

# La meilleure stratégie thérapeutique dans les cancers avancés de la vulve ? Le point de vue du chirurgien

Centre Olympe de Gouges



Hôpital Bretonneau

Pr Gilles Body



Faculté de médecine de Tours

OUI



Quelles maladies ?

Quelles maladies ?



OUI

Classification FIGO (2009).

*The FIGO classification (2009).*

---

*Stade I : tumeur limitée à la vulve*

IA : lésion  $\leq$  2 cm de diamètre sans adénopathie et profondeur d'invasion  $\leq$  1 mm

IB : lésion  $>$  2 cm de diamètre sans adénopathie ou profondeur d'invasion  $>$  1 mm

*Stade II : invasion du 1/3 inférieur du vagin ou du 1/3 inférieur de l'urètre ou de l'anus, et N0*

*Stade III : tumeur avec ou sans invasion du 1/3 inférieur du vagin ou du 1/3 inférieur de l'urètre ou de l'anus, et métastase ganglionnaire inguino-fémorale*

IIIA : une métastase ( $\geq$  5 mm) ou une à deux métastase(s) ou plus ( $<$  5 mm)

IIIB : deux métastases ou plus ( $\geq$  5 mm) ou trois métastases ( $<$  5 mm)

IIIC : rupture capsulaire ganglionnaire

*Stade IV : tumeur avec invasion des 2/3 supérieur du vagin ou des 2/3 supérieur de l'urètre ou d'organes à distances*

IVA : tumeur avec invasion des 2/3 supérieur du vagin et des 2/3 supérieur de l'urètre ou de la muqueuse vésicale ou de la muqueuse rectale ou fixée au bassin

IVB : métastases à distances (y compris adénopathies pelviennes)

---



## Stade III (T3, N0 - 1, M0)

## Stade IVA (T4, N0 - 1 ; N2, M0)

Représentent environ  $\frac{1}{3}$  des cancers de la vulve

(Hoffman MS. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecoll 2003 ; 17 : 635-47)

Population disparate comprenant des malades :

### - OPÉRABLES

- Par vulvectomy totale radicale avec curage inguinal bilatéral
- +/- reconstruction (lambeaux)
- +/- exentération pelvienne, avec une mortalité post opératoire moyenne 4,3% (0 – 20%) (Hoffman MS. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2003 ; 17 : 635–47.

### - INOPÉRABLES

## Pronostic de la maladie initiale Stades IB, II, III, et IV

### Stade FIGO

I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)
71,4*	61,3*	43,8*	8,3*

### Envahissement ganglionnaire (50 à 60% des cas)

pN0	1N+	2N+	3N+	pN1 ≥ 4	PN1 uni / bilatéral
65,6*	63,7*	43,4*	33,9*	18,4*	55,1 / 33,1*

\* Survie à 5 ans

[Shepherd J et al. J Epid Biostat 1998 ; 3 : 111-127]

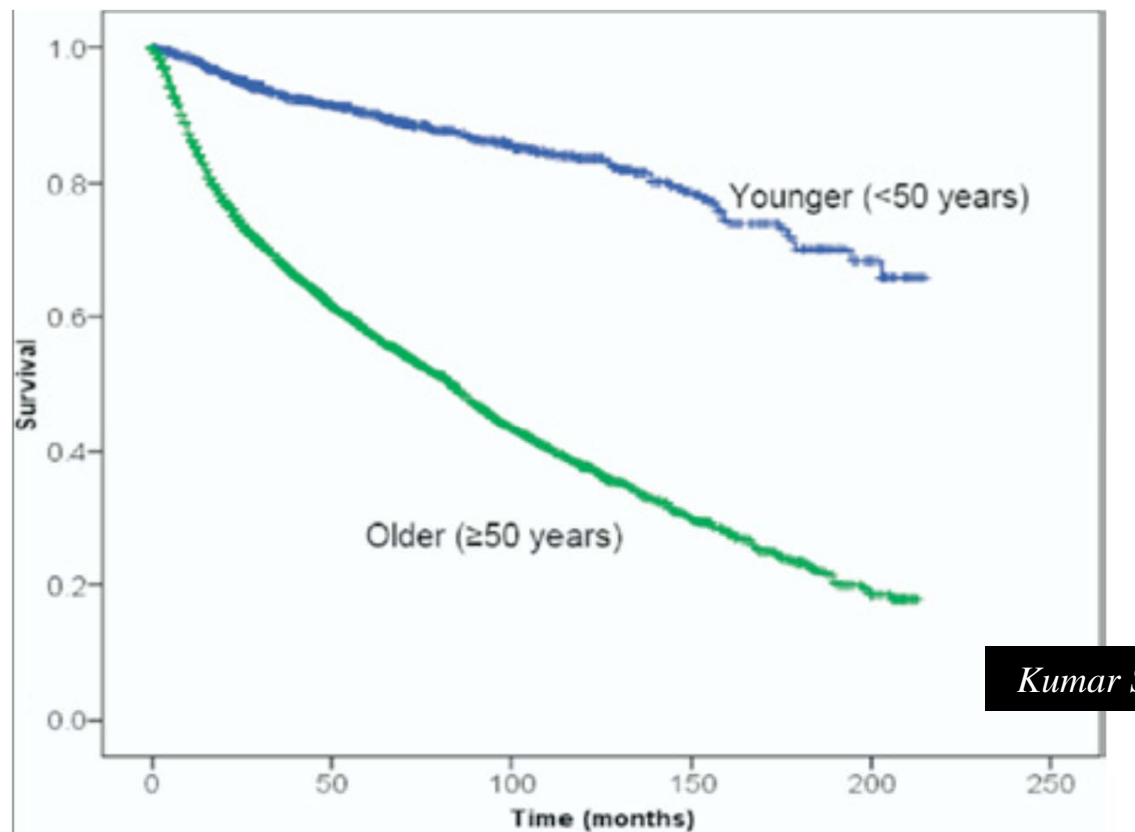
Distribution of demographic and health systems characteristics for women diagnosed with vulvar cancer by FIGO stage at diagnosis, 1999

FIGO stage	Stage 0	Stage I/II	Stage III	Stage IV	Unstaged	<i>p</i>
Number of cases	328	141	35	8	11	
	WT%	WT%	WT%	WT%	WT%	
<i>Age</i>						<0.001
20–24	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	
25–29	4.5	1.3	0.0	0.0	0.0	
30–34	5.8	1.4	0.0	0.0	0.0	
35–39	12.7	5.3	5.1	12.9	11.8	
40–44	17.5	6.2	8.1	0.0	11.8	
45–49	13.7	13.5	0.0	20.4	8.0	
50–54	9.7	6.7	13.2	0.0	0.0	
55–59	9.7	5.1	5.2	12.6	0.0	
60–64	5.0	3.4	2.5	0.0	9.3	
65–69	3.3	6.7	2.6	10.4	0.0	
70–74	5.9	8.7	8.9	20.8	8.0	
75–79	4.7	12.1	7.7	12.6	17.3	
80–84	2.0	14.7	16.7	0.0	17.3	
85+	2.5	15.1	29.9	10.4	16.4	

n = 523

*Stroup AM et al. Gynecol Oncol 2008 ; 108 : 577-83*

Comparaison de la survie en analyse uni variée entre femmes < 50 ans vs ≥ 50 ans traitées chirurgicalement pour un cancer épidermoïde de la vulve, 1988 - 2005.



