

PC en radio-oncologie 2020: sites gynécologiques – Points essentiels

Cancer du col

- 4^e cancer au niveau mondial en incidence et mortalité chez la femme
- **Maladie des pays en voie de développement**, où c'est le cancer gynécologique le plus fréquent parmi les trois principaux (col, endomètre, ovaire) et où il est environ 10x plus fréquent que dans les pays industrialisés
- **En Suisse, le moins fréquent des trois principaux cancers gynécologiques**, grâce notamment au **dépistage (frottis)** permettant une nette diminution de l'incidence au courant des 15 dernières années
- But du dépistage, qui se fait en général dès l'âge de 21 ans et jusqu'à 65 ans = découvrir des lésions précurseurs du cancer (« dysplasies ») et les enlever par petite excision locale (pouvoir décrire en une ligne en quoi consiste le dépistage)
- Dans notre pays, > 50% des cas de cancer découverts chez des femmes n'ayant pas bénéficié d'un suivi correct dans un programme de dépistage
- Intérêt de la **vaccination contre le HPV**, qui diminuera encore l'incidence dans les années à venir
- **Facteur de risque principal = activité sexuelle**, qui transmet l'HPV qu'on estime être impliqué dans environ 100% des cas
- Le HPV est non seulement impliqué dans le cancer du col, mais également les cancers du vagin, de la vulve, du pénis, de l'anus, et de l'oropharynx chez les deux sexes, ainsi que la majorité des condylomes génitaux chez la femme (**pour l'examen, pouvoir citer deux exemples de ces autres cancers ou maladies en plus du cancer du col**)
- La vaccination contre l'HPV a été introduite en Suisse pour les filles adolescentes dès 2007, et est **recommandée également pour les garçons et jeunes hommes âgés de 11 à 26 ans** (avec également un **rattrapage recommandé pour les jeunes femmes non vaccinées jusqu'à l'âge de 26 ans**)
- On estime au niveau mondial qu'une couverture de 70% de la population par la vaccination anti-HPV pourrait diminuer de 2/3 le nombre de cas et le nombre de décès liés à ce cancer
- La grande majorité des cancers du col = des **carcinomes épidermoïdes**
- Staging particulier par le système « **FIGO** » (Fédération internationale de gynécologie et obstétrique) en plus du système TNM habituel (**pas de détails à retenir, juste le nom**)
- Deux examens incontournables dans le bilan d'extension (mais non « permis » dans le système FIGO qui est adapté au tiers monde) = **IRM pelvienne et PET-CT**
- Traitement = chirurgie seulement dans des cas encore précoces au moment du diagnostic (rares)
- La radiothérapie joue un rôle important dans le traitement (environ 60% des cas), en général impliquant **une RT externe ainsi qu'une curiethérapie** (savoir qu'il y a les deux)
- La **radio-chimiothérapie** concomitante (en même temps) est standard dans la majorité des cas nécessitant une radiothérapie externe
- **Rôle du PET-CT : essentiel pour aider à définir l'étendue de la radiothérapie externe = pelvienne seule ou « extended-field RT » (EFRT) qui est une radiothérapie incluant des adénopathies para-aortiques** (pour l'examen, pouvoir donner en anglais le terme complet, et donner la petite définition soulignée)
- Intérêt de l'**IMRT (« intensity-modulated RT »)** pour diminuer la toxicité notamment digestive des traitements pelviens et abdominaux (pouvoir également dire à quoi correspond le terme « IMRT », soit en anglais ou si vous préférez en français = RT conformationnelle avec modulation d'intensité)
- Doses typiques pour la RT externe = 45-50 Gy électif à 1,8-2 Gy/fraction + « boost » (surdosage) sur certaines zones (p ex des adénopathies) jusqu'à 60 Gy environ (**pour l'examen, pas besoin de pouvoir dire les doses exactes, mais pouvoir reconnaître que ce**

n'est pas 78-80 Gy comme dans le ca de la prostate, et pas 3 x 7 Gy comme une curiethérapie)

