

Prise en charge chirurgicales des cancers de l'ovaire de stade avancé: l'intervention de Hudson

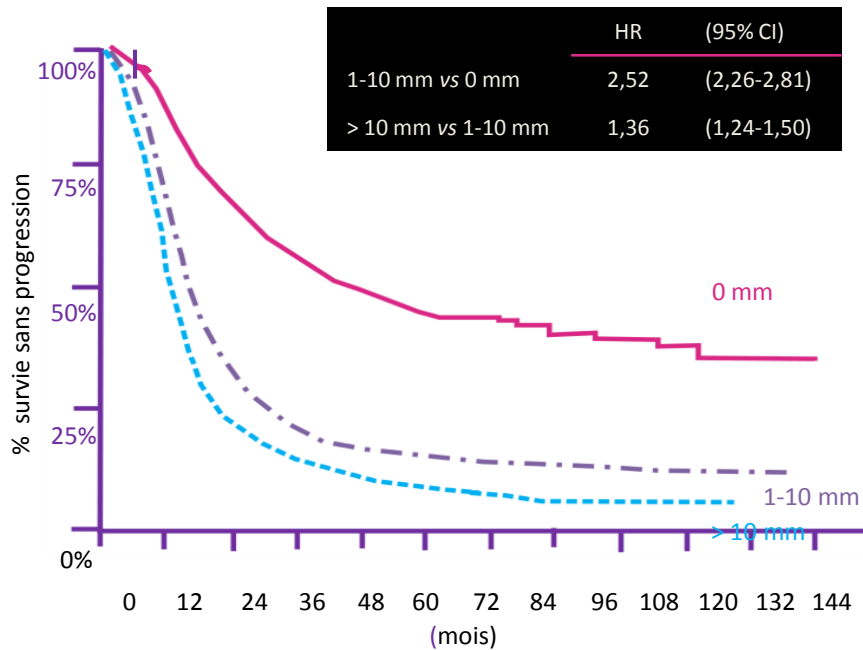
**Guyon F, Cordeiro Vidal G, Babin G, Querleu D
Département de chirurgie oncogynécologie
Institut Bergonié
CLCC Bordeaux-Aquitaine**

Introduction

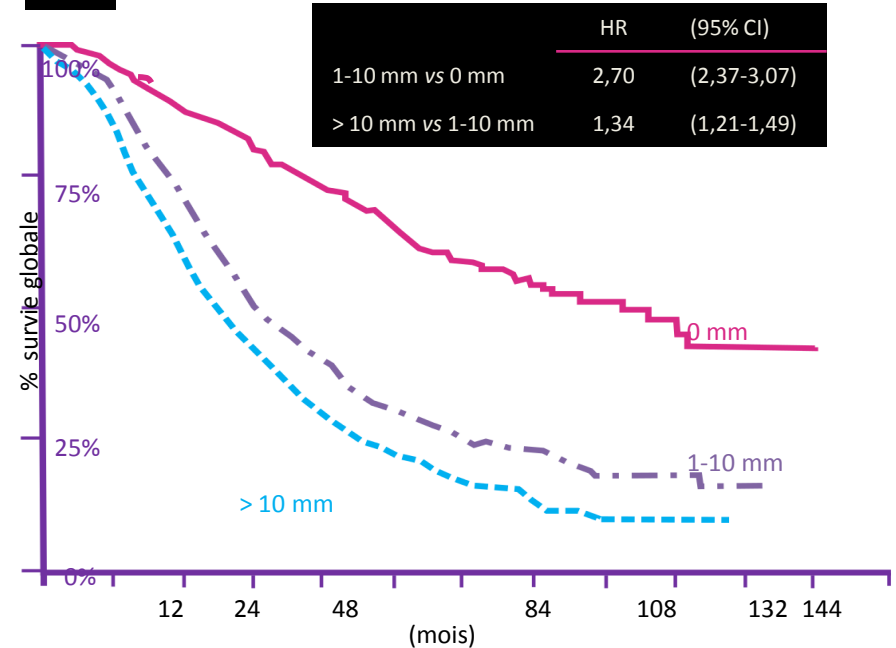
- **Consensus**
 - La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de stade avancé repose sur la réalisation d'une chirurgie de cytoréduction associée à une chimiothérapie à base de sels de platine
 - Si la chimiothérapie a démontré son efficacité en terme de survie, le rôle de la chirurgie reste primordial
- Depuis la publication de Griffith en 1975 introduisant le concept de cytoréduction, de nombreuses séries rétrospectives ont souligné la corrélation entre OS, PFS et l'importance du résidu tumoral en fin d'intervention
- Ces dix dernières années ont été marquées par une évolution de l'objectif de la chirurgie en terme de cytoréduction: passage du concept d'optimal en cas de résidu < 1 cm à la chirurgie complète ne laissant aucun résidu en place et impliquant, si nécessaire, une résection plus « aboutie » des lésions de l'étage sus mésocolique et des résections organiques parfois étendue