— n = 1345 (19,3%)  
Âge moyen : 42 ans (12 – 49)

— n = 5620 (80,7%)  
Âge moyen : 73 ans (50 – 102)

— Survie à 5 ans = 90%  
— Survie à 5 ans = 58%  
P < 0 .001

*Kumar S et al. Am J Obstet Gynecol 2009 : 52-55.*

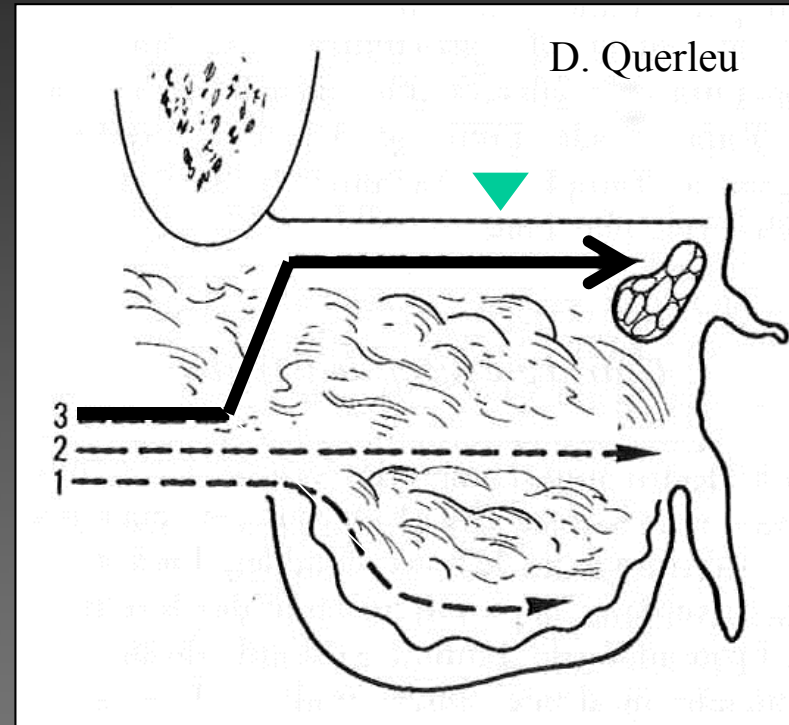
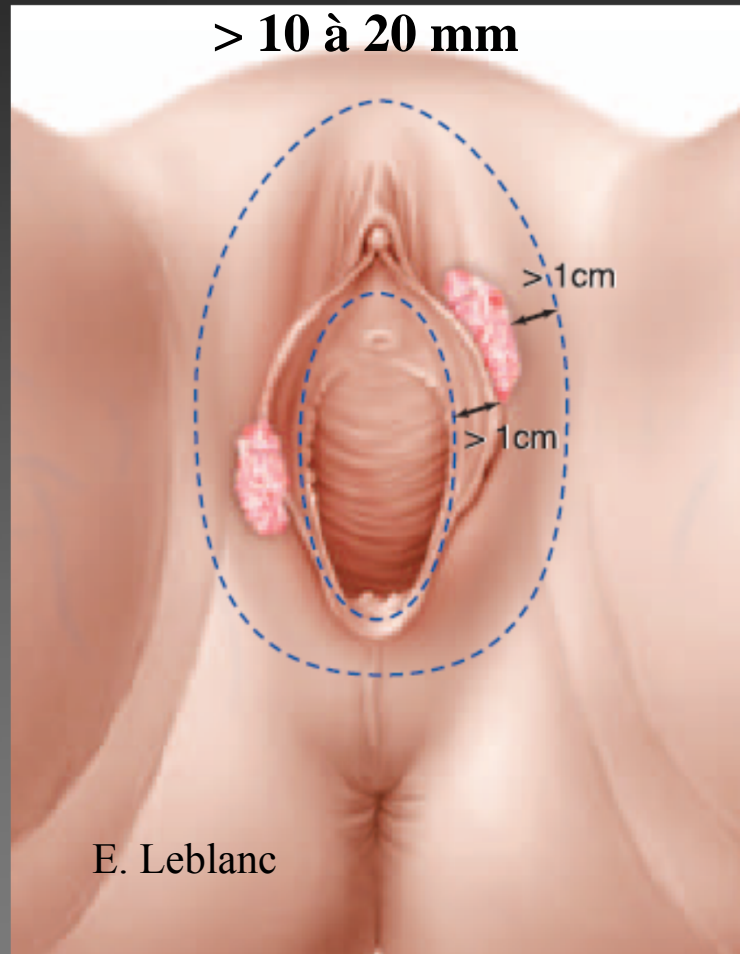
En analyse multi variée, l'âge (la race, le stade, le grade, le traitement chirurgical) est un facteur prédictif indépendant de survie (hazard ratio = 3,9).

## Opérabilité

- Âge physiologique (âge ; co morbidités)
- Consultation d'anesthésie
- Bilan pré thérapeutique :
  - IRM pelvienne
  - Echographie des aires ganglionnaires inguinales +/- biopsies des adénopathies suspectes
  - TEP / FDG
- Approche pluridisciplinaire pré thérapeutique

