

# **ATTEINTE GANGLIONNAIRE**

**Stratégies diagnostiques et  
implications thérapeutiques dans la  
prise en charge des cancers pelviens**

Collège Gynécologie CVI

# Statut N +



- Transforme une maladie locale en maladie locorégionale voire générale
- Intérêt pronostique
- Modification de la stratégie thérapeutique

Collège Gynécologie CVI

# Enjeux statut N+



- Col utérin : III B
- Endomètre : III B
- Ovaire : III C
- Vulve : III

Survie globale  
Survie sans récurrence



# Stratégies diagnostiques

TOUT ÉVOLUE ET TOUTE ÉVOLUTION NÉCESSITE D'ÊTRE  
ÉVALUÉE AVANT D'ÊTRE PROPOSÉE EN ROUTINE ET  
INCLUSE DANS LES S.O.R.

Collège Gynécologie CVL





**L'ÉVALUATION EST LONGUE, COÛTEUSE, NÉCESSITANT DES  
ÉTUDES RANDOMISÉES EN DOUBLE AVEUGLE  
MULTICENTRIQUES ET CONFRONTÉES PARFOIS À L'ÉTHIQUE.**

**REGIONS  
GANGLIONNAIRES**

**GROUPES  
GANGLIONNAIRES**

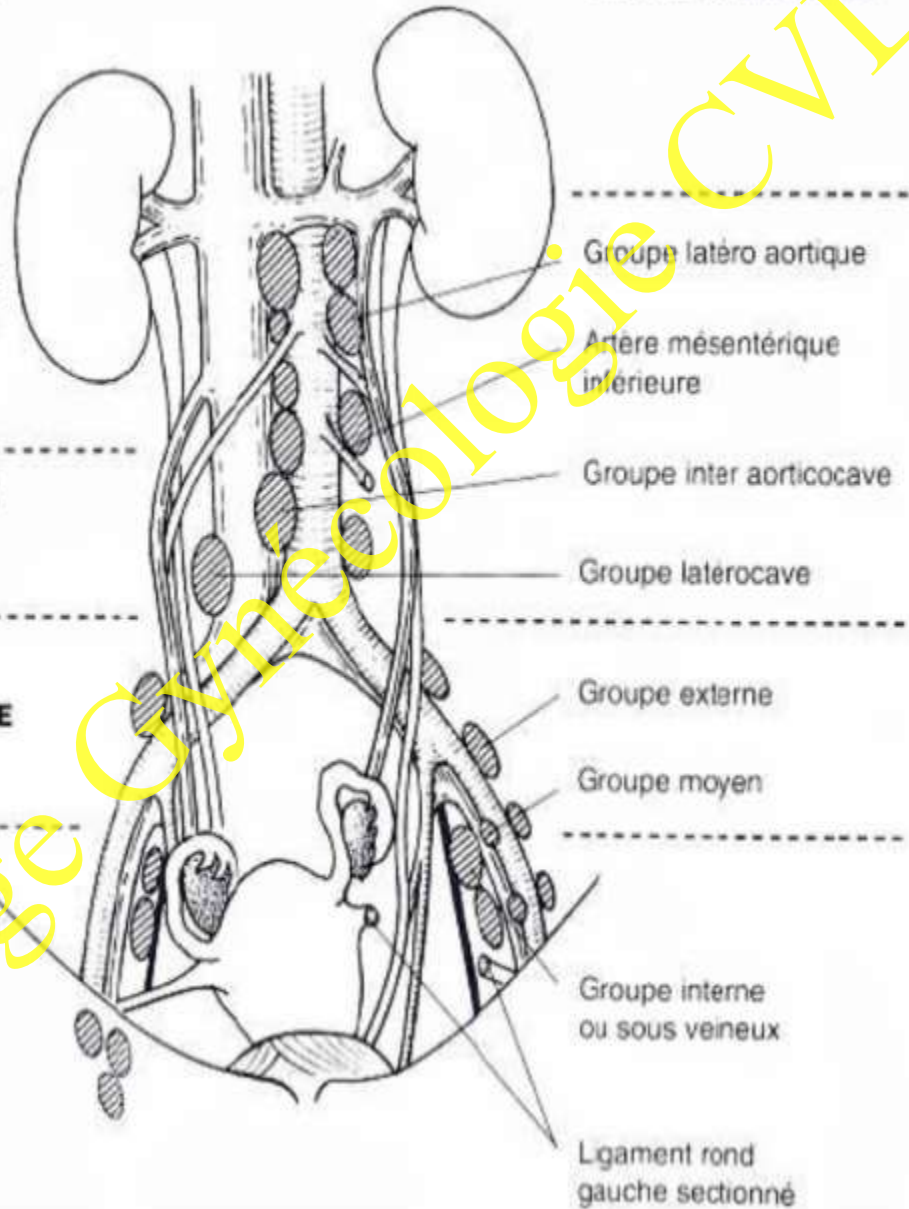
-----  
**LOMBO AORTIQUE  
SUPRA MÉSENTE-  
RIQUE**

-----  
**LOMBO AORTIQUE  
INFRA MÉSENTE-  
RIQUE**

-----  
**ILIAQUE PRIMITIVE**

-----  
**ILIAQUE EXTERNE**

**INGUINALE**





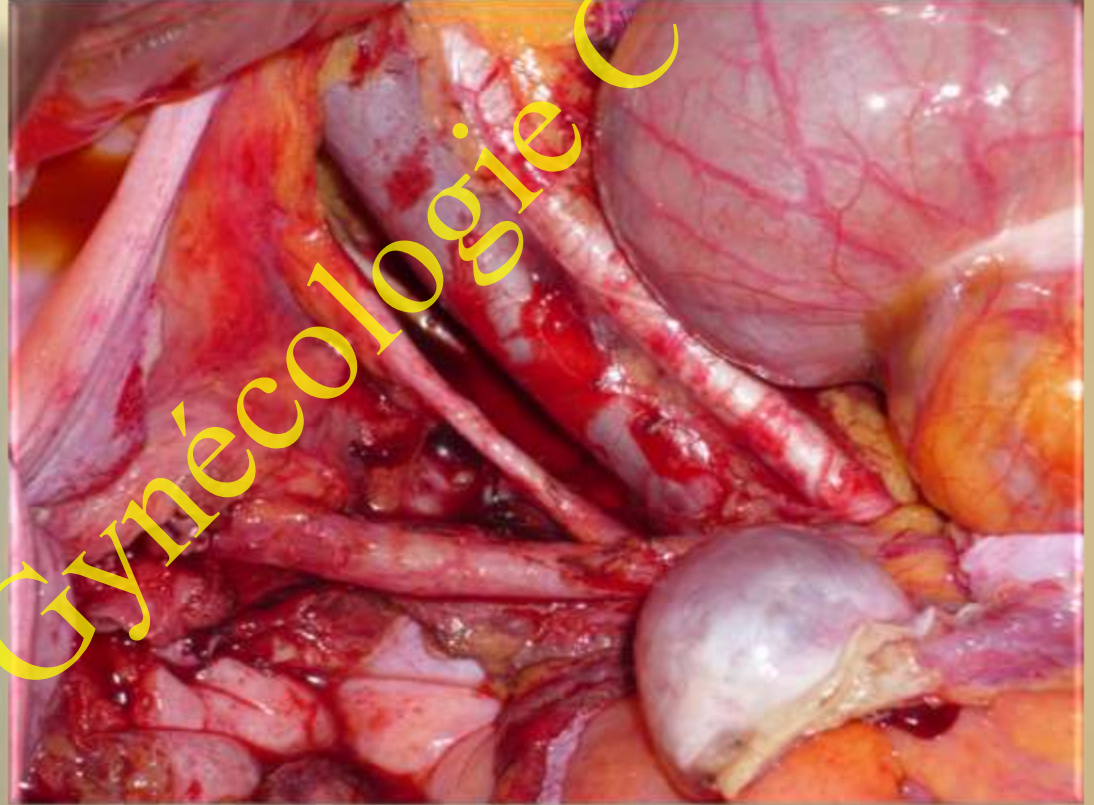
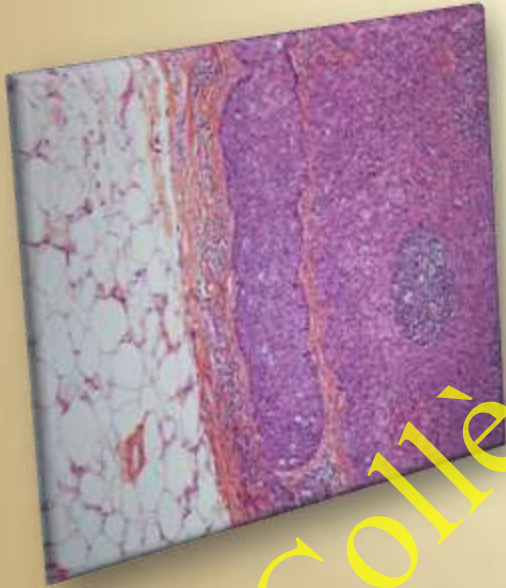
# Stadification chirurgicale





## Curages ganglionnaires

- ❑ Métastase : > 2 mm
- ❑ Micro métastase : 0.2-2 mm
- ❑ Cellules tumorales isolées : < 0.2 mm.



Collège Gynécologie CML

# CURAGES GANGLIONNAIRES

❑ **Laparotomie**

❑ **Cœlioscopie**

**Morbidité certaine surtout curage  
lombo-aortique : 10 %**

- ❑ **lymphocèles**
- ❑ **plaies vasculaires**
- ❑ **plaies organes de voisinage**

**Examen extemporané des  
ganglions**

**Technique du ganglion sentinelle**



# Examen extemporané ganglionnaire

## En cas de curage ganglionnaire complet

Technique : coupes congelées surtout

### Résultats :

**Sensibilité : 68 à 92%**

- ❑ du nombre de ganglions étudiés
- ❑ du protocole de congélation
- ❑ de la taille des métastases
- ❑ du protocole d'étude pour l'histologie définitive