Importance de la chirurgie d'exérèse complète

A



B



(A) Survie sans progression et (B) survie globale après rechute/progression en fonction de la taille de la tumeur résiduelle

Du Bois A, *et al.* Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials. *Cancer*. 2009;115:1234-44.

Importance de la chirurgie d'exérèse complète

- **Survie globale médiane**
 - Résection complète : **99 mois**
 - Reliquat tumoral de **1-10 mm** : **36 mois**
 - Reliquat tumoral **> 10 mm** : **29 mois**

	Survie sans récurrence	
	N	(%)
Résection complète	483	46,2
Reliquat tumoral 1-10 mm	158	16,2
Reliquat tumoral > 10 mm	110	10,0
Tous	751	24,0

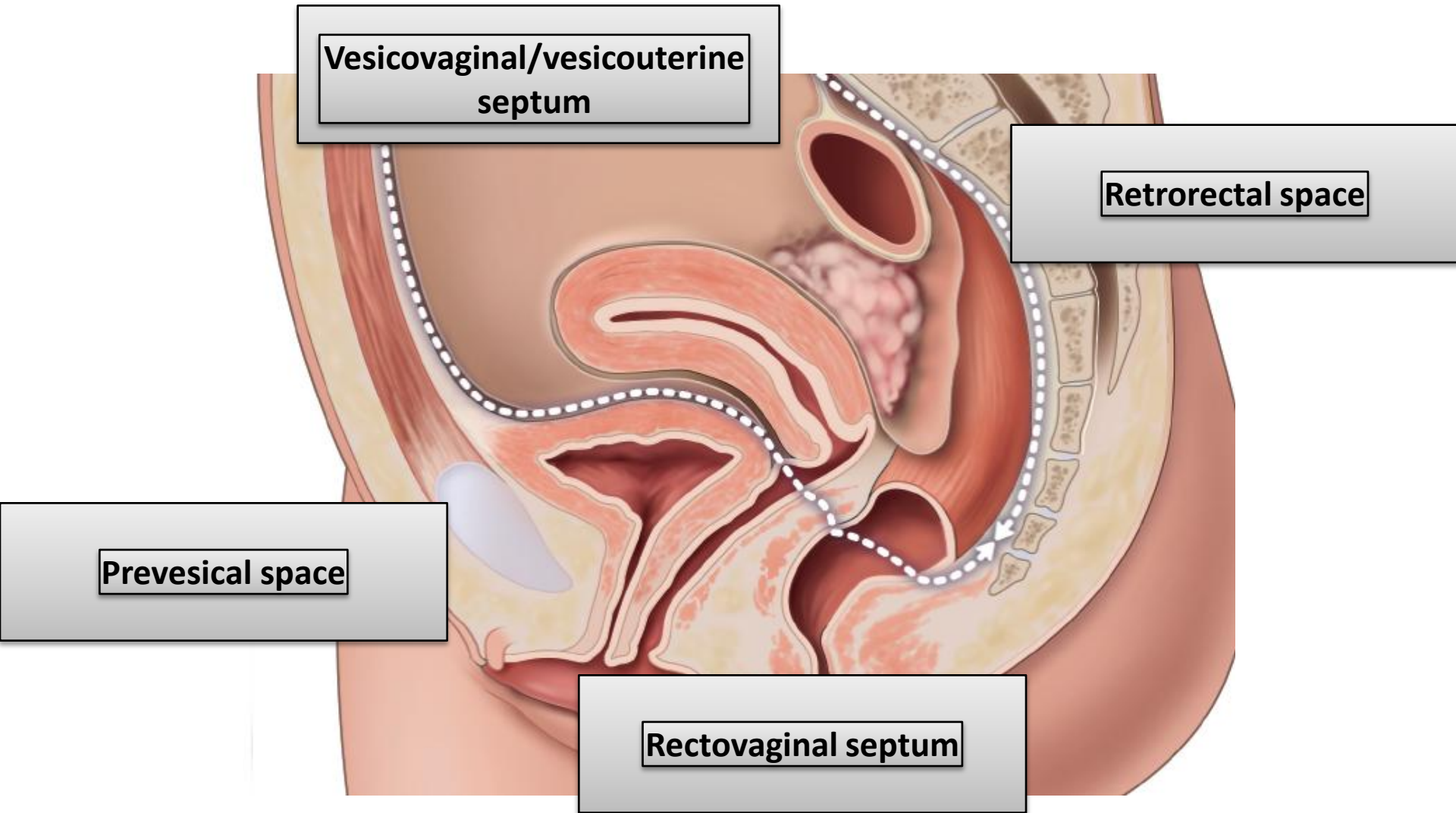
Rationnel

- **La chirurgie des cancers de l'ovaire de stade avancé nécessite des exérèses importantes au niveau pelvien**
- **Atteinte du cul-de-sac de Douglas avec formation de foyers tumoraux qui « fusionnent » le rectosigmoïde à l'utérus et les annexes**
- **Une ablation en bloc est nécessaire mais l'atteinte en profondeur est peu développée en extrapéritonéal**
- **Intervention de Hudson ou ovariectomie radicale réalise une exentération postérieure (parfois juste une dougласsectomie) supralévatorienne emportant par voie rétropéritonéale l'utérus, les annexes, le cul-de-sac de Douglas +/- le rectosigmoïde ainsi que tout le péritoine pelvien**

