médiane	Distribution des réponses	Soumis au 2ème tour	
Approprié	Accord fort	≥ 7	Toutes les réponses entre [7-9]	Non, indicateur accepté tel quel
	Accord relatif	≥ 7	Toutes les réponses entre [5-9]	Oui
Inapproprié	Accord fort	≤ 3	Toutes les réponses entre [1-3]	Non, indicateur rejeté tel quel
	Accord relatif	$\leq 3,5$	Toutes les réponses entre [1-5]	Oui
Incertain	Indécision	Entre [4-6,5]	Quelle que soit la répartition	Oui
	Absence de consensus	≥ 7	Au moins une valeur < 5	Oui
		$\leq 3,5$	Au moins une valeur > 5	Oui

2^{ème} tour

Indicateur jugé	Médiane	Distribution des réponses	Soumis à la discussion	
Approprié	Accord fort	≥ 7	Toutes les réponses entre [7-9] sauf une < 7	Non, indicateur accepté tel quel
	Accord relatif	≥ 7	Toutes les réponses entre [5-9] sauf une < 5	Non, indicateur accepté tel quel
Inapproprié	Accord fort	≤ 3	Toutes les réponses entre [1-3] sauf une > 3	Non, indicateur rejeté tel quel
	Accord relatif	$\leq 3,5$	Toutes les réponses entre [1-5] sauf une > 5	Non, indicateur rejeté tel quel
Incertain	Indécision	Entre [4-6,5]	Quelle que soit la répartition	Oui
	Absence de consensus	≥ 7	Au moins deux valeurs < 5	Oui
		$\leq 3,5$	Au moins deux valeurs > 5	Oui

Recueil des données

- Autorisations – Information
 - Avis favorable du CCTIRS/Déclaration MR-003 CNIL
 - Demande d'autorisation aux directeurs des établissements ayant pris en charge ces patientes pour recueillir les données dans les dossiers médicaux
 - Information des médecins qui ont présenté les dossiers des patientes incluses en RCP + envoi des notes d'information à remettre aux patientes
 - Information des 3C et des ARCs EMRC du démarrage de l'étude
- Recueil des données
 - A partir des fiches RCP et des dossiers médicaux des patientes dans les établissements
 - Par une ARC du RCA de mars à septembre 2017



Population d'étude

236 patientes âgées de 70 ans et plus dont le dossier a été présenté en RCP en 2015 en Aquitaine pour une tumeur maligne de l'endomètre, sélectionnées à partir de la base de données régionale des RCP

163 patientes incluses
(prise en charge initiale d'un cancer invasif de l'endomètre)

73 patientes exclues :

- Autre localisation (23)
- Stade IVB (20)
- Autre histologie (Sarcome (6), Tumeur bénigne (4), Tis (2), Pas d'histologie (2))
- Prise en charge hors Aquitaine (5)
- Récidive (4)
- Perdue de vue (3)
- Refus patiente recueil données (2)
- Prise en charge antérieure (1)
- Erreur année de naissance (1)

Classification post-thérapeutique utilisée

Type de stade	Anatomochirurgical		RCP postopératoire	
	Nb patientes	%	Nb patientes	%
FIGO seul	3	1,8	11	6,7
TNM seul	83	50,9	93	57,1
FIGO + TNM	61	37,4	12	7,4
Pas de stade noté	5	3,1	40	24,5
Non applicable	11*	6,7	7**	4,3
Total	163	100	163	100

*Absence de chirurgie (6 patientes) ou pas de tumeur retrouvée à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire (5 patientes)

