

# Surveillance des cancers gynécologiques



*Dr Damienne  
CASTAIGNE*

Institut de cancérologie  
**GUSTAVE ROUSSY**  
VILLEJUIF - [www.igr.fr](http://www.igr.fr)

Tours  
20 Novembre 2008  
■■■■■■■■■■

Institut de cancérologie  
**GUSTAVE ROUSSY**  
VILLEJUIF - [www.igr.fr](http://www.igr.fr)

## PRINCIPES GENERAUX DU SUIVI APRES TRAITEMENT D'UN CANCER DU SEIN

Suzette DELALOGUE  
Damienne CASTAIGNE  
Comité de Pathologie Mammaire  
Institut Gustave Roussy

## Méthodes de détection des évènements locaux après cancer du sein

Mode de détection	Mammo seule	Examen clinique	Les deux
Rechute locale	1/3	1/3	1/3
Cancer controlatéral	50-55%	25%	25%

Ashkanani Am J Surg 2001  
Chen Cancer 2003

## Risque de rechute locale: 1% par an

Pour toutes les femmes atteintes de cancer du sein

- ❖ Evènement potentiellement curable
- ❖ Rechute locale: augmentation du risque métastatique ultérieur
- ❖ Intérêt de dépister précocement une rechute locale

→ **Examen clinique** tous les 6 mois les 5 premières années puis annuel  
**Mammographie et examen clinique** annuels à vie

## Risque d'avoir un deuxième cancer du sein: 15-20%

### Pour toutes les femmes atteintes de cancer du sein

- ❖ Intérêt du dépistage précoce dans cette population
- ❖ Dépistage rapproché

→ **Mammographie et examen clinique** annuels à vie

## Identifier les femmes à très haut risque de second cancer: prédisposition

### Pour 5% des femmes atteintes de cancer du sein

- ❖ Les risques de second cancer du sein sont alors de 50%
- ❖ 5% des femmes atteintes de cancer du sein ont une anomalie génétique prédisposante
- ❖ Consultation d'oncogénétique et recherche de mutation germinale des gènes BRCA1 et BRCA2

→ **Mammographie et IRM** annuelles, **Examen clinique et écho 2 fois/an** à vie

## Risque de métastases: très variable

### Pour toutes les femmes atteintes de cancer du sein

- ❖ Aucun intérêt d'un dépistage très précoce des métastases en termes de survie
- ❖ Intérêt non démontré en qualité de vie



**Examen clinique** tous les 6 mois les 5 premières années puis annuel

**Aucun examen complémentaire** recommandé en routine

**Explorations:** à faire en cas de symptôme

## CA 15-3: sensibilité

Sur 298 femmes présentant un cancer du sein métastatique prévalent début 2007

### Ca 15-3 lors de la rechute:

		CA 15-3 élevé	Ca 15-3 non élevé	p
Her2- (58%)	HR+	97 (69%)	43 (31%)	0.003
Her2+ (14%)	HR+	18 (56%)	14 (44%)	
Her2+ (10%)	HR-	11 (46%)	13 (54%)	
Her2- (18%)	HR-	18 (41%)	26 (59%)	

## Proposition pratique

En fonction du risque de rechute à 10 ans	Risque faible < 10%	Risque moyen 10-30%	Risque élevé > 30%
Examen clinique et interrogatoire	Tous les 6 mois jusqu'à 5 ans puis annuel	Tous les 6 mois jusqu'à 5 ans puis annuel	Tous les 6 mois jusqu'à 5 ans puis annuel
CA 15-3	NON	Tous les 6 mois jusqu'à 5 ans ?	Tous les 6 mois jusqu'à 5 ans
Examens complém.	NON	Si élévation CA 15-3 ou symptôme	OUI Echographie hépatique annuelle

En cours de finalisation avec Institut Curie, Centre René Huguenin

## MODALITES DE L'EXAMEN CLINIQUE

- ❖ Interrogatoire à la recherche de symptômes suspects
- ❖ Examen clinique torse nu comprenant :
  - ❖ seins et/ou paroi
  - ❖ aires ganglionnaires adjacentes et sus-claviculaires
  - ❖ examen de la peau
  - ❖ chez la patiente à risque métastatique : palpation abdominale, auscultation et percussion thoracique.

