

**Masses annexielles
(Cancer de l'ovaire)
Cancer de l'endomètre**

Dr C. Aghtari

Département de Gynécologie Obstétrique

Dr M. Fiche

Institut Universitaire de Pathologie

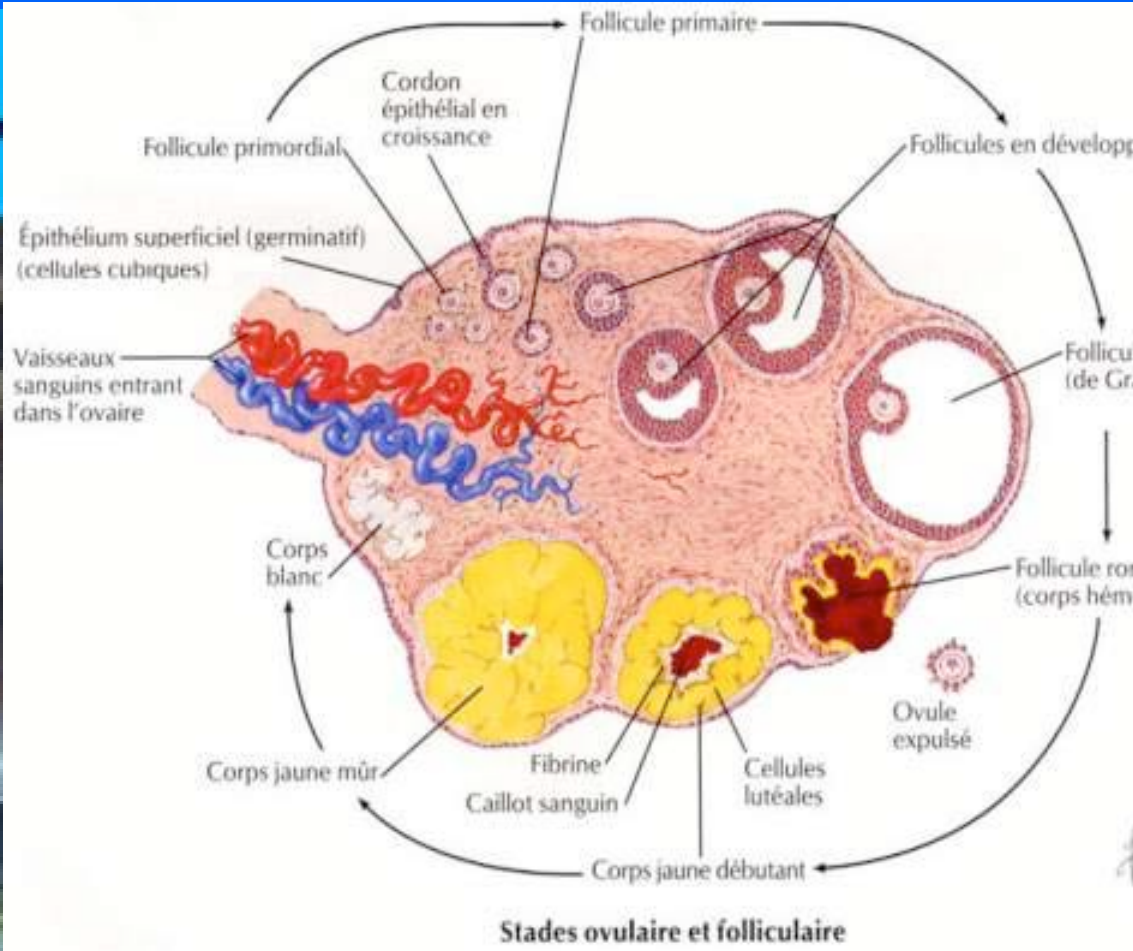
Objectifs d'apprentissage

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training (Ed. 2008)

- C GO 1 benign adnexal tumors
- C GO 2 carcinoma of ovary
- C GO 9 endometrial carcinoma
- C GO 10 benign uterine tumors (fibroids, polyps)

« ...be able to cope with in practice (..) consider the diagnosis (..) propose appropriate diagnostic and therapeutic possibilities (..) considering epidemiology and relevant pathology (...). »





Ovaire normal : 2-3 cm

Vignette clinique 1

- Patiente de 23 ans
- Douleur abdominale basse FID
- Examen gynécologique: palpation d'une masse pelvienne de 7 cm de diamètre

L'approche commence avec une bonne **anamnèse**



Pré-, Postménopause?
Cycles?
Dernières règles?
Douleurs?
Appétit?
Transit?

Signes fonctionnels

- Vagues et peu spécifiques
- **Troubles intestinaux mineurs persistants +++**
- Pesanteur, brûlures, ballonnements
- Augmentation de volume de l'abdomen
- Métrorragies , leucorrhées , hydorrhée
- Troubles du transit, urinaires, compression veineuse
- Dyspnée

Signes physiques

- Masse latéro utérine séparée de l'utérus par un sillon
- Masse irrégulière pierreuse fixée avec nodules de carcinose perçus et ascite
- **Tout ovaire de la femme ménopausée anormalement perçu est pathologique**
- Signes de virilisation ou de féminisation

Examen clinique : bénin ou malin?



Sensibilité 15-36%

Physiologie

Kystes Fonctionnels

Endométriose

Endométriose

'Organique'
Néoplasmes

Bénin/Malin/BL

Carcinomes

= La majorité des néoplasmes malins

22/100'000 femmes/an

Autres

Selles, rein, myome

Infection

Masses annexielles et cancer de l'ovaire

Abcès

Examens complémentaires

- **Ultrason pelvien** (endovaginal ou abdominal)
- **CA 125**
- **CT scan abdomino-pelvien**
- **IRM pelvienne**

CA-125 (Cancer Antigen)

- Marqueur d'atteinte des **séreuses**. Il peut donc être élevé dans d'autres circonstances en particulier en pré-ménopause (endométriose p.ex.)
- Utile pour le diagnostic de tumeur épithéliale (mais non spécifique)
 - **Faux positifs**
- Pas assez sensible (normal ds 50% des stades I)
 - **Faux négatifs**
- Utile **pour le suivi** et la reconnaissance précoce d'une récurrence

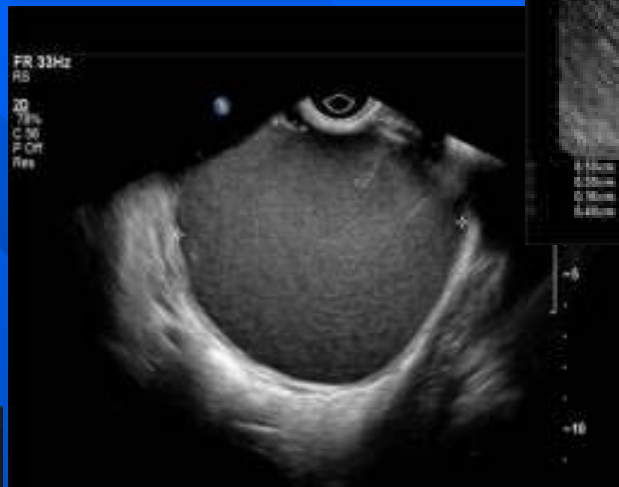
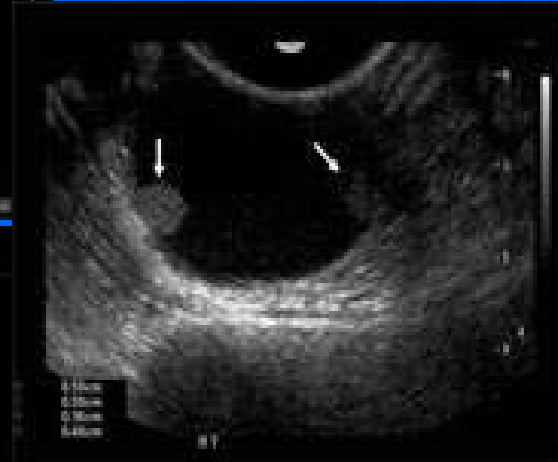
Images d'échographie

■ Kyste simple

- Kyste fonctionnel
- Cystadénome séreux

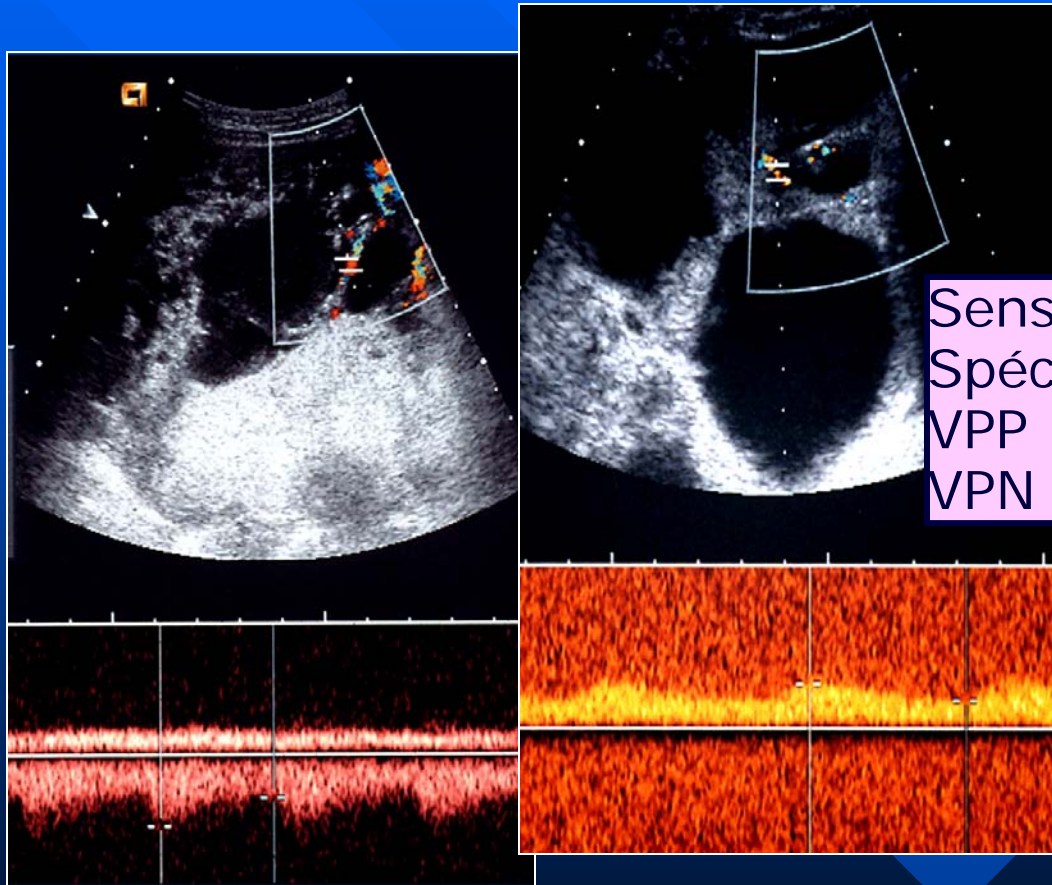
■ Kystes complexes:

- Kyste dermoïde, endométrioïde,
- Myome (utérus)
- Sactosalpinx (hydrosalpinx)
- Néoplasmes ovariens : Tumeur Borderline ou carcinome



Sensibilité	69-98%
Spécificité	52-92%
VPP	37-60%
VPN	92-100%

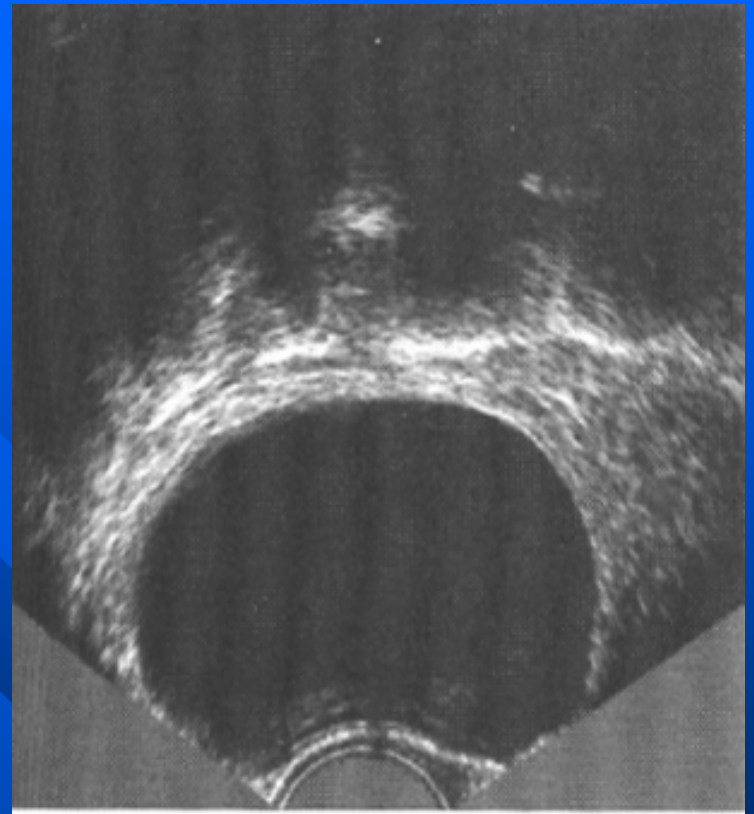
Echo-Doppler permet d'apprécier la vascularisation



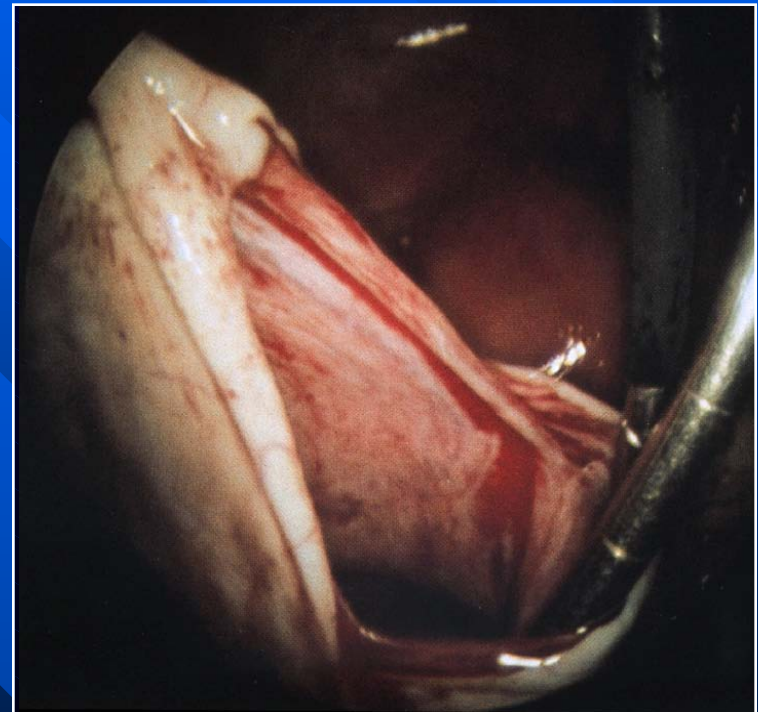
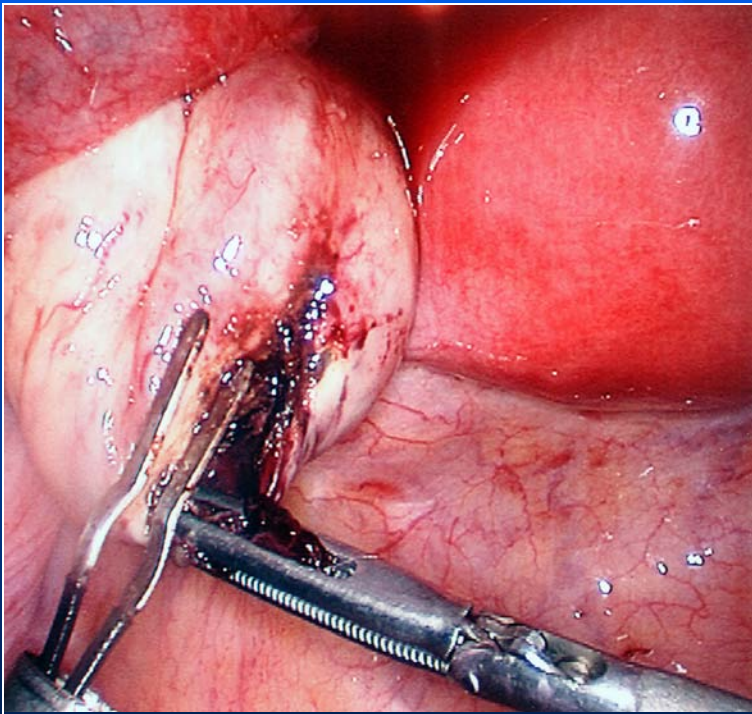
Sensibilité	68-100%
Spécificité	59-97%
MPP	28-98%
MPN	89-100%

Kyste anéchogène pur uniloculaire

- **Coeliochirurgie si**
 - > 5 cm et persiste après 3 mois
 - augmente de taille ou se modifie
 - Bilatéral (kyste fonctionnel exceptionnellement bilatéral).



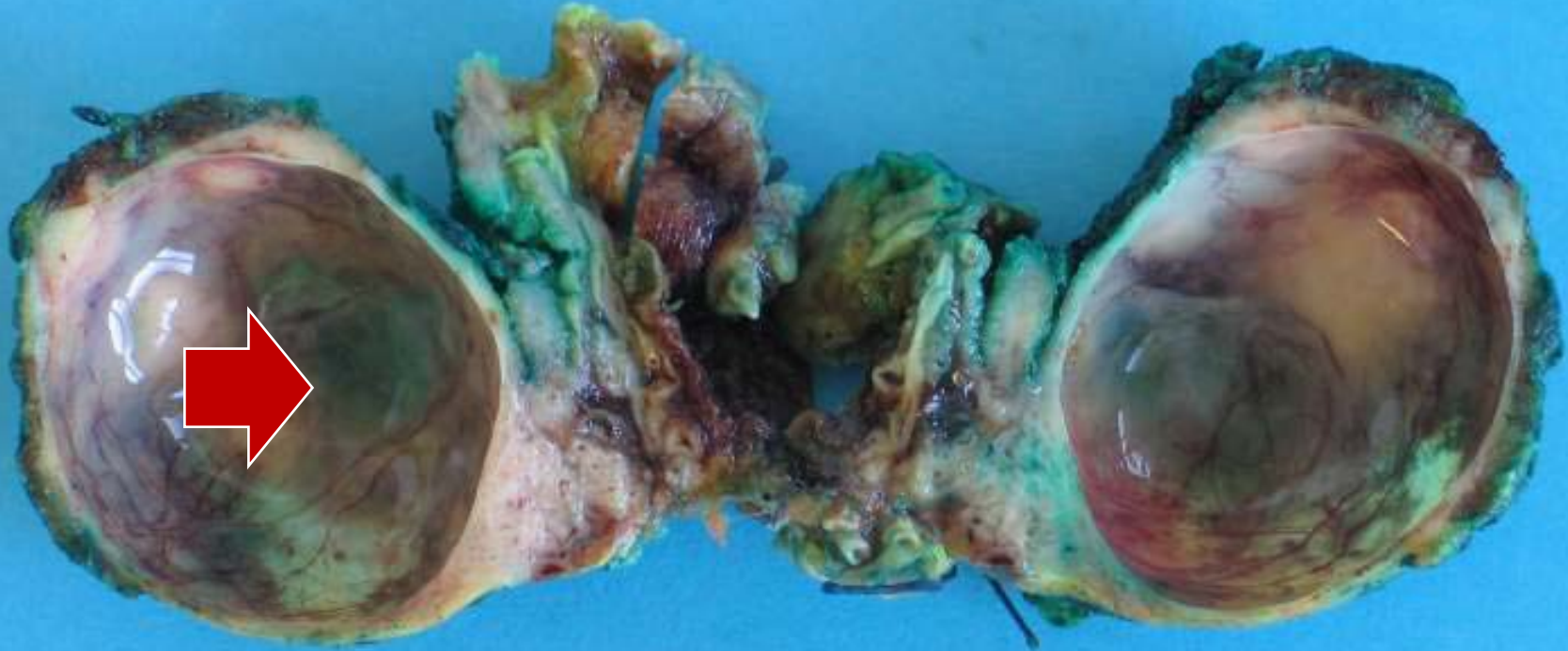
Pré-ménopause : une masse annexielle bénigne est traitée par une **kystectomie**



45 ans, kyste de structure **simple** aux ultra-sons.