**Absence de RCP postopératoire

Concordance stades « expert » / dossier

- Stade FIGO pré-thérapeutique

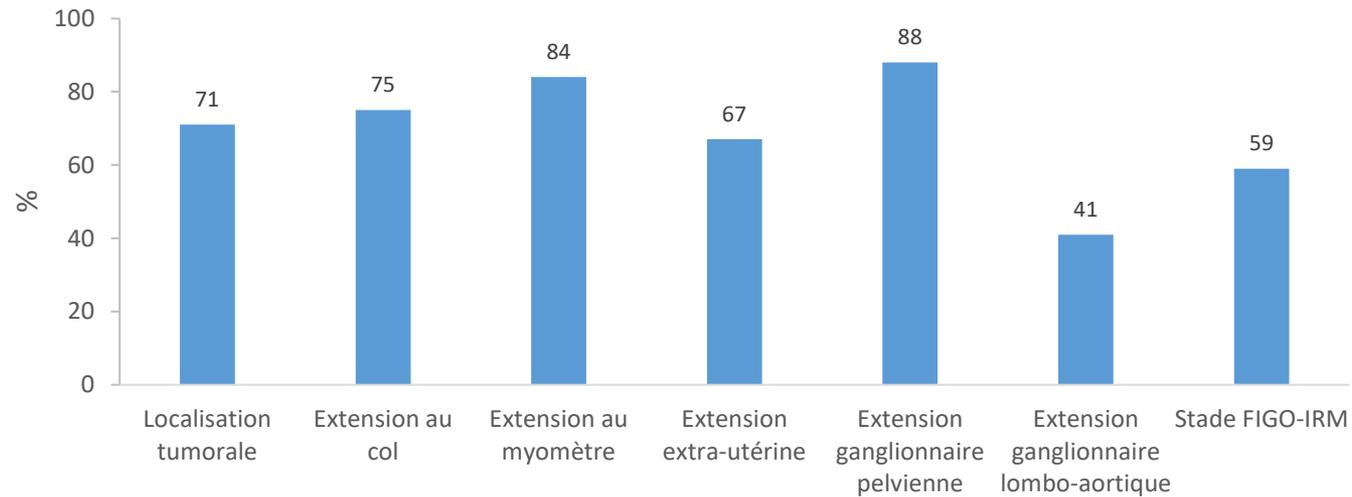
- Stade FIGO pré-thérapeutique déterminé par l'expert à partir des données du compte rendu de l'IRM pour **112 patientes (69%)** (manque d'information dans le compte rendu pour 14 patientes ; pas d'IRM ou de trace de réalisation d'une IRM dans le dossier pour 37 patientes)
- Stades concordants pour **71 patientes (63%)** ; non concordants pour 14 patientes (13%) et stade non tracé dans le dossier pour 27 patientes (24%)

- Stade FIGO post-thérapeutique

- Stade FIGO post-thérapeutique déterminé par l'expert à partir des données du compte rendu anatomochirurgical (chirurgie initiale ou reprise) pour **151 patientes (93%)** (manque d'information dans le compte rendu pour 1 patiente ; pas de tumeur à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire pour 5 patientes et pas de chirurgie pour 6 patientes)
- Stades concordants pour **136 patientes (90%)** ; non concordants pour 11 patientes (7%) et stade non tracé dans le dossier pour 4 patientes (3%)