- **La curiethérapie (interstitielle ou intra-cavitaire), qui est utilisée pour surdoser la tumeur primaire au niveau du col (= le but de la curiethérapie), reste une composante incontournable de la prise en charge**
 - **Une RT externe « stéréotaxique » ne peut pas la remplacer** comme malheureusement devient une habitude de plus en plus répandue, des études montrant que les taux de guérison sont nettement réduites avec cette pratique
- **Rappel - la curiethérapie dans les tumeurs gynécologiques (pouvoir donner la définition des deux types de curiethérapie) :**
 - **« intra-cavitaire »** implique l'introduction de sondes dans des cavités existantes, telles le vagin, dans le but de traiter des zones relativement peu profondes
 - **« interstitielle »** implique l'implantation chirurgicale de guides dans des tissus pour permettre une bonne couverture volumétrique d'un volume tumoral important, tel une tumeur du col
 - **Quelques fractions, typiquement de l'ordre de 5-7 Gy (pas de détails à connaître, savoir juste que ce n'est pas 1,8-2 Gy)**

Cancer de l'endomètre

- **Le cancer gynécologique le plus fréquent en Suisse et dans l'occident**, où il est environ 10x plus fréquent que dans les pays en voie de développement
- **Facteurs de risque principaux : âge, obésité, autres...**
- NB **pas** d'association avec le HPV
- Pronostic plutôt bon, car beaucoup de cas découverts à un stade précoce par **la présentation classique = réapparition de saignements vaginaux chez une femme ménopausée**
- Presque toujours des adénocarcinomes
- Staging FIGO et TNM
- **La chirurgie (hystérectomie) est au centre de la prise en charge et intervient presque toujours comme première étape**
- **La radiothérapie « adjuvante »** (post-opératoire) joue un rôle important dans le traitement d'environ 50% des cas, impliquant **dans la plupart des cas une curiethérapie endo-vaginale seule**, qui cherche à traiter la cicatrice post-hystérectomie au niveau du dôme vaginal
- **Le rajout d'une radiothérapie externe pelvienne à la curiethérapie endo-vaginale seule a en effet été montrée comme n'améliorant pas les résultats oncologiques dans les cas en tout cas précoces (donc la majorité des cas), tout en augmentant la toxicité digestive et urinaire chronique (connaître ces deux points, qui expliquent que la radiothérapie externe n'est que rarement indiquée)**
- Curithérapie endo-vaginale (un exemple de curiethérapie endo-cavitaire) en général à « haut-débit » (HDR), administrant typiquement 5-7 Gy par fraction en quelques séances ambulatoires courtes
- **Si RT pelvienne, dose typique = 45-50 Gy** (de nouveau pas de chiffres exactes à connaître), avec **intérêt des techniques type IMRT pour minimiser la dose intestinale et vésicale**

Cancer de l'ovaire

- En Suisse, le deuxième plus fréquent des cancers gynécologiques après l'endomètre
- **Parfois appelé « the silent killer »** car **symptômes aspécifiques, et déjà métastatique à distance dans 60% environ des cas**
- Le traitement repose sur **la chirurgie et la chimiothérapie**
- **La RT n'y joue quasi aucun rôle**

Toxicité de la RT dans les cancers gynécologiques

- **Aiguë** : diarrhées, cystite, mucite vaginale, toxicité hématologique (**pouvoir en spécifier deux**)
- **Chronique** : diarrhées, urgences/incontinence urinaires, sténose/sécheresse vaginale, ménopause précoce (**pouvoir en spécifier deux**)
- Intérêt de la « transposition des ovaires » pour les déplacer chirurgicalement hors du pelvis chez les patientes jeunes pour éviter la ménopause précoce (systématique pour >6 Gy chez les ptes de >40 ans)