

Traitement conservateur du cancer et des hyperplasies atypiques de l'endomètre en vue de préserver la fertilité : revue de la littérature

Fertility sparing management of endometrial adenocarcinoma and atypical hyperplasia: a literature review

Martin Koskas¹, Chadi Yazbeck¹, Francine Walker², Pierre Delorme¹, Elie Azria¹, Dominique Luton¹, Patrick Madelenat³

¹ Hôpital Bichat - Claude-Bernard, services de gynécologie obstétrique et anatomopathologie, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris Cedex 18, France

<martin.koskas@wanadoo.fr>

² Hôpital Bichat - Claude-Bernard, services d'anatomopathologie, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris

³ 5 avenue Emile Deschanel - 75007 Paris

Article reçu le 16 novembre 2011,
accepté le 25 novembre 2011
Tirés à part : M. Koskas

Pour citer cet article : Koskas M, Yazbeck C, Walker F, Delorme P, Azria E, Luton D, Madelenat P. Traitement conservateur du cancer et des hyperplasies atypiques de l'endomètre en vue de préserver la fertilité : revue de la littérature. *Bull Cancer* 2012 ; 99 : 51-60.
doi : 10.1684/bdc.2011.1516.

Résumé. Dans les cas d'adénocarcinome (ADK) ou d'hyperplasie atypique (HA) de l'endomètre chez la femme jeune, le principe d'un protocole alternatif à l'hystérectomie consiste à proposer un traitement antigonadotrope dont le but est d'assurer la régression des lésions pour permettre une grossesse sous le couvert d'une surveillance attentive. Depuis les premiers cas de grossesse publiés, plusieurs études suggèrent la sécurité d'une telle prise en charge. Toutefois, plusieurs questions demeurent, parmi lesquelles le choix du traitement, sa durée, le mode de conception proposé après rémission (AMP, fécondation spontanée)... Nous avons mené une revue de la littérature afin de recenser les caractéristiques des patientes, des tumeurs, les modalités de prise en charge et les résultats du traitement conservateur rapportés dans la littérature internationale. Elle indique que le traitement conservateur d'HA et d'ADK intramuqueux permet l'obtention d'une grossesse chez un tiers des patientes. Si de rares décès sont survenus, un tiers des patientes ont connu une progression tumorale extra-endométriale, mais le plus souvent limitée au corps utérin. Les progestatifs constituent le traitement le mieux évalué avec un taux de rémission de 80 % et un risque de récurrence de 25 % environ. ▲

Abstract. In endometrial carcinoma (EC) and atypical hyperplasia (AH) diagnosed in childbearing years, the principle of uterine sparing consists in prescription of antigonadotropic treatment to obtain the remission of the endometrial lesion and allow pregnancy, always with a close follow-up looking for progression or persistence of the tumour. Studies evaluating this strategy have suggested the safety of such an approach, but numerous questions remain unanswered, like those concerning the type and the duration of treatment, and the systematic use of Assisted Reproductive Technologies... We performed a critical literature review in order to analyse patients and tumoral characteristics, treatment management and the results of fertility sparing strategy. This review shows that fertility sparing management of AH and intramucous EC permits to obtain pregnancy in one third of candidates. Few disease-related deaths have been reported after this management. One-third of patients experienced progression lesion beyond the endometrium, but generally limited to the myometrium. Progestins have been widely evaluated in this indication and provide an overall remission rate of 80% with a recurrence risk of 25%. ▲

Mots clés : traitement conservateur, préservation de la fertilité, adénocarcinome, hyperplasie atypique, endomètre

Key words : conservative management, fertility sparing, adenocarcinoma, atypical hyperplasia, endometrium

Introduction

L'adénocarcinome (ADK) et l'hyperplasie atypique (HA) de l'endomètre se rencontrent essentiellement chez des femmes ménopausées. Cependant, dans environ 5 % des cas, ces entités concernent des femmes plus jeunes, en âge de procréer [1-3]. Du fait d'un désir de grossesse souvent plus tardif de nos jours, la fréquence avec laquelle celui-ci coïncide avec ces architectures anatomopathologiques augmente. Chez ces patientes dont la prise en charge classique reposait jusqu'alors sur le principe intangible de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, le principe d'un traitement conservateur est aujourd'hui considéré.

