



Recommandations pour la Pratique Clinique 2025

Prise en charge des cancers du col utérin localisés



Cyrus CHARGARI

Pitié Salpêtrière – Sorbonne Université



»» Cyrus Chargari, Isabelle Ray-Coquard, Judith Michels

»» Florence Joly, Jean-Sébastien Frenel

»» Fabrice Lecuru, Alejandra Martinez, Pierre Combe, Jean-Emmanuel Kurtz, Diana Bello-Roufai, Karinne Prulhière, Catherine Genestie, Corinne Balleyguier, Anne Ducassou, Sylvain Demontoy, Dominique Berton, Christine Rousset-Jablonski

| Grade des recommandations | Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature |
|---|---|
| A Preuve scientifique établie | Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées. |
| B Présomption scientifique | Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes. |
| C Faible niveau de preuve scientifique | Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale). |

Le cancer du col utérin est une pathologie évitable

»» La vaccination contre le papillomavirus est hautement recommandée chez les filles et les garçons à partir de 11 ans

Grade A, Niveau 1

»» La réalisation d'un test de dépistage systématique est hautement recommandée (tous les 3 ans entre 25 et 29 ans, après 2 tests normaux réalisés à un an d'intervalle, puis tous les 5 ans entre 30 et 65 ans)

Grade A, Niveau 1

La prise en charge du cancer du col utérin requiert une expertise pluridisciplinaire

Une centralisation des soins en centre expert est recommandée pour assurer une prise en charge multimodale optimale. Cette recommandation s'applique tout particulièrement lorsqu'une chirurgie par voie mini-invasive est envisagée ou en cas de tumeur avancée nécessitant une curiethérapie interstitielle

Grade C, Niveau 4

- »» Examen clinique gynécologique : taille du col, aspect des culs-de-sac, des paramètres, de la cloison recto-vaginale +/- sous AG si examen initial incomplet
- »» Avec **biopsie** cervicale +/- conisation (si doute sur biopsie ou difficultés à l'examen gynécologique)

- »» *IRM lombo-pelvienne (aires ganglionnaires pelviennes et lombo-aortiques)* recommandée avant prise en charge d'intention curative de tout cancer du col utérin Grade A, Niveau 2

- »» TEP 18 FDG – recommandée pour les stades > IB2 à IVA FIGO 2018 (ou TDM TAP si non disponible) Grade B, Niveau 2

- »» Option SCC de baseline si histologie = carcinome épidermoïde
 - + bilan pré-thérapeutique (selon traitement envisagé) : NFS (+/- bilan martial), bilan hépatique, créatinine avec évaluation DFG
 - + proposer sérologie HIV

- »» *Discuter dépistage autres localisations liées à HPV : sphères ORL, anale et génitale.*

- »» Le staging doit être fait avec la **classification TNM**

- »» Il faut aussi documenter le staging **FIGO**

- »» La classification **FIGO 2018** est maintenant basée sur
 - l'examen clinique
 - l'imagerie
 - ou l'anatomo-pathologie selon le bilan effectué

- »» Elle tient compte de l'atteinte ganglionnaire (IIIC1/2)

- »» Les recommandations sont basées sur la [FIGO 2018](#)

- »» Certaines études sont basées sur la FIGO 2009 (INTERLACE) et d'autres sur la FIGO 2014 (Keynote A18)
(pour lesquelles l'atteinte ganglionnaire est décrite à part)

| TNM AJCC 2021 | | FIGO 2018 | FIGO 2014 |
|--------------------------|---|-----------|-----------|
| Tumor staging (T) | | | |
| T0 | No evidence of primary tumor | | |
| Tis | Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma) | | |
| T1 | Cervical carcinoma confined to the cervix (disregard extension to the corpus) | Stage I | Stage I |
| T1a | Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy; stromal invasion with a maximum depth of < 5.0 mm, measured from the base of the epithelium; vascular space involvement, venous or lymphatic, does not affect classification | IA | |
| T1a1 | Measured stromal invasion < 3.0 mm in depth | IA1 | IA1 |
| T1a2 | Measured stromal invasion ≥ 3.0 mm and < 5.0 mm | IA2 | IA2 |
| T1b | Invasive carcinoma with measured deepest invasion ≥ 5 mm (greater than stage IA), lesion limited to the cervix | IB | |
| T1b1 | Invasive carcinoma with ≥ 5 mm depth of stromal invasion and < 2 cm in greatest dimension | IB1 | IB1 |
| T1b2 | Invasive carcinoma, 2 cm to < 4 cm in greatest dimension | IB2 | IB1 |
| T1b3 | Invasive carcinoma, ≥ 4 cm in greatest dimension | IB3 | IB2 |
| T2 | Cervical carcinoma invades beyond uterus but not to pelvic wall or to lower third of vagina | Stage II | Stage II |
| T2a | Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina, without parametrial invasion | IIA | IIA |
| T2a1 | Invasive carcinoma < 4 cm in greatest dimension | IIA1 | IIA1 |
| T2a2 | Invasive carcinoma ≥ 4 cm in greatest dimension | IIA2 | IIA2 |
| T2b | Tumor with parametrial invasion but not up to the pelvic wall | IIB | IIB |
| T3 | Carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes | Stage III | Stage III |
| T3a | Tumor involves lower third of vagina, with no extension to pelvic wall | IIIA | IIIA |
| T3b | Tumor extends to pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctional kidney | IIIB | IIIB |
| T3c | Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent (with r [imaging] and p [pathology] notations) | IIIC | |
| T3c1 | Pelvic lymph node metastasis only | IIIC1 | |
| T3c2 | Para-aortic lymph node metastasis | IIIC2 | |
| T4 | The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. (A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to stage IV.) | Stage IV | Stage IV |
| | Spread to adjacent pelvic organs | IVA | IVA |
| | Spread to distant organs | IVB | IVB |
| Node staging (N) | | | |
| Nx | Regional lymph nodes cannot be assessed | | |
| N0 | No regional lymph node metastasis | | |
| N0 i+ | Isolated tumor cells in regional lymph node(s) ≤0.2 mm or single cells or clusters of cells ≤200 cells in a single lymph nodecross- section | | |
| N1 | Regional lymph node metastasis to pelvic lymph nodes only | IIIC1 | |
| N1mi | Regional lymph node metastasis (>0.2 mm but ≤2.0 mm in greatest dimension) to pelvic lymph nodes | IIIC1 | |
| N1a | Regional lymph node metastasis (>2.0 mm in greatest dimension) to pelvic lymph node | IIIC1 | |
| N2 | Regional lymph node metastasis to para-aortic lymph nodes, with or without positive pelvic lymph nodes | IIIC2 | |
| N2mi | Regional lymph node metastasis (>0.2 mm but ≤2.0 mm in greatest dimension) to para-aortic lymph nodes, with or without positive pelvic lymph nodes | IIIC2 | |
| N2a | Regional lymph node metastasis (>2.0 mm in greatest dimension) to para-aortic lymph nodes, with or without positive pelvic lymph nodes | IIIC2 | |

