



# Place de la laparoscopie dans le traitement du cancer de l'endomètre

Les récents progrès de la laparoscopie ont modifié l'approche chirurgicale des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre. Le centre Swissendos Fribourg en collaboration avec l'AGO (Groupe de travail pour la gynécologie oncologique) et l'AGE (Groupe de travail pour la gynécologie endoscopique) ont entrepris d'élaborer un consensus basé sur l'évidence pour la pratique de la laparoscopie dans le traitement du cancer de l'endomètre. L'objectif a été de définir une approche propre à la Suisse en fournissant aux praticiens une aide à la prise en charge.

Rev Med Suisse 2008; 4: 995-8

P. Petignat  
D. Stucki  
H.-J. Altermatt  
J. Seydoux  
S. Jacob  
P.-A. Brioschi  
D. Fink  
M. Fehr  
J.-F. Delaloye  
P. Loubeyre  
M. Hohl  
M. Mueller  
J.-B. Dubuisson

## Laparoscopy in the management of endometrial cancer

Recent advance in laparoscopy have changed the surgical approach of endometrial cancer patients. The Swissendos Center, Fribourg, in collaboration with AGO (Groupe de travail pour la gynécologie oncologique) and AGE (groupe de travail pour la gynécologie endoscopique) have established a consensus based on the available evidence for the use of laparoscopy in the management of patients with endometrial cancer. The main objective was to define Swiss clinical practice guidelines appropriate to the country and consistent with the needs of the physicians.

## INTRODUCTION

Le cancer de l'endomètre est le quatrième cancer en incidence chez la femme après les cancers du sein, du colon et du poumon. En Suisse, environ 900 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.<sup>1</sup> Les métrorragies sont le symptôme le plus fréquent et permettent un diagnostic précoce lorsque la maladie est curable et de bon pronostic.

Les principaux facteurs pronostiques sont le stade, le grade histologique et les métastases ganglionnaires. Le type histologique constitue également un facteur pronostic important. Le type I (90%) correspond aux adénocarcinomes endométrioïdes et sont associés à un pronostic généralement bon. Le type II (10%) correspond aux adénocarcinomes séropapillaires et à cellules claires. Ils sont associés à un risque élevé de maladie extra-utérine et un pronostic plus réservé.<sup>2</sup>

Le traitement du cancer de l'endomètre est chirurgical. Il consiste à une inspection de la cavité abdominale, une cytologie péritonéale, une hystérectomie avec annexectomie bilatérale et un curage ganglionnaire (à adapter selon l'extension). La chirurgie traditionnelle est la laparotomie, mais la laparoscopie apparaît comme une alternative avec des résultats qui semblent au moins aussi bons. Notre but a été de définir la place de la laparoscopie dans la prise en charge des cancers

de l'endomètre sous forme d'un consensus. Celui-ci devrait fournir aux praticiens une aide aux décisions thérapeutiques.

## EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES: UTILITÉS ET LIMITES

Les examens préopératoires permettent d'identifier les facteurs pronostiques (type histologique, grade tumoral, profondeur d'invasion intramyométriale) liés au risque d'atteinte ganglionnaire. Ces examens comportent toutefois des limites qu'il est important de connaître.

### Biopsie préopératoire

Une biopsie ou curetage après dilatation du col permet de poser le diagnostic de cancer de l'endomètre et de préciser son histologie et son grade. Les travaux



ayant corrélé le diagnostic préopératoire avec le diagnostic final (établi sur la pièce d'hystérectomie) montrent une sensibilité de 58 à 75% et une spécificité d'environ 95%.<sup>3,4</sup>

### Imagerie préopératoire

L'invasion myométriale peut être évaluée par une ultrasonographie (US) vaginale ou une imagerie par résonance magnétique (IRM). Il n'existe pas de large étude prospective ayant évalué le degré d'envahissement myométrial par échographie. Il semble toutefois que l'IRM montre une supériorité. Les résultats reportés dans la littérature pour l'IRM sont très variables, avec une sensibilité et spécificité variant respectivement de 51-94% et 50-89% pour l'invasion myométriale superficielle (< 50%); et de 36-89% et 50-100% pour l'invasion myométriale profonde (> 50%).<sup>5,6</sup>

### Examen extemporané

L'examen extemporané ne devrait pas être utilisé pour établir le diagnostic de cancer. La biopsie préopératoire doit lui être préférée. L'examen extemporané permet d'évaluer la profondeur d'invasion du myomètre de manière plus précise que l'IRM. Le grade et le type histologique établis sur la base d'un examen extemporané présentent une sensibilité et spécificité semblables à la biopsie préopératoire.<sup>4</sup> Idéalement, le diagnostic de cancer, le type histologique et le grade sont établis sur la base d'une biopsie (ou curetage) préopératoire et la profondeur d'invasion est établie sur la base d'un examen extemporané.

## IMPORTANCE DU STAGING

La classification des cancers de l'endomètre la plus couramment utilisée est celle de la FIGO (tableau 1), qui est une classification chirurgicale. Le but du *staging* est de déterminer l'extension de la maladie, de définir l'indication à un traitement adjuvant (radiothérapie et/ou chimiothé-

**Tableau 1. Classification de la FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique 1988)**  
(D'après réf.<sup>7</sup>).

Stade I : le cancer est limité au corps de l'utérus	
IA	Tumeur limitée à l'endomètre
IB	Tumeur envahissant la moitié intérieure de la paroi musculaire de l'utérus
IC	Tumeur envahissant la moitié extérieure de la paroi musculaire de l'utérus

Stade II : le cancer s'est étendu au col de l'utérus	
IIA	Tumeur touchant la muqueuse du col de l'utérus
IIB	Tumeur envahissant le tissu conjonctif du col de l'utérus

Stade III : le cancer s'est propagé à l'extérieur de l'utérus	
IIIA	Tumeur ayant gagné la surface extérieure de l'utérus ou les trompes ou les ovaires, ou présence de cellules cancéreuses dans le liquide de lavage du péritoine
IIIB	Tumeur ayant gagné le vagin
IIIC	Tumeur ayant envahi les ganglions lymphatiques pelviens inguinaux ou para-aortiques

Stade IV : tumeur avec métastases à distance	
IVA	Atteinte de la vessie ou du rectum
IVB	Tumeur métastatique (foie, poumons, os, autre)

pie et/ou hormonothérapie) et de déterminer le pronostic.

L'abord chirurgical peut être de trois types :

1. La voie abdominale se pratique généralement par une incision médiane sous ombilicale et permet un *staging* complet de la maladie.
2. La voie laparoscopique permet de réaliser une exploration et un traitement superposables à la voie abdominale.
3. La voie vaginale est proposée à des patientes médicalement à risque. Ceci n'est toutefois envisageable que si l'utérus est de petite dimension et peut être extrait par voie basse sans morcellement.

### Indication à la lymphadénectomie

Les performances limitées des bilans radiologiques (US, CT-scanner et IRM) font que la chirurgie reste le seul examen fiable pour évaluer l'atteinte ganglionnaire. Le risque d'atteinte dépend essentiellement du grade histologique et de la profondeur d'invasion myométriale. Il peut être évalué de la façon suivante (tableau 2) :

- Les patientes ayant une tumeur de grade 1 à 2 et une profondeur d'invasion myométriale inférieure à 50% sont considérées à «bas risque». Le risque d'atteinte ganglionnaire est inférieur à 10%.
- Les patientes ayant une tumeur de grade 3 et/ou une invasion myométriale supérieure à 50% sont considérées à «haut risque». Le risque d'atteinte ganglionnaire est supérieur à 10%.

La lymphadénectomie chez les patientes à bas risque reste controversée, par contre elle est indiquée chez les patientes à haut risque.

### Faut-il faire une lymphadénectomie chez les patientes à «bas risque»?

Les éléments en défaveur d'une lymphadénectomie sont les risques de complications postopératoires survenant chez des patientes souvent âgées et présentant fréquemment des comorbidités telles qu'obésité, diabète ou hypertension artérielle. Les éléments en faveur d'une lymphadénectomie sont un risque d'atteinte ganglionnaire non négligeable (3-8%) et les incertitudes quant aux facteurs pronostiques qui ne seront connus de manière définitive qu'*a posteriori* (environ 20% des patientes initialement classées «bas risque» sont en réalité à «haut risque» à la pathologie finale).<sup>7</sup>

Le Gynecologic oncology group (GOG) et l'American college of obstetricians and gynecologists (ACOG) recommandent une lymphadénectomie chez les patientes présentant un cancer de l'endomètre «si le geste n'ajoute pas un risque

**Tableau 2. Pourcentage de ganglions positifs en fonction du grade et de l'envahissement du myomètre**  
(D'après réf.<sup>7</sup>).

Situations	% ganglions positifs
Grade 1 et < 1/3 interne du myomètre	3-4% pelvien
Grade 2-3 et 1/3 moyens du myomètre	5-9% pelvien et 4% para-aortique
Grade 3 et 1/3 externe et/ou présence de maladie extra-utérine	20-60% pelvien et 10-30% para-aortique



opératoire excessif».<sup>8</sup> Le prélèvement du ganglion sentinelle et sa validité sont en cours d'évaluation.<sup>9</sup>

### Quand faut-il faire une lymphadénectomie para-aortique ?

Une lymphadénectomie est indiquée pour a) les lésions de grade 3 ; b) lorsque l'infiltration myométriale est supérieure à la moitié ; c) pour une histologie de type II (séro-papillaire ou à cellules claires) et d) lorsqu'un ganglion pelvien est positif.