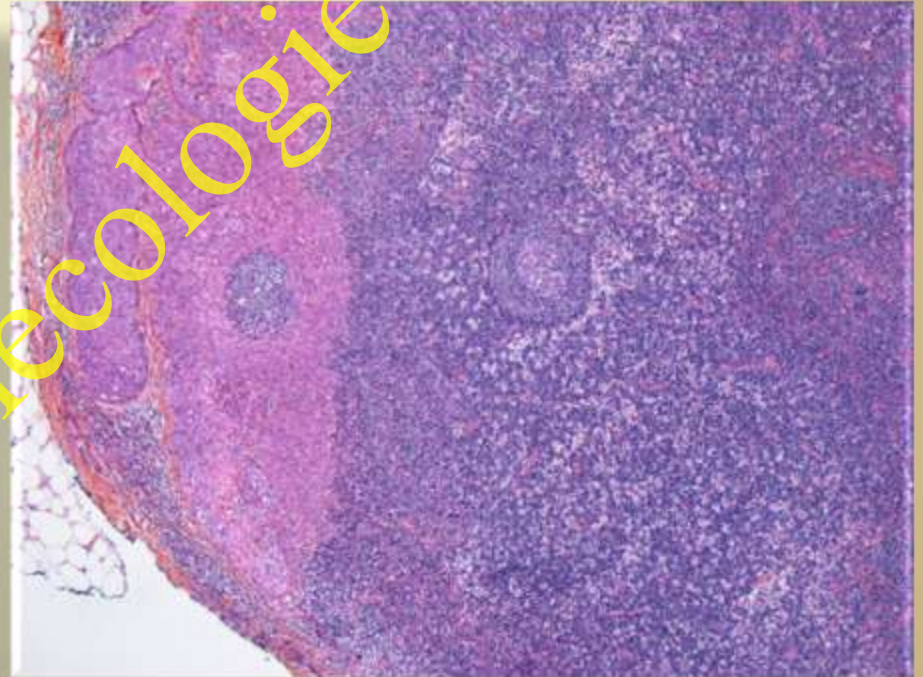
**Spécificité : 100%**

### Avantages :

si positif : modification prise en charge thérapeutique

### Inconvénients :

Technique longue , impossible d'étudier tous les ganglions





# Examen extemporané ganglionnaire

## En cas de ganglion sentinelle

Technique : empreintes ou coupes congelées

### Résultat

Peu sensible

**Fader** AN et al (gynecol oncol 2008)

Sensibilité 33,3%

**Barranger** E et al (gynecol oncol 2004)

Sensibilité 8,3%

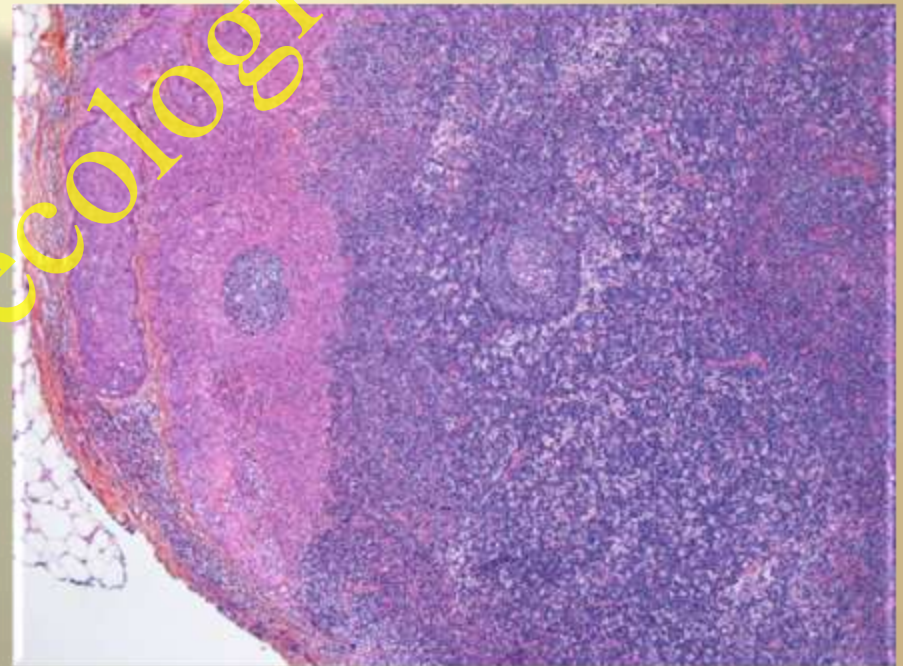
### Avantages

si positif modification de la prise en charge thérapeutique

### Inconvénients

Manque de sensibilité  
Perte de matériel # perte d'informations potentielles

*justifiée par une diminution de morbidité?*



# Ganglion sentinelle

## Intérêt dans les cancers pelviens

- ✓ Col
- ✓ Vulve
- ✓ Endomètre

## Etude multicentrique : SENTICOL

- 128 patientes
- 384 GS
- 1853 ganglions non GS analysés

### Se

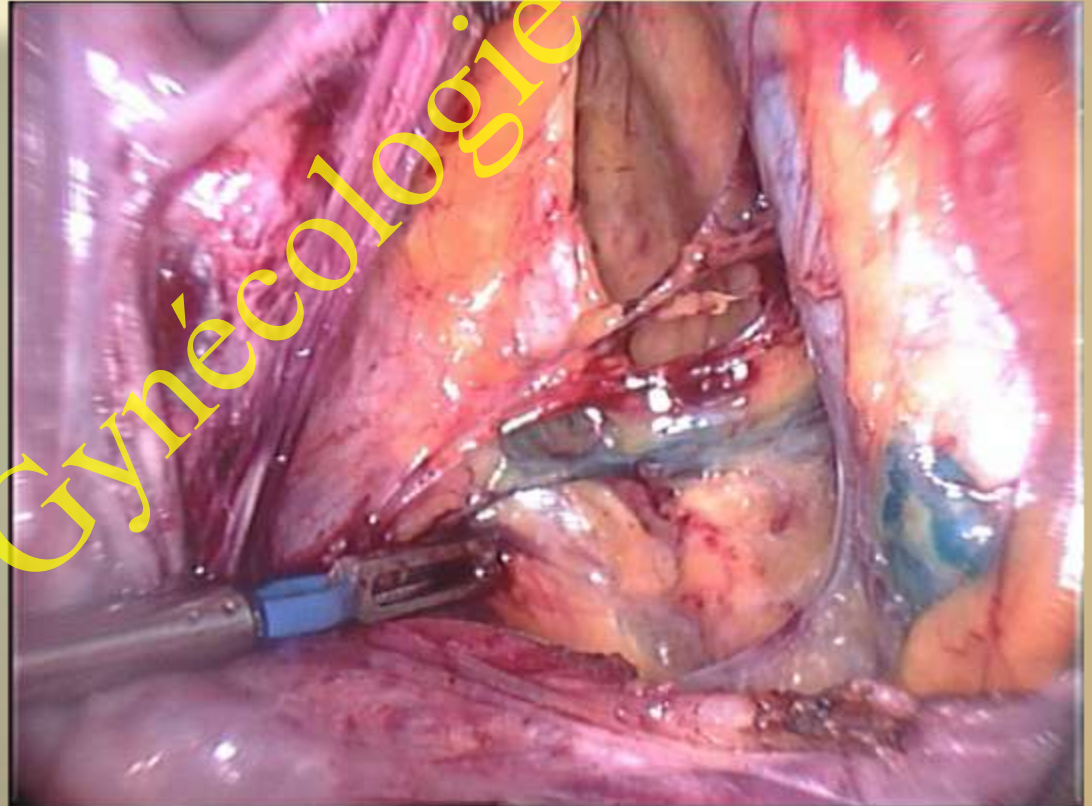
- 100% par patiente
- 100% côté gauche
- 91,6% côté droit

### VPN

- 100% par patiente
- 100% côté gauche
- 98,6% côté droit

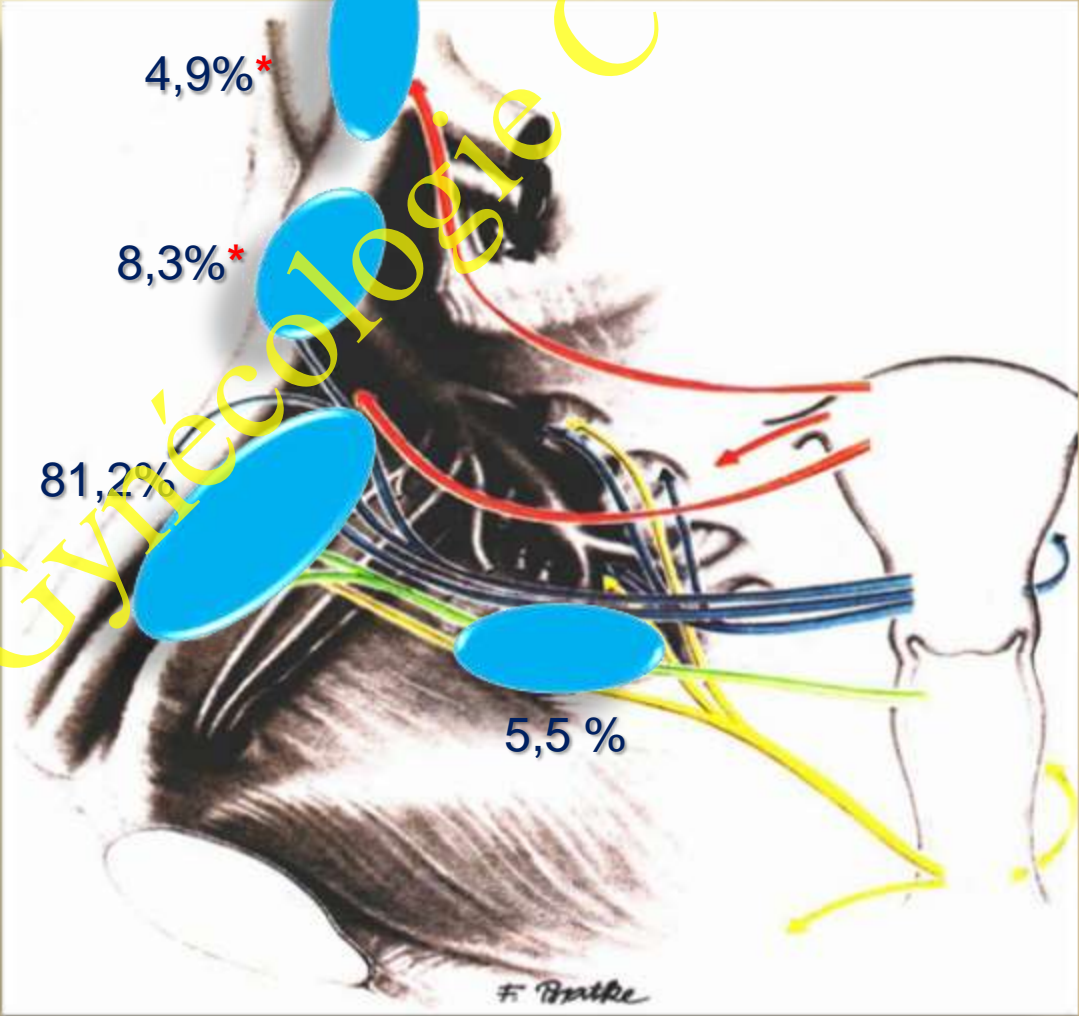
Examen extemporané : 14% F-

Fabrice LECURU HEGP 2008



# Drainages GS Senticol

Drainage lymphatique non attendu  
chez 18,7% des patientes



Collège Gynécologie CML

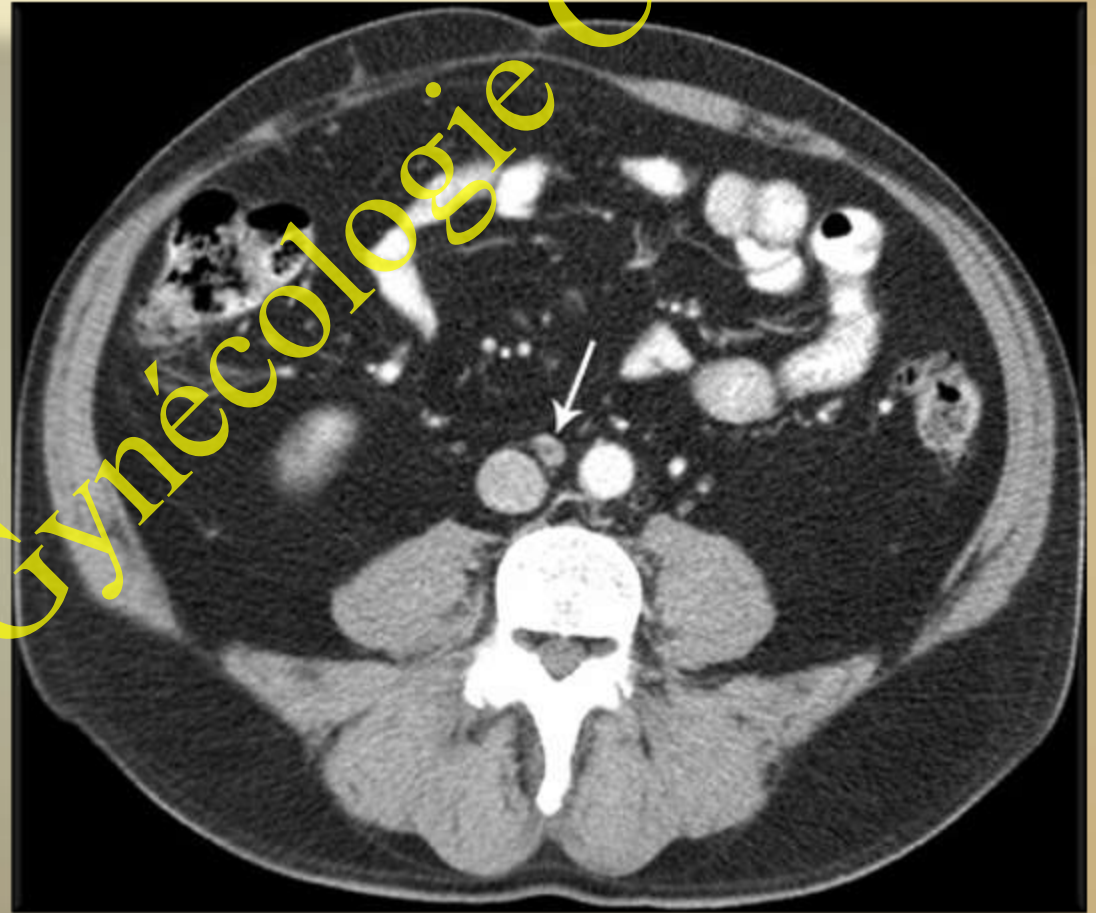


# Stadification par « Imagerie »



## Scanner

- ❑ le critère diagnostique est la taille des adénopathies
- ❑ les sensibilités sont globalement faibles entre 30% et 67% en fonction des séries
- ❑ La limite de résolution est centimétrique



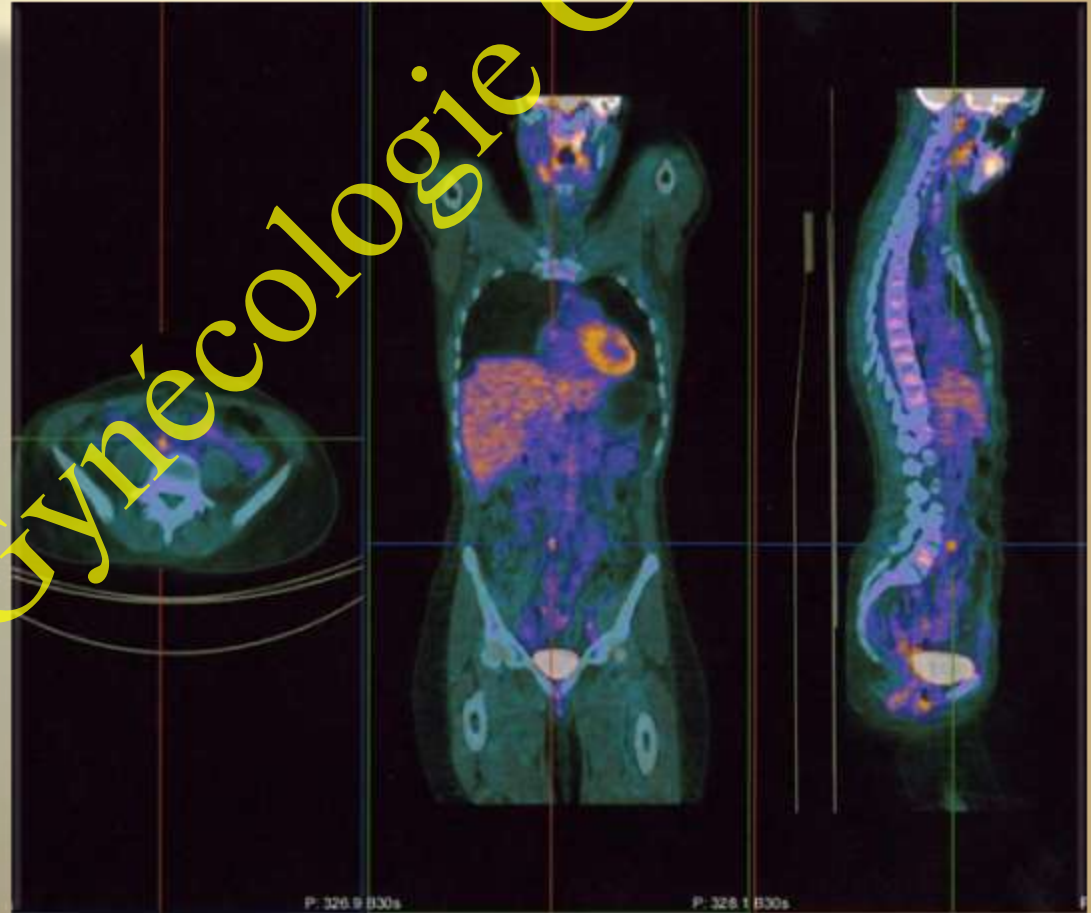
Collège Gynécologie CVI



## TEP - Scanner

- ❑ Imagerie fonctionnelle, reflet de l'activité métabolique des cellules tumorales
- ❑ Couplée à la tomodensitométrie pour une meilleure définition spatiale
- ❑ SOR 2005 : proposé dans le bilan d'extension du cancer du col utérin avancé

SENSIBILITÉ VARIABLE: 50 À 100%  
SPÉCIFICITÉ ÉLEVÉE: 83 À 100%





## Imagerie IRM

**Se 70% (63-89%)**

**Sp 80%-98%**

**Seuil de détection : 10 mm**

**Améliorations possibles par utilisation de nouveaux produits de contraste: micro-particules d'oxdes de fer: USPIO (pas encore commercialisé en France)**



# U.S.P.I.O. Ultrasmall SuperParamagnetic Iron Oxide

Particules ayant un diamètre inférieur à 50nm  
Permettent de différencier les ganglions inflammatoires des ganglions métastatiques

Seuil de détection : 4 mm

Technique lourde  
Peu d'études

Evaluation nécessaire +++



Collège Gynécologie CML

# U.S.P.I.O / TEP -Scan

	Se	Sp	Vpp	Vpn
IRM - USPIO	100 %	80 %	80 %	100 %
PET - Scan	80 %	100 %	100 %	80 %

*Stadnik TW - Eur Radiol - 01-OCT-2006; 16(10): 2153-60*

Preoperative breast cancer staging: comparison of USPIO-enhanced MR imaging and 18F-fluorodeoxyglucose (FDC) positron emission tomography (PET) imaging for axillary lymph node staging--initial findings



**Table 3**  
**Comparison of validity parameters between MRI and PET/CT in evaluating primary lesion and lymph node status**

Validity parameters		MRI (%)	PET/CT (%)	<i>P</i> -value
For primary lesion ( <i>n</i> = 53)	Sensitivity	91.5	89.4	1.000
	Specificity	33.3	50.5	1.000
	Accuracy	84.9	84.9	1.000
	PPV	91.5	93.3	
	NPV	33.3	37.5	
For PALN areas ( <i>n</i> = 31)	Sensitivity	14.3	57.1	0.250
	Specificity	91.7	87.5	1.000
	Accuracy	74.2	80.6	0.625
	PPV	33.3	57.1	
	NPV	78.6	87.5	
For PLN areas ( <i>n</i> = 106)	Sensitivity	83.3	83.3	1.000
	Specificity	87.0	91.0	0.125
	Accuracy	87.7	88.1	0.125
	PPV	27.8	35.7	
	NPV	98.9	98.9	
For total LN areas ( <i>n</i> = 137)	Sensitivity	46.2	69.2	0.250
	Specificity	87.9	90.3	0.289
	Accuracy	83.9	88.3	0.065
	PPV	28.6	42.9	
	NPV	94.0	96.6	
On patient-by-patient analysis <sup>a</sup> ( <i>n</i> = 53)	Sensitivity	50.0	62.5	1.000
	Specificity	80.0	86.7	0.375
	Accuracy	75.5	83.0	0.219
	PPV	30.8	45.5	
	NPV	90.0	92.9	

MRI, magnetic resonance imaging; PET/CT, positron emission tomography/computed tomography; PALN, paraaortic lymph node; PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value; PLN, pelvic lymph node; LN, lymph node.

<sup>a</sup> In detecting metastatic LNs.

# Stadification Ganglionnaire dans les Cancers du Col

Stadification ganglionnaire	Nombre d'études	Nombre de patientes	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Biopsie du GS	31	1 140	91,4	100
TEP-Scan	8	445	74,7	97,6
IRM	24	1 206	55,5	93,2
TDM	32	2 640	57,5	92,3

# T.E.P. / LA dans les CCLA

88 patientes 4 centres 2004-2008

## Morbidité

- ❑ 10 % lymphadénectomie LA
  - ✓ plaie sigmoïdienne
  - ✓ plaie vasculaire
  - ✓ lymphocèle
- ❑ 0 % TEP

TEP positif en pelvien et négatif en lombo-aortique

- ❑ **30 % micro-métastases en LA**

TEP négatif en pelvien et lombo-aortique

- ❑ **13 % micro-métastases en LA**

	Se	Sp	Vpp	Vpn
	50 %	76 %	32 %	87 %
Micro-métastases	28 %	76 %	10 %	71 %

Efficacité de l'imagerie par tomographie par émission de positons (TEP) dans le bilan préthérapeutique des cancers du col utérin localement avancés (CCLA)

Peirera, A, Bensaid S, Froute A, Narducci F, Querleu D, Morice P, Lecuru F, Leblanc E



# Bilan pré thérapeutique



- TEP – SCAN positif
  - Pas de curage LA
- TEP – SCAN négatif
  - Curage LA



# Implications Thérapeutiques

Collège Gynécologie CVL



**Standards**

**Options**

**Recommandations**



Les Standards et les Options	
<b>Standards</b>	Un Standard correspond à une attitude clinique reconnue à l'unanimité comme l'attitude clinique de référence par les experts
<b>Options</b>	Des Options correspondent à plusieurs attitudes cliniques reconnues comme appropriées par les experts. Une Option peut avoir la préférence des experts.