Place de la conisation pré-thérapeutique

- ▶▶ 1. Si échec de la biopsie

- ▶▶ 2. Pour les stades IA2 à IB1 : définir mieux le stade FIGO, avec l'évaluation de l'infiltration de la paroi cervicale en profondeur

- ▶▶ 3. Statut des emboles et engainements périnerveux
 - ▶▶ Réponse binaire: présents ou absents

- ▶▶ 4. Statut des berges et marges

IRM lombo-
pelvienne

À réaliser **avant conisation et toute prise** en charge chirurgicale
Délai < 4 semaines après diagnostic

Conisation

À réaliser **avant chirurgie** pour toute tumeur de < 2cm

Recommandation
forte
Grade B, Niveau 2

Ganglion
sentinelle

Équipe entraînée > Minimum 15 procédures/an
Détection à l'ICG (détection Bilat, inconvénients bleu/Tc)
Si échec : réinjection, curage pelvien homo-latéral si échec

Grade B, Niveau 2

Délai à la
chirurgie

< 8 semaines entre diagnostic et chirurgie

Grade C, Niveau 3

Manœuvres
de sécurité*

Absence de manipulateur, fermeture vaginale, extraction protégée,
conisation < 2 cm, curie si > 2 cm

Grade B, Niveau 2

Bas risque

N-
Critères SHAPE + : ≤ 2 cm
< 50 % infiltration stromale IRM
< 1 cm infiltration stromale

**Risque
intermédiaire**

N-
Critères SHAPE - : > 2 cm
 ≥ 50 % infiltration stromale IRM
 ≥ 1 cm infiltration stromale

Centre

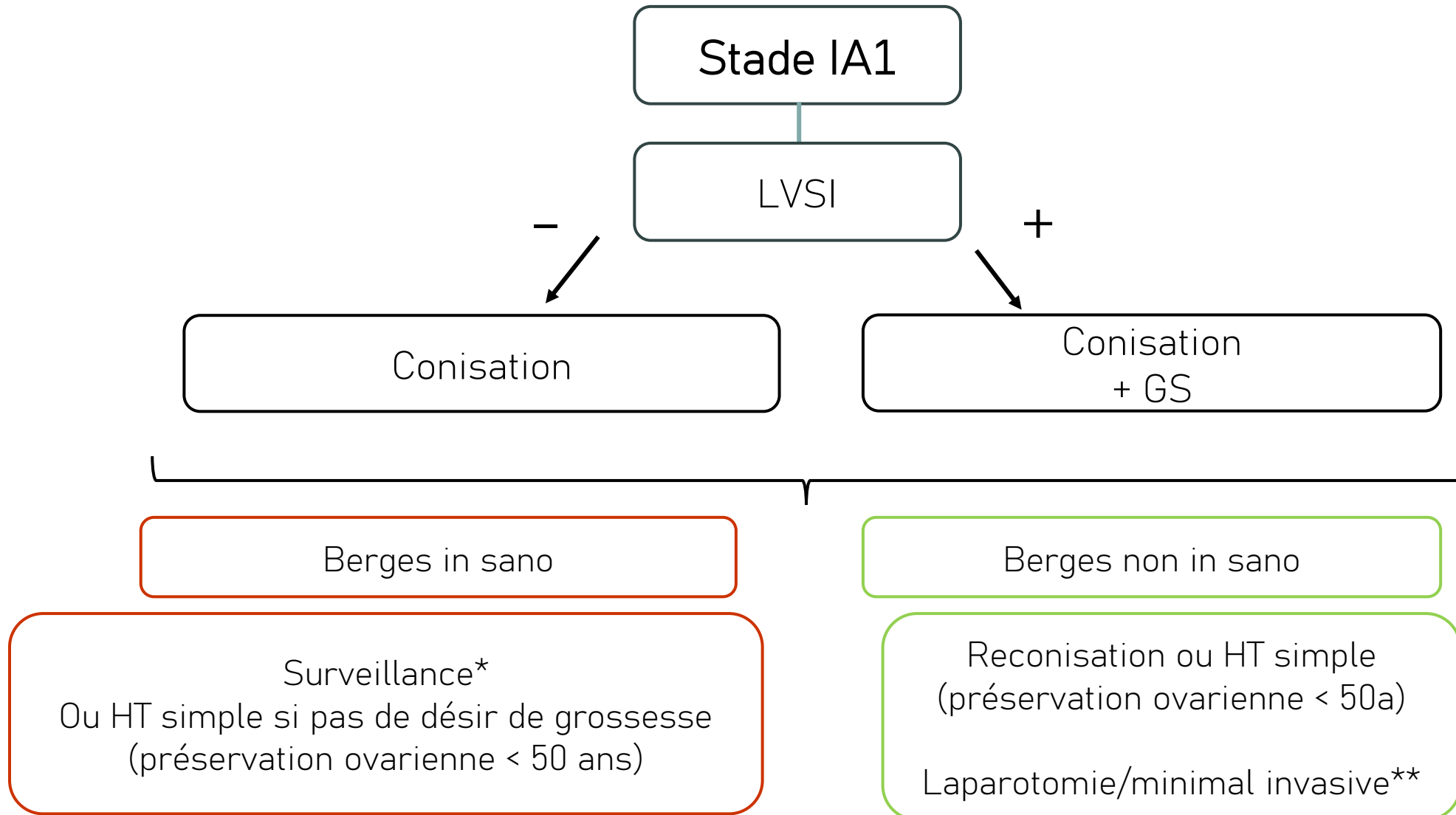
La trachélectomie élargie doit être réalisée en centre expert

Grade C, Niveau 3

Tumeurs non HPV

Pas de possibilité de préservation de la fertilité si tumeur non HPV (épidermoïde ou adénocarcinome)

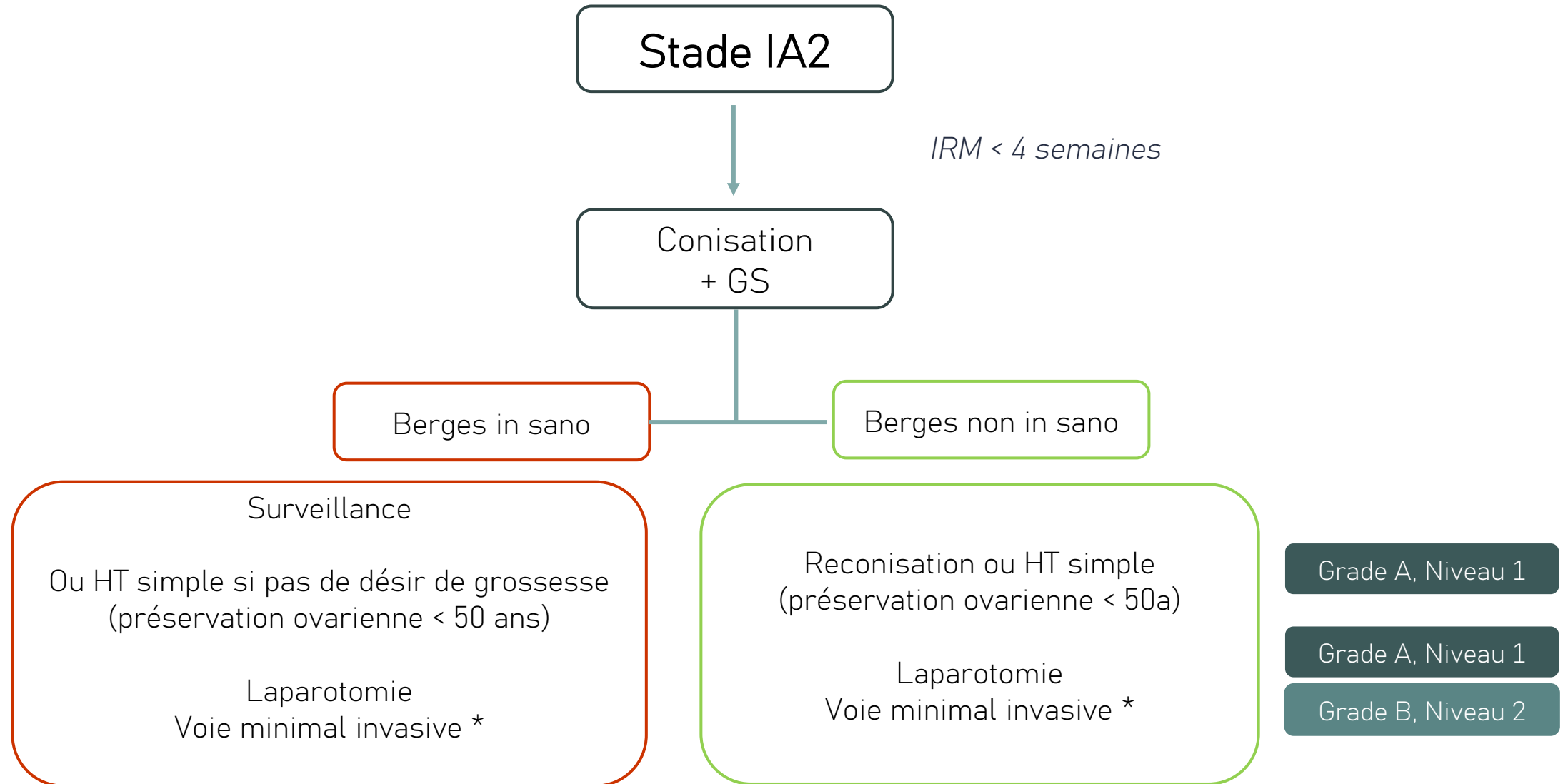
Grade C, Niveau 4



* Adenocarcinome: HT si projet parental accompli

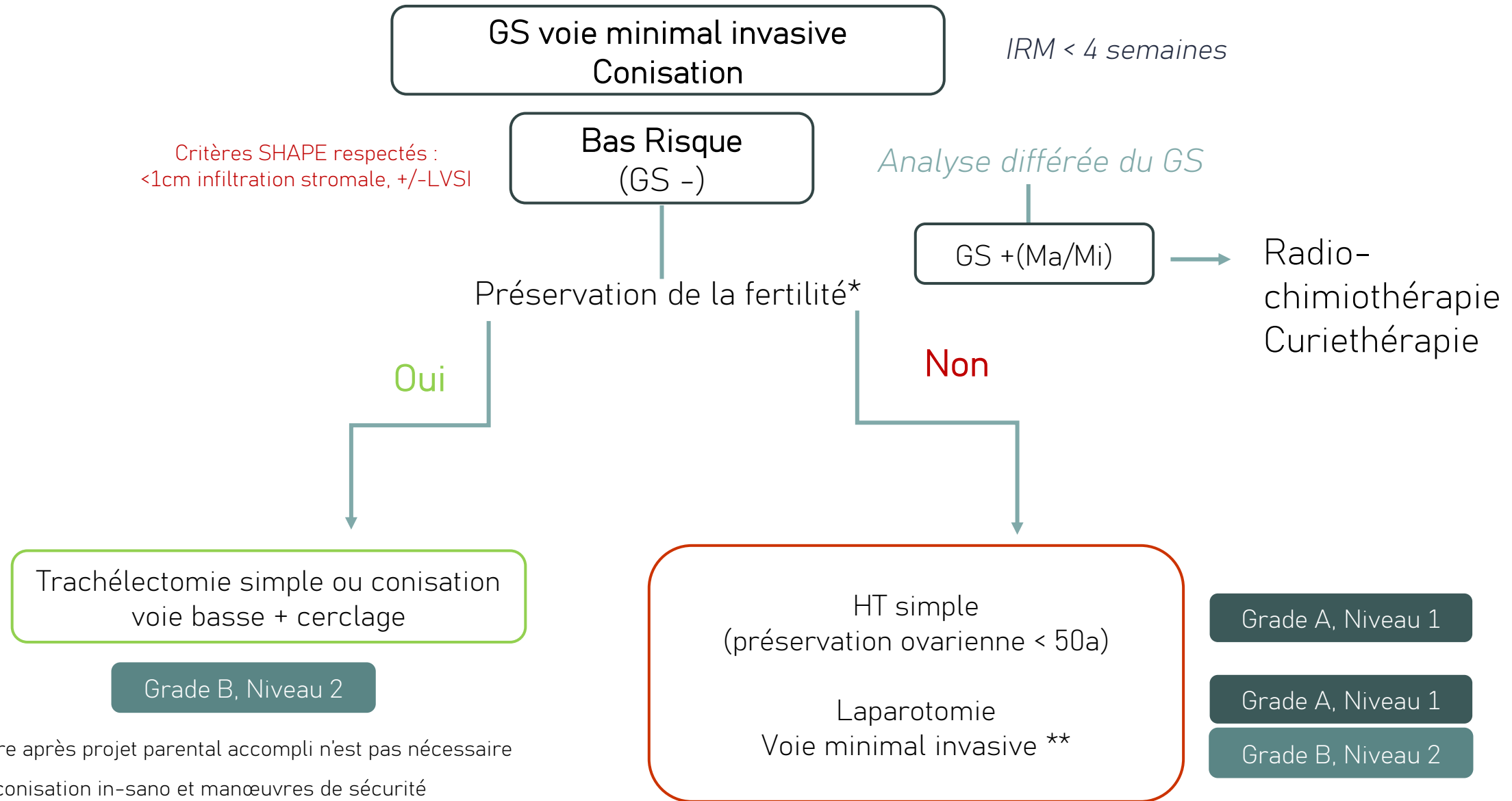
** si manœuvres de sécurité

Stade IA2 FIGO 2018 (>3 mm et ≤ 5 mm infiltration stromale) TIA2N0