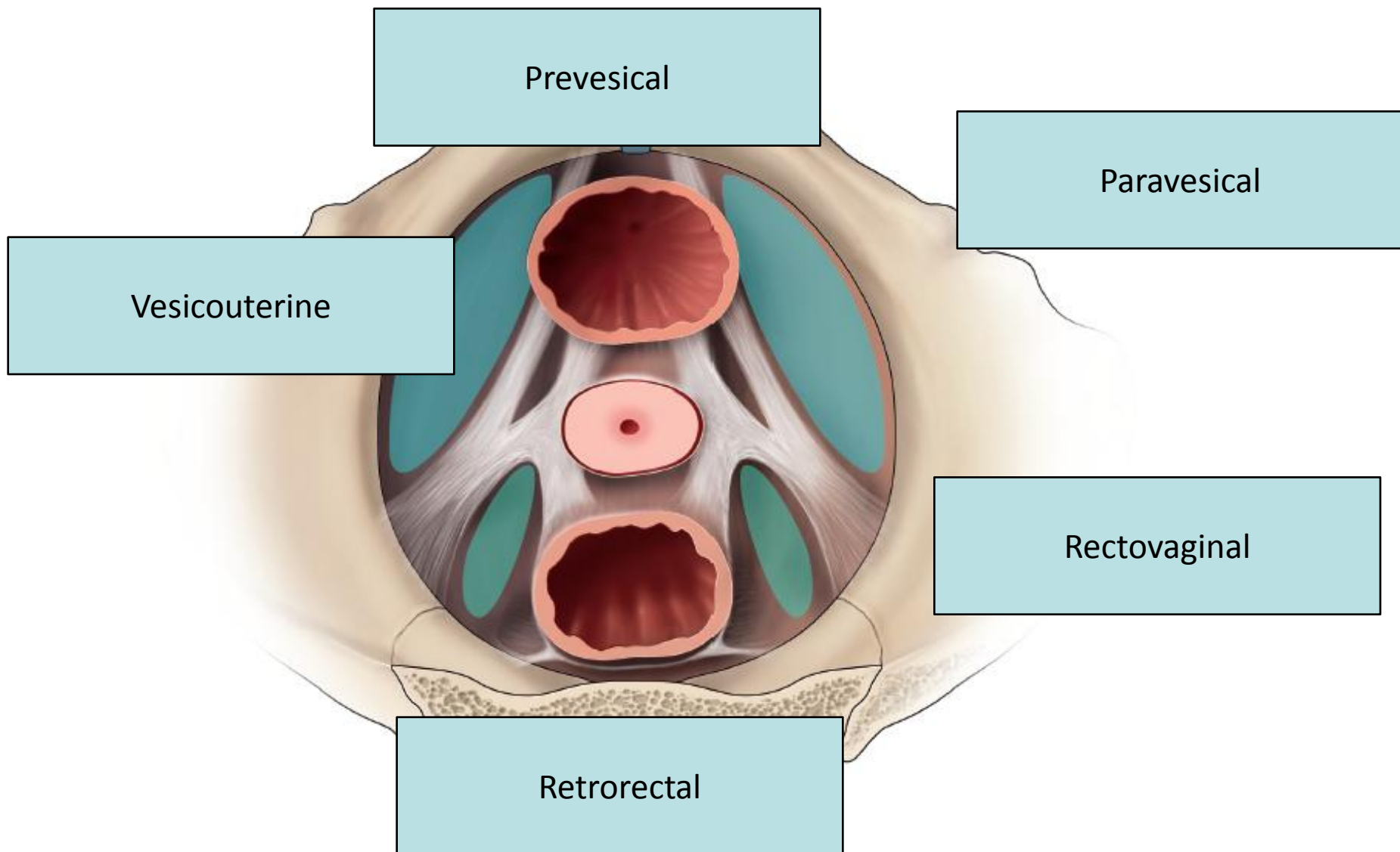
Indication

- **Existence d'une masse tumorale fixant le rectum/sigmoïde**
- **Nécessité d'une résection partielle de vessie et/ou urétérale avec réimplantation n'est pas une limite en soi**
- **CI:**
 - Résection totale de vessie
 - Incapacité de réaliser une chirurgie complète par ailleurs
 - État général précaire
 - Fixation des paramètres à la paroi pelvienne

Intervention de Hudson



Les espaces pelviens



Installation

- **Décubitus dorsal**
- **Jambes écartées pour permettre un double abord et éventuellement une anastomose digestive par voie transanale**
- **Sonde vésicale**
- **AG et conditionnement (+++): APD, monitoring hémodynamique....**

Intervention

- **Laparotomie médiane xyphopubienne**
- **Cytologie et évaluation de toute la cavité abdominale notamment l'étage sus-méso colique**
- **Inspection pelvienne**

Video 1

Incision péritonéale

- **Incision péritonéale en zone saine au pourtour du détroit supérieur**
- **On isole les uretères et les ligaments lombo-ovariens**

Video 2

Ablation du péritoine latéro-pelvien

- **Incision du péritoine latéro-pelvien emportant les lésions**
- **Les ligaments ronds sont sectionnés**
- **L'axe vasculaire est dénudé**
- **Latéralement les uretères sont repérés**

Video

Ouverture des fosses paravésicales et pararectales

video

Ablation du péritoine pré-vésical et décollement vésico utérin

video

Traitement du pédicule utérin à l'aplomb de l'uretère et décollement dans le plan du méso-rectum

video

Procédure identique contro- latéralement permettant de mobiliser la pièce opératoire

video

Section vaginale

- **En avant puis latéralement et exposition de la paroi postérieure**
- **Section de la paroi postérieure et de l'aponévrose de Denonvilliers pour découvrir le rectum**