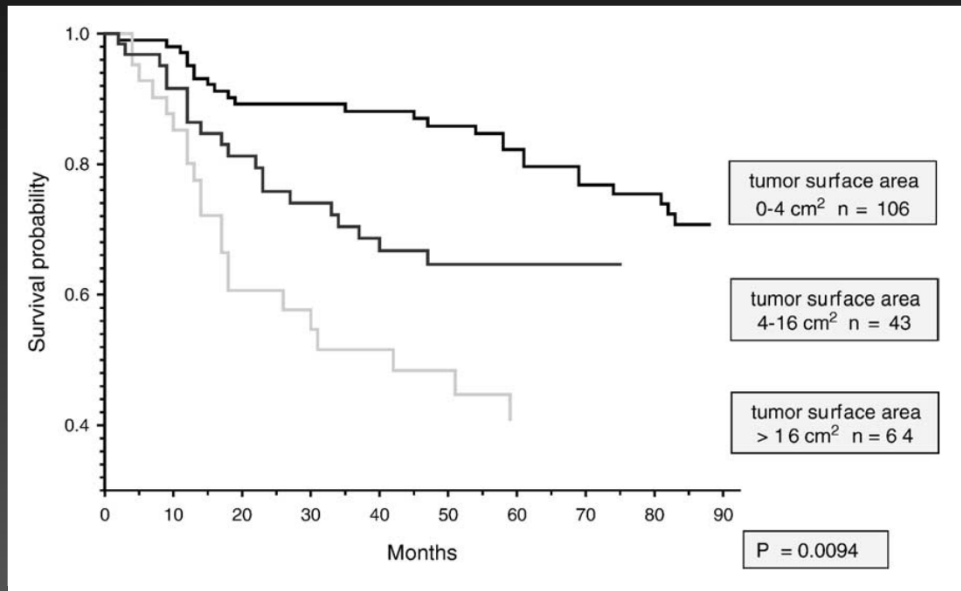


# Les marges d'exérèse chirurgicales

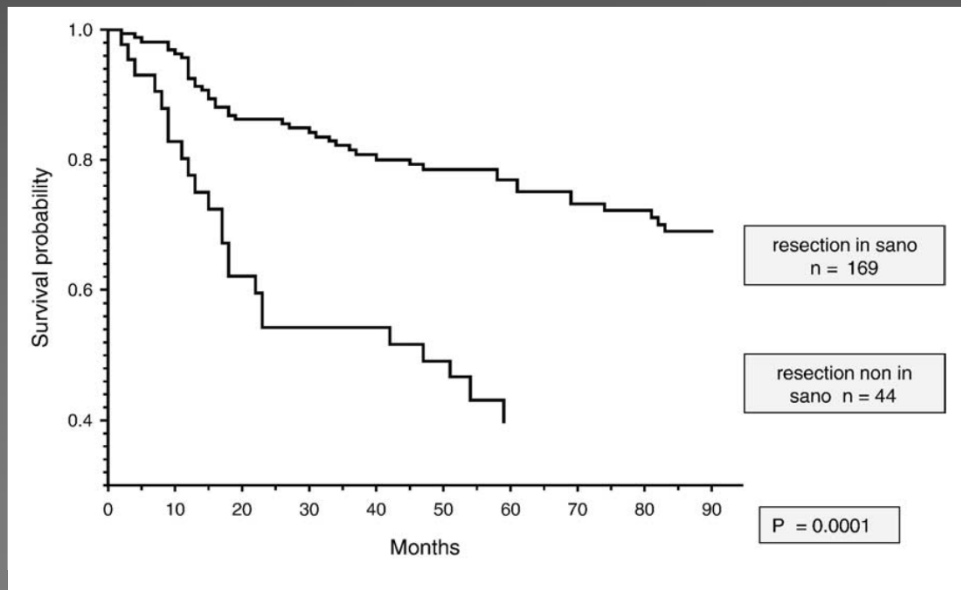


- 1 – vulvectomie superficielle.
- 2 – vulvectomie totale.
- 3 – vulvectomie radicale.**

▼ Aponévrose périnéale superficielle



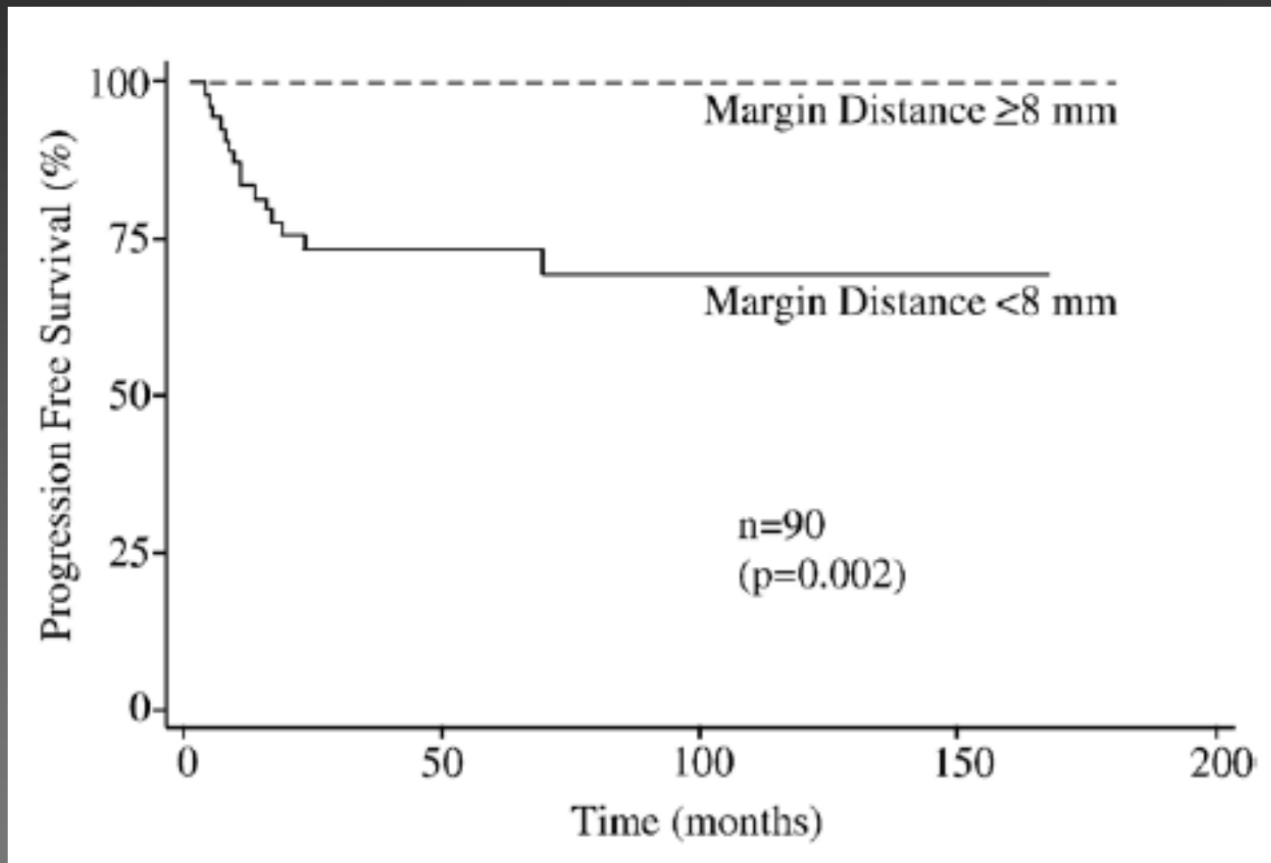
Survie globale  
en fonction de la surface tumorale