* Si manœuvres de sécurité

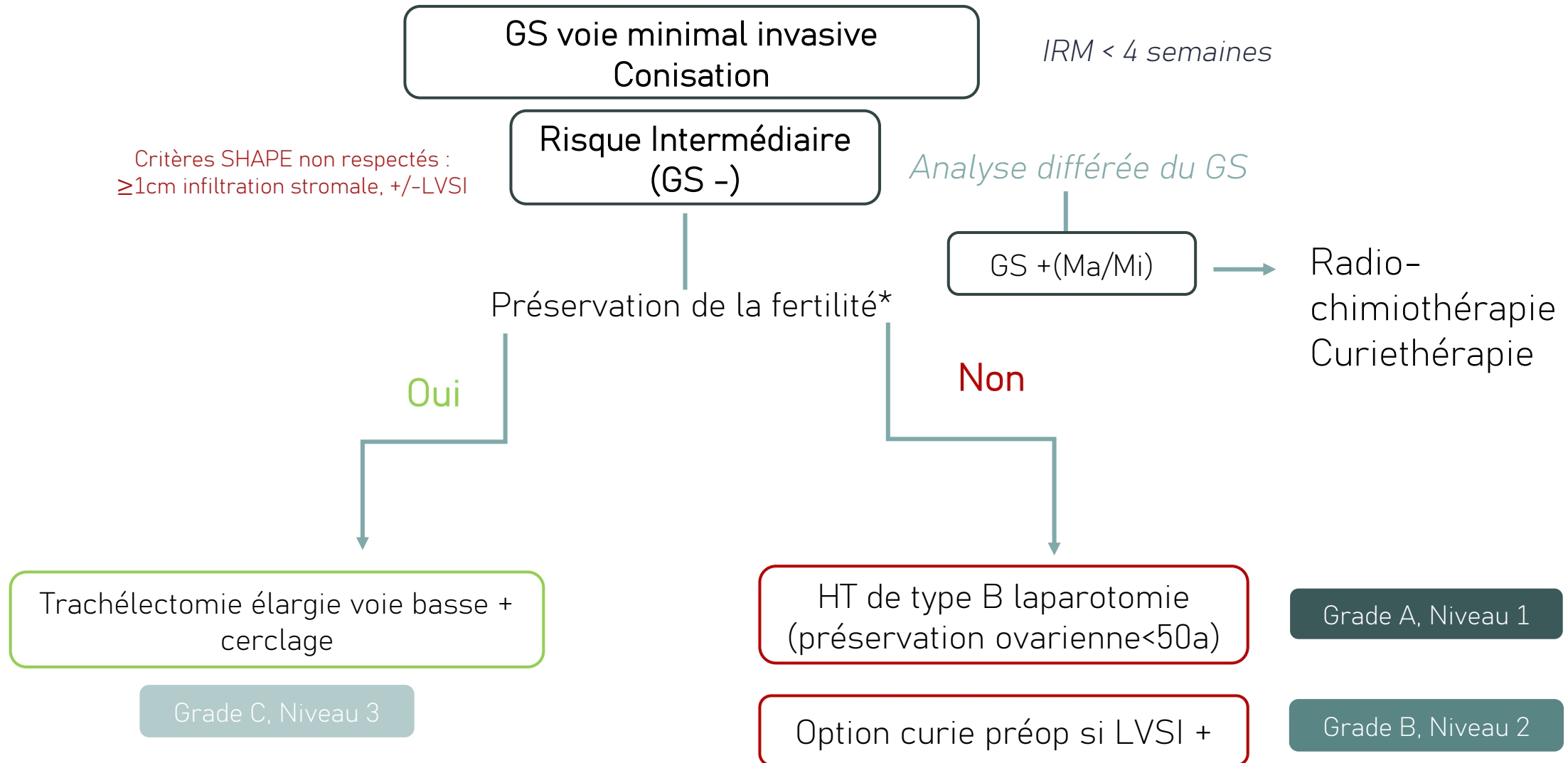
Stade IB1 FIGO 2018 (≤ 2cm) T1B1N0



*HT clôturé après projet parental accompli n'est pas nécessaire

** Si conisation in-sano et manœuvres de sécurité

Stade IB1 FIGO 2018 (≤ 2cm) T1B1N0



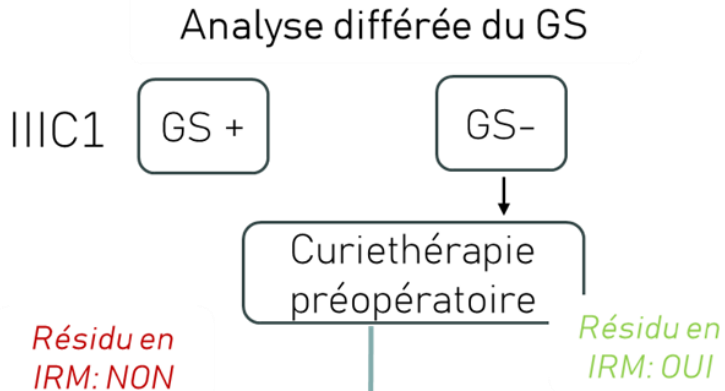
*HT clôture après projet parental accompli n'est pas nécessaire

Tumeur entre 2-4 cm

Grade B, Niveau 2

