

Lille

Cancer de l'endomètre

Quelles chirurgies et par quelle voie d'abord?

Narducci F°, Lisik F°, Lambaudie E°, Boukerrou M°, Ferron G°,
Querleu D°, Leblanc E°.

°Centre Oscar Lambret - Lille
°°Centre Claudius Régaud - Toulouse

Lille

Cancer de l'endomètre

Quelles chirurgies et par quelle voie d'abord?

✓ Qui doit on traiter?

Cancer de l'endomètre en 2000 en France

5064 nouveaux cas

Mortalité= 1809

Stade I+++

47% de plus de 70 ans

60% avec BMI>30

Exbrayat C. Institut de Veille Sanitaire. [Http://www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)
Everett E et al. Gynecol Oncol 2003;90:150
Pavelka JC et al. Gynecol Oncol 2004;95:588.

✓ Rationnel

- Traitement chirurgical premier
- +/- radiothérapie-curiethérapie
- Si possible éviter le cumul des traitements
 - Source d'effets secondaires+++

✓ Comment?

SOR 2001

Chirurgie

pour les stades précoces I et II

« l'hystérectomie abdominale est la voie classique (niveau de preuve B). Les voies vaginales ou coelioscopiques proposées par certains auteurs n'ont pas fait preuve de leur avantage (niveau de preuve D) »

Brémond A et al SOR 2001

✓ Comment?

Différents temps opératoires

Place de la voie d'abord chirurgicale
Coelioscopique et vaginale en 2006?

✓Opérabilité

- 89%
- Mais série ancienne: 1965-1985
- Probablement >89% aujourd'hui
Progrès anesthésie
Voie d'abord chirurgicale

• Marziale P et al. *Gynecol Oncol* 1989;32:278.

✓Différents temps opératoires

✓Cytologie péritonéale

- Standards
- FIGO >> IIIA
- Facteur indépendant de mauvais pronostic? (discuté)
 - I-IIIA
 - Traitement adjuvant général?

• FIGO *Int J Gynecol Obstet* 1989;28:190.
• Havrilesky et al *Gynecol Oncol* 2006 in press

✓Hystérectomie-Annexectomie

- Standards
- Cancer hormonodépendant
- FIGO >> IIIA
- Si annexes en place pour stades I et II
 - 5% envahissement (stades précoces)
 - Surcroît de mortalité

• Creasman et al *Cancer* 1987;60:2035-41
• Candiani GB et al *Gynecol Oncol* 1978;6:363

✓Colpectomie

- Pas dans les SOR pour les stades I
- Indiquée
 - envahissement macroscopique vaginal

• Morice P et al *Bull Cancer* 2002;89:157
• Tamussino KF et al. *Int J Gynecol Cancer* 2000;10:313

✓Paramétrectomie

- Standards
 - Si envahissement cervical macroscopique
- Série Sato et al
 - N=269
 - Wertheim + lympho
 - Paramètre envahi
 - Stade I 0/164
 - Stade II 2/32 (6.3%)
 - Stade III 12/71 (16.9%)
 - Stade IV 2/2

• Morice P et al *Bull Cancer* 2002;89:157
• Brémond A et al *SOR* 2001
• Sato R et al *Eur J Gynaecol Oncol* 2003;2:241

✓L'omentectomie

- Fait partie des recommandations dans les SOR
 - En cas d'envahissement manifeste
 - Atteinte annexielle
 - Séro-papillaire

✓Lymphadénectomie

- Pelvic pN1
 - IAB
 - ← – G1 2-4% →
 - G2 8-10%
 - G3 11-26%
 - IC 18%
- Para-aortic pN1
 - Isolé dans stade I
 - 2%
 - Pelvic pN1
 - 32%
 - Métaast extra utérines
 - 23%
 - Cytologie péritonéale
 - 19%
 - Embolis vasculaires
 - 19%
 - Non endométrioïde
 - 18%
 - Myomètre >50%
 - 17%
 - Cervix+
 - 14%
 - G3
 - 11%

• Creasman et al Cancer 1987;60:2035-41

✓Lymphadénectomie pelvienne paraaortique

- FIGO 1988 >> IIIC
- Options

✓Lympha. Pelvienne Paraaortique- Morbidité

- Morbidité
 - Étude multicentrique
 - N=1000
 - Gyneco-oncologie
 - Coelioscopie
 - N moy pelvien=18
 - N moy aortique=20
 - Taux de laparoconversion= 1.3%
 - Complications
 - Peropératoires 2%
 - Postopératoires 2.9%
 - Lymphocèles 7.1%

• Cartron G et al Gynecol Obstet Fertil 2005;33:304
• Querleu D et al Am J Obstet Gynecol 2006;195:1287

✓Lympha. Pelvienne Paraaortique- Morbidité

- Morbidité
 - N=1289
 - Cancer de l'endomètre
 - Lymphoedème symptomatique=2.4%
 - Bilatéral ds 31%
 - Apparaît 5 mois après chirurgie
 - Principal facteur de risque
 - Lympha. Pelvienne avec ablation d'au moins 10 ganglions

• Abu-Rustum NR et al Gynecol Oncol 2006;103:714

✓Lymphadénectomie pelvienne?

- IAB G12 apparent
 - Risque ganglionnaire faible ≈ 5%
- pNO
 - Si IG<3
 - Et Si pénétration myométriale <50%
 - Et Si âge<60 ans

• Mariani et al Am J Obstet Gynecol 2000;182:1506
• Zuurendonk LD et al Eur J Surg Oncol 2006;32:450.

✓Lymphadénectomie pelvienne?

- Mariani et al 2000
 - endometriode <=2cm
 - G12
 - Invasion myométriale <=50%
 - Pas de maladie extrautérine macroscopique
 - N=59 hystérectomie seule
 - N=64 hystérectomie + lympho ou RT ou les 2
 - Survie idem
 - sans récidive à 5 ans 96%
 - Eltabbakh et al 1997
 - N=332
 - IAB G12
 - Hystérectomie totale + curiethérapie
 - Survie sans récidive à 5 ans 99%
- Mariani et al Am J Obstet Gynecol 2000;182:1506
• Eltabbakh GH et al Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;38:373

✓Lymphadénectomie pelvienne?

- Comment peut on faire le diagnostic en préopératoire d'un stade IAB G12?

✓Lymphadénectomie pelvienne?

- Comment peut on faire le diagnostic en préopératoire d'un stade IAB G12?
 - Sanjuan et al 2006 (rétrospectif n=180)
 - Sensibilité (diag Haut grade)
 - Biopsie préopératoire 75%
 - Ex Extemporane 40%
 - Sensibilité (Invasion myomètre >50%)
 - IRM préopératoire 79%
 - Ex Extemporane 74%
- Sanjuan A et al Int J Gynecol Cancer 2006;16:385

✓Lymphadénectomie pelvienne?

- Sanjuan et al 2006 (rétrospectif n=180)
 - Sensibilité globale pour repérer patientes à haut risque = 80%
 - Près de 10% des patientes ont été sous évaluées et n'ont pas eu de lymphadénectomie
 - Taieb et al 2002
 - Risque Erreur IRM
 - Invasion proche de 50%
- Sanjuan A et al Int J Gynecol Cancer 2006;16:385
• Taieb S et al Cancer 2002;89:963

✓Lymphadénectomie pelvienne - bas risque

Si IG<3
Si pénétration myométriale <50%
Si absence de maladie extra utérine macroscopique
Si âge<60 ans

si la lymphadénectomie n'a pas été effectuée
>>pas de réintervention

✓Lymphadénectomie-effet thérapeutique?

