



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Référentiel régional Dépistage et prise en charge des cancers du col de l'utérus non métastatiques

Version 1
Septembre 2005

Sommaire

Contexte	5
<i>Epidémiologie</i>	5
<i>Objectifs</i>	5
<i>Champ d'application</i>	5
<i>Utilisateurs cibles</i>	6
<i>Information de la patiente</i>	6
<i>Définitions</i>	6
<i>Avertissement</i>	6
Dépistage	7
<i>Effets du dépistage sur l'incidence et la mortalité</i>	7
<i>Etiologie du cancer du col utérin</i>	7
<i>Nomenclature</i>	7
<i>Modalités du dépistage</i>	8
<i>Histoire naturelle du cancer</i>	9
<i>Les programmes de dépistage</i>	9
Prise en charge des frottis anormaux du col utérin : conduite à tenir devant une lésion d'anomalie cellulaire spécifique (Asc)	10
<i>Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (lésions Asc-U)</i>	10
<i>Atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (lésions Asc-H)</i>	11
<i>Atypies des cellules glandulaires (lésions Agc, anciennement Agu)</i>	11
<i>Lésions intra-épithéliales de bas grade (lésions L-SIL)</i>	12
<i>Lésions intra-épithéliales de haut grade (lésions H-SIL)</i>	12
<i>Indicateurs de qualité de la prise en charge des frottis anormaux du col utérin</i>	13
Bilan d'extension du cancer du col utérin	14
<i>Bilan d'extension (pré-thérapeutique)</i>	14
<i>Stratégie diagnostique</i>	15
Anatomopathologie	16
<i>Classification</i>	16
<i>Compte rendu anatomopathologique</i>	16
Traitement des formes localisées de stade IA	17
<i>Traitement des cancers micro-invasifs avec micro-invasion < 1 mm de profondeur dans le stroma</i>	17
<i>Traitement des cancers micro-invasifs, pénétration dans le stroma entre 1 et 3 mm</i>	17
<i>Traitement des cancers micro-invasifs, pénétration dans le stroma entre 3 et 5 mm</i>	18
<i>Indicateurs de qualité de la prise en charge des cancers localisés de stade IA</i>	18



Traitement des cancers infiltrants de stade IB à IV	20
<i>Traitement des formes localisées</i>	20
<i>Traitement des lésions de stade III et IV</i>	21
<i>Cas particuliers</i>	21
<i>Indicateurs de qualité de la prise en charge des cancers infiltrants de stade IB à IV</i>	22
Surveillance post-thérapeutique	23
<i>Surveillance après conisation (CIN ou carcinome malpighien micro-infiltrant)</i>	23
<i>Surveillance après carcinome invasif</i>	23
Moyens thérapeutiques	24
<i>Chimiothérapie</i>	24
<i>Radiothérapie externe</i>	24
<i>Curiothérapie</i>	24
Références	25
Elaboration du référentiel	26
<i>Groupe de travail</i>	26
<i>Validation et diffusion du référentiel</i>	27
<i>Mise à jour</i>	27
Annexe n°1 : Système de Bethesda 2001	28
Annexe n°2 : Classification FIGO	29
Annexe n°2 : Classification TNM	30
Annexe n°3 : Compte rendu anatomopathologique standardisé - Biopsie	31
Annexe n°3 : Compte rendu anatomopathologique standardisé - Conisation	32
Annexe n°3 : Compte rendu anatomopathologique standardisé – Hystérectomie / Pelvectomie	34
Annexe n°4 : Classification de Piver	36
Annexe n°5 : Compte rendu opératoire standardisé des cancers du col utérin	37
Annexe n°6 : Essais thérapeutiques ouverts	39

Contexte

Epidémiologie

Le cancer du col utérin est le deuxième cancer féminin à l'échelle mondiale. En France, l'incidence standardisée, sur la population mondiale, du cancer du col est de 9,5/100 000 en 1990. Elle est de 10,2 pour l'ensemble des pays de l'Union européenne. Le taux de décès par cancer du col de l'utérus, standardisé sur la population mondiale, est de 3,5/100 000 en France et de 3,9/100 000 pour l'ensemble des pays de l'Union européenne (cf Standards, Options et Recommandations - Epidémiologie descriptive des cancers de l'adulte en France) (1). En Aquitaine, en 2000, il y a eu 173 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus (données de l'Observatoire Régional de la Santé).

En France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, le dépistage systématique des précurseurs intra-épithéliaux par la pratique du frottis cervico-vaginal a permis une importante diminution de la mortalité due à ce cancer (la mortalité a diminué de plus de 50% au cours des 40 dernières années).

Objectifs

L'objectif de ce référentiel est d'homogénéiser les pratiques de prise en charge des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus non métastatique dans les différents établissements de la région.

Il existe, au niveau national, des recommandations de pratiques établies après analyse de la littérature et qui reposent en grande partie sur les résultats validés de la recherche clinique : Standards Options et Recommandations de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer et recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

L'existence de ces recommandations est aujourd'hui connue de la majorité des médecins ayant des activités en cancérologie gynécologique. Il est cependant établi que la simple diffusion de recommandations ne suffit pas pour améliorer les pratiques et qu'un moyen efficace pour augmenter l'adhésion aux recommandations est d'impliquer les professionnels de santé dans la démarche d'élaboration et/ou d'adaptation des recommandations au niveau régional et de les diffuser activement.

Champ d'application

Ce référentiel concerne :

- ✓ la prise en charge **initiale** des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus non métastatique,
- ✓ l'ensemble des étapes de cette prise en charge :
 - dépistage,
 - bilan pré-thérapeutique,
 - traitement chirurgical,
 - traitement adjuvant.

Utilisateurs cibles

Ce référentiel est utilisable en pratique quotidienne par les praticiens qui prennent en charge les patientes, pour les guider lors de leurs décisions et lors de la réalisation des actes de soins.

Information de la patiente

Dans le cadre de la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la patiente doit être informée (2) :

- du nom du ou des médecin(s) référent(s),
- du passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire,
- du diagnostic, du traitement chirurgical et/ou du ou des traitement(s) complémentaire(s) retenu(s), des bénéfices, risques et effets secondaires.

Définitions

Les termes suivants sont utilisés dans le référentiel et sont inspirés des Standards, Options et Recommandations de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé :

- ✓ **Standards** : méthodes pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, à l'unanimité.
Ils sont l'équivalent d'indications ou contre-indications absolues.
- ✓ **Options** : méthodes pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, par la majorité.
Elles sont l'équivalent d'indications ou contre-indications relatives.
- ✓ **Consensus régionaux** : recommandations régionales résultant d'une validation régionale.

Avertissement

Les informations contenues dans ce référentiel constituent des options que vous devez apprécier, sous votre responsabilité, en fonction de l'état pathologique de votre patiente. En effet, l'utilisation de ces informations s'effectue sur le fondement des principes déontologiques fondamentaux d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine.

Les recommandations ont été élaborées par des professionnels de santé sur la base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur rédaction, et de la rigueur qui président à l'élaboration de tout référentiel médical. Des évolutions pourront également avoir lieu dans le cadre du Cancéropôle.

Toutefois, compte tenu de l'évolution de la recherche et de la pratique médicale, il ne peut être exclu qu'au moment où vous prenez connaissance de ce référentiel et où vous décidez de l'utiliser dans le cadre de votre pratique médicale, les données soient incomplètes, obsolètes ou inexactes le temps qu'il soit mis à jour.

Dépistage

Effets du dépistage sur l'incidence et la mortalité

La mise en place des campagnes de dépistage du cancer du col a permis d'entraîner une diminution de l'incidence de cette pathologie (3;4).

Une redistribution des stades au profit des formes débutantes localisées au col utérin a entraîné une réduction de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus (3).

Étiologie du cancer du col utérin

L'étiologie principale du cancer du col et des lésions pré-néoplasiques est représentée par les **virus « human papillomavirus » (HPV)** (1;3;4). Ces virus sont retrouvés dans 95% des cas (3).

A l'heure actuelle le typage viral permet de définir trois groupes de virus (3) :

- virus à bas risque (6, 11, 30, 42-44) : sous-types viraux retrouvés dans les lésions génitales bénignes et non associés au développement d'un processus néoplasique cervical,
- groupe à risque intermédiaire (31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 61),
- groupe à haut risque (16, 18, 45, 56) : en cas de positivité même à frottis normal : risque de développement ultérieur de CIN chez une femme multiplié par un facteur 100.

Il est établi que la persistance de l'HPV sur deux typages réalisés successivement entre 12 et 18 mois d'intervalle est un facteur de risque accru de néoplasie intra-épithéliale (5).

Les co-facteurs admis du cancer du col sont :

- les infections génitales répétées,
- le tabagisme,
- les traumatismes cervicaux en particulier en relation avec des rapports précoces et fréquents,
- des facteurs hormonaux (rôle discuté).

Nomenclature

La nomenclature à utiliser est celle du **système Bethesda 2001** (annexe n°1) (standard) (1;6;7).

Il s'agit d'une classification purement cytologique qui n'inclut pas les données du typage viral (annexe n°1). Schématiquement, cette classification prend en compte (7) :

- la qualité des prélèvements en fonction de l'échantillon cellulaire,
- les anomalies des cellules malpighiennes (Asc) :
 - anomalies cellulaires non spécifiques, soit de signification indéterminée (Asc-Us), soit suspectes de correspondre à des lésions de haut grade (Asc-H).
La fréquence des anomalies Asc ne doit pas dépasser 1 à 5% des prélèvements (critères de qualité).
Il n'existe pas de consensus régional en Aquitaine sur la sous-classification Asc-Us et Asc-H.
 - lésions intraépithéliales de bas grade (L-SIL),
 - lésions intraépithéliales de haut grade (H-SIL),
 - carcinomes,
- les anomalies des cellules glandulaires.

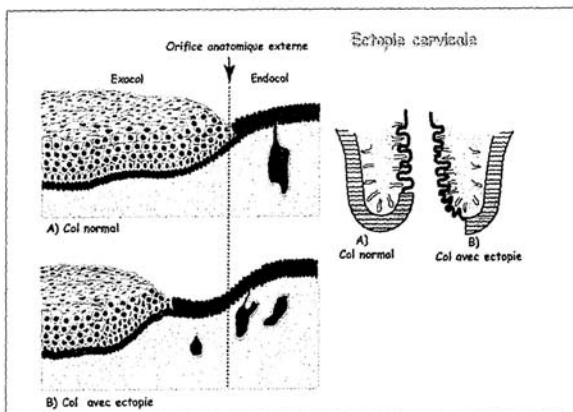
Le typage viral reste une indication induite par le résultat d'un frottis (Asc-Us ou Asc-H ou un frottis normal en présence d'une anomalie colposcopique). L'utilisation du typage et de la charge virale qui sembleraient augmenter les performances diagnostiques du test HPV est en cours d'évaluation (7).

Modalités du dépistage

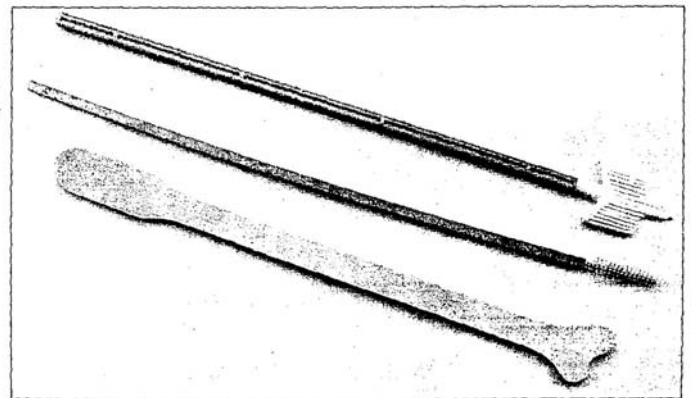
Le frottis cellulaire

Il représente actuellement en terme de dépistage individuel l'**examen de référence**. Sa réalisation doit permettre le **prélèvement des cellules de la zone jonctionnelle** (4).

Pour ce faire différents instruments de prélèvement peuvent être utilisés (4;7).



Variation de la situation de la jonction squamo-cylindrique



Instruments de prélèvement
Cervexbrush, Cytobrush, Spatule d'Ayre

Les techniques anatomopathologiques d'étude de ces frottis sont actuellement réparties en deux groupes (7) :

- technique conventionnelle par étalement sur lame,
- technique de frottis monocouche (= frottis en milieu liquide), semi-automatisée.

La technique de frottis monocouche consiste à effectuer un prélèvement en phase liquide qui sera ensuite lu par le cytopathologiste après préparation automatisée des lames par différentes technologies dont la plus répandue est la technologie THIN-PREP 2000.

La réalisation d'un frottis monocouche permet la réalisation, sans prélèvement supplémentaire, d'une technique en biologie moléculaire pour typage HPV (3;7).

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur l'utilisation d'une des deux techniques (7;8).

La biologie moléculaire

Le typage viral n'est pas demandé en première intention. La biologie moléculaire est indiquée dans les lésions Asc. La technique est effectuée à partir du matériel recueilli lors de la réalisation du frottis monocouche ou lors d'un deuxième prélèvement en cas de réalisation d'un frottis conventionnel.

A l'heure actuelle, la détection des virus oncogènes fait appel le plus souvent à des techniques d'hybridation in situ sur frottis monocouche. Des techniques de PCR peuvent également être utilisées.

La colposcopie

A l'heure actuelle, la détection des virus oncogènes fait appel le plus souvent à des techniques d'hybridation in situ sur frottis monocouche. Des techniques de PCR peuvent également être utilisées.

La colposcopie sert également au contrôle demandé lors d'un frottis anormal et permet la réalisation de biopsies cervicales au plus proche de la zone jonctionnelle (1;7).

Histoire naturelle du cancer

Evolution des néoplasies intra-épithéliales

Il existe un consensus régional pour admettre qu'il faut dans un premier temps surveiller les lésions Asc-Us et les lésions de bas grade, et réaliser une intervention thérapeutique pour les lésions de haut grade. Ces recommandations sont modulées par l'anxiété de la patiente et par les possibilités de surveillance.

A priori le délai de surveillance pour les lésions de bas grade est de 12 à 18 mois. En pratique, l'existence d'un typage viral positif dans les lésions Asc entraîne une intervention plus rapide.

Le tableau ci-dessous résume les modalités d'évolution des néoplasies cervicales intra-épithéliales reconnues dans la littérature (3) :

	Régression	Persistance	Progression	Invasion
HPV sans lésions CIN	80%	15%	5%	0%
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	56%	0%	12%

Examen et protection du partenaire

L'examen du partenaire d'une patiente présentant une néoplasie cervicale intra-épithéliale est de pratique courante en Aquitaine. Il est effectué en routine par certains gynécologues et par les dermatologues. Il consiste à une péniscope après application d'acide acétique. La pratique de l'urétroscopie n'est pas répandue en Aquitaine.

Pour certains gynécologues cet examen du partenaire n'est nécessaire que lorsque la patiente présente des lésions condylomateuses exophytiques vulvaires, vaginales ou cervicales.

L'utilisation de préservatifs chez le partenaire en l'absence de lésions exophytiques n'est pas pratiquée sur la notion que la contamination a été préalable et que l'homme ne présente pas de lésions en phase lytique.

Rythme du dépistage individuel

En dehors d'une population à risque, le dépistage individuel est proposé dans l'année qui suit le premier rapport. Après deux frottis annuels normaux le rythme des frottis est d'un frottis tous les 3 ans. Il n'y a pas de preuve scientifique permettant de recommander un dépistage systématique au-delà de 65 ans.

Si un frottis est anormal, un frottis tous les 6 mois ou tous les ans (à l'appréciation du gynécologue) doit être réalisé jusqu'à l'obtention de deux frottis consécutifs normaux.

Dans des cas particuliers à bas risque comme les femmes hystérectomisées ou les femmes vierges, un prélèvement cellulaire tous les cinq ans est recommandé (sauf si antécédent de pathologie cervicale).

Les programmes de dépistage

Un programme de dépistage du cancer du col utérin devrait apparaître dans l'année 2005 en France. Ses modalités restent à définir, il s'agira d'un dépistage en réseau devant intégrer les structures de soins privées et publiques ainsi que les omni-praticiens et praticiens spécialisés.

Il est probable que l'examen de dépistage restera le frottis cellulaire ; un certain nombre de travaux mettent en évidence la possibilité de réaliser un dépistage initial par hybridation in situ HPV.

La colposcopie restera un examen de deuxième intention, en particulier afin d'orienter le site des biopsies cervicales (1).

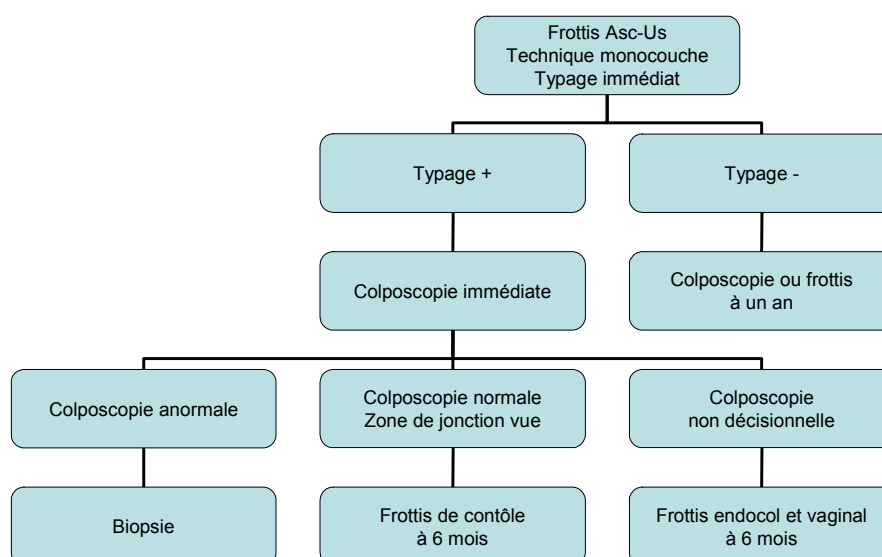
Prise en charge des frottis anormaux du col utérin : conduite à tenir devant une lésion d'anomalie cellulaire spécifique (Asc)

- En fonction de la stratégie thérapeutique adoptée et des traitements réalisés, information de la patiente par chaque spécialiste du déroulement de chaque acte, des effets secondaires et des complications (chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, chimiothérapie) (2).

Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (lésions Asc-U)

- Conduite à tenir différente selon la disponibilité d'un frottis monocouche ou d'un frottis conventionnel.
- En cas de réalisation d'un **frottis classique**, plusieurs possibilités (4;7;9) :
 - réalisation d'une colposcopie d'emblée ; si colposcopie normale : contrôle du frottis à six et douze mois,
 - si pas de possibilité d'accès au typage viral secondaire : contrôle à six mois, retour au rythme de surveillance habituel après deux frottis normaux,
 - contrôle par un frottis monocouche comportant un typage viral HPV.
- En cas de réalisation d'un **frottis monocouche permettant un typage immédiat** (consensus régional) (10) :
 - si typage négatif : colposcopie ou frottis de contrôle à un an,
 - si typage positif : coloscopie d'emblée :
 - si colposcopie normale et zone de jonction vue : frottis de contrôle à six mois,
 - si colposcopie non décisionnelle : frottis de l'endocol et vaginal à six mois,
 - si colposcopie anormale : biopsie.

CAT devant un frottis Asc-U

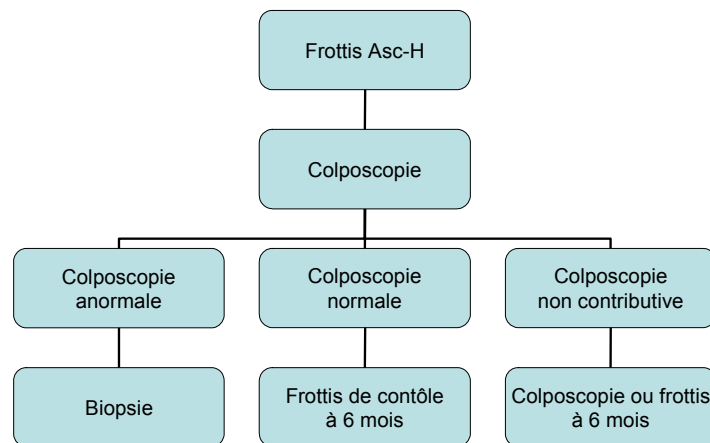


Atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (lésions Asc-H)

L'existence de ce groupe d'anomalies cytologiques reste très discutée en Aquitaine et en France, et il semble que ce groupe issu de la classification anglo-saxonne soit peu identifié au niveau des cytopathologistes français.

- Conduite à tenir en cas de lésions Asc-H : colposcopie d'emblée (standard) (7;10) :
 - si colposcopie normale : frottis de contrôle à six mois,
 - si colposcopie non décisionnelle : colposcopie ou frottis à six mois,
 - si colposcopie anormale : biopsie.

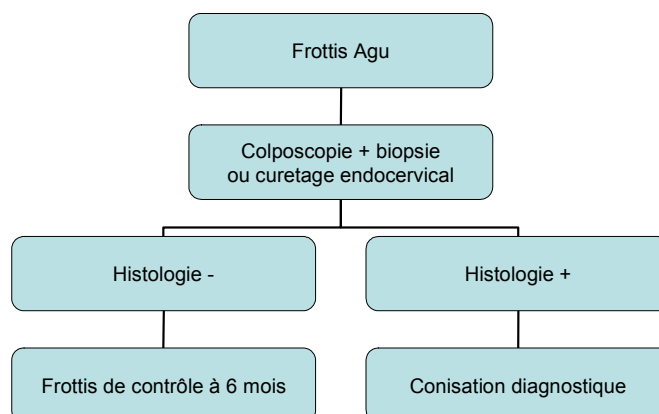
CAT devant un frottis Asc-H



Atypies des cellules glandulaires (lésions Agc, anciennement Agu)

- Conduite à tenir devant des anomalies cytologiques glandulaires : colposcopie avec biopsie et/ou curetage endocervical (standard) (7;9;10) :
 - si biopsie normale : frottis à six mois,
 - si biopsie anormale : conisation diagnostique.

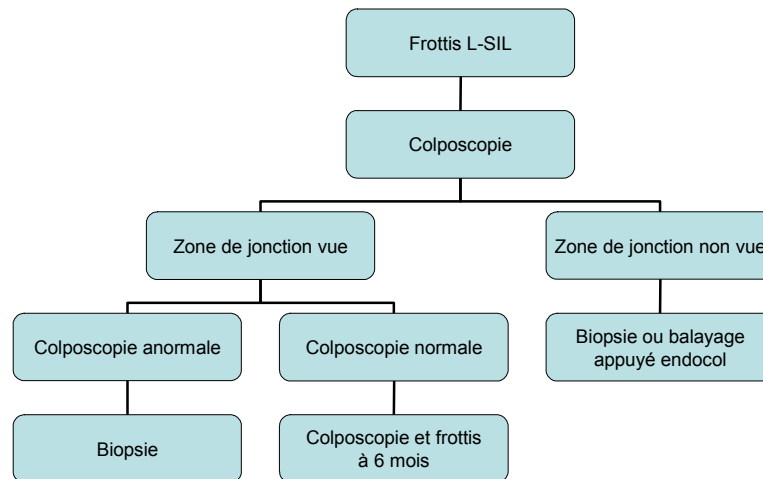
CAT devant un frottis Agc



Lésions intra-épithéliales de bas grade (lésions L-SIL)

- Conduite à tenir devant des anomalies cytologiques de bas grade : colposcopie d'emblée (standard) (7;10) :
 - si zone de jonction vue :
 - si colposcopie normale : colposcopie et frottis à six mois,
 - si colposcopie anormale : biopsie,
 - si zone de jonction non vue : biopsie ou balayage appuyé de l'endocol.

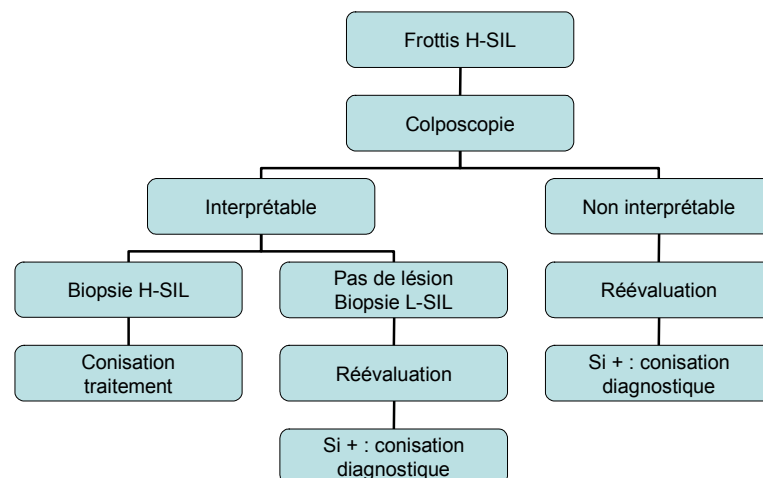
CAT devant un frottis L-SIL



Lésions intra-épithéliales de haut grade (lésions H-SIL)

- Conduite à tenir devant des anomalies cytologiques de haut grade : colposcopie d'emblée (standard) (7;10) :
 - si colposcopie interprétable :
 - et si biopsie révèle une lésion H-SIL : conisation,
 - et si biopsie ne révèle pas de lésion ou une lésion L-SIL : conisation diagnostique,
 - si colposcopie non interprétable : conisation diagnostique.

CAT devant un frottis H-SIL



Indicateurs de qualité de la prise en charge des frottis anormaux du col utérin

Les coordonnateurs du Groupe Thématique Régional « Gynécologie Cancérologique » ont défini, à partir des recommandations du référentiel, les indicateurs les plus importants pour mesurer la qualité de la prise en charge des patientes.

Proportion de patientes avec un frottis anormal (lésion Asc) qui ont eu une colposcopie
Proportion de patientes avec une lésion Asc-Us ayant eu une colposcopie anormale qui ont eu une biopsie
Proportion de patientes avec une lésion Asc-H ayant eu une colposcopie anormale qui ont eu une biopsie
Proportion de patientes avec une lésion L-SIL ayant eu une colposcopie anormale qui ont eu une biopsie
Proportion de patientes avec une lésion H-SIL ayant eu une biopsie anormale (obtenue par colposcopie) qui ont eu une conisation traitement



Bilan d'extension du cancer du col utérin

L'évolution des carcinomes infiltrants du col utérin est longtemps loco-régionale ; la croissance du nodule cervical se fait de façon continue alors que l'extension dans le tissu cellulaire pelvien fait appel à un mode d'extension discontinu par voie vasculaire (1).

L'extension lymphatique s'effectue au niveau des lymphatiques pelviens. Le pédicule pré-urétéral est prédominant et se draine dans les lymphocentres iliaques externes le plus souvent infra-veineux, puis ensuite inter-iliaques intermédiaires et latéraux. L'envahissement des pédicules iliaques internes et sacrales est beaucoup plus rare (< 3%) (1).

Le taux d'évolution métastatique, y compris lombo-aortique, est faible (12 à 27%). Par ordre décroissant, les métastases sont pulmonaires, ganglionnaires, osseuses, hépatiques et surviennent pour la plupart avant la 3^{ème} année (1).

Les facteurs de risques d'évolution locale et/ou à distance sont (1) :

- le stade,
- le volume tumoral,
- le statut ganglionnaire,
- l'extension endométriale.

Le bilan d'extension permet de classer la lésion selon la classification FIGO (annexe n°2).

Bilan d'extension (pré-thérapeutique)

Examen clinique

- Classement en stades à partir de l'étude clinique de l'extension loco-régionale (standard).
- Examen initial (réalisable en consultation) (1) :
 - examen gynécologique :
 - examen au spéculum,
 - toucher vaginal,
 - toucher rectal,
 - examen clinique général :
 - examen des aires ganglionnaires sus-claviculaires et inguinales,
 - examen clinique abdominal et des fosses lombaires,
 - examen des membres inférieurs.
- Possibilité d'anesthésie générale dans certaines circonstances pour des conditions anatomiques défavorables (patientes vierges, pusillanimes, obèses, extension tumorale à préciser) (option) (1).
- Appréciation du volume tumoral essentiellement latéralement et en arrière.
- Si extension vers le haut et extension vers l'avant : explorations complémentaires en cas de doute.

Malgré l'importance de l'examen clinique le taux de discordance entre l'examen clinique et l'extension tumorale anatomique (pièce opératoire) est d'environ 40%.

Imagerie

- Appréciation de l'extension locale et du volume tumoral, de l'extension ganglionnaire et de l'extension à distance (1).
- Principales méthodes d'exploration utilisées (options) (1) :
 - tomodensitométrie,
 - IRM,
 - échographies endocavitaires essentiellement endorectales.

L'IRM présente l'avantage de donner des renseignements sur l'ensemble des paramètres (tumeur,



extension locale, extension régionale ganglionnaire). De ces trois examens, la tomodensitométrie est celui qui présente les moins bons paramètres de fiabilité ; l'échographie endorectale (et endovaginale) est opérateur-dépendant et n'est validée que par certaines équipes. L'IRM est donc l'examen le plus souvent réalisé et qui devient de référence.

- Visualisation de l'appareil urinaire (intérêt pronostique et diagnostique pré-chirurgical) (standard) (1).
- Imagerie thoracique.
- Autres explorations possibles :
 - explorations par cystoscopie, rectoscopie, réservées à des cas particuliers (options) (1),
 - recherche de ganglion sentinelle,
 - Pet-Scan.

Exploration chirurgicale

- Exploration chirurgicale chaque fois qu'une intervention d'exérèse est réalisée (standard) (1). Dans les autres cas, pas de consensus.
- Si absence de chirurgie d'exérèse comme acte pré-décisionnel : les méthodes endoscopiques sont préférables aux méthodes laparotomiques.
- Standards (1) :
 - exploration abdominale,
 - lymphadénectomie pelvienne : collecteurs anatomiquement situés entre la veine iliaque externe, le nerf obturateur, l'artère ombilicale et la bifurcation artérielle ; nœuds lymphatiques inter-iliaques.
La lymphadénectomie n'est indiquée que lorsqu'elle modifie la thérapeutique ultérieure. Elle peut permettre dans certaines équipes le choix entre un traitement radiothérapeutique ou chirurgical. Elle permettrait pour certains de poser l'indication d'une adjonction de chimiothérapie concomitante à la radiothérapie et de moduler l'importance des volumes d'irradiation en fonction des données chirurgicales ganglionnaires. L'appréciation lymphatique est essentielle mais seulement en terme pronostique puisque sa valeur curative est controversée.
- Option (1) : cytologie péritonéale.
Au cours de l'exploration chirurgicale endoscopique, le prélèvement cytologique péritonéal souvent réalisé n'a pas confirmé sa valeur pronostique.
- Curage pelvien sous cœlioscopie : exploration des chaînes ganglionnaires, réalisation d'une transposition ovarienne lorsqu'elle est indiquée (option).
C'est un geste qui peut être réalisé dans le cadre du bilan d'extension s'il permet une modification thérapeutique ou s'il permet d'adapter les thérapeutiques prévues.

Stratégie diagnostique

- Evaluation du volume tumoral et de l'extension de la maladie au moment du diagnostic par un examen clinique rigoureux en première intention et un examen complémentaire (IRM).

Bien que pour certains, les examens d'imagerie ne soient nécessaires qu'après le stade IIB proximal, la plupart des auteurs recommandent d'effectuer dans tous les cas un examen morphologique (IRM ++) du moment qu'il existe une lésion macroscopiquement visible au niveau du col.

Sur le plan de l'évaluation de l'extension ganglionnaire, les prélèvements chirurgicaux endoscopiques sont ceux qui permettent une plus grande fiabilité. Ils ne sont cependant utilisés que lorsqu'ils peuvent influencer la démarche thérapeutique.

- Marqueurs tumoraux (Squamous Cell Carcinoma pour les tumeurs épidermoïdes et CA125 pour les adénocarcinomes) : paramètres permettant de suivre l'évolution pouvant servir de référence mais sans valeur diagnostique (options). Toute association de marqueurs est à proscrire (standard) (1).
- Après stadification, le nombre de cancers du col utérin diminuant en incidence, discussion de tous les dossiers en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (1).



Anatomopathologie

Classification

- A l'issue du bilan, classification de la lésion selon les classifications FIGO ou TNM (annexe n°2) (options) (1).

Compte rendu anatomopathologique

- Informations indispensables pour évaluer le pronostic et décider du traitement complémentaire (1;11) :
 - taille tumorale et localisation,
 - type histologique,
 - grade histologique,
 - degré d'invasion (profondeur, circonférentielle),
 - présence ou absence d'emboles vasculaires,
 - qualité de l'exérèse (marges latérales et longitudinales),
 - stade.
- Utilisation d'un compte rendu anatomopathologique standardisé (annexe n°3) (consensus régional) (9;12).