Grade A, Niveau 1

Option curiethérapie pré-opératoire



HT de type A + annexectomie bilatérale
Laparotomie
Voie MI*

HT de type B + annexectomie bilatérale
Laparotomie*

Radio
Chimiothérapie
Curiethérapie

Grade B, Niveau 2

Grade A, Niveau 1

Grade B, Niveau 2

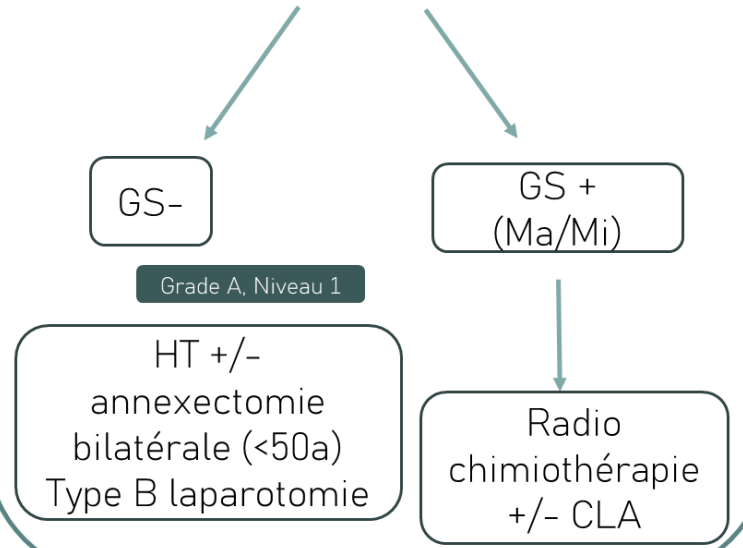
+

Facteur risque
LVSI et/ou
Infiltration stromale > 1cm et/ou
Infiltration > 50% IRM