Macroscopie :

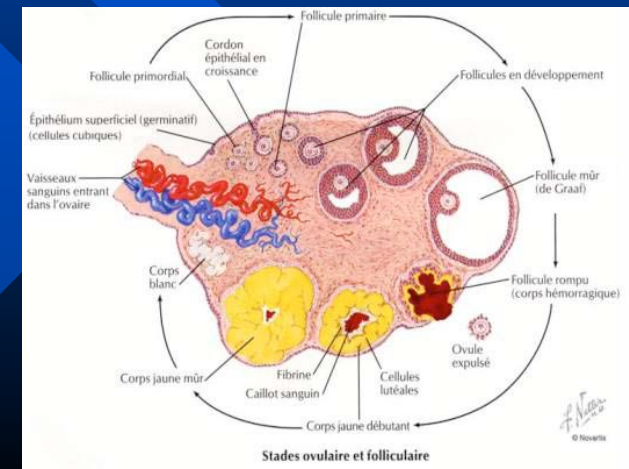
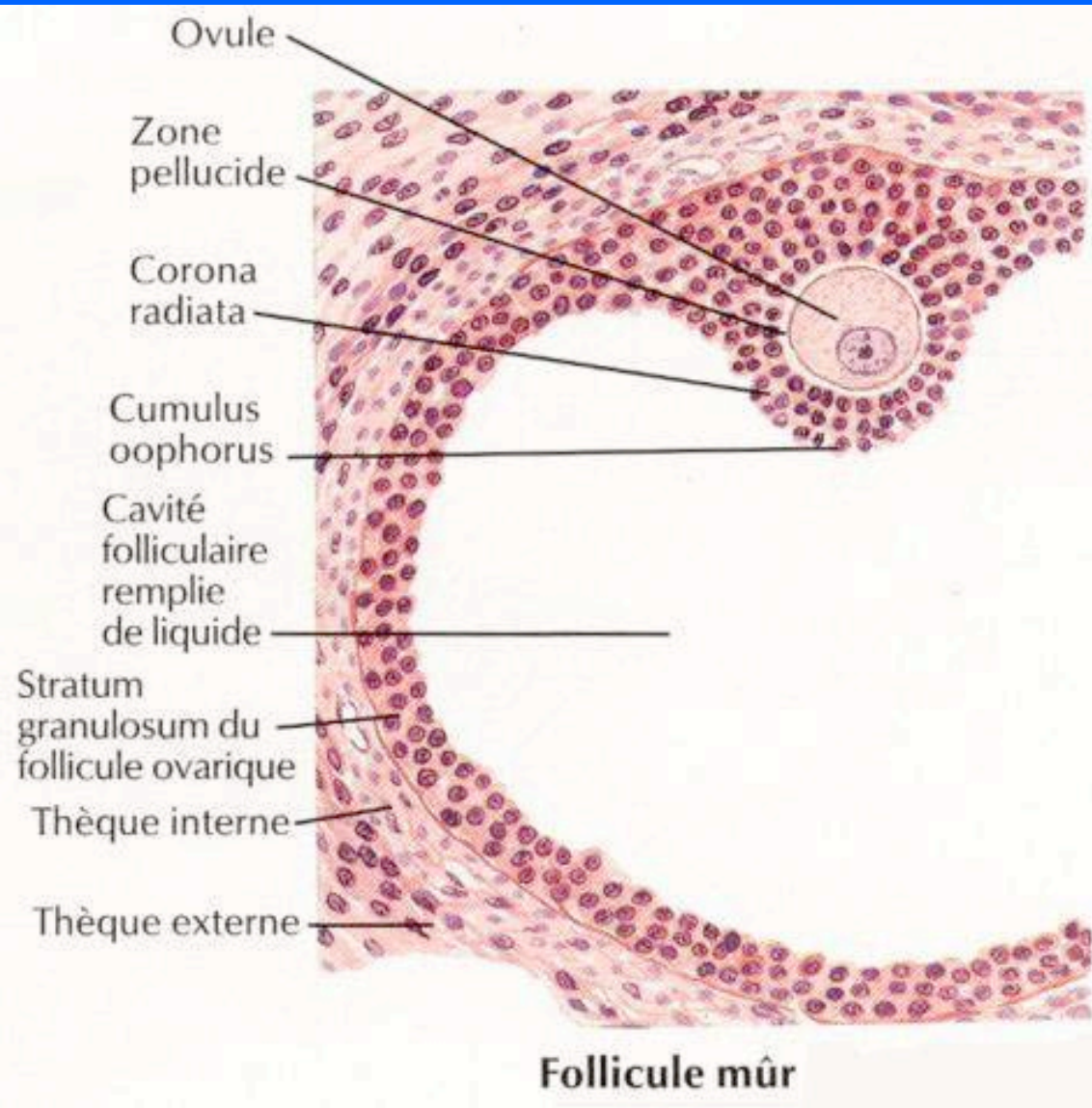
Surface interne **lisse** (pas de végétations)



Kystes folliculaires

. Uni- ou bilatéraux

. < 4-5 cm



Cf- 1^{er} cours de Pathologie

Chirurgie d'emblée: en cas de kystes *non* anéchogènes purs

.Chez la femme jeune un contrôle après les règles est utile afin d'exclure un kyste fonctionnel

- La **coelioscopie** sera discutée en fonction de l'aspect échographique et de la présence de critères d' « organicité » :
- Composante solide
- > 6 cm
- Paroi épaisse
- Multiloculaire (>3 cloisons ; >3mm d'épaisseur)
- Végétations endokystiques
- ascite
- Vascularisation anarchique et IR bas au doppler



Pathologie des tumeurs ovariennes

les plus fréquentes

tumeurs ovariennes épithéliales bénignes

Cystadénome séreux

Cystadénome mucineux

Tumeur de Brenner bénigne



Ovaire droit :

kyste

contenu: liquide fluide clair

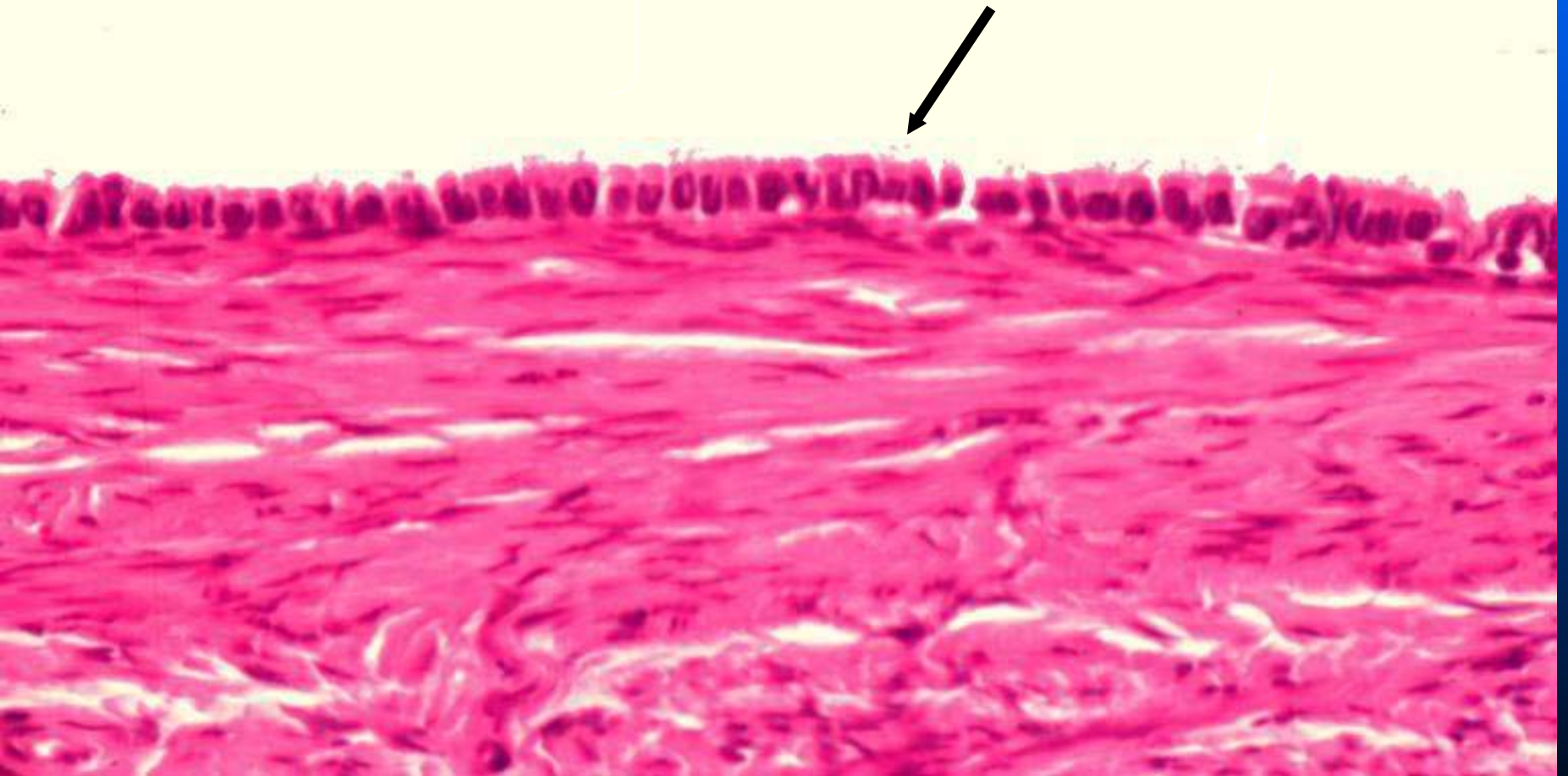
paroi lisse (ext., int.)

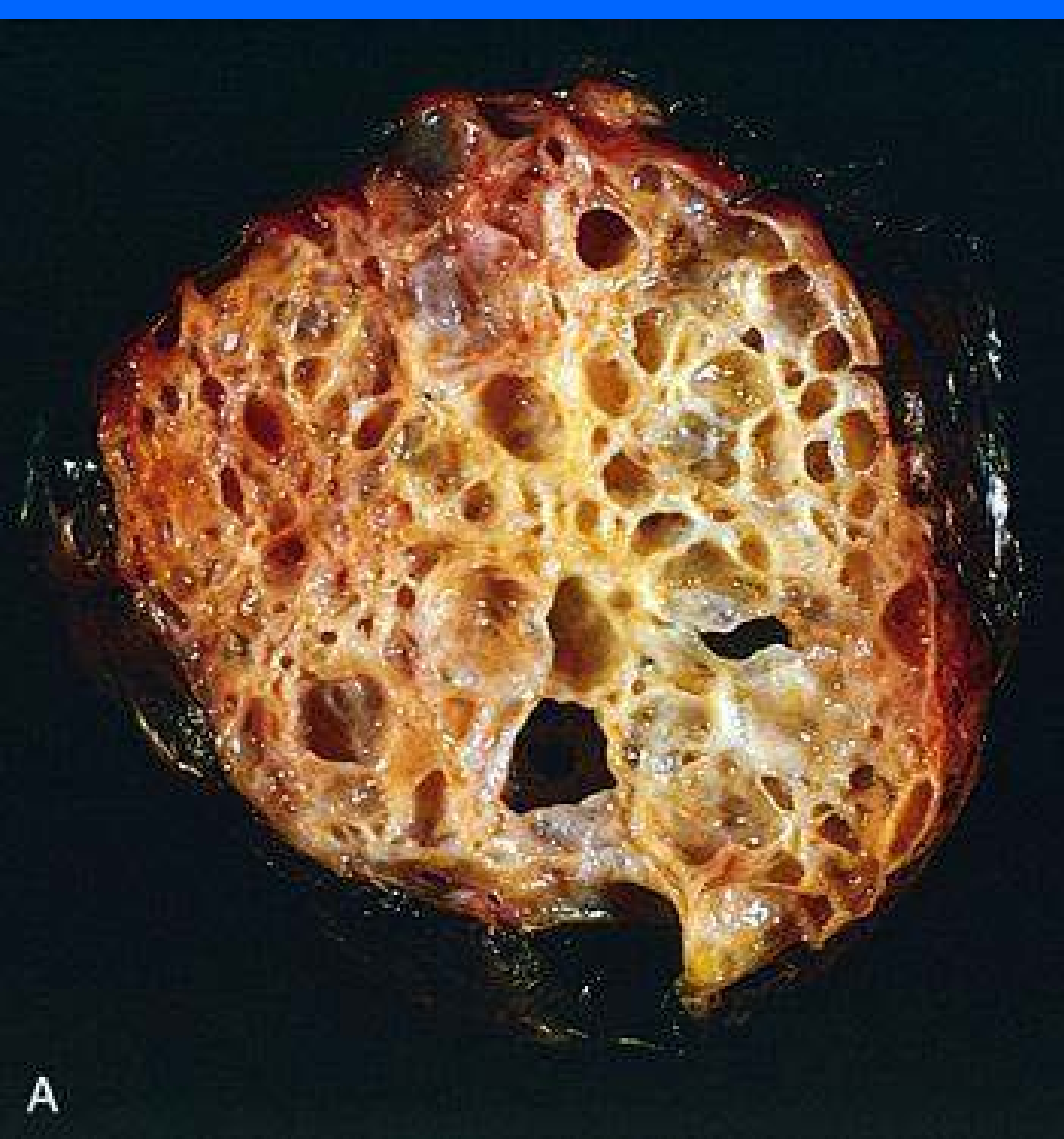


Ovaire gauche: normal

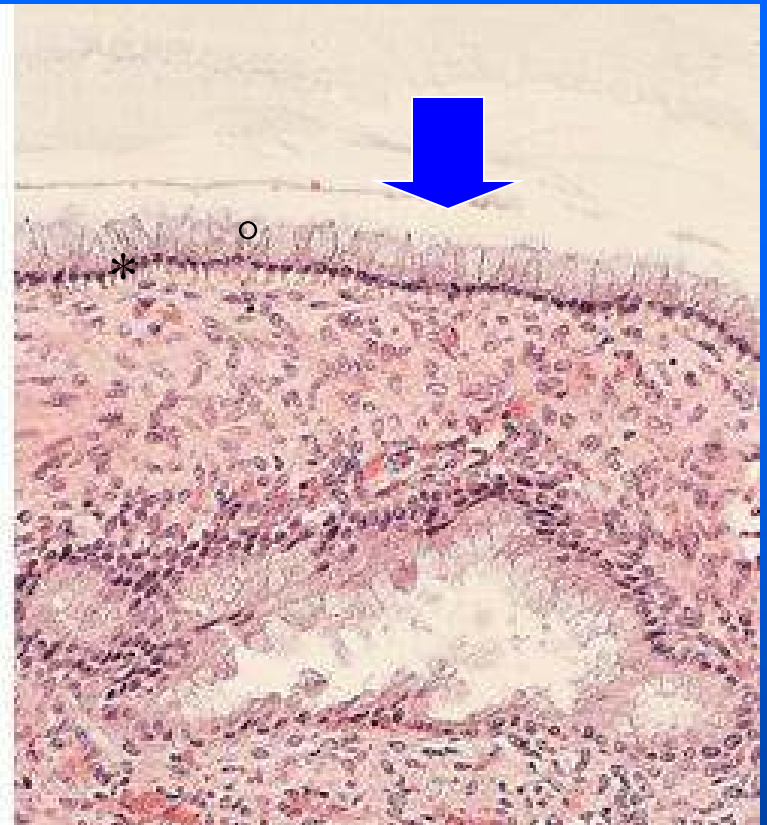
Microscopie: cystadénome séreux

Une seule couche de cellules **cubocylindriques**
ciliées sans atypies (sans mucus)





A



Une seule couche de cellules sans atypies au noyau basal* surmonté d'une vacuole de mucus^o

Robbins

Cystadénome mucineux

Cystadénome mucineux

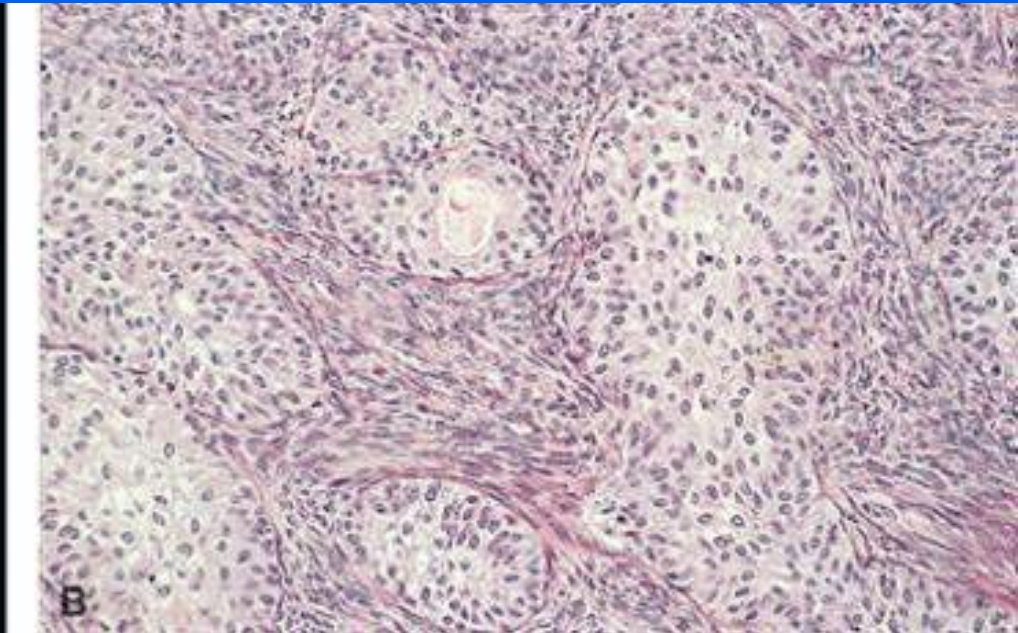


Peut être volumineux



Tumeur solide

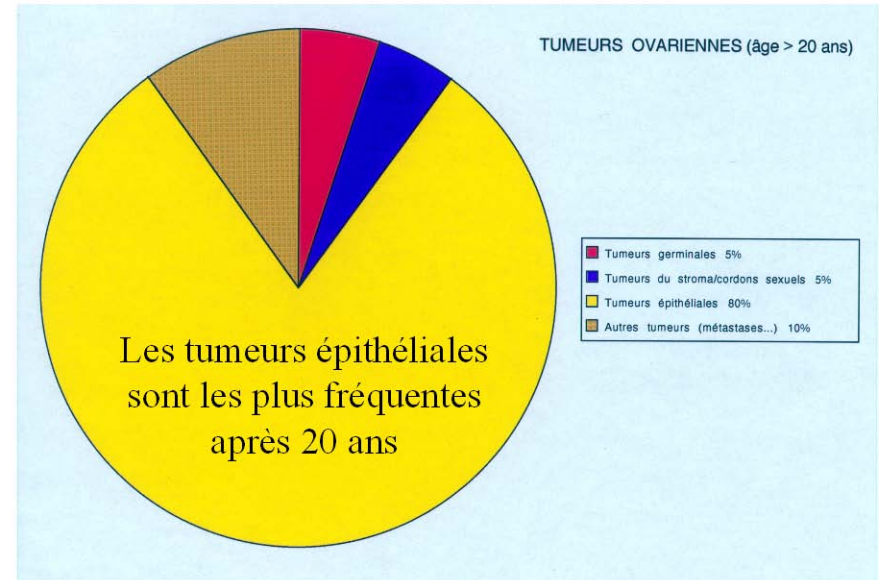
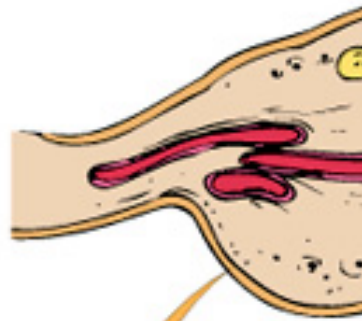
Cellules de type urothélial



Robbins

tumeur de Brenner (bénigne)

Robbins



ORIGIN	SURFACE EPITHELIAL CELLS (Surface epithelial-stromal cell tumors)
Overall frequency	65%-70%
Proportion of malignant ovarian tumors	90%
Age group affected	20+ years
Types	<ul style="list-style-type: none">• Serous tumor• Mucinous tumor• Endometrioid tumor• Clear cell tumor• Brenner tumor• Cystadenofibroma