La mise en œuvre des Standards et des Options doit tenir compte :

- Du contexte organisationnel
- De la situation particulière du patient
- De l'expression des ses préférences

## Les niveaux de preuves

### Niveau A

Il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents

### Niveau B

Il existe des preuves « de qualité correcte »: essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2). Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.

### Niveau C

Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.

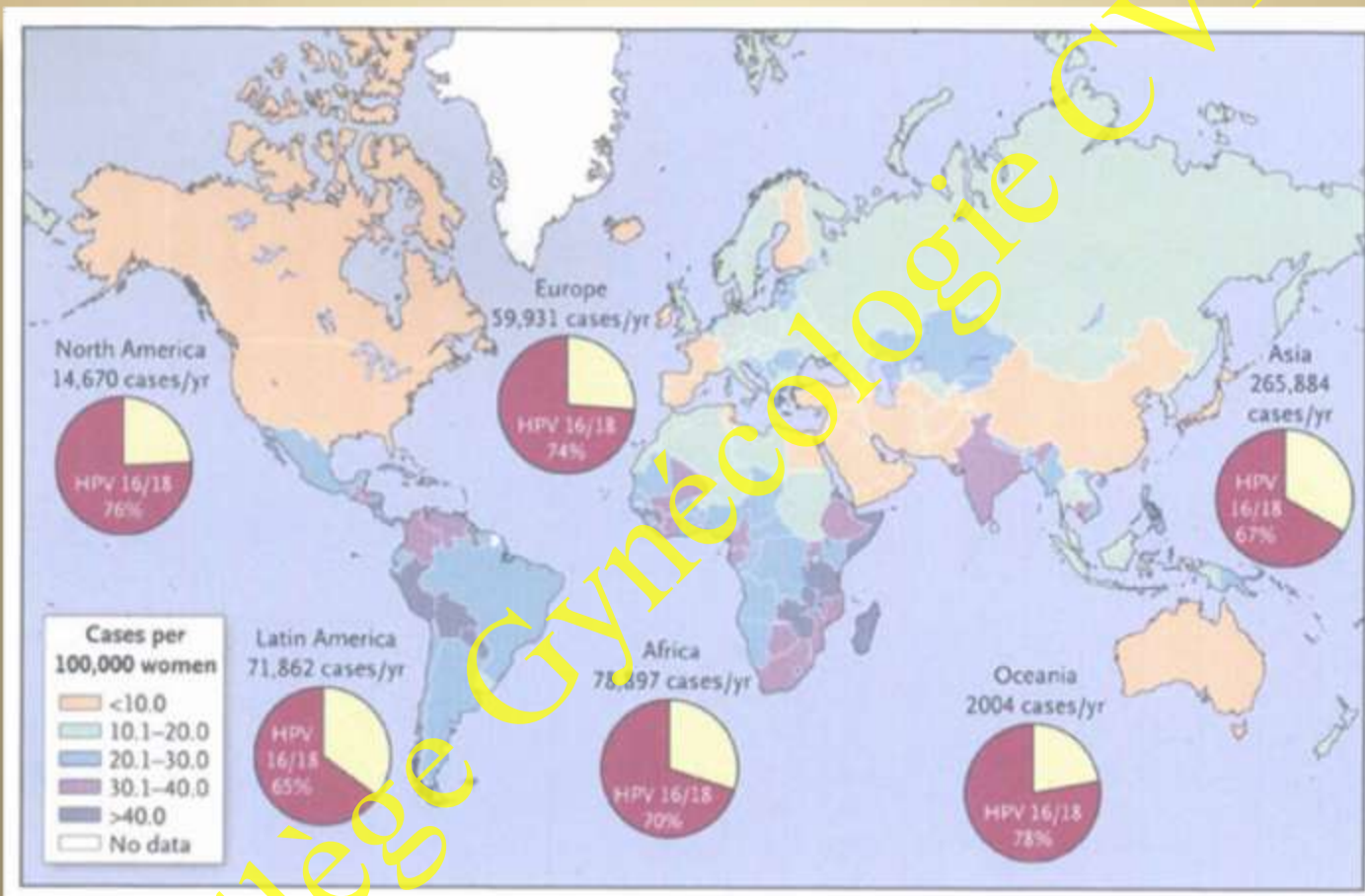
### Niveau D

Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.

# CANCERS DU COL

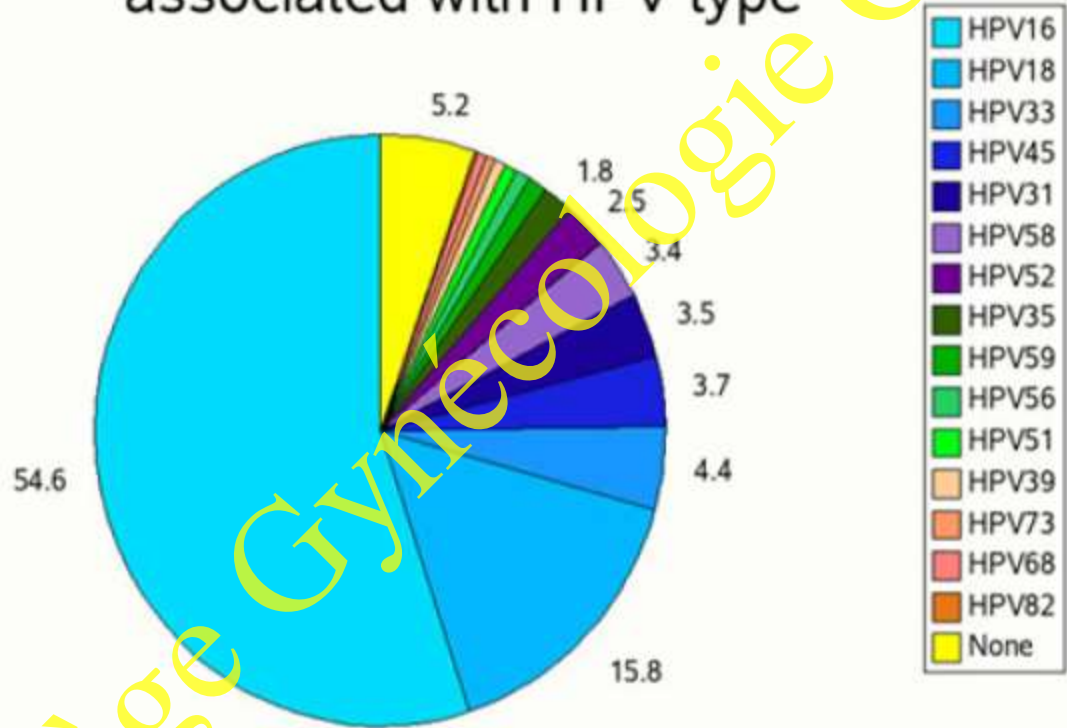






Collège Gynécologie CVI

# % Cervical Cancer associated with HPV type



Collège Gynécologie CMI

TNM	FIGO	Description
Tx		Tumeur primitive non évaluable
T0		Pas de lésion du col
Tis	St 0	Cancer in situ
T1	St I	Tumeur limitée au col de l'utérus
<b>T1a</b>	<b>Ia</b>	
•T1a1	•Ia1	Tumeur non visible diagnostiquée par histologie
•T1a2	•Ia2	•Invasion du stroma minimale
<b>T1b</b>	<b>Ib</b>	•Invasion < 5 mm de profondeur ou 7mm de largeur
•T1b1	•Ib1	Tumeur visible
•T1b2	•Ib2	•Lésion clinique inférieure ou égale à 4 cm
		•Lésion clinique supérieure à 4 cm
T2	St II	Tumeur dépassant le col
<b>T2a</b>	<b>Ia</b>	Atteinte du vagin ne dépassant pas le 1/3 inférieur
<b>T2b</b>	<b>Ib</b>	Atteinte du paramètre mais non la paroi pelvienne.
T3	St III	Tumeur atteignant le pelvis, le 1/3 inf. du vagin ou entraînant une hydronéphrose
<b>T3a</b>	<b>IIa</b>	
<b>T3b</b>	<b>IIb</b>	Extension au 1/3 inf. du vagin
		Atteinte du paramètre jusqu'à la paroi ou hydronéphrose
<b>T4</b>	<b>St IVa</b>	Envahissement vessie, rectum ou au-delà du pelvis
M1	St IVb	Métastase à distance.



**32.052 patientes**

<b>% des malades concernées</b>	<b>Stade</b>	<b>Survie à 5 ans</b>
<b>38%</b>	<b>T1</b>	<b>82%</b>
<b>32%</b>	<b>T2</b>	<b>62%</b>
<b>26%</b>	<b>T3</b>	<b>37%</b>
<b>4%</b>	<b>T4</b>	<b>12%</b>

<b>Stade</b>	<b>Survie à 5 ans</b>
<b>T1a</b>	<b>99 %</b>
<b>T1b, N0</b>	<b>90 %</b>
<b>T1b, N1</b>	<b>60 %</b>
<b>T2b, N0</b>	<b>85 %</b>
<b>T2b, N1</b>	<b>49 %</b>

Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Twenty-first volume. Statements of results obtained in patients treated in 1982 to 1986, inclusive 3 and 5-year survival up to 1990. Int J Gynaecol Obstet. 1991 Sep;36 Suppl:1-315)

# Stades Précoces



# Risque ganglionnaire

IA	0 – 8 %
IB	0 – 17 %
IIA	12 – 27 %

8 % DE MICRO MÉTASTASES DANS LES N<sub>0</sub>  
50 % DE RÉCIDIVES EN CAS DE MICRO MÉTASTASES

## Indications thérapeutiques - stades IB, IIA, IIB proximaux de bon pronostic (taille inférieure à quatre centimètres, No, pas d'envahissement microscopique des paramètres en cas de chirurgie première)

### Standard

Pas de standard.

### Options

- Radiothérapie exclusive.
- Chirurgie première.
- Association radio-chirurgicale.

### Recommandations

- Pour les tumeurs de moins de quatre centimètres, et lorsqu'il existe de bonnes conditions anatomo-cliniques pour la réalisation de la curiethérapie, elle peut représenter le seul traitement de l'axe centro-pelvien (accord d'experts). L'irradiation externe s'adresse exclusivement à la région latéro-pelvienne.
- En cas d'association radiochirurgicale, une chirurgie de type Piver II ou Piver III est réalisée six semaines après la fin de la curiethérapie.
- En cas de radiothérapie première ou exclusive, l'exploration chirurgicale est optionnelle. Elle n'a d'intérêt que si elle modifie la thérapeutique ultérieure.
- La chirurgie première à visée exclusive consiste en une hystérectomie élargie de type Piver III ou IV avec lymphadénectomie pelvienne (standard, accord d'experts). La lymphadénectomie lombo-aortique est une option. Une irradiation postopératoire est indiquée en cas de métastase lymphatique ou d'exérèse incomplète (accord d'experts).