- Rationnel
 - Yabushita et al 2001
 - N=10 IIIC
 - 30% GG négatifs= IHC+
 - Gonzales Bosquet et al 2003
 - N=36 stade I pN0
 - 14/36 IHC+
 - 5 rec pelv >> 14 IHC+
 - 0 rec pelv >> 22 IHC-
- Yabushita H et al Gynecol Oncol 2001;80:139
• Gonzales Bosquet J et al Gynecol Oncol 2003;91:518

✓Lymphadénectomie-effet thérapeutique

- **Stades III ou IV ou pénétration myométriale > 50%**
 - Diminue risque de récurrence latéropelvienne (avec la RT)
 - Si au moins **11 gg pelviens** prélevés
 - Diminue risque de récurrence paraaortique
 - Si au moins 5 gg paraaortique prélevés (p=0.08)
 - FDRs prédictifs survie
 - débulking ganglionnaire
 - Curage paraaortique (en moy entre 9 et 13 gg prélevés)

• Corn et al Int J Radiat Oncol Biol Phys 1992;24:223
• Mariani et al Gynecol Oncol 2000;76:348
• Bristow et al Int J Gynecol Cancer 2003;13:664
• Havrilesky 2005 et al Gynecol Oncol 2005;99:689
• Mariani et al Gynecol Oncol 2006;101:200

✓Lymphadénectomie-effet thérapeutique

- **Stades I-II**
 - Kilgore et al 1995 n=625
 - Bénéfice de la survie si **11 gg** pelv prélevés
 - Cragun et al 2005 n=509
 - Bénéfice de la survie si au moins **12 gg** pelv prélevés (série entière)
 - Surtout si G3, ou séropapillaire ou cellules claires ou pénétration myométriale > 50%
 - Pas pour bas risque
 - Lutman et al 2006 n=467
 - Bénéfice de la survie si au moins **12 gg** pelv prélevés
 - Si G3, ou séropapillaire ou cellules claires
 - Ou si age >= 70 ans + 1 FDR
 - Ou si age < 70 ans + 2 FDR

FDR=pénétration myométriale >1/3, G2, séropapillaire, cellules claires
• Kilgore et al Gynecol Oncol 1995;56:29
• Cragun et al J Clin Oncol 2005;23:3668
• Lutman et al Gynecol Oncol 2006;102:92

✓Lymphadénectomie - Au total

- **Pelvienne**
 - Systématique si techniquement possible
 - Au moins 12 gg
 - Si stade IAB G12 certifié
 - Pas de réintervention pour curage
- **Paraaortique**
 - Systématique si cliniquement possible en cas de stade III, IVA, séropapillaire, cellules claires
 - A discuter si pénétration myométriale > 50%
 - Faut il réopérer les patientes? ATCD? Coelio?
 - Au moins 5 gg pour le contrôle local
 - Vraisemblablement plus pour l'amélioration de la survie

✓Lymphadénectomie - en attente

- Essai ASTEC
 - Randomisant la lymphadénectomie
 - Stade I apparent
 - Résultats préliminaires ESGO 2005
 - Pas de différence de survie
 - Résultats finaux
 - Cette année? Lancet?

• ASTEC trial ESGO 14 - Istanbul 2005

✓La voie d'abord

- Laparotomie médiane pour exérèse chirurgicale maximale
 - Stades II macroscopique, III, IVA
- Voie vaginale pure
 - ATCD Med chargés
 - Survie 10 ans = 83%
 - Stade I apparent
 - Patientes de plus de 70 ans
 - Morbidité périopératoire réduite

• Scotto et al Eur J Gynaecol Oncol 1988;9:265
• Susini et al Gynecol Oncol 2005;96:362

✓La voie coelio-vaginale

- Childers 1993
- Séries rétrospectives
 - Diminution durée hospitalisation
 - Diminution délai de reprise d'activité
 - Cout équivalent (matériel réutilisable)
 - Bénéfice qualité de vie