Elles sont en majorité bénignes

Cystadénome/adénofibromes **séreux**

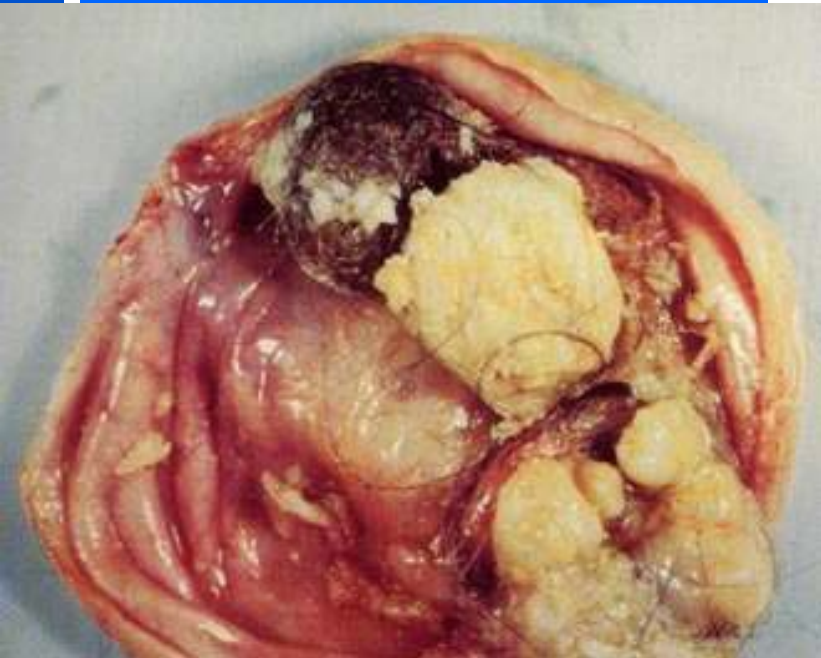
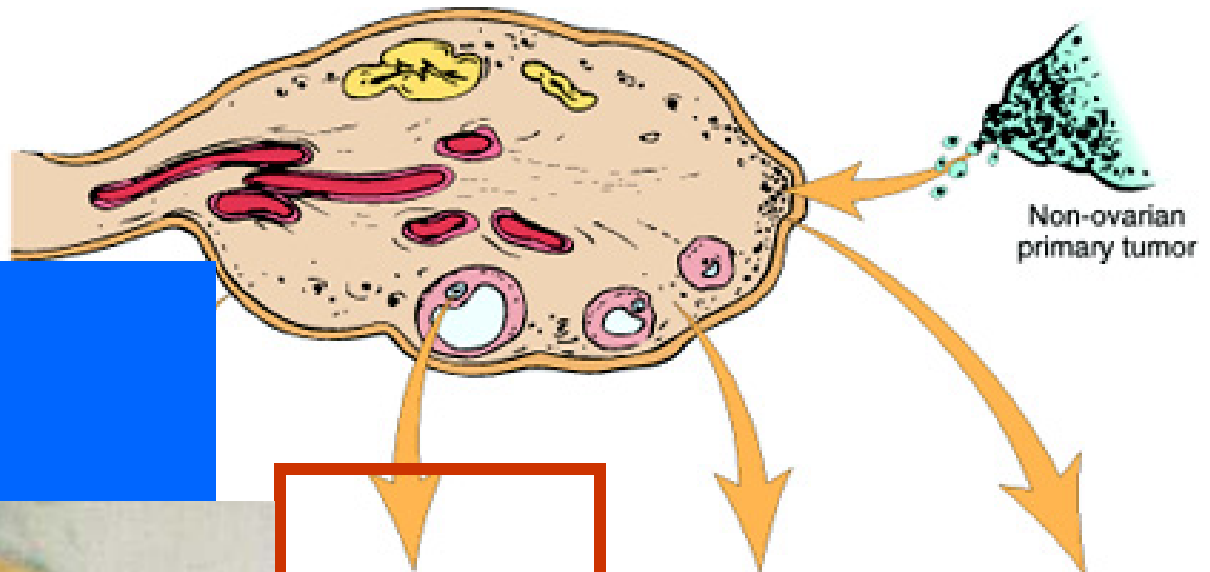
cystadénome **mucineux**

Tumeur de **Brenner**

Bénignes

BL

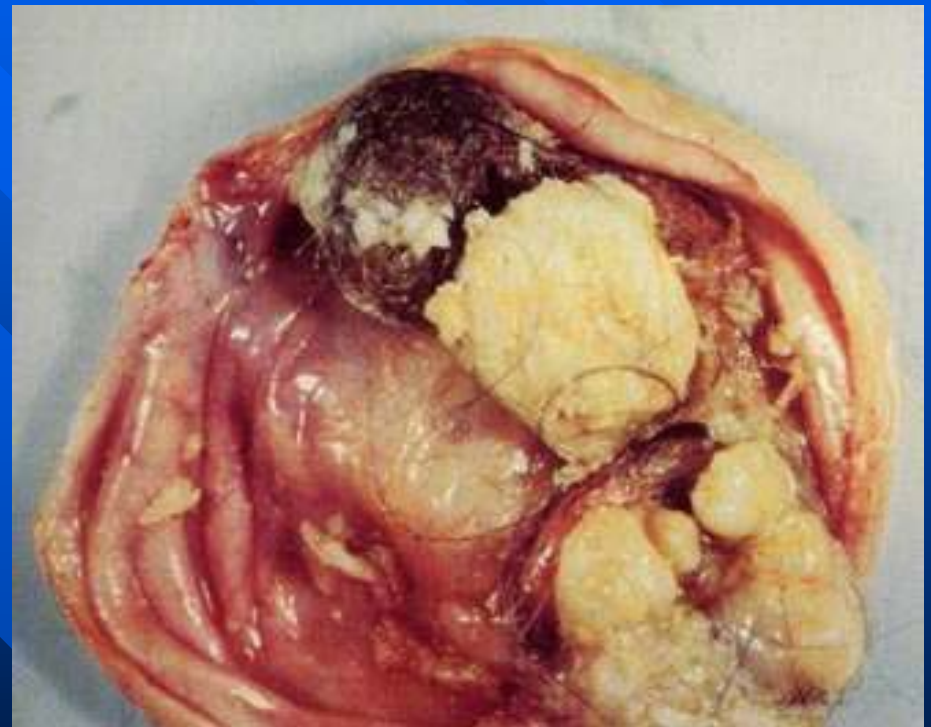
Malignes



GERM CELL	SEX CORD-STROMA	METASTASIS TO OVARIES
15%-20%	5%-10%	5%
3%-5%	2%-3%	5%
0-25+ years	All ages	Variable
<ul style="list-style-type: none"> • Teratoma • Dysgerminoma • Endodermal sinus tumor • Choriocarcinoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibroma • Granulosa-theca cell tumor • Sertoli-Leydig cell tumor 	

Kystes dermoïdes tératomes matures

- Différents tissus adultes
 - Endoderme : tube digestif, bronches,...
 - Ectoderme: tissu glial
 - Mésoderme : cartilage, dents
- Bénin
- rare : un tissu cancérisé (carcinome épidermoïde)

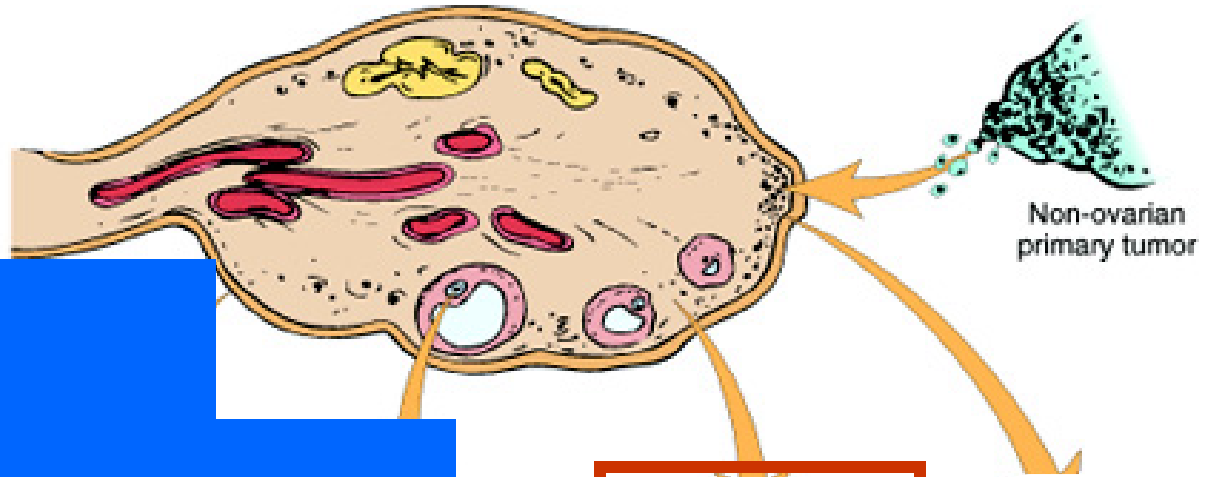


Tératome kystique pluritissulaire mature

kyste dermoïde

- 27 à 44% de toutes les T.O. primitives
- De loin la plus fréquente des tumeurs germinales
- Avant 15 ans : les 2/3 des T.O.
- La plupart : 20-40 ans (à tout âge)
- 25% asymptomatiques
- Possible : torsion, rupture, hémopéritoine,..
- 1-2% : malignité (carcinome épidermoïde) plus âgées: 51-62 ans
- Tératome *monotissulaire* : **struma ovarii**, carcinoïde

fibrome



SEX CORD-STROMA

5%-10%

2%-3%

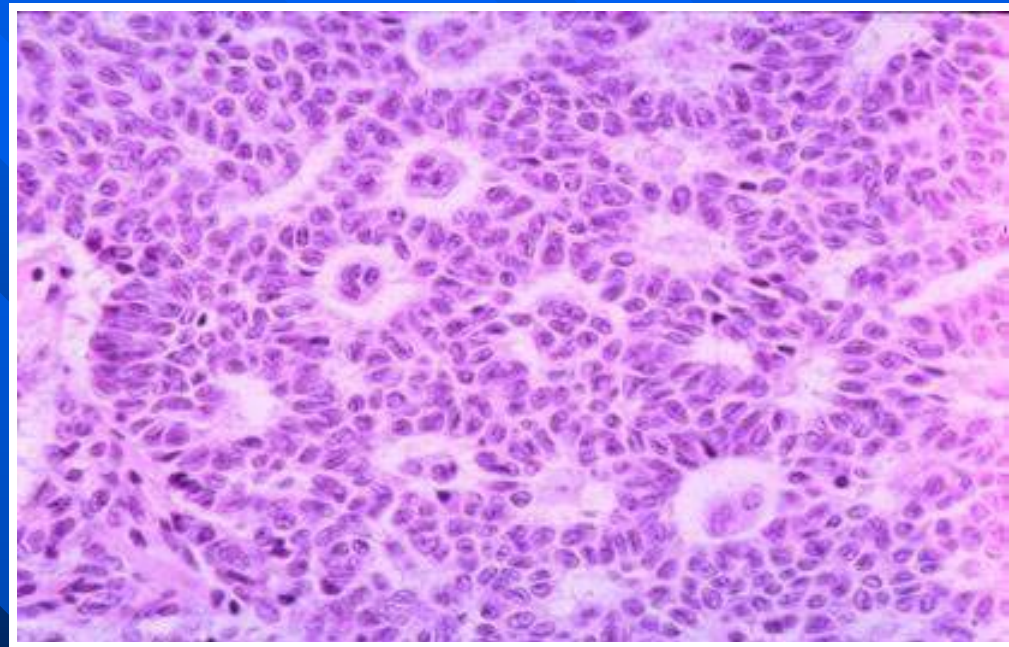
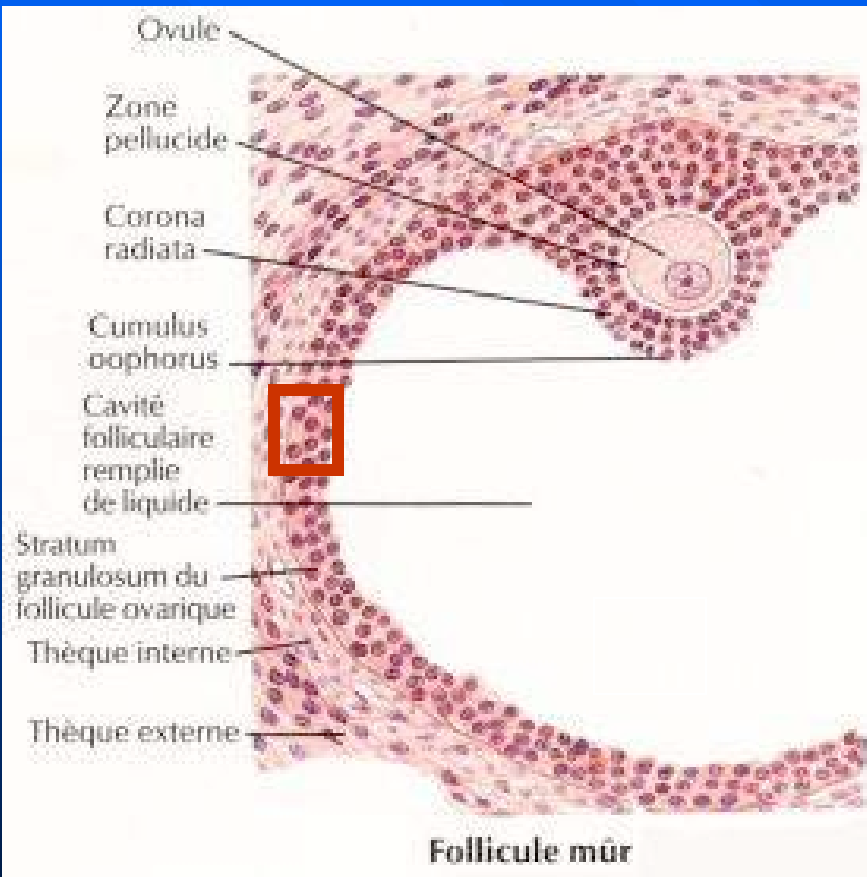
All ages

- Fibroma
- Granulosa-theca cell tumor
- Sertoli-Leydig cell tumor



Tumeur de la granulosa

produit +/- des oestrogènes



L'aspect microscopique de la tumeur rappelle celui de la *couche granuleuse* du follicule.



Fig. 13.52 *The Bearded Woman*, painted by José Ribera "Spagnoletto," Hospital Tavera, Toledo, Spain. This Neapolitan woman, who appears as much masculinized

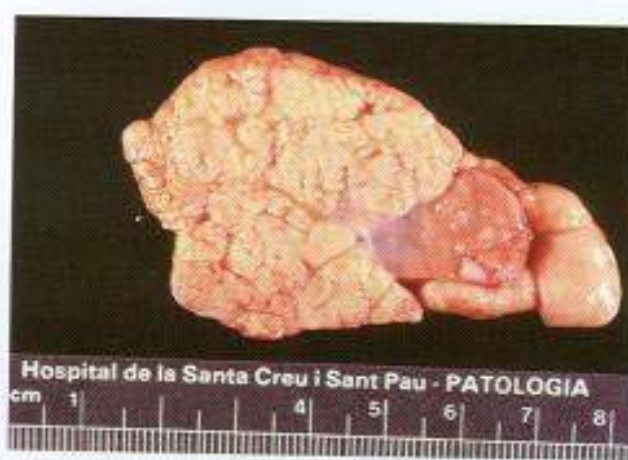


Fig. 13.53 Sertoli-Leydig cell tumor. The sectioned surface is lobulated and gray-yellow.

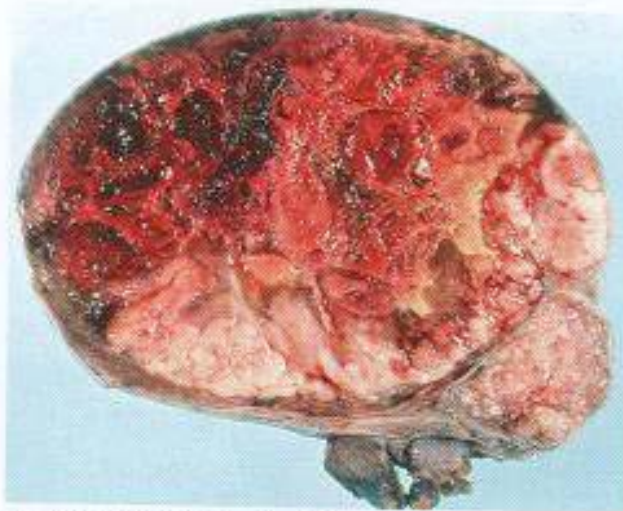


Fig. 13.54 Sertoli-Leydig cell tumor, poorly

Tumeurs du stroma gonadal et des cordons sexuels: bénignes ou malignes; hormonosécrétantes parfois.