## SURVEILLANCE APRES CHIMIOThERAPIE

- ❖ **Bilan biologique annuel** les premières années (vérifie la restauration hématologique, recherche hémopathie secondaire)
- ❖ Autres: en cas de symptômes (point d'appel cardiaque par ex)
- ❖ **Sous Herceptine:** échographie cardiaque tous les 3 mois jusqu'à la fin du traitement (un an), NFS plaquettes deux fois par an

## Formation Médicale Continue Onco94

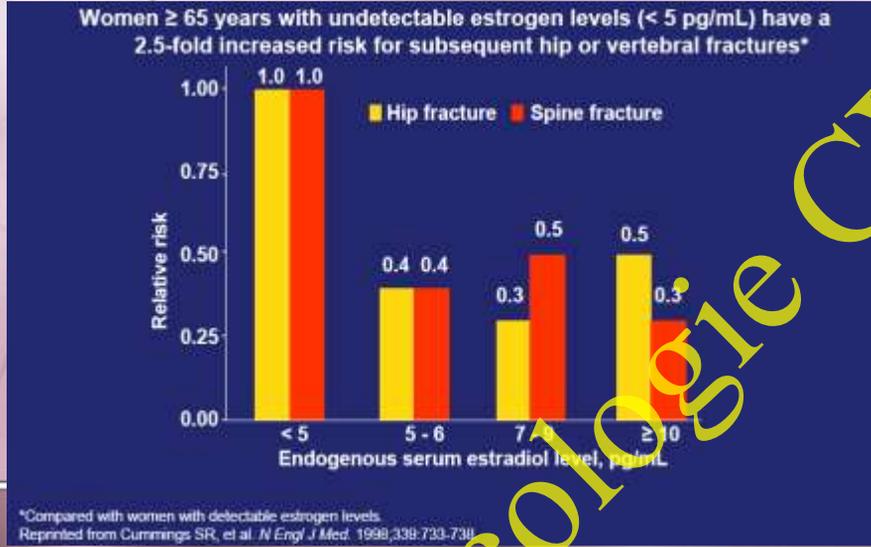
### Suivi après traitement du Cancer du sein

#### Les complications de l'hormonothérapie

Dr Céline Bourcier  
Dr Damienne CASTAIGNE  
Département de Radiothérapie IGR

## La déminéralisation osseuse

### Incidence des fractures osseuses chez les femmes ménopausées x2.5



### FdR ostéoporose

- ❖ Femmes ménopausées
- ❖ Déficit en vitamine D pendant l'enfance, adulte
- ❖ Age  $\geq 65$  ans
- ❖ Age au moment de la ménopause
- ❖ Antécédent fracture à l'âge adulte
- ❖ Histoire familiale d'ostéoporose
- ❖ Tabagisme (atcd tabagisme  $< 10$  ans)
- ❖ Absence d'activités physiques
- ❖ Traitement d'autres comorbidités

### Cancer du sein – facteurs de risque de fracture

- ❖ Cancer du sein (FdR indépendant)
- ❖ Anti-aromatases
- ❖ Chimiothérapie, radiothérapie ?
- ❖ Analogues de la LH-RH
- ❖ Âge
- ❖ Autres facteurs de risque de la ménopause
- ❖ Corticoïdes
- ❖ Faible index de masse corporelle

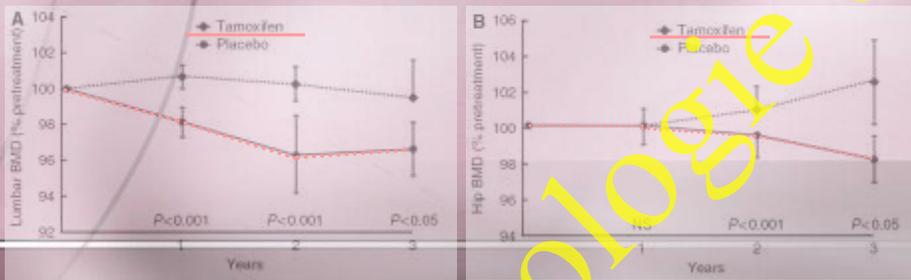
# La déminéralisation osseuse

## Incidence en fonction des traitements ?

**Table 1** Agents causing bone loss in breast cancer patients

Treatment	Study	Patient numbers	Subjects	Outcome
Tamoxifen	Fowles et al (1996)	125	Premenopausal women	↓ Spine BMD by <b>1.4%</b> in 12 months P<0.001 (vs placebo)
	Love et al. (1992)	140	Postmenopausal women	↑ spine BMD by <b>0.61%</b> per year after 2 years p<0.04 (vs placebo)

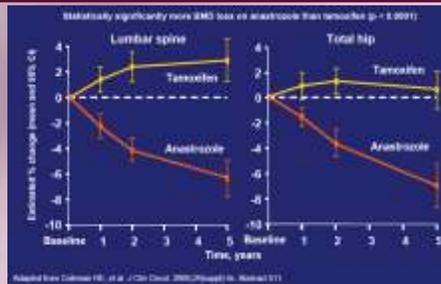
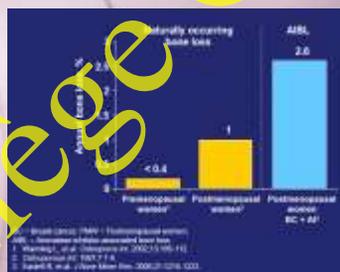
## Déminéralisation osseuse des patientes non ménopausées sous TAMOXIFENE