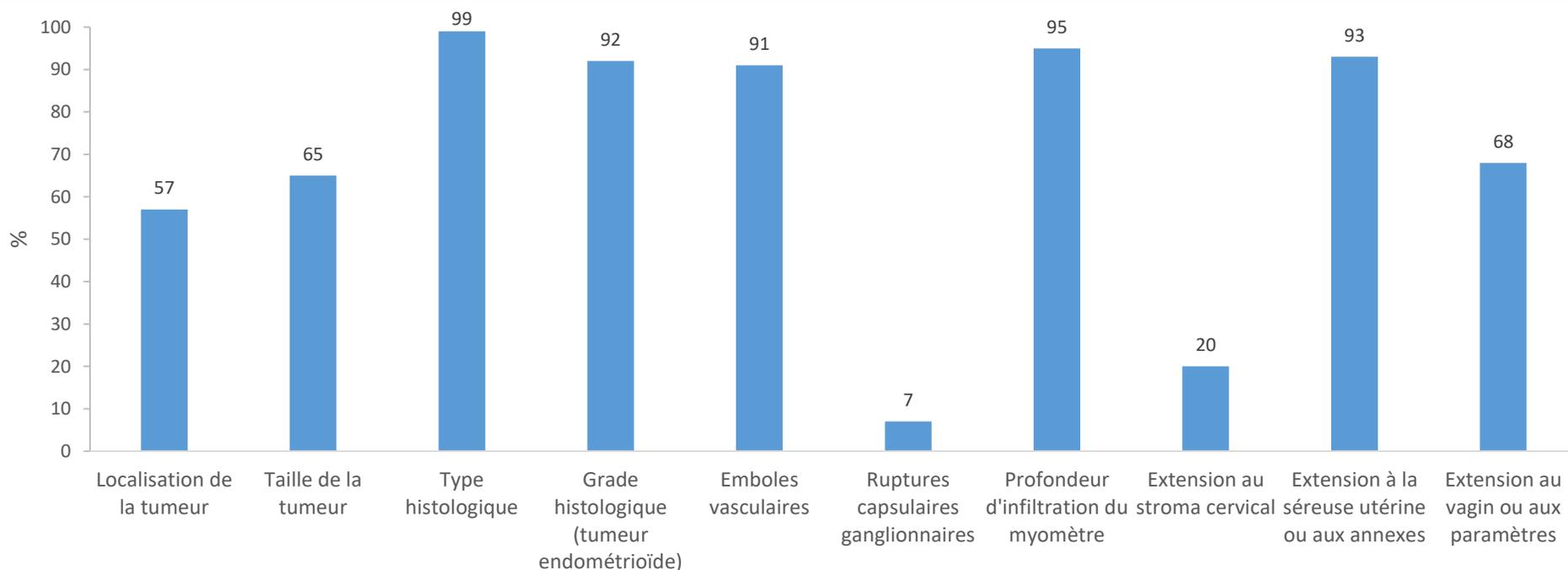
Bilan préopératoire

- Le compte rendu de l'IRM mentionnait :



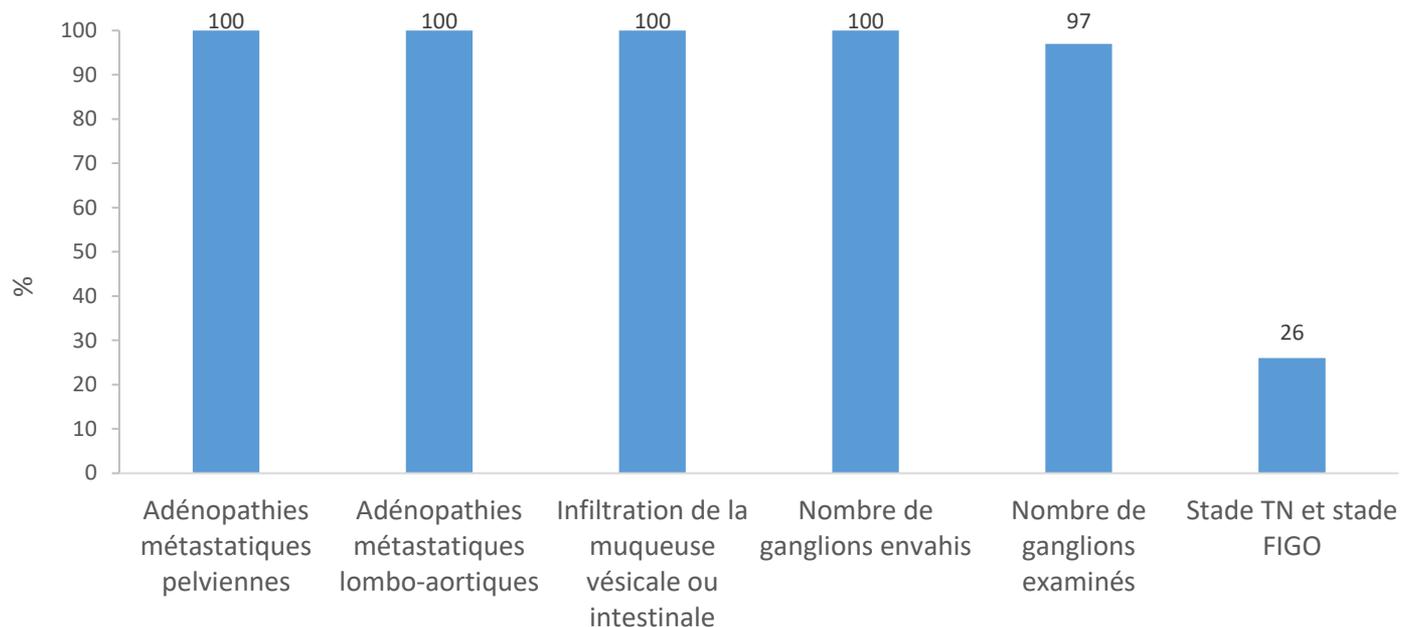
Compte rendu anatomopathologique

- Le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire mentionnait :



Compte rendu anatomopathologique

- Le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire mentionnait :



Traitements complémentaires

- 4 patientes (2%) ont eu une radiothérapie préopératoire ; 52 patientes opérées (33%) une radiothérapie post-opératoire
- 76 patientes (47%) ont eu une curiethérapie post-opératoire
- Aucune patiente n'a eu de chimiothérapie préopératoire ; 7 patientes opérées (4%) ont eu une chimiothérapie post-opératoire (dont 2 concomitamment à la radiothérapie)
- Indicateurs des traitements complémentaires et séquences des traitements des patientes opérées

Stade I bas risque

Traitement		Nb patientes	%
Chirurgie		25	58,1
Chirurgie	Curiethérapie	18	41,9
Total		43	100

Stade I risque intermédiaire

- Curiethérapie vaginale seule après la chirurgie pour **60%** des patientes opérées
- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **25%** des patientes opérées

Traitement		Nb patientes	%
Chirurgie	Curiethérapie	12	60,0
Chirurgie	Radiothérapie	5	25,0
Chirurgie		3	15,0
Total		20	100

Traitements complémentaires

Stade I haut risque

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **55%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **52%** des patientes opérées

Traitement				Nb patientes	%
Chirurgie	Radiothérapie	Curiethérapie		22	50,0
Chirurgie				19	43,2
Chirurgie	Radiothérapie			1	2,3
Chirurgie	Curiethérapie			1	2,3
Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	1	2,3
Total				44	100

Stade II

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **63%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **31%** des patientes opérées

Traitement				Nb patientes	%
Chirurgie				5	31,2
Chirurgie	Radiothérapie	Curiethérapie		5	31,2
Chirurgie	Radiothérapie			4	25,0
Chirurgie	Curiethérapie			1	6,3
Radiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie		1	6,3
Total				16	100

Traitements complémentaires

Stade III

- Chimiothérapie pour **26%** des patientes
- Chimiothérapie proposée en RCP pour **100%** des patientes

Stade IIIA

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **75%** des patientes opérées avec une infiltration isolée de la séreuse

Traitement			Nb patientes	%
Chirurgie			5	55,6
Chirurgie	Radiothérapie	Curiethérapie	2	22,2
Chirurgie	Radiothérapie		1	11,1
Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	1	11,1
Total			9	100

Stade IIIB

- Radiothérapie externe pelvienne pour **aucune** patiente

Traitement		Nb patientes	%
Chirurgie		1	50
Chirurgie	Chimiothérapie	1	50
Total		2	100

Traitements complémentaires

Stade IIIC1

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **83%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **67%** des patientes opérées

Traitement				Nb patientes	%
Chirurgie	Radiothérapie	Curiethérapie		2	33,3
Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	2	33,3
Chirurgie	Radiothérapie			1	16,7
Chirurgie				1	16,7
Total				6	100

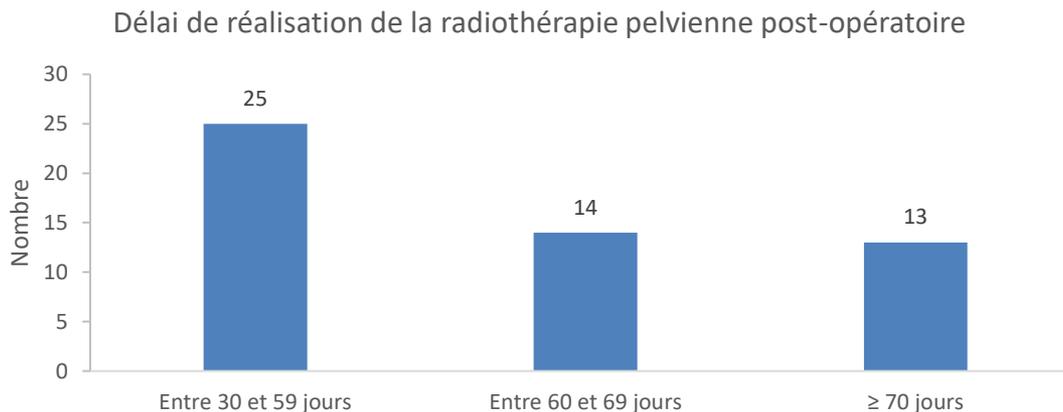
Stade IIIC2

- Radiothérapie externe pelvienne étendue à la région lombo-aortique après la chirurgie pour **67%** des patientes opérées

