

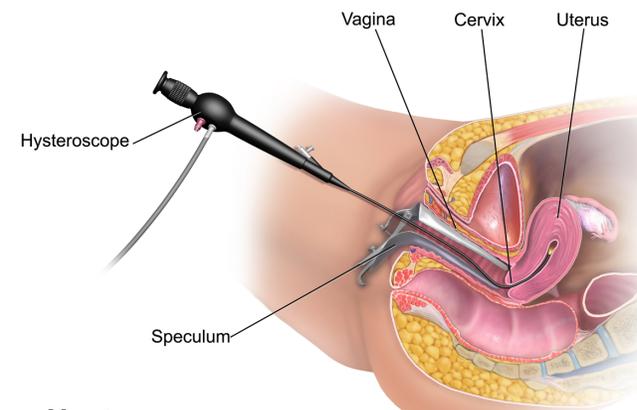
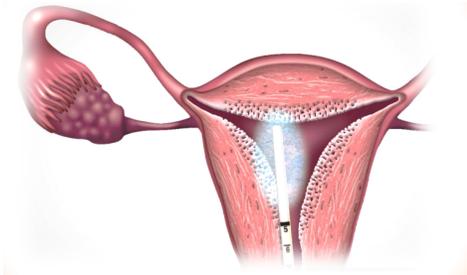
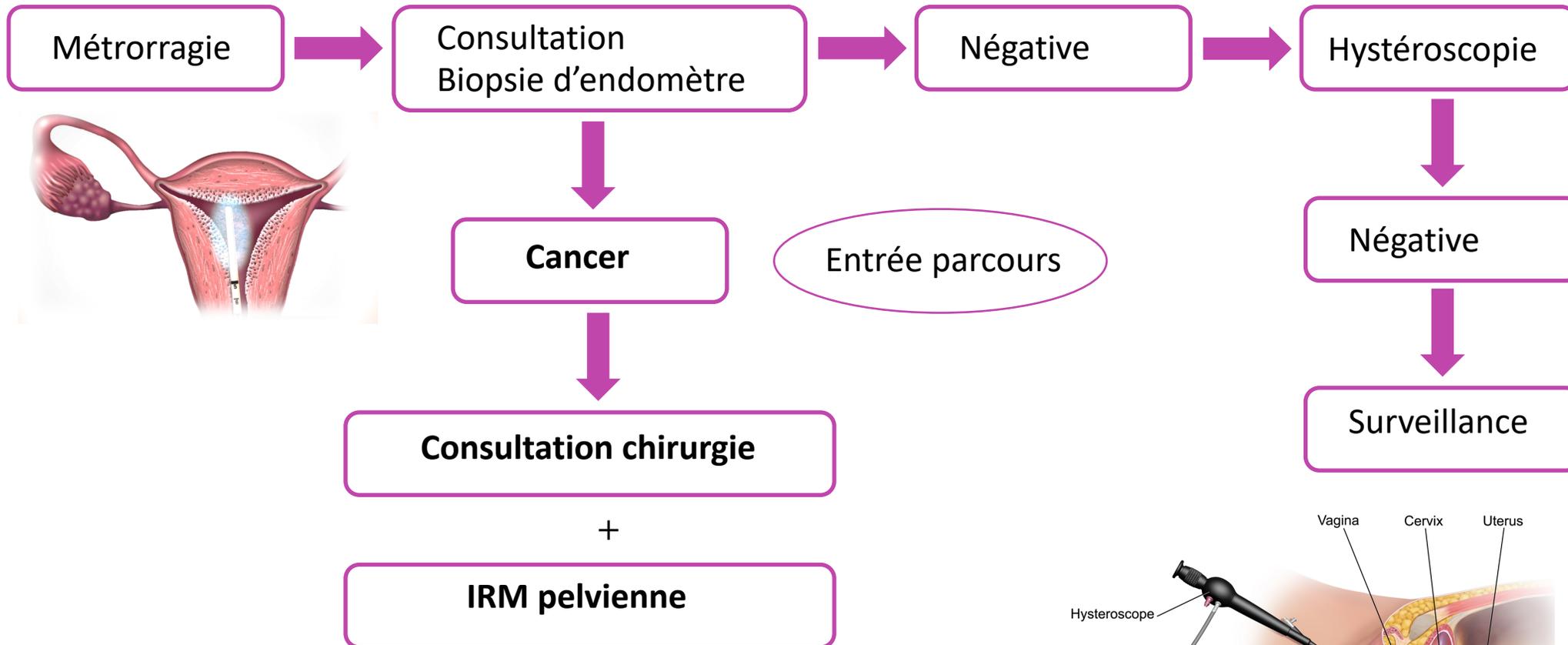


CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Parcours de soins
Standards actuels

Dr Adrien BOSCHER
FMC 19 septembre 2024
CH Arras

Tout saignement post ménopausique est un cancer de l'endomètre (gynécologique) jusqu'à preuve du contraire



8400 nouveaux cas en 2023 (1^{er} cancer gynécologique)
2700 décès / an en 2020 ; Europe 5y-OS 76% (EUROCARE-5, 2015)



Cancer de l'endomètre

IRM pelvienne

Option selon risque
TDM TAP, TEP-TDM, CA125

RCP pré-thérapeutique

CHIRURGIE

Voie mini-invasive = Coelioscopie classique ou Robot-assistée

Hystérectomie totale et annexectomie bilatérale

Ganglion sentinelle pelvien

Stadification ganglionnaire

(Cytologie, biopsies, omentectomie)

Stadification péritonéale
si haut risque (p53 muté, non endométrioïde)



Cancer de l'endomètre

| | | |
|---------------|--|-----------------------|
| IRM pelvienne | Option selon risque TDM TAP, TEP-TDM, CA125 | RCP pré-thérapeutique |
|---------------|--|-----------------------|

Cancer de l'endomètre

| | | |
|---------------|--|-----------------------|
| IRM pelvienne | Option selon risque TDM TAP, TEP-TDM, CA125 | RCP pré-thérapeutique |
|---------------|--|-----------------------|

CHIRURGIE

Réhabilitation précoce

Consultation IDE RAAC en pré-opératoire

RAAC : réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS)

- Boisson sucrée jusque H-2
- Limitation morphiniques : AINS, co-antalgiques
- Prévention NVPO
- Mobilisation précoce
- Retrait SAD précoce
- Alimentation précoce
- Déambulation
- Absence de drain abdominal

Cancer de l'endomètre

| | | |
|---------------|--|-----------------------|
| IRM pelvienne | Option selon risque TDM TAP, TEP-TDM, CA125 | RCP pré-thérapeutique |
|---------------|--|-----------------------|

CHIRURGIE

Réhabilitation précoce

Ambulatoire

Motivation de la patiente

Absence de contre-indication
→ Seule à domicile
→ Comorbidités

Validation médicale de la sortie

Appel du lendemain par **IDE UACA**



Cancer de l'endomètre

| | | |
|---------------|--|-----------------------|
| IRM pelvienne | Option selon risque TDM TAP, TEP-TDM, CA125 | RCP pré-thérapeutique |
|---------------|--|-----------------------|

| | | |
|-----------|------|-------------|
| Chirurgie | RAAC | Ambulatoire |
|-----------|------|-------------|

Anatomopathologie

pTNM
T : utérus
N : ganglion sentinelle

p53

POLE

Type histologique

Grade

Emboles

MSI : MSH6, PMS2



Cancer de l'endomètre

| | | |
|-------------------|--|-----------------------|
| IRM pelvienne | Option selon risque TDM TAP, TEP-TDM, CA125 | RCP pré-thérapeutique |
| Chirurgie | RAAC | Ambulatoire |
| Anatomopathologie | RCP post-chirurgie | |

Chimiothérapie

Radiothérapie

Curiethérapie

Surveillance



Cancer de l'endomètre

| | | |
|-------------------|--|-----------------------|
| IRM pelvienne | Option selon risque TDM TAP, TEP-TDM, CA125 | RCP pré-thérapeutique |
| Chirurgie | RAAC | Ambulatoire |
| Anatomopathologie | RCP post-chirurgie | Traitement adjuvant |

MMR déficient = instabilité microsatellitaire





CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Merci de votre attention

Dr Adrien BOSCHER

FMC 19 septembre 2024

CH Arras