Traitement des formes localisées de stade IA

<ul style="list-style-type: none"> • Cancers infiltrants : discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (consensus régional).
<ul style="list-style-type: none"> • Définition : cancers micro-invasifs, non visibles à l'œil, et dont le diagnostic repose toujours sur l'examen histopathologique d'une pièce opératoire (conisation ou hystérectomie) incluant l'ensemble de la lésion (standard) (1) (envahissement du stroma d'une profondeur ≤ 5 mm et d'une largeur ≤ 7 mm) : <ul style="list-style-type: none"> – stades IA1 : profondeur d'infiltration dans le stroma ≤ 3 mm et largeur ≤ 7 mm, – stades IA2 : profondeur d'infiltration dans le stroma > 3 mm et ≤ 5 mm, largeur toujours ≤ 7 mm.
<p><i>Ces lésions de stade IA sont parfois de découverte histologique sur pièce de conisation pour C.I.N, ou pièce d'hystérectomie pour pathologies autres.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Si emboles lymphatiques : même traitement que les stades IB1.
<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie du col de l'utérus seule insuffisante pour affirmer le stade IA : conisation nécessaire.
<ul style="list-style-type: none"> • En fonction de la stratégie thérapeutique adoptée et des traitements réalisés, information de la patiente par chaque spécialiste du déroulement de chaque acte, des effets secondaires et des complications (chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, chimiothérapie) (2).

Traitement des cancers micro-invasifs avec micro-invasion < 1 mm de profondeur dans le stroma

<ul style="list-style-type: none"> • Traitement chirurgical (standard) (1).
<ul style="list-style-type: none"> • Conisation avec limite externe et limite haute in-sano suffisante, à titre thérapeutique et à condition d'une surveillance clinique régulière (option) (1).
<ul style="list-style-type: none"> • Si conisation non in-sano : reprise d'exérèse ou destruction complémentaire à type d'amputation en cas de souhait de grossesse, et à condition d'une surveillance clinique régulière ultérieure (option) (1).
<ul style="list-style-type: none"> • Hystérectomie simple ou extra-fasciale, suivie de surveillance clinique régulière (option).

Traitement des cancers micro-invasifs, pénétration dans le stroma entre 1 et 3 mm

<ul style="list-style-type: none"> • Traitement chirurgical (standard) (1).
<ul style="list-style-type: none"> • Si souhait de grossesse ultérieure (options) (1) : <ul style="list-style-type: none"> – en l'absence d'emboles lymphatiques et si la patiente se soumet à une surveillance régulière : conisation in-sano, amputation du col, – si emboles lymphatiques : lymphadénectomie par coelioscopie + discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
<ul style="list-style-type: none"> • En l'absence de souhait de grossesse (options) (1) : <ul style="list-style-type: none"> – hystérectomie simple, – hystérectomie élargie de type Piver II (annexe 4) \pm lymphadénectomie. La surveillance clinique ultérieure doit être régulière.
<ul style="list-style-type: none"> • Si présence d'emboles lymphatiques sur la pièce de conisation : hystérectomie élargie de type Piver II (annexe 4) + lymphadénectomie (traiter comme un stade IB1) (option) (1).
<ul style="list-style-type: none"> • Si atteinte lymphatique pelvienne N+ : radiochimiothérapie concomitante pelvienne + curiethérapie à discuter en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (consensus régional).
<ul style="list-style-type: none"> • Si N+ bilatérale : radiothérapie pelvienne et lombo-aortique + chimiothérapie concomitante ; curiethérapie à discuter en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (consensus régional).

Traitement des cancers micro-invasifs, pénétration dans le stroma entre 3 et 5 mm

• Traitement chirurgical (standard) (1).
• Colpo-hystérectomie de type Piver II (annexe 4) avec lymphadénectomie : traitement de choix (conisation pratiquée à titre diagnostique avec des limites in-sano et sans embole insuffisante) (1).
• Cas particuliers discutés en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (option) : <ul style="list-style-type: none"> – si désir de grossesse chez une nullipare : conisation in-sano (option) (1), – amputation du col, trachélectomie élargie et lymphadénectomie complémentaire, – lésions retrouvées sur pièces d'hystérectomie pour pathologies autres : discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'une lymphadénectomie complémentaire.
• Si atteinte lymphatique pelvienne N+ : radiothérapie pelvienne + chimiothérapie concomitante (option) (1).
• Si N+ bilatérale : radiothérapie pelvienne et lombo-aortique + chimiothérapie concomitante (consensus régional).

Indicateurs de qualité de la prise en charge des cancers localisés de stade IA

Les coordonnateurs du Groupe Thématique Régional « Gynécologie Cancérologique » ont défini, à partir des recommandations du référentiel et des données de la littérature, les indicateurs les plus importants pour mesurer la qualité de la prise en charge des patientes.

Référence :

* NICE (National Institute for Clinical Excellence). Improving Outcomes in Gynaecological Cancers – The Manual. Juillet 1999. CCO : Cancer Care Ontario. Surgical Oncology Program – Breast Cancer Surgery Quality Indicators.

Bilan pré-thérapeutique

Proportion de patientes dont le diagnostic a été établi par conisation
Proportion de patientes dont l'appareil génito-urinaire a été visualisé par IRM lors du bilan pré-thérapeutique

Anatomopathologie

Proportion de comptes rendus anatomopathologiques mentionnant l'ensemble des données suivantes * : <ul style="list-style-type: none"> – taille tumorale et localisation, – type histologique, – grade histologique, – degré d'invasion (profondeur, circonférentielle), – présence ou non d'embolies vasculaires, – qualité de l'exérèse (marges latérales et longitudinales), – stade.
--

Pluridisciplinarité - Accessibilité

Proportion de patientes dont le dossier est passé en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire *
Délai entre diagnostic et 1 ^{er} traitement (chirurgie (hors bilan) ou radiothérapie) *

Infiltration dans le stroma < 1 mm

Proportion de patientes qui ont eu une hystérectomie totale



Infiltration dans le stroma entre 1 et 3 mm

Proportion de patientes qui ont eu une hystérectomie totale

Infiltration dans le stroma entre 3 et 5 mm

Proportion de patientes qui ont eu une hystérectomie totale

Surveillance

Proportion de patientes traitées pour un carcinome micro-infiltrant qui ont eu une colposcopie dans les 6 mois
--

Proportion de patientes traitées pour un carcinome micro-infiltrant qui ont eu une rechute à 3 ans
--

Taux de survie à 5 ans *



Traitement des cancers infiltrants de stade IB à IV

- Discussion de tous les dossiers en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (consensus régional).
- Diagnostic de cancer du col infiltrant obtenu à partir d'une biopsie (standard) (1).
- En fonction de la stratégie thérapeutique adoptée et des traitements réalisés, information de la patiente par chaque spécialiste du déroulement de chaque acte, des effets secondaires et des complications (chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, chimiothérapie) (2).

Traitement des formes localisées

Traitement des lésions limitées : stade IB1 ≤ 20 mm

- Taille de 20 mm à corroborer par les données de l'IRM.
- Décision de stratégie thérapeutique à prendre en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
- Si femme jeune de moins de 40 ans ou si problème pour réitérer les anesthésies, transposition ovarienne (consensus régional).
- Attitude thérapeutique préférentielle : chirurgie première type colpo-hystérectomie élargie de type Piver II (annexe 4) + lymphadénectomie pelvienne + traitement complémentaire adapté (option) (1).
- Autres possibilités thérapeutiques : curage pelvien sous coelioscopie initiale :
 - si N- : curiethérapie utérovaginale + chirurgie (colpo-hystérectomie élargie),
 - si N+ : radiochimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale ± chirurgie.
 Décision de chirurgie complémentaire de clôture argumentée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire puisqu'il ne s'agit pas d'un standard, ou dans le cadre d'un essai thérapeutique.
- Si N- et absence de facteurs pronostiques péjoratifs sur le volume tumoral, les emboles et les limites anatomopathologiques : curiethérapie vaginale complémentaire prophylactique au niveau du tiers supérieur du vagin restant (consensus régional).
- Si N+ ou facteurs pronostiques histologiques péjoratifs (gros volume tumoral et emboles lymphatiques) : traitement complémentaire par radiothérapie externe 45 Gy associée à une chimiothérapie concomitante + curiethérapie de surimpression sur la cicatrice vaginale et le tiers supérieur du vagin restant (la décision doit être prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).
- Cas particuliers : lésion de moins de 20 mm à l'IRM mais facteur péjoratif faisant craindre une extension ganglionnaire plus importante que les 15 à 20 % théoriques (histologie particulière ou croissance rapide) : la lésion ne sera alors pas traitée par chirurgie première.

Traitement des lésions IB > 20 mm, IIA, IIB

- Curage pelvien sous coelioscopie (option).
S'il est réalisé, il permet soit de moduler la stratégie thérapeutique, soit une adaptation des traitements (volume d'irradiation, dose de radiothérapie externe).

IB > 20 mm, IIA, IIB avec option lymphadénectomie

IB de 20 à 40 mm

- Lymphadénectomie fortement recommandée (car implique une modification de la stratégie thérapeutique), le plus souvent sous coelioscopie.
- Si N - : curiethérapie utérovaginale + colpo-hystérectomie élargie.
- Si N+ : radiothérapie pelvienne + chimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale ± chirurgie.

IB > 40 mm, IIA, IIB

- Lymphadénectomie (option) (car implique une modulation thérapeutique avec adaptation).
- Radiothérapie du pelvis + chimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale ± chirurgie (inclusion dans un essai thérapeutique (annexe n°6)).

IB > 20 mm, IIA, IIB sans lymphadénectomie préalable

IB de 20 à 40 mm

- Options thérapeutiques (1) :
 - chirurgie (hystérectomie Piver II (annexe n°4)) + traitement complémentaire adapté,
 - association radiochirurgicale ((radiothérapie externe + curiethérapie, ou curiethérapie) + chirurgie),
 - radiothérapie exclusive (externe + curiethérapie).

IB > 40 mm, IIA, IIB

- Radiothérapie pelvienne + chimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale ± chirurgie (1).

- Ensemble des cas ci-dessus : chirurgie de clôture (option) à discuter en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ou dans le cadre d'un essai thérapeutique (annexe n°6).

Traitement des lésions de stade III et IV

- Radiochimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale + surimpression paramétriale et/ou ganglionnaire (standard) (1).
- Stades IIIB : essai de phase I II, chimiothérapie concomitante (annexe n°6).
- Stade IVA centro-pelvien : essai de phase I II : chimiothérapie concomitante (annexe n°6) + discussion de la chirurgie en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
- Pas d'indication d'exploration chirurgicale ganglionnaire hors essai thérapeutique.

Cas particuliers

- Extension ganglionnaire pelvienne visible au TDM ou à l'IRM quand il n'y a pas de problème d'extirpabilité chirurgicale ou si le stade de la lésion < stade III : curage pelvien sous coelioscopie (permettra de fournir les critères histologiques précis concernant ou non l'extension microscopique) (option).
- Si envahissement ganglionnaire prouvé : radiothérapie externe + chimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale (standard) ± chirurgie complémentaire (essai thérapeutique, discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).
- Si ganglions lombo-aortiques visualisés au TDM :
 - ponction cytologique permettant un diagnostic de certitude,
 - soit exploration chirurgicale si stade de la lésion du col pas trop évolué, soit traitement par radiothérapie externe étendue + chimiothérapie concomitante.
- Si radiothérapie externe + chimiothérapie concomitante et décision de chirurgie de clôture argumentée, envisager la curiethérapie utéro-vaginale avant la chirurgie plutôt que la chirurgie puis une curiethérapie sur la cicatrice vaginale du fait des délais de cicatrisation et de l'importance du volume irradié.
- Si lésions du col limitées IB1 chez les femmes jeunes de moins de 40 ans et carcinome épidermoïde : transposition ovarienne acceptée.
- Si N+ pelvien : radiothérapie externe pelvienne + lombo-aortique + chimiothérapie concomitante (discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).
- La chirurgie après radiochimiothérapie et curiethérapie peut être difficile. Son extension (curage) doit être modulée en fonction de l'état général de la patiente (obésité...).



Indicateurs de qualité de la prise en charge des cancers infiltrants de stade IB à IV

Les coordonnateurs du Groupe Thématique Régional « Gynécologie Cancérologique » ont défini, à partir des recommandations du référentiel et des données de la littérature, les indicateurs les plus importants pour mesurer la qualité de la prise en charge des patientes.

Référence :

* NICE (National Institute for Clinical Excellence). Improving Outcomes in Gynaecological Cancers – The Manual. Juillet 1999. CCO : Cancer Care Ontario. Surgical Oncology Program – Breast Cancer Surgery Quality Indicators.

Bilan pré-thérapeutique

Proportion de patientes dont le diagnostic a été établi par biopsie
Proportion de patientes dont l'appareil génito-urinaire a été visualisé par IRM lors du bilan pré-thérapeutique
Proportion de patientes qui ont eu une exploration abdominale endoscopique lors du bilan pré-thérapeutique

Anatomopathologie

Proportion de comptes rendus anatomopathologiques mentionnant l'ensemble des données suivantes * : <ul style="list-style-type: none"> - taille tumorale et localisation, - type histologique, - grade histologique, - degré d'invasion (profondeur, circonférentielle), - présence ou non d'embolies vasculaires, - qualité de l'exérèse (marges latérales et longitudinales), - stade.
--

Pluridisciplinarité - Accessibilité

Proportion de patientes dont le dossier est passé en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire *
Délai entre diagnostic et 1 ^{er} traitement (chirurgie) *

Stades IB à IIB

Proportion de patientes qui ont eu une colpo-hystérectomie
Proportion de patientes qui ont eu une lymphadénectomie pelvienne
Proportion de patientes qui ont eu une curiethérapie utéro-vaginale
Proportion de patientes qui ont eu une radiochimiothérapie

Stades III et IV

Proportion de patientes qui ont eu une radiochimiothérapie
Proportion de patientes qui ont eu une curiethérapie utéro-vaginale

Surveillance

Proportion de patientes traitées pour un carcinome invasif qui ont eu un examen clinique dans les 4 mois
Proportion de patientes traitées pour un carcinome invasif qui ont eu une évaluation des effets secondaires des traitements (sexuels, urinaires, digestifs, nerveux)
Proportion de patientes traitées pour un carcinome invasif qui ont eu une rechute à 3 ans
Taux de survie à 5 ans *

Surveillance post-thérapeutique

Surveillance après conisation (CIN ou carcinome malpighien micro-infiltrant)

Rythme

- Premier examen entre trois et six mois après la conisation ; puis examen tous les six mois pendant les deux premières années.
- Si deux examens à six mois normaux : surveillance annuelle suffisante.

Modalités

- Association de la cytologie (peu sensible) à une colposcopie et éventuellement à des biopsies dirigées.
- Si non visualisation de la jonction squamo-cylindrique en colposcopie : curetage endocervical (option).

Surveillance après carcinome invasif

Rythme

- Examen tous les trois à quatre mois pendant deux ans, puis tous les six mois pendant les trois années suivantes, puis une fois par an.

Modalités

- La surveillance comprend :
 - un examen clinique général et dirigé par l'interrogatoire,
 - une évaluation des effets secondaires et complications des thérapies (sexuels, urinaires, digestifs, nerveux...),
 - un examen gynécologique :
 - touchers pelviens,
 - examen au spéculum,
 - des biopsies dirigées en cas de lésion visible,
 - des examens radiologiques uniquement orientés par des signes d'appel cliniques :
 - radiographie pulmonaire,
 - TDM abdomino-pelvien ou IRM,
 - échographie abdomino-pelvienne.

La valeur diagnostique du frottis vaginal n'est pas clairement établie ; sa sensibilité pour détecter une récurrence est faible, comparable à celle de l'examen clinique.

Moyens thérapeutiques

Chimiothérapie

La chimiothérapie concomitante à la radiothérapie externe est devenue un standard suite aux essais randomisés publiés en 1999 (13-15) pour les stades localisés avec facteurs de mauvais pronostic (N+, marges non saines) et les stades IB2 \geq 40 mm, II, III, IV.

Le protocole standard comporte des sels de platine qui, s'ils sont administrés de façon hebdomadaire sont perfusés à la dose de 40 mg/m² mais sans dépasser 70 mg/injection pour un maximum de 6 injections (16).

Radiothérapie externe

Le volume d'irradiation standard est constitué par le volume pelvien dont les limites supérieures et inférieures des faisceaux sont adaptées au stade de la maladie (classification Figo), aux données concernant l'extension ganglionnaire et l'extension tumorale vers le bas, et aux données d'extension tumorale (clinique, IRM) (1;17).

La planification radiothérapique habituelle est réalisée sur coupes tomодensitométriques afin de réaliser une radiothérapie conformationnelle (histogramme dose-volume).

En général, quatre faisceaux sont utilisés avec protection des organes critiques en fonction de l'extension tumorale et de l'anatomie.

Dose délivrée : 45 Gy à raison de 1,8 Gy/fraction, voire 2 Gy/fraction.

Aux volumes d'irradiation pelvienne peut être adjoint le volume lombo-aortique en fonction de l'extension ganglionnaire.

Les recommandations de pratique concernant la radiothérapie externe sont détaillées dans les SOR (1;17).

Curiethérapie

La curiethérapie utérovaginale est rapportée selon les rapports ICRU 38 (18) et des précisions complémentaires sont ajoutées si la dosimétrie est réalisée sur imagerie : volume traité, CTV/PTV et histogrammes dose-volume.

En cas de curiethérapie vaginale, celle-ci est rapportée selon le rapport ICRU 38 (18).

Références

- (1) Fervers B, Resbeut M, Fondrinier E. Cancers invasifs du col utérin - Stades non métastatiques. Paris: John Libbey Eurotext; 1999.
- (2) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 4-3-2002.
- (3) Norström A, Radberg T. Problèmes de dépistage des cancers du col utérin. *Encycl Méd Chir* 2002;605-20.
- (4) Boulanger JC, Naepels P. Dépistage et diagnostic des cancers du col. *Rev Prat* 2001 Sep 1;51(13):1426-31.
- (5) Monsonogo J, Bosch FX, Coursaget P, Cox JT, Franco E, Frazer I, et al. Cervical cancer control, priorities and new directions. *Int J Cancer* 2004 Jan 20;108(3):329-33.
- (6) Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002 Apr 24;287(16):2114-9.
- (7) Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. 2002. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- (8) Coste J, Le Gales C. Cytologie en milieu liquide : quels progrès ? à quels prix ? *Ann Pathol* 2001;HS n°1:84-90.
- (9) Flowers LC, McCall MA. Diagnosis and management of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001 Dec;28(4):667-84, viii.
- (10) Wright TC, Jr., Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002 Apr 24;287(16):2120-9.
- (11) Recommendations for the reporting of surgical specimens containing uterine cervical neoplasms. *Mod Pathol* 2000 Sep;13(9):1029-33.
- (12) Standards and minimum datasets for reporting cancers. Minimum dataset for the histopathological reporting of cervical neoplasia. 2001.
- (13) Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, Muderspach LI, Chafe WE, Suggs CL, III, et al. Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. *N Engl J Med* 1999 Apr 15;340(15):1154-61.
- (14) Morris M, Eifel PJ, Lu J, Grigsby PW, Levenback C, Stevens RE, et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999 Apr 15;340(15):1137-43.
- (15) Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, Thigpen JT, Deppe G, Maiman MA, et al. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Engl J Med* 1999 Apr 15;340(15):1144-53.
- (16) Haie-Meder C, Fervers B, Chauvergne J, Fondrinier E, Lhomme C, Bataillard A, et al. Radiochimiothérapie concomitante dans les cancers du col de l'utérus : analyse critique des données et mise à jour des Standards, Options et Recommandations. *Cancer Radiother* 2000 Jan;4(1):60-75.
- (17) Dose and volume specification for reporting intra-cavitary therapy in gynecology. 1985. Report No.: 38.
- (18) Thomas L, Barillot I. Radiothérapie des tumeurs du col de l'utérus : volume tumoral macroscopique et valeur cible anatomique. *Cancer Radiother* 2001 Oct;5(5):629-42.

Elaboration du référentiel

Groupe de travail

Ce référentiel a été élaboré par :

- le Groupe Thématique Régional « Gynécologie Cancérologique » du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (coordonnateurs en gras) :

Dr Victor ACHARIAN	<i>Chirurgien</i>	Clinique les Cigognes - Pau
Dr Janine ALLIBERT-DELMAS	<i>Gynécologue</i>	Bayonne
Dr Michel BRIEX	<i>Gynécologue</i>	Hôpital Robert Boulin - Libourne
Dr Jean-Luc BRUN	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Hôpital Pellegrin - Bordeaux
Dr Maylis CARRICABURU	<i>Radiothérapeute</i>	Hôpital Robert Boulin - Libourne
Dr Marc CHEVALIER	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Centre Hospitalier - Pau
Dr Annie CLUS	<i>Gynécologue</i>	Bayonne
Dr Brigitte COLONGUE-AMADE	<i>Gynécologue</i>	Bayonne
Dr Panayotis CONSTANTOPOULOS	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Polyclinique Bordeaux Nord - Bordeaux
Dr Olivier DAHAN	<i>Radiothérapeute</i>	Polyclinique Bordeaux Nord - Bordeaux
Dr Françoise DARGACHA	<i>Gynécologue</i>	Pau
Dr Alexandre DARWICHE	<i>Gynécologue</i>	Centre Hospitalier - Périgueux
Dr Alain DELEST	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Polyclinique Bordeaux Nord - Bordeaux
Dr Nadine DOHOLLOU	<i>Oncologue médicale</i>	Polyclinique Bordeaux Nord - Bordeaux
Dr Marie-Christine DULUCQ	<i>Gynécologue</i>	Pessac
Dr Miren DURANONA	<i>Gynécologue</i>	Bayonne
Dr Sylviane DUTRUS	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Périgueux
Dr Anne FLOQUET	<i>Oncologue médicale</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Selika GANA	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Centre Hospitalier - Bergerac
Dr Raymond GARCIA	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Centre Hospitalier - Marmande
Dr René GILLES	<i>Radiologue</i>	Polyclinique Bordeaux Nord - Bordeaux
Dr Gilles GIOANNI	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Polyclinique Bordeaux Nord - Bordeaux
Dr Philippe GIRARD	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Clinique Lafargue - Bayonne
Dr Frédéric GUYON	<i>Gynécologue</i>	Hôpital Pellegrin - Bordeaux
Dr Sami HADDAD	<i>Gynécologue</i>	Centre Hospitalier - Périgueux
Pr Claude HOCKE	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Hôpital Saint-André - Bordeaux
Pr Jacques HOROVITZ	<i>Gynécologue</i>	Hôpital Pellegrin - Bordeaux
Dr Jacques HOURCABIE	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Polyclinique Francheville - Périgueux
Dr Olivier JOURDAIN	<i>Chirurgien</i>	Polyclinique Jean Villar - Bordeaux
Dr Patrick JOYEUX	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Centre Hospitalier - Bayonne
Dr Michèle KIND	<i>Radiologue</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Marie-Laure LANAU-ROCH	<i>Gynécologue</i>	Bayonne
Dr Francis LAVIEILLE	<i>Gynécologue</i>	Libourne
Dr Anne-Marie LECHARTIER	<i>Gynécologue</i>	Clinique Lafargue - Bayonne
Dr Stéphane MARMIE	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Bordeaux
Dr Robert MARTY	<i>Cytologiste</i>	Centre Foch - Bordeaux
Dr François MAUTALEN	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Clinique Tivoli - Bordeaux
Dr Sylvaine MERCIER	<i>Anatomopathologiste</i>	Institut d'Histo-Cyto-Pathologie - Le Bouscat
Dr Alain MONNEREAU	<i>Epidémiologiste</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Bernard NG YING KIN	<i>Radiothérapeute</i>	Clinique Francheville - Périgueux
Dr Michèle PELLEGRIN	<i>Anatomopathologiste</i>	Hopital Pellegrin - Bordeaux
Dr Maryse PHILIPPE	<i>Gynécologue</i>	Anglet
Dr Nathalie QUENEL-TUEUX	<i>Oncologue médicale</i>	Centre Hospitalier - Pau
Dr Isabelle ROCHE	<i>Anatomopathologiste</i>	I H C P - Le Bouscat



Dr Daniel ROSE	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Clinique Lagrange - Pau
Dr Eric ROUSSEAU	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Centre Hospitalier Général - Dax
Dr Alain SCHIANO	<i>Gynécologue obstétricien</i>	Aquitaine Santé - Bruges
Dr Eberhard STOECKLE	<i>Chirurgien</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Laurence THOMAS	<i>Radiothérapeute</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Renaud TROUETTE	<i>Radiothérapeute</i>	Hôpital Saint-André - Bordeaux
Dr Christine TUNON de LARA	<i>Chirurgien</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Catherine VACHER-VITASSE	<i>Gynécologue</i>	Libourne

- les méthodologistes du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine :

Mme Isabelle CIRILO-CASSAIGNE	<i>Chargée d'Etudes</i>
Dr Simone MATHOULIN-PELISSIER	<i>Epidémiologiste</i>

- le groupe suivant pour la partie anatomopathologie et le compte rendu standardisé :

Dr Geneviève BELLEANNEE	Hôpital Haut-Lévêque - Bordeaux
Dr Isabelle CARTIER	Cabinet privé - Paris
Dr Joëlle D'ANJOU	Centre Henri Becquerel - Rouen
Dr Francine ETCHARRY	Centre Hospitalier - Pau
Dr Gaëtan MAC GROGAN	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Mireille MASSOT BORDENAVE	Cabinet privé - Bayonne
Dr Sylvaine MERCIER	IHCP - Le Bouscat
Dr Céline MERINO	Centre Hospitalier - Libourne
Dr Michèle PELLEGRIN	Hôpital Pellegrin - Bordeaux
Dr Alain PETITJEAN	Cabinet privé - Besançon
Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU	Hôpital Cochin - Paris

Validation et diffusion du référentiel

Validation

Le référentiel a été validé en interne par les membres du sous-groupe de travail avant d'être soumis à validation externe par un groupe de lecture (Groupe Thématique Régional Gynécologie Cancérologique du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine, et Unités de Concertation Pluridisciplinaires en Oncologie d'Aquitaine). Ce groupe de lecture, composé d'experts de compétence, mode d'exercice et origine géographique divers, a été consulté par courrier pour apprécier la qualité méthodologique, la validité scientifique, la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du référentiel.

Le référentiel était accompagné d'un questionnaire d'évaluation établi à partir de la « Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique » (AGREE Collaboration - janvier 2002).

Diffusion

Le référentiel est diffusé sous forme papier dans chaque UCPO au niveau des secrétariats, et mis à disposition sur le site du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (site internet : <http://www.canceraquitaine.org>).

Mise à jour

La mise à jour du référentiel se fera à intervalles réguliers qui seront définis par le Groupe Thématique Régional « Gynécologie Cancérologique » (au minimum tous les deux ans et à chaque fois qu'un référentiel national est mis à jour).

Annexe n°1 : Système de Bethesda 2001

QUALITE DU PRELEVEMENT

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

INTERPRETATION/RESULTAT

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (*NIL/M*)

S'il y a lieu, préciser :

- ✓ présence de micro-organismes : *Trichomonas vaginalis* ; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex ;
- ✓ autres modifications non néoplasiques : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; atrophie.

Anomalies des cellules malpighiennes :

- ✓ atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ;
- ✓ lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koïlocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
- ✓ lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
- ✓ carcinome malpighien.

Anomalies des cellules glandulaires :

- ✓ atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;
- ✓ atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
- ✓ adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS) ;
- ✓ adénocarcinome.

Autres (liste non limitative) :

- ✓ cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, si possible accompagnées de références.

SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (abréviations)

AGC : Atypie des cellules glandulaires (*Atypical Glandular Cells*) ;

ASC : Atypie des cellules malpighiennes (*Atypical Squamous Cells*) ;

ASC-US : Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*) ;

ASC-H : Atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (*Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL*) ;

CIN 1 : Néoplasie* intra-épithéliale cervicale de grade 1 (*Cervical Intraepithelial Neoplasia*) ;

CIN 2 ou 3 : Néoplasie* intra-épithéliale cervicale de grade 2 ou 3 (*Cervical Intraepithelial Neoplasia*) ;

CIS : Carcinome *in situ* ;

HSIL : Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) ;

LSIL : Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (*Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) ;

NIL/M : Absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité (*Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy*) ;

NOS : Sans autre précision (*Not Otherwise Specified*).

* « Néoplasie » désigne ici, au strict sens étymologique du terme, toute formation d'un nouveau tissu, bénin ou malin.



Annexe n°2 : Classification FIGO

CLASSIFICATION DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (FIGO) (1995)

Stade 0 : carcinome in situ

Stade I : carcinome limité au col

Stade IA : invasif préclinique

Stade IA1: invasion du stroma < 3 mm en profondeur et < 7 mm horizontalement

Stade IA2: invasion du stroma > 3mm et < 5 mm en profondeur et < 7 mm horizontalement

Stade IB : tumeur limitée au col > stade IA2

Stade IB1: lésion clinique < 4 cm

Stade IB2: lésion clinique > 4 cm

Stade II : carcinome cervical s'étendant au-delà de l'utérus mais sans atteindre les parois pelviennes ou le tiers inférieur du vagin

Stade IIA : sans envahissement du paramètre

Stade IIB : avec envahissement du paramètre

Stade III : carcinome cervical s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne et/ou intéressant le tiers inférieur du vagin, et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet

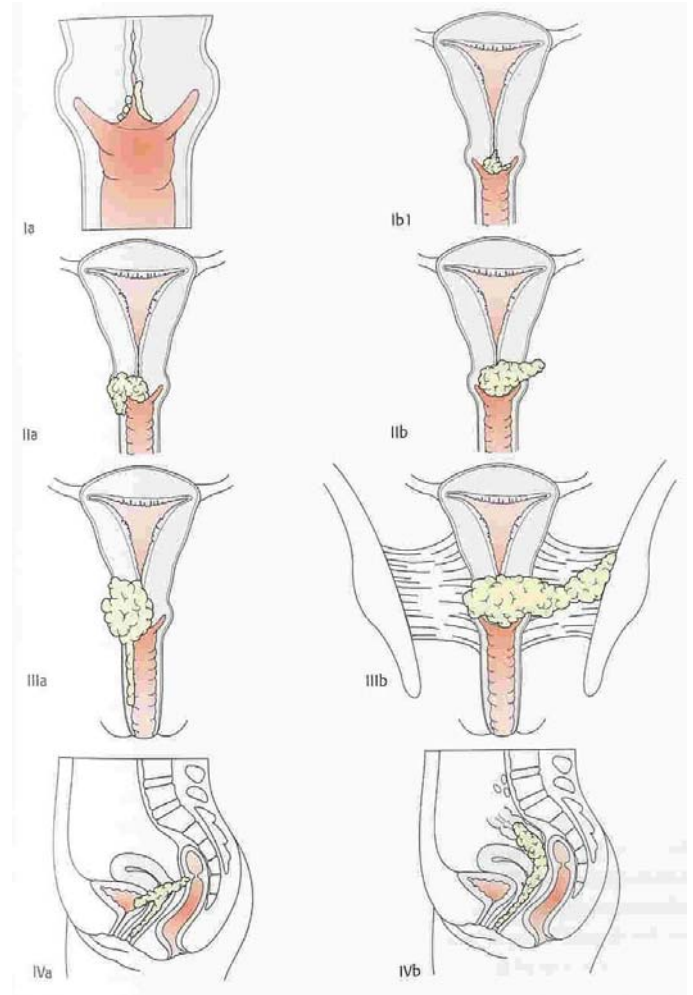
Stade IIIA : extension au tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne

Stade IIIB : extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet

Stade IV :

Stade IVA : tumeur envahissant la muqueuse de la vessie ou du rectum et/ou s'étendant au-delà du petit bassin

Stade IVB : métastases à distance



Annexe n°2 : Classification TNM

CLASSIFICATION TNM DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER (UICC) (1992)

T correspond exactement aux stades de la classification FIGO. Sa définition repose sur l'examen clinique, le seul examen paraclinique autorisé comprend l'urographie

N peut être définie par les résultats de l'examen clinique, de l'urographie, mais également de la lymphographie. Elle distingue pour les aires ganglionnaires régionales, c'est-à-dire pelviennes :

Nx : appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire,

N0 : pas de signe d'envahissement ganglionnaire

N1 : signe d'envahissement ganglionnaire

En pratique, la lymphographie n'est utilisée que dans peu de centres et la plupart des patientes relève donc, vis-à-vis des adénopathies, d'un stade Nx.

La classification histologique, pTNM dont les catégories pT, pN et pM correspondent aux catégories T, N et M, ne peut s'appliquer qu'aux patientes opérées, mais non pas aux patientes traitées par radiothérapie. Les stades pTNM sont difficilement comparables avec les stades de la classification FIGO.

La classification TNM propose des éléments complémentaires :

- pour la différenciation histopathologique de la tumeur :
 - Gx : impossible à établir,
 - G1 : bien différenciée,
 - G2 : moyennement différenciée,
 - G3 : peu différenciée,
 - G4 : indifférenciée,
- les récives tumorales qui sont signalées par la lettre « r » placée en préfixe,
- la lettre « y » placée en préfixe peut également être utilisée dans les cas où la classification est établie pendant ou après un traitement initial.

Annexe n°3 : Compte rendu anatomopathologique standardisé - Biopsie

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Née le : ____ / ____ / _____
Nom du prescripteur :	Hôpital/Clinique :
Date du prélèvement : ____ / ____ / _____	
Date de réception : ____ / ____ / _____	N° d'examen : _____
Pathologiste :	Date du compte-rendu : ____ / ____ / _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MOTIF du prélèvement <input type="checkbox"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> Anomalies cliniques/colposcopiques (préciser) :	
Jonction vue : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> Anomalie cytologique : <input type="radio"/> Bas grade (L-SIL)/HPV <input type="radio"/> Haut grade (H-SIL)/HPV <input type="radio"/> ASC-US/HPV <input type="radio"/> ASC-H/HPV <input type="radio"/> Atypies glandulaires	
TOPO prélèvement(s) <input type="checkbox"/> Non précisé	ORIENTATION <input type="checkbox"/> Non précisé
<input type="checkbox"/> Exocol/Jonction <input type="checkbox"/> Endocol <input type="checkbox"/> Lèvre ant. <input type="checkbox"/> Lèvre post.	<input type="checkbox"/> 12h-3h <input type="checkbox"/> 3h-6h <input type="checkbox"/> 6h-9h <input type="checkbox"/> 9h-12h
Nombre : Taille du plus volumineux : mm	
TRAITEMENT du prélèvement	
<input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé	
FIXATEUR(S)	
<input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Formol acétique <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> Bouin <input type="checkbox"/> Hollande	Congélation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

EXAMEN MICROSCOPIQUE (Classification OMS 2002)

LESION(S) PRECANCEREUSE(S) ET/OU CANCEREUSE(S) <input type="checkbox"/> Non vue(s) <input type="checkbox"/> Non évaluable(s)	
<input type="checkbox"/> HPV	
<input type="checkbox"/> CIN 1 <input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3/CIS <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde infiltrant (type et différenciation à préciser) :	
<input type="checkbox"/> Atypie glandulaire <input type="checkbox"/> Dysplasie glandulaire <input type="checkbox"/> Adénocarcinome (type à préciser) :	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
TOPOGRAPHIE <input type="checkbox"/> Non évaluable	ORIENTATION <input type="checkbox"/> Non évaluable
<input type="checkbox"/> Exocol / jonction <input type="checkbox"/> Endocol	<input type="checkbox"/> 12h-3h <input type="checkbox"/> 3h-6h <input type="checkbox"/> 6h-9h <input type="checkbox"/> 9h-12h
INVASION <input type="checkbox"/> Non évaluable	
<input type="checkbox"/> Non invasif <input type="checkbox"/> Microinvasif (dans la limite du matériel examiné) <input type="checkbox"/> Invasif	
ENVAHISSEMENT VASCULAIRE	
Emboles : <input type="checkbox"/> Non vus <input type="checkbox"/> Présents	

LESIONS NON TUMORALES OU ASSOCIEES

Non Oui (préciser) :

CODE ADICAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE CIMO/SNOMED | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONCLUSION / COMMENTAIRES

Annexe n°3 : Compte rendu anatomopathologique standardisé - Conisation

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Née le : ___ / ___ / _____
Nom du prescripteur :	Hôpital/Clinique :
Date du prélèvement : ___ / ___ / _____	N° d'examen : _____
Date de réception : ___ / ___ / _____	Date du compte-rendu : ___ / ___ / _____
Pathologiste :	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MOTIF du prélèvement <input type="checkbox"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> Anomalies cliniques/colposcopiques (préciser) :	
<input type="checkbox"/> Anomalie cytologique	<input type="checkbox"/> Bas grade (L-SIL)/HPV <input type="checkbox"/> Haut grade (H-SIL)/HPV
<input type="checkbox"/> CIN 1 <input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3	<input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde : <input type="radio"/> Micro-invasif <input type="radio"/> Invasif
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome in-situ	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome invasif
<input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) :	
TRAITEMENT antérieur <input type="checkbox"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> Traitement local : <input type="radio"/> Laser <input type="radio"/> Cryothérapie	
<input type="checkbox"/> Conisation	
TYPE de prélèvement(s)	
<input type="checkbox"/> Conisation/Résection <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> ½ Col droit <input type="checkbox"/> ½ Col gauche <input type="checkbox"/> Lèvre ant. <input type="checkbox"/> Lèvre post. <input type="checkbox"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> Orientée <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<input type="checkbox"/> Recoupes <input type="checkbox"/> Topographie non précisée	
<input type="checkbox"/> Exocervicale <input type="checkbox"/> Endocervicale <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Postérieure <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Vaginale : <input type="radio"/> Ant. <input type="radio"/> Post.	

EXAMEN MACROSCOPIQUE

TRAITEMENT du prélèvement	
<input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé	
FIXATEUR(S)	
<input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Formol acétique <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> Bouin <input type="checkbox"/> Hollande	Congélation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TAILLE du prélèvement <input type="checkbox"/> Non évaluable	
Conisation : x x mm	
LESION(S)	
<input type="checkbox"/> Non évaluable(s) <input type="checkbox"/> Evaluable(s) (préciser) :	

EXAMEN MICROSCOPIQUE (Classification OMS 2002)

LESION(S) PRECANCEREUSE(S) ET/OU CANCEREUSE(S) <input type="checkbox"/> Non vue(s) <input type="checkbox"/> Non évaluable(s)	
<input type="checkbox"/> HPV	
<input type="checkbox"/> CIN 1 <input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3/CIS	<input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde infiltrant (type et différenciation à préciser) :
<input type="checkbox"/> Atypie glandulaire <input type="checkbox"/> Dysplasie glandulaire <input type="checkbox"/> Adénocarcinome (type à préciser) :	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
LESION MULTIFOCAL <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
TOPOGRAPHIE <input type="checkbox"/> Non évaluable ORIENTATION <input type="checkbox"/> Non évaluable	
<input type="checkbox"/> Exocol / jonction <input type="checkbox"/> Endocol	<input type="checkbox"/> 12h-3h <input type="checkbox"/> 3h-6h <input type="checkbox"/> 6h-9h <input type="checkbox"/> 9h-12h
INVASION ET TAILLE <input type="checkbox"/> Non évaluable	
<input type="checkbox"/> Non invasif	
<input type="checkbox"/> Micro-invasif Profondeur : <input type="radio"/> 0 < P ≤ 3 mm (pT1a1) <input type="radio"/> 3 < P ≤ 5 mm (pT1a2)	Horizontale : <input type="radio"/> 0 < H ≤ 7 mm <input type="radio"/> H > 7 mm
Nombre de blocs lésionnels :	
<input type="checkbox"/> Invasif Profondeur : (P > 5 mm (pT1b)) : mm <input type="radio"/> Non évaluable	



ENVAHISSEMENT VASCULAIRE

Emboles : Non vus Présents

LIMITES D'EXERERE SUR PIECE / RECOUPES CHIRURGICALES Non évaluables

Saines : distance minimale Non évaluable Exocervicale : mm Endocervicale : mm

Non saines

CIN 1 : Topo Non évaluable

CIN 2 : Topo Non évaluable

CIN 3 : Topo Non évaluable

Atypie glandulaire : Topo Non évaluable

Dysplasie glandulaire : Topo Non évaluable

Adénocarcinome in-situ : Topo Non évaluable

Carcinome micro-invasif : Topo Non évaluable

Carcinome invasif : Topo Non évaluable

LESIONS NON TUMORALES OU ASSOCIEES

Non Oui (préciser) :

CLASSIFICATION UICC/AJCC/TNM 2002/FIGO

pT.....

Non évaluable

CODE ADICAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE CIMO/SNOMED | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONCLUSION / COMMENTAIRES

Annexe n°3 : Compte rendu anatomopathologique standardisé – Hystérectomie / Pelvectomie

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Née le : ___ / ___ / _____
Nom du prescripteur :	Hôpital/Clinique :
Date du prélèvement : ___ / ___ / _____	N° d'examen : _____
Date de réception : ___ / ___ / _____	Date du compte-rendu : ___ / ___ / _____
Pathologiste :	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MOTIF du prélèvement <input type="checkbox"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> CIN 1 <input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3 <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde :	<input type="radio"/> Micro-invasif <input type="radio"/> Invasif
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome in-situ <input type="checkbox"/> Adénocarcinome invasif	
<input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) :	
TRAITEMENT antérieur <input type="checkbox"/> Non précisé	
<input type="checkbox"/> Curiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Conisation <input type="checkbox"/> Aucun	
TYPE de prélèvement(s)	
<input type="checkbox"/> Hystérectomie	<input type="checkbox"/> Colpohystérectomie <input type="checkbox"/> Hystérectomie + Annexectomie : <input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Paramètre : <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Pelvectomie	<input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Postérieure <input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Recoupes	<input type="checkbox"/> Topographie non précisée
	<input type="checkbox"/> Exocervicale <input type="checkbox"/> Endocervicale <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Postérieure <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Vaginale : <input type="radio"/> Ant. <input type="radio"/> Post.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

TRAITEMENT du prélèvement	
<input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé	
FIXATEUR(S)	
<input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Formol acétique <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> Bouin <input type="checkbox"/> Hollande Congélation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
TAILLE du prélèvement <input type="checkbox"/> Non évaluable	
Hystérectomie Corps :	Hauteur : mm Transverse : mm Antéropostérieur : mm
Col : x mm Collerette vaginale : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Ovaire droit : mm Ovaire gauche : mm
LESION(S)	
<input type="checkbox"/> Non évaluable(s) <input type="checkbox"/> Évaluable(s) (préciser) : Taille : <input type="radio"/> 0 ≤ 4 cm <input type="radio"/> H > 4 cm	

EXAMEN MICROSCOPIQUE (Classification OMS 2002)

LESION(S) PRECANCEREUSE(S) ET/OU CANCEREUSE(S) <input type="checkbox"/> Non évaluable(s)	
<input type="checkbox"/> HPV	
<input type="checkbox"/> CIN 1 <input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3/CIS <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde infiltrant (type et différenciation à préciser) :	
<input type="checkbox"/> Atypie glandulaire <input type="checkbox"/> Dysplasie glandulaire <input type="checkbox"/> Adénocarcinome (type à préciser) :	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
LESION MULTIFOCAL <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
TOPOGRAPHIE <input type="checkbox"/> Non évaluable	
<input type="checkbox"/> Exocol / jonction <input type="checkbox"/> Endocol	
ORIENTATION <input type="checkbox"/> Non évaluable	
<input type="checkbox"/> 12h-3h <input type="checkbox"/> 3h-6h <input type="checkbox"/> 6h-9h <input type="checkbox"/> 9h-12h	
INVASION ET TAILLE <input type="checkbox"/> Non évaluable	
<input type="checkbox"/> Non invasif	
<input type="checkbox"/> Micro-invasif	Profondeur : <input type="radio"/> 0 < P ≤ 3 mm (pT1a1) <input type="radio"/> 3 < P ≤ 5 mm (pT1a2) Horizontale : <input type="radio"/> 0 < H ≤ 7 mm <input type="radio"/> H > 7 mm
	Nombre de blocs lésionnels :
<input type="checkbox"/> Invasif	Profondeur : (P > 5 mm (pT1b)) : mm <input type="radio"/> Non évaluable



ENVAHISSEMENT VASCULAIRE

Emboles : Non vus Présents

EXTENSION Non Non évaluable

Isthme Endomètre Myomètre Vagin (2/3 sup) Vagin (1/3 inf)

Uretère Vessie (muqueuse) Rectum (muqueuse)

Paroi pelvienne Péritoine

Paramètres : droit gauche Annexes : droite gauche

Métastases avec preuve histologique : oui non Topographie :

GANGLIONS prélevés

Nombre total : **dont** **métastatiques avec** rupture capsulaire gauche

..... **métastatiques avec** rupture capsulaire droite

Ilio-obturbateurs : **gauches :** **dont** métastatiques **droits :** **dont** métastatiques

Autres (préciser) : **dont** métastatiques

(préciser) : **dont** métastatiques

LIMITES D'EXERESE SUR PIECE / RECOUPES CHIRURGICALES Non évaluables

Saines : distance minimale : Non évaluable Exocervicale : mm

Non saines

CIN 1 : Topo Non évaluable

CIN 2 : Topo Non évaluable

CIN 3 : Topo Non évaluable

Atypie glandulaire : Topo Non évaluable

Dysplasie glandulaire : Topo Non évaluable

Adénocarcinome in-situ : Topo Non évaluable

Carcinome micro-invasif : Topo Non évaluable

Carcinome invasif : Topo Non évaluable

LESIONS NON TUMORALES OU ASSOCIEES

Non Oui (préciser) :

CLASSIFICATION UICC/AJCC/TNM 2002/FIGOp* T..... N..... M..... Non évaluable

* signalé si traitement pré-opératoire

CODE ADICAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE CIMO/SNOMED | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONCLUSION / COMMENTAIRES

Annexe n°4 : Classification de Piver

Piver I

Hystérectomie extra-faciale.

L'hystérectomie de type I permet simplement une exérèse cervicale complète. Il s'agit d'une hystérectomie extrafaciale où l'exérèse passe en dehors du *fascia* utérin. L'uretère n'est pas dégagé car le chirurgien sectionne les ligaments au plus près de l'utérus, donc en dedans de sa situation normale. Ce type d'exérèse n'est acceptable que pour des lésions strictement cervicales (*in situ* et certains micro-invasifs) ou lorsque l'atteinte paramétriale supposée a été stérilisée par la radiothérapie.

Piver II

Hystérectomie élargie :

- aux paramètres proximaux et paracervix à l'aplomb,
- à la moitié supérieure des utéro-sacrés,
- au tiers supérieur du vagin.

L'hystérectomie de type II est le premier type des exérèses réellement élargies. L'uretère sert de repère principal. En effet, le paramètre puis le paracervix sont sectionnés à l'aplomb de l'uretère qui n'est alors pas dégagé, à ce niveau, sur sa face externe. Cette technique limite sa dissection et protège sa vascularisation terminale, diminuant ainsi les risques de complications urétérales per et postopératoires. Les ligaments utéro-sacrés sont sectionnés à mi-distance de leur insertion sacrée. Une plus grande largeur de vagin est ainsi libérée permettant une colpectomie du tiers supérieur.

Piver III

Hystérectomie élargie à :

- la totalité des paramètres et paracervix à l'aplomb,
- la totalité des utéro-sacrés,
- la moitié supérieure du vagin.

L'hystérectomie de type III a pour but une exérèse large du paramètre et du paracervix au plus près de la paroi pelvienne. Pour rendre cela techniquement possible, il est nécessaire de lier l'artère utérine à son origine sur l'artère iliaque interne. L'uretère est pratiquement complètement dégagé sauf dans sa partie préligamentaire, c'est-à-dire avant d'aborder la vessie où il n'est pas libéré du ligament vésical latéral, ce qui lui permet de conserver la pédicule vasculaire présent à ce niveau là. Les ligaments utéro-sacrés sont sectionnés près de leurs attaches sacrées. La moitié supérieure du vagin est ainsi enlevée avec l'utérus et les ligaments viscéraux.

Piver IV

Hystérectomie élargie à :

- la totalité des paramètres et paracervix à l'aplomb,
- dissection de l'uretère jusqu'à sa pénétration dans la vessie,
- ligature de l'artère ombilicale,
- à la totalité des utéro-sacrés,
- aux 3/4 du vagin.

L'hystérectomie de type IV diffère du type III en trois points :

- dissection complète de l'uretère jusqu'à sa pénétration vésicale,
- ligature de l'artère ombilicale,
- colpectomie des trois-quarts.

Ainsi, ces gestes permettent-ils l'exérèse du paramètre et du paracervix plus complètement, tant au niveau des tissus périutéraux que de l'origine pariétale de ces ligaments (ce qui peut aussi imposer une ligature de l'artère iliaque interne).

Piver V

Idem PIVER IV plus résection urétérale, et ou vésicale.

L'hystérectomie de type V est en fait une exentération partielle puisqu'elle correspond soit à une résection urétérale, soit à une cystectomie partielle.

Annexe n°5 : Compte rendu opératoire standardisé des cancers du col utérin

Date : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Chirurgien : _____ Etablissement : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Poids : _____ Taille : _____ Classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) : _____
 Commentaires : _____

STADE TUMORAL ET DONNEES PREOPERATOIRES

Stade clinique (FIGO) :

IA1 IA2 IB1 < 20 mm 20 < IB1 < 40 mm

Anatomopathologie préopératoire :

biopsie
 conisation avec emboles lymphatiques sans emboles lymphatiques

Données du bilan d'extension :

IRM scanner
 Curage pelvien par coelioscopie : oui non Date : ___ / ___ / _____
 N+ N-

Traitement préopératoire :

curiethérapie utérovaginale radiothérapie radiochimiothérapie concomitante

Décision prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire :

oui non

Cas particulier : stades IA1 sans emboles lymphatiques avec désir de grossesse

conisation in sano amputation du col autre :

Commentaires :

INTERVENTION CHIRURGICALE

Date : ___ / ___ / _____

Voie d'abord :

laparotomie coelioscopie

Exploration pelvienne :

Estimation de l'infiltration néoplasique :

utérus annexe droite annexe gauche paramètres droits paramètres gauches
 ligaments utéro-sacrés droits ligaments utéro-sacrés gauches péritoine pelvien

Exérèse :

Type d'hystérectomie :

Piver I colpo-hystérectomie élargie Piver II colpo-hystérectomie élargie Piver III
 autre :

Taille de la collerette vaginale (en cm) :

Niveau de section des paramètres et paracervix :

à l'aplomb de l'uretère à l'aplomb de la paroi pelvienne autre :

Niveau de section des utéro-sacrés : 1/3 supérieur 1/2 autre :

Geste sur les annexes :

annexectomie droite annexectomie gauche transposition ovarienne droite transposition ovarienne gauche
 autre :

Mise en place de fils repères sur la pièce opératoire (localiser les paramètres) : oui non

Exérèse macroscopiquement complète : oui non

Commentaires concernant l'exérèse :



INTERVENTION CHIRURGICALE (suite)**Lymphadénectomie :**

Date : ___ / ___ / _____

- non lymphadénectomie iliaque externe sous-veineuse, intériiaque et obturatrice
- lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique (chaines iliaques externes, iliaques primitives, pré sacrées, lombo aortique jusqu'à la veine rénale gauche)

Limites anatomiques :

Drainage :

- oui non

Commentaires :**COMMENTAIRES GENERAUX****ANNEXE****CLASSIFICATION DE PIVER****Piver I***Hystérectomie extra-faciale***Piver II***Hystérectomie élargie :*

- aux paramètres proximaux et paracervix à l'aplomb
- à la moitié supérieure des utéro-sacrés
- au tiers supérieur du vagin

Piver III*Hystérectomie élargie à :*

- la totalité des paramètres et paracervix à l'aplomb
- la totalité des utéro-sacrés
- la moitié supérieure du vagin

Piver IV*Hystérectomie élargie :*

- à la totalité des paramètres et paracervix à l'aplomb
- dissection de l'uretère jusqu'à sa pénétration dans la vessie
- ligature de l'artère ombilicale
- à la totalité des utéro-sacrés
- aux 3/4 du vagin

Piver V*Idem PIVER IV plus résection urétérale, et ou vésicale***CLASSIFICATION DE LA FIGO****Stade 0 :** *carcinome in situ***Stade I :** *carcinome limité au col***Stade IA :** *invasif préclinique***Stade IA1 :** *invasion du stroma < 3 mm en profondeur et < 7 mm horizontalement***Stade IA2 :** *invasion du stroma > 3 mm et < 5 mm, et < 7 mm horizontalement***Stade IB :** *tumeur limitée au col > stade IA2***Stade IB1 :** *lésion clinique < 4 cm***Stade IB2 :** *lésion clinique > 4 cm***Stade II :** *carcinome cervical s'étendant au-delà de l'utérus mais sans atteindre les parois pelviennes ou le tiers inférieur du vagin***Stade IIA :** *sans envahissement du paramètre***Stade IIB :** *avec envahissement du paramètre***Stade III :** *carcinome cervical s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne et/ou intéressant le tiers inférieur du vagin, et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet***Stade IIIA :** *extension au tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne***Stade IIIB :** *extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet***Stade IV :****Stade IVA :** *tumeur envahissant la muqueuse de la vessie ou du rectum et/ou s'étendant au-delà du petit bassin***Stade IVB :** *métastases à distance*

Annexe n°6 : Essais thérapeutiques ouverts

CACIS (ARCAGY)

Essai de phase I de radio-chimiothérapie concomitante par campto-cisplatine pour les cancers de stade IIB à IV (FIGO)

Investigateur coordonnateur : Dr PARAISO (Association ARCAGY, Paris)

Date d'ouverture : mai 2002

GYNECO 01/0101 (FNCLCC)

Etude de Phase I/II de radio-chimiothérapie concomitante par Paraplatine® et Taxol® dans les cancers du col utérin de stade avancé (IIB à IVA) (FIGO)

Investigateur coordonnateur : Dr C. LHOMME (Institut G. Roussy, VILLEJUIF - CLCC)

Date d'ouverture : 12/12/2001

GYN 02/0108 (FNCLCC)

Etude prospective randomisée de phase III évaluant l'impact de l'hystérectomie de complément après radiothérapie pelvienne et chimiothérapie concomitante dans les cancers du col utérin de stade IB2 et II (FIGO) en réponse complète

Investigateur coordonnateur : Dr Ph. MORICE (Institut G. Roussy, VILLEJUIF - CLCC)

Date d'ouverture : 17/12/2002