Jaime Prat

Pathology of the Ovary

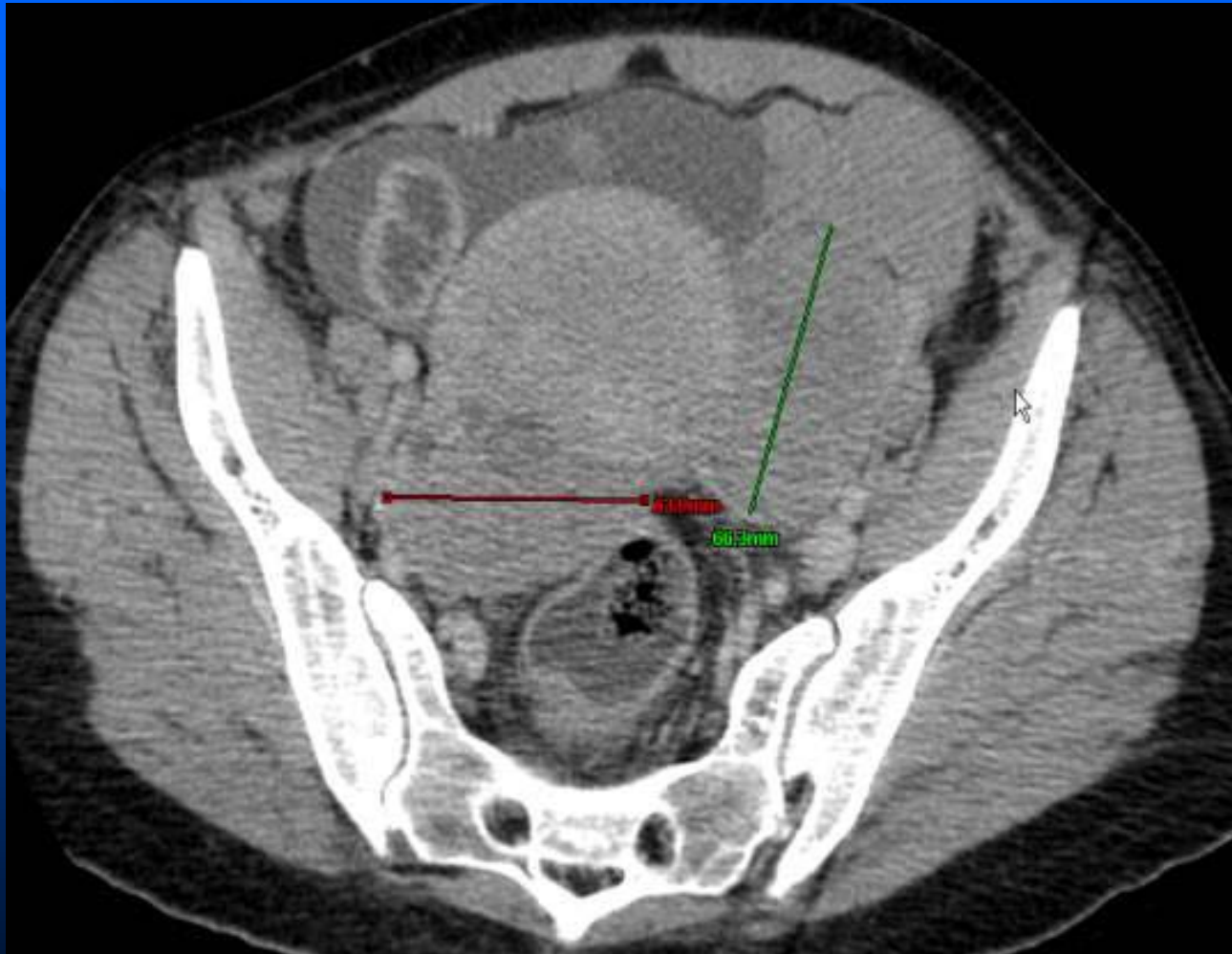
Saunders 2004

Vignette clinique 2

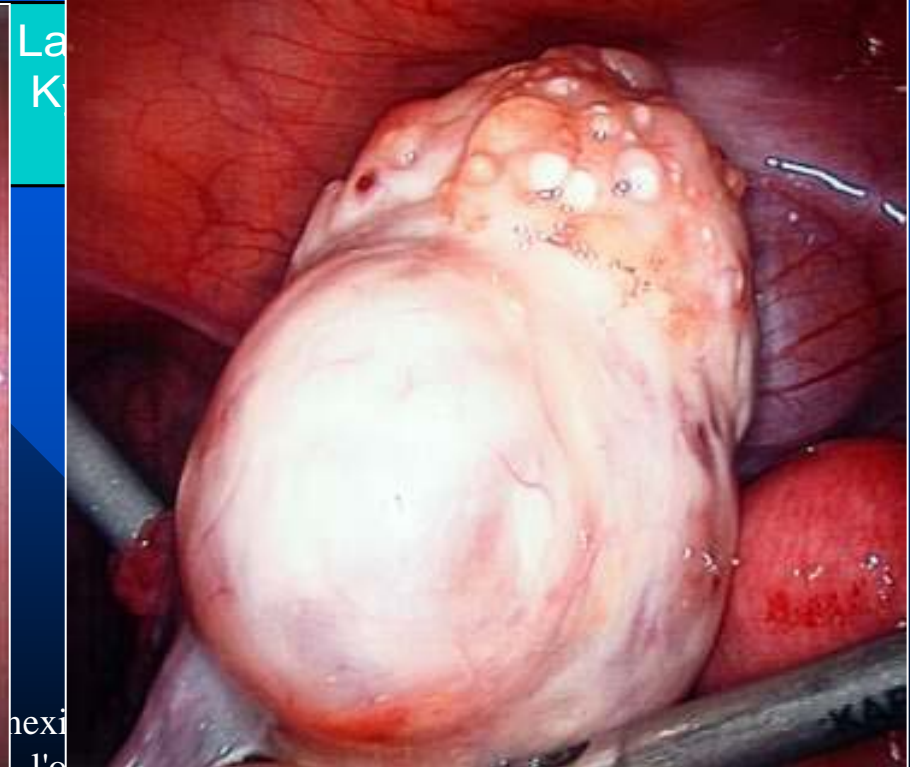
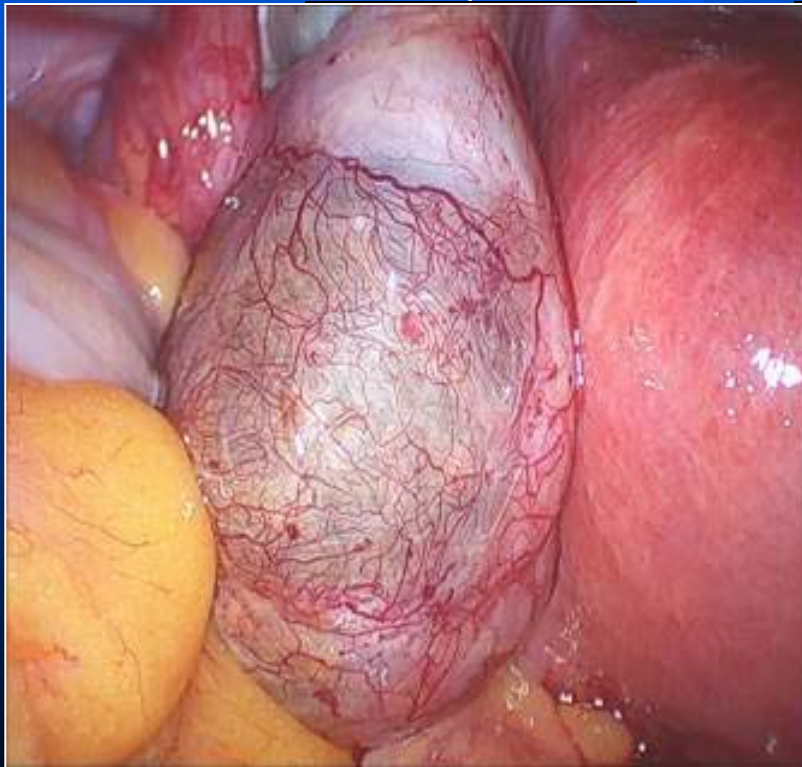
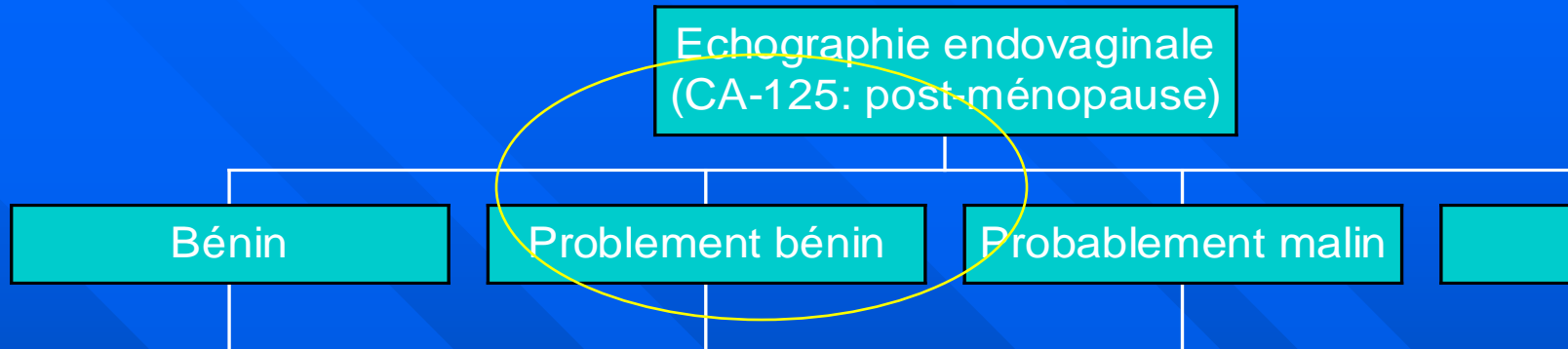
- Mme B.N. 1961
- Patiente 1G1P en BSH qui consulte son médecin traitant pour un ballonnement avec distension abdominale depuis 10 jours.



CT scan pelvien



Diagnostic/Traitement



La K
hexi
l'ovaire

La
D

Ponction liquide d'ascite

Renseignements cliniques : Suspicion de carcinome ovarien (masses ovariennes bilatérales).

Matériel : 1) 4 frottis. Ascite. 200 ml jaune trouble.

Résultat de l'examen de cytologie :

Cellules isolées et en amas tridimensionnels à cytoplasme flou, polarisé, parfois vacuolé, gros noyau nucléolé. Cellules mésothéliales réactives, quelques histiocytes, globules rouges, lymphocytes et polynucléaires neutrophiles.

Corps psammeux.

Métastase d'un adénocarcinome évocateur d'une origine ovarienne.

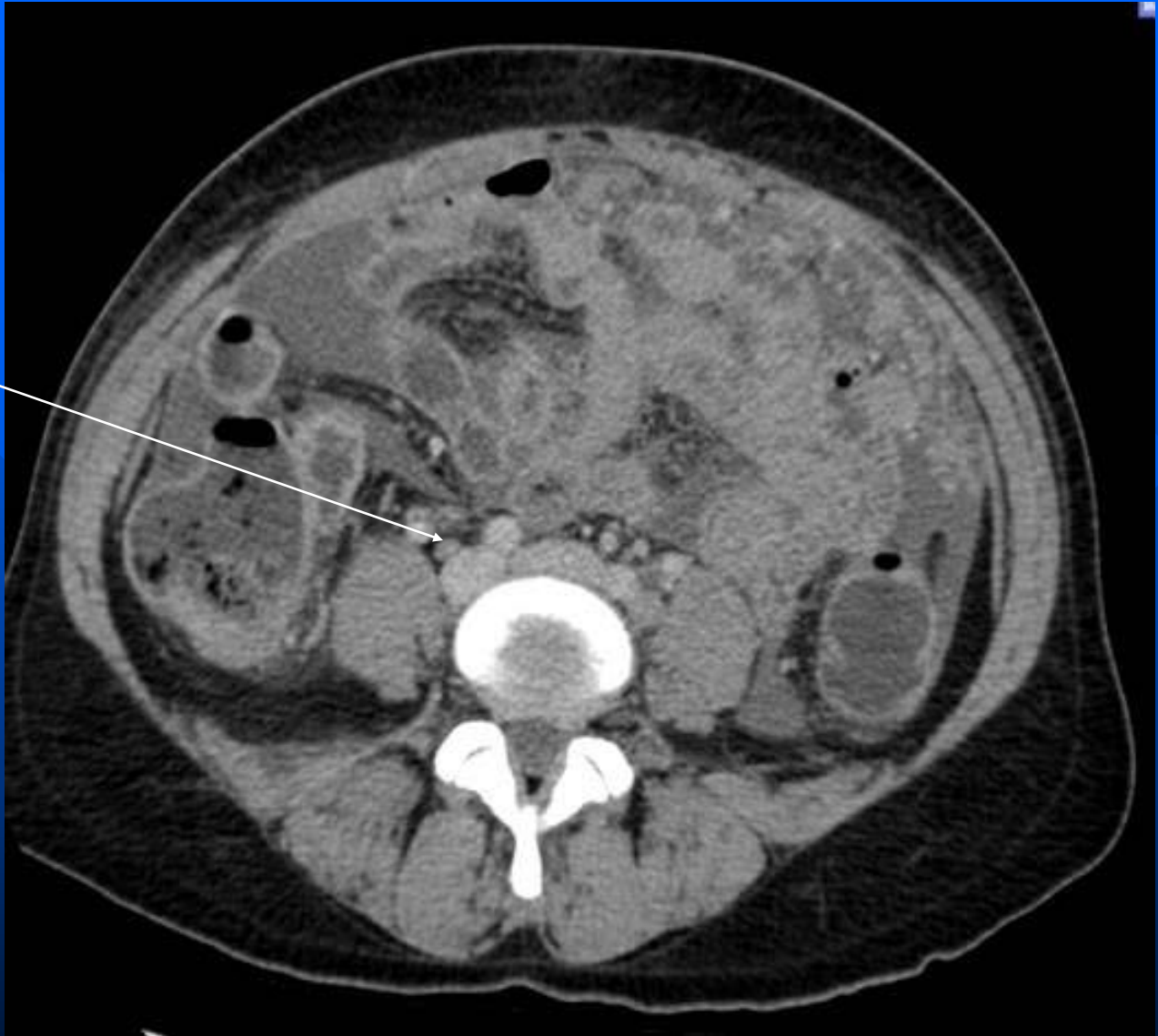
Immunomarquage sur cytobloc en cours.

Le résultat a été communiqué par téléphone le 31.8.2009

Dissémination

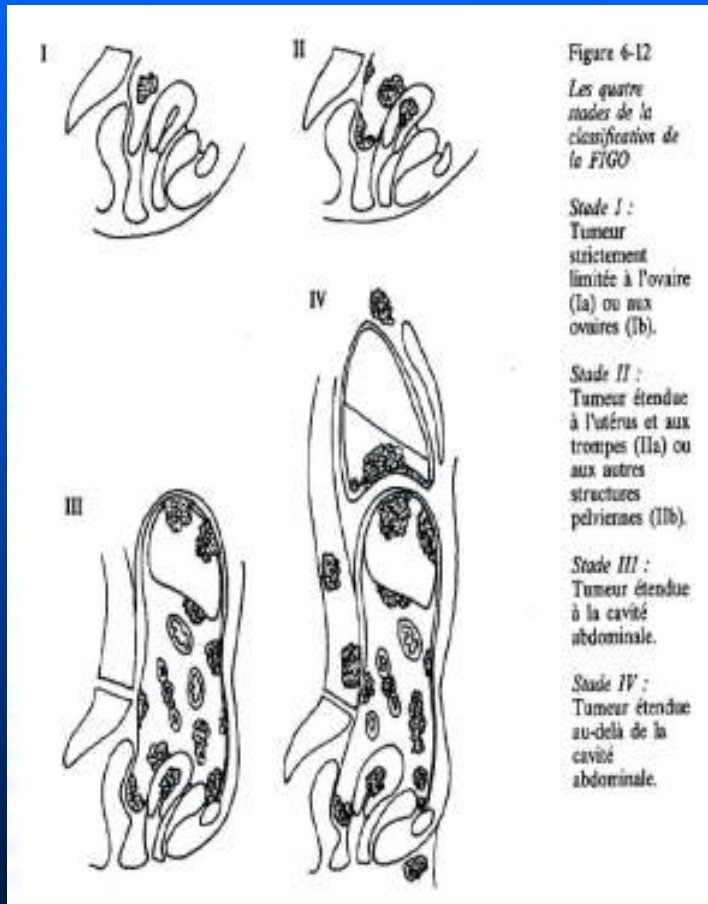
- Locale
- Intra-péritonéale
 - Grand épiploon
 - Péritoine pelvien, gouttières para-coliques, coupes diaphragmatiques
- Lymphatique (précoce)
 - Pelviens
 - Para-aortiques
- Hématogène (5-10%)

ADP
rétropéritonéale



Stades FIGO

I-II



- | | |
|-------------|---|
| IA | Un ovaire atteint, capsule intacte |
| IB | 2 ovaires atteints, capsule intacte |
| IC | Tumeur superficielle, rupture, cytologie positive |
| IIA | Extension à l'utérus et/ou trompes |
| IIB | Extension à d'autres organes du petit bassin |
| IIIC | Idem et cytologie positive |

Traitement du carcinome de stade précoce (FIGO I)



□ **Laparotomie /scopie**

□ Annexectomie bilatérale

□ Annexectomie unilatérale, si désir de grossesse

□ Lymphadénectomie

Seule la chirurgie permet d'évaluer le stade de la maladie

Stades FIGO III-IV

**III
A**

Extension en dehors du petit bassin. Foyers microscopiques

**III
B**

Extension en dehors du petit bassin. Foyers macroscopiques <2 cm

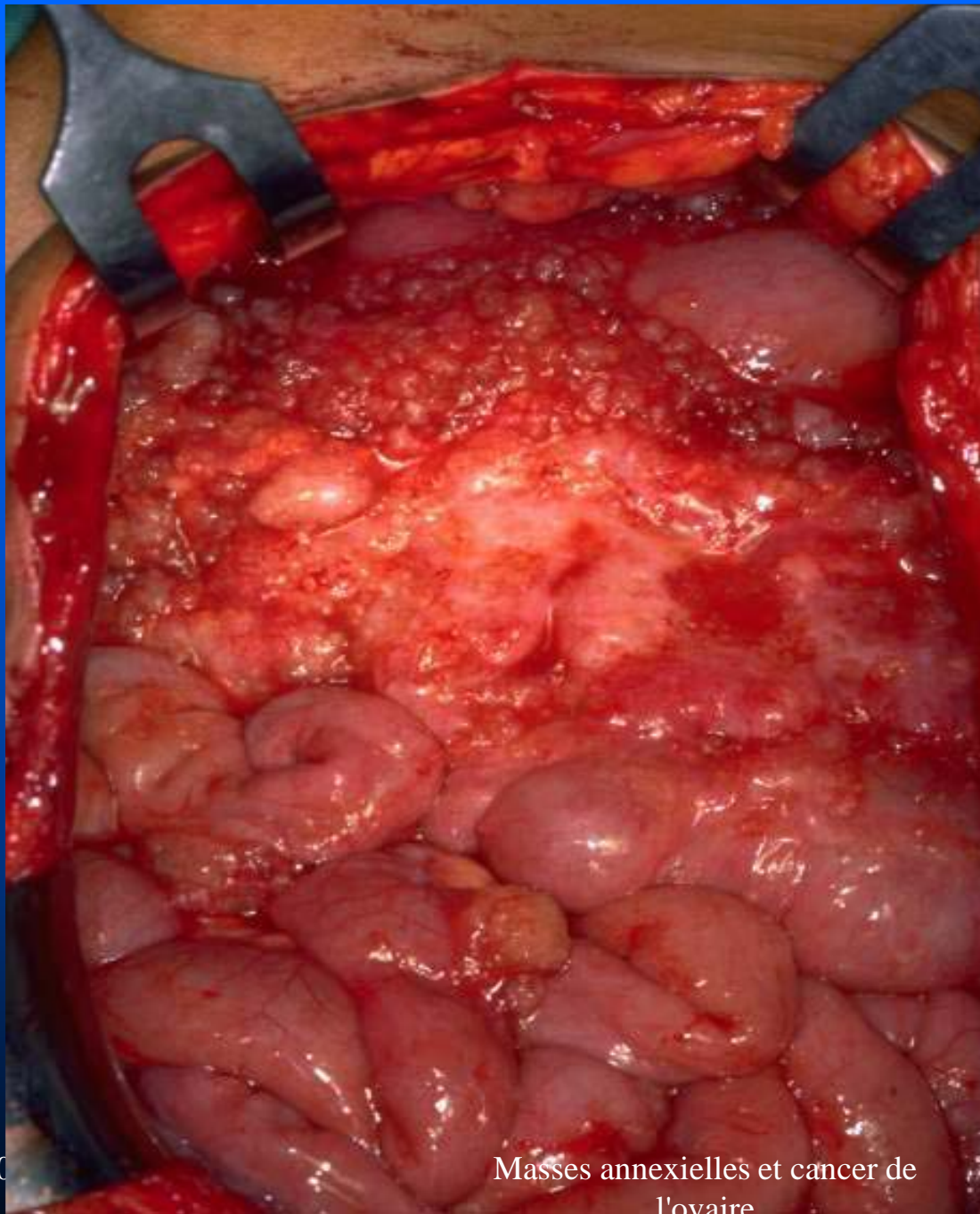
**III
C**

Extension en dehors du petit bassin. Foyers macroscopiques >2 cm
Adénopathies rétropéritonéales

IV

Métastases à distance





Masses annexielles et cancer de l'ovaire

Stades III-IV
2/3 cas



Diagnostic :

4, 5,6) Utérus et annexes, hystérectomie totale et annexectomie bilatérale : **adénocarcinome** de type **séreux** bien à peu différencié (**grade 3**) réalisant :

- une tumeur ovarienne bilatérale (ovaire droit : **6 cm** , ovaire gauche : **5 cm**) avec effraction focale de la surface
- une infiltration de la paroi des trompes utérines,
- de multiples foyers d'infiltration de l'endomètre (avec colonisation d'un polype endométrial), du myomètre et de la paroi du col utérin;
- de multiples images d'une invasion vasculaire tumorale.

1, 2, 3, 8 et 12) Epiploon, implant méso côlon transverse, implant péritonéal para-sigmoïdien, péritonectomie recto-sigmoïdienne, implants péritonéaux, biopsie-exérèse :

- multiples foyers de l'**adénocarcinome** séreux, le plus grand mesurant 6 cm dans l' épiploon.

7) Appendicectomie : multiples localisations de l'**adénocarcinome** séreux en surface de la séreuse, le plus grand mesurant 0.5 cm.

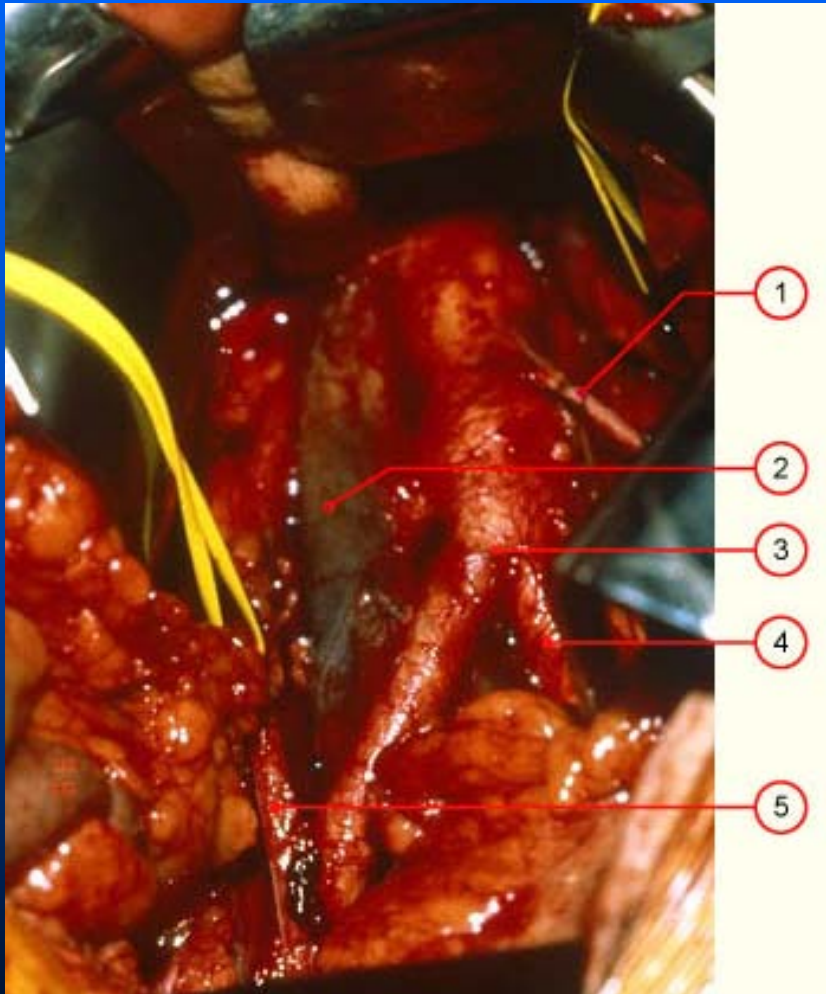
9) Curage pelvien et para-cave droit, biopsie : 2 sur 3 ganglions lymphatiques siège de **métastases de l'adénocarcinome** sans effraction capsulaire (**2/3**).

10) Ganglions infra-rénaux, biopsies : 2 ganglions lymphatiques siège de **métastases de l'adénocarcinome** sans effraction capsulaire (**2/2**).

11) Ganglion para-aortique gauche, biopsies : 2 sur 4 ganglions lymphatiques siège de **métastases de l'adénocarcinome** avec effraction capsulaire et lymphangite carcinomateuse (**2/4**).

Classification selon TNM (2002): **pT3c, pN1 (5/9), G3, Mx, L1, V1.**

Traitement du carcinome de stade avancé (FIGO IC-IV)



- **Laparotomie:**
Cytoréduction maximale
- Annexectomie bilatérale
- Hystérectomie
- Omentectomie
- Appendicectomie
- Lymphadénectomie

Chirurgie primaire ou d'intervalle

- « Debulking » = **cytoréduction**
 - Complète: résidu nul
 - Optimale: résidus < 1 cm
 - Sub-optimale: résidus > 1cm
- Si chirurgie primaire impossible
 - **Chimiothérapie** néo-adjuvante
 - Chirurgie d'intervalle (**cytoréduction**)
 - Chimiothérapie

Chimiothérapie

- **Stade I: adjuvante**

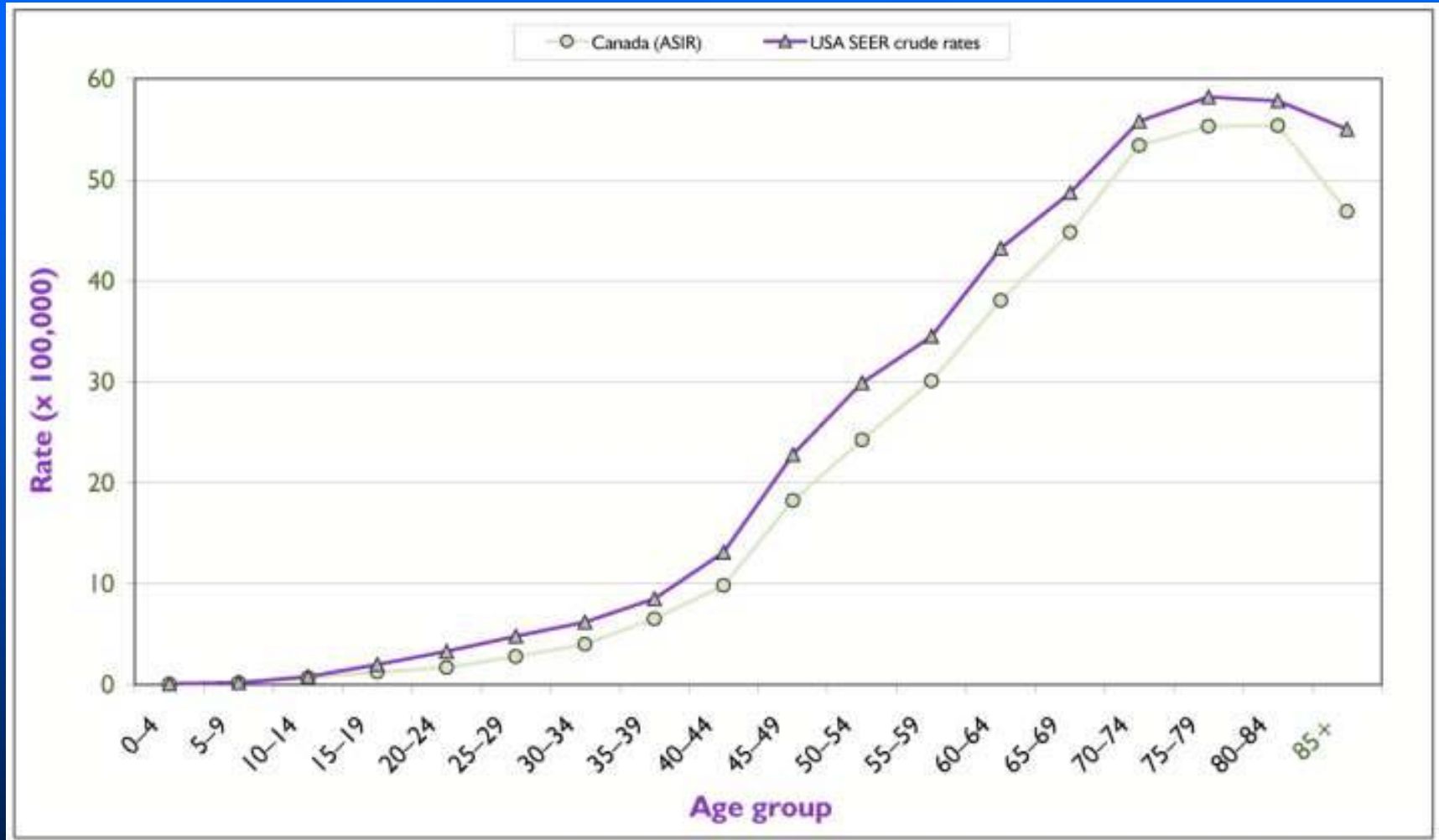
selon: type (séreux, cell. claires, ...), grade, stade (I a b c)

- **Stades II-IV: adjuvante ou néo-adjuvante**



Taxol + carboplatine x 6 cycles

Cancer oviares: âge au diagnostic

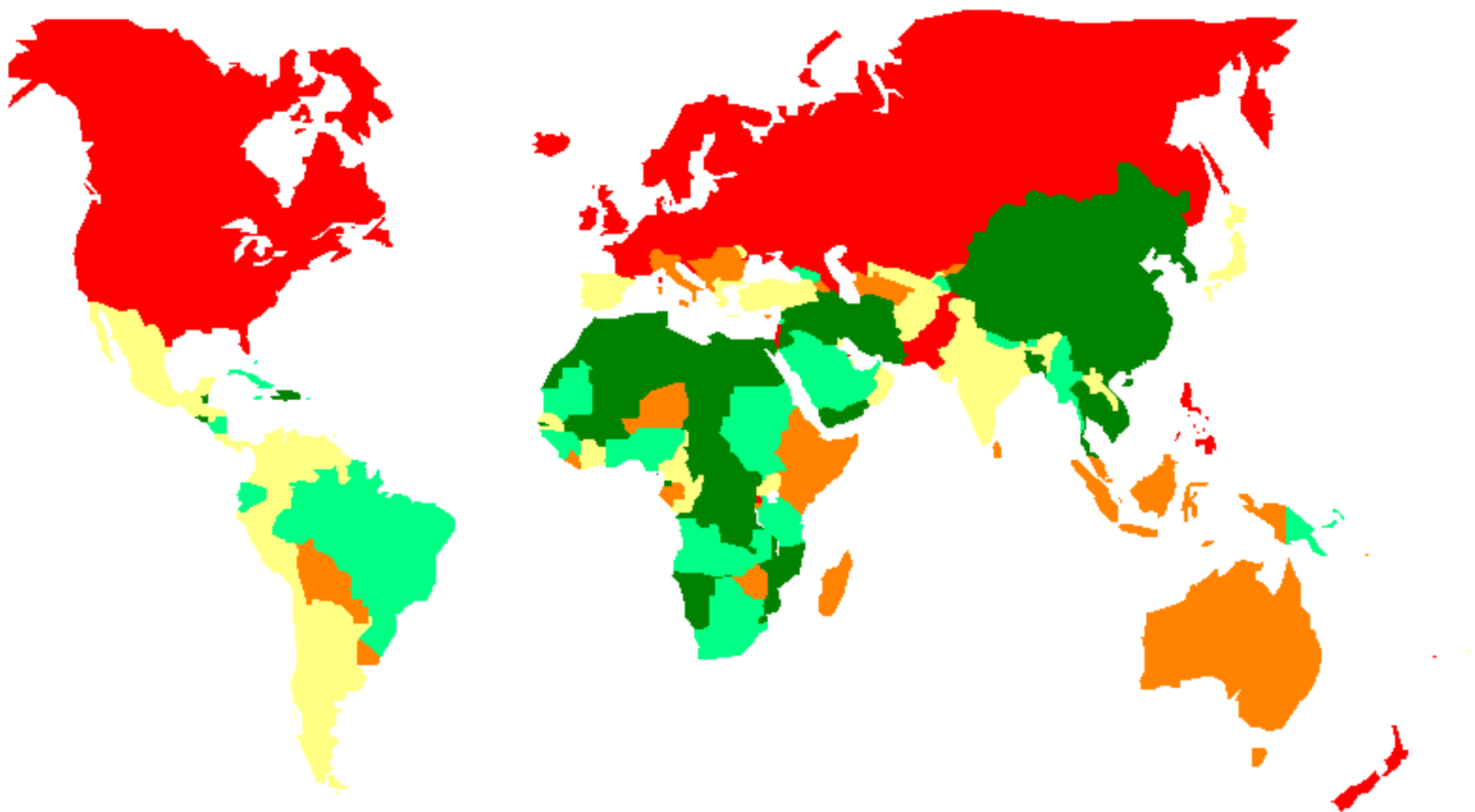


Cancer ovaïres:

incidence faible, mortalité relativement élevée

Country/Region	Incidence			Mortalité		Prévalence		
	Cases	Crude Rate	ASR(W)	Deaths	Crude Rate	ASR(W)	1-year prev.	5-year prev.
Western Europe	17650	18.9	11.3	12162	13.0	6.3	14174	48481
Switzerland	796	22.0	12.4	414	11.5	5.5	643	2049
Austria	889	21.6	12.9	553	13.4	6.5	806	2902
Belgium	1073	20.5	12.0	800	15.3	7.4	877	2943
France	4720	15.5	9.7	3377	11.1	5.7	3977	13491
Germany	8572	20.6	12.0	5981	14.4	6.6	6622	22972
Luxembourg	47	20.7	12.7	23	10.1	5.1	38	129
The Netherlands	1524	19.0	12.2	996	12.4	6.8	1211	3995
Pays en dév.	107541	4.4	5.0	62512	2.5	2.9	77365	276171

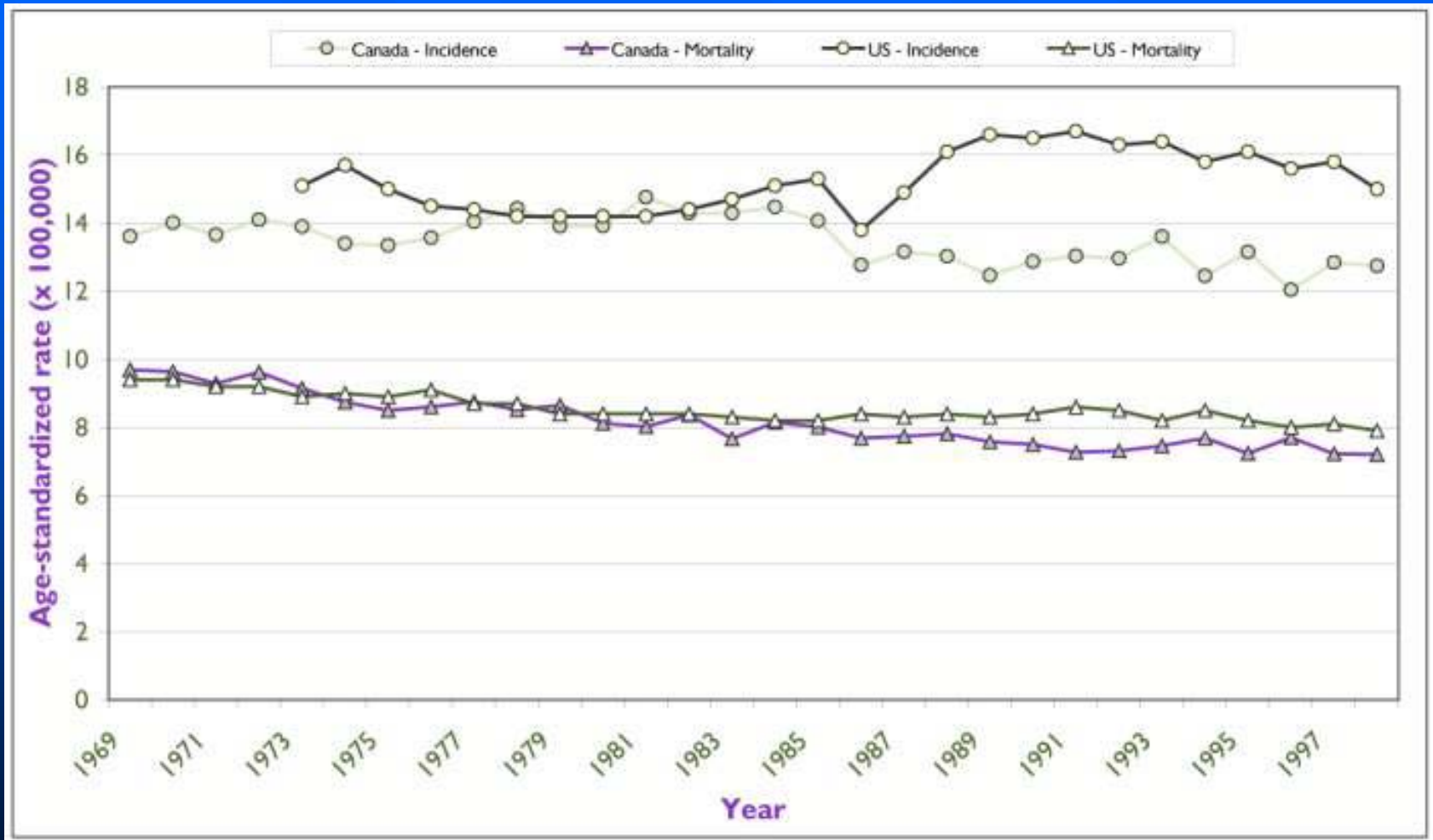
Ovary etc.
Age-Standardized mortality rate per 100,000



■ < 2.6 ■ < 3.3 ■ < 4.5 ■ < 5.6 ■ < 9.0

GLOBALCAN 2002, IARC

Cancer oviares



Facteurs de risque de cancer de l'ovaire

- Théorie de « l'ovulation incessante » (classique)
 - Multiparité
 - Allaitement
 - Pilule

} = Facteurs **protecteurs**
- Talc
- Stimulation excessive par gonadotrophines
- ATCD endométriose (mais cancer sur endométriose : rare ++)
- **Histoire familiale; mutation BRCA1 BRCA2** (lésions précoces de l'épithélium des trompes; cf. cours pathologie)

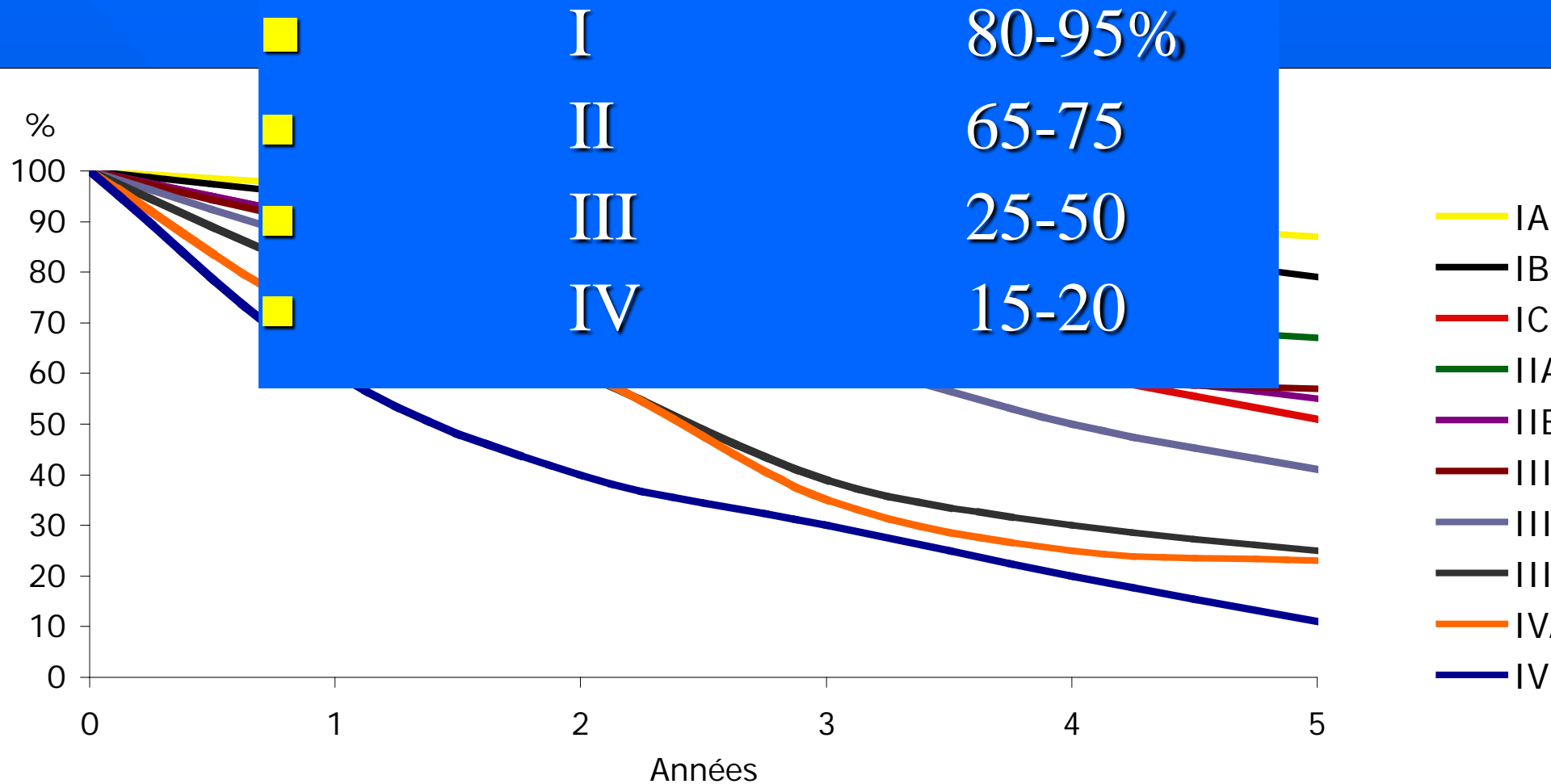
Dépistage

- **Aucune évidence** qu'un dépistage systématique par une échographie transvaginale et par un dosage du CA-125 soit efficace
 - *En cas de dépistage positif, 4 opérations pour découvrir 1 cancer de l'ovaire*
- **Annexectomie prophylactique** en cas de cancer ovarien héréditaire (BRCA 1-2)

Le pronostic des cancers ovariens dépend:

- du stade
- du grade
- du type histologique
- du résidu tumoral en fin d'intervention
(chirurgie optimale si résidu < 1 cm)

Survie en fonction du stade FIGO



Conclusion

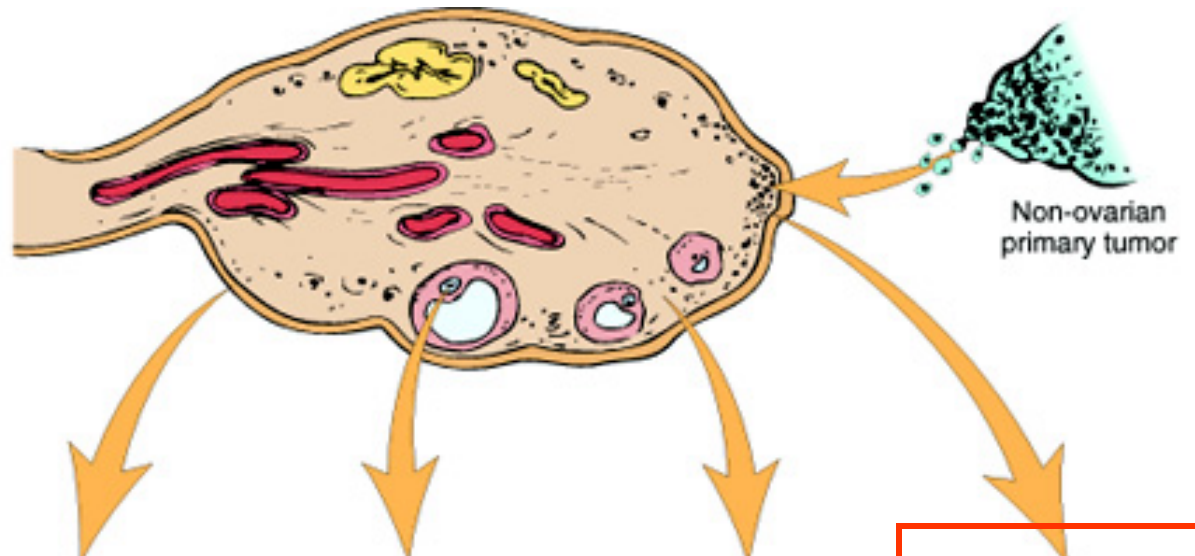
- Cancer de l'ovaire : grave
- Après 50 ans se méfier des douleurs abdomino-pelviennes diffuses associées à des ballonnements
- Toujours demander une échographie pelvienne par voie endovaginale
- Si masse ovarienne prescrire CA 125
- La chirurgie demeure la pierre angulaire de la prise en charge du cancer de l'ovaire

Tumeurs borderline de l'ovaire

- 10 % à 20 % des tu. épithéliales 'malignes' de l'ovaire
- Incidence 5/100 000 par an
- Age de survenue 10 ans **plus jeune** que les ca. Ovariens
- 80% comportement bénin
- **Récidive tardive** au-delà de 20 ans
- Pronostic dépendant du **stade**
- Péjoratif : implants péritonéaux invasifs (staging indiqué).
- Diagnostic au stade I plus fréquent (staging péritonéal négatif)
 - Survie à 5 ans **stade I : 99 à 100 %**
 - Survie à 5 ans stade II et III : 75 à 93 %



Tumeur borderline à 9 semaines de grossesse
Masse annexielle et cancer de l'ovaire



ORIGIN

Overall frequency

Proportion of malignant ovarian tumors

Age group affected

Types

Tumeurs ovariennes primaires

ORIGIN

Overall frequency

Proportion of malignant ovarian tumors

Age group affected

Types

METASTASIS TO OVARIES

5%

5%

Variable

ca

46 ans



Ovaire droit

Ovaire gauche

estomac

Tumeur de **Krukenberg** :

métastase ovarienne (souvent bilatérale) d'un adénocarcinome gastrique (aussi : colon, pancréas, sein,..)