**Indications thérapeutiques – stades IB, IIA, IIB proximaux de mauvais pronostic (taille tumorale et/ou supérieure à quatre centimètres et/ou envahissement ganglionnaire pelvien) sans envahissement ganglionnaire lombo-aortique**

## **Standard pour les patientes traitées par irradiation première**

Radiochimiothérapie concomitante comportant du cisplatine.

### **Options**

- ❑ Cisplatine 40 mg/m<sup>2</sup> hebdomadaire.
- ❑ Cisplatine-5-FU : 50 à 75 mg/m<sup>2</sup> toutes les 3 à 4 semaines pour le cisplatine et 4 g/m<sup>2</sup> sur 4 jours pour le 5-FU.
- ❑ Une hystérectomie complémentaire (option) après un délai minimal de huit semaines est recommandée en cas de mauvaise réponse, en particulier pour des tumeurs de plus de quatre centimètres (niveau de preuve C).

### **Recommandations**

- ❑ Les données disponibles montrent une amélioration significative du contrôle local (niveau de preuve A) et de la survie globale (niveau de preuve B1) par la radiochimiothérapie concomitante par rapport à la radiothérapie seule
- ❑ Pour les tumeurs supérieures à quatre centimètres, l'irradiation externe est délivrée d'emblée dans l'ensemble du pelvis avant de réaliser la curiethérapie et la surimpression latérale aboutissant à une dose totale de 50 Gy dans la région latéro-pelvienne (accord d'experts). La radiothérapie comprend une irradiation pelvienne externe et une curiethérapie. Il est recommandé de maintenir le temps total de l'irradiation (radiothérapie externe et curiethérapie) inférieur à huit semaines.
- ❑ La contribution respective de l'irradiation externe délivrée dans l'ensemble du pelvis et de la curiethérapie dépend de la taille tumorale et des conditions anatomo-cliniques. L'importance de la dose délivrée par l'irradiation externe par rapport à la curiethérapie augmente avec le volume tumoral.
- ❑ Les patientes en mauvais état général ou âgées peuvent être traitées par radiothérapie seule.

# Stades IA2 – IB1

- ❑ **Option 1 : lymphadénectomie coelioscopique première**
  - ❑ **pN0**
    - ❑ Colpo-hystérectomie élargie aux paramètres proximaux (type 2 de Pivert)
    - ❑ Curiethérapie utéro-vaginale suivie d'hystérectomie extrafasciale ou élargie 6 semaines plus tard
  - ❑ **pN1**
    - ❑ Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utéro-vaginale
    - ❑ Étendue des champs d'irradiation (iliaque primitif et lombo-aortique)
    - ❑ Hystérectomie complémentaire en cas de résidu tumoral post irradiation
  
- ❑ **Option 2 : curiethérapie utéro-vaginale première suivie de colpo-hystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne**
  - ❑ **pN0**
    - ❑ Pas de traitement complémentaire
  - ❑ **pN1**
    - ❑ Radiochimiothérapie concomitante
    - ❑ Étendue des champs d'irradiation en fonction atteinte iliaque primitive et /ou lombo-aortique
  
- ❑ **Option 3 : irradiation exclusive par radiothérapie externe et curiethérapie**

# Stades Avancés



Collège Gynécologie CVL

# Problématique

## Rationnel pour la stadification des cancers du col avancé

- ❑ **Eviter la chirurgie (IB2)**
  - N+ Iliaque commun ou aortique
  
- ❑ **Eviter les extensions du champs de radiation (IIB, III, IVB)**
  - Iliaque Commun et lombo-aortique
  - N-
  - Dissection infra-rénale
  
- ❑ **Eviter les exentérations pelvienne inutiles (IVA avec fistule ou récurrence)**
  - Carcinose péritonéale
  - Atteinte aortique



Collège Gynécologie CVL



## Indications thérapeutiques des stades IIB distaux, III et IVA

- ❑ A partir du stade IIB avec envahissement distal du paramètre, la radiothérapie, sous forme d'irradiation externe et de curiethérapie, peut être considérée comme un **STANDARD** de traitement des formes avancées des cancers du col utérin.
- ❑ En cas d'envahissement ganglionnaire lombo-aortique prouvé et en l'absence de métastases par ailleurs, l'irradiation lombo-aortique représente un **STANDARD** (accord d'experts).
- ❑ Chez les patientes ne présentant pas d'envahissement ganglionnaire lombo-aortique, les données disponibles montrent une amélioration de la survie par la radiochimiothérapie concomitante contenant du cisplatine par rapport à la radiothérapie seule ou l'association radiothérapie-hydroxyurée (niveau de preuve B). Ce bénéfice est moins important pour les stades III et IVA (niveau de preuve C) et doit être confirmé (accord d'experts). Ces résultats ont été obtenus par l'association d'une chimiothérapie à base de cisplatine, utilisé seul ou associé au 5-FU, mais il ne semble pas que l'association au 5-FU donne de meilleurs résultats que le platine seul (niveau de preuve C). Il reste à établir les modalités exactes d'administration de la chimiothérapie par de nouvelles études randomisées visant à définir des schémas optimaux, tant en ce qui concerne l'approche (plus limitée dans les formes avancées) que la toxicité de la radiochimiothérapie (essentiellement hématologique et digestive), supérieure à celle de la radiothérapie seule (niveau de preuve B1).
- ❑ La chirurgie sous la forme d'une exentération pelvienne est une option pour les stades IVA, éventuellement associée à une irradiation et/ou une chimiothérapie préopératoire (niveau de preuve C). Cette option peut, en particulier, être retenue quand il n'existe pas d'envahissement paramétrial fixé à la paroi, ni d'extension lombo-aortique de la maladie.
- ❑ La réalisation d'une chirurgie pour les autres stades avancés (IIB, III), associée ou non à une irradiation préopératoire, n'est pas recommandée en dehors d'un essai thérapeutique prospectif

# Stades IB2, IIA – IIB, III, IV

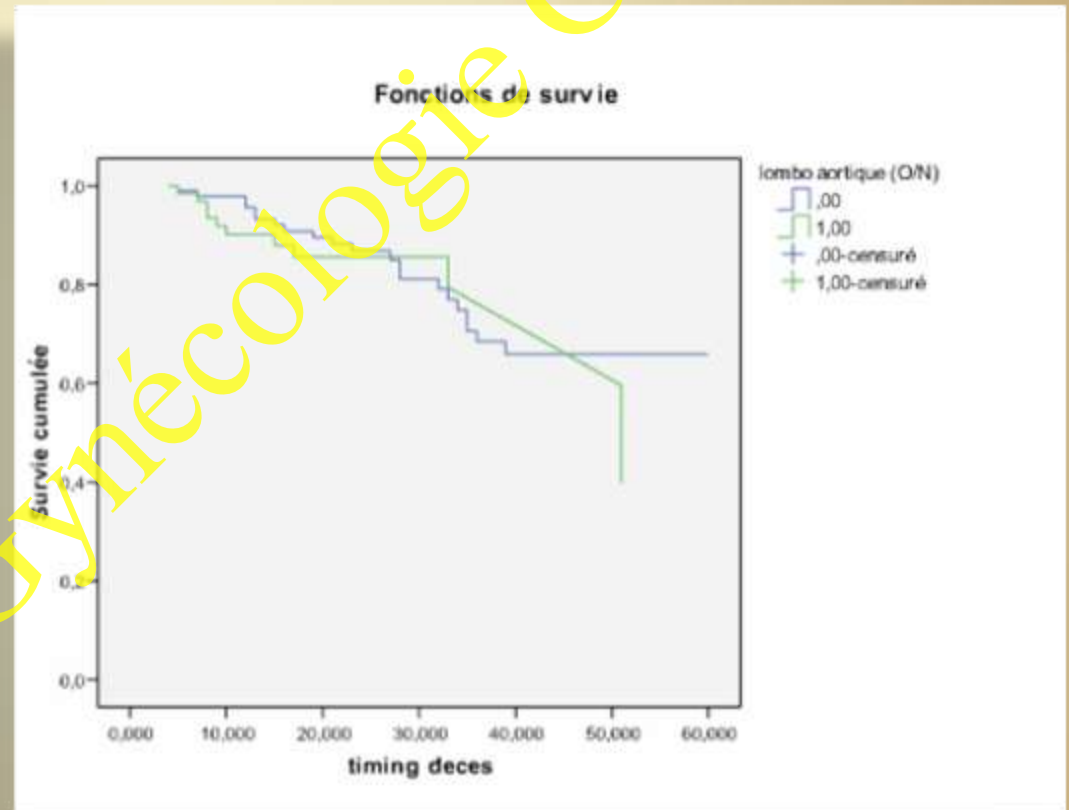
- ❑ **Traitement de référence** : radio-chimiothérapie concomitante
  - ❑ Radio-chimiothérapie concomitante pelvienne et curiethérapie utéro-vaginale
    - ❑ L'irradiation est étendue à la région aortique en cas d'adénopathies aortiques ou iliaques communes à l'imagerie, à la TEP ou à la lymphadenectomie
  
- ❑ **Option** : lymphadenectomie iliaque commune et aortique endoscopique première sauf en cas d'adénopathies caractérisées à l'imagerie
  
- ❑ **Option** : chirurgie complémentaire (colpo-hystérectomie éventuellement élargie et lymphadénectomie pelvienne et aortique ou exentération) en cas de reliquat tumoral opérable et sans extension extra-pelvienne

# Survie Globale en fonction de la pratique d'une lymphadénectomie lombo-aortique

Survie globale: 26.2 mois

- ❑ 23.7 sans lymphadénectomie
- ❑ 22.6 avec lymphadénectomie

NON SIGNIFICATIF



Intérêt du staging chirurgical lombo-aortique par laparoscopie extrapéritonéale dans la prise en charge des cancers du col avancé. Etude rétrospective.