video

Hystérectomie

- De bas en haut à la faveur de la séparation du septum rectovaginal
- Traitement du paracervix et des utérosacrés

video

Mobilisation de la pièce

- La section vaginale, l'ouverture des fosses et le décollement rétrorectal permettent d'extérioriser la pièce opératoire
- C'est à ce moment que l'on décide soit de disséquer la face antérieure du rectum soit de pratiquer une exentération postérieure modifiée

video

Section du rectum

- On complète la mobilisation du rectum en avant du promontoire
- On descend profondément en arrière de l'ampoule rectale (plan rétrorectal avasculaire)
- Traitement du mésorectum
- Cette mobilisation postérieure et latérale après section vaginale permet de pédiculiser la pièce opératoire sur l'ampoule rectale
- Section rectale

video

Ablation de la pièce opératoire

- **Section du sigmoïde**
- **Traitement du méso sigmoïde jusqu'au pédicule rectal**

video

Anastomose colorectale

- Mobilisation du colon descendant
- Si besoin section de l'artère mésentérique inférieure
- Positionnement de l'enclume
- Anastomose
- Étanchéité: extrémités vascularisées et suture sans traction

Fin de l'intervention

- **Drainage**
- **Stomie de protection**
 - **Colostomie**
 - **iléostomie**

Réhabilitation précoce

- **Concept du fast-tracking**
- **Mobilisation rapide**
- **Reprise alimentaire précoce**
- **Retrait dès que possible des drainages**
- **Intérêt l'APD pour l'analgésie post opératoire**

Conclusion

- **Intervention permettant d'optimiser la résection des lésions pelviennes**
- **Permet une excellent approche de la problématique de la conservation rectale**
- **N'est pas un frein à la prise en charge multimodale des cancers de l'ovaire**
 - **Chimiothