HAL
open science

Prise en charge initiale des cancers de l'endomètre : évaluation des pratiques et de la conformité aux référentiels nationaux

Maréva Estran

To cite this version:

Maréva Estran. Prise en charge initiale des cancers de l'endomètre : évaluation des pratiques et de la conformité aux référentiels nationaux. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03197126

HAL Id: dumas-03197126

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03197126v1

Submitted on 13 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE COTE D'AZUR
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2020-2021

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

En vue de l'obtention du
Titre de Docteur en Médecine

Prise en charge initiale des cancers de l'endomètre : évaluation des pratiques et de la conformité aux référentiels nationaux

Présentée par ESTRAN Maréva
Née le 25 janvier 1993 à Avignon

Soutenue publiquement le mercredi 07 avril 2021
A la Faculté de Médecine de Nice

Membres du jury :

Pr Emmanuel BARRANGER	Président
Pr Jérôme DELOTTE	Assesseur
Dr Yann DELPECH	Directeur de thèse
Dr Laura ELKIND	Assesseur
Dr Fanny ALAZET	Assesseur

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Mesdames et Messieurs les membres du jury :

A ***Monsieur le Professeur Barranger***, je suis extrêmement reconnaissante que vous ayez accepté de présider ma thèse. Je vous remercie pour votre enseignement théorique et technique précieux durant mon semestre au Centre Antoine Lacassagne. Je vous dois beaucoup.

A ***Monsieur le Professeur Delotte***, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, ainsi que pour l'enseignement que vous m'avez apporté durant tout mon internat. J'espère que vous saurez me pardonner les quelques centaines de fois où je vais continuer à dire « Monsieur », Monsieur.

Au ***Docteur Yann Delpech***, je ne sais comment vous remercier d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, au moment où j'en avais le plus besoin. Vous avez été présent et avez su me guider et me faire avancer quand je pensais ne plus y arriver. Je vous remercie sincèrement pour l'enseignement que vous m'avez apporté durant mon semestre au Centre Antoine Lacassagne.

Au ***Docteur Fanny Alazet,*** la Maman chat de tous les chatons, merci d'avoir été aussi présente, patiente et disponible durant mon internat, d'avoir cru en moi et d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te dois beaucoup.

Au ***Docteur Laura Elkind***, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je regrette de ne pas avoir eu d'avantage l'occasion de travailler en équipe avec vous.

Au CHU de l'Archet :

Au ***Docteur Mélanie Frigenza***, tu as toujours été présente depuis ma première garde d'externe jusqu'à ta dernière garde de chef à l'Archet que tu as réalisé avec moi. Tu as toujours su me tirer vers le haut et me redonner confiance, trouver le meilleur que je n'étais pas capable de voir moi-même. Ta maîtrise de la colposcopie m'a été très précieuse et je regrette de ne plus pouvoir assister à tes consultations du vendredi matin. Je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle vie et avec ta famille qui s'est agrandit depuis peu. J'espère que nos chemins se croiseront à nouveau.

Au ***Docteur Justine Lesca***, merci pour ta bonne humeur et ta disponibilité sans failles. Merci d'avoir vidé tes surrénales en me regardant faire, mais sans reprendre la main. Merci de m'avoir fait progresser autant. Je te dois beaucoup.

Au ***Docteur Julie Antomarchi***, merci pour ta patience au quotidien, tes mots d'encouragement qui redonnent confiance et font progresser, et pour ta disponibilité permanente. Merci de continuer à nous aider à vider les urgences à 23H30. Et surtout, merci pour les mochi-mochi, le réconfort absolu entre deux césariennes. Je te dois beaucoup.

Au ***Docteur Jellila Tahiri***, merci de m'avoir transmis ta rigueur et ton savoir. Travailler avec toi a été un plaisir, tant à Lacassagne qu'à l'Archet. Merci pour tout.

Au ***Docteur Vincent Tessier***, merci pour ta gentillesse, ton calme et ta patience, ainsi que pour l'enseignement que tu m'as apporté.

A toutes les sages-femmes qui m'ont accompagnée et m'ont fait faire mes premiers pas en obstétrique, et avec qui j'ai pu passer de folles nuits en salle de naissance : ***Floriane, Laura la sauvageonne, Mathilde, Pauline, Emma, Sophia, Audrey & Audrey, Ségolène, DJ, Morgane, Marion, Laure & Laure, Julie & Julie, Sophie, Babeth, Caro, Jess, Laeti, Sandrine,*** et j'en oublie sûrement, Merci !

Au centre Hospitalier de Grasse :

A mes co-internes en or ***Hermine, Amélie, Julie, Anaïs, Alice***, vous êtes géniales et vous m'avez fait passer un super semestre. Vous m'avez soutenue et arrangée au mieux pour me permettre d'écrire cette thèse, mon seul regret est de ne pas pouvoir vous y inviter (merci le COVID !). Je vous souhaite à toutes le meilleur.

Aux docteurs ***Azuar Pierre & Anne-Sophie, Nicolas Fontanarosa, Bernard Tiberghien, Françoise Vergnet, Alain Reboul***, merci pour votre enseignement et pour ces gardes passées ensemble, votre enseignement chirurgical et obstétrical m'a été précieux. Mention spéciale à Anne-Sophie qui m'a permis d'assister à mon mariage surprise !

Aux docteurs ***Louise Boyer, Marion Merello, Alexiane Kremeurt, Fanny Alazet*** : vous avez été des assistantes en or, toujours présente pour les internes, patientes et disponibles. Nous avons eu de la chance de vous avoir. Marion, tu étais déjà présente à l'Archet, Fanny à Lacassagne, et ça a été un bonheur de travailler à nouveau avec vous.

A toutes les personnes que j'ai pu croiser et qui ont égayé mes journées au décours d'un café, par leur gentillesse et leur joie de vivre : ***Nanou, Coco, Sophie en consultation & Sophie dans le service, Julia, Marine, Julie, Fabienne, Lauriane, Franck, Maryline, Alex, Astrid, Marie-Hélène, toutes les AP plus adorables les unes que les autres***, et j'en oublie sûrement, Merci.

Au Centre Hospitaliser d'Antibes :

Au ***Docteur Thierry Duforestel***, merci pour l'enseignement que vous m'avez apporté. Vous m'avez tirée vers le haut et m'avez fait entendre que j'étais capable d'y arriver. Vous avez renforcé mon amour pour la chirurgie. J'espère de tout cœur pouvoir à nouveau travailler avec vous et apprendre à vos côtés. Merci pour tout.

Au ***Docteur Cécile Muzelle***, merci d'avoir été ma chef de service et de m'avoir confiée autant de responsabilités. Vous m'avez tirée vers le haut et m'avez faite progresser. Merci.

Au ***Docteur Laurence Debono***, merci d'avoir été aussi présente durant mon deuxième semestre d'internat. J'ai pu compter sur toi à tout moment, et tu as tenu à m'enseigner tout ce que tu pouvais. J'espère pouvoir travailler avec toi à nouveau. Merci.

Au ***Docteur Clélia Fouques***, j'ai eu la chance de pouvoir travailler à Antibes avec toi juste avant ton départ, et de profiter de ton enseignement. Tu m'as épaulée et soutenue durant ce trop court semestre passée à tes côtés et je m'estime chanceuse que nos routes se soient croisées, et continuent à se croiser régulièrement. Merci.

Aux ***Docteurs Librino, Korovesi, Montsaint***, merci d'avoir contribué à rendre ce stage si agréable, et de m'avoir toujours accompagnée au cours de ma formation.

A ***Béa***, l'infirmière au grand cœur, à mes co-internes ***Fanny*** et ***Sofia***, aux sages-femmes, IBODEs et IADEs, a tous ceux dont j'ai pu croiser le chemin, j'ai adoré travailler avec vous.

Au Centre Antoine Lacassagne :

Au ***Docteur Constance Cavrot***, merci pour ta joie de vivre au quotidien, tu rayonnes tant par ton caractère que par tes compétences. Merci pour tout ce que tu m'as transmis. Je suis heureuse que nos chemins continuent à se croiser.

Au ***Docteur Magali Dejode***, merci pour ce que vous m'avez enseigné et pour votre douceur et votre gentillesse. Je me sens chanceuse d'avoir pu évoluer à vos côtés avant que vous quittiez le CAL.

Au ***Docteur Machiavello***, « Monsieur Machia », j'ai adoré écouter vos poésies durant vos blocs opératoires, et vous faire des « Marévades », que vous n'oublierez jamais, je le sais. Je ne serais pas capable de poser un DVI sans votre enseignement. Vous me manquez beaucoup. J'espère de tout cœur pouvoir à nouveau travailler à vos côtés.

Au ***Docteur Yves Fouché***, « Papy chat », je regrette votre départ du CAL. Vous avez su faire confiance à vos internes dans leurs premiers pas chirurgicaux et je vous en remercie.

A l'équipe de la CGU :

Au ***Professeur Patrick Baqué***, j'ai adoré faire partie de votre équipe et apprendre la chirurgie digestive à vos côtés. Vos leçons d'anatomie ont été précieuses, de même que vos explications durant les blocs opératoires. Merci pour ce que vous m'avez appris.

Au ***Docteur Daniela Mariage***, je t'admire pour ta gentillesse, ta rigueur et ton humanité. Tu nous as quittés avant la fin du semestre, et j'ai beaucoup regretté de ne pas avoir travaillé plus longtemps à tes côtés.

Au ***Docteur Benjamin Salucki***, « frère ! », merci pour tes jeux de mots, pour tes vidéos avec toujours cette même petite musique, pour les burgers devant les Marseillais en garde, mais aussi pour ce que tu m'as transmis (parce qu'on a un peu travaillé quand même, il paraît).

A ***Lucas***, mon co-interne marseillais, toujours cool, jamais stressé, toujours gentil et prêt à aider. Ça a été un plaisir de travailler avec toi.

A ***Flo***, ça a été un plaisir de bitcher sur les macacages ensemble. Promis, un jour on se le boira ce verre de fin de stage !

A mes co-internes adorés :

A ***Doudou***, mon parisien « petit con » qu'on adore détester, j'ai adoré partager des Welsh avec toi à Lille. Je vous souhaite le meilleur avec Lauriane. J'espère que tu as lu tous les articles de ma bibliographie.

A ***Camille***, madame zéro déchet qui m'a tout appris, ma co-interne de toujours, nous avons traversé les difficultés ensemble et tu as toujours été là, tu es un modèle pour nous tous, et avec ton mari, Jo, et ton petit bout de chou Galien vous ressemblez en tout point à la famille parfaite, je vous souhaite le meilleur.

A ***Geogeo***, le nounours que tout le monde veut avoir à ses côtés, ta bonne humeur et ton calme légendaire m'ont rendu très agréables ces semestres passés avec toi. Mention spéciale pour les heures passées à râler et refaire le monde (« Tu te tais ! »), et à prendre des petits déj dans le bureau du CAL. Merci à toi. Je te souhaite le meilleur.

A ***Helena***, je n'aurais pas dû te mettre dans la section « interne » maintenant que t'es chef ! Mais ce sont bien des souvenirs d'internat que j'ai avec toi, et pas des moindres. Ma petite femme, mon plan B « SOS aménorrhée », mon soutien indéfectible, mon petit frontulome adoré. Je n'ai pas assez de qualificatifs pour décrire ces moments de bonheur au milieu du chaos que tu m'as permis de vivre. Ne change pas, reste comme tu es. Merci pour tout. Je te souhaite le meilleur.

A ***Ilana***, mon chaton perché sur sa planète. Toujours en train de danser et chanter partout, tu nous as manqué pendant ton périple en Amazonie, c'était beaucoup trop calme et silencieux. Ça a été un bonheur de travailler avec toi. Merci. Je te souhaite le meilleur avec Alex.

A ***Alix***, ma petite Dory adorée, j'ai adoré travailler avec toi. Toujours présente pour aider les autres, j'ai toujours pu compter sur toi quand j'en avais besoin. Je te souhaite le meilleur avec Pierre.

A ***Marie***, ma petite marseillaise haute en couleur au grand cœur. On ne peut pas oublier un semestre passé avec toi. Je garderai gravé en mémoire un fameux twerck sur la chaise des urgences gynéco. Merci pour tout. Je te souhaite le meilleur.

A ***Caro***, quelle belle découverte j'ai fait en toi durant ce semestre passé à désespérément tenter de vider les urgences gynéco et survivre aux consultations pré-natales. Tu es une très belle personne, fidèle et droite, et je suis heureuse d'avoir pu faire ta connaissance. Je me réjouis à l'idée de te savoir bientôt ma voisine. Je te souhaite le meilleur avec ton mari.

A ***Gary***, le chouchou de ses dames, toujours prêt à aider les copains quand ils en ont besoin. Tu es un modèle de diplomatie et de rigueur, parce que « à Lyon, ils font pas comme ça ! ». Merci pour ces semestres passés avec toi. Je te souhaite le meilleur.

A ***Delphine***, « Dédé la spatule », ta gentillesse inconditionnelle m'a accompagnée au quotidien durant le semestre que nous avons partagé ensemble. Je te souhaite le meilleur dans ton futur rôle de maman.

A ***Christopher***, « bébé Chris » pour les intimes. Merci pour ce semestre passé ensemble. N'oublie pas de quitter la région pendant ma grossesse s'il te plaît, je refuse catégoriquement l'hystérectomie d'hémostase ! Je te souhaite le meilleur avec Alexandra.

A ***Alice***, ta gentillesse et ta disponibilité ont rendu très agréables ces semestres passés ensemble et je t'en remercie. Je te souhaite le meilleur dans ta future vie bordelaise.

A ***Maëlys***, ma petite boule de stress, détends-toi, tu es une personne en or et une interne au grand cœur. Ça a été un plaisir de travailler avec toi et d'être présente quand tu en avais besoin, ma porte te seras toujours ouverte.

A ***Victoria***, mon tout petit bout d'interne. J'ai eu le privilège de t'accompagner dans tes premiers pas à l'Archet et de me sentir « grande » pour la première fois. J'ai eu de la chance de tomber sur toi. Je te souhaite le meilleur.

A tous ceux avec qui je n'ai pas eu la chance de travailler, je vous souhaite le meilleur : ***Antoine, Camille & Camille, Marie-Cécile, Claire, Clémence, Marianne, Marie, Marion, Ségolene.***

A ma famille :

A ma ***Maman***, la meilleure de toutes les mamans, qui a toujours un mot réconfortant et qui m'a toujours dit que tout allait bien se passer (comme quoi elle a raison parfois !). Ton bébé n'en est plus vraiment, mais promis, même si tout le monde m'appelle « Docteur », tu pourras toujours m'appeler « Poupette ». Je t'aime.

A mon ***Papa***, que la distance nous éloigne bien trop souvent. Je suis fière que tu puisses enfin m'appeler Docteur, et que ta petite princesse devienne grande. Je t'aime.

A ***Xavier***, mon « gros papa », Bob le bricoleur sur lequel je peux toujours compter. Heureusement que tu es là, sinon j'aurais monté toute ma vie les escaliers avec une lampe torche. Je suis heureuse de pouvoir t'avoir à mes côtés en ce jour si important. Merci pour tout.

A ***Nath***, la belle-maman avec qui j'adore me friter, tu fais et feras toujours partie de ma famille, et je suis heureuse de pouvoir t'avoir à mes côtés en ce jour important. Merci pour tout.

A ***Lysaelle***, ma Louloute d'amour, ma jumelle miniature et plus jeune. Je ne peux décrire en quelques lignes l'amour que je te porte et l'importance que tu as à mes yeux. Tout le monde devrait avoir une Louloute dans sa vie. Je suis heureuse de pouvoir t'avoir comme sœur et témoin.

A ***Guillaume***, mon bof, toujours présent quand on en a besoin. Tu rends ma sœur heureuse et cela me suffit pour te considérer comme faisant partie de ma famille. Mais au-delà de ça tu es un mec en or. J'espère avoir l'occasion de passer plus de temps avec vous deux à l'avenir.

A ***Célian***, ce petit frère devenu bien trop grand à mes yeux. Je suis fière du beau jeune homme que tu es devenu, et de pouvoir dire que tu es mon frère. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés dans les moments importants de ma vie comme celui-ci.

A ***Victor***, mon deuxième frère, qui prend le chemin du premier. Tu grandis beaucoup trop vite à mon goût mais tu deviens un beau jeune homme brillant et plein de vie. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés, malgré la distance qui nous sépare.

A ***Julia***, ma deuxième petite sœur pour laquelle je m'efforce à chaque instant d'être un modèle, malgré la distance. Tu vas devenir une belle jeune fille je n'en doute pas, et j'espère te donner l'envie de faire ce beau métier que je promets aujourd'hui d'exercer.

A mes ***Papy & Mamie de Servian***, que je regrette de ne pas avoir à mes côtés et de ne pas voir plus souvent. J'espère que je vais mériter de la confiture de fraise !

A mes ***Papy & Mamie d'Avignon***, que j'aurais aimé avoir en ce jour important, la distance ne nous sépare que physiquement et je vous ai dans mon cœur à chaque instant.

A mon ***Parrain, Tatie Véro et ma Cousine Léa***, je regrette de ne pas avoir pu vous inviter à ce moment important. Vous me manquez beaucoup.

A ma cousine ***Marine***, avec qui j'ai pu faire les 400 coups quand j'étais petite. Je ne suis plus la petite fille qui se cachait sous la table chez Mamie pour que mon père ne me trouve pas, mais je garde tous ces précieux souvenirs en mémoire.

A ma ***Tatie Eliane et Tonton Michel***, qui m'a tout donné comme si j'étais sa petite fille, et qui m'a offert des souvenirs de vacances par milliers, qui ne m'ont jamais quittée.

A ma belle famille :

A ***Philou***, je ne peux pas vous dire que vous êtes mon beau-père préféré, mais toutes les jeunes mariées rêveraient de vous avoir comme beau-papa. Vous m'avez ouvert les bras dès les premiers jours et m'avez faite entrer dans votre famille. Merci.

A ***Lelette***, je suis heureuse d'être « officiellement » votre belle-fille désormais. Je ne pouvais rêver d'une belle-mère si gentille et accueillante. Je suis désolée de vous avoir un peu volée votre « petit fiston ». Merci de m'avoir accueilli à bras ouvert.

A ***Juju***, la belle-sœur branchée qui entretient ma phrénésie du shopping, et qui brave confinement et limitations de vitesse pour débarquer essoufflée à notre mariage. Parce que tu es toujours là quand on en a besoin.

A ***Got***, le champion incontestable de la Leffe Cup, le gai-luron qui égaye toutes nos soirées. Ta gentillesse et ta générosité sont sans limites. Je suis heureuse d'être devenue officiellement ta belle-sœur.

A ***Margot et Roxane***, mes petites nièces parfaites, encore trop petites pour comprendre l'importance d'une thèse mais qui savent dire « Tata Docteur » et qu'elles aiment « Tonton très fort ».

A mes amis :

A ***Alex***, présent depuis la p1, déjà 10 ans d'amitié. Toujours là dans les bons comme les mauvais coups, grâce à toi j'ai été élue meilleure pâtissière (#teamgalette), Miss Moule, et j'en passe. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés dans les meilleurs moments de ma vie, que ce soit ma thèse ou mon mariage. Je suis heureuse que tu sois autant mon meilleur ami que celui de mon mari. Tu es un pilier pour nous.

A ***Lulu***, la meilleure voisine mangeuse de sushi, les meilleures tartiflettes. La seule tristesse dans ce déménagement est de ne plus vous avoir en visu depuis notre balcon. Je suis heureuse qu'Alex t'ai fait rentrer dans nos vies. J'espère t'avoir donné envie d'exercer le plus beau métier du monde. Je vous souhaite le meilleur.

A ***Marion***, mon petit chaton, ma fillotte. Je suis heureuse que nos chemins se soient croisés au cours de ces études compliquées, et de te voir t'épanouir en suivant ta voie. Je suis heureuse de pouvoir te transmettre mon cocon à toi et Loïs. Tu me manques beaucoup, à cause de ce fichu COVID. Je vous souhaite le meilleur avec Loïs.

A ***Clo***, et à ton merveilleux homme ***Antho***, des soirées médecines à votre accouchement merveilleux, il s'est écoulé beaucoup de temps. Nous avons traversé beaucoup d'épreuves ensemble et nous avons grandi aux côtés les uns des autres, pour partager finalement ce grand bonheur de la naissance de la petite Alya tous les trois. Je garde ce souvenir en mémoire, et cela me rappelle pourquoi je dois faire ce métier et pourquoi je passe ma thèse aujourd'hui. Je veux vivre cent fois ce genre de moments. Je vous souhaite le meilleur.

A ***Hélène***, mon petit pain de mie toujours content. Tu me manques beaucoup. J'aurais terriblement voulu travailler avec une sage-femme géniale comme toi. Ta gentillesse et ta générosité font de toi une personne exceptionnelle. J'ai hâte de revoir ta petite bouille sur la côté d'Azur à nouveau.

A ***Charlotte***, mon petit Chapod. Je ne te remercierai jamais de ta présence à mes côtés depuis bientôt 10 ans. De toute lâcher quand je t'appelle pour me marier dans une heure. D'être toujours présente.

De chanter avec moi Mulan à tue-tête en voiture. Tu vas terriblement me manquer pendant 6 mois. Je t'aime, ma meilleure amie. Je te souhaite le meilleur avec Marvin.

A ***Lisou***, mon autre meilleure amie. La distance ne nous a jamais éloignée, et même de l'autre côté de l'Atlantique tu restes mon point d'ancrage que j'adore retrouver. Je regrette de ne pas pouvoir te voir plus souvent, mais les moments fabuleux passés ensemble sont gravés dans ma mémoire. Soyez heureux avec Rrrhémi. Pitié.

A ***Alexane***, une amie en or, un témoin merveilleux qui pense à tout, même au bouquet de mariée en urgence ! Je te remercie pour tous ces petits plats que tu as pu nous concocter. Nous sommes heureux d'être devenus tes voisins. Merci de faire partie de nos vies.

A ***Amélie & Poupou***, je suis heureuse de pouvoir vous compter parmi mes amis et de pouvoir vous appeler une heure avant pour faire les photos de mon mariage. C'est à ça qu'on reconnaît « les vrais » je pense. Je vous souhaite le meilleur à tous les deux.

A ***Jeremy Geno***, mon italien footeux préféré. Ce foutu COVID nous a empêché de nous voir durant bien trop longtemps, j'espère que nous pourrons bientôt aller faire des afterworks à la part des anges plus souvent.

A ***Jordan***, mon chaton, je suis heureuse de pouvoir te compter parmi mes amis et de pouvoir vivre cette belle aventure Tahitienne à tes côtés.

A ***Stephane*** :

Le meilleur pour la fin, parce que le meilleur, c'est toi. La meilleure chose qui me soit arrivée. Le meilleur chéri. Le meilleur mari, désormais. Le meilleur soutien. Le meilleur cardiologue. Mon admiration pour toi n'a d'égal que l'amour que je te porte.

Mon amour, tant de chemin parcouru depuis toutes ces années passées à tes côtés. Tu as toujours été un soutien indéfectible, un pilier dans ma vie sur lequel je me suis toujours reposée. Tu as toujours su me montrer le meilleur en moi-même et me tirer vers le haut. Tu m'as supportée dans toutes mes crises de nerfs et tu as épongé toute ma mauvaise humeur de laquelle tu n'étais pourtant pas responsable. Je me sens tellement chanceuse de pouvoir partager ma vie avec toi, de construire de beaux projets, et d'être devenue, un peu plus tôt que prévu, ta femme. Je te dois beaucoup, et je suis fière aujourd'hui d'être appelée « Docteur » devant toi pour la première fois, ainsi que devant ma famille, grâce à toi. Merci d'avoir relu cette thèse avec attention, comme si c'était la tienne, et de l'avoir rendue meilleure.

Je souhaite que ce bonheur dure éternellement.

Câlin pingouin.

PLAN

ABREVIATIONS 18

I. INTRODUCTION 19

II. PATIENTES ET METHODES 20

a. Les recommandations françaises de 2010 21

b. Les recommandations européennes de 2016 23

III. RESULTATS 24

a. Bilan pré-opératoire 25
b. Prise en charge chirurgicale initiale 27
c. Caractéristiques post-opératoires 30
d. Traitements adjuvants 32
e. Récidive et mortalité 32

IV. DISCUSSION 33

a. Bilan pré-opératoire et discordance 33

b. Respect des recommandations 34

c. Stadification ganglionnaire secondaire 35

d. Faiblesses & forces de l'étude 36

e. Perspectives d'avenir 37

V. CONCLUSION 38

BIBLIOGRAPHIE 39

SERMENT D'HIPPOCRATE 42

RESUME 43

Liste des abréviations

CAL : Centre Antoine Lacassagne

CLA : Curage lombo-aortique

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CP : Curage pelvien

ESMO : European Society for Medical Oncology

ESGO : European Society of Gynaecological Oncology

ESP : European Society of Pathology

ESTRO : European SocieTy for Radiotherapy & Oncology

HNPCC : Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer

HTNC : Hystérectomie totale non conservatrice

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCa : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

N+ : Envahissement ganglionnaire

N- : Absence d'envahissement ganglionnaire

NA : Non Applicable

PET-TDM : Tomographie par émission de positons associée à une Tomodensitométrie

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFR : Société Française de Radiologie

SFOG : Société Française d'Oncologie Gynécologique

THS : Traitement Hormonal Substitutif

I. Introduction

Le cancer de l'endomètre est un enjeu de santé publique puisqu'il est une source majeure de morbidité et mortalité. En effet, il représente le quatrième cancer féminin, après les cancers du sein, du côlon et du poumon, avec environ 8200 cas par an en France. (1,2)

Son incidence est croissante, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de la prévalence de l'obésité, qui représente un facteur de risque majeur. Les autres facteurs de risque identifiés sont le syndrome de Lynch (aussi appelé HNPCC pour *Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*), l'état d'hyperoestrogénie relative (ménarche précoce, ménopause tardive, nulliparité) et le traitement par Tamoxifène. Le diabète, quant à lui, est un facteur de risque plus discutable, qui serait plutôt lié à un IMC élevé chez les patientes diabétiques. (3)

Le type histologique le plus fréquent, et de meilleur pronostic, est le carcinome endométrioïde, aussi classifié en « type I », qui représente 90% des histologies retrouvées. Sont qualifiés de « type II » tous les autres types histologiques, parmi lesquels on peut citer le carcinome à cellules claires, le carcinome séropapillaire et le sarcome utérin. (3)

C'est un cancer de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce, puisque la survie à 5 ans au stade I est de 78 à 90%. Cependant, au stade métastatique, le pronostic est plus sombre puisque la survie à 5 ans tombe à 21%. (4)

La place de la lymphadénectomie dans la prise en charge du cancer de l'endomètre est à l'heure actuelle toujours discutée. En effet, de nombreuses études sont en faveur d'une augmentation de la survie globale (SG) et de la survie sans récidive (SSR)(5–7), alors que d'autres ne mettent en évidence aucun effet de la lymphadénectomie sur la SG et la SSR (8–10), qui permettrait donc uniquement une stadification chirurgicale précise. De plus, la question se pose, en plus du gain en termes de survie, de la morbidité chirurgicale de la lymphadénectomie, dont les indications sont à considérer avec attention. (11)

Du fait des discordances fréquentes (12,13) entre les données du bilan pré-opératoire et les résultats de la stadification chirurgicale définitive, une réévaluation du niveau de risque a souvent lieu après la chirurgie, et peut donner lieu à une indication de reprise chirurgicale pour stadification ganglionnaire complémentaire, qui est, elle aussi, discutée et mal évaluée en termes de bénéfices sur la survie et de morbidité chirurgicale.

Pour harmoniser les pratiques, de nouvelles recommandations pour la prise en charge thérapeutique du cancer de l'endomètre ont vu le jour en 2010, élaborées par l'Institut National du Cancer (INCa) en partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la Société Française d'Oncologie Gynécologique (SFOG), puis, plus récemment, des

précisions ont été apportées lors d'une conférence de consensus entre la *European Society for Medical Oncology* (ESMO), la *European SocieTy for Radiotherapy & Oncology* (ESTRO) et la *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) en 2016.

Cette étude a pour but d'évaluer l'application des recommandations sur le cancer de l'endomètre et leur mise à jour en 2016, tant sur le plan chirurgical que sur le plan des traitements adjuvants, au sein du Centre Antoine Lacassagne, centre de lutte contre le cancer situé à Nice.

II. Patientes et méthodes

Il s'agit ici d'une étude rétrospective, monocentrique, réalisée au sein du Centre Antoine Lacassagne (CAL).
Pour cela, les données ont été collectées à partir des dossiers des patientes opérées d'un cancer de l'endomètre entre le 01/01/2011 et le 31/12/2019, diagnostiqué en préopératoire ou post-opératoire, quel que soit le stade initial du cancer.
Les données ont été extraites des dossiers médicaux informatisés via le logiciel Clinicom®, en vigueur au CAL, et qui permet de centraliser toutes les données de consultation, d'imagerie, les comptes-rendus opératoires, et les comptes-rendus anatomopathologiques.
Aucune patiente n'a été exclue de cette étude.

Pour toutes les patientes, les données collectées concernent l'âge, le poids, et les antécédents de la patiente, ainsi que toutes les données relatives au bilan pré-opératoire (type d'imagerie réalisé et résultats, type de biopsie, anatomopathologie, stade FIGO, risque de récidive), à la chirurgie réalisée (voie d'abord, date, type de chirurgie, éventuelle reprise chirurgicale), aux résultats définitifs (anatomopathologie, stade FIGO, risque de récidive), et à l'application des recommandations (indication à une lymphadénectomie, à une omentectomie, respect des recommandations).
On peut ajouter à cela le type de traitement adjuvant réalisé (curiethérapie, radiothérapie externe, chimiothérapie, seule ou en association).

Pour établir le respect ou non des recommandations en vigueur, les référentiels utilisés ont été les recommandations de l'INCa de 2010 pour les patientes opérées avant le 1er janvier 2017, puis

les recommandations conjointes de l'ESGO, de l'ESTRO et de l'ESMO à partir du 1er janvier 2017. En effet, un délai d'un an paraît raisonnable entre la parution des recommandations et leur stricte application en pratique courante.

Ainsi, pour chaque patiente, la nécessité ou non de réaliser une lymphadénectomie et une omentectomie a été évaluée en fonction des recommandations en vigueur au moment du geste chirurgical, la réalisation ou non de ces dernières, et l'application des recommandations en termes de traitement adjuvant ont été analysées.

De plus, la survenue de complications précoces suite au geste chirurgical initial, ainsi qu'après une restadification chirurgicale (si elle a eu lieu) ont été recherchées. Ont été considérées comme « précoces » les complications survenant entre la chirurgie et la consultation post-opératoire, qui avait lieu en moyenne un mois après la sortie d'hospitalisation.

Chirurgie et traitement adjuvant : les recommandations.

a. Les recommandations françaises de 2010(14)

Tout d'abord, l'importance de l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) dans le bilan préopératoire est rappelée. Elle permettait en effet de définir le stade pré-opératoire, selon la classification de la Fédération internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) 2009.(15) La tomographie par émission de positons (PET-TDM) était réservée aux stades FIGO III et IV en IRM.

Une classification en niveau de risque, en fonction du risque de récidive après traitement d'un cancer endométrial au stade précoce a été établie. Ainsi, la prise en charge chirurgicale et le traitement adjuvant étaient adaptés en fonction du risque faible, intermédiaire, ou élevé de récidive.

L'appartenance à un niveau de risque était déterminée en fonction des caractéristiques histologiques et radiologiques de la tumeur, et était évaluée en pré-opératoire grâce à l'IRM réalisée dans le bilan pré-thérapeutique et la biopsie endométriale (tableau 1). On peut ainsi retenir :

- Le type histologique : les tumeurs de type II étaient classées dans la catégorie à risque élevé de récidive, même à un stade FIGO IA
- Le grade histologique : grade I, II, ou III
- La présence d'emboles lymphovasculaires (16)

Risque bas	Risque intermédiaire	Risque élevé
Stade IA, grade I ou II	Stade IA, grade III Stade IB grade I ou II	Stade IB grade III Stade I présentant des emboles lymphatiques

Tableau 1 : Risque de récidive en fonction des caractéristiques radiologiques et anatomopathologiques pour les cancers endométriaux de type I

Ainsi, la prise en charge thérapeutique recommandée pour les tumeurs de type I à un stade précoce dépendait de la classification en niveau de risque effectuée à l'issue du bilan pré-opératoire : (17)

- Risque bas : hystérectomie totale non conservatrice (HTNC). La lymphadénectomie n'était pas recommandée. Une curiethérapie à haut débit de dose pouvait être envisagée en cas d'envahissement myométrial.
- Risque intermédiaire : HTNC. La lymphadénectomie pelvienne (CP) n'était pas recommandée mais pouvait être envisagée en cas de stade IB grade II ou de stade IA grade III avec envahissement myométrial. Une curiethérapie à haut débit de dose était préconisée.
- Risque élevé : HTNC, lymphadénectomie iliaque commune et lomboaortique recommandées (CLA). Le CP pouvait être discuté. En cas de découverte de facteurs de risque élevés sur la pièce opératoire, une reprise chirurgicale pour stadification ganglionnaire pouvait être discutée. Le traitement adjuvant consistait en une radiothérapie externe plus ou moins associée à une curiethérapie vaginale.

A un stade plus avancé, c'est-à-dire à partir du stade FIGO II, la chirurgie recommandée comprenait une HTNC plus ou moins élargie en fonction des caractéristiques de la tumeur, CP et CLA, ainsi qu'une omentectomie infragastrique et une cytologie péritonéale à partir du stade IIIA. Une radiothérapie externe, plus ou moins associée à une curiethérapie vaginale étaient associées au traitement chirurgical. La chimiothérapie était envisageable dans les atteintes annexielles et les stades FIGO à partir du stade IIIB.

Pour le stade IIIB, un traitement par radiothérapie exclusive était recommandé, plus ou moins un traitement chirurgical en cas de réponse incomplète, alors que pour le stade IIIC, une chirurgie à type d'HTNC, CP et CLA devait être conduite, suivie d'une radiothérapie externe et curiethérapie vaginale.

Les patientes avec un cancer de stade IVA devaient bénéficier, en cas d'échec de l'irradiation pelvienne, d'une exentération pelvienne, et celles avec un cancer de stade IVB, d'une chirurgie de cytoréduction, lorsqu'elle pouvait être complète, suivie d'une chimiothérapie ainsi qu'une radiothérapie externe.

En ce qui concerne les types II histologiques, il était recommandé de réaliser HTNC, CP, CLA, cytologie et biopsies péritonéales, ainsi qu'une omentectomie infracolique dans les carcinomes à cellules claires, séreux et papillaires, et ce, quel que soit le stade FIGO pré-opératoire. Une radiothérapie externe était recommandée, et la chimiothérapie et la curiethérapie vaginale pouvaient être discutées.

b. Les recommandations européennes de 2016 (18)

En 2016, de nouvelles recommandations établies suite à une conférence de consensus entre l'ESMO, l'ESTRO et l'ESGO ont été rédigées. La classification en groupes à risque pré-opératoire n'a pas été modifiée mais une nouvelle classe à risque « intermédiaire-élevé » a été créée dans la classification du niveau de risque à partir de l'histologie définitive. En effet, du fait des discordances fréquentes entre les caractéristiques tumorales initiales et finales, il apparaissait nécessaire d'intégrer de façon plus précise la présence d'emboles lymphovasculaires, qui se révèle être un facteur déterminant du risque de récidive après traitement. (19)

Ainsi, la classification en groupes à risques pour les cancers de l'endomètre au stade précoce a été modifiée de la façon suivante :

- Risque faible : Type 1, stade FIGO IA, grade I et II, sans embole lymphovasculaire
- Risque intermédiaire : Type 1, stade FIGO IB, grade I et II, sans embole lymphovasculaire
- Risque intermédiaire élevé : Type 1, stade FIGO IA, grade III avec ou sans emboles lymphovasculaires, Type 1, stade FIGO IA-IB, grade I et II avec emboles lymphovasculaires
- Risque élevé : Type 1, stade FIGO IB de grade 3 avec ou sans emboles lymphovasculaires, tumeurs de type 2, stades FIGO II ou III sans reliquat tumoral

En ce qui concerne la prise en charge chirurgicale, l'indication de CP seul n'était plus retenue, et était systématiquement associée à un CLA jusqu'à la veine rénale gauche. Ainsi, la lymphadénectomie complète était indiquée dans tous les cancers à risque élevé de récidive, et pouvait être discutée dans le cadre d'une tumeur classée FIGO IA de grade III.(5) De plus, une reprise chirurgicale pour

stadification ganglionnaire devait être discutée pour les patientes à risque élevé diagnostiquées sur la pièce opératoire définitive.

Pour ce qui est de l'omentectomie, elle n'était désormais plus indiquée que dans les adénocarcinomes séreux.

De la même façon, les indications des traitements adjuvants ont été adaptées à cette nouvelle catégorie de risque post-opératoire, de la façon suivante :

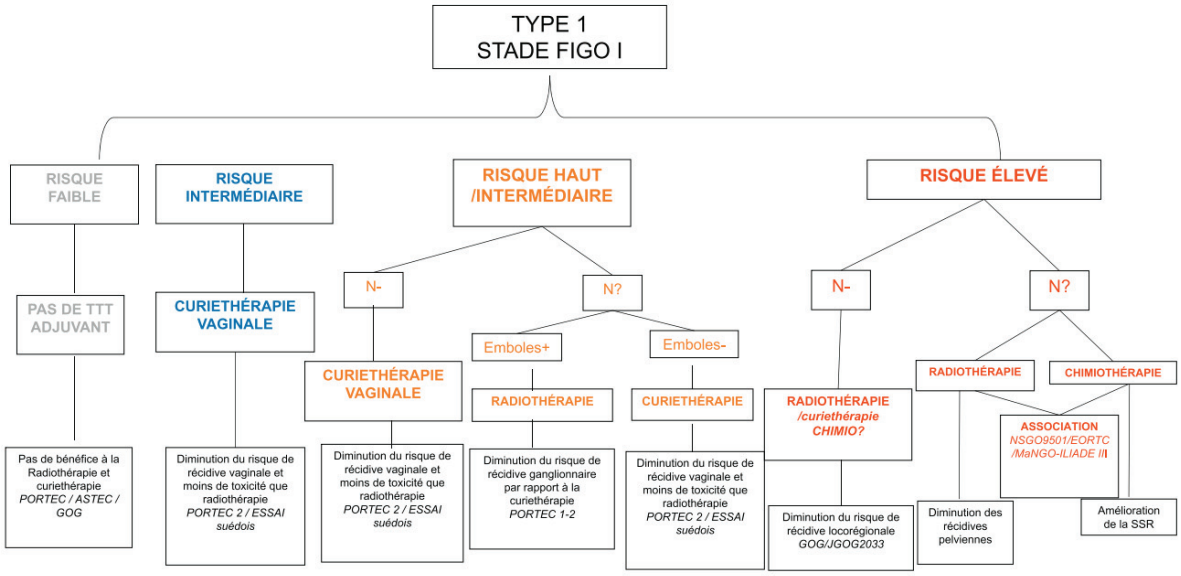

Figure 1 : Indications des traitements adjuvants pour les tumeurs de type 1 de stade FIGO I (« Nouvelles recommandations EMSO, ESGO, ESTRO sur la prise en charge des cancers de l'endomètre », Bulletin du Cancer, page 1034, tome 104 > n812 > décembre 2017 (18)*).*

III. Résultats

Quatre-vingt-treize patientes ont été sélectionnées dans l'étude. L'âge était compris entre 30 et 92 ans au moment du diagnostic (pour un âge moyen de 68,5 ans et une majorité comprise entre 60 et 69 ans. Les patientes étaient majoritairement ménopausées (98,9% d'entre elles) et en surpoids (25 ≤ IMC < 30) voire obèses (IMC ≥ 30) pour presque la moitié d'entre elles (respectivement 17 et 31%). Parmi elles, 20,4% des patientes ont bénéficié d'un traitement substitutif de la ménopause et 12,9% des patientes étaient atteintes de diabète.

Seulement deux patientes de cette étude ont été traitées par Tamoxifène avant le diagnostic de néoplasie endométriale.

Les principales caractéristiques des patientes sont résumées dans le Tableau 2.

Caractéristiques	N = 93	%
Age	68,5 ans (moyen)	
- < 70 ans	52	55,9%
- ≥ 70 ans	41	44,1%
IMC	27,7 (moyen)	
- < 18,5	2	2,2
- 18,5—24,9	41	44,1
- 25—29,9	16	17,2
- 30—34,9	19	20,4
- 35—39,9	3	3,2
- > 40	7	7,5
- NR	1	1
Obésité *(IMC ≥ 30)*	29	31,1
Diabète	12	12,9
Ménopause	92	98,9
THS	19	20,4
Tamoxifène	2	2,1

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

a. Bilan pré-opératoire

La majorité des biopsies a été réalisée en hystéroscopie (64,5%) ou par pipelle de Cornier en consultation (31,1%), plus rarement à l'occasion d'une coelioscopie exploratrice ou d'une annexectomie ou encore de biopsies vaginales pour quatre patientes (4,3%).

Un tiers des biopsies a été réalisé au sein du CAL (33,3%), les deux autres tiers (66,7%) ayant été réalisées au sein d'autres centres hospitaliers ou dans des cabinets de gynécologie de ville.

L'anatomopathologie pré-opératoire était le plus souvent en faveur d'un type I histologique, dans 67,7% des cas, de grade I (32,8%), II (40,6%), III (21,9%) ou indéterminé dans 3,2% des cas. Le type II était présent chez 21,5% des patientes. Six patientes (6,4%) ont été opérées en raison d'une hyperplasie endométriale atypique. Trois patientes (3,2%) n'ont pas bénéficié d'une biopsie avant l'intervention chirurgicale donc aucune anatomopathologie n'était disponible.

La grande majorité des patientes a bénéficié d'une IRM pré-opératoire (96,8% soit 90/93 patientes). En effet, l'IRM est l'examen de référence pour la stadification pré-opératoire du cancer de l'endomètre, mais elle n'a pas pu être réalisé chez trois patientes pour les raisons suivantes : une patiente porteuse de pace-maker, une patiente claustrophobe qui a bénéficié d'un scanner conventionnel en lieu et place de l'IRM, et une patiente pour laquelle aucun bilan d'extension n'a été

réalisé en pré-opératoire car le diagnostic de néoplasie n'était pas attendu. De plus, 28% des patientes ont eu, en complément de l'IRM, un PET-TDM dans les suspicions d'atteintes métastatiques à distance et lorsque l'IRM évoquait un doute sur une atteinte ganglionnaire.

La très grande majorité des cancers était diagnostiquée à un stade précoce, au stade FIGO I pour 74,2% des patientes. Les stades FIGO II (2,2%), III (15%) et IV (2,2%) étaient moins représentés. On ne pouvait pas déterminer le stade chez 6,4% des patientes du fait d'une absence d'IRM pré-opératoire disponible ou devant un compte-rendu incomplet. L'atteinte tumorale du myomètre était inférieure à 50% du myomètre chez 48,4% des patientes, supérieure ou égale à 50% du myomètre chez 43% des patientes, et non définie dans 8,6% des cas, soit en raison de l'absence d'IRM pré-opératoire chez six patientes, soit en raison d'un compte-rendu d'IRM incomplet chez deux patientes.

Lorsque l'IRM et le PET-TDM pré-opératoire ne classaient pas la patiente dans le même stade FIGO (chez 8 patientes soit 30,8% des patientes ayant bénéficié d'un PET-TDM), le stade retenu était celui mis en évidence au PET-TDM, sauf chez deux patientes lorsque la différence provenait d'un envahissement local (atteinte de la séreuse et atteinte cervicale) du fait du caractère discriminant du PET-TDM pour l'atteinte ganglionnaire et non pour l'envahissement local.

Dans l'évaluation pré-opératoire du risque de récidive, les patientes étaient plus souvent à risque élevé de récidive (38,7%), qu'à risque faible (23,7%) ou intermédiaire (24,7%). Dans 12,9% des cas, le risque n'était pas déterminable en raison d'un manque d'information (grade de la tumeur non indiqué dans le compte rendu d'anatomopathologie, absence d'IRM pré-opératoire, absence d'anatomopathologie …).

Cinq patientes ont bénéficié d'un traitement néo-adjuvant, soit par chimiothérapie seule (3,2%), soit par radiothérapie, curiethérapie et chimiothérapie (2,1%), pour les raisons suivantes :

- Deux patientes avaient une anatomopathologie initiale en faveur d'une néoplasie cervicale donc ont eu un traitement néoadjuvant composé de radiothérapie, curiethérapie et chimiothérapie
- Une patiente était classée stade FIGO IV en pré-opératoire et a donc reçu une chimiothérapie néo-adjuvante
- Deux patientes étaient classées stade FIGO IIIC et IIIB pour des tumeurs de type II initial et ont donc reçu une chimiothérapie néo-adjuvante

Le tableau 3 résume les caractéristiques pré-opératoires des patientes de cette étude.

Caractéristiques	N = 93	%
Type de biopsie - Pipelle de Cornier - Hystéroscopie - Autre (coelioscopie, annexectomie)	 29 60 4	 31,1 64,5 4,3
Lieu de réalisation de la biopsie - Centre Antoine Lacassagne - Autre	 31 62	 33,3 66,6
Imagerie réalisée - IRM - PET-TDM ○ *Dont discordance*	 90 26 *8 (N=26)*	 96,8 28 30,8
Traitement néo-adjuvant - Chimiothérapie - Radiothérapie + curiethérapie + chimiothérapie	 3 2	 3,2 2,1
Type 1 pré-opératoire - Grade I - Grade II - Grade III - NA	64 21 26 14 2	67,7 32,8 *(N=64)* 40,6 *(N=64)* 21,9 *(N=64)* *3,1 (N=64)*
Type II pré-opératoire	20	21,5
Autre - Hyperplasie atypique - Non précisé	 6 3	 6,4 3,2
Invasion myométriale à l'IRM pré-opératoire - < 50% du myomètre - ≥ 50% du myomètre - NA	 45 40 8	 48,4 43 8,6
FIGO pré-opératoire - I - II - III - IV - NA	 69 2 14 2 6	 74,2 2,2 15 2,2 6,4
Niveau de risque présumé - Bas risque - Risque intermédiaire - Risque élevé - NA	 22 23 36 12	 23,7 24,7 38,7 12,9

Tableau 3 : Caractéristiques pré-opératoires de la population étudiée

b. Prise en charge chirurgicale initiale

Toutes les patientes de l'étude ont bénéficié au minimum d'une HTNC, sauf une patiente chez qui il a été réalisé une hystérectomie interannexielle par voie basse pour une hyperplasie atypique

initialement retrouvée sur la biopsie. La pièce opératoire définitive retrouvait un adénocarcinome endométrioïde de grade II, et la patiente n'a pas été reprise chirurgicalement par la suite. Une hystérectomie avec annexectomie bilatérale seule a été réalisée chez 48,4% des patientes, contre 46,2% des patientes qui ont été stadifiées sur le plan ganglionnaire et ont eu au moins un CP, 18,3% ayant eu un CLA. L'omentectomie a été réalisée chez 21,5% des patientes.

La voie d'abord privilégiée était la coelioscopie dans 58,1% des cas, puis la laparotomie dans 39,8% des cas, puis la voie basse, réalisée chez seulement deux patientes (2,1% des cas).

Les complications précoces, donc survenues avant la consultation post-opératoire, ont concerné 13,9% des patientes, dont 58,3% d'entre elles qui ont dû être reprises chirurgicalement pour traiter ces complications. Parmi celles-ci on retrouve les défauts de fermeture de paroi abdominale (hernie, éventration, éviscération) chez 4,3% des patientes, les complications infectieuses (4,3%), les lymphocèles de membres inférieurs suite à la lymphadénectomie (2,2%), un lâchage du fond vaginal (1,1%), un syndrome occlusif résolutif sous traitement médical (1,1%) et une rétention urinaire résolutive après sondage urinaire à demeure (1,1%).

Enfin, parmi les 93 patientes de l'étude, sept patientes ont bénéficié d'une re-stadification chirurgicale (voir tableau 6).

Les caractéristiques de la prise en charge chirurgicale initiale sont résumées dans le Tableau 4.

Caractéristiques	**N = 93**	**%**
Type de chirurgie réalisée		
- Hystérectomie et annexectomie seule	45	48,4
- Lymphadénectomie	43	46,2
○ Dont CP	43	46,2
○ Dont CLA	17	18,3
- Omentectomie	20	21,5
Voie d'abord		
- Coelioscopie	54	58,1
- Laparotomie	37	39,8
- Voie basse uniquement	2	2,1
Complications post-opératoires :	12	12,9
- Hernie / éventration / éviscération	4	4,3
- Infectieuse (abcès, péritonite)	2	2,1
- Lymphatique (lymphœdème, lymphocèle)	3	2,2
- Lâchage fond vaginal	1	1,1
- Syndrome occlusif	1	1,1
- Rétention urinaire	1	1,1
Restadification chirurgicale	7 *(N=12)*	58,3

Tableau 4 : Caractéristiques de la prise en charge chirurgicale initiale

Application des recommandations

Les patientes ont été séparées en deux groupes, celles opérées avant le 1er janvier 2017 (58 patientes), et celles opérées après (35 patientes), pour évaluer l'application des recommandations.

Avant 2017 :

La stadification pré-opératoire indiquait chez 36,2% des patientes une lymphadénectomie et chez 19% une omentectomie. Elles ont été réalisées respectivement chez 56,9% et 12,1% des patientes.

Au total sur la période, 60,3% des patientes ont bénéficié d'une stadification chirurgicale adaptée aux recommandations, 19% ont été sur-stadifiées, c'est-à-dire ont bénéficié d'un CP, d'un CLA, ou d'une omentectomie qui n'était pas recommandée, et 15,5% ont été sous-stadifiées, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas bénéficié d'un CP, d'un CLA ou d'une omentectomie qui étaient recommandés suite à la stadification pré-opératoire.

Selon les recommandations, seize patientes (27,6%) devaient bénéficier d'une seconde intervention de re-stadification chirurgicale en accord avec la stadification post-opératoire grâce à l'histologie définitive. Parmi elles, cinq (8,6%) ont été re-stadifiées, une par CP seul, deux par CLA seul, et deux par CP, CLA et omentectomie. Pour toutes ces patientes, il a été découvert des facteurs de gravité sur la pièce opératoire définitive classant la patiente dans une catégorie de risque plus élevée (emboles, envahissement cervical, atteinte de la séreuse).

Après 2017 :

La stadification pré-opératoire indiquait chez 42,9% des patientes une lymphadénectomie et chez 17,1% une omentectomie. Elles ont été réalisées respectivement chez 28,6% et 14,3% des patientes.

Au total sur la période, 60% des patientes ont bénéficié d'une stadification chirurgicale adaptée aux recommandations, 5,7% ont été sur-stadifiées, et 34,3% ont été sous-stadifiées.

Selon les recommandations, treize patientes auraient dû bénéficier d'une re-stadification chirurgicale en accord avec la stadification post-opératoire. Parmi elle, une seule patiente a été re-stadifiée par CP et CLA du fait de la découverte d'un type II histologique sur la pièce opératoire, et une autre patiente a été re-stadifiée alors que ce n'était pas indiqué.

Le tableau 5 résume les données concernant la stadification chirurgicale.

Caractéristiques	N	%
Jusqu'au 31/12/2016 :	N = 58	
▪ Lymphadénectomie nécessaire	21	36,2
▪ Omentectomie nécessaire	11	19
▪ Lymphadénectomie réalisée	33	56,9
▪ Omentectomie réalisée	7	12,1
➢ Stadification chirurgicale recommandée	35	60,3
➢ Sur-stadification chirurgicale	11	19
➢ Sous-stadification chirurgicale	9	15,5
➢ Indication de re-stadification	16	27,6
➢ Re-stadification réalisée	5	8,6
Après le 1er janvier 2017 :	N = 35	
▪ Lymphadénectomie nécessaire	15	42,9
▪ Omentectomie nécessaire	6	17,1
▪ Lymphadénectomie réalisée	10	28,6
▪ Omentectomie réalisée	5	14,3
➢ Stadification chirurgicale recommandée	21	60
➢ Sur-stadification chirurgicale	2	5,7
➢ Sous-stadification chirurgicale	12	34,3
➢ Indication de re-stadification	13	37,1
➢ Re-stadification réalisée	2	5,7

Tableau 5 : Stadification chirurgicale et respect des recommandations

c. Caractéristiques post-opératoires

Il existait une concordance pré- et post-opératoire de 84,3% pour les types I histologiques et de 75% pour les types II. 9,4% des types I pré-opératoire s'avéraient finalement être des types II, et inversement, 2,5% des types II s'avéraient être des types I. Les types histologiques non définis en pré-opératoire, soient 9 patientes, étaient des type I dans 88,9% des cas et des types II dans 11,1% des cas.

La concordance pré-opératoire pour le grade histopronostique était de 71,4% pour les grades I, de 35,7% pour les grade II et de 55% pour les grades III. Au total, le grade I est le plus représenté, chez 34,4% des patientes.

L'estimation du risque pré et post-opératoire était concordante dans 54,5% des risques bas, 26,1% des risques intermédiaires et 72,2% des risques élevées, soit au total chez 47 patientes (50,5%). Dix-huit patientes (19,3%) ont été classées dans une catégorie plus à risque, et treize (14%) dans une catégorie moins à risque.

Un envahissement ganglionnaire (N+) était diagnostiqué à l'IRM chez 8,6% des patientes, et confirmé par la chirurgie chez 50% d'entre elles, infirmé chez 37,5% d'entre elles, 12,5% des patientes

n'ayant pas bénéficié de curage ganglionnaire. A l'inverse, sept patientes (8,9%) qui étaient N- en IRM étaient N+ à l'analyse histologique définitive.

Huit patientes (8,6%) ont été diagnostiquées N+ au PET -TDM, dont trois qui étaient N- en IRM, et parmi elles, cinq étaient N+, et deux N- à l'analyse définitive, une patiente n'ayant pas bénéficié de curage ganglionnaire. Parmi les 18 patientes classées N- en PET-TDM (19,4%), deux (11,1%) étaient N+ et sept (38,9%) N- après chirurgie, neuf (50%) n'ayant pas bénéficié de curage ganglionnaire.
Ce sont donc deux patientes diagnostiquées N+ à l'imagerie pré-opératoire qui n'ont pas bénéficié d'une stadification ganglionnaire appropriée.

Le Tableau 6 résume les caractéristiques histologiques définitives sur pièce opératoire.

Type histologique *(N=93)*				
Pré-opératoire	**Post-opératoire**			
	I *n(%)*	II *n(%)*		
I (n=64) 68,8%	54 (84,3)	6 (9,4)		
II (n=20) 21,5%	5 (2,5)	15 (75)		
NR (n=9) 9,7%	9 (88,9)	1 (11,1)		
Total	68 (73,1)	22 (23,7)		
Grade histopronostique (N=*93)*				
Pré-opératoire	**Post-opératoire**			
	I *n(%)*	II *n(%)*	III *n(%)*	NR *n(%)*
I (n=21) 22,6%	15 (71,4)	4 (19)	0 (0)	2 (9,6)
II (n=28) 30,1%	13 (46,4)	10 (35,7)	1 (3,6)	4 (14,3)
III (n=20) 21,5%	0 (0)	5 (25)	11 (55)	4 (20)
NR (n=24) 25,8%	4 (16,7)	8 (33,3)	3 (12,5)	9 (37,5)
Total	32 (34,4)	27 (29,1)	15 (16,1)	19 (20,4)
Estimation du risque *(N=93)*				
Bilan pré-opératoire	**Histologie post-opératoire**			
	Bas, *n(%)*	Intermédiaire *n(%)*	Intermédiaire élevé *n(%)*	Elevé *n(%)*
Bas (n=22)	12 (54,5)	4 (18,2)	1 (4,5)	4 (18,2)
Intermédiaire (n=23)	7 (30,4)	6 (26,1)	4 (17,4)	5 (21,7)
Elevé (n=36)	2 (5,5)	3 (8,3)	1 (2,8)	29 (80,5)
Indéterminé (n=12)	6 (50)	2 (16,7)	0 (0)	4 (33,3)
Total	27 (29)	15 (16,1)	6 (6,5)	42 (45,2)
Envahissement ganglionnaire *(N=93)*				
Bilan pré-opératoire	**Post-opératoire**			
	N+ *n(%)*	N- *n(%)*	NR *n(%)*	
N+ IRM (n=8) 8,6%	4 (50)	3 (37,5)	1 (12,5)	
N- IRM (n=79) 85%	7 (8,9)	29 (36,7)	43 (54,4)	
N+ PET-TDM (n=8) 8,6%	5 (62,5)	2 (25)	1 (12,5)	
N- PET-TDM (n=18) 19,4%	2 (11,1)	7 (38,9)	9 (50)	

Tableau 6 : Histologie définitive sur pièce opératoire
En vert, les données concordantes entre le pré- et le post-opératoire, en rouge les données sous-évaluées initialement et en bleu les données sur-évaluées initialement.

Des emboles lymphatiques ou vasculaires étaient présents chez 26 (27,9%) patientes dont sept (26,9%) d'entre elles qui étaient N+. Les stades FIGO les plus représentés étaient le FIGO IA (39 patientes soit 41,9%) et IB (27 patientes soit 29%).

Parmi les sept patientes ayant bénéficié d'une re-stadification, une seule patiente (14,3%) était N+ (1 ganglion positif sur les 4 prélevés). Le délai moyen entre la première chirurgie et la deuxième était d'un mois et dix-sept jours. Aucune complication précoce n'est survenue à la suite de la deuxième chirurgie. L'IMC moyen des patientes était de 26,09 kg/m^2.

d. Traitements adjuvants

Trente-cinq patientes (37,6%) n'ont bénéficié d'aucun traitement complémentaire. Quinze patientes (16,1%) ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante, trente-six (38,7%) d'une radiothérapie, cinquante-et-une (54,8%) d'une curiethérapie à haut débit de dose, dont trente-et-une d'une association radiothérapie et curiethérapie.

Parmi toutes les patientes qui ont bénéficié d'un traitement adjuvant, douze (12,9%) d'entre elles ne relevaient pas de l'indication du traitement reçu.

Le Tableau 8 résume les traitements adjuvants réalisés chez les patientes étudiées.

Caractéristiques	**N**	**%**
Aucun traitement	35	37,6
Chimiothérapie	15	16,1
Radiothérapie Curiethérapie Dont association	36 51 31	38 ,7 54,8 33,3
Non indiqué	12	12,9

Tableau 8 : Traitement adjuvants réalisés.

e. Récidive et survie

Parmi les 93 patientes de notre étude, douze (12,9%) étaient décédées, dont neuf (75%) des suites d'une récidive ganglionnaire ou métastatique à distance de leur cancer de l'endomètre. Les trois autres patientes étaient décédées respectivement des suites d'une néoplasie rectale survenue après le cancer de l'endomètre, d'un refus de traitement complémentaire préconisé pour une néoplasie mammaire, et du fait de comorbidités importantes et d'un état général altéré.

Au total, seize patientes (19,4%) ont récidivé après traitement chirurgical, dont 13 (72,2%) qui avaient bénéficié d'un traitement adjuvant, soit par chimiothérapie, soit par curiethérapie, soit par radiothérapie seule ou en association avec la curiethérapie.
Le délai moyen entre la date des dernières nouvelles et le moment du recueil de données était de 25 mois. Lorsque les patientes n'avaient pas consulté dans le délai qui était préconisé à la dernière consultation enregistrée, elles ont été rappelées pour évaluer si le suivi était désormais effectué en ville, dans un autre centre, la date des derniers examens réalisés et les résultats. Au total, 29 patientes (31,2%) étaient considérées comme perdues de vue, en l'absence de réponse aux appels de notre part.

IV. Discussion

Bilan pré-opératoire et discordance

Le bilan pré-opératoire a été réalisé par IRM, l'examen de référence, chez 96,8% des patientes, ce qui paraît être un taux satisfaisant en regard des données de la littérature, qui décrit plutôt une absence d'IRM chez 20 à 30% des patientes (20,21), notamment en raison des délais d'obtention de l'examen relativement longs même dans de grands centres anticancéreux, ce qui n'a pas été le cas dans cette étude. L'absence d'IRM a été clairement spécifiée et justifiée dans les dossiers par une contre-indication absolue à l'examen. De plus, l'IRM a toujours été soit réalisée au sein du CAL, soit relue par les médecins radiologues spécialisés du CAL après avoir été réalisée en ville. De Kerdaniel et *al*. ont décrit, pour leur part, une absence d'IRM dans 25,5% des cas, allant même jusqu'à 33,6% en considérant uniquement les IRM avec comptes-rendus conformes aux exigences de la Société Française de Radiologie (SFR) (20,22). Il en est de même pour Raimond et *al.*, qui ont mis en évidence l'absence d'IRM pré-opératoire chez 26,7% des patientes dans leur étude multicentrique réalisée au sein de trois centres anti-cancer français (21).

Notre étude permet de confirmer l'importance de la discordance entre le bilan pré-opératoire et les résultats anatomopathologiques définitifs sur pièce opératoire. En effet, elle était ici de 25,8% pour le type histologique, de 47,8% pour le grade histologique, et de 41,9% pour le niveau de risque de récidive. De même, la discordance présente entre l'IRM et le PET-TDM était de 30,8%, et la discordance entre le bilan d'imagerie pré-opératoire et les résultats anatomopathologiques en ce qui concerne l'atteinte ganglionnaire était de 11,5% pour l'IRM et de 20% pour le PET-TDM.

Le niveau de risque de récidive a été sous-évalué initialement chez 18 patientes sur les 81 pour lesquelles le niveau de risque a été déterminé, soit 22,2% des patientes. Il a été retrouvé comme explication, en plus de la discordance radiologique, notamment la découverte d'emboles lymphovasculaires sur la pièce opératoire définitive, qui n'étaient pas détectables sur de faibles échantillons de biopsies mais qui représentaient pourtant un facteur déterminant majeur dans le risque de récidive (23–25). Werner et *al.* mentionnaient dans leur étude une discordance de niveau de risque pré- et post-opératoire nettement inférieure à la nôtre, de l'ordre de 16% (26), équivalente à celle retrouvée par Eggink et *al.* qui était de 10% (27). Dans leurs études, Di Cello et Eggink (27,28) mettaient en évidence la diminution du pronostic des patientes en cas d'absence de mise en évidence d'un cancer à haut risque en pré-opératoire, ainsi qu'en cas de discordance pré- et post-opératoire. De plus, Eggink et *al.* mettaient l'accent sur le pronostic qui est diminué chez les patientes diagnostiquées à haut risque en pré- et à bas risque en post-opératoire par rapport aux patientes à bas risque concordant entre le pré- et le post-opératoire, ce qui renforce l'importance d'un bilan pré-opératoire optimal.

Se pose ainsi la question du pronostic des patientes sous-stadifiées en pré-opératoire : n'existe-t-il pas une perte de chance pour une patiente diagnostiquée à bas risque en pré-opératoire et finalement classée en haut risque sur le bilan définitif ? Dans cette étude, sur les sept patientes ayant bénéficié d'une restadification chirurgicale, aucune complication due à la deuxième chirurgie n'a été rapportée. La reprise a été effectuée le plus souvent par coelioscopie, sauf chez une patiente (16,7%) qui a bénéficié d'une seconde laparotomie, alors qu'elle s'était déjà compliquée d'un abcès de paroi suite à la première chirurgie. Cependant, l'échantillon de notre étude comprend peu de patientes et l'impact d'une deuxième chirurgie n'est pas à négliger. Dans leur étude bretonne, Arsène et *al*. démontraient l'impact négatif d'une prise en charge chirurgicale en deux temps, car la seconde chirurgie était souvent non réalisée du fait de l'âge et des comorbidités des patientes et pourvoyeuse de complications supplémentaires (29).

Respect des recommandations

Il est constaté une nette tendance à la sur-stadification chirurgicale, notamment chez les patientes opérées avant 2017. En effet, les patientes étaient sur-stadifiées dans 19% des cas (contre 15,5% de sous-stadification). Cependant, sur les seize patientes chez qui une stadification ganglionnaire secondaire était indiquée, seulement cinq patientes en ont bénéficié.

A l'inverse, après 2017, c'est plutôt la sous-stadification qui prédominait avec 34,3% des patientes, probablement du fait de l'absence totale d'indication de CP seul dans les nouvelles recommandations, qui a continué à être pratiqué chez bon nombre de patientes. De la même façon, la plupart des patientes chez qui une seconde intervention était indiquée (treize patientes), seulement deux en ont bénéficié. Cela peut s'expliquer du fait de l'âge souvent avancé des patientes, chez qui un geste chirurgical de stadification ganglionnaire peut paraître très morbide, ainsi que de l'IMC souvent élevé, rendant très difficile l'abord chirurgical des aires ganglionnaires par voie coelioscopique, et la laparotomie nécessaire. Le rapport bénéfice risque était souvent en défaveur d'une stadification ganglionnaire, qu'elle soit réalisée d'emblée ou secondairement, comme l'affirmaient Agar et Benedetti dans leurs études (30,31). De même, Arsène et *al.* mentionnaient dans leur étude 30% de patientes non ré-opérées du fait de leur âge ou de leurs comorbidités (29).

En ce qui concerne les traitements adjuvants, 12,9% des patientes ont reçu un traitement qui n'était pas indiqué dans les recommandations, principalement de la curiethérapie.

Ainsi, lors de l'analyse des dossiers, le non-respect des recommandations était souvent justifié de la manière suivante :

- Soit l'impossibilité de réaliser un geste de stadification ganglionnaire complet en raison de l'âge, de l'obésité, ou des comorbidités des patientes
- Soit la réalisation d'une sur-stadification ganglionnaire chez une patiente en bon état général dans une démarche maximaliste de prise en charge
- Soit la réalisation d'un traitement complémentaire adjuvant discuté ou non justifié dans un désir de prévenir les récidives

La décision thérapeutique prise en RCP a toujours eu comme finalité le rapport bénéfice-risque de chaque patiente dans son individualité, même si les recommandations n'en ont été, de fait, pas appliquées à la lettre.

Stadification ganglionnaire secondaire

Dans cette étude, sept patientes ont bénéficié d'une seconde intervention chirurgicale dans un but de restadification ganglionnaire. Parmi celles-ci, six (85,7%) étaient classées en risque élevé avant la deuxième chirurgie, et une (14,3%) en risque intermédiaire-élevé. Cette dernière ne présentait aucun ganglion positif et n'a donc pas vu son niveau de risque ni ses indications de traitement adjuvant changer à la suite de la deuxième chirurgie.

Parmi ces sept patientes, une seule présentait des ganglions positifs à l'analyse définitive. Il apparaît important de décrire plus en détail cette patiente. Il s'agissait d'une patiente de 69 ans,

atteinte d'une maladie de Parkinson et d'une obésité avec un IMC à 34,4kg/m². La biopsie avait été réalisée par pipelle de Cornier, hors centre, et révélait un adénocarcinome endométrioïde de grade I. L'IRM pré-opératoire était en faveur d'un stade IA avec une atteinte myométriale inférieure à 50%. De ce fait, la patiente était classée en risque faible, d'après les recommandations de l'INCa de 2010. Une hystérectomie avec annexectomie bilatérale sans curage ganglionnaire a été réalisée le 03 février 2014 par laparotomie du fait de l'obésité de la patiente, conformément aux recommandations. L'anatomopathologie définitive montrait une atteinte myométriale supérieure à 50%, et révélait la présence d'emboles vasculaires, classant la tumeur dans un niveau de risque élevé, et indiquant donc la réalisation de curages ganglionnaires. La première chirurgie s'est compliquée d'un abcès de paroi, traité par soins locaux. La RCP a validé l'indication de stadification ganglionnaire secondaire et la patiente a été reprise chirurgicalement le 14 mars 2014, soit un mois et onze jours plus tard, par curage pelvien par laparotomie. Sur les quatre ganglions prélevés, un ganglion était métastatique, classant ainsi la patiente dans un stade FIGO IIIC1.

La patiente a ensuite reçu une association de radiothérapie et curiethérapie, et à la date de ses dernières nouvelles au CAL, le 20 juin 2016, n'a pas montré de signe de rechute. Elle est depuis perdue de vue et n'a pas répondu aux appels de notre part.

Selon les recommandations de l'INCa de 2010, la patiente répondait déjà en post-opératoire de la première chirurgie, du fait d'une classification en niveau de risque élevé, d'une indication de radiothérapie possiblement associée à une curiethérapie vaginale. Elle a bénéficié de ce traitement un mois après la deuxième chirurgie. Ainsi, la question peut se poser du bénéfice apporté à la patiente par la stadification chirurgicale secondaire : était-elle vraiment nécessaire ?

Faiblesses & forces de l'étude

Les faiblesses de cette étude sont le caractère rétrospectif de l'étude des dossiers, ainsi que sa grande disparité dans le temps, sur neuf années, mettant ainsi en jeu un certain nombre d'acteurs différents dans la prise en charge des patientes, tant sur le plan chirurgical que radiologique.

Toutes les patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer de l'endomètre ayant été analysées, la population étudiée en devient hétérogène puisqu'elle comprenait des patientes atteintes d'un cancer de bon pronostic à un stade précoce ainsi que des patientes atteintes d'un cancer métastatique au niveau ganglionnaire ou encore péritonéal, ce qui rend difficile la généralisation des pratiques.

Le caractère monocentrique de l'étude en fait aussi sa force car il permet de mieux évaluer les pratiques au sein d'un centre de référence comme le CAL.

Cependant, le fait que toutes les patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer de l'endomètre aient été étudiées sans critères d'exclusion permet une analyse exhaustive des pratiques. Cette étude permet aussi de mettre en évidence l'effort réalisé par le CAL pour fournir un bilan pré-opératoire le plus fiable possible, en réalisant une relecture systématique par les radiologues du CAL de toute IRM réalisée hors centre, et d'encourager la relecture des lames de biopsies par les anatomopathologistes du CAL devant tout doute diagnostique.

Perspectives d'avenir

Parallèlement aux tests de signatures génomiques réalisés dans le cancer du sein, de nouvelles perspectives de prise en charge se dessinent pour le cancer de l'endomètre. En effet, les indications de thérapies adjuvantes pourraient, à l'avenir, être posées grâce à des test moléculaires concernant les protéines p53, la présence d'instabilités moléculaires dans le système MSI (*Microsatellite instability*), de mutation du gène *POLE*¸ ou encore d'une déficience dans le système MMR (*mismatch repair*) permettant une stratification en niveau de risque plus fiable, chez des patientes sélectionnées. C'est le but de l'essai PORTEC-4 (32), dont les conclusions à venir permettront d'améliorer la prise en charge des patientes. Les résultats de la phase pilote de l'essai ont déjà participé à l'élaboration des nouvelles recommandations de janvier 2021 de l'ESTRO, ESGO et ESP (*European Society of Pathology*) (33).

Il serait intéressant d'augmenter la cohorte de cette étude en y associant d'autres centres afin de pouvoir évaluer plus en détail les caractéristiques histologiques et la survie des patientes ré-opérées. En effet, notre étude ne comprenait que sept patientes dans ce cas, un trop faible échantillon pour évaluer le réel bénéfice de ces ré-interventions réalisées.

En ce qui concerne la question récurrente du bénéfice de la stadification ganglionnaire, une solution pourrait être la réalisation en pratique courante de la technique du ganglion sentinelle, moins morbide qu'un curage complet. De nombreuses études ont été réalisées sur le sujet, et certains centres l'ont intégré dans leurs pratiques mais la technique n'a pas encore trouvé sa place dans les recommandations (34).

Enfin, il semblerait judicieux d'intégrer l'évaluation oncogériatrique dans les futures recommandations, à une place plus centrale dans la prise de décisions. En effet, l'état général de ces patientes souvent âgées et présentant de nombreuses comorbidités est, en pratique, un facteur plus important que l'application stricte des recommandations au moment de la décision de prise en charge, tant sur le plan chirurgical que sur le plan des traitements adjuvants.

V. CONCLUSION

Notre étude a permis de révéler la réalité de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre au sein du Centre de Lutte contre le cancer du CAL durant les 9 dernières années, au cours desquelles deux référentiels de recommandations majeurs ont été publiés.

Le bilan pré-thérapeutique occupait une place prépondérante au CAL avec des IRM réalisées au centre, ou, à défaut, systématiquement relues par les médecins radiologues du centre. Il en était de même pour les résultats anatomopathologiques, puisque les lames était fréquemment relues après avoir été réalisées en ville. Malgré tout, nous avons pu observer un taux important de discordances pré- et post-opératoires, de l'ordre de 25% pour le type histologique, de 47% pour le grade histologique et de 42% pour le niveau de risque, qui conduisaient parfois à une seconde intervention chirurgicale dans un but de stadification ganglionnaire.

Notre travail illustre donc l'importance d'un bilan exhaustif précis, pour stadifier au mieux les patientes, et ainsi éviter les stadifications ganglionnaires secondaires, parfois morbides, dont les bénéfices en termes de survie ne sont pas démontrés.

La désescalade thérapeutique des cancers de l'endomètre à risque bas ou intermédiaire au gré des nouvelles recommandations expose les patientes à un risque de ré-intervention avec une morbidité élevée, ou un risque de récidive en cas de non ré-intervention. La technique du ganglion sentinelle pourrait être une solution intéressante et moins morbide sur le plan chirurgical pour ces patientes.

Un écart important a été observé entre les prises en charge théoriquement préconisées par les recommandations de 2010 puis 2016, de l'ordre de 40%, qui étaient principalement dues aux caractéristiques même des patientes prises en charge, à savoir des patientes d'un âge avancé, à l'IMC élevé, et présentant des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques. Notre étude a ainsi mis en évidence les écarts inévitables entre les recommandations en vigueur et les prises en charge effectivement réalisées, du fait d'un manque de prise en compte de l'état général et de l'évaluation oncogériatrique dans les référentiels.

A l'avenir, les recommandations de 2021 des sociétés savantes européennes, et l'apparition de tests génomiques et la biologie moléculaire permettant une classification plus fiable en termes de niveaux de risque pourrait améliorer la prise en charge en reconsidérant les indications chirurgicales et de traitements adjuvants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Institut National du Cancer; 2019 juill.

2. Amant F, Moerman P, Neven P, Timmerman D, Van Limbergen E, Vergote I. Endometrial cancer. The Lancet. août 2005;366(9484):491-505.

3. Morice P, Leary A, Creutzberg C, Abu-Rustum N, Darai E. Endometrial cancer. The Lancet. mars 2016;387(10023):1094-108.

4. Braun MM, Overbeek-Wager EA, Grumbo RJ. Diagnosis and Management of Endometrial Cancer. Am Fam Physician. 15 mars 2016;93(6):468-74.

5. Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. The Lancet. avr 2010;375(9721):1165-72.

6. Chan JK, Cheung MK, Huh WK, Osann K, Husain A, Teng NN, et al. Therapeutic role of lymph node resection in endometrioid corpus cancer: A study of 12,333 patients. Cancer. 15 oct 2006;107(8):1823-30.

7. Smith DC, Macdonald OK, Lee CM, Gaffney DK. Survival impact of lymph node dissection in endometrial adenocarcinoma: a surveillance, epidemiology, and end results analysis. Int J Gynecol Cancer. 2008;18(2):255-61.

8. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. The Lancet. janv 2009;373(9658):125-36.

9. Panici PB, Basile S, Maneschi F, Lissoni AA, Signorelli M, Scambia G, et al. Systematic Pelvic Lymphadenectomy vs No Lymphadenectomy in Early-Stage Endometrial Carcinoma: Randomized Clinical Trial. JNCI J Natl Cancer Inst. 3 déc 2008;100(23):1707-16.

10. Han S, Lee SH, Kim DH, Kim JW, Park N, Kang S, et al. Evaluation of preoperative criteria used to predict lymph node metastasis in endometrial cancer. Acta Obstet Gynecol Scand. févr 2010;89(2):168-74.

11. Kodama J, Seki N, Ojima Y, Nakamura K, Hongo A, Hiramatsu Y. Risk factors for early and late postoperative complications of patients with endometrial cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. févr 2006;124(2):222-6.

12. Burke C, Hickey K. Does surgical staging of clinical Stage I endometrial carcinoma significantly alter adjuvant management? J Obstet Gynaecol. avr 2004;24(3):289-91.

13. Goudge C, Bernhard S, Cloven N, Morris P. The impact of complete surgical staging on adjuvant treatment decisions in endometrial cancer. Gynecol Oncol. mai 2004;93(2):536-9.

14. CNGOF, Institut National du Cancer, SFOG. Cancer de l'endomètre, rapport intégral. [Internet]. OncoPACA. 2010. Disponible sur: https://www.oncopaca.org/sites/default/files/2010_rapport_cancer_endometre_inca_pro.pdf

15. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. Int J Gynecol Obstet. mai 2014;125(2):97-8.

16. World Health Organization. Female genital tumours. 2020.

17. Baekelandt MM, Castiglione M. Endometrial carcinoma: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. mai 2009;20:iv29-31.

18. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. Int J Gynecol Cancer. janv 2016;26(1):2-30.

19. Bendifallah S, Canlorbe G, Raimond E, Hudry D, Coutant C, Graesslin O, et al. A clue towards improving the European Society of Medical Oncology risk group classification in apparent early stage endometrial cancer? Impact of lymphovascular space invasion. Br J Cancer. mai 2014;110(11):2640-6.

20. De Kerdaniel O, Body N, Davoine E, Foucher F, Henno S, Tavenard A, et al. Application des recommandations dans la prise en charge du cancer de l'endomètre en pratique clinique. Étude rétrospective bretonne. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2016;45(9):1045-53.

21. Raimond É, Canlorbe G, Bendifallah S, Hudry D, Selvi F, Ballester M, et al. Cancer de l'endomètre. Application des recommandations de 2010 : étude multicentrique. Bull Cancer (Paris). juill 2014;101(7-8):703-13.

22. Société Française de Radiologie. Guide pratique d'imagerie diagnostique à l'usage des médecins radiologues. 2013.

23. Gilani S, Anderson I, Fathallah L, Mazzara P. Factors predicting nodal metastasis in endometrial cancer. Arch Gynecol Obstet. déc 2014;290(6):1187-93.

24. Koskas M, Bassot K, Graesslin O, Aristizabal P, Barranger E, Clavel-Chapelon F, et al. Impact of lymphovascular space invasion on a nomogram for predicting lymph node metastasis in endometrial cancer. Gynecol Oncol. mai 2013;129(2):292-7.

25. Bendifallah S, Canlorbe G, Arsène E, Collinet P, Huguet F, Coutant C, et al. French Multicenter Study Evaluating the Risk of Lymph Node Metastases in Early-Stage Endometrial Cancer: Contribution of a Risk Scoring System. Ann Surg Oncol. août 2015;22(8):2722-8.

26. Werner HMJ, Trovik J, Marcickiewicz J, Tingulstad S, Staff AC, Engh ME, et al. A discordant histological risk classification in preoperative and operative biopsy in endometrial cancer is reflected in metastatic risk and prognosis. Eur J Cancer. févr 2013;49(3):625-32.

27. Eggink FA, Mom CH, Bouwman K, Boll D, Becker JH, Creutzberg CL, et al. Less-favourable prognosis for low-risk endometrial cancer patients with a discordant pre- versus post-operative risk stratification. Eur J Cancer. juin 2017;78:82-90.

28. Di Cello A, Rania E, Zuccalà V, Venturella R, Mocciaro R, Zullo F, et al. Failure to recognize preoperatively high-risk endometrial carcinoma is associated with a poor outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. nov 2015;194:153-60.

29. Arsène E, Bleu G, Merlot B, Boulanger L, Vinatier D, Kerdraon O, et al. Implications of a two-step procedure in surgical management of patients with early-stage endometrioid endometrial cancer. J Gynecol Oncol. 2015;26(2):125.

30. Benedetti Panici P, Basile S, Salerno MG, Di Donato V, Marchetti C, Perniola G, et al. Secondary analyses from a randomized clinical trial: age as the key prognostic factor in endometrial carcinoma. Am J Obstet Gynecol. avr 2014;210(4):363.e1-363.e10.

31. Agar N, Philippe A-C, Bourdel N, Rabischong B, Canis M, Le Bouedec G, et al. Les lymphadénectomies dans le cancer de l'endomètre, bilan après 4ans de pratique, doit-on poursuivre ? Bull Cancer (Paris). mai 2015;102(5):428-35.

32. Wortman BG, Bosse T, Nout RA, Lutgens LCHW, van der Steen-Banasik EM, Westerveld H, et al. Molecular-integrated risk profile to determine adjuvant radiotherapy in endometrial cancer: Evaluation of the pilot phase of the PORTEC-4a trial. Gynecol Oncol. oct 2018;151(1):69-75.

33. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. Int J Gynecol Cancer. janv 2021;31(1):12-39.

34. Holloway RW, Abu-Rustum NR, Backes FJ, Boggess JF, Gotlieb WH, Jeffrey Lowery W, et al. Sentinel lymph node mapping and staging in endometrial cancer: A Society of Gynecologic Oncology literature review with consensus recommendations. Gynecol Oncol. août 2017;146(2):405-15.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

RESUME

Objectif

Evaluer la prise en charge globale des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre au sein du Centre Antoine Lacassagne et le respect des recommandations parues en 2010 puis 2016.

Patientes et méthodes

Toutes les patientes prises en charge chirurgicalement au CAL pour un cancer de l'endomètre entre le 01er janvier 2011 et le 31 décembre 2019 ont été analysées rétrospectivement via leur dossier médical informatisé. Les données collectées concernaient le bilan pré-opératoire, la chirurgie réalisée, la stadification post-opératoire, les traitements adjuvants et une éventuelle intervention de re-stadification ganglionnaire. Le respect des recommandations a été évalué en fonction de la date de prise en charge chirurgicale initiale de chaque patiente et des recommandations en vigueur à cette date-là.

Résultats

93 patientes ont été analysées. L'anatomopathologie pré-opératoire était en faveur d'un type I dans 67,7% des cas, pour 21,5% de type II. 96,8% des patientes ont bénéficié d'un bilan radiologique pré-opératoire adapté par IRM. La grande majorité des patientes était prise en charge à un stade précoce FIGO I (74,2%), mais classées dans un niveau de risque élevé (38,7%). 48,4% des patientes ont eu une HTNC seule, contre 46,2% de stadification ganglionnaire, principalement coelioscopique. Sept patientes ont bénéficié d'une re-stadification chirurgicale ganglionnaire. Entre 2011 et 2017, 60,3% des patientes ont eu une stadification chirurgicale adaptée aux recommandations, contre 60% après 2017. On retrouve, après analyse anatomopathologique de la pièce opératoire, une discordance avec le bilan pré-opératoire de 25,8% pour le type histologique, de 47,8% pour le grade histologique, et de 41,9% pour le niveau de risque de récidive. 12,9% des patientes ont reçu un traitement adjuvant non indiqué dans les recommandations.

Conclusion

L'écart retrouvé entre les conduites dictées par les référentiels et la réalité dans les prises en charge des patientes tient souvent à une balance bénéfice risque défavorable à la réalisation d'une stadification ganglionnaire. Les discordances entre le bilan pré- et post-opératoire, très fréquentes dans notre étude, conduisent à des ré-interventions chirurgicales dont le bénéfice en termes de survie reste encore à prouver.