



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

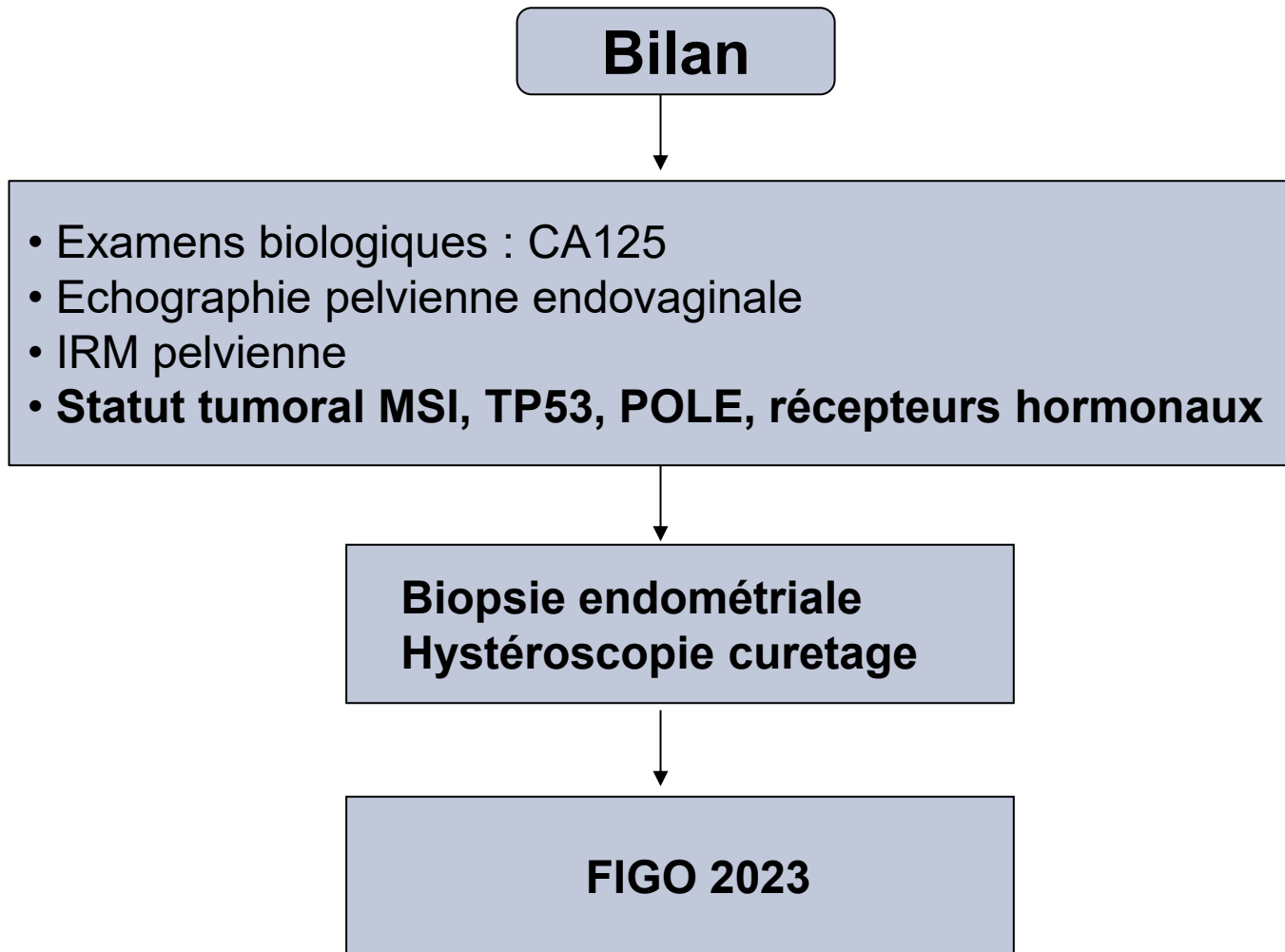
Histopathologie, Immunologie, Biologie moléculaire

- Diagnostic morphologique +++
- Double contingent carcinomateux de haut grade (séreux + endométrioïde + cellules claires + indifférencié +/- neuroendocrine) et sarcomateux (cellules fusiformes ou arrondies avec atypies et mitoses +++, +/- éléments hétérologues)
- IHC :
 - carcinome : kératine +++/ PAX8+/ P53 aberrant
 - sarcome : kératine faiblement +/- PAX8-/ p53 aberrant
- Signature moléculaire de l'endomètre (POLE) et RH
- Recherche expression des protéine MMR/MSI
- +/- Recherche statut HER2 IHC (de type gastrique) pour essai thérapeutique

*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Carcinosarcome utérin **= Carcinome endométrial « à haut risque »**



*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

TDM thoraco-abdomino-pelvien



Chirurgie

Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale*

Exploration péritonéale

Ganglion Sentinelle

Omentectomie infra-colique**

***Si échec GS, discuter curage lombo aortique/adénectomie si
N+ radiologique**

****Hystérectomie à marges saines +/- radicale en fonction de
l'imagerie si stade II avec envahissement cervical**

**Pas de place pour conservation ovarienne ou FSS même
dans stades précoces**

*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

Inclusions étude
RAINBO

Formes opérables d'emblée

Stade I à IVA
chirurgie complète

- Chimiothérapie par **carboplatine-paclitaxel** : 4 -6 cures
- Radiothérapie pelvienne externe +/- lombo-aortique
- +/- Curiethérapie

Pour plus de détails dans les formes localisées :
– **[Recommandations Saint Paul de Vence 2023 \(https://www.arcagy.org\)](https://www.arcagy.org)**



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

Formes inopérables d'emblée

Stade III inopérable
Stade IVA

- Chimiothérapie par **carboplatine-paclitaxel +/- Dostarlimab** 6 cures
- Selon réponse, discuter chirurgie debulking et Radiothérapie pelvienne +/- Curiethérapie

Stade IVB

Chimiothérapie par **carboplatine-paclitaxel +/- Dostarlimab** 6 cures

Pour plus de détails :

– **[Recommandations Saint Paul de Vence 2025 \(https://www.arcagy.org\)](https://www.arcagy.org)**

*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

Progression / Rechute

Pas de standard

1/ Inclusion dans un essai thérapeutique (ROCSAN)= DOSTARLIMAB-NIRAPARIB)

2/ Si rechute tardive,

Polychimiothérapie :carboplatine-paclitaxel +/- Dostarlimab

3/ Si rechute précoce non prétraitée par immunothérapie, chimiothérapie par pembrolizumab-lenvatinib. **Si rechute précoce** prétraitée par immunothérapie, taxol hebdomadaire ou adriamycine.

4/ Si rechute oligométastatique,

discuter traitement local (chirurgie, Radiothérapie stéréotaxique ou RI)



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

Surveillance fin de traitement

Surveillance	Année 1-2	de 3 à 5 ans	de 5 à 10 ans
Examen clinique, Examen biologie (CA125)*	/ 4 mois / 4 mois	/ 6 mois / 6 mois	/ an / an
Si marqueur initialement normal : imagerie optionnelle (TDM ou IRM)	/ 4-6 mois	/ 6 mois	/ an

* : si élevé initialement

*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Carcinosarcome utérin
= Carcinome endométrial « à haut risque »

Ménopause après carcinosarcome

Pas de contre-indication à un
THM

* Il peut exister dans certains cas rares une certaines hormonosensibilité ? A discuter si RH+

THM : traitement hormonal à la ménopause
THS : traitement hormonal substitutif

*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*