Cancer de l'endomètre



Vignette clinique

- Patiente de 66 ans
- Métrorragies
- Obésité, HTA
- Sous traitement hormonal de la ménopause

DD des métrorragies post-ménopausiques

	%
Oestrogènes exogènes	30
Endomètre atrophique	30
Cancer de l'endomètre	15
Polypes de l'endomètre	10
Hyperplasie de l'endomètre	5
Autres (ca. du col)	10

Investigations

- Palpation abdominale
- Examen au speculum
- Toucher bi manuel
- Ultrason endovaginal
 - Endomètre
 - Myomètre

Examen clinique

- ❑ Speculum, TV & TR
- ❑ Non spécifique (l'utérus n'est souvent pas agrandi)
- ❑ Obésité fréquente
- ❑ HTA fréquente



The diagnosis of uterine pathology

■ Diagnostic tests

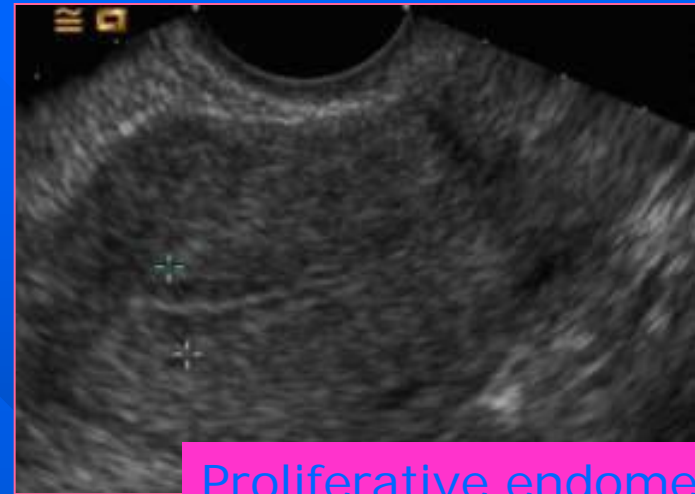
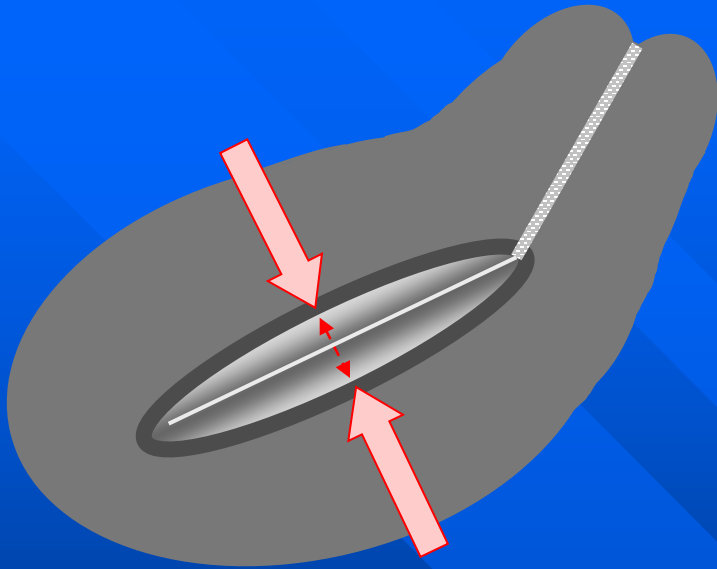
- Cytology
- D&C

– **Ultrasound**

- Color Doppler
- SIS
- Office sampling
- Hysteroscopy



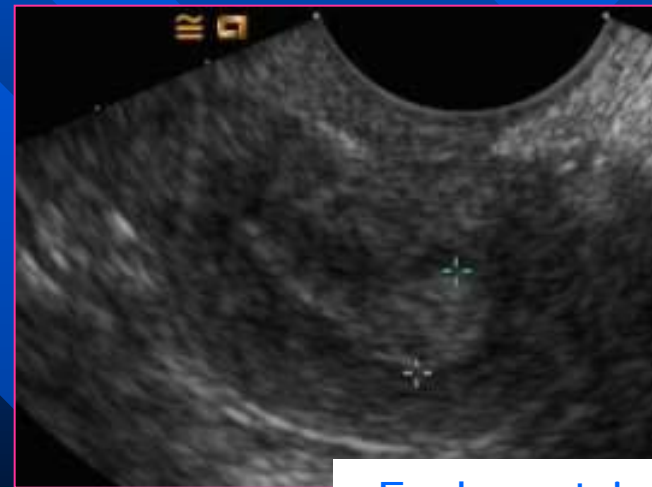
Endometrial thickness



Proliferative endometrium

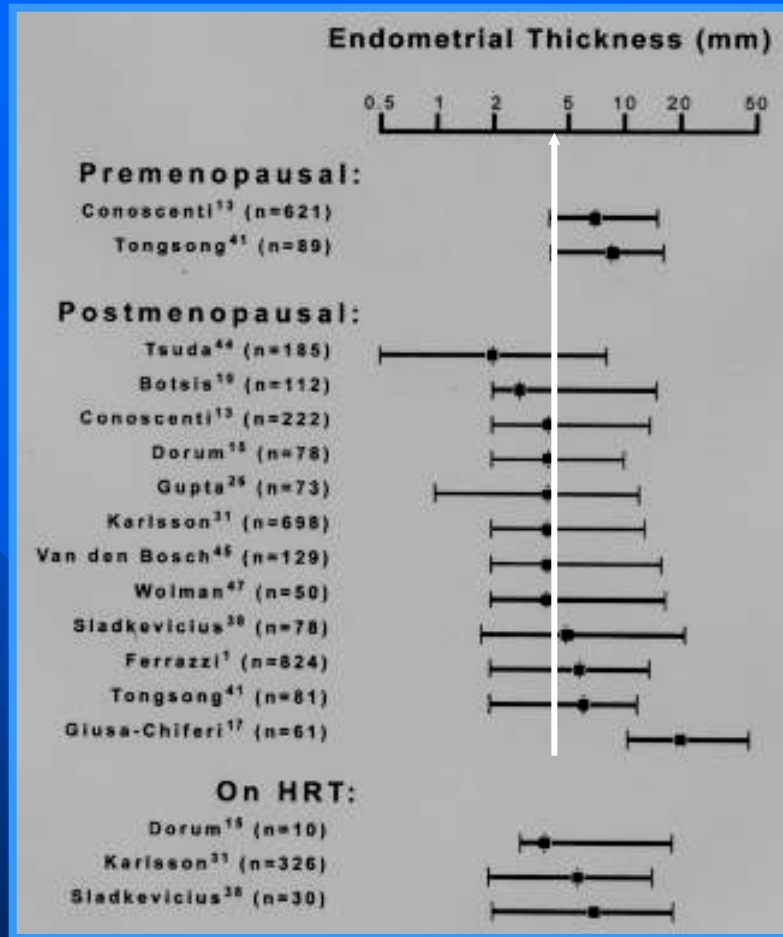


Atrophic endometrium



Endometrial cancer

Ultrasound



Limite

4 mm

postmenopausal

median endometrial thickness

normal endometrium

2 – 6.4 mm

The diagnosis of uterine pathology

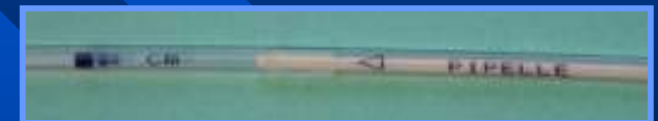
■ Diagnostic tests

- Cytology
- D&C
- Ultrasound
- Color Doppler
- SIS

– Office sampling

- Hysteroscopy

Pipelle de Cornier



Hystéroskopie

- Diagnostique
 - Optique 5mm
 - Visualisation directe, confirmation Dg
- Opératoire
 - Optique 10mm
 - Résection à l'anse
 - Complications

Diagnostiques différentiels du cancer de l'endomètre

Polype endométrial

lésion végétante
endo-cavitaire
taille variable



Sa surface peut se
nécroser et saigner

Rare: accouché par le
col

Saignements,
douleurs
(dysménorrhées)

Diagnostics différentiels du cancer de l'endomètre

Hyperplasies de l'endomètre

Classification selon l'OMS* (2003):

- Architecture: **simple / complexe**
- Cytologie: **non atypique / atypique**



Hyperplasie **complexe**: glandes « dos à dos »

* Il existe une autre classification, peu utilisée en Suisse, la classification EIN : Endometrial Intraepithelial Neoplasia

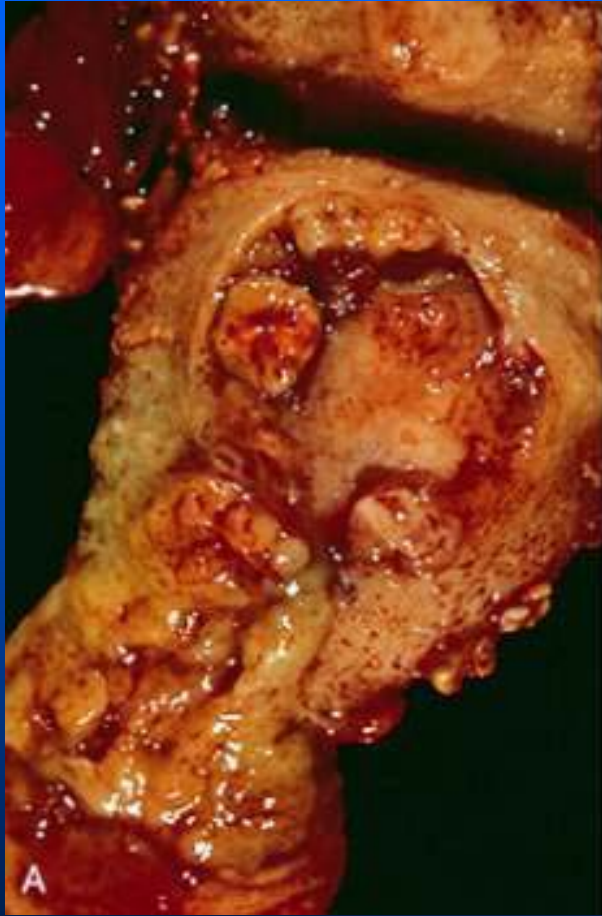
Classification des hyperplasies de l'endomètre

L'hyperplasie complexe **atypique**
est fréquemment* associée à ou suivie
par un **carcinome**.

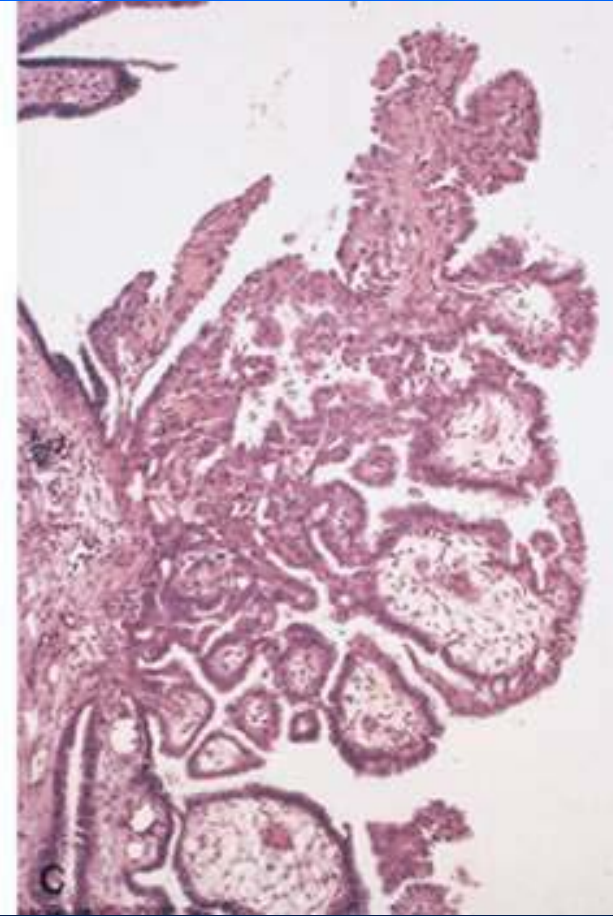
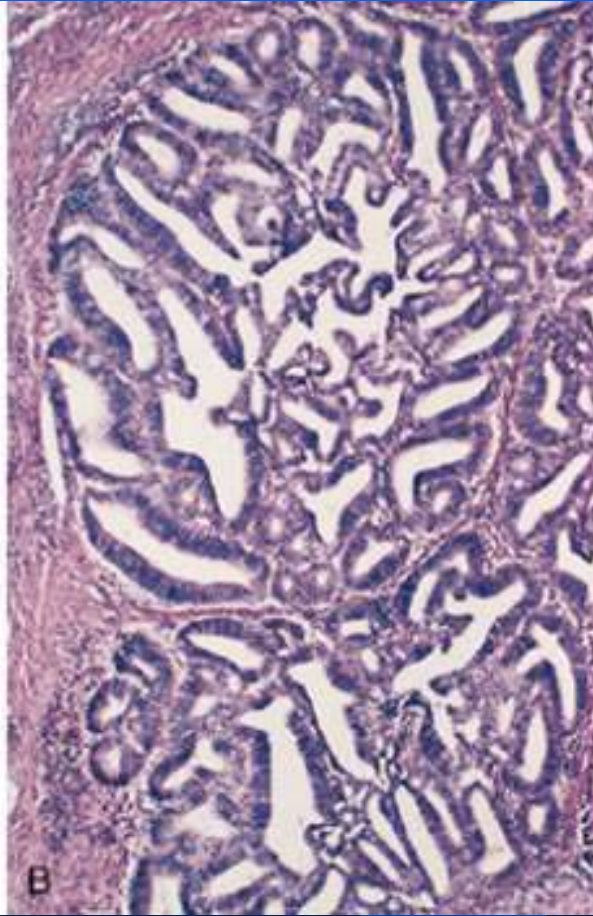
* 14 à 40% selon les études



Adénocarcinome de l'endomètre



Tumeur endocavitaire infiltrant plus ou moins le myomètre



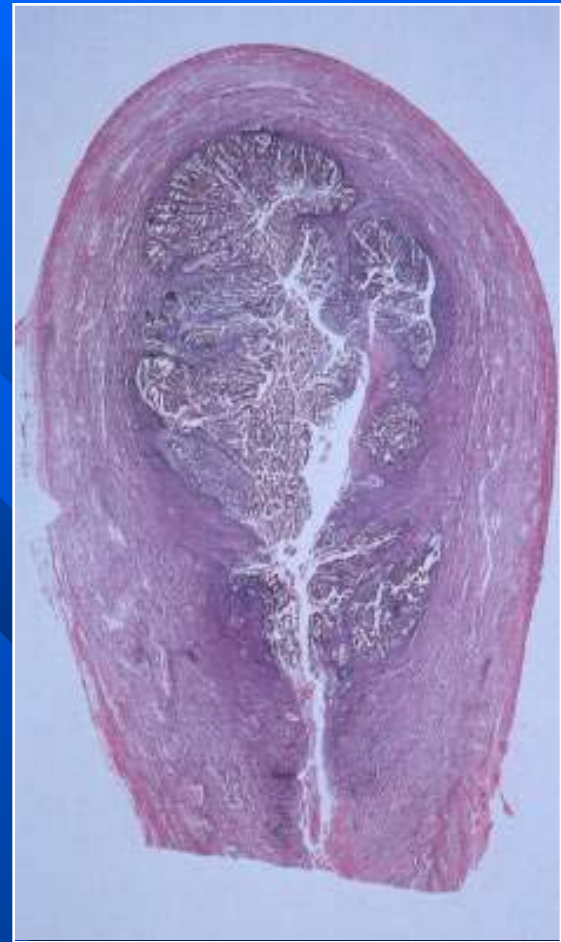
Adénocarcinome d'architecture glandulaire et papillaire

Hyperplasie de l'endomètre

- Simple
- Complexe, atypique => 'précancérose facultative'
 - Traitement conservateur possible: progestatifs sous contrôle
 - Hystérectomie simple et annexectomie bilatérale

Curetage fractionné

- S'impose en cas de métrorragies et d'imagerie suspecte (endomètre >4 mm)



Incidence

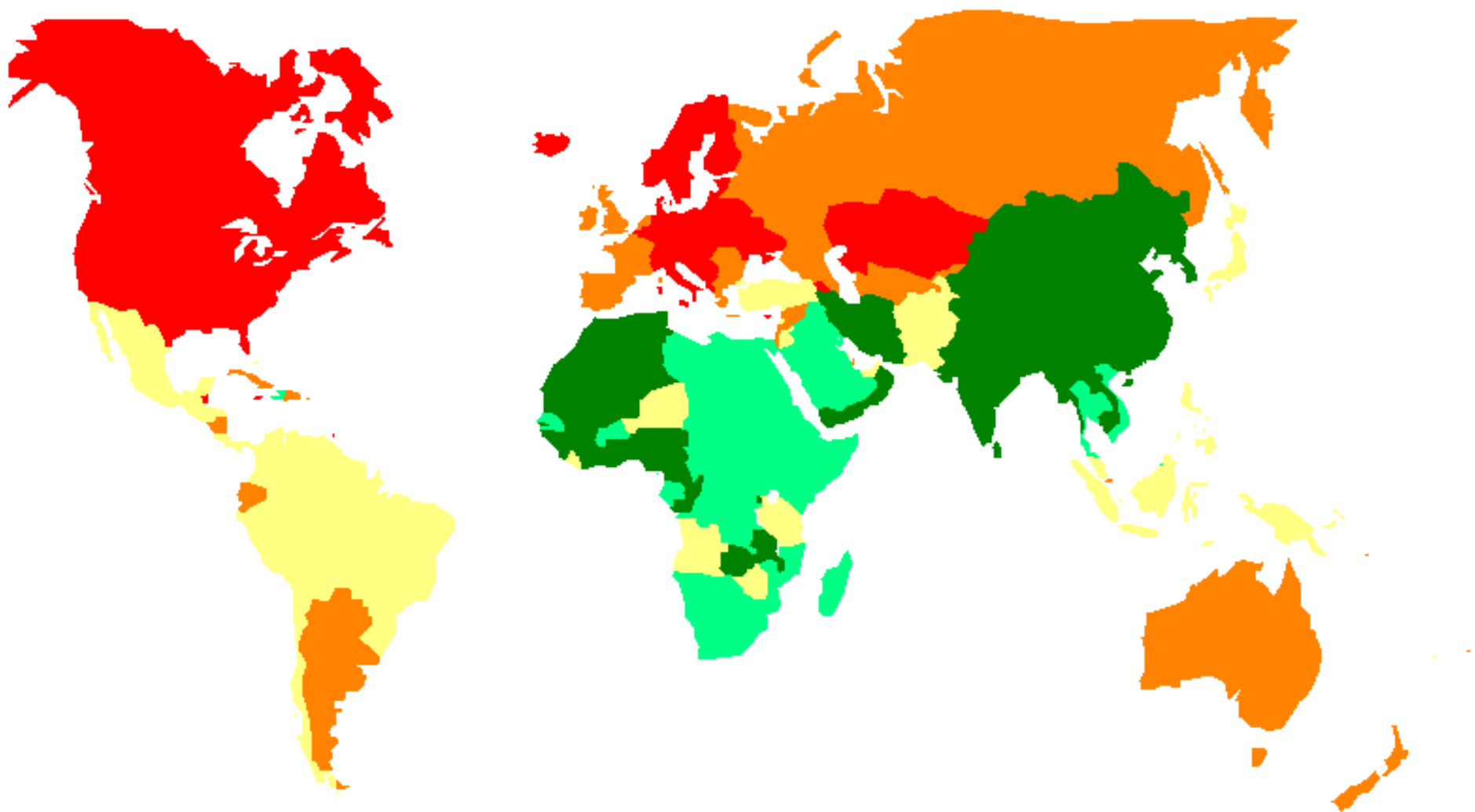
ÂGE	0-14	15-34	35-64	>65-	TOTAL
Sein	0.1	8.9	180.6	328.3	129.9
Col	-	5.1	14.2	16.9	9.8
Corps	-	0.5	22.2	76.1	22.1
Ovaire	0.1	1.9	18.7	55.3	17.5
Autres	0.1	0.2	2.6	16.1	3.9