### Combien de ganglions ?

L'étendue du curage ganglionnaire reste un sujet controversé. On considère toutefois que pour une lymphadénectomie « diagnostique », limitée à la région interiliaque (zone sentinelle des cancers de l'utérus), un nombre moyen de quinze ganglions pelviens est un minimum.

### Quand faut-il effectuer une omentectomie ?

Les tumeurs séropapillaires ont tendance à se comporter comme les cancers épithéliaux ovariens. Ils doivent faire l'objet d'une chirurgie de *staging* comprenant une cytologie péritonéale, des prélèvements péritonéaux étagés du cul de sac de Douglas aux coupes diaphragmatiques, une lymphadénectomie pelvienne et para-aortique ainsi qu'une omentectomie.<sup>2</sup>

## LAPAROSCOPIE OU LAPAROTOMIE

### Avantages de la laparoscopie

Les avantages de la laparoscopie sont actuellement bien connus et reposent sur la diminution des éléments suivants : douleurs postopératoires (et donc la consommation d'antalgiques), infections (abcès paroi), adhérences péritonéales, complications pariétales (éventration), durée d'hospitalisation et de convalescence (arrêt de travail plus court, reprise plus rapide des activités). Le rapport coût/efficacité est en faveur de la laparoscopie en ce qui concerne la durée d'hospitalisation et la convalescence.<sup>10,11</sup> La qualité de vie après traitement est également en faveur de la laparoscopie (étude GOG-LAP II).

### Inconvénients de la laparoscopie

Ceux-ci sont essentiellement liés à la nécessité d'acquies et de maîtriser un matériel de laparoscopie adapté à la chirurgie des cancers. Une courbe d'apprentissage est nécessaire et permet avec l'expérience d'obtenir les bénéfices liés à la technique.

### Contre-indications à la voie laparoscopique

L'approche abdominale doit être maintenue en cas de : a) de suspicion de dissémination tumorale intrapéritonéale ; b) de volume utérin et/ou d'accès vaginal étroit ne permettant pas une extraction aisée de l'utérus ; c) de la présence d'une lésion infiltrant toute la paroi du myomètre et comportant un risque important de rupture peropératoire et d) de masse abdominale ou ovarienne associée.

### Métastase sur site de trocart

Le risque de dissémination et d'implantation de cellules

tumorales sur un trajet de trocart est généralement observé en présence d'ascite et/ou de carcinose péritonéale. Toutefois, plusieurs cas ont été rapportés chez des patientes présentant une maladie à un stade précoce.<sup>12</sup> La prévention de ce type de complication passe par le respect des indications et la bonne connaissance des limites de la laparoscopie, à savoir : a) éviter au maximum de manipuler la tumeur ; b) ne pas morceler la tumeur ou les ganglions et c) effectuer des extractions protégées (*endobag*).

### Le nombre de ganglions est-il identique par laparotomie ou laparoscopie ?

Les lymphadénectomies par laparoscopie sont actuellement des techniques bien codifiées, sûres et fiables chez des opérateurs ayant acquis une expérience. Plusieurs études ont confirmé l'équivalence de la laparoscopie par rapport à la laparotomie en termes de nombre de ganglions prélevés.<sup>11</sup>

### Les taux de survie sont-ils comparables ?

Les résultats de plusieurs études d'observation font état de taux de survie après laparoscopie comparables à ceux de la laparotomie.<sup>11,13</sup> La publication de l'étude randomisée du Gynecologic oncology group (GOG LAP-II), incluant plus de 2600 patientes et comparant les deux techniques chirurgicales, devrait apporter des données définitives. En attendant ces résultats, une grande rigueur est indispensable dans la sélection des patientes et dans la technique opératoire qui doit être rigoureuse avec des précautions superposables à celles prises lors d'une laparotomie.

### Complications liées à la laparoscopie

Comme pour toute intervention chirurgicale, la laparoscopie comporte des risques opératoires et anesthésiques. Les complications sont essentiellement les plaies vasculaires lors des lymphadénectomies pouvant nécessiter une conversion en laparotomie. Ces complications restent toutefois très rares dans des mains expérimentées.

## CONCLUSION

Il apparaît que la laparoscopie a une place de choix dans le traitement chirurgical des cancers de l'endomètre pour autant que l'indication soit rigoureuse et que les limitations de la technique soient respectées. Elle permet de réduire l'incision abdominale, le temps d'immobilisation postopératoire et la morbidité chirurgicale. A court et moyen terme, les résultats oncologiques semblent être les mêmes que par voie ouverte, toutefois les résultats à long terme doivent encore être validés. ■

### Implications pratiques

- > Le traitement du cancer de l'endomètre est chirurgical et comprend une hystérectomie, une annexectomie bilatérale et un curage ganglionnaire (à adapter selon l'extension)
- > Le risque d'atteinte ganglionnaire est lié au grade tumoral et au degré d'envahissement du myomètre



### Implications pratiques (suite)

- > Les évaluations préopératoires par biopsie et IRM permettent d'évaluer le risque d'atteinte ganglionnaire, mais comportent leurs limites
- > L'examen extemporané de la pièce d'hystérectomie semble être plus précis que l'IRM dans la détermination du degré d'invasion
- > Les patientes ayant une lésion de grade 1-2 et une invasion myométriale inférieure à 50% sont considérées à «bas risque» d'atteinte ganglionnaire
- > Les patientes ayant une lésion de grade 3 ou une invasion myométriale supérieure à 50% sont considérées à «haut risque» d'atteinte ganglionnaire
- > Les patientes présentant une tumeur séropapillaire (type II) doivent bénéficier d'un *staging* comparable au cancer ovarien
- > L'approche laparoscopique offre un avantage en termes de morbidité et de qualité de vie
- > Les études disponibles (études d'observations) comparant les taux de survie après laparoscopie ou laparotomie suggèrent des taux semblables
- > Les résultats des essais randomisés actuellement en cours devraient apporter une réponse définitive (survie et qualité de vie)

### Adresses

Drs Patrick Petignat, Sandrine Jacob et  
Pr Jean-Bernard Dubuisson  
Département de gynécologie et d'obstétrique  
Dr Pierre Loubeyre  
Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle  
HUG, 1211 Genève 14  
patrick.petignat@hcuge.ch

Dr David Stucki  
Clinique de gynécologie et obstétrique  
Hôpital cantonal, 1708 Fribourg

Dr Hans-Joerg Altermatt  
Pathologie Länggasse  
Forstweg 56, 3012 Bern

Dr Jacques Seydoux  
Clinique de gynécologie et obstétrique  
Hôpital du Jura, 2800 Delémont

Dr Pierre-Alain Brioschi  
Clinique de Genolier, 2072 Genolier

Drs Daniel Fink et Mathias Fehr  
Klinik für Gynäkologie, Département Frauenheilkunde  
Universitätsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Dr Jean-François Delaloye  
Département de gynécologie et d'obstétrique  
CHUV, 1011 Lausanne

Dr Michael Hohl  
Frauenklinik  
Kantonsspital Baden, 5400 Baden

Dr Michel Mueller  
Frauenklinik des Inselspital  
Universität Bern, Effingerstrasse 102, 3010 Bern

### Bibliographie

- 1 www.asrt.ch/RGT/
- 2 Alobaid A, Bruchim I, Verkooijen H, Gauthier P, Petignat P. Adjuvant therapy for patients with stage I papillary serous endometrial cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006;32:358-62.
- 3 Ben-Shachar I, Pavelka J, Cohn DE, et al. Surgical staging for patients presenting with grade I endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 2005;105:487-93.
- 4 Sanjuan A, Cobo T, Pahisa J, et al. Preoperative and intraoperative assessment of myometrial invasion and histologic grade in endometrial cancer: Role of magnetic resonance imaging and frozen section. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:385-90.
- 5 Barwick TD, Rockall AG, Barton DP, Sohaib SA. Imaging of endometrial adenocarcinoma. *Clin Radiol* 2006;61:545-55.
- 6 Nakao Y, Yokoyama M, Hara K, et al. MR imaging in endometrial carcinoma as a diagnostic tool for the absence of myometrial invasion. *Gynecol Oncol* 2006;102:343-7.
- 7 Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer: A Gynecologic oncology group study. *Cancer* 1987;60 (Suppl. 8):2035-41.
- 8 Hernandez E. ACOG Practice bulletin number 65: Management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2006;107:952;author reply 952-3.
- 9 Delaloye JF, Pampallona S, Chardonnes E, et al. Intraoperative lymphatic mapping and sentinel node biopsy using hysteroscopy in patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2007;106:89-93.
- 10 Spirtos NM, Schlaerth JB, Gross GM, et al. Cost and quality-of-life analyses of surgery for early endometrial cancer: Laparotomy versus laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1795-9;discussion 1799-800.
- 11 Tozzi R, Malur S, Koehler C, Schneider A. Laparoscopy versus laparotomy in endometrial cancer: First analysis of survival of a randomized prospective study. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:130-6.
- 12 Sanjuan A, Hernandez S, Pahisa J, et al. Port-site metastasis after laparoscopic surgery for endometrial carcinoma: Two case reports. *Gynecol Oncol* 2005;96:539-42.
- 13 Magrina JF. Outcomes of laparoscopic treatment for endometrial cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:343-6.

\* à lire

\*\* à lire absolument