Powles 1996; Lester BJC 2005

## Cancer du sein – facteurs de risque de perte et fracture osseuse : anti-aromatases

### Perte osseuse existe pour toutes les anti-aromatases

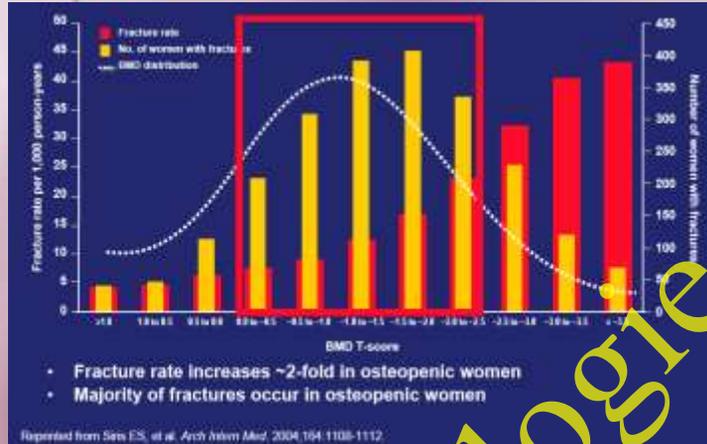


### Fracture osseuse existe pour toutes les anti-aromatases

Study	Median Follow-up	Aromatase Inhibitor (%)	Tamoxifen (%)	P Value
ATAC <sup>26</sup>	68 Months	11	8	< 0.0001
BIG 1-98 <sup>46</sup>	51 Months	9	6	< 0.001
IES <sup>45</sup>	58 Months	7	5	0.003
ABCSG-8/ARNO <sup>31</sup>	28 Months	2	1	0.015

Rugo Clin Breast cancer 2007

## Relation ostéopénie/ ostéoporose et risque fracturaire?



- ❖ Fracture vertébrale+++
- ❖ Ostéodensitométrie trompeuse ! Tous les T score sont à prendre en compte+++

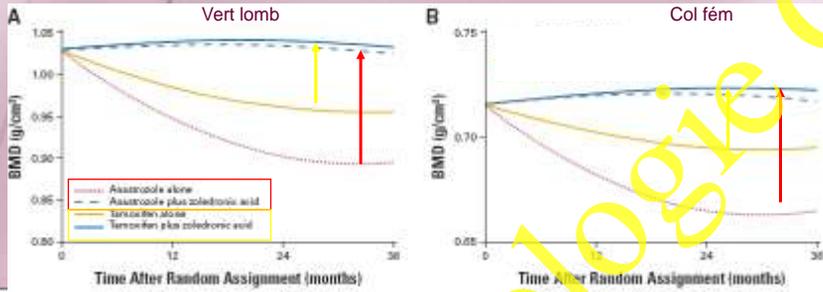
## Faut-il attendre l'ostéoporose ou fractures?

## Prévention de l'ostéoporose des femmes non ménopausées sous HT ?

### Essai ABCSG-12

x 3 ans

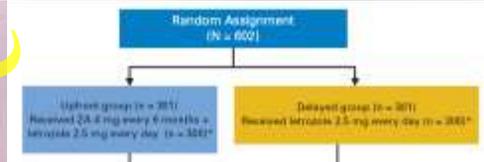
- tamoxifen (20 mg/j) + goserelin (3.6 mg/ 28 jrs) +/- zoledronic acid (4 mg / 6 mois)
- anastrozole (1 mg/j) + goserelin (3.6 mg/ 28 jrs) +/- zoledronic acid (4 mg / 6 mois)



Gnant, JCO, 2007

## Prévention de l'ostéoporose des femmes ménopausées sous HT ?

### Zometa Femara Adjuvant Synergy Trial (Z-FAST)



	Upfront Group		Delayed Group	
	No.	%	No.	%
<b>Baseline and Month 12 BMD</b>				
Normal baseline BMD	203		198	
Month 12 BMD				
Normal	175	86.2	152	76.9
Mild to moderate osteopenia, T score $\leq -1$ to $\geq -2$	7	3.4	25	12.6
Severe osteopenia, T score $< -2$	0	0	0	0
Invalid data	21	10.0	21	10.6
Osteopenia at baseline	70		81	
Month 12 BMD				
Normal	18	25.7	15	9.9
Mild to moderate osteopenia, T score $\leq -1$ to $\geq -2$	44	62.9	54	66.7
Severe osteopenia, T score $< -2$	1	1.4	15	14.8
Invalid data	7	10	7	8.6