Le protocole fondé sur la conservation de la fonction utéro-annexielle repose sur le contrôle local de la lésion endométriale et la prescription d'un traitement antigonadotrope dont le but est d'obtenir la régression des lésions sous le couvert d'une surveillance attentive. Ainsi, l'objectif poursuivi est de traiter la lésion endométriale sans recourir à l'hystérectomie dans le seul but de préserver la fertilité. En conséquence, l'évaluation du traitement conservateur doit tenir compte des performances gravidiques en les confrontant à la sécurité carcinologique.

Le principe médical du traitement conservateur est fondé sur l'hormonothérapie antigonadotrope complémentaire. La majorité des ADK et HA expriment non seulement des récepteurs aux estrogènes et à la progestérone mais également à la GnRH. Ainsi, plusieurs alternatives peuvent être envisagées : progestatifs, anti-estrogènes, inhibiteurs de l'aromatase et analogues de la GnRH.

Après certaines publications sporadiques initiales, plusieurs études récentes dont certaines prospectives ont évalué les résultats d'une telle prise en charge. Bien que la plupart de ces séries reconnaissent l'innocuité carcinologique du traitement conservateur des ADK et HA, quelques cas de décès ont été rapportés [4-8].

Cette revue de la littérature a pour objectifs de préciser les résultats sur le plan carcinologique et en termes de fertilité du traitement conservateur des ADK et HA.

Méthodologie de recherche

La sélection des études analysées dans cette revue de la littérature a été conduite sur Medline. Les cas rapportés et les séries très brèves colligeant moins de cinq cas ont été exclus.

Les mots clés utilisés pour le recensement des études ont été :

- « *Conservative endometrial cancer* », « *Conservative endometrial atypical hyperplasia* » ;
- « *Fertility sparing endometrial cancer* », « *Fertility sparing endometrial atypical hyperplasia* » ;
- « *Progestin endometrial cancer* », « *Progestin endometrial atypical hyperplasia* » ;
- « *Agonist endometrial cancer* », « *Agonist endometrial atypical hyperplasia* » ;
- « *Preserve uterus endometrial atypical hyperplasia* », « *Preserve uterus endometrial cancer* ».

Seuls les articles rédigés en anglais ou en français, publiés avant 2011 et concernant des femmes adultes âgées de 19 à 44 ans ont été sélectionnés. Ainsi, 542 articles ont été consultés et 24 ont été intégrés dans cette revue [7-30] (figure 1).

Lorsque cela était précisé dans les études, la distinction entre rémission complète (RC) et rémission partielle (RP) était indiquée dans les résultats. La RC se définissait comme l'absence d'ADK ou d'HA sur le prélèvement endométrial ou sur la pièce d'hystérectomie lorsqu'elle était réalisée. La RP se définissait comme la régression de la lésion initiale en hyperplasie simple ou complexe mais sans atypie.

Résultats

Caractéristiques des patientes et du traitement

Cette revue de la littérature a permis d'inclure 437 patientes (311 ADK, 126 HA) âgées en moyenne

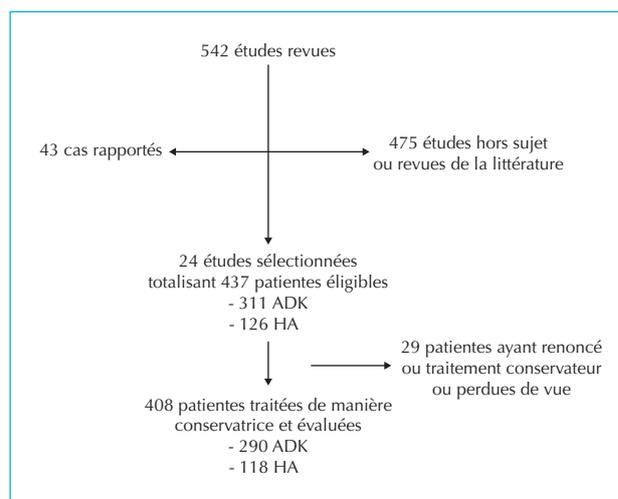


Figure 1. Processus de sélection des études pour la revue de littérature.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3979004>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3979004>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)