

# REFERENTIELS

## Utérus - corps (endomètre)

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau régional de cancérologie ONCOLOR (Lorraine), conformément aux données acquises de la science au **10 février 2011**.

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomico-pathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : **10 février 2011**

### Généralités

- ▶ Ce référentiel aborde le **bilan** diagnostique des carcinomes de l'endomètre utérin et ses traitements.
- ▶ Toute métrorragie, notamment après la ménopause, nécessite une exploration endo-utérine pour biopsies.
- ▶ Les choix thérapeutiques dépendent de la **classification** de la tumeur. Il existe 1 **classification principale** : **anatomochirurgicale** (FIGO 2009).
- ▶ **Survie** globale à 5 ans en fonction du stade :

Stades	Survie à 5 ans
1	88 à 92%
2	69 à 86%
3	6 à 42%
4	< à 5%

- ▶ Les **facteurs de risque** du cancer de l'endomètre sont l'exposition à un climat oestrogénique prolongé (premières règles précoces, ménopause tardive, infertilité, nulliparité, obésité, traitement par tamoxifène), le diabète et le syndrome des ovaires polykystiques.
- ▶ Certaines formes tumorales ont un **caractère génétique** dans le cadre d'un syndrome de Lynch\*, notamment en cas d'adénocarcinome chez une patiente de moins de 60 ans ou d'atteinte prédominante au niveau de l'isthme. Cela représente 5% des cas d'adénocarcinomes de l'endomètre. Le **risque cumulé** de cancer de l'endomètre est estimé entre 16 et 47% à 70 ans.

Ces tumeurs ont la particularité de survenir à un âge plus jeune et à un stade précoce. Les patientes traitées pour un cancer du sein ou une tumeur sécrétante de l'ovaire sont aussi des facteurs de risque pour le cancer de l'endomètre. Voir également le référentiel "[Côlon](#)"

\* **Référence :**

▶ Westin SN, Lacour RA, Urbauer DL, Luthra R, *et al.*

Carcinoma of the lower uterine segment: a newly described association with Lynch syndrome.

[J Clin Oncol. 2008; 26\(36\):5965-71.](#)

## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre)

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : **10 février 2011**

## Bilan

### Bilan initial

- ▶ Toute métrorragie, notamment après la ménopause, nécessite une exploration endo-utérine pour biopsies. L'échographie endovaginale couplée au Doppler et sus-pubienne est indiquée.
- ▶ Le diagnostic de tumeur de l'endomètre est établi par prélèvement anatomopathologique pour obtenir le type histologique et le grade de la tumeur.
- ▶ La biopsie peut être obtenue par :
  - pipelle de Cornier
  - **si le prélèvement est négatif, on procède à une hystéroscopie diagnostique avec biopsies dirigées en consultation.**
  - en cas d'échec, exploration sous anesthésie générale.

### Bilan d'extension

- Examen **gynécologique, abdominal**, et des **aires ganglionnaires**
- **IRM lombo-pelvienne** avec pour objectifs d'apprécier :
  - 1. l'infiltration du myomètre
  - 2. l'appréciation du volume tumoral
  - 3. la présence d'adénopathies iliaques
  - 4. l'atteinte éventuelle du col
  - 5. la taille de l'utérus
  - 6. l'atteinte des organes du voisinage
  - 7. les aires ganglionnaires lombo-aortiques

**Le PET-Scan n'a pas d'indication en première intention.**

- En cas de stade avancé, il peut être utile de réaliser un scanner (thoraco-) abdomino-pelvien ou un PET Scan.
- En cas de tumeur de [type 2 histologique](#), il faut réaliser un scanner (thoraco-)abdomino-pelvien systématique, comme pour une tumeur de l'ovaire.
- **Bilan d'opérabilité** avec :
  - examen général, consultation d'anesthésie et bilan cardiaque
  - bilan biologique comprenant : NFS plaquettes, bilan de coagulation, bilan hépatique, bilan rénal
  - bilan oncogériatrique en fonction de l'âge et/ou comorbidités (score de Balducci). Voir le référentiel [Oncogériatrie](#).
  - bilan nutritionnel en cas d'obésité.

## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre) ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : **10 février 2011**

## ■ Anatomopathologie

### Le compte-rendu anatomo-pathologique initial

Il comprend au minimum :

- le grade de la tumeur,
- le type histologique.

### Le compte-rendu anatomopathologique post-opératoire

Il doit comporter :

- le siège de la tumeur
- le grade histopronostique selon la classification de la FIGO : concernent les carcinomes endométrioides et mucineux ; les carcinomes à cellules claires et séreux papillaires sont toujours considérés comme des grade 3.
- la profondeur de l'envahissement myométrial
- l'existence d'une atteinte du col et de l'isthme si possible
- l'existence d'une atteinte des annexes
- le nombre de ganglions envahis sur nombre de ganglions prélevés (tous les ganglions prélevés devant être examinés)
- la cytologie du liquide péritonéal
- La présence d'embols vasculaires
- L'extension extra-utérine
- Recherche d'une délétion de microsatellites si l'âge est inférieur à 60 ans ou suspicion du syndrome de Lynch
- Les recommandations complètes sont décrites dans les [CRFS](#) élaborés par la **Société Française de Pathologie** ([www.sfpathol.org](http://www.sfpathol.org)) dans le cadre d'une collaboration avec l'INCa ([Institut National du Cancer](http://Institut National du Cancer)).

## Formes histologiques particulières

- Les carcinomes séreux papillaires
- Les adénocarcinomes à cellules claires
- carcinosarcomes
- Les sarcomes de l'utérus font l'objet d'un autre [référentiel](#).

▶ Leur prise en charge est détaillée dans le chapitre "[Moyens thérapeutiques](#)".

## Facteurs histo-pronostiques

- Envahissement du myomètre
- Grade
- Embols vasculaires
- Cancers séreux ou cancers à cellules claires.

## Carcinomes mixtes

- On parle de carcinome mixte quand plus de 10% de la tumeur est composé d'un autre type histologique (endométriode et + de 10 % séreux ou à cellules claires). L'apport de l'immuno-histochimie est important (RO, P53, MIB1).
- Si la part de la composante séreuse dépasse 25 % , le pronostic est celui des carcinomes séreux.
- Pour les carcinomes à cellules claires, le GOG Pathology Committee recommande de le nommer à partir de 50% de la composante à cellules claires.

### Référence :

- ▶ Olawaiye A, Boruta DM 2nd  
Management of women with clear cell endometrial cancer : a Society of Gynecologic Oncology (SGO) review.  
[Gynecol Oncol. 2009. 113:277-83.](#)

Les **tumeurs épithéliales de l'endomètre**, qui représentent plus de 90% des cancers de l'endomètre, répondent à la classification histologique suivante :

- **Type 1 histologique** : tumeurs endométrioïdes, associées à une hyperplasie de l'endomètre et surexprimant fréquemment des récepteurs hormonaux. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini 3 grades :
  - **Grade 1** :  $\leq$  5% non squameux, modèle de croissance non morulaire
  - **Grade 2** : 6-50% non squameux, modèle de croissance non morulaire
  - **Grade 3** :  $>$  50% non squameux, modèle de croissance non morulaire.
- **Type 2 histologique** : carcinomes à cellules claires, carcinomes papillaires séreux et carcinosarcomes. Ces tumeurs surviennent plus souvent sur un endomètre atrophique, sont de haut grade ou indifférenciées et de plus mauvais pronostic que celles appartenant au type 1.

## 2. Corps utérin

### DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement\*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)\*

Nom patronymique

Prénom

Nom d'épouse

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

N° d'identification (n° de sécurité sociale ou NIP ou identifiant patient)

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)\*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE CORPS UTÉRIN (C54) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)\*

Type de prélèvement

Hystérectomie/hystérectomie + annexectomie bilatérale/hystérectomie + annexectomie bilatérale +  
lymphadenectomie/autre

Organe/région anatomique

Corps utérin

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Corps utérin/isthme

Description histopathologique<sup>1</sup>

Type histologique

Adénocarcinome endométrioïde : SAI/villoglandulaire/à cellules ciliées/à différenciation malpighienne/autre

Adénocarcinome mucineux

Carcinome papillaire séreux

Carcinome à cellules claires

Carcinome épidermoïde

Carcinome indifférencié

Tumeur maligne mixte mésodermique

Autre

---

**Grade histopronostique**

FIGO : % de contingent solide non malpighien et non morulaire/atypies cytonucléaires

---

**Extension tumorale**

État des limites chirurgicales de résection : saines/envahies. Si saines : marge minimale en mm

---

**Autres facteurs pronostiques et prédictifs**

Emboles vasculaires : non/oui

---

**Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO**Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration du myomètre (en %)

Séreuse utérine : saine/envahie

Extension extra-corporeale :

- col utérin : sans invasion du chorion/avec invasion du chorion (préciser profondeur en mm)
- vagin : préciser l'état de la recoupe
- paramètres
- séreuse ovarienne et/ou tubaire
- vessie et/ou intestin (muqueuse)
- autre

Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux :

- localisation : pelviens, para-aortiques\*
- nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation

Ganglions à distance :

- localisation\*
  - nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation
- 

**pT/pN<sup>2</sup> et FIGO**

---

**Notes**

■ \* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

■ Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

■ <sup>1</sup> Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

■ <sup>2</sup> L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte.

## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre)

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : 10 février 2011

## Classifications

### Classification FIGO 2009 Anatomochirurgicale

<b>Stade I *</b>		<b>Tumeur limitée au corps utérin</b>
	<b>IA</b>	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre
	<b>IB</b>	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre
<b>Stade II *</b>		<b>Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus</b>
<b>Stade III *</b>		<b>Extension locales et/ou régionales comme suit :</b>
	<b>IIIA</b>	séreuse et/ou annexes**
	<b>IIIB</b>	envahissement vaginal et/ou paramétrial**
	<b>IIIC</b>	atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**
	<b>IIIC1</b>	ganglions pelviens
	<b>IIIC2</b>	ganglions para-aortiques +/- ganglions pelviens
<b>Stade IV *</b>		<b>Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance</b>
	<b>IVA</b>	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale
	<b>IVB</b>	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux

\* : grades 1,2 ou 3; \*\* : Les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification



## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre) ● ● ●

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomico-pathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : **10 février 2011**

## Informations minimales pour présenter un dossier de cancer de l'endomètre en RCP

- ▶ Âge, statut OMS, poids, taille (BMI)
- ▶ Antécédents, examen clinique
- ▶ Stade échographique, bilan imagerie (échopelvienne et endovaginale et IRM)
- ▶ Compte rendu anatomopathologique

## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre)

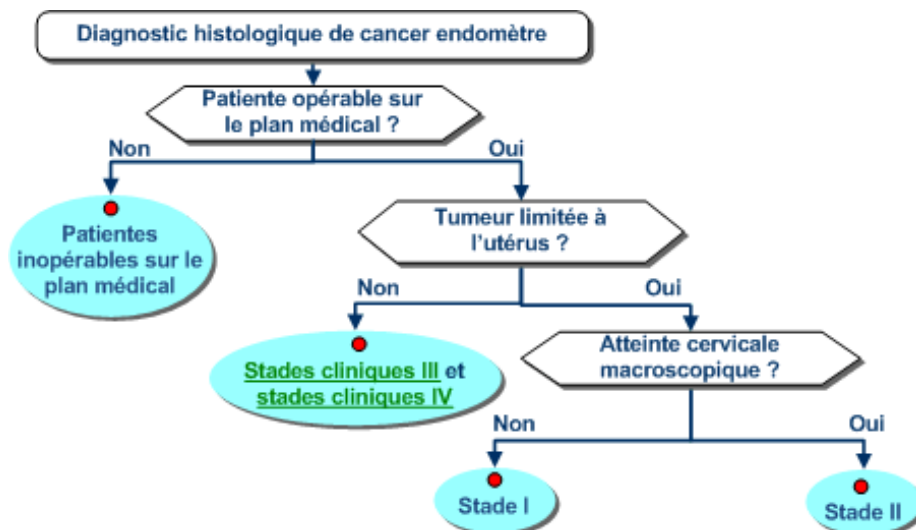
- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : 10 février 2011

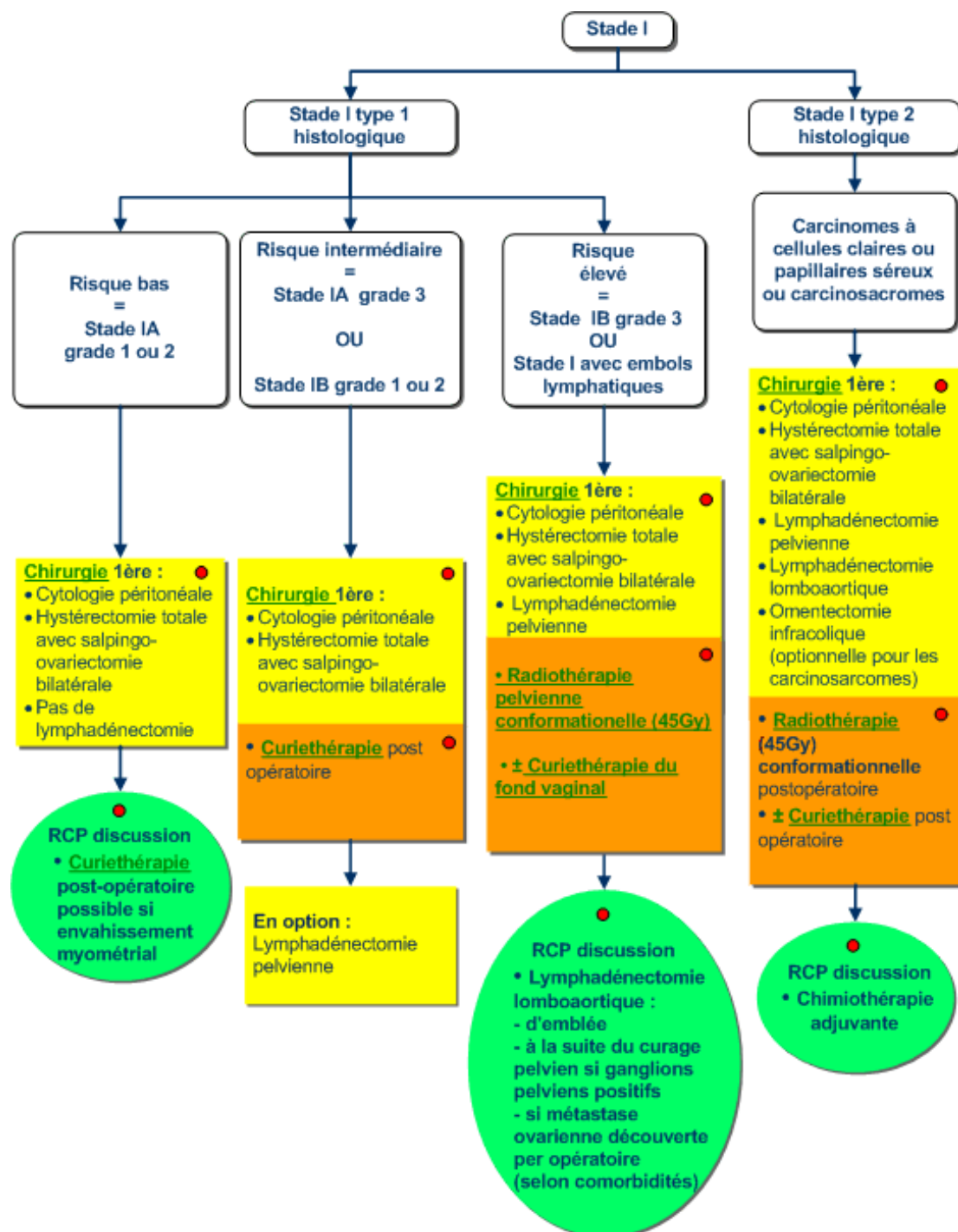
## Traitement

- ▶ A l'issue du [bilan initial](#), le diagnostic d'adénocarcinome de l'endomètre est établi par prélèvement anatomopathologique pour obtenir le type histologique et le grade de la tumeur.
- ▶ Le traitement doit être adapté à l'âge et à la comorbidité de la patiente.

### Prise en charge initiale

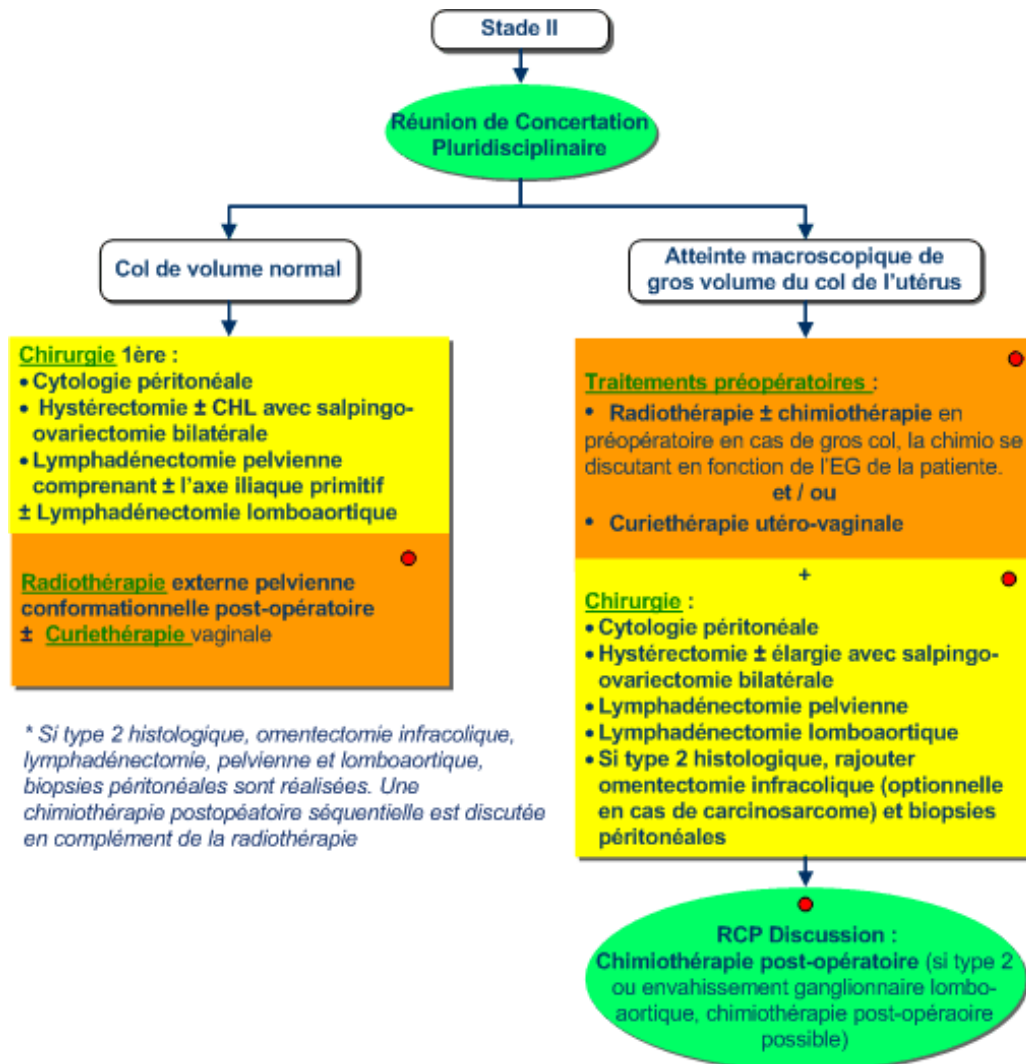


## Traitement des stades I



► Les cancers de formes histologiques rares feront l'objet d'un autre référentiel.

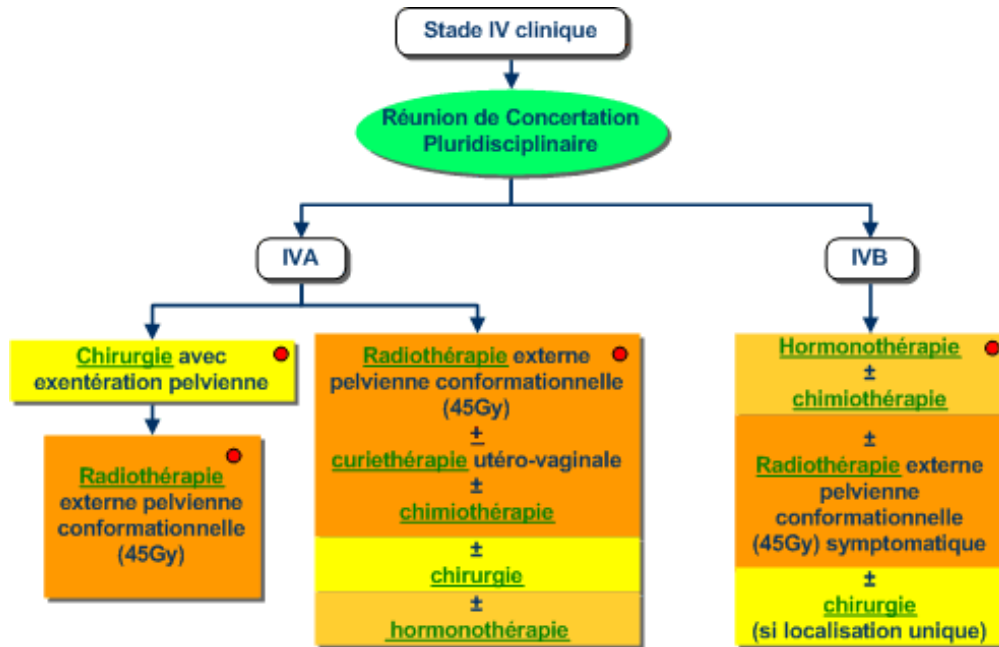
## Traitement des stades II



## Traitement des stades III



## Traitement du stade IV



## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre)

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : 10 février 2011

## Moyens thérapeutiques

### Procédures opératoires

- Cytologie péritonéale
- **Hystérectomie totale extra-fasciale avec colpectomie et annexectomie bilatérale de type Piver I**. En cas d'atteinte cervicale macroscopique l'hystérectomie sera élargie (Piver II)
- **Lymphadénectomie pelvienne** (étage 1) : curage iliaque sous veineux découvrant le nerf obturateur
- **Lymphadénectomie lomboaortique** jusqu'aux hiles rénaux
- En dehors de contres-indications spécifiques d'ordre anesthésique ou liées à l'extension locorégionale, la voie coelioscopique doit être privilégiée.

### Autres gestes possibles

- **Omentectomie** avec biopsies péritonéales +/- curage lomboaortique en cas de carcinomes à cellules claires ou papillaires séreux ou d'atteinte ovarienne. En cas de carcinosarcome, biopsies péritonéales +/- curage lomboaortique.
- **Exentération pelvienne** antérieure ou postérieure.

### Classification des hystérectomies selon Piver

- **Type I** : hystérectomie extra-fasciale
- **Type II** : section du paramètre à l'aplomb de l'uretère dont la dissection est limitée ; colpectomie du tiers supérieur du vagin
- **Type III** : exérèse large du paramètre au plus près de la paroi pelvienne ; colpectomie de la moitié supérieure du vagin
- **Type IV** : dissection complète de l'uretère jusqu'à la pénétration vésicale ; colpectomie des trois quarts

- **Type V** : exentération partielle (résection urétérale ou vésicale partielle)

#### Référence

▶ Piver MS, Rutledge F, Smith JP.

Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer.

*Obstet. Gynecol.* 1974;44(2) : 265-72.

### Classification des hystéroctomies selon Querleu

- **Type A** : résection minimale du Paracervix
- **Type B** : section du Paracervix au niveau de l'urtère
- **Type C** : section du Paracervix à la jonction avec l'axe vasculaire iliaque interne
- **Type D** : résection latérale étendue

#### Référence

▶ Querleu D, Morrow CP

Classification of radical hysterectomy.

[\*Lancet Oncol.\* 2008 Mar; 9\(3\):297-303.](#)

## Radiothérapie externe

▶ **Pelvis** traité par 4 champs ou technique innovante (modulation d'intensité)

- **Dose totale** : 45 à 50 Gy ; 1,8 à 2 Gy par séance, 5 séances par semaine
- **Cache centropelvien** de la zone de curiethérapie proposé à 40 Gy
- **Complément** sur N = 6 à 10 Gy , 2 Gy par séance, 5 séances par semaine

▶ **Aire lombo-aortique** traitée par 4 champs

- **Dose totale** : 45 à 50 Gy ; 1,8 à 2 Gy par séance, 5 séances par semaine

### Curiethérapie

- Curiethérapie **vaginale post-opératoire à bas ou haut débit de dose**
- Curiethérapie **utéro-vaginale pré-opératoire à bas débit de dose** (si atteinte cervicale macroscopique)
- Curiethérapie **interstitielle à bas débit de dose** (si atteinte vaginale/paramétriale étendue)
- Curiethérapie **endo-utérine à bas débit de dose** (radiothérapie exclusive)

## Traitements médicaux

### Hormonothérapie

Doser les récepteurs hormonaux soit sur la pièce opératoire, soit sur les biopsies.

- Progestatif : medroxyprogestérone
- Antiaromatases
- Option : analogues de la LHRH (Luteinizing-hormone-releasing hormone)

## Chimiothérapie

- Association des **antimitotiques** les plus actifs : **carboplatine + taxol**.
- **Autres drogues** : cisplatine et adriamycine ou épirubicine, anthracyclines liposomées.
- **Phase adjuvante ou néoadjuvante** : carboplatine + taxol
- **Phase métastatique** : standard trithérapie platine adria taxol, sinon carbo taxol

" Si l'indication d'une chimiothérapie est posée, l'inclusion dans des essais thérapeutiques doit être proposée à la patiente dans la mesure où, à l'exception du cisplatine et de l'acétate de médroxyprogestérone, les molécules sont actuellement utilisées hors AMM. La chimiothérapie 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. Hors essais, les protocoles utilisés sont :

- l'association cisplatine (50 mg/m<sup>2</sup>)/doxorubicine (60 mg/m<sup>2</sup>) J1 est la plus étudiée mais sa toxicité hématologique fait préférer l'association carboplatine (aire sous la courbe = 5)/paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup>) J1 toutes les 3 semaines pour 4 à 6 cycles notamment pour les patientes fragiles ;
- 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 (5000mg/m<sup>2</sup>) J1/ doxorubicine (50 à 70 mg/m<sup>2</sup>) J1 toutes les 3 semaines ou cisplatine (20 mg/m<sup>2</sup> J1-J4)/ ifosfamide (1500 mg/m<sup>2</sup> J1-J4) ou cisplatine (75 mg/m<sup>2</sup>)/doxorubicine (60 mg/m<sup>2</sup>) J1 toutes les 3 semaines. L'association cisplatine (75 mg/m<sup>2</sup>) J1/ifosfamide (3000 mg/m<sup>2</sup>) J1-J2/doxorubicine (50 mg/m<sup>2</sup>) J1 toutes les 3 semaines peut être discutée."

(Citation extraite du document de l'INCa : [rapport intégral du cancer de l'endomètre](#))

Les référentiels de bon usage sont disponibles sur le site internet de l'INCa à l'adresse suivante :

[http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/2143-rbucancersgynecologiquesmajgemzar290709v2sept09pdf](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2143-rbucancersgynecologiquesmajgemzar290709v2sept09pdf)

## Cas particuliers des carcinomes séreux papillaires et des adénocarcinomes à cellules claires

- ▶ Ils sont pris en charge comme des tumeurs épithéliales de l'[ovaire](#).

## Chirurgie

- ▶ Elle doit comporter une **omentectomie et des prélèvements péritonéaux**.
- ▶ Une **lymphadénectomie pelvienne +/- lomboaortique**.

## Traitements adjuvants

▶ **Chimiothérapie adjuvante**, en particulier en cas d'atteinte péritonéale ou ovarienne ; l'association chimiothérapie puis radiothérapie étant particulièrement toxique, la place respective des 2 thérapeutiques sera à discuter en RCP en fonction des caractéristiques de la patiente et de l'extension tumorale, la chimiothérapie primant.

## Cas particuliers des sarcomes de l'utérus

▶ Ils font l'objet d'un autre [référentiel](#).

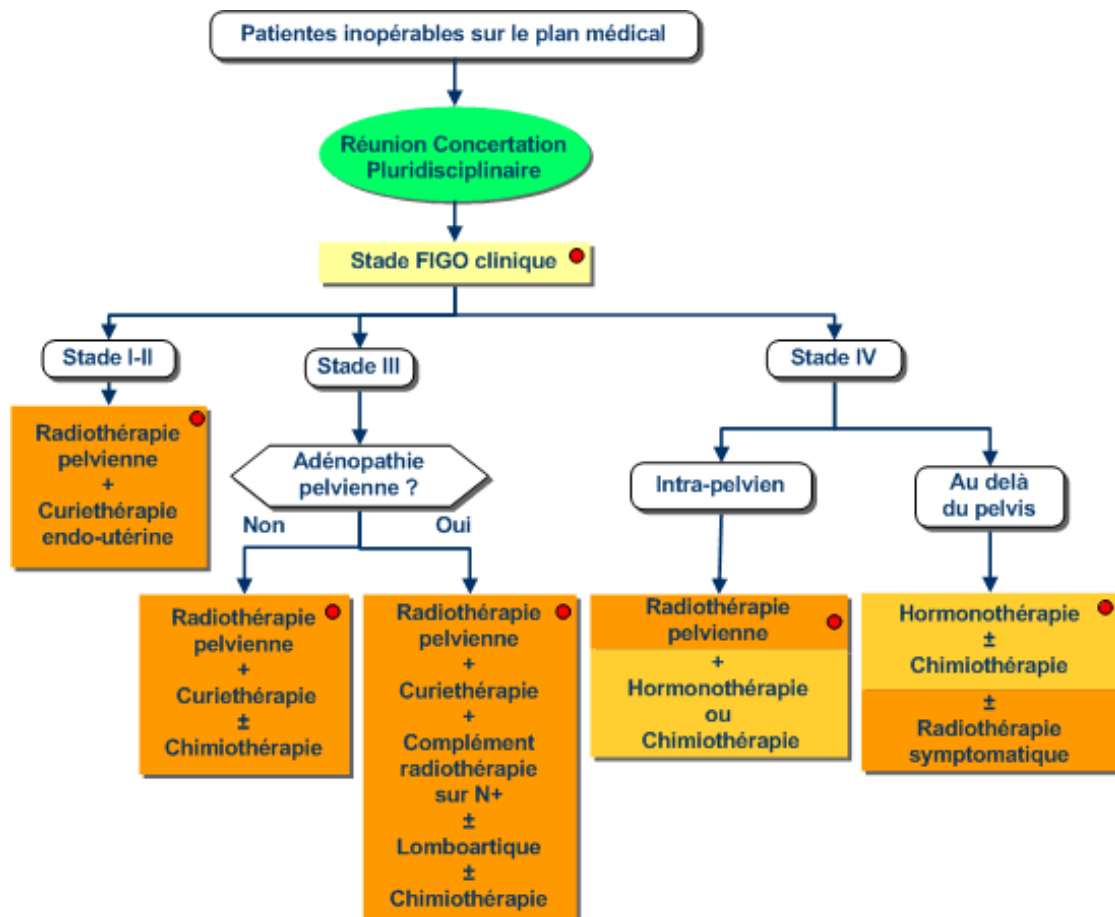
## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre)

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : 10 février 2011

## Traitement des formes inopérables



## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre) ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomico-pathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : **10 février 2011**

## ■ Surveillance

- ▶ Elle repose sur l'**examen clinique général et gynécologique**. Il faut adapter la surveillance en fonction du risque histologique et du risque de récurrence.
- ▶ En cas d'association d'hystérectomie élargie et de traitement adjuvant, le risque de séquelles urinaire et urétérale à distance doit être intégré dans la surveillance.
- ▶ Toute patiente **symptomatique** doit être explorée.
- ▶ Le rythme des examens de surveillance n'est pas établi formellement. Toutefois, **un examen clinique tous les 6 mois les trois premières années** puis tous les ans est suffisant pendant encore 2 ans.
- ▶ Le **traitement hormonal substitutif de la ménopause peut être discuté** en l'absence de facteurs de mauvais pronostic.

## REFERENTIELS

# Utérus - corps (endomètre) ● ● ●

- ▶ Généralités
- ▶ Bilan initial
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Classifications
- ▶ Critères RCP
- ▶ Traitement
- ▶ Moyens thérapeutiques
- ▶ Formes inopérables
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques

Date de révision : **10 février 2011**

## Essais thérapeutiques

- ▶ **XL-147 inhibiteur P13K** : traitement des patientes atteintes de carcinome endométrial récurrent ou avancé.  
Etude de phase II relative au XL-147.  
Durée de l'étude : de novembre 2009 à novembre 2011.
- ▶ **PORTEC 3** : étude de phase III comparant la radiothérapie seule à la radiochimiothérapie concomitante dans :
  - le stade I A avec envahissement de moins de la moitié du myomètre, grade 3, avec embols vasculaires ou lymphatiques
  - stade I B grade 3
  - stade II
  - stade III A ou III C
  - stade I A avec envahissement de moins de la moitié du myomètre, stades IB, II ou III avec type 2 histologique (carcinomes à cellules claires ou papillaires séreux).

Il compare une chimioradiothérapie concomitante (2 cycles de cisplatine 50 mg/m<sup>2</sup> (semaine 1 et 4)) et une chimiothérapie adjuvante (4 cycles de carboplatine (aire sous la courbe = 5) et de paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup>) à 3 semaines d'intervalle) à une radiothérapie seule (48,6 Gy). Son objectif principal est l'étude de la survie globale et de la survie sans maladie.