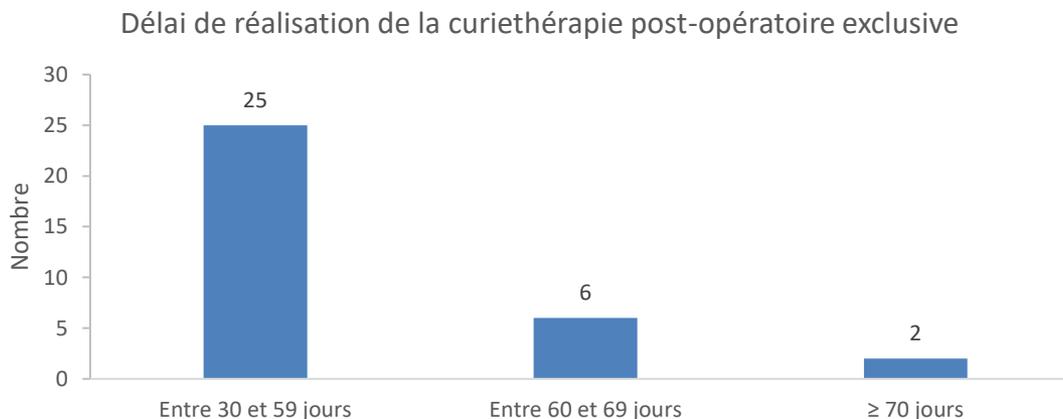
Traitement				Nb patientes	%
Chirurgie				1	33,3
Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie		1	33,3
Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	1	33,3
Total				3	100

Délais et technique d'irradiation

- Radiothérapie externe pelvienne dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie pour **48%** des patientes opérées



- Curiethérapie exclusive après la chirurgie avec un haut débit de dose pour **97%** des patientes opérées





Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Cancer de l'endomètre

Prise en charge primaire des cancers de l'endomètre : recommandations SFOG-CNGOF



Primary management of endometrial carcinoma. Joint recommendations of the French society of gynecologic oncology (SFOG) and of the French college of obstetricians and gynecologists (CNGOF)

D. Querleu^{a,*}, E. Darai^b, F. Lecuru^c, A. Rafii^{d,e}, E. Chereau^f, P. Collinet^g, P. Crochet^h,
H. Marretⁱ, E. Mery^j, L. Thomas^a, V. Villefranque^k, A. Floquet^a, F. Planchamp^a

^aInstitut Bergonié, 229, cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France

^bService de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^cService de cancérologie gynécologique et du sein, hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^dWeill Cornell Medicine, Education City, Al Lugta St, Ar-Rayyan, Qatar

^eService de gynécologie-obstétrique, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France

^fHôpital privé Beauregard, 23, rue des Linots, 13001 Marseille, France

^gClinique de gynécologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, centre hospitalier régional universitaire, 59037 Lille cedex, France

^hService de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Conception, AP-HM, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

ⁱPôle de gynécologie-obstétrique, service de chirurgie pelvienne gynécologique et oncologique, centre hospitalier universitaire Bretonneau, 2, boulevard Tonnelé, 37044 Tours cedex 1, France

^jInstitut Claudius-Regaud, IUCT Oncopole, 1, avenue Irène-Joliot-Curie, 31100 Toulouse, France

^kService de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier René-Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, 95300 Pontoise, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 11 novembre 2017

Mots clés :

Cancer de l'endomètre

Recommandations pour la pratique clinique

RÉSUMÉ

But. – La prise en charge du cancer de l'endomètre est en constante évolution. La SFOG et le CNGOF se sont accordés pour remettre à jour les recommandations françaises (Institut national du cancer 2011) et pour adapter à la pratique française les recommandations 2015 issues de la conférence de consensus européenne réunissant les trois sociétés européennes concernées (ESGO, ESTRO, ESMO).

Matériel et méthodes. – Une méthodologie stricte a été suivie, comportant la création d'un groupe de pilotage, une revue bibliographique systématique, une élaboration de recommandations prenant en compte le niveau de preuve et une revue externe par des utilisateurs issus de toutes les disciplines et tous les modes d'exercice concernés (304 remarques par 54 relecteurs).

Résultats. – Le traitement du cancer de l'endomètre nécessite un bilan préopératoire rigoureux permettant d'émettre une prévision, imparfaite, du stade. Cette évaluation permet d'orienter le niveau de stadification chirurgicale requis. La chirurgie doit être autant que possible être réalisée par technique minimalement invasive. L'étude anatomopathologique finale est la clé de la décision de traitement adjuvant, qui comporte de manière variable surveillance, radiothérapie, curiethérapie ou chimiothérapie.

Conclusion. – Les algorithmes de prise en charge permettront de répondre rapidement, sur la base du niveau de connaissance actuel, aux problèmes posés par le cancer de l'endomètre. Ils doivent être intégrés dans une discussion pluridisciplinaire à toutes les étapes du traitement.