TEP/TDM
Option
radiochimiothérapie
exclusive +
curiethérapie

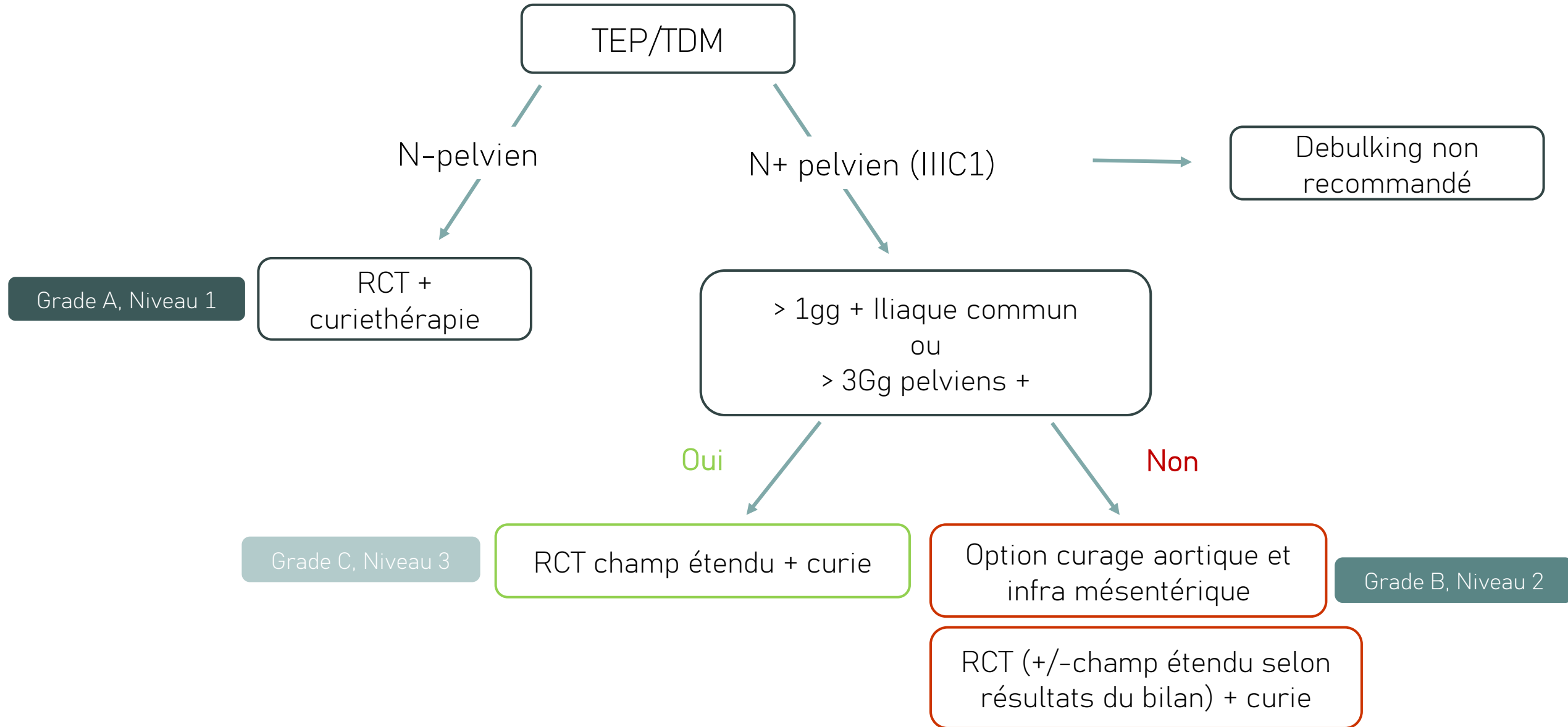
Option chirurgie +/-
radiothérapie adjuvante