• Childers et al Gynecol Oncol 1993;5:33
• Manolitsas et al J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002;9:54
• Ocellil et al Bull Cancer 2003;90:347
• Hokoh et al Eur J Gynecol Oncol 2003;23:305
• Gemignani et al Gynecol Oncol 1999;73:5
• Scribner et al Gynecol Oncol 2001;83:563
• Eltabakh et al Cancer 2001;115:379

✓La voie coelio-vaginale

• Cytologie péritonéale

- Sonoda 2001
 - Rétrospectif
 - Cyto+ 2.8% (n=246 laparo) vs 10.3% (n=131 coelio)
 - » Manipulateur utérin?
- Schneider 2004
 - Randomisée n=122
 - 2 rec vaginale laparo vs 1 rec vag coelio
 - » Pas de manipulateur intrautérin!
- Eltabakh 2006
 - Randomisée n=42
 - 2 sets cyto avt et après introduction manipulateur
 - Pas de différence
 - MAIS cyto AVT toute chir

- Sonoda 2001 *Gynecol Oncol* 2001;80:378
- Walker et al *J Clin Oncol* 2006;24:185-ASCO 5010
- Schneider et al *Gynecol Oncol* 2004;94:861
- Eltabakh et al *Gynecol Oncol* 2006;100:361

✓La voie coelio-vaginale

• Cytologie péritonéale

- Walker 2006 - essai GOG 2222
 - Randomisé
 - N=2616
 - Cyto+ 5.6% laparo vs 7.8% coelio
 - P=0.055

>> Manipulateur intrautérin non recommandé
Peut être discuté chez les patientes techniquement difficiles?