Survie globale  
en fonction de la résection in sano

*Weikel W et al. Gynecol Oncol 2005; 99 : 92-100.*

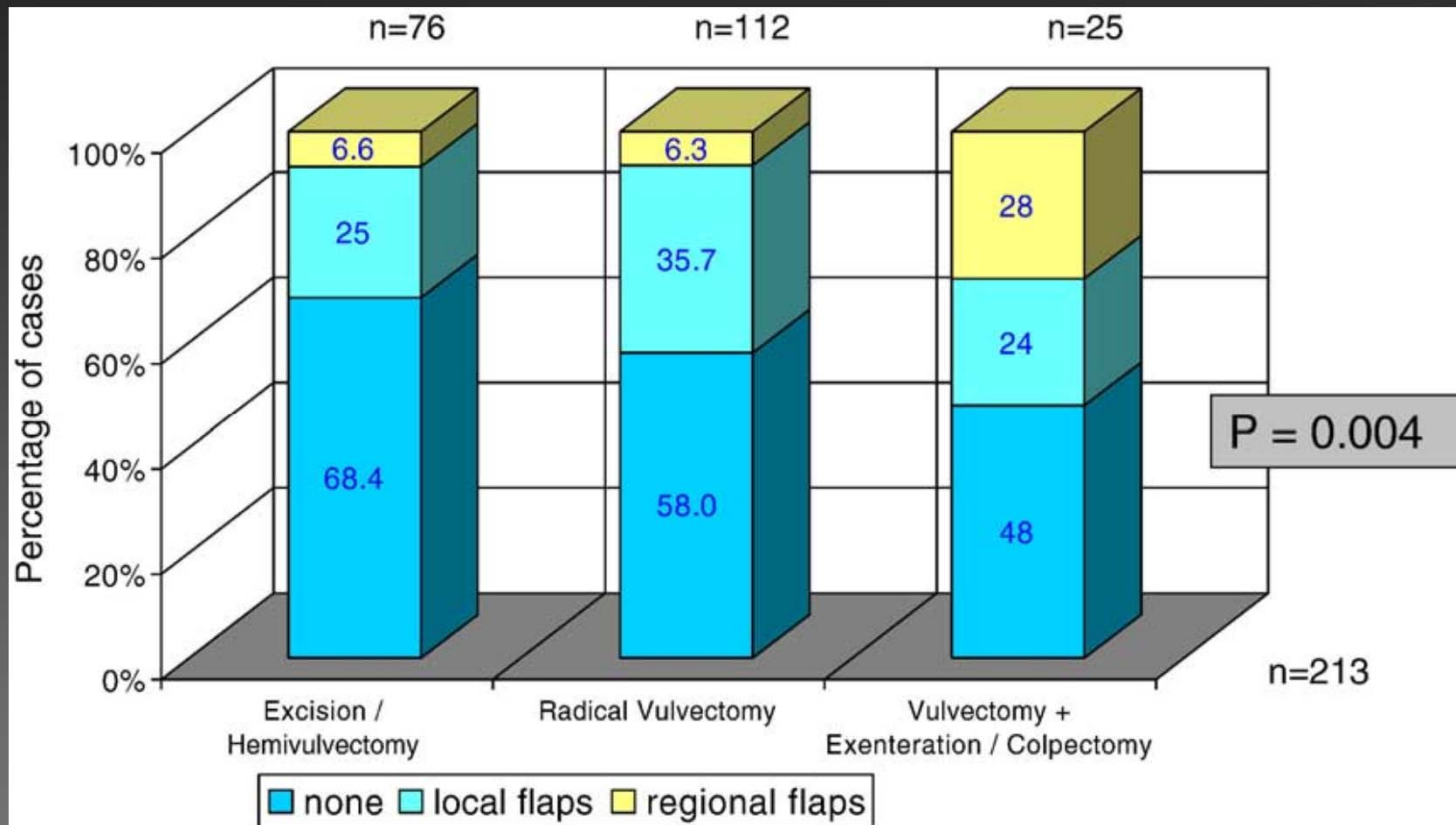
Période : 1984 – 2000 ; n = 90 ; âge moyen : 69 (24 – 91)



Stades I : 28  
Stades II : 20

Stades III : 26  
Stades IV : 16

*Chan JK et al. Gynecol Oncol 2007 ; 104 : 636 - 41*



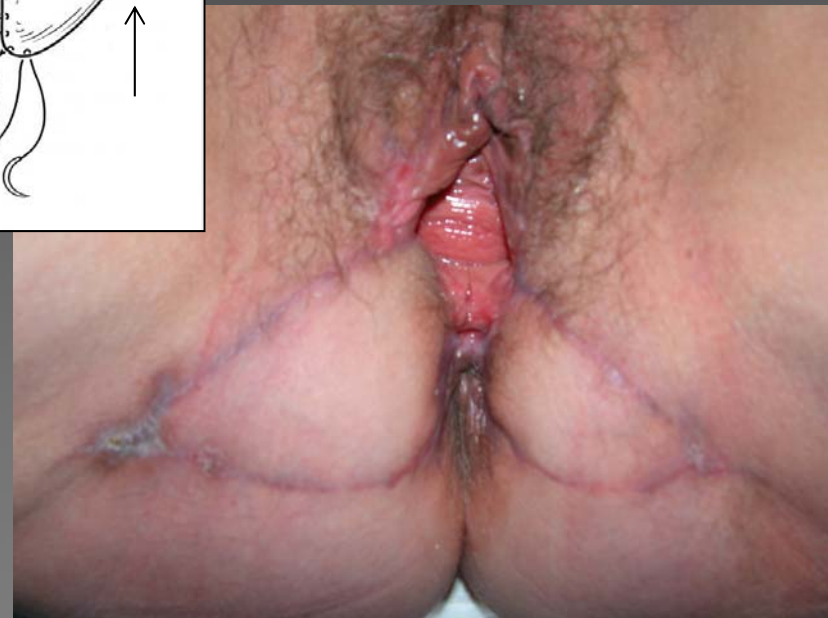
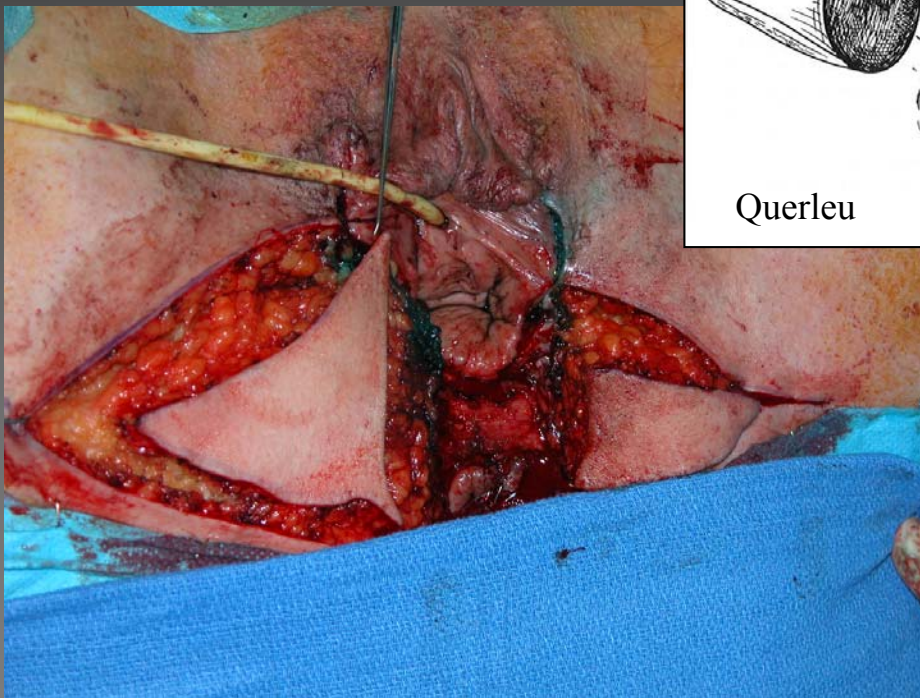
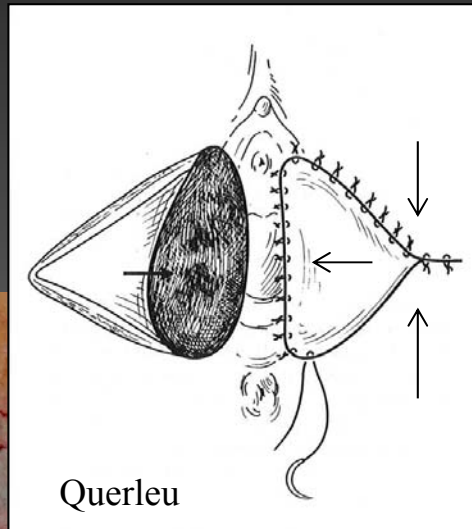
*Weikel W et al. Gynecol Oncol 2005; 99 : 92-100.*