Spine BMD 12Mo

Brufsky, JCO, 2007

## ❖ CAT en préventif chez les patientes ménopausées

- ❖ Ostéodensitométrie de référence, puis / 2ans.
- ❖ En cas d'ostéoporose, /an
- ❖ Pas de consensus / ttt d'emblée par biphosphonates pour les patientes avec BMD normale (Z-FAST)

## Si ostéoporose

- ❖ biphosphonates retard + calcium + vitamines D
- ❖ sauf contre-indication

## ❖ CAT en préventif chez les patientes NON ménopausées

- ❖ Pas de consensus / ttt préventif par biphosphonates (ABCSG-12)

## Effects on lipids and thrombosis

	LDL cholesterol	HDL cholesterol	Total cholesterol	Triglycerides	Total:HDL cholesterol	Lp(a)	Apo B
Tamoxifen	↓	↑	↓	↑	↑	↓	↓
Anastrozole	↓	↑/-	↑/-	↓	↓	↑/-	↑/-
Letrozole	↓	↑/-	↑/-	↓	↓	↑/-	↑/-
Exemestane	↓	↑/-	↑/-	↓	↓	↑/-	↑/-

Reference	Thromboembolic events (% of patients)		P-value
	Aromatase inhibitor	Comparator	
ATAC (2002)	Anastrozole 64 (2.1%)	Tamoxifen 109 (3.5%)	= 0.0005
Coombs et al (2004) (IES Trial)	Exemestane 30 (1.3%)	Tamoxifen 55 (2.4%)	= 0.007
Sambrook et al (1998)	Letrozole (2.5 mg) 1 (0%)	Megestrol acetate 15 (7.9%)	Unknown
Goss et al (2003) (MA-17 trial) (cardiovascular events)	Letrozole (0.5 mg) 2 (1%)	Placebo 77 (3.6%)	= 0.4

### CAT

- ❖ cholestérol annuel
- ❖ contrôle initial avant le traitement
- ❖ Prévention des MTE si FdR

## Autres effets

AE	Incidence of AE in trial arm (%)		P-value for comparison	In favor of	Clinical trial
	AI	Tamoxifen (or placebo as indicated)			
Gynecologic changes	1.0 (ANA)	11.3	0.0012	ANA	ITA [6]
	5.8 (EXE)	9.0	<0.001	EXE	IES [4]
Endometrial cancer	0.2 (ANA)	0.8	0.02	ANA	ATAC [2]
Vaginal bleeding	5.4 (ANA)	10.2	<0.0001	ANA	ATAC [2]
	18.0 (ANA)	17.0	0.93	ANA	ABCSG 8/ARNO 95 [5]
	3.3 (LET)	6.6	<0.001	LET	BIG 1-98 [3]
	4.0 (EXE)	5.5	0.05	EXE	IES [4]
	6.0 (LET)	8.0 (PLA)	0.005	LET	MA.17 [7]
Vaginal discharge	3.5 (ANA)	13.2	<0.0001	ANA	ATAC [2]

### CAT

- ❖ examen gynécologique 1/an
- ❖ avec échographie pelvienne
  - ❖ - en début de traitement
  - ❖ → évalue l'état de l'endomètre, présence éventuelle de kyste ovarien chez les femmes non ménopausées
  - ❖ - en cas de symptômes

Cella; Breast Cancer Res Treat 2007

## Surveillance gynécologique sous TAMOXIFENE

- ❖ **CAT kyste ovarien  $\geq$  6 cm**
  - ❖ arrêt transitoire du TAMOXIFENE (1 mois maximum)
  - ❖ prescription d'un agoniste de la LH RH
  - ❖ contrôle à 3 mois

kyste atypique : exploré en cœlioscopie

- ❖ **CAT métrorragies**
  - ❖ consultation de gynécologie,
  - ❖ échographie pelvienne
  - ❖ Hystéroscopie
  - ❖ Arrêt du TAMOXIFENE jusqu'au diagnostic
- ❖ **CAT métrorragies à répétition, hyperplasie ou une atrophie glandulo-kystique symptomatique**
  - ❖ ajout d'un agoniste de la LH RH

# CANCERS DE L'OVAIRE

## SURVEILLANCE

D. CASTAIGNE, Ph. MORICE, C. POMEL,  
C. LHOMMÉ, P. PETROW  
Institut Gustave-Roussy  
94805 Villejuif Cedex

## UTILITE D'UNE SURVEILLANCE SYSTEMATIQUE

### 3 objectifs:

#### ❖ **Dépister les récurrences**

Uniquement si :

- ❖ récurrences fréquentes,
- ❖ traitement à proposer. Récidive curable +++
- ❖ survie améliorée si la récurrence est dépistée précocement
- ❖ traitement non curatif de la récurrence apporte un bénéfice à la patiente (qualité de vie)

#### ❖ **Dépister et diagnostiquer les complications du traitement**

#### ❖ **Dépister un second cancer**

## CANCER DE L'OVAIRE

### Pronostic très péjoratif des cancers de l'ovaire

- ❖ échec du traitement initial (RP, Stab., Prog.)
- ❖ récurrences fréquentes après rémission complète (clinique et/ou histologique).
  - ❖ survie à 5 ans : stade I : 80 % ; stade II : 60%
  - ❖ 30% de rechutes
- ❖ taux de récurrences après chirurgie de second regard négative :
  - ❖ sont de l'ordre de 10% par an
  - ❖ survies à 5 ans : 40 à 50%.

## Traitement des récurrences

- ❖ surtout palliatif
- ❖ traitements non dénués de toxicités
- ❖ qualité de vie
- ❖ attendre symptômes / conséquences psychologiques avant de débiter une chimiothérapie ?
- ❖ situations différentes selon :
  - ❖ stade FIGO initial
  - ❖ modalités de la chirurgie (conservatrice ou non)
  - ❖ type histologique de la tumeur (TLM, adénocarcinome, tumeur non épithéliale),
  - ❖ modalités de la chimiothérapie de première ligne
  - ❖ durée de l'intervalle libre depuis la fin du traitement initial.

## EXAMENS A NOTRE DISPOSITION :

- ❖ **examen clinique**
- ❖ **marqueurs (CA 125, CA 19.9)**
- ❖ **imagerie**

## CANCER DE L'OVAIRE

### Moyens

- ❖ Clinique :
  - Interrogatoire
  - Examen clinique (TV - TR)
- ❖ Biologie :
  - CA 125
- ❖ Imagerie :
  - Echographie
  - Scanner AP
  - IRM
  - PET Scan

## CANCER DE L'OVAIRE

- ❖ CA 125 :
  - ❖ tous les 4 mois → 2 ans
- ❖ Examen clinique :
  - ❖ tous les 6 mois → 3 ans
  - ❖ tous les ans → ~

## L'examen clinique

- ❖ Complet :
  - ❖ interrogatoire (symptômes : digestifs, urinaires, douleurs),
  - ❖ examen général (masse abdominale, adénopathie périphérique)
  - ❖ examen gynécologique (carcinose péritonéale, masse pelvienne).
- ❖ Capital : diagnostic et surveillance sous traitement des récurrences,
- ❖ Oriente pour décider des examens complémentaires à demander
  - ❖ Evite examens inutiles quand progression cliniquement évidente
  - ❖ sous traitement

## Les marqueurs

- ❖ CA 125 :
  - bon élément pour diagnostic de récurrence et surveillance sous traitement :
  - ❖ Valeur prédictive positive élevée (tumeur sécrétant initialement du CA 125)
  - ❖ 75% des cas : = 1 signe de récurrence
  - ❖ peut précéder de plusieurs mois l'apparition de signes cliniques et/ou radiologiques
  - ❖ CA 19-9 : remplace le CA 125 si tumeur mucineuse.

## Les marqueurs

- ❖ CA 125 : élévation isolée fréquente
- ❖ Preuve de la récurrence : parfois très difficile
- ❖ Augmentations non spécifiques du marqueur
- ❖ Second dosage quelques semaines plus tard :
  - ❖ Confirme l'augmentation + cinétique
  - ❖ Carcinose péritonéale à petits grains ou uniquement microscopique
- ❖ Si second dosage élevé: TDM ou echo et si négatif, PET scan
- ❖ Intervention (open coelioscopie) avec prélèvements péritonéaux systématiques si ces examens sont normaux.

## L'imagerie

Utilisation systématique : discutée.

### ❖ Echographie endovaginale :

- ❖ traitement conservateur (récurrence contro-latérale)
- ❖ récurrence pelvienne (cul de sac de Douglas).

### ❖ Echographie abdomino-pelvienne :

- ❖ en cas de CA125 élevé
- ❖ récurrence pelvienne, localisations hépatiques, dilatation rénale débutante.

## L'imagerie

❖ **Scanner abdomino-pelvien** : diagnostic de récurrence de cancer de l'ovaire :

- ❖ spécificité: 90%
- ❖ sensibilité : 40%
- ❖ nettement plus élevée (aux alentours de 80%) si élévation du CA 125
- ❖ détecte : des nodules de carcinose péritonéale (diamètre > 5 mm)
- ❖ ponctions guidées sous scanner ou échographie :
- ❖ preuve cytologique/ histologique

❖ **IRM** : résultats similaires à ceux du scanner

❖ **PET Scan** : en cas d'élévation du CA125

## Au total

❖ **Examens radiologiques** :

- ❖ importants en cas de symptomatologie clinique ou d'élévation du CA 125.
- ❖ non préconisés de façon systématique (surveillance, rémission complète)
- ❖ cas particulier : chirurgie conservatrice (échographie endo-vaginale).

❖ **Examen clinique + dosage de CA 125** = méthode la plus fiable pour détecter une rechute.

❖ **Scanner** :

- ❖ examen le plus performant en cas de signes cliniques et d'élévation confirmée du CA 125.

Attitude adoptée actuellement à l'Institut Gustave Roussy:

**Pour les petits stades ou les tumeurs à la limite de la malignité**

- ❖ Surveillance importante car guérisons possibles après récurrence
- ❖ Récidives : ovaire controlatéral et/ou le cul de sac de Douglas.
- ❖ Après chirurgie conservatrice, à chaque visite :
  - ❖ examen clinique et gynécologique
  - ❖ dosage de CA 125
  - ❖ échographie abdominale et pelvienne endovaginale.
- ❖ Surveillance réalisée tous les 4 mois pendant 1 an,
  - ❖ puis tous les 6 mois pendant 2 ans,
  - ❖ puis tous les ans pendant 5 ans,
  - ❖ puis tous les deux ans.

Attitude adoptée actuellement à l'Institut Gustave Roussy:

**Pour les petits stades**

- ❖ Radiographie pulmonaire annuelle.
- ❖ Fonction de l'ovaire restant bloquée pendant quelques mois (kystes (parfois hémorragiques) sur ovaire restant).
- ❖ Cœlioscopie de contrôle parfois discutée.
- ❖ Dosage du CA 19-9 remplace celui du CA 125 si tumeur mucineuse.

Attitude adoptée actuellement à l'Institut Gustave Roussy:

**En cas de chirurgie non conservatrice et pour les stades av**

- ❖ Utilité de la surveillance discutée.
- ❖ Examens cliniques (général et gynécologique) + dosages du CA 125 : à chaque visite
- ❖ Radiographie pulmonaire annuelle.
- ❖ Rythme de surveillance: tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 1 an, puis tous les ans.

**Surveillance Systématique / tumeurs de l'ovaire**

- ❖ Deux attitudes pour les tumeurs initialement évoluées :
  - ❖ ne revoir la patiente qu'en cas de symptomatologie,
  - ❖ instituer une surveillance régulière (consensus du NIH 1994).
- ❖ Pas de schéma standard de surveillance systématique des patientes traitées pour un cancer de l'ovaire car de nombreux facteurs rentrent en ligne de compte.

## Surveillance Systématique / tumeurs de l'ovaire

- ❖ Difficile de ne préconiser aucune consultation
  - ❖ d'un point de vue **psychologique**
  - ❖ dépister ou surveiller des complications des traitements qui ont été institués.
- ❖ Surveillance systématique utile si un traitement peut avoir un impact sur la survie :
  - ❖ traitement conservateur pour un adénocarcinome de stade I ou une TLM
  - ❖ adénocarcinome avec facteurs pronostiques initiaux favorables (petits stades, grade 1, chirurgie optimale)
  - ❖ traitement chirurgical nécessaire et possible (récidive d'une tumeur de la granulosa),
  - ❖ autres tumeurs non épithéliales (chimiothérapies de rattrapage efficaces)
  - ❖ espoir d'observer une réponse de qualité avec la chimiothérapie
  - ❖ (long intervalle libre, mais notion inconnue au départ de la surveillance).

## Surveillance Systématique / tumeurs de l'ovaire

- ❖ Il semble qu'aucun **examen radiologique** ne soit proposé actuellement systématiquement pour la surveillance des patientes ayant un cancer de l'ovaire (exceptée l'échographie chez les patientes ayant eu un traitement conservateur).
- ❖ La **durée maximale** de cette surveillance n'est pas non plus clairement établie (5 ans ? 10 ans ? plus ?).

## CONCLUSION K DE L'OVAIRE

- ❖ EXAMEN CLINIQUE +++
- ❖ CA 125 ou 19.9 (MUCINEUX) RESTE INDIQUE MAIS:
- ❖ AUCUNE ETUDE SUR LE BENEFICE DE CHAQUE EXAMEN
- ❖ SUIVI > 5 ANS ?
- ❖ RADIO DE THORAX ANNUEL (STADE AVANCEE)
- ❖ AUTRE EXAMENS TDM/IRM AU CAS PAR CAS

## SURVEILLANCE DES CANCERS DU COL TRAITES

Ph. MORICE

Damienne CASTAIGNE

Institut Gustave-Roussy

94805 Villejuif Cedex

## UTILITE D'UNE SURVEILLANCE SYSTEMATIQUE

### 3 objectifs:

#### ❖ Dépister les récurrences

Uniquement si :

- ❖ récurrences fréquentes,
- ❖ traitement à proposer. Récurrence curable +++
- ❖ survie améliorée si la récurrence est dépistée précocement
- ❖ traitement non curatif de la récurrence apporte un bénéfice à la patiente (qualité de vie)

#### ❖ Dépister et diagnostiquer les complications du traitement

#### ❖ Dépister un second cancer

## EXAMENS A NOTRE DISPOSITION :

- ❖ Examen clinique
- ❖ Frottis
- ❖ Marqueurs (SCC)
- ❖ Imagerie
  1. Echo/TDM/IRM
  2. Rx Thorax
  3. PET scan

Table 5. Timing of recurrences after cervical carcinoma

Article	Number of recurrences	Stage of disease included in study	Proportion of recurrences presenting:				Disease-free interval	
			Year 1	Year 2	Year 3	Year 5	Median (months)	Range (months)
Ansink <sup>(19)</sup>	112	IB		62%	75%	92%	25	1-98
Bodurka-Bevers <sup>(20)</sup>	133	IB					16	Unknown
Duyn <sup>(21)</sup>	47	I-IV	49%	68%		100%	18	7-50
Krebs <sup>(22)</sup>	40	IB/IIA/IIIB	58%	83%			10	Unknown
Lim <sup>(23)</sup>	53	IB			77%		18	Unknown
Morice <sup>(25)</sup>	45	I/II	33%	64%	78%	95%	16	2-128
Samlal <sup>(24)</sup>	27	IB/IIA			77%		11	3-64

## DISCUSSION I

### ❖ FROTTIS VAGINAL

- ❖ Histoire naturelle du cancer du col viro-induit
- ❖ Peu sensible
- ❖ Intérêt (uniquement) si tt par radiothérapie exclusive (utérus en place)?
- ❖ Impératif dans les trachélectomies élargies

### ❖ RADIO DE THORAX SYSTEMATIQUE

- ❖ Améliore survie des femmes avec des métastases
- ❖ pulmonaires asymptomatiques dans une seule étude (Bodurka-Bevers 2000)

## BIOLOGIE II

### ❖ SCC (SQUAMOUS CELL CARCINOMA)

- ❖ Dépistage plus précoce des récidives
- ❖ Pas d'amélioration de la survie (Ejasas 2001, Chan 2002) mais remis en question
- ❖ par l'article récent de Reesink-Peters (J Clin Oncol 2005). A re-introduire ?

### ❖ RECHERCHE HPV ET TYPAGE

- ❖ A évaluer mais peut être intéressant

### ❖ PET scan

- ❖ Peut être intéressant. Dans l'étude de Grigsby survie des récidives LA améliorée
- ❖ DUREE > 5 ans. Pas de bénéfice sur la survie

## EXAMENS RADIOLOGIQUES II

### ❖ IRM ou TDM abdomino-pelvienne

- ❖ IRM > TDM évaluation locale
- ❖ Indiqué en cas de suspicion de récurrence locale (discrimination fibrose/récurrence)
- ❖ A titre systématique (stades avancés) ??

### ❖ PET scan

- ❖ En cas de récurrence locale ou méta (récurrence isolée)
- ❖ Peut être intéressant à titre systématique ? Dans l'étude de Grigsby survie des récidives LA améliorée
- ❖ DUREE > 5 ans. **Pas de bénéfice sur la survie**

## CONCLUSION K DU COL

- ❖ EXAMEN CLINIQUE +++
- ❖ PAS D'AUGMENTATION SURVIE CHEZ LES PATIENTES ASYMPTOMATIQUES
- ❖ SUIVI > 5 ANS ?
- ❖ PAS DE RADIO DE THORAX SYSTEMATIQUE.
- ❖ PAS DE FROTTIS VAGINAL SYSTEMATIQUE (SAUF SI UTERUS EN PLACE?)
- ❖ AUTRE EXAMENS ? IRM, HPV ?

## CANCERS DU COL

Particularités du traitement  
conservateur  
(trachélectomie élargie)

## CANCERS DU COL

### Particularités des traitements conservateurs (trachélectomie)

- ❖ Examen clinique
- ❖ Colposcopie systématique
- ❖ Frottis +++
- ❖ I.R.M. Si ostium cervical non visualisé. Fréquence?