- Walker et al *J Clin Oncol* 2006;24:185-ASCO 5010

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|------------------------|------------|-----------|------------|------------------|-------------|
| n | 70 | 61 | 84 | 122 | 2660 |
| FIGO | I - III | I | | | I-III |
| LaparoConversion | | | | | 24% |
| Durée opératoire (min) | | | | | |
| Coelio | 176 | 136 | | | 198 |
| Laparotomie | 166 | 101 | | | 132 |
| | | NS | p<0.05 | | p<0.05 |
| Pertes sang (ml) | | | | | |
| Coelio | 229 | 145 | | | |
| Laparotomie | 594 | 501 | | | |
| | | p=0.003 | p<0.05 | | |
| Moyenne gg pelviens | | | | | |
| Coelio | 16 | 21 | | | |
| Laparotomie | 15 | 21 | | | |
| | | NS | NS | | |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|------------------------|------------|-----------|------------|------------------|-------------|
| n | 70 | 61 | 84 | 122 | 2660 |
| FIGO | I - III | I | | | I-III |
| LaparoConversion | | | | | 24% |
| Durée opératoire (min) | | | | | |
| Coelio | 176 | 136 | | | 198 |
| Laparotomie | 166 | 101 | | | 132 |
| | | NS | p<0.05 | | p<0.05 |
| Pertes sang (ml) | | | | | |
| Coelio | 229 | 145 | | | |
| Laparotomie | 594 | 501 | | | |
| | | p=0.003 | p<0.05 | | |
| Moyenne gg pelviens | | | | | |
| Coelio | 16 | 21 | | | |
| Laparotomie | 15 | 21 | | | |
| | | NS | NS | | |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|------------------------|------------|-----------|------------|------------------|-------------|
| n | 70 | 61 | 84 | 122 | 2660 |
| FIGO | I - III | I | | | I-III |
| LaparoConversion | | | | | 24% |
| Durée opératoire (min) | | | | | |
| Coelio | 176 | 136 | | | 198 |
| Laparotomie | 166 | 101 | | | 132 |
| | | NS | p<0.05 | | p<0.05 |
| Pertes sang (ml) | | | | | |
| Coelio | 229 | 145 | | | |
| Laparotomie | 594 | 501 | | | |
| | | p=0.003 | p<0.05 | | |
| Moyenne gg pelviens | | | | | |
| Coelio | 16 | 21 | | | |
| Laparotomie | 15 | 21 | | | |
| | | NS | NS | | |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|------------------------|------------|-----------|------------|------------------|-------------|
| n | 70 | 61 | 84 | 122 | 2660 |
| FIGO | I - III | I | | | I-III |
| LaparoConversion | | | | | 24% |
| Durée opératoire (min) | | | | | |
| Coelio | 176 | 136 | | | 198 |
| Laparotomie | 166 | 101 | | | 132 |
| | | NS | p<0.05 | | p<0.05 |
| Pertes sang (ml) | | | | | |
| Coelio | 229 | 145 | | | |
| Laparotomie | 594 | 501 | | | |
| | | p=0.003 | p<0.05 | | |
| Moyenne gg pelviens | | | | | |
| Coelio | 16 | 21 | | | |
| Laparotomie | 15 | 21 | | | |
| | | NS | NS | | |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|------------------------|------------|-----------|------------|------------------|-------------|
| n | 70 | 61 | 84 | 122 | 2660 |
| FIGO | I - III | I | | | I-III |
| LaparoConversion | | | | | 24% |
| Durée opératoire (min) | | | | | |
| Coelio | 176 | 136 | | | 198 |
| Laparotomie | 166 | 101 | | | 132 |
| | | NS | p<0.05 | | p<0.05 |
| Pertes sang (ml) | | | | | |
| Coelio | 229 | 145 | | | |
| Laparotomie | 594 | 501 | | | |
| | | p=0.003 | p<0.05 | | |
| Moyenne gg pelviens | | | | | |
| Coelio | 16 | 21 | | | |
| Laparotomie | 15 | 21 | | | |
| | | NS | NS | | |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|---------------------|------------|-----------|------------|------------------|---|
| Complications | | | | | |
| Coelio | 29.7% | 4/29 | | | |
| Laparotomie | 39.3% | 7/32 | | | |
| | | NS | NS | | |
| Durée hospi (jours) | | | | | |
| Coelio | 8 | 2 | | | 3 |
| Laparotomie | 11 | 5 | | | 4 |
| | | p<0.001 | p<0.05 | | p<0.05 |
| Histologie | | | | | |
| | | | | | FIGO IIIC 9.5% VS 9.3% NS Cyto + 7.8% vs 5.6% NS pelvic pN1 8.7% vs 8.8% NS paraortic pN1 4.5% vs 5% NS (mais 85% gg AO vs 91.3% p<0.001) |
| Survie | DFSS | - | | | DFSS |
| Coelio | 97.3% | | | | 91.2% |
| Laparotomie | 93.3% | | | | 93.8% |
| | | NS | | | NS stade I |
| Qualité vie | | | | | Coelio>laparo P<0.05 |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|---------------------|------------|-----------|------------|------------------|---|
| Complications | | | | | |
| Coelio | 29.7% | 4/29 | | | |
| Laparotomie | 39.3% | 7/32 | | | |
| | | NS | NS | | |
| Durée hospi (jours) | | | | | |
| Coelio | 8 | 2 | | | 3 |
| Laparotomie | 11 | 5 | | | 4 |
| | | p<0.001 | p<0.05 | | p<0.05 |
| Histologie | | | | | |
| | | | | | FIGO IIIC 9.5% VS 9.3% NS Cyto + 7.8% vs 5.6% NS pelvic pN1 8.7% vs 8.8% NS paraortic pN1 4.5% vs 5% NS (mais 85% gg AO vs 91.3% p<0.001) |
| Survie | DFSS | - | | | DFSS |
| Coelio | 97.3% | | | | 91.2% |
| Laparotomie | 93.3% | | | | 93.8% |
| | | NS | | | NS stade I |
| Qualité vie | | | | | Coelio>laparo P<0.05 |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|---------------------|------------|-----------|------------|------------------|---|
| Complications | | | | | |
| Coelio | 29.7% | 4/29 | | | |
| Laparotomie | 39.3% | 7/32 | | | |
| | | NS | NS | | |
| Durée hospi (jours) | | | | | |
| Coelio | 8 | 2 | | | 3 |
| Laparotomie | 11 | 5 | | | 4 |
| | | p<0.001 | p<0.05 | | p<0.05 |
| Histologie | | | | | |
| | | | | | FIGO IIIC NS Cyto + NS pelvic pN1 NS paraortic pN1 NS (mais 85% gg AO vs 91.3% p<0.001) |
| Survie | DFSS | - | | | DFSS |
| Coelio | 97.3% | | | | 91.2% |
| Laparotomie | 93.3% | | | | 93.8% |
| | | NS | | | NS stade I |
| Qualité vie | | | | | Coelio>laparo P<0.05 |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|---------------------|------------|-----------|------------|------------------|---|
| Complications | | | | | |
| Coelio | 29.7% | 4/29 | | | |
| Laparotomie | 39.3% | 7/32 | | | |
| | | NS | NS | | |
| Durée hospi (jours) | | | | | |
| Coelio | 8 | 2 | | | 3 |
| Laparotomie | 11 | 5 | | | 4 |
| | | p<0.001 | p<0.05 | | p<0.05 |
| Histologie | | | | | |
| | | | | | FIGO IIIC 9.5% VS 9.3% NS Cyto + 7.8% vs 5.6% NS pelvic pN1 8.7% vs 8.8% NS paraortic pN1 4.5% vs 5% NS (mais 85% gg AO vs 91.3% p<0.001) |
| Survie | DFSS | - | | | DFSS |
| Coelio | 97.3% | | | | 91.2% |
| Laparotomie | 93.3% | | | | 93.8% |
| | | NS | | | NS stade I |
| Qualité vie | | | | | Coelio>laparo P<0.05 |