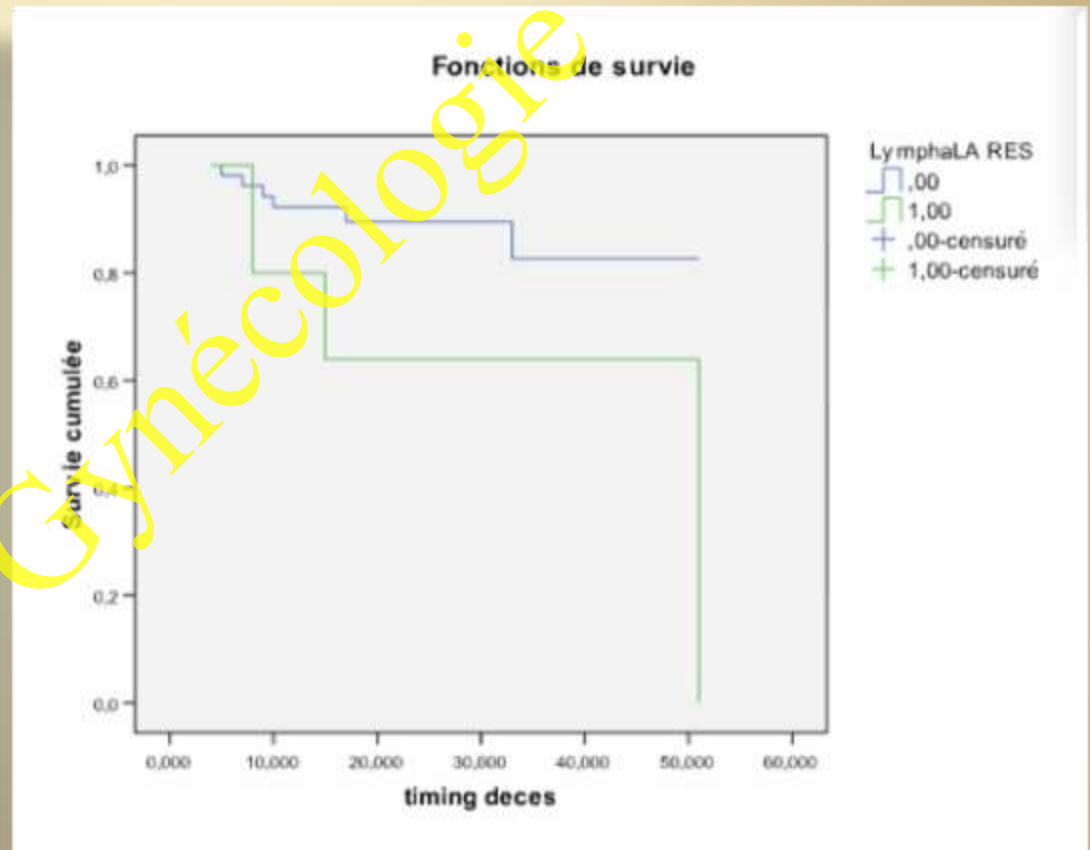
Rafii A, Jean-Laurent M, Gladieff L, Delannes M, Querleu D. Institut Claudius Regaud, Toulouse 2008

# Survie Globale en fonction de l'atteinte ganglionnaire lombo-aortique

Survie globale: 22.6 mois

- 23,3 sans métastase
- 18.8 avec métastase

(P= 0.04)



Intérêt du staging chirurgical lombo-aortique par laparoscopie extrapéritonéale dans la prise en charge des cancers du col avancé. Etude rétrospective.

Rafii A, Jean-Laurent M, Gladieff L, Delannes M, Querleu D. Institut Claudius Regaud, Toulouse 2008



# CANCER DE L'OVAIRE



- 70 % DES CANCERS OVARIENS SONT DÉCOUVERTS À UN STADE AVANCÉ STADE III B OU III C

- 4500 NOUVEAUX CAS / AN
- 3500 DÉCÈS PAR AN
- 75 À 80 % DE CHIMIOSENSIBILITÉ INITIALE

- 40 % DE RECHUTES
  - 20 % STADES PRÉCOCES
  - 56 % STADES AVANCÉS
- 60 À 80 % SOUS FORME DE CARCINOSE AVEC SURVIE GLOBALE DE 18 MOIS



Colège Gynécologie CMI

TNM	FIGO	Description
Tx		Tumeur primitive non évaluable
T0		Pas de lésion ovarienne
T1	St I	<b>Tumeur limitée aux ovaires</b>
•T1a	•Ia	•un ovaire, capsule intacte, pas d'ascite
•T1b	•I	•deux ovaires, capsules intactes, pas d'ascite
•T1c	•Ic	•limitée aux ovaires, ascite positive.
T2	St II	<b>Tumeur limitée au pelvis</b>
•T2a	•IIa	•Extension sur utérus ou trompes
•T2b	•IIb	•Extension aux autres tissus pelviens,
•T2c	•IIc	•Idem + Ascite positive
T3	St III	<b>Tumeur limitée à l'abdomen</b>
•T3a	•IIIa	•Extension péritonéale microscopique
•T3b	•IIIb	•Masses péritonéales < 2cm
•T3c	•IIIc-p	•Masses péritonéales > 2 cm ou
•et/ou N1	•et IIIc-g	•Ganglions sous péritonéaux ou inguinaux.
M1	St IV	<b>Métastase à distance</b>  Cytologie positive exigée pour un épanchement pleural.



# Survie à 5 ans en fonction du stade

<b>% des malades</b>	<b>FIGO</b>	<b>Survie à 5 ans</b>
27%	St I	79%
13%	St II	57%
20%	St III NP	22%
3%	St III a	49%
5%	St III b	33%
17%	St III c	19%
15%	St IV	8%

Annual report on the results of treatment in gynecological cancer.  
Twenty-first volume. Statements of results obtained in patients treated in 1982 to 1986, inclusive 3 and 5-year survival up to 1990.  
Int J Gynaecol Obstet. 1991 Sep;36 Suppl:1-315)

# Survie à 5 ans en fonction de l'importance des résidus tumoraux

Résidus tumoraux	Stade 3a	Stade 3b	Stade 3c
Chirurgie complète	83%	60%	47%
Résidus < 2cm	50%	38%	30%
Résidus > 2cm	20%	25%	15%

# Stades Précoces



## Territoires atteints dans les cancers de stade I apparents.

Auteur / an	Diaphragme	Omentum	Péritoine	Cytologie
Pivert 1978	5/44	1/27	-	25/79
Young 1983	2/58	6/57	4/45	-
Buschbaum 1989	10/96	0/96	-	-
Soper 1998	1/30	2/30	6/30	3/30
Schueler 1998	1/45	3/45	2/45	3/45
<b>Total</b>	<b>6,9 %</b>	<b>5,3 %</b>	<b>10 %</b>	<b>20,1 %</b>



# Risque d'atteinte ganglionnaire dans les stades I

19 études  
1974 – 2002  
1135 patientes stade I

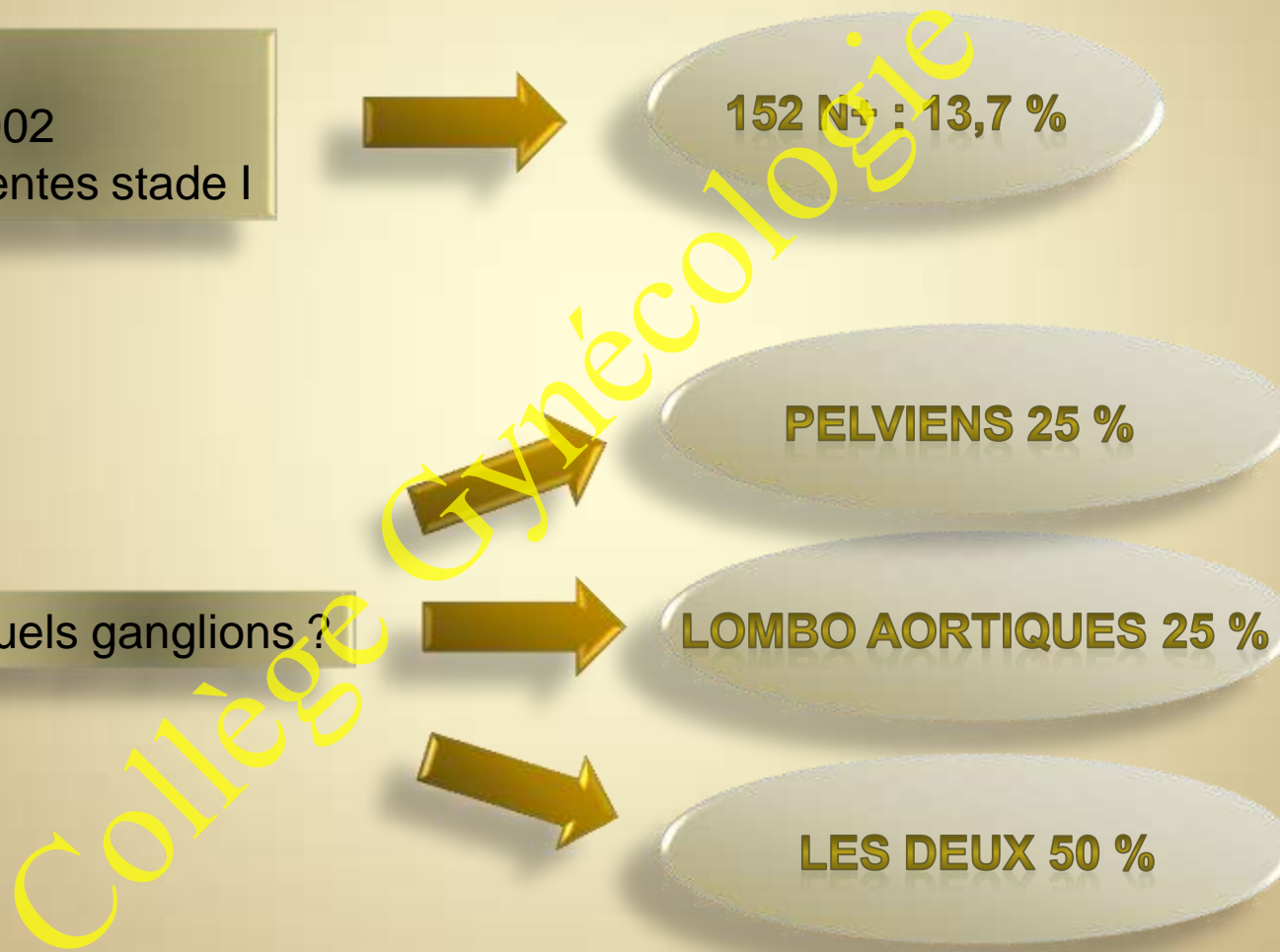
152 N+ : 13,7 %

PELVIENS 25 %

LOMBO AORTIQUES 25 %

LES DEUX 50 %

Quels ganglions ?



**La chirurgie de (re)stadification modifie le stade initial dans 30 % des cas !**

- ✓ **1/3 des patientes deviennent IIIc FIGO par atteinte ganglionnaire.**
- ✓ **2/3 des patientes par cytologie et/ou biopsies péritonéales positives.**

# Message Stades Precoces

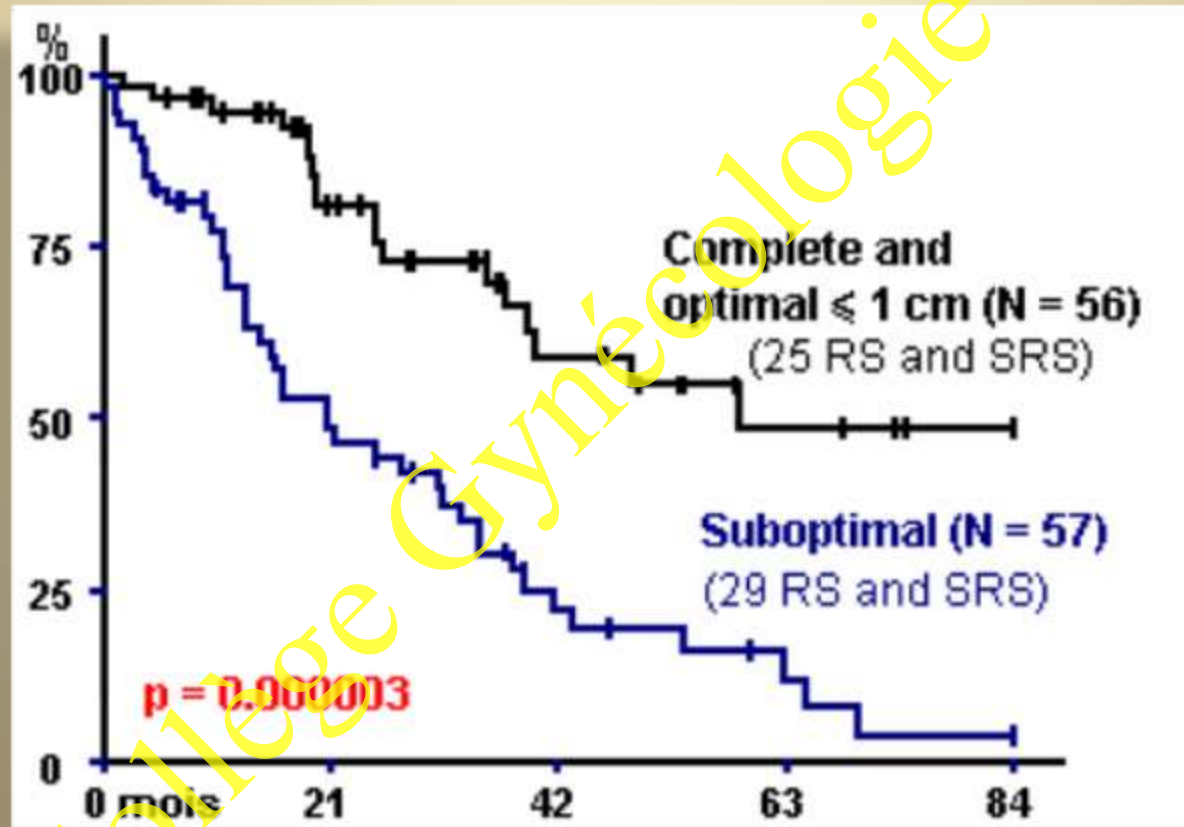
Une stadification chirurgicale complète (laparo ou coelio) comprenant une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique (15% de N+) modifie le stade dans 30% des cas et peut éviter une chimiothérapie en l'absence de facteur pronostic péjoratif (stade Ia-b et grade I)

# Stades Avancés

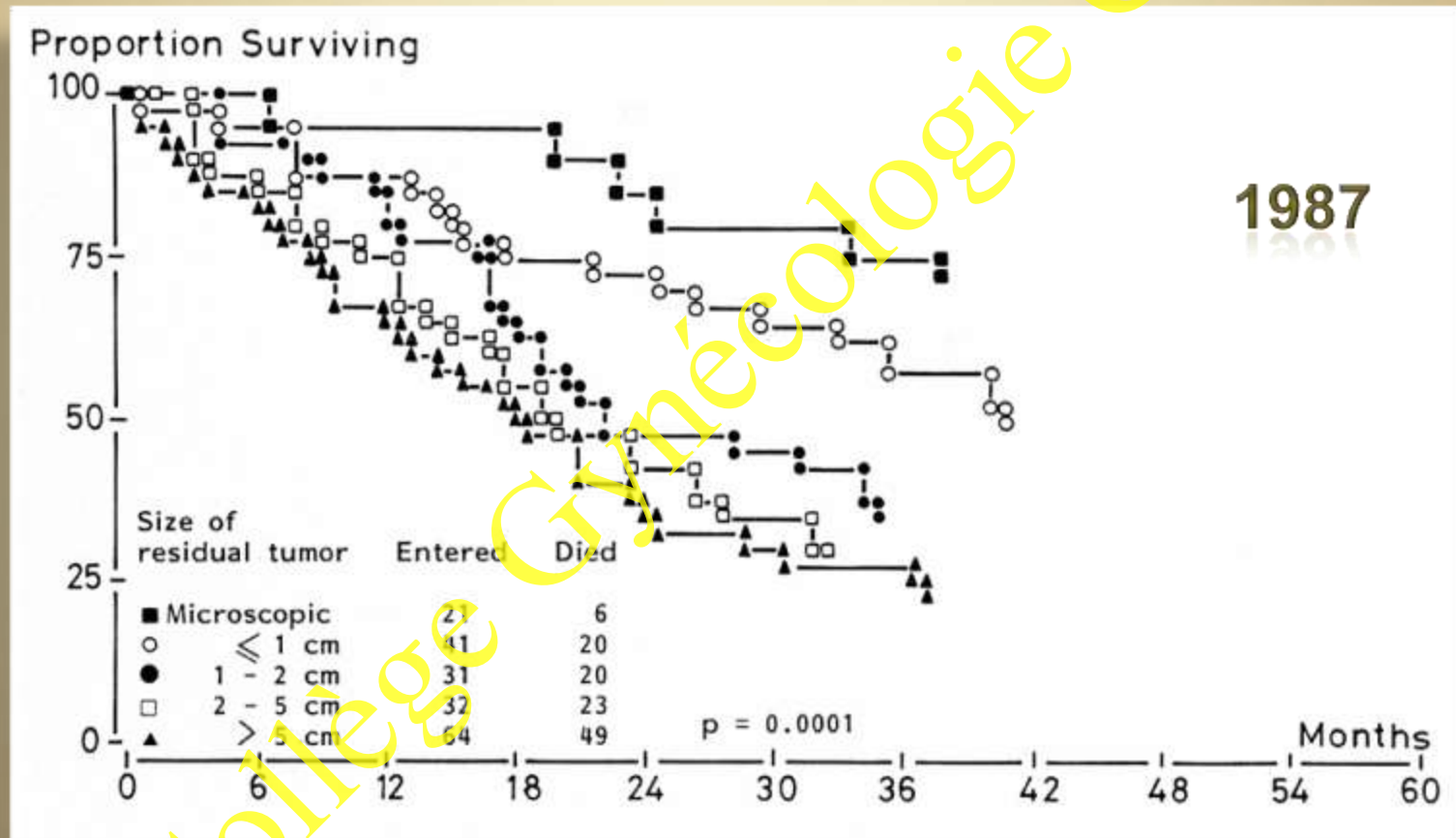




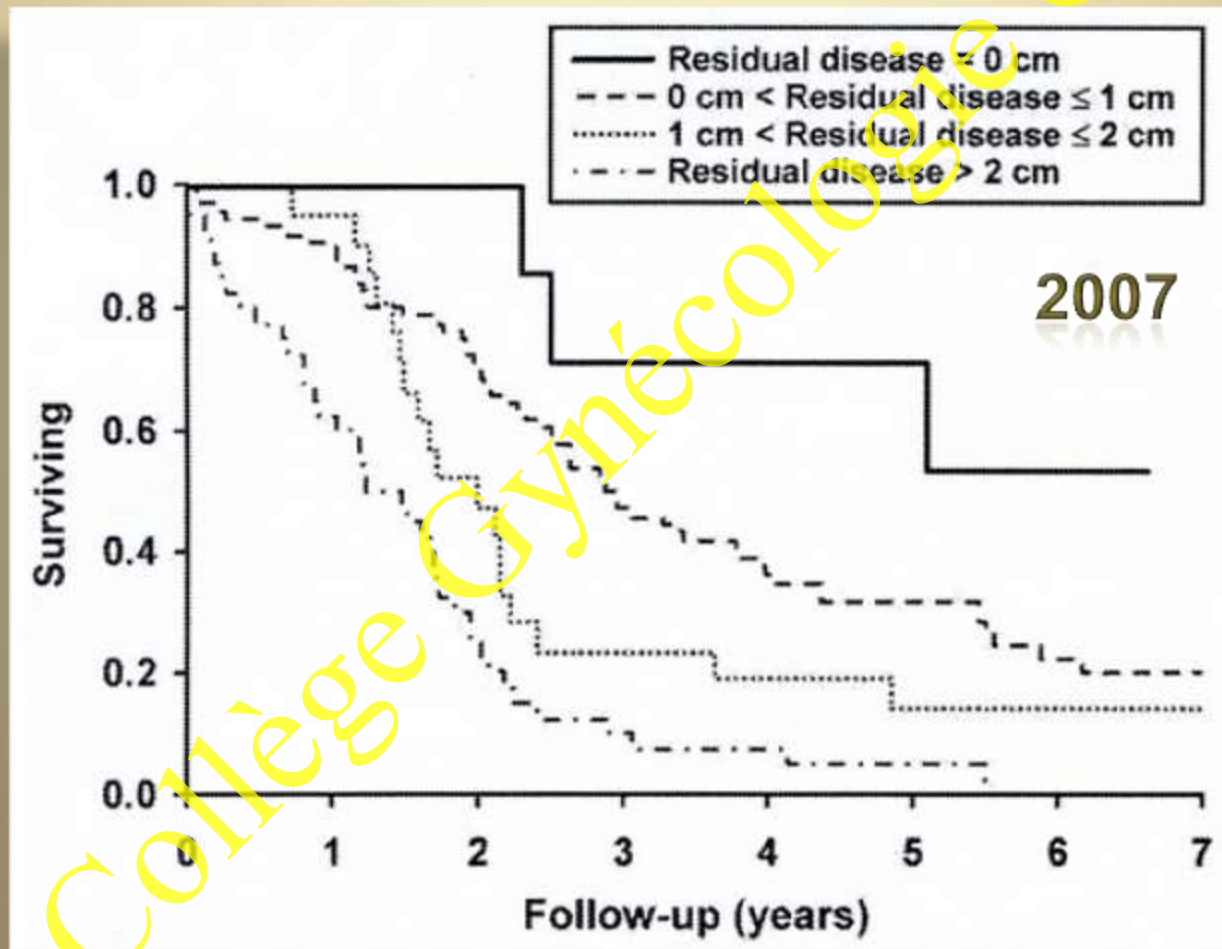
Les efforts chirurgicaux qui n'aboutissent pas à une réduction tumorale optimale sont inutiles et délétères



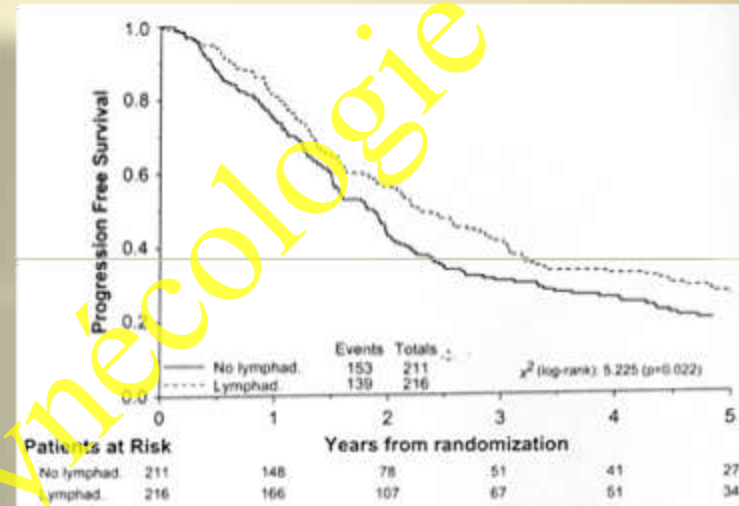
# Le résidu tumoral post chirurgical conditionne le pronostic



# Le résidu tumoral post chirurgical conditionne le pronostic



# LYMPHADÉNECTOMIE PELVIENNE ET LOMBO AORTIQUE



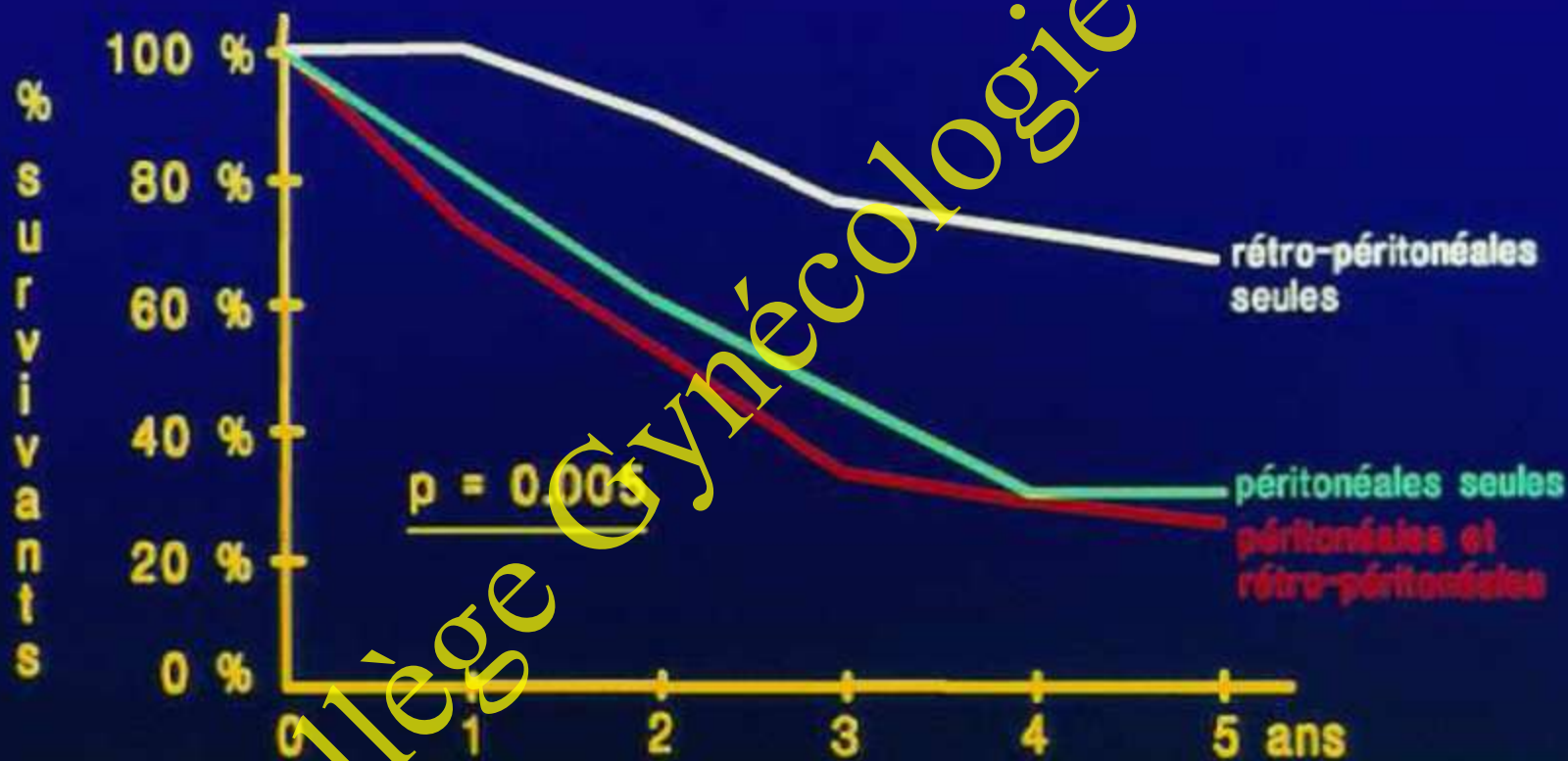
**Intérêt thérapeutique ?**

**Essai multicentrique de P.L Benedetti Panici :  
lymphadénectomie systématique (N=216)  
vs exérèse des adénomegalies (N=211).**

**AMÉLIORATION SURVIE SANS RÉCIDIVE  
MAIS PAS SURVIE GLOBALE.**



# SURVIE DES STADES III DES CANCERS DE L'OVAIRE EN FONCTION DU TYPE DE METASTASES



# MESSAGES STADES AVANCES I

Les deux facteurs pronostiques majeurs sont :

- ❑ le résidu tumoral post chirurgical
- ❑ la chimio-sensibilité de la tumeur

La chirurgie de réduction tumorale « vraiment » optimale est la chirurgie complète

La chirurgie de réduction tumorale sub-optimale (résidu > 1cm) est inutile et délétère.

# CANCER DE L'ENDOMETRE





## Endomètre

❑ PREMIER CANCER  
GYNÉCOLOGIQUE AU MONDE

❑ 70 % STADE I CLINICO-  
RADIOLOGIQUE

❑ PRISE EN CHARGE DE  
RÉFÉRENCE AU STADE I EN  
EUROPE ET AMÉRIQUE DU  
NORD :

- ❑ HYSTÉRECTOMIE TOTALE
- ❑ ANNEXECTOMIE BILATÉRALE
- ❑ LYMPHADÉNECTOMIE  
PELVIENNE BILATÉRALE
- ❑ CYTOLOGIE PÉRITONÉALE





# Recommandations SFOG 2008

« LE TRAITEMENT INITIAL EST CHIRURGICAL CHAQUE FOIS QUE POSSIBLE »

POUR LES STADES PRÉCOCES LA VOIE COELIO-VAGINALE EST LA VOIE D'ABORD DE RÉFÉRENCE SAUF CONTRE-INDICATION (ATTEINTE SÉREUSE, ATTEINTE EXTRA-UTÉRINE, GROS VOLUME UTÉRIN, MÉTASTASES GG > 2CM)

# Prise en charge chirurgicale SFOG 2008

- **STANDARD :**  
CYTOLOGIE, HTNC, CURAGES PELVIENS
- **OPTION :**  
CURAGE ILIAQUE COMMUN ET AORTIQUE  
SI PN1 PELVIEN, ADK PAPILLAIRE SÉREUX,  
ATTEINTE OVARIENNE, IC (>50%) G3
- **OPTION :**  
DANS LE TYPE HISTOLOGIQUE  
PARTICULIER PAPILLAIRE SÉREUX LA  
CHIRURGIE DOIT ÊTRE DU TYPE « CANCER  
DE L'OVAIRE »



Collège Gynécologie CHL

# Mariani A & al 2008, Mayo Clinic

Table 1

Guidelines for surgical management of endometrial cancer at Mayo Clinic, Rochester, Minnesota (2004–2006)

---

Hysterectomy

Bilateral salpingo-oophorectomy

Peritoneal cytology

Bilateral pelvic and para-aortic lymphadenectomy

Para-aortic dissection up to renal vessels

Excision of gonadal vessels at insertions (optional)

Omit lymphadenectomy if no disease beyond corpus and

(1) Endometrioid (grade 1 or 2), MI  $\leq$  50%, and PTD  $\leq$  2 cm; or

(2) Endometrioid and no MI (independent of grade and PTD)

Omentectomy, staging biopsies, or cytoreduction for nonendometrioid or advanced disease

---

Abbreviations: MI, myometrial invasion; PTD, primary tumor diameter.

Data from Mariani et al. [28].

# Influence de la lymphadénectomie sur le pronostic stade I FIGO

## ASTECC Study group

Lancet 2009; 373 : 125-136

- 1408 PATIENTES RANDOMISÉES
  - HTNC + LYMPHADÉNECTOMIE
  - HTNC SEULE
- SUIVI MOYEN 37 MOIS
  - SURVIE GLOBALE : HR = 1.16 (NS)
  - SURVIE SANS RÉCIDIVE
    - HTNC SEULE > HTNC + L (6%)

## Benedetti

Lancet 2008; 100 : 1707-1716

- 514 PATIENTES RANDOMISÉES
  - HTNC + LYMPHADÉNECTOMIE
  - HTNC SEULE
- SUIVI MOYEN 49 MOIS
  - SURVIE GLOBALE : NS
  - SURVIE SANS RÉCIDIVE
    - HTNC SEULE > HTNC + L

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA STADIFICATION SANS AMÉLIORATION DE LA SURVIE GLOBALE NI DE LA SURVIE SANS RÉCIDIVE



# Cancer de la vulve



Collège Gynécologie CVL

TNM	FIGO	Description
Tx		Tumeur primitive non évaluable
T0		Pas de lésion vulvaire
T1 •T1a •T1b	St I •Ia •Ib	Tumeur limitée à la vulve / au périnée < 2 cm •Invasion stromale < 1 mm •Invasion stromale > 1 mm
T2	St II	Tumeur limitée à la vulve / au périnée > 2 cm
T3	St III	Urètre inférieur / vagin / anus
T4	St IV	Muqueuse vésicale / muqueuse rectale / muqueuse de l'urètre supérieur / atteinte osseuse

Collège Gynécologie CNL

# Stratégie ganglionnaire

## STANDARD

- CURAGE INGUINAL SUPERFICIEL ET PROFOND
  - GANGLIONS EN DEDANS VEINE FÉMORALE
  - PRÉSERVATION CROSSE SAPHÈNE INTERNE
- BILATÉRAL
  - MULTIFOCAL
  - LÉSION UNIQUE À MOINS DE 1 CM DE LA LIGNE MÉDIANE

## OPTION

- GANGLION SENTINELLE (GS)
- DOUBLE DÉTECTION
  - ISOTOPIQUE
  - COLORIMÉTRIQUE
- EN COURS D'ÉVALUATION
- INDICATION NON RETENUE
  - CANCER CLITORIS
  - ADÉNOCARCINOMES GLANDE DE BARTHOLIN

# Conclusion

- La stadification ganglionnaire est incontournable
- Recherche de méthodes d'imagerie sensibles et spécifiques associées à l'introduction de la biologie moléculaire permettant
  - De cibler les prélèvements
  - D'éviter les curages étendus non dénués de mortalité et de morbidité
- Validation progressive du concept de ganglion sentinelle dans les cancers pelviens



# Conclusion

- **IN THE WORLD OF SURGICAL ONCOLOGY :**
  - **BIOLOGIE IS KING**
  - **SELECTION IS QUEEN**
  - **TECHNICAL MANEUVERS ARE PRINCE AND PRINCESS**
- **OCCASIONNALLY, PRINCE AND PRINCESS TRIES TO USURP THE THRONE, THEY ALMOST ALWAYS FAIL TO OVERCOME THE POWERFUL FORCES OF THE KING AND THE QUEEN**

*Blake Cady MD*

*New England Deaconess Hospital, Boston, MA, USA*

*Basic principles in surgical oncology. Arch Surg 1997 Apr;132(4):338-46*