## Principaux lambeaux de recouvrement vulvaire

- Lambeaux de glissement
  - Plastie VY
- Lambeaux de rotation
  - Lambeaux fascio cutanés
    - Inguino crural
    - Glutéal
    - Pétale de lotus
  - Lambeaux musculo cutanés
    - Glutéal (ou de grand fessier)
    - Droit interne
    - Grand droit abdominal (VRAM, TRAM)



## Plastie en V - Y



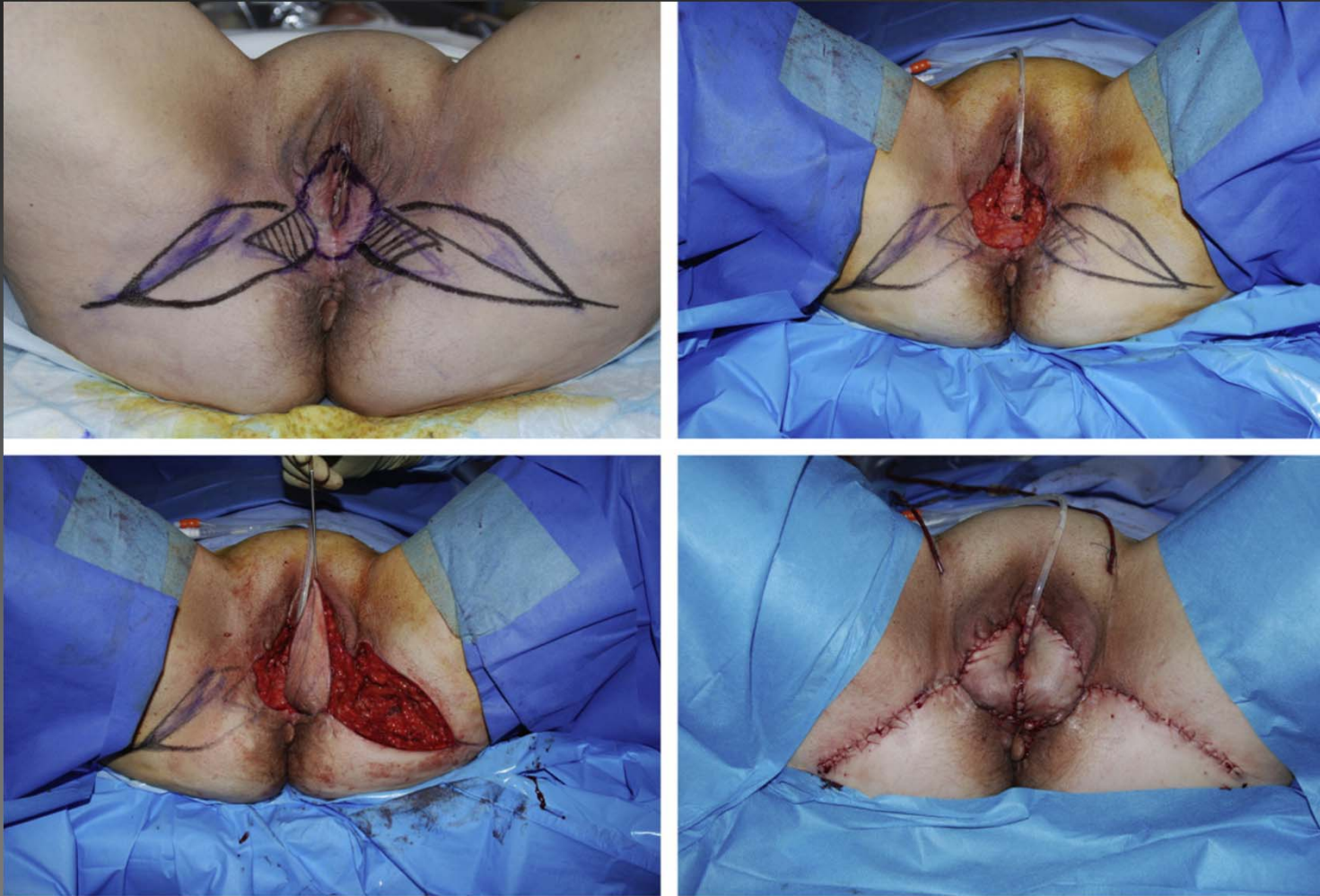
## Plastie étendue en V - Y



*Benito P et al. J Plast Reconst Aesth Surg 2008 ; 61 : e1-e4*

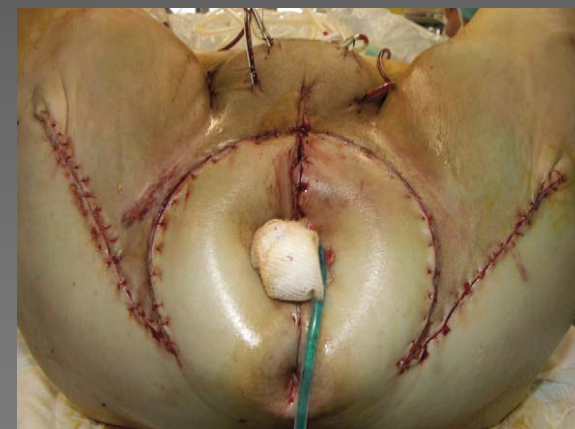
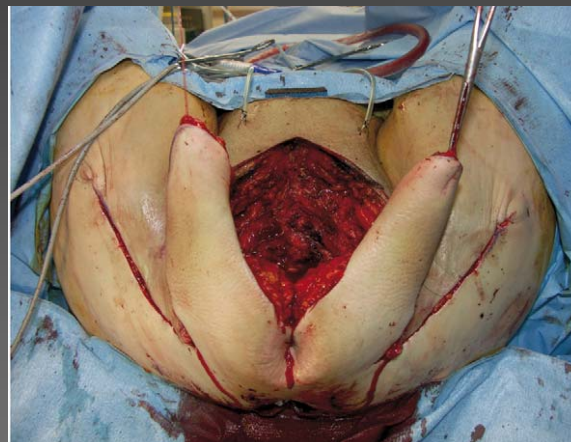
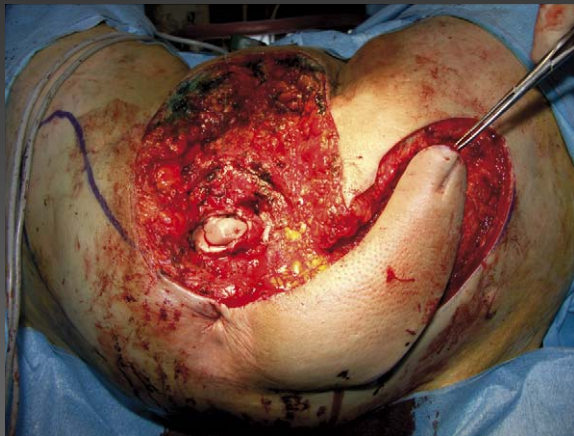