✓La voie coelio-vaginale-études randomisées

| | Malur 2001 | Fram 2002 | Zullo 2005 | Tozzi Malur 2005 | Walker 2006 |
|---------------------|------------|-----------|------------|------------------|---|
| Complications | | | | | |
| Coelio | 29.7% | 4/29 | | | |
| Laparotomie | 39.3% | 7/32 | | | |
| | | NS | NS | | |
| Durée hospi (jours) | | | | | |
| Coelio | 8 | 2 | | | 3 |
| Laparotomie | 11 | 5 | | | 4 |
| | | p<0.001 | p<0.05 | | p<0.05 |
| Histologie | | | | | |
| | | | | | FIGO IIIC 9.5% VS 9.3% NS Cyto + 7.8% vs 5.6% NS pelvic pN1 8.7% vs 8.8% NS paraortic pN1 4.5% vs 5% NS (mais 85% gg AO vs 91.3% p<0.001) |
| Survie | DFSS | - | | | DFSS |
| Coelio | 97.3% | | | | 91.2% |
| Laparotomie | 93.3% | | | | 93.8% |
| | | NS | | | NS stade I |
| Qualité vie | | | | | Coelio>laparo P<0.05 |

✓Sujet à risque

Voie d 'abord
Coeliovaginale/Laparotomie?

✓Matériel et Méthodes

- Etude rétrospective (frédéric Caquant et al-GOF 2006)
 - 1991 - 2004
 - Lille – Toulouse
 - Critères inclusion
 - Adénocarcinome de l'endomètre
 - Voie coelio vaginale
 - Au min: Lympha. pelvienne + HT + AB
 - n=81
 - BMI ≤ 30 n=40
 - BMI > 30 n=41
- appariées avec 29 cas par laparotomie**

✓Résultats

Obèses - Non Obèses: voie coelio vaginale

| | Obèses | Non obèses | p |
|-----------------|----------------|----------------|------|
| • Tps op (min) | 149.9 [80-300] | 120.6 [55-240] | 0.01 |
| • Gang | 16.3 [3-50] | 16.2 [4-45] | NS |
| • Hospi (jours) | 3.8 [2-8] | 3.6 [2-7] | NS |

✓Résultats

Obèses appariées: laparo vs coelio vaginale

| | Coelio | Laparo | p |
|------------------|----------------|------------------|----|
| • n | 41 | 29 | |
| • BMI | 36.3 [30.1-60] | 34.6 [30.1-57.7] | NS |
| • Age | 62 [42-79] | 64.3 [50-81] | NS |
| • FIGO | | | |
| - Bas risque | 26 | 14 | NS |
| - Risque intern. | 13 | 9 | NS |
| - Risque élevé | 2 | 6 | NS |

✓Résultats

Obèses appariées: laparo vs coelio vaginale

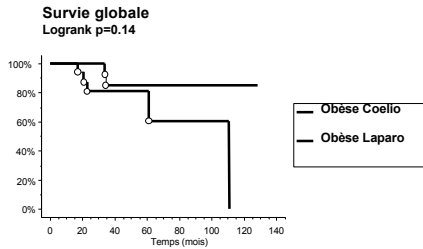
| | Coelio | Laparo | p |
|-----------------|----------------|----------------|--------|
| • Tps op (min) | 149.9 [80-300] | 167.9 [60-390] | NS |
| • Gang | 16.3 [3-50] | 11.5 [2-34] | NS |
| • Hospi (jours) | 3.8 [2-8] | 7.4 [5-10] | <0.001 |

✓Résultats

Obèses appariées: laparo vs coelio vaginale

| Complications | |
|-----------------------------------|---|
| Coelio | Laparo v. obtur access. |
| • a. paroi pelv | |
| • - | Hernie omb. étranglée |
| • Hématome sus pubien | Nécrose cut. (pas de RT - 3 mois soins) |
| • Lymphoedeme MI pdt 1 an | - |
| • Lymphocèle pelv | - |
| - J13 (fistule cutanée spontanée) | |
| - M3 (ponction sous echo) | |

✓ Résultats



Voie d'abord Coeliovaginale

•Sujet à risque?

•Réalisable chez les sujets à risque

–obésité

–âge avancé

•Intérêt d'une étude

–prospective

–multicentrique

Ettabakh GH et al. Gynecol Oncol 2000;78:329
Scribner DR et al. Gynecol Oncol 2001;83:563
Scribner DR Jr et al. Gynecol Oncol 2002;84:426
Chi DS. Am J Obstet Gynecol 2004;191:1138.

✓Au total

• A l'heure actuelle

- La voie coelio-vaginale n'est plus une option
 - Standard dans les stades I-IIA apparents
 - Doit être proposée d'emblée
 - Atouts
 - Résection tumorale
 - Staging ganglionnaire et péritonéal
 - La moins invasive
 - » Patiente
 - » Pour la RT/Curie
 - Permet de reconsidérer l'indication chirurgicale des patientes fragiles
 - » Obèse
 - » Age > 70 ans

• Références

1. Abuhaton NH, Alkhatib K, Isakov A et al. The incidence of symptomatic lymphadenopathy following treatment of uterine corpus malignancies: a 12-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Gynecol Oncol 2006;103:74-8.
2. ACTEC: the A Study in the Treatment of Endometrial Cancer: a randomized trial of lymphadenectomy and adjuvant external-beam radiotherapy. EBCO 14 Meeting Istanbul – 28th September 2005.
3. Betticher K, Bakketeik L, Therasse P, Aumont B, Fournier B, Fournier E, Lanas J, Bally C, Hoffmann G, Banaag JP, d'Anjou J, Deschamps P, Farsi F, Guastafarri JP, Laffargue F, Roder JP, Vignat P, Pignone J. Cancer of the endometrium. Br J Cancer 2007;98 (suppl. 2):15-8.
4. Bristow RE, Zujewski MA, Haxelmann CJ et al. FIGO stage IIC endometrial carcinoma: resection of metastatic nodal disease and other determinants of survival. Int J Gynecol Cancer 2003;13:664-72.
5. Canden CB, Haggren C, Mariani MM. Surgery in endometrial cancer – age, race and operability rate in 854 stage I and II fresh consecutive cases: 1965-1976. Gynecol Oncol 1978; 2: 363.
6. Caspari F, MacCaveim T, Turbin C et al. La voie d'abord chirurgicale coelio-vaginale chez les patientes obèses atteintes d'un cancer de l'endomètre. Bull Cancer 2008; 93: 402.
7. Canton G, Lefebvre E, Feron G et al. Complications of laparoscopic lymphadenectomy in gynaecologic oncology: A series of 1102 procedures in 615 patients. Gynecol Oncol 14th 2005; 33: 304-14.
8. Chaigne AB, Borella PR, Heintz KD, Surwit EA. Laparoscopic assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. Gynecol Oncol 1995;5: 35-8.
9. Chikuma H, Ohshima M, Surwit EA. Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer. Gynecol Oncol 1992; 45: 46-51.
10. Cohn BH, Landrini MM, Gilvicki KM et al. Endometrial cancer with para-aortic adenopathy: patterns of failure and opportunities for cure. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1992; 24: 223-7.
11. Cohn BH, Landrini MM, Gilvicki KM et al. Impact of improved irradiation technique, age, and lymph node sampling on the severe complication rate of surgically staged endometrial patients: a multivariate analysis. J Clin Oncol 1994; 12: 510-515.
12. Cohn BH, Landrini MM, Gilvicki KM et al. Retrospective analysis of selective lymphadenectomy in apparent early-stage endometrial cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 3688-95.
13. Chouhan VP, Momen CP, Bundy RN, Homelady HD, Gishan JE, Heller KA. Surgical Pathologic spread patterns of endometrial cancer: a gynecologic oncology group study. Cancer 1997; 80: 2035-41.
14. Chubbak CH, Van Ruten WJ, Cooper FC, Joffe ML, Jobson JJ, Warriner-Rodermals CC, De Winter KA, Lubens LC, Van Den Berghe AC, Van Den Steen-Banasik E, Baertlan H, Van Lier M. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage I endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. Lancet 2000;355:1049-11.
15. Creutzfeldt CL et al. for the PORTEC Study Group. Survival after relapse in patients with endometrial cancer: results from a randomized trial. Gynecol Oncol 2003;89:621-6.
16. Ettabakh GH, Piver MS, Hartying RE, Shih KH. Excellent long-term survival recurrence in 332 patients with low-risk stage I endometrial adenocarcinoma treated with hysterectomy and regional brachytherapy without formal staging lymph node sampling: report of a prospective trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999;45:373-80.
17. Ettabakh GH, Shamouni M, Moody JM et al. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: laparoscopy or laparotomy? Gynecol Oncol

CLASSIFICATION FIGO DU CANCER DE L'ENDOMETRE (1988)

| Stade I | tumeur limitée au corps utérin | | |
|-----------|----------------------------------|------|--|
| | IA | G123 | endomètre |
| | IB | G123 | myomètre inférieure à la moitié |
| | IC | G123 | myomètre supérieure à la moitié |
| Stade II | tumeur envahissant le col | | |
| | IIA | G123 | endoccol |
| | IIB | G123 | stroma cervical |
| Stade III | séreuse, annexe, vagin, ganglion | | |
| | IIIA | G123 | séreusé ou les annexes ou cytologie + |
| | IIIB | G123 | métastases vaginales |
| | IIIC | G123 | N+ |
| Stade IV | vessie, rectum, métastases | | |
| | IVA | G123 | invasion muqueuse intestinale et/ou |
| | IVb | G123 | métastase à distance (incluant les ganglions lymphatiques intra-abdominaux et/ou inguinaux.) |