## Surveillance des cancers de l'endomètre

Damienne CASTAIGNE  
D'après une étude IGR -> déduction

- ❖ Valeur de l'interrogatoire ++
- ❖ De l'examen clinique du vagin
- ❖ Si signe d'appel – examens complémentaires (radio pulmonaire, scanner, IRM)

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

**ETUDE RETROSPECTIVE DE 390 PATIENTES DE 1986 A 1995  
(Classification FIGO 1988)**

Stade I	266 patientes	68,2 %
Ia	51	
Ib	142	
Ic	73	
Stade II	83 patientes	21,3 %
IIa	67	
IIb	16	
Stade III	36 patientes	9,2 %
IIIa	8	
IIIb	1	
IIIc	27 (N+)	
Stade IV	5 patientes	1,3 %

Age moyen 61,9 ans (25 - 90 ans)

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

### RECIDIVES EN FONCTION DU GRADE ET DU STADE

		Nombre
❖ Stade I	(266)	10
II	(83)	6
III	(36)	10
❖ Grade 1		4
2		17
3		5

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

### RECIDIVES 26/390 PATIENTES

- ❖ Récidive locale
  - ❖ isolée : 5
  - ❖ associée à des métastases : 2
- ❖ Métastases :
  - ❖ 21 patientes

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

### VALEUR PRONOSTIQUE DES RECIDIVES (n = 26)

- ❖ 16 patientes DCD à moins d'un an (61, 5%)
- ❖ 3 patientes DCD à 14 mois, 2 ans et demi et 6 ans
- ❖ 1 patiente toujours vivante en évolution 4 ans et demi après sa récurrence
- ❖ 6 patientes perdues de vue

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

### MODE DE DECOUVERTE DES RECIDIVES

- ❖ Découverte devant une symptomatologie clinique
  - ❖ 22 (84,6 %)
- ❖ Découverte par les examens systématiques :
  - ❖ 4 (15,4 %)
  - ❖ 2 récurrences vaginales
  - ❖ récurrence lombo-aortique : échographie
  - ❖ carcinose péritonéale : lors d'une cholecystectomie

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

### Berchuck & Col. Oncol. Gynec. 1995

- ❖ 354 K. de l'endomètre
- ❖ Surveillance 6 mois
- ❖ 5000 frottis
- ❖ 1700 Rx du poumon
- ❖ Bénéfice pour 8 patientes (récidives vaginales)
- ❖ Récidives détectées par frottis pas de bénéfice thérapeutique

## CANCERS DE L'ENDOMETRE SUIVI POST THERAPEUTIQUE

### SIEGE DES RECIDIVES

### Berchuck & Col. Oncol. Gynec. 1995

❖ Vaginale isolée	12	27 %
❖ Pelvis et/ou abdomen	12	27 %
❖ Poumons	4	10 %
❖ Pelvis / abdomen + poumons	9	20 %
❖ Autres métastases	7	16 %

## PRESENTATION DE L'ASSOCIATION 1000 FEMMES 1000 VIES



1000 femmes 1000 vies

### CONTEXTE DE LA CREATION DE L'ASSOCIATION

Chaque année, en France, 3500 femmes sont atteintes d'un cancer du col de l'utérus et 1000 décès sont constatés.

Ces cancers ne sont pourtant plus une fatalité, car il existe aujourd'hui des solutions pour les éviter. Pour la première fois dans l'histoire, les innovations médicales de dépistage et la vaccination peuvent permettre d'éradiquer ce cancer. Mais encore faut-il que tous les moyens adéquats soient mis en œuvre et accessibles aux femmes le nécessitant.



## 1000 femmes 1000 vies CONTEXTE DE LA CREATION DE L'ASSOCIATION (2)

De nombreuses vies pourraient être sauvées en France et des milliers de femmes seraient épargnées des souffrances physiques et morales inhérentes au traitement de ce cancer. Dans le monde, ce sont plus de 280 000 vies qui sont menacées.

C'est donc à l'initiative de femmes, personnellement concernées par cette question, qu'a été prise la décision de créer l'association « 1000 femmes 1000 vies », pour sauver des vies et épargner les souffrances.



**ASSOCIATION 1000 FEMMES 1000 VIES**  
174, rue de Courcelles - 75017 Paris  
[www.1000femmes1000vies.org](http://www.1000femmes1000vies.org)

**Présidente d'honneur**  
Mme Simone Veil

**Président d'honneur**  
Dr Joseph Monsonego

**Bureau**  
Mme Marie-Josée Deshaies  
Mme Damienne Castaigne  
Mme Assina Charrier  
Mme Murielle Schor  
Mme Marie-Pierre Gouzien

**Conseil scientifique**  
Experts

**Marraines**  
Personnalités diverses

**Réseau national**  
Relais régionaux

**Bénévoles**  
Patients volontaires