



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

Prise en charge des cancers de l'endomètre

- janvier 2012 -

Circonstances diagnostiques

Le diagnostic de cancer de l'endomètre est suspecté devant des métrorragies, après exclusion d'une pathologie du col par un examen gynécologique.

Une exploration échographique pelvienne, sus-pubienne et endovaginale est alors indiquée pour rechercher une hypertrophie endométriale. Celle-ci impose une étude histologique de l'endomètre par biopsie.

Le diagnostic anatomopathologique de malignité du cancer de l'endomètre doit précéder le bilan d'extension et la prise en charge thérapeutique.

L'analyse anatomopathologique de la biopsie permet :

- de confirmer la malignité,
- d'identifier le type histologique :
 - **type 1** : tumeurs endométrioïdes pour lesquelles l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini 3 grades (le grade histopronostique est réalisé en fonction de l'architecture de la prolifération épithéliale maligne en excluant le contingent épidermoïde ou les morules. Lorsque les atypies cytonucléaires sont marquées, le grade est augmenté de 1) :
 - grade 1 : ≤ 5 % de contingent indifférencié,
 - grade 2 : 6-50 % de contingent indifférencié,
 - grade 3 : > 50 % de contingent indifférencié,
 - **type 2** : carcinomes à cellules claires, carcinomes papillaires/séreux et carcinosarcomes ;
- d'évaluer le grade.

L'estimation du type histologique et du grade malgré les discordances connues entre l'analyse anatomopathologique de la biopsie et l'analyse de la pièce opératoire contribue à poser l'indication d'une lymphadénectomie.

Bilan d'extension locorégionale

Examen clinique

Il comprend notamment :

- la recherche des antécédents personnels et familiaux,
- la recherche du syndrome de Lynch :
 - patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans (peut être discutée entre 50 et 60 ans),
 - patientes de tout âge si un apparenté au 1^{er} degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du spectre HNPCC,
- la recherche de facteurs de comorbidités,
- un examen abdominopelvien et ganglionnaire.

Examens d'imagerie

Le bilan d'extension locorégionale repose sur l'IRM pelvienne associée à une exploration IRM des aires ganglionnaires lombo-aortiques.

La réalisation de l'IRM doit s'appuyer sur le compte rendu normalisé réalisé par la Société française de radiologie (SFR).

L'estimation à l'IRM de l'infiltration myométriale contribue à poser l'indication d'une lymphadénectomie malgré les discordances connues entre son résultat et l'analyse de la pièce opératoire.

Dans l'idéal une IRM abdomino-pelvienne doit être réalisée ; *si ce n'est pas possible, une IRM pelvienne peut être couplée à un scanner abdominal (consensus régional).*

L'imagerie thoracique (scanner thorax-abdo-pelvis) et l'exploration hépatique (par échographie ou IRM)

systematiques ne font pas partie du bilan d'extension locorégionale sauf en cas de suspicion d'extension régionale (stade III/T3 et/ou N1 ((FIGO 2009/TNM 2009)) ou plus), de type 2 histologique ou de lésions identifiées par l'examen TEP-FDG/TDM.

En cas de suspicion de stades III/T3 et/ou N1 (FIGO 2009/TNM 2009) ou IV/T4 et/ou M1 (FIGO 2009/TNM 2009), la réalisation d'une TEP-FDG/TDM peut être discutée pour la recherche de métastases à distance (fonction de l'analyse anatomopathologique et du stade).

Examens biologiques

Le dosage du CA 125 ne fait pas partie du bilan d'extension systématique mais peut être discuté en cas de suspicion d'extension régionale (stade III/T3 et/ou N1 (FIGO 2009/TNM 2009) ou plus), d'atteinte ovarienne ou de type 2 histologique.

Modalités thérapeutiques

Chirurgie

La chirurgie est le **traitement de référence** d'un cancer de l'endomètre tant que le stade et l'état de la patiente le permettent.

La chirurgie standard est une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale.

La réalisation de gestes supplémentaires (lymphadénectomie, omentectomie) dépend du stade clinique, du type histologique et du grade. La balance bénéfices/risques (âge, comorbidités, obésité morbide) de ces gestes supplémentaires immédiats ou différés peut y faire renoncer.

Le compte rendu opératoire doit notamment comporter la topographie exacte de la lymphadénectomie réalisée le cas échéant.

En cas d'indication d'une lymphadénectomie pelvienne, il est recommandé de réaliser un curage pelvien iliaque externe et interne complet (ilio-obturateur).

En cas d'indication d'une lymphadénectomie lomboaortique, il est recommandé de réaliser un curage étendu jusqu'à la veine rénale gauche associé à une dissection des ganglions iliaques communs.

La voie d'abord recommandée pour les stades I est la voie coelioscopique ou coeliovaginale.

La voie vaginale exclusive est réservée aux patientes à très haut risque chirurgical.

La laparotomie reste indispensable en cas de gros volume tumoral ou de conditions anatomiques particulières (échec ou contre-indication de coelioscopie, adhérence massive, etc.). Il convient d'éviter le morcellement de la pièce opératoire.

La prise en charge des cancers de l'endomètre par chirurgie robot assistée est en cours d'évaluation et ne peut être recommandée en dehors d'essai ou d'évaluation spécifique.

Anatomopathologie

L'analyse anatomopathologique des pièces opératoires doit permettre d'évaluer l'infiltration du myomètre, la présence d'embolies, l'extension aux cornes, au col de l'utérus, aux annexes et le cas échéant aux ganglions et au péritoine, le stade et de confirmer le type histologique et le grade pour l'indication du traitement adjuvant.

Le compte rendu d'anatomopathologie doit contenir les données définies conjointement par la Société française de pathologie (SFP) et l'Institut National du Cancer (INCa).

Chez toutes les patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans (*cette recherche peut se discuter entre 50 et 60 ans*) ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du « spectre HNPCC » (endomètre, intestin grêle, urothélium, voies biliaires, estomac, ovaire), la **recherche d'une instabilité des microsatellites** au niveau tumoral est recommandée pour identifier un **syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer)/Lynch**.

Radiothérapie

Une irradiation de la tumeur peut être réalisée par **radiothérapie externe** ou **curiethérapie**.

Radiothérapie externe

La radiothérapie externe est réalisée suivant des modalités conformationnelles et selon les recommandations du Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), avec des photons de très haute énergie (au moins égale à 10 MV).

La radiothérapie externe est réalisée suivant des modalités conformationnelles et selon les recommandations du Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), avec des photons de très haute énergie (au moins égale à 10 MV).

La dose totale est de 45 à 50 Gy, avec 5 fractions hebdomadaires de 1,8 à 2 Gy. En cas d'irradiation exclusive, non précédée de chirurgie, une surimpression de ganglions suspects d'envahissement à l'imagerie peut être proposée jusqu'à une dose totale d'au minimum 60 Gy. Une irradiation par modulation d'intensité est actuellement en cours d'évaluation.

Curieithérapie

La curiethérapie vaginale postopératoire est effectuée préférentiellement à haut débit de dose, évitant une hospitalisation et les complications de décubitus.

Une dose de 21 à 24 Gy est délivrée en 3 séances de 7 Gy ou en 4 séances de 5 à 6 Gy, calculée à 5 mm d'épaisseur.

En cas de curiethérapie pulsée ou à bas débit de dose, une dose de 50 Gy est délivrée, calculée à 5 mm d'épaisseur.

Lorsque la curiethérapie à haut débit de dose est effectuée en complément de la radiothérapie externe, une dose de 10 Gy est délivrée en 2 séances de 5 Gy, calculée à 5 mm d'épaisseur. En cas de curiethérapie pulsée ou à bas débit de dose, une dose de 15 Gy est délivrée, calculée à 5 mm d'épaisseur.

Cas des patientes non opérables

Certaines patientes ne sont pas opérables et ne relèvent donc pas des recommandations relatives au traitement chirurgical. Par conséquent, il leur sera proposé un traitement par radiothérapie exclusive.

Une irradiation externe suivant les modalités déjà indiquées sera suivie d'une curiethérapie utéro-vaginale de complément, réalisée suivant des modalités de bas débit de dose ou de débit pulsé.

Une dose minimale totale de 15 Gy est délivrée par la curiethérapie dans un volume tenant compte de l'extension tumorale initiale. Plus rarement, une curiethérapie utéro-vaginale est réalisée suivant des modalités à haut débit de dose avec 3 à 4 séances de 7 Gy.

Chimiothérapie

L'inclusion dans des essais thérapeutiques doit être privilégiée dans la mesure où il existe peu de données sur la chimiothérapie adjuvante dans le cancer de l'endomètre.

Si une chimiothérapie adjuvante est proposée, elle doit être administrée avant ou après la radiothérapie de façon séquentielle. Si la patiente n'est pas en mesure de supporter le traitement séquentiel, la radiothérapie seule sera préférée.

En cas d'indication d'une chimiothérapie, les protocoles utilisés sont :

- L'association cisplatine (50 mg/m²)/doxorubicine (60 mg/m²) J1 est la plus étudiée mais sa toxicité hématologique fait préférer l'association carboplatine (aire sous la courbe = 5)/paclitaxel (175 mg/m²) J1 toutes les 3 semaines pour 4 à 6 cycles notamment pour les patientes fragiles.
- Le taxol hebdomadaire est une option :
 - Paclitaxel 175 mg/m² + carboplatine AUC 5 toutes les 3 semaines (bras de référence de l'essai phase III du GOG en cours),
 - Paclitaxel 60 mg/m² + carboplatine AUC 2 toutes les semaines (option).
- L'association cisplatine/paclitaxel/doxorubicine n'est pas recommandée au regard de sa toxicité hématologique et neurologique.

- En cas de carcinosarcomes, les associations utilisées sont ifosfamide (5000 mg/m² J1/doxorubicine (50 à 70 mg/m²) J1 toutes les 3 semaines ou cisplatine (20 mg/m² J1-J4)/ifosfamide (1500 mg/m² J1-J4) ou cisplatine (75 mg/m²)/doxorubicine (60 mg/m²) J1 toutes les 3 semaines. L'association cisplatine (75 mg/m²) J1/ifosfamide (3000 mg/m²) J1-J2/doxorubicine (50 mg/m²) J1 toutes les 3 semaines peut être discutée. Peut également être proposée selon le profil de fragilité l'association paclitaxel + carboplatine (consensus régional) (cf. données précédentes).
- Ni le paclitaxel ni le carboplatine n'ont l'AMM dans cette indication. Il n'y a pas non plus de PTT.

Les thérapies ciblées sont en cours d'évaluation.

Hormonothérapie

L'hormonothérapie adjuvante n'est jamais recommandée.

*En situation métastatique, elle peut être indiquée lorsque la chimiothérapie n'est pas applicable ou en cas de maladie lentement évolutive **avec récepteurs hormonaux positifs**. Le traitement repose alors principalement sur l'acétate de médroxyprogestérone par voie orale à la dose de 500 mg/j. En cas de contre-indication, des anti-oestrogènes peuvent être utilisés.*

Essais thérapeutiques

Il est recommandé d'inclure les patientes chaque fois que possible dans un essai thérapeutique. La liste des essais thérapeutiques en cours est disponible sur les sites internet :

- du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : www.canceraquitaine.org (dans l'onglet Informations Professionnels / Les essais cliniques),
- de l'INCa : www.e-cancer.fr (dans l'onglet Recherche / Recherche clinique / Registre des essais cliniques (*possibilité de chercher uniquement dans la région en tapant Aquitaine dans la zone de recherche*)),
- du National Institutes of Health : www.clinicaltrials.gov.

Tumeur limitée au corps utérin – Stades I/T1

La voie d'abord recommandée pour les stades I est la voie coelioscopique ou coeliovaginale.

La prise en charge thérapeutique est déterminée en fonction du risque de récurrence, défini en fonction du stade, du type histologique et du grade selon la classification de l'European society for medical oncology (ESMO) publiée en 2009 :

Risque bas	Risque intermédiaire	Risque élevé
Stades IA/T1a, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)	Stade IA/T1a, grade 3 (type 1 histologique)	Stade IB/T1b, grade 3 (type 1 histologique)
	Stade IB/T1b, grade 1 ou 2 (type 1 histologique)	Stade IA-B/T1 (type 2 histologique)
		Stade IB/T1 présentant des embolies lymphatiques (type 1 histologique)*

* Ajout aux recommandations de l'ESMO ; IA/T1a : tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre ; IB/T1b : tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre.

Type 1 histologique

Risque bas

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.

Une lymphadénectomie n'est pas recommandée.

Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose n'est pas recommandée sauf en cas d'envahissement myométrial où elle est réalisée (consensus régional).

La radiothérapie externe n'est pas recommandée.

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.

Situations exceptionnelles :

- *Le traitement conservateur de l'utérus n'est pas recommandé mais peut être discuté pour des patientes désirant une grossesse, présentant des tumeurs supposées de stade I, grade 1 sans envahissement myométrial, au mieux après exploration coelioscopique des ovaires pour éliminer une extension extra-utérine ou de la séreuse.*
- *Sous les mêmes réserves, le traitement conservateur des ovaires associé à une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale peut être discuté pour les patientes de moins de 40 ans désirant le maintien des fonctions ovariennes.*

Risque intermédiaire

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.

La lymphadénectomie pelvienne est recommandée en cas de stade IB/T1b grade 2 ou de stade IA/T1a grade 3 avec envahissement myométrial (consensus régional).

Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée.

La radiothérapie externe n'est pas recommandée.

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.

La pertinence de la détection du ganglion sentinelle pour ces patientes est en cours d'évaluation.

Risque élevé

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.

Une lymphadénectomie lomboaortique et iliaque commune est recommandée. Dans ce contexte, la chirurgie endoscopique peut être recommandée.

La lymphadénectomie pelvienne peut être discutée. Son intérêt thérapeutique chez des patientes qui n'ont pas d'adénomégalies suspectes à l'imagerie et qui vont recevoir une irradiation externe pelvienne n'est pas démontré.

En cas de découverte de facteurs de risque élevé sur la pièce d'hystérectomie, une reprise de stadification ganglionnaire et/ou péritonéale, de préférence coelioscopique, est recommandée.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire est recommandée.

Une curiethérapie vaginale de surimpression à haut débit de dose est recommandée (consensus régional).

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée hors essai clinique.

Type 2 histologique

Carcinomes à cellules claires ou papillaires séreux

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une omentectomie infracolique, une cytologie et biopsies péritonéales, une appendicectomie sont recommandées.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire est recommandée.

Une curiethérapie vaginale de surimpression est recommandée (consensus régional).

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.

Carcinosarcomes

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une omentectomie infracolique, une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire est recommandée.

Une curiethérapie vaginale de surimpression est recommandée (consensus régional).

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.

Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus (tous types histologiques) – Stades II/T2

Une hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.

L'hystérectomie sera simple ou élargie, avec ou sans colpectomie, en fonction des caractéristiques de la tumeur avec objectif d'obtenir des marges saines.

Une lymphadénectomie pelvienne est recommandée (*un examen extemporané est possible*).

Une lymphadénectomie lomboaortique d'emblée ou à la suite d'une lymphadénectomie pelvienne en cas de ganglions pelviens positifs peut être discutée en cas de type 1 histologique.

En cas de type 2 histologique, une omentectomie infracolique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une cytologie et biopsies péritonéales doivent être réalisées.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie vaginale postopératoire à haut débit de dose est recommandée.

En cas de type 2 histologique, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée en complément de la radiothérapie.

En cas de non-opérabilité d'emblée par une atteinte de gros volume du col de l'utérus, une radiothérapie préopératoire externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) avec ou sans curiethérapie préopératoire (15 Gy) peuvent être discutées (consensus régional).

Extensions locales et/ou régionales (tous types histologiques) – Stades III/T3 et/ou N1

Séreuse et/ou annexes – Stade IIIA/T3A

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une omentectomie infragastrique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique et une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.

En cas d'atteinte isolée de la séreuse, une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose sont recommandées.

En cas d'atteinte cervicale, une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée en complément de la radiothérapie.

En cas d'atteinte annexielle, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle est recommandée en plus du traitement locorégional.

Envahissement vaginal et/ou paramétrial – Stade IIIB/T3B

Le traitement par radiothérapie exclusive est privilégié.

Une stadification ganglionnaire lomboaortique préthérapeutique peut être discutée.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une curiethérapie utéro-vaginale (15 Gy) est recommandée.

Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.

Une chirurgie de la tumeur primaire peut être discutée en cas de réponse incomplète.

Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux diagnostiquée lors de l'analyse anatomopathologique – Stade IIIC/N1

Si le stade IIIC (N1 TNM) est défini sur la base d'une lymphadénectomie pelvienne, une lymphadénectomie lomboaortique immédiate ou différée est recommandée.

Si découverte histopathologique après stadification complète (pelvienne et lomboaortique), une radiothérapie externe conformationnelle (45 à 50 Gy), postopératoire (pelvienne au stade IIIC1 (N1 TNM), pelvienne et lomboaortique au stade IIIC2 (N1 TNM)), suivie d'une curiethérapie à haut débit de dose, sont recommandées.

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle doit être discutée.

Atteinte des ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie – Stade IIIC1/N1

Un traitement chirurgical premier comportant une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une exérèse ganglionnaire pelvienne et un curage lomboaortique à visée thérapeutique est recommandé.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une curiethérapie vaginale sont recommandées.

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.

Atteinte des ganglions lomboaortiques ± ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie – Stade IIIC2/N1

Si les conditions sont favorables pour une chirurgie, un traitement chirurgical premier, comportant une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale et une lymphadénectomie pelvienne et

lombo-aortique à visée thérapeutique, est recommandé.

Une radiothérapie externe pelvienne et lombo-aortique conformationnelle (45 à 50 Gy) et une curiethérapie vaginale postopératoires sont recommandées.

Si les conditions ne sont pas favorables pour une chirurgie, une radiothérapie externe pelvienne et lombo-aortique conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une surimpression ganglionnaire et d'une curiethérapie utéro-vaginale sont recommandées.

Une chimiothérapie intraveineuse séquentielle doit être discutée.

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance (tous types histologiques) - Stades IV/T4 et/ou M1

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale – Stade IVA/T4

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une curiethérapie sont recommandées.

Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.

Une exentération pelvienne à visée curative peut être discutée en cas d'échec de l'irradiation.

Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux – Stade IVB/M1

Une chirurgie de cytoréduction complète à visée curative identique à celle réalisée dans le cancer de l'ovaire est recommandée uniquement en cas de carcinose péritonéale résécable sans métastase à distance.

Une chimiothérapie intraveineuse est recommandée ; *le moment de la chimiothérapie est à discuter.*

Une hormonothérapie est recommandée en cas de récepteurs hormonaux positifs ou de maladie lentement évolutive.

Une radiothérapie externe conformationnelle sur la tumeur primitive est recommandée selon la localisation des lésions.

En cas de stade IVB (M1 TNM) défini par une atteinte inguinale isolée, une adénectomie complémentaire est recommandée, en complément du traitement locorégional prévu.

Les objectifs de la surveillance sont notamment : la recherche d'une récurrence et des effets secondaires tardifs des traitements, la prévention ou le dépistage d'un second cancer ainsi qu'un accompagnement social et à la réinsertion professionnelle.

Actes et examens réalisés

La surveillance repose sur l'examen clinique. Il comprend un examen gynécologique avec exploration de la totalité du vagin, les touchers pelviens et la palpation des aires ganglionnaires.

Il n'y a pas d'indication pour des examens d'imagerie, de biologie ou des frottis vaginaux systématiques.

La surveillance comprend un temps d'échange avec la patiente pour l'accompagner en fonction de ses besoins dans l'après-cancer.

Périodicité

La surveillance doit être réalisée :

- tous les 4 à 6 mois, durant les 3 premières années, puis annuellement pour les stades I et II,
- tous les 4 à 6 mois, durant les 5 premières années puis annuellement, pour les stades III et IV.

Organisation

Le plus souvent, la surveillance peut être prise en charge en ville par le médecin généraliste ou le gynécologue. Elle se fait en alternance avec l'équipe référente du traitement les premières années. Néanmoins si la patiente a bénéficié d'une radiothérapie, une consultation annuelle en radiothérapie pendant une durée minimum de 5 ans sera prévue

Signes évocateurs de récurrence

La patiente doit être informée sur la nécessité de consulter en cas de saignements ou de douleurs qui sont les signes les plus fréquents de récurrence.

En cas de suspicion de récurrence ou de complications, la patiente doit être réadressée à l'équipe référente du traitement.

Prévention et dépistage de second cancer

Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, la participation aux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du côlon et du cancer du sein doit être encouragée.

Si elle n'a pas été réalisée avant, la recherche d'une instabilité des microsatellites au niveau tumoral est recommandée pour identifier un syndrome HNPCC/Lynch chez toutes les patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du « spectre HNPCC » (endomètre, intestin grêle, urothélium, voies biliaires, estomac, ovaire). Du résultat de la recherche d'instabilité microsatellitaire dépendra l'indication d'une consultation d'oncogénétique à la recherche d'une mutation prédisposante. En cas de syndrome HNPCC avéré, des recommandations sur les indications de surveillance et de chirurgie prophylactique sont disponibles sur le site internet de l'INCa.

Place des traitements substitutifs de la ménopause

Il n'y a pas de contre-indication à un traitement hormonal substitutif uniquement oestrogénique chez les femmes de moins de 50 ans qui peut être proposé au titre du traitement de la ménopause secondaire à l'ovariectomie bilatérale.

Après 50 ans, les indications et contre-indications sont les mêmes que dans la population générale.


Prise en charge globale de la patiente

Le suivi du cancer s'intègre dans une prise en charge médicale globale, notamment cardiovasculaire, l'obésité et le diabète étant des facteurs de risque de ce cancer.


Ce référentiel a été réalisé par un groupe de travail régional pluridisciplinaire.
Le référentiel complet avec les participants à sa réalisation est disponible sur le site internet
du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : **www.canceraquitaine.org**

Contacts :

Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : *Chargée d'études*

 icirilo@canceraquitaine.org

Suzy VEIGA : *Assistante du RCA*

 sveiga@canceraquitaine.org