*non corrigé en fonction de l'âge

Registre Suisse du

Cancer

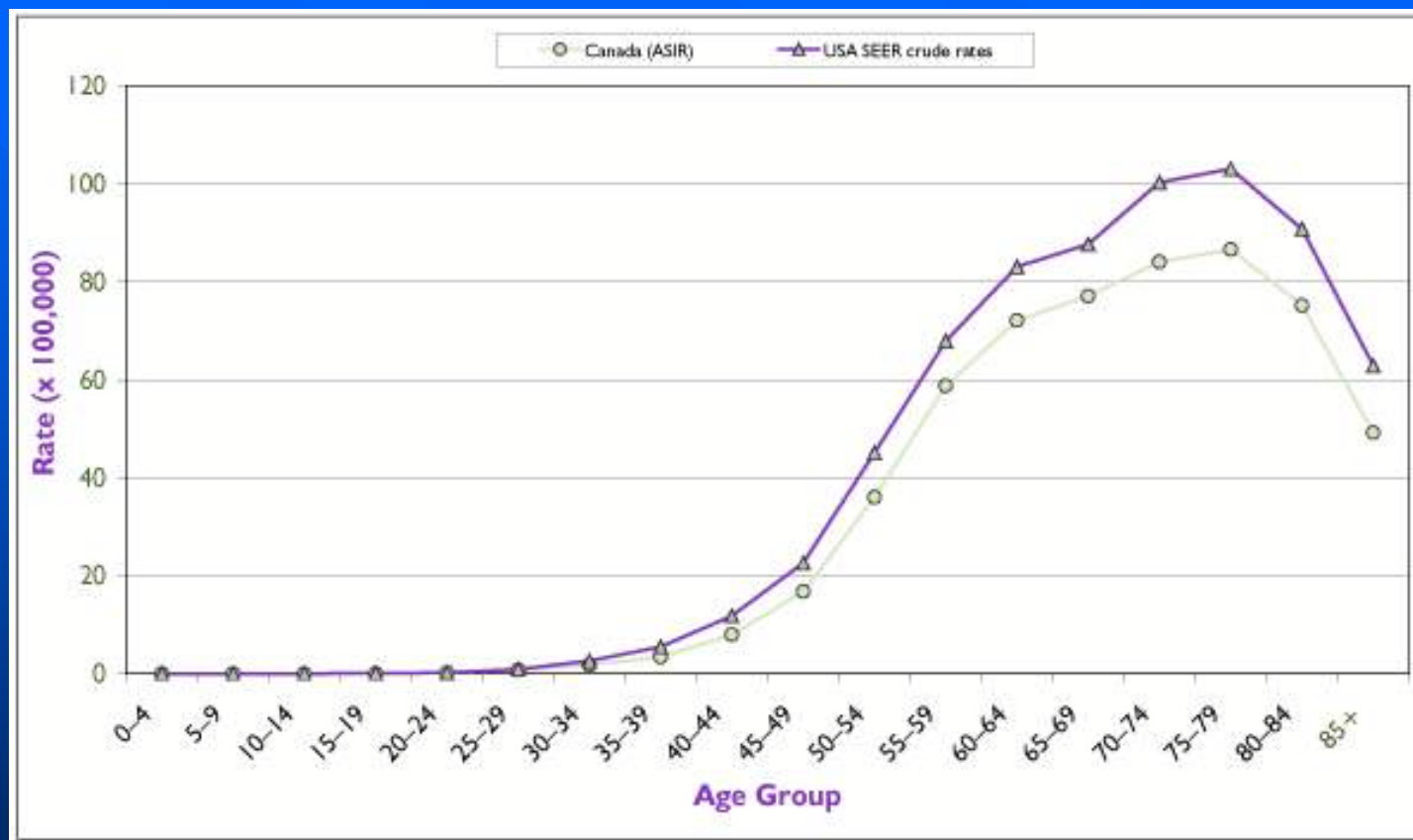
Corpus uteri
Age-Standardized incidence rate per 100,000



■ < 2.3 ■ < 4.2 ■ < 6.9 ■ < 12.0 ■ < 22.8

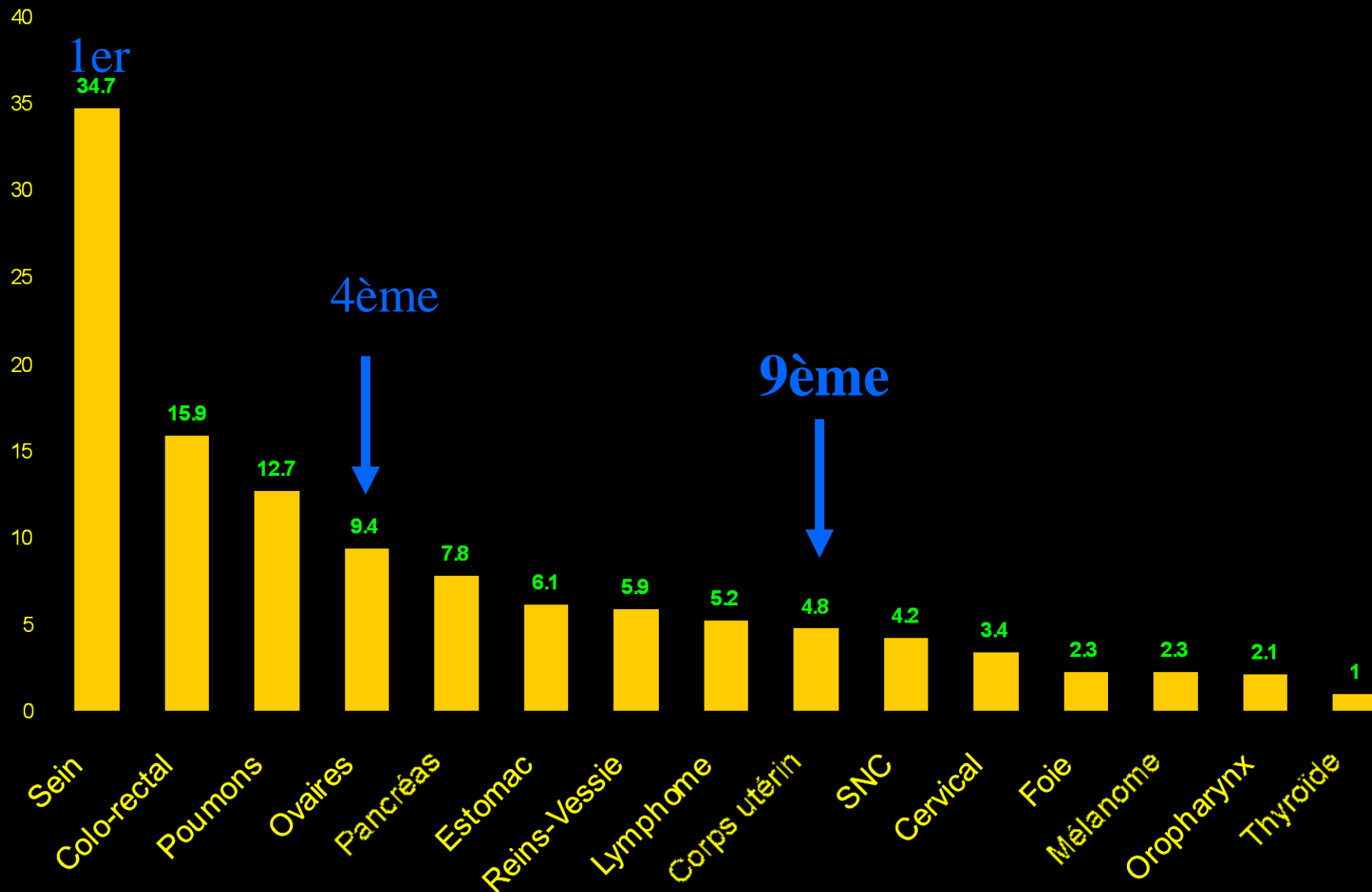
GLOBOCAN 2002, IARC

Cancer endomètre: âge au diagnostic



Average (period 1994–1998) age-specific incidence rates for invasive endometrial cancer in Canada and in the United States. Incidence data for the United States refer to the 11 main state or metropolitan area registries belonging to the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program from the Cancer Surveillance Research Program of the U.S. National Cancer Institute (NCI). Source: Statistics Canada, SEER database. [4]

Mortalité par cancer chez les femmes. Canton de Vaud.



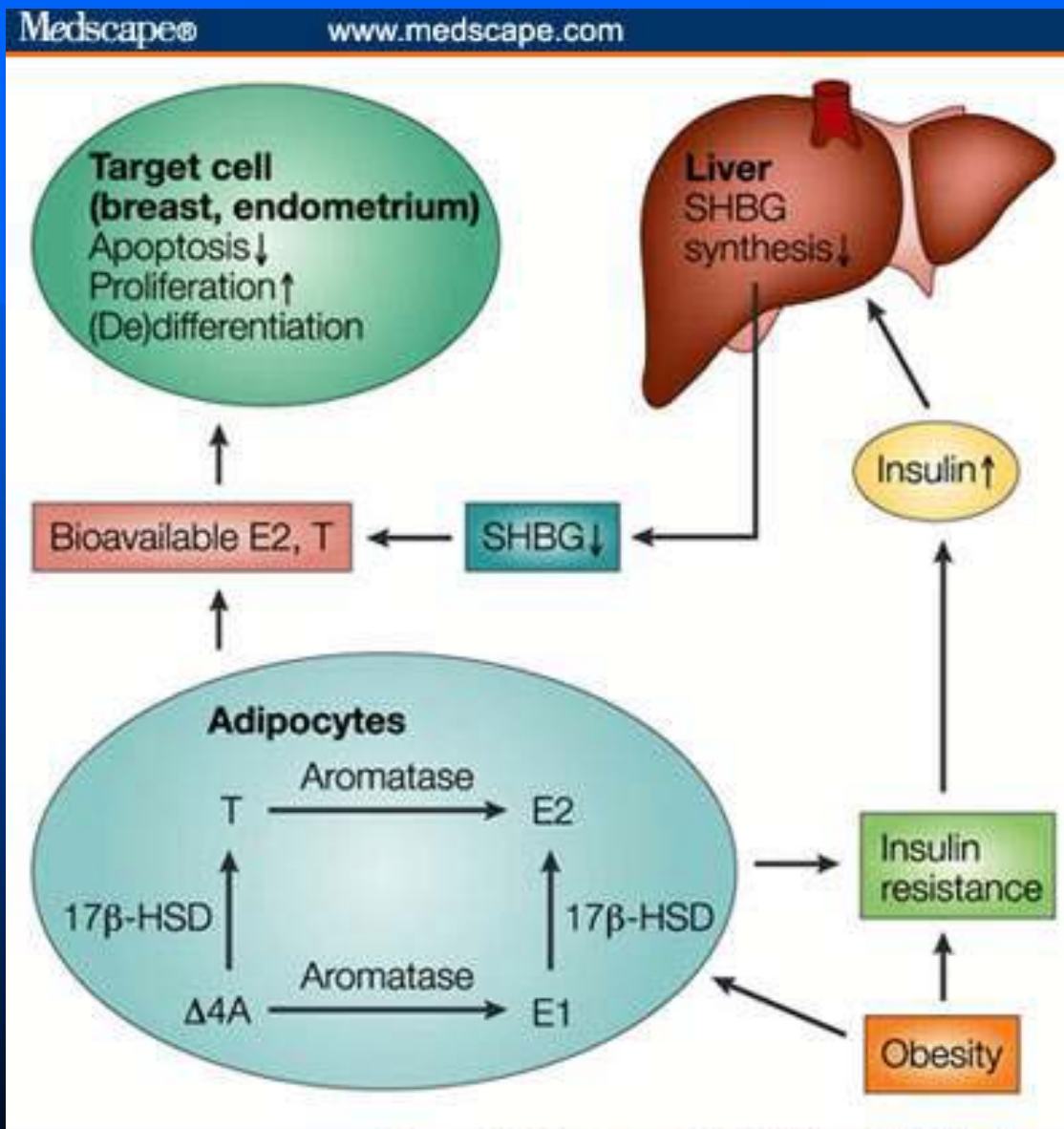
cancer de l'endomètre: facteurs de risque

Excès d'oestrogènes >>> progestérone

- Obésité
HTA et diabète type 2 sont associés au ca. EM
- Tamoxifen (antagoniste sein, agoniste endomètre)
- Tumeurs sécrétant des œstrogènes
- THM avec œstrogènes seuls
- Cirrhose (baisse dégradation E2)
- Syndrome des ovaires polykystiques

HNPCC = syndrome de Lynch

Obésité et Ca. endomètre



Dépistage du cancer de l'endomètre

- Le taux de ca. de l'endomètre chez patientes asymptomatiques est bas
- Le pronostic chez les patientes au stade précoce avec métrorragies post ménopausiques est bon
- **Le dépistage systématique n'est donc pas recommandé dans la population générale**

Dépistage du cancer de l'endomètre

■ Population à risque:

- HNPCC = syndrome de Lynch
- Traitement par Tamoxifen (cancer du sein)

■ HNPCC: Risque cumulé de cancer 20% à 70 ans Contre 3% dans population générale

Métrorragies post ménopausiques

- Doivent toujours faire l'objet d'investigations
- Ne jamais banaliser
- Les métrorragies post ménopausiques sont à considérer comme un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire!

Stade au moment du diagnostic

- Stade I: 75% → Survie 88%
- Stade II: 10%
- Stade III: 10%
- Stade IV: <5%

Adénocarcinomes de l'endomètre

■ Facteurs pronostiques

– type et grade :

» Endométrioïde grades G1 G2 G3 Type I 80%
bon pronostic global

» Séreux G 3 par définition Type II agressif

» à cell. Claires G 3

» Tumeur Mixte Mullerienne Maligne (« carcinosarcome »)

– stade d'extension :

essentiel: l'infiltration du myomètre (FIGO IA : <50% IB : >50%)

adénocarcinomes de l'endomètre:

Deux voies de carcinogénèse:

- **Type I** (oestrogènes, terrain d'hyperplasie):
PTEN gène suppresseur de tumeur,
inactivé dans hyperpl. Atypique et cancer
KRAS
- **Type II** (indépendant des oestrogènes, terrain d'atrophie)
P53

Stades FIGO 2009

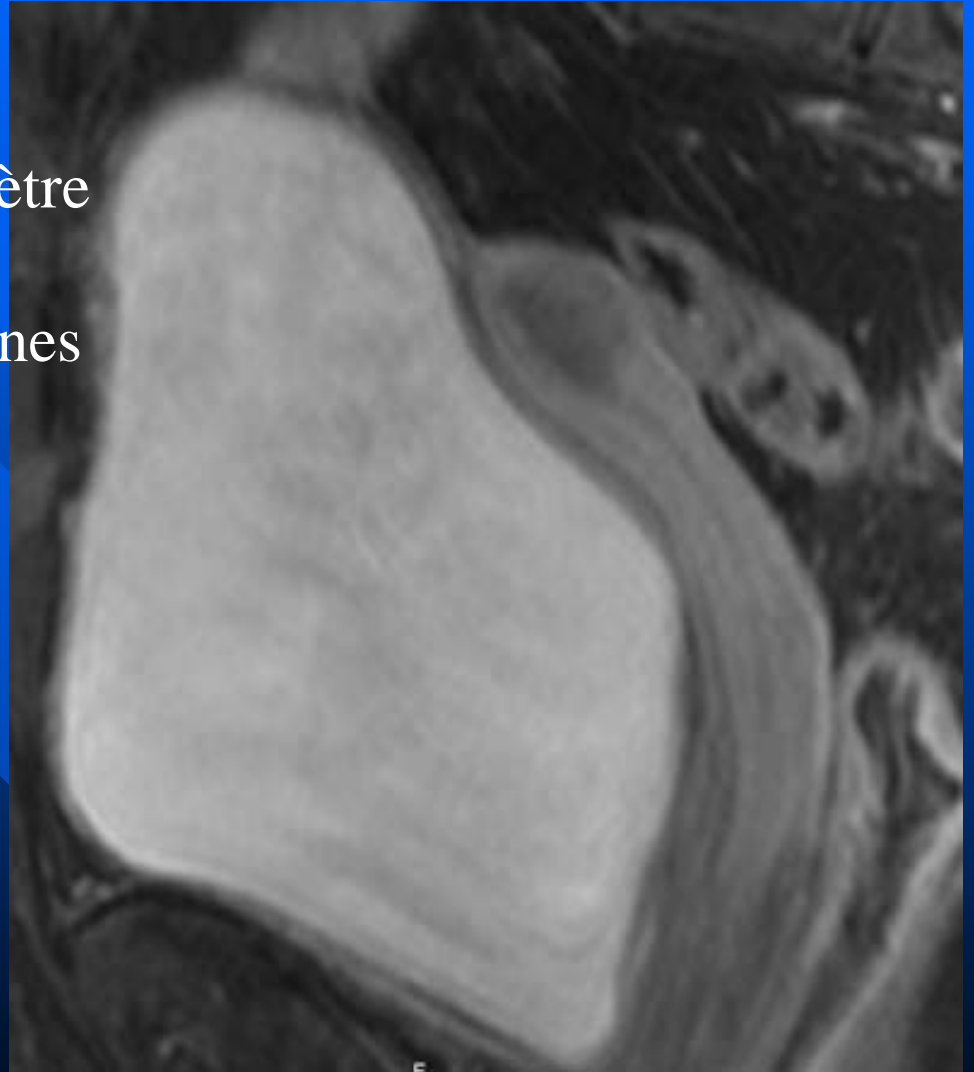


I	Limité au corps utérin
II	Limité au corps utérin
IA	limité à l'endomètre ou infiltrant le myomètre < 50%
IB	infiltrant le myomètre > 50%