Analyse extemporanée du GS

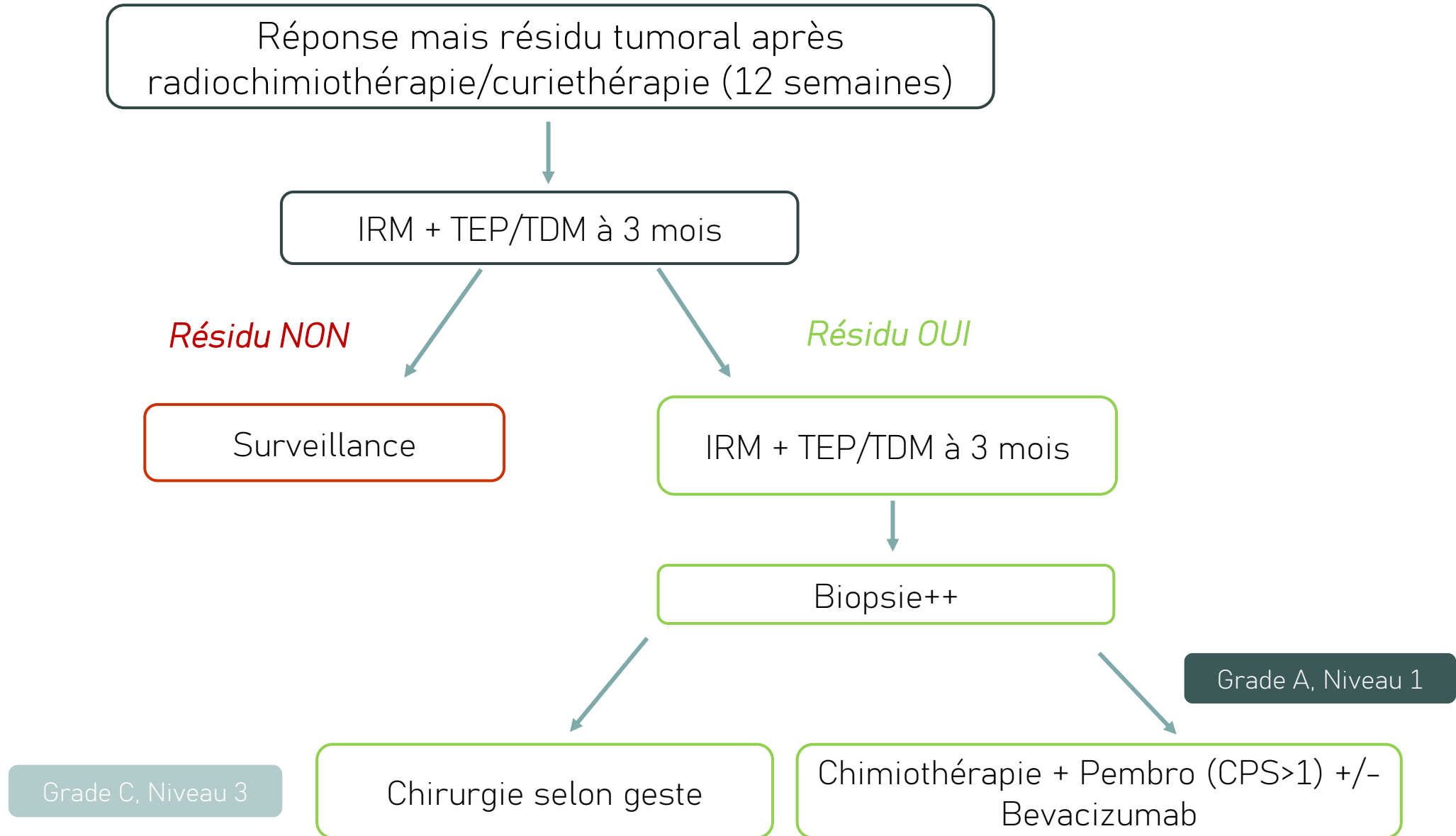


Grade A, Niveau 1

*Chirurgie à programmer 6-8 sem après curiethérapie



Stade IB3/IVA (localement avancé)



Une préservation ovarienne doit être discutée chez les femmes en âge reproductif présentant un cancer limité au col et mesurant moins de 4 cm, d'histologie carcinome épidermoïde ou adénocarcinome associé à l'HPV.

Lorsque les critères de préservation ovarienne sont remplis, une transposition ovarienne se discute avant curiethérapie préopératoire ou radiothérapie adjuvante

La préservation ovarienne n'est pas recommandée en cas d'adénocarcinome HPV-indépendant et/ou de tumeur mesurant plus de 4 cm et/ou d'extension au-delà du col utérin

En cas de préservation ovarienne, il est nécessaire de réaliser une salpingectomie bilatérale.

Cerclage

Un cerclage est recommandé après trachélectomie

**Modalités
accouchement**

Un accouchement par césarienne est recommandé pour toute patiente avec un cancer du col infiltrant

1. Critères faisant indiquer une radiothérapie postopératoire

- Une radiothérapie externe postopératoire est recommandée en cas d'association de facteurs de risque intermédiaire, qui incluent la présence d'emboles, l'infiltration du stroma et la taille tumorale

| LVSI | Stromal Invasion | Tumor Size (cm) (determined by clinical palpation) |
|-------------|-------------------------|---|
| + | Deep 1/3 | Any |
| + | Middle 1/3 | ≥2 |
| + | Superficial 1/3 | ≥5 |
| - | Middle or deep 1/3 | ≥4 |

Grade A, Niveau 1

LVSI, Lymphovascular space invasion.



2. Critères faisant indiquer une radiochimiothérapie postopératoire

»» Cancer du col à haut risque de récurrence :

»» pN+ et/ou atteinte des paramètres et/ou berges atteintes

Grade A, Niveau I



3. Place de la curiethérapie du fond vaginal après radio(chimio)thérapie

»» Boost

- »» Recommandée en cas d'atteinte des berges, en particulier vaginales (III C)
- »» Option dans les autres cas (IV C)

»» Exclusive

- »» Non recommandée (IV C)

Traitement standard des stades localement avancés
(FIGO 2018 : stades IB3-IVA , TNM : T1b3 jusqu'à T4 M0 quelque soit le N) :
**Radiothérapie externe (avec chimiothérapie concomitante) et
curiethérapie, guidées par l'imagerie**

Grade A,
Niveau 1

Dose: 45Gy en 25 fractions
Pelvis +/- lomboaortique selon le stade et les résultats du curage (si
réalisé)
Boost ganglionnaire en boost intégré
Le boost paramétrial externe n'est pas recommandé

Grade B,
Niveau 2

Technique : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité +
guidée par imagerie

Grade B,
Niveau 2



Recommandation

»» Cisplatine (CDDP) 40 mg/m² hebdomadaire (5-6 cures), dose maximum de 70mg par cycle

Grade A, Niveau 1

»» Si contre-indication au cisplatine : carboplatine AUC2 hebdomadaire (5-6 cures)

Grade B, Niveau 2

Une curiethérapie guidée par l'imagerie après radio-chimiothérapie **est recommandée** Grade A, Niveau 1
Hors prise en charge palliative, la curiethérapie n'est **pas remplaçable par la chirurgie ou la RTE** (y compris stéréotaxique) Grade B, Niveau 2

Le temps total de traitement **doit être inférieur à 50 jours** (7 semaines) Grade B, Niveau 2

Pour permettre la programmation de la curiethérapie dans des délais respectant l'objectif de temps total de traitement, les centres ne disposant pas de curiethérapie doivent adresser les patientes **dès le début de la prise en charge** Grade C, Niveau 4

Les tumeurs avancées et /ou mauvaises répondeuses doivent bénéficier d'une **curiethérapie combinée interstitielle et intracavitaire** Grade B, Niveau 2

Les objectifs de dose aux volumes cibles tumoraux et organes à risque suivent les recommandations ESTRO



»» Un curage lombo-aortique réalisé au moins jusqu'à l'artère mésentérique inférieure est une option chez les patientes qui présentent une atteinte ganglionnaire pelvienne (IIIC1) sans atteinte ganglionnaire lomboaortique au TEP 18 FDG

Grade C, Niveau 4

»» Le curage lombo-aortique n'est pas recommandé chez les patientes N0 pelvien

Grade B, Niveau 2

»» En l'absence d'atteinte ganglionnaire lomboaortique chez une patiente à haut risque (atteinte iliaque commune, atteinte ganglionnaire pelvienne bilatérale ou multiple) l'extension des champs de radiothérapie en région lomboaortique basse (en général jusqu'aux veines rénales) est recommandée

Grade C, Niveau 4

- ▶▶ Une chimiothérapie adjuvante après radiochimiothérapie et curiethérapie n'est pas recommandée

Grade A, Niveau 1

Une chimiothérapie d'induction par carboplatine AUC2 + Paclitaxel 80mg/m² hebdomadaire pour 6 semaines avant la radio-chimiothérapie qui démarre la 7^{ème} semaine **est une option** pour les patientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude INTERLACE

Grade B, Niveau 2

»» FIGO 2018 : stades IB1-2 N+ ou IB3 – IVA à l'exclusion des stades IIIC2
(TNM : T1b1-2 N1 ou T1b3-4a N0-1)

»» Pour les patientes qui seraient candidates à une immunothérapie, la chimiothérapie d'induction n'est pas recommandée

Avis d'experts

Place de l'immunothérapie par anti PD1

- » Une immunothérapie par anti-PD1 (pembrolizumab) est recommandée en concomitant et en entretien* après radiochimiothérapie pour les stades FIGO 2018 IIIA, IIIB, IIIC (si stade T3 de la TNM**), IVa
- » Recommandation IA

*NB : AMM européenne et accès précoce en France depuis le 24/02/2025; pembrolizumab administré à 200 mg toutes les 3 semaines ou de 400 mg toutes les 6 semaines jusqu'à progression de la maladie, toxicité inacceptable ou jusqu'à 24 mois.

**atteinte du tiers inférieur du vagin et/ou des paramètres jusqu'à la paroi pelvienne et/ou hydronephrose



La prise en charge d'un cancer du col utérin en cours de grossesse doit être réalisée exclusivement en centre de référence

Grade C, Niveau 4

Les dossiers doivent être discutés dans le cadre du réseau CALG <https://cancer-grossesse.aphp.fr>

FIGO 2018 : Stade Ia à Ib2 (T1a à T1b2 N0)

Examen clinique

+ SCC (si initialement contributif*)

+ cytologie ou test HPV (en absence d'hystérectomie);

si trachélectomie : frottis à 6 mois, 12 mois puis annuel (le test HPV annuel est une alternative possible au frottis) et IRM pelvienne annuelle

=> *fréquence 6 mois/2 ans puis annuelle*

Avis d'experts

FIGO 2018 : Stade \geq Ib3 ou N+ (> T1b3 ou N+)

Examen clinique

=> *fréquence 4 mois pendant 3 ans puis semestrielle jusqu'à 5 ans,*

IRM pelvienne tous les 6 mois pendant 2 ans puis annuelle pendant 3 ans,

option: TEP-scanner annuel pendant 3 ans (en particulier si N+)

Si opérée: Examen clinique idem, IRM annuelle, SCC / 6 mois*

Avis d'experts

» Les patientes doivent être informées et conseillées, au besoin Oncosexo

Préconisation utilisation des dilateurs vaginaux dès que possible après traitements 2-3 fois par semaine/10-15mn /le plus longtemps possible.

Pas de CI à THS et/ou Estrogenes locaux*

Grade C, Niveau 2

*pas de donnée pour les tumeurs RH+



**COURS
ST-PAUL**

RPC 2025