Lambeau en pétale de lotus (pédicule : artère pudendale interne)



*Bodin F et al. Gynecol Oncol 2012 ; 125 : 610-3*

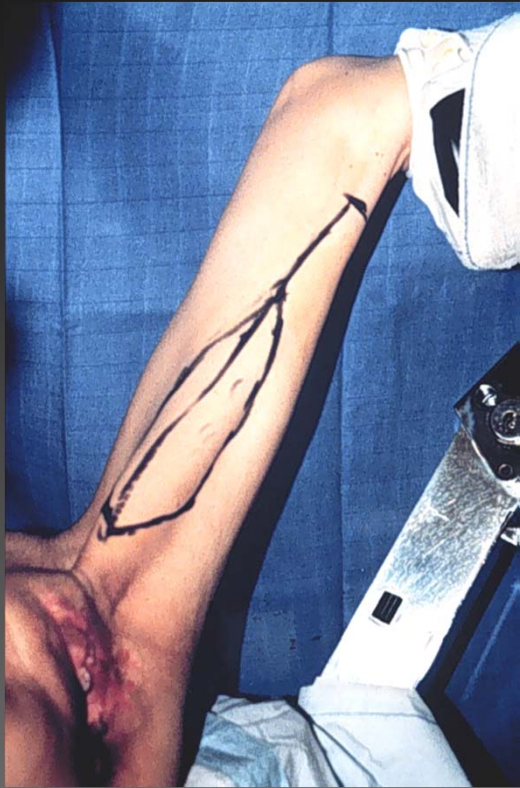
## Lambeau de transposition latérale (fascio cutané)



*Dubuisson J et al. Gyn Obstet Fertil Steril 2008 ; 36 : 325-9.*



Lambeau de droit interne (gracilis)



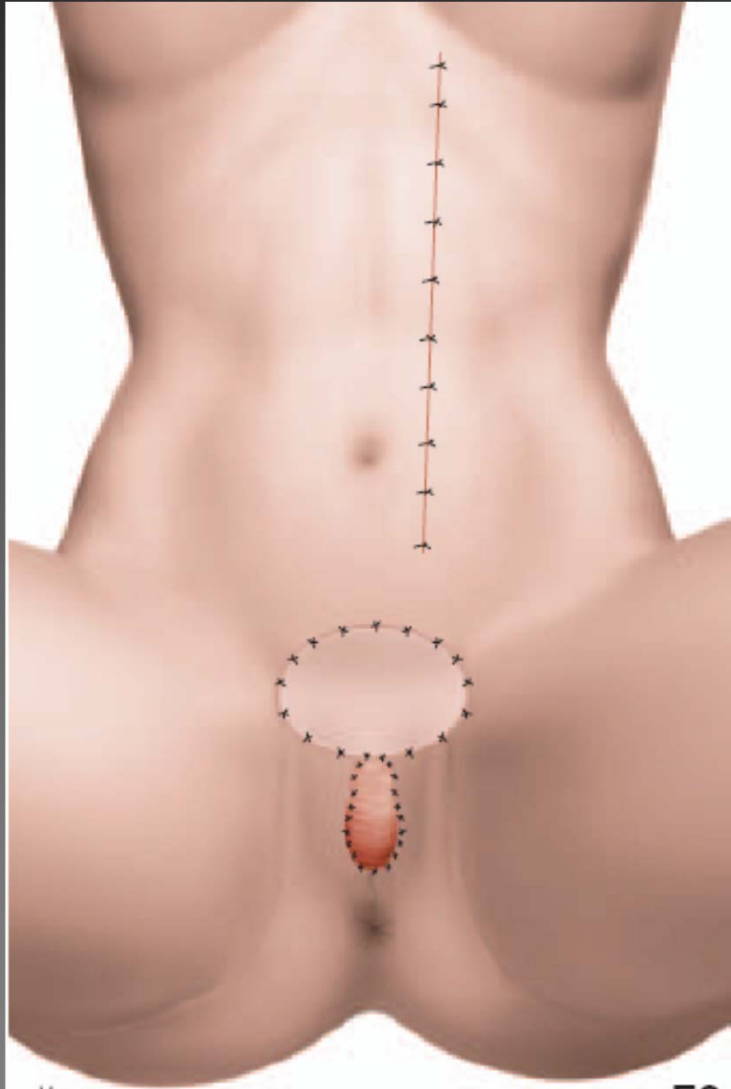
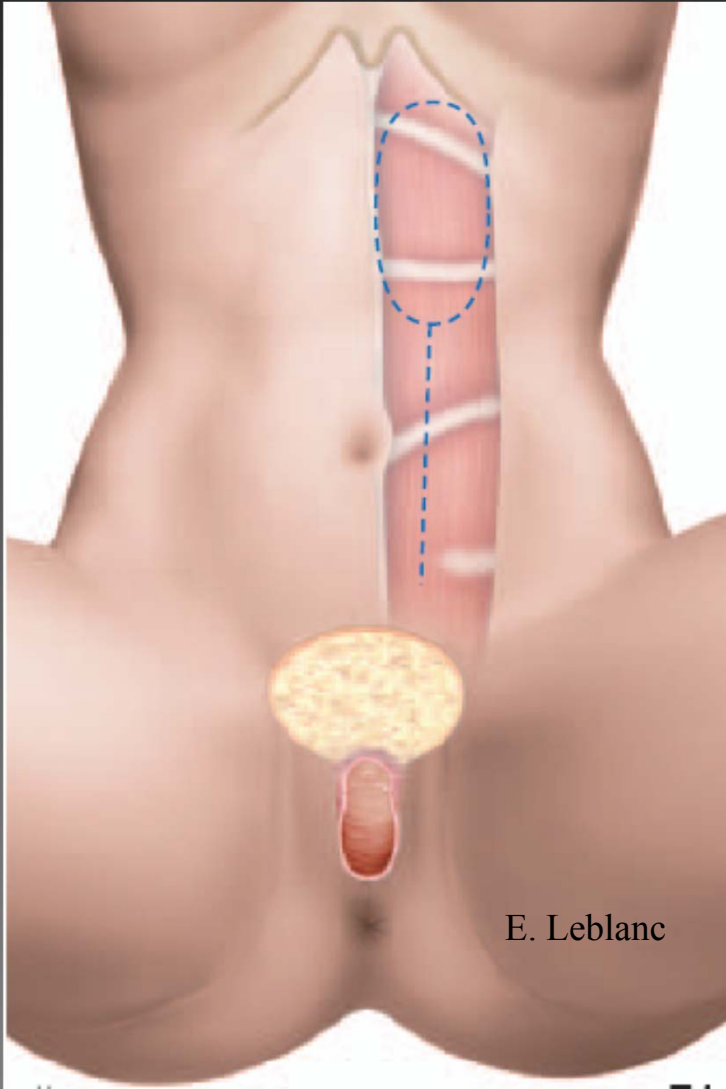




Lambeau de grand fessier (pédicule glutéal)



# Lambeau de grand droit vertical (VRAM)





Lambeau de grand droit abdominal transversal  
(TRAM)



Pr Jean Levêque (CHU Rennes)  
Centre Eugène Marquis

## Lambeau de grand droit vertical (VRAM)



### Histologie :

- Carcinome épidermoïde infiltrant
- Marges 20 mm
- 4 N- (ganglions sentinelles) à gauche ; 3N+ / 12 à droite
- Radio-chimiothérapie adjuvante

## Stade III (T3, N0 - 1, M0)

**Vulvectomie totale radicale modifiée**  
élargie à l'urètre inférieur, au 1/3 inférieur du vagin ou à la peau anale  
+/- lambeaux de recouvrement



Curage inguinal bilatéral superficiel +/- profond systématique ou selon  
extemporané +/- adénectomie pelvienne visible en TDM pré-opératoire

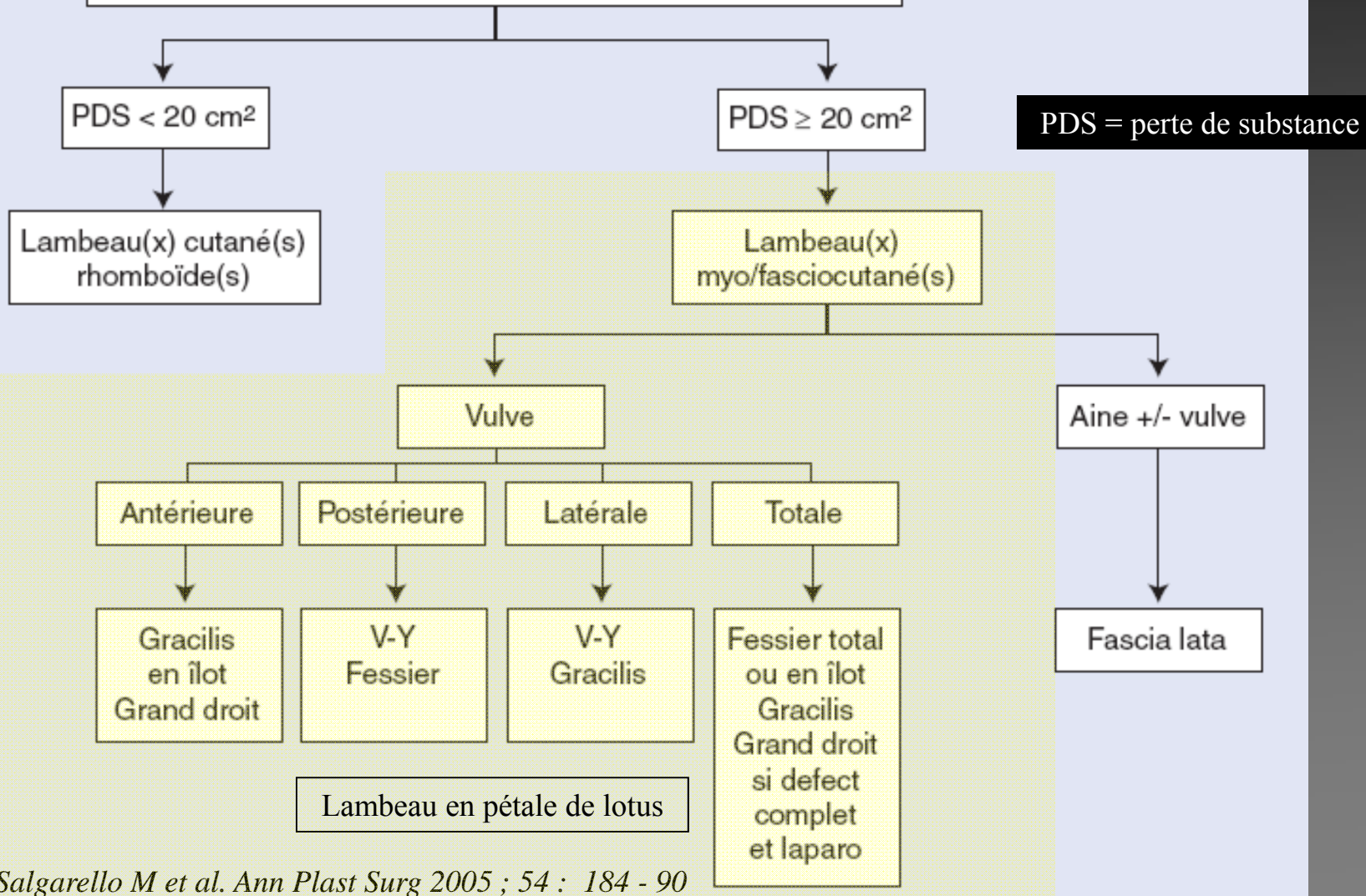


Radiothérapie externe selon les résultats histologiques  
(ganglions et état des berges)

**Option : radiochimiothérapie concomitante +/- chirurgie du résidu tumoral**



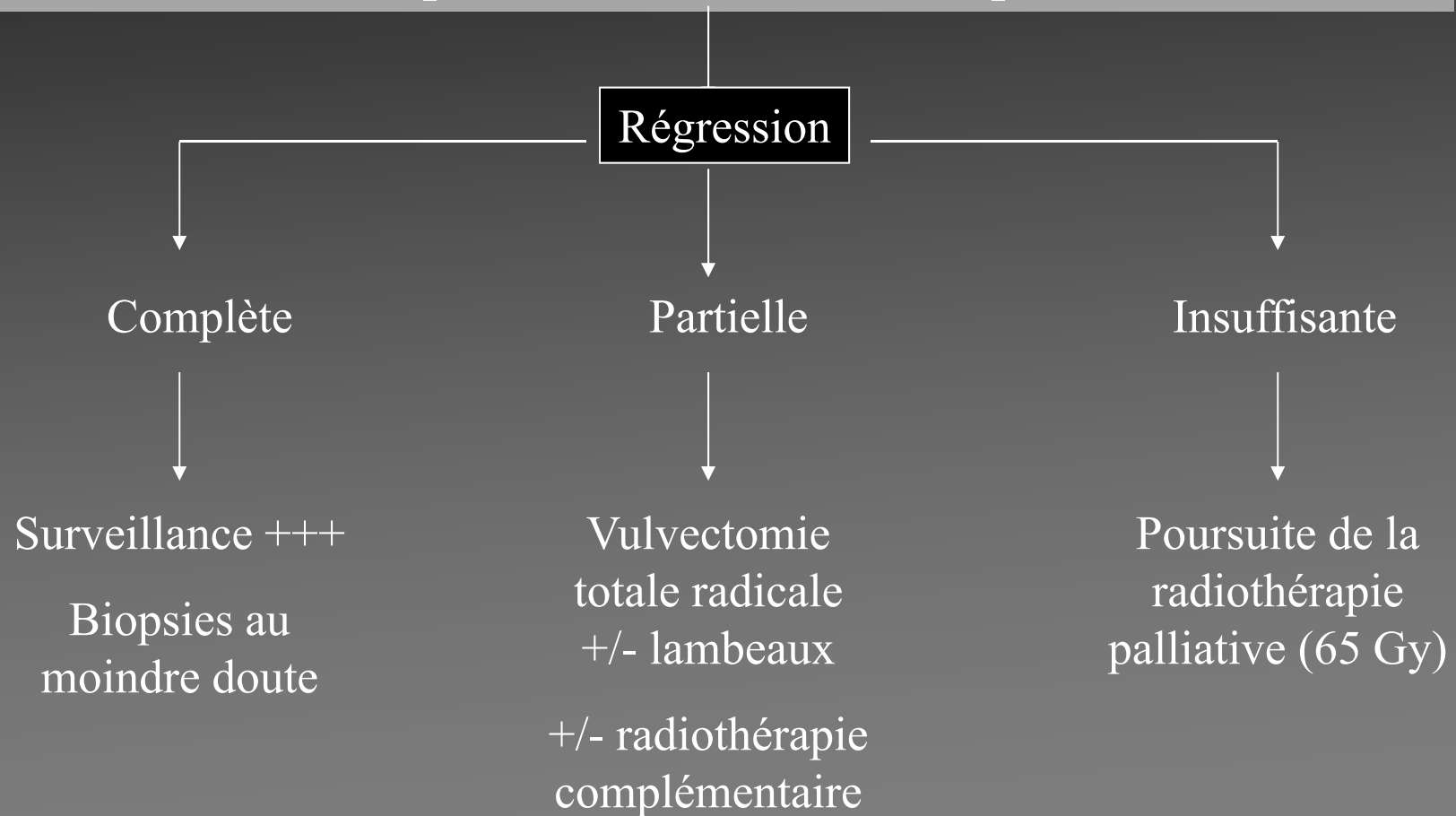
Proposition de choix d'un mode de couverture cutanée  
périnéale après chirurgie vulvaire radicale  
en fonction de la surface de la perte de substance (PDS)



Salgarello M et al. Ann Plast Surg 2005 ; 54 : 184 - 90

# Stade III (T3, N0 - 1, M0)

Option : radio chimiothérapie



# Stade IV

**IVA (T4, N-1, M0 ; N2, M0)**

Examen sous AG + IRM + TEP  
Avis multidisciplinaire  
+ patiente +/- famille

Exentération pelvienne  
(si T4, NO - 1, M0)  
+/- RTE selon état des  
berges et ganglions

Radiochimiothérapie  
concomitante  
+/- chirurgie du reliquat  
tumoral

**IVB (tout M1)**

Selon symptomatologie  
et état général

Chimiothérapie

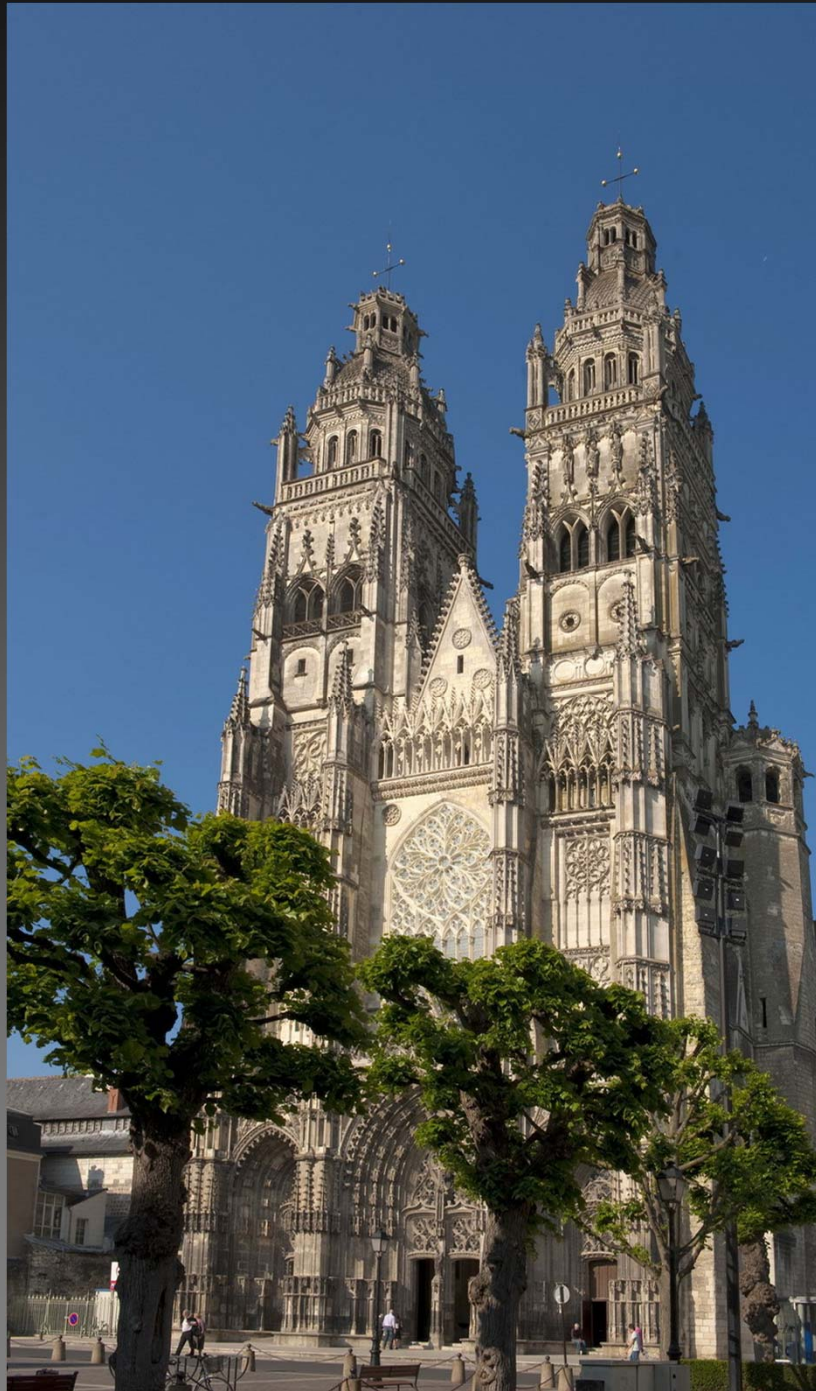
Soins de support  
Traitement palliatif

# Conclusion

- Pour les malades opérables (stades III), la chirurgie constitue l'option thérapeutique principale
- Pour les malades relevant d'une chirurgie très mutilante (stades IV), la chirurgie est (éventuellement) plutôt une option thérapeutique de 2<sup>ème</sup> intention, après radio et/ou chimiothérapie première, option pouvant être élargie aux femmes « les plus jeunes » (stades III)
- Elle doit être réalisée dans le respect des règles carcinologiques, par des équipes « habituées » à cette prise en charge, en veillant à éviter tout « sous-traitement » (équipes référentes)



# Tours



# France