IRM pelvienne

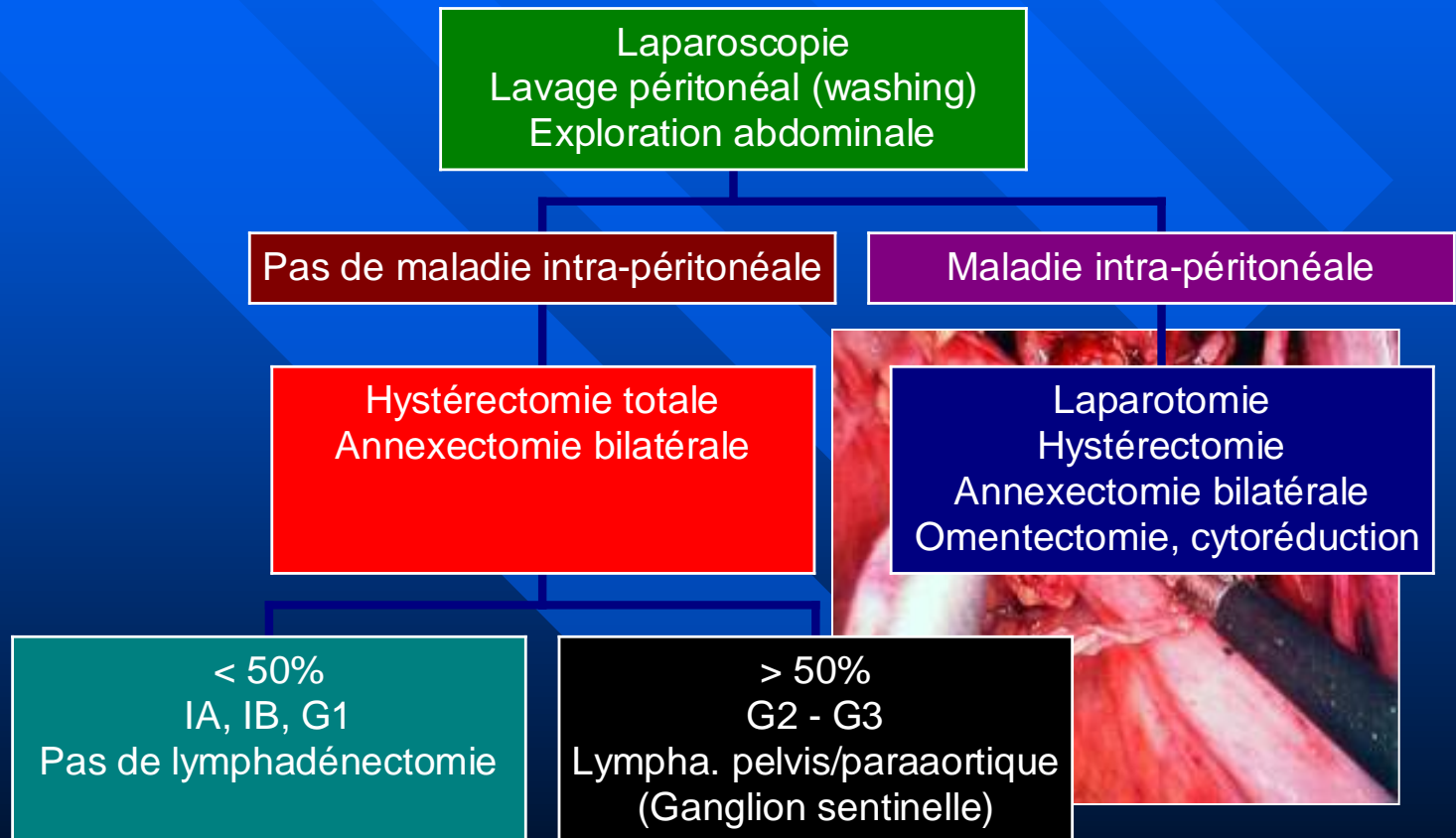
Profondeur d'invasion du myomètre

Présence d'adénopathies pelviennes



Chirurgie du cancer de l'endomètre FIGO I-III

Titre du diagramme



Fréquence des adénopathies

IA = 1%

IB = 1-3%

IC = 17%

IA = 1%

IB = 5%

IC = 35%

II = 10-23%

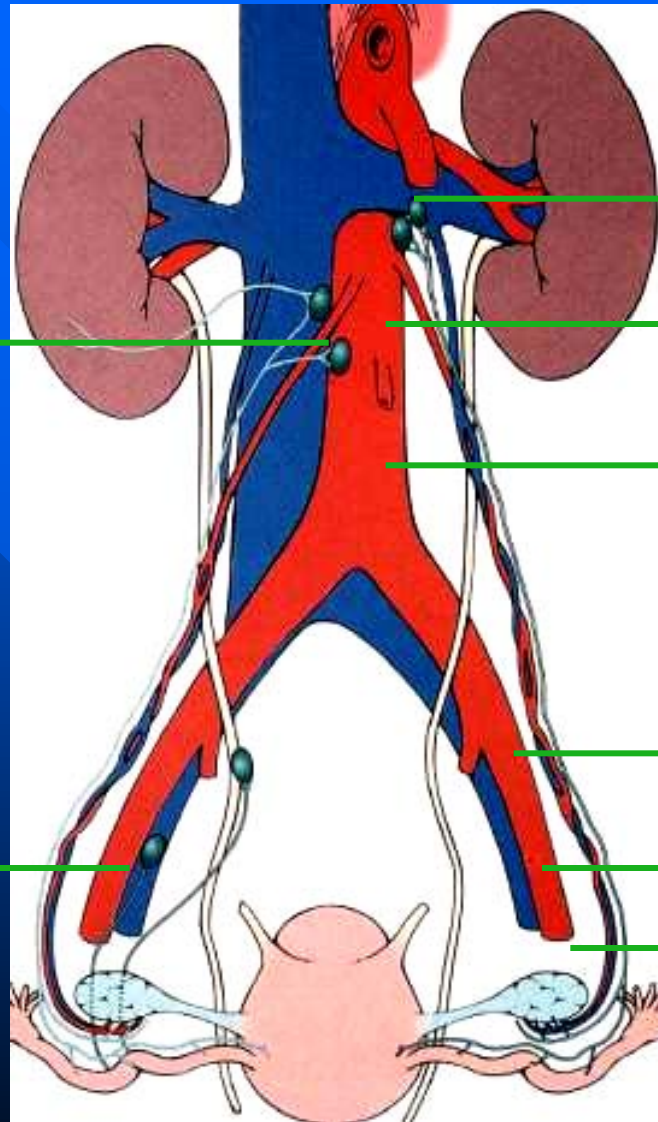
III = 25-35%

IV = 30-50%

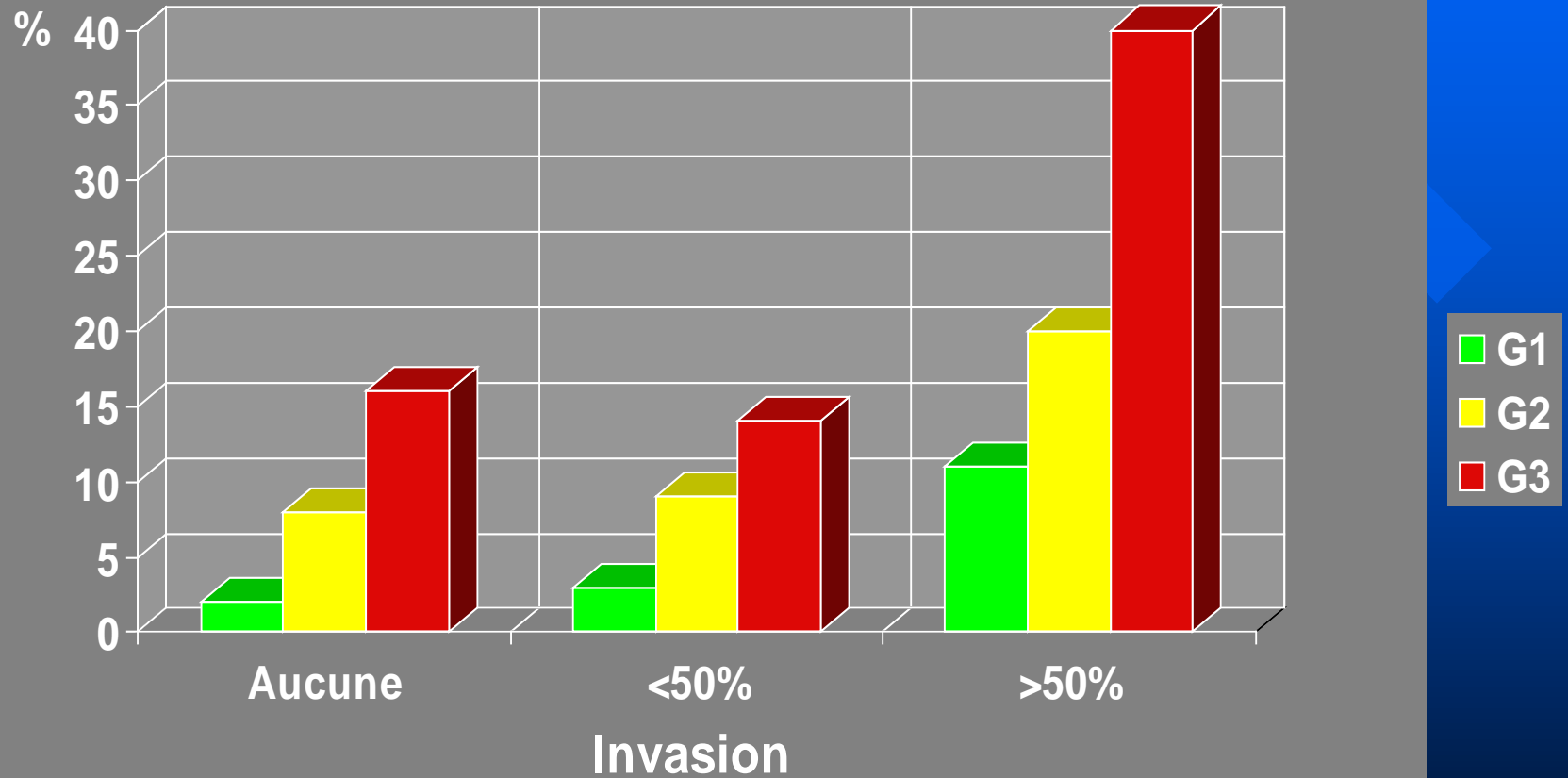
II = 16-57%

III = 25-82%

IV >59%



Cancer de l'endomètre: adénopathies en fonction de l'invasion du myomètre et du grade



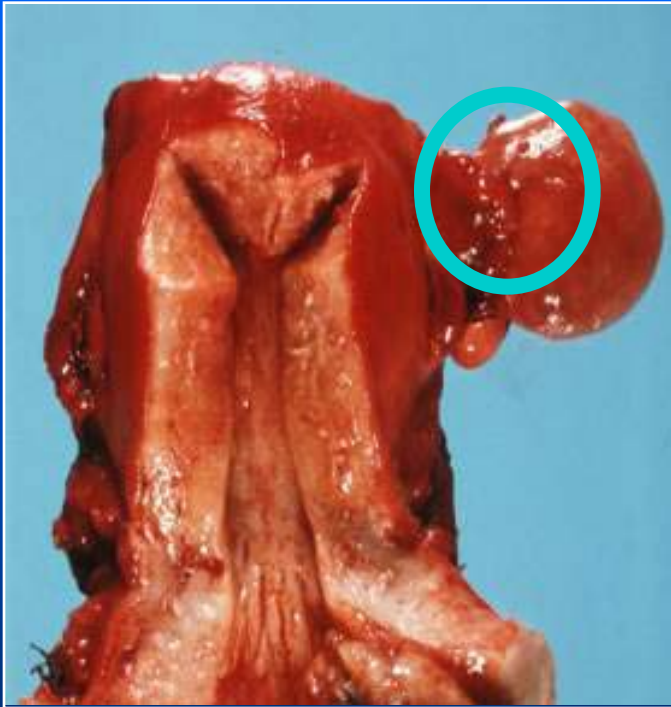
Stades FIGO

III

Extension au col



Stades FIGO

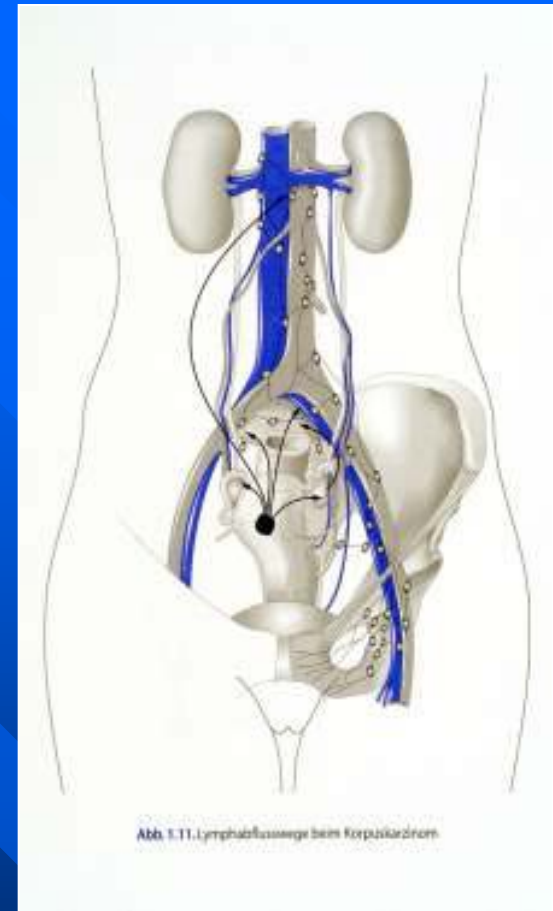
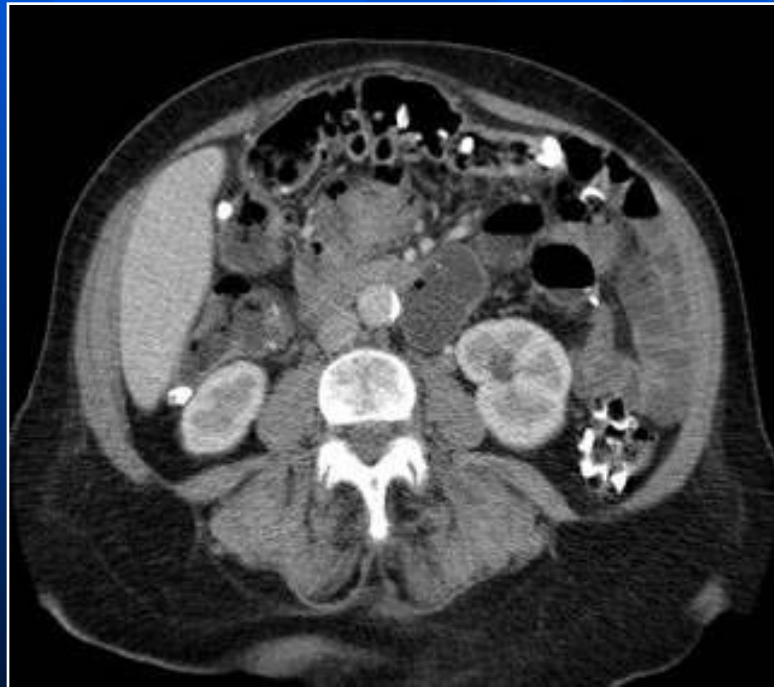


III	Extension locale ou régionale
IIIA	- séreuse/annexes/ washing +
IIIB	- vagin
IIIC	- ganglions (N+)

*Des ganglions métastatiques (N+) transforment les stades I & II en **stade IIIC***

CT-scan

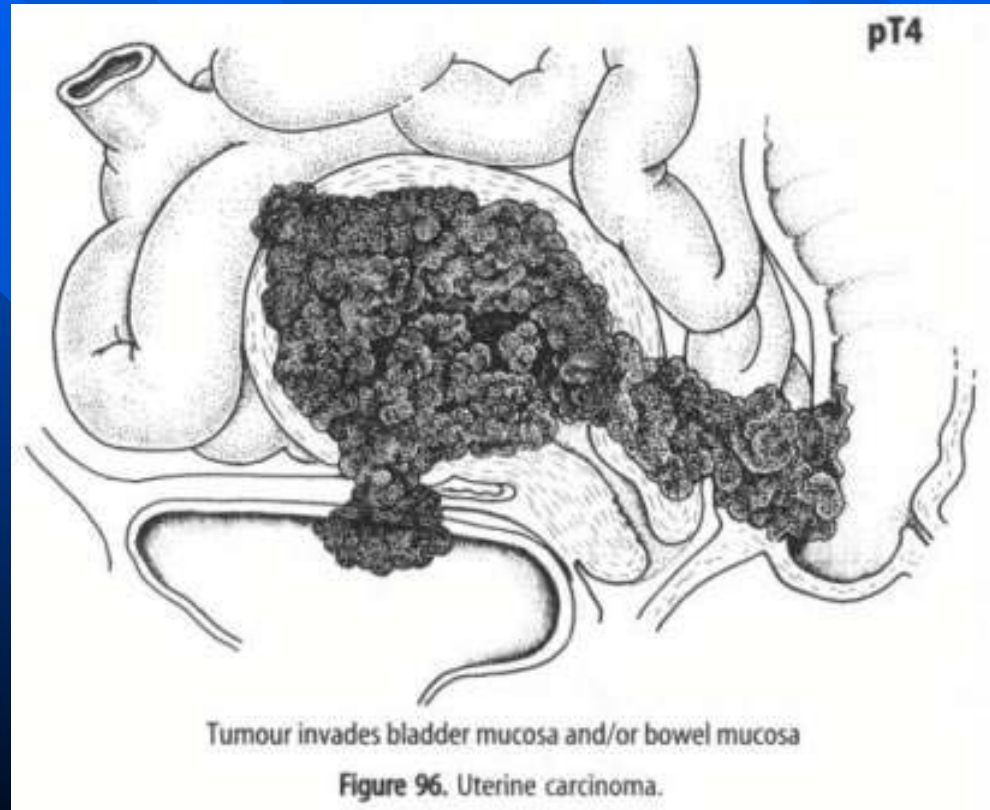
- Adénopathies
- Métastases hépatiques



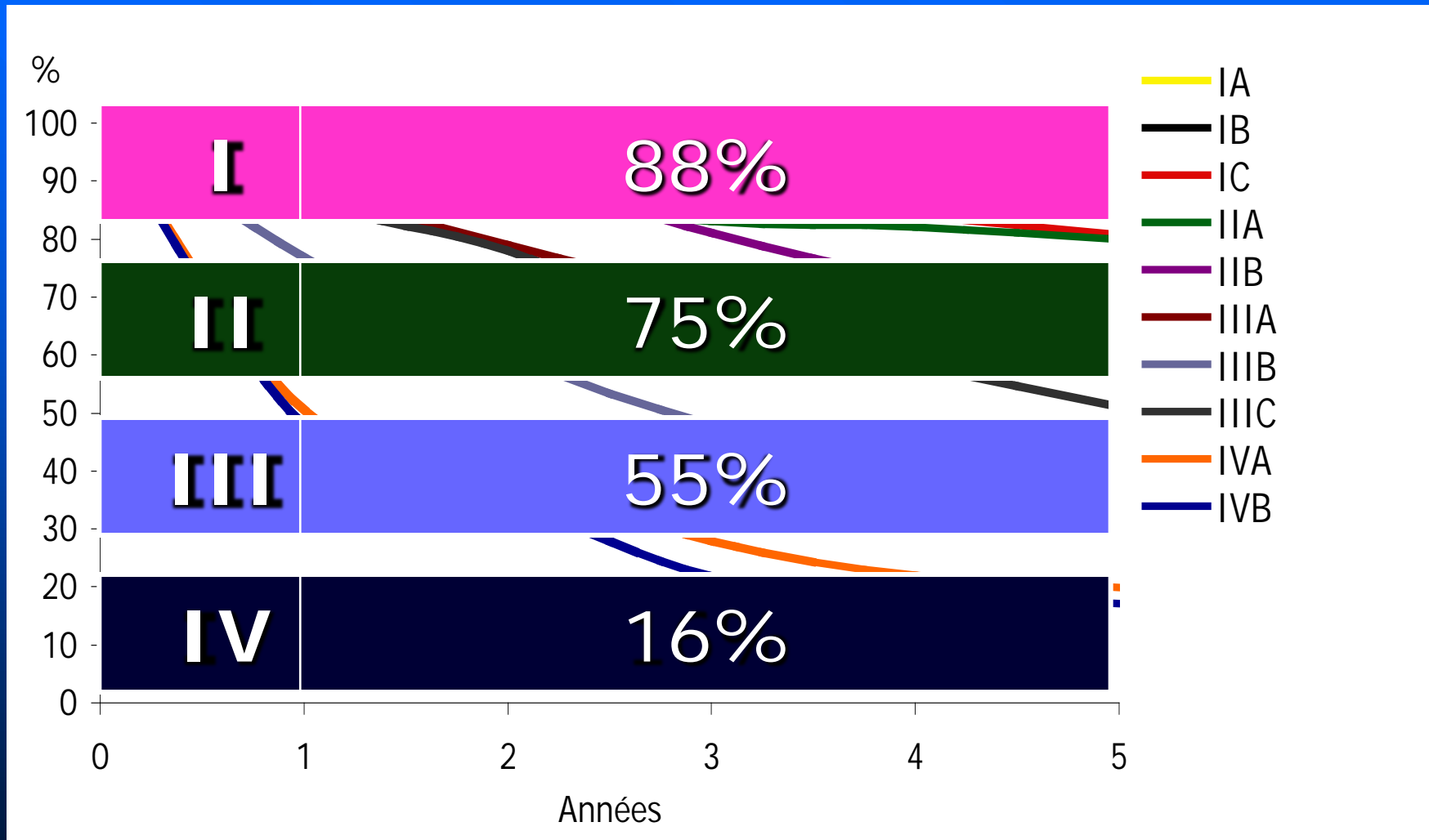
Stades FIGO



IVA	Invasion de la vessie/du rectum
IVB	Métastases à distance



Survie en fonction du stade



Traitements adjuvants

- **Curiethérapie** (radiothérapie de contact)
 - Sur le fond vaginal
 - Diminution du risque de récurrence locale
- **Radiothérapie externe pelvienne** (\pm para-aortique)
 - En cas de ganglions pelviens (\pm para-aortique) positifs
 - 45-60 Gy
- **Chimiothérapie**
 - En cas de métastases à distance
 - Platine, Taxanes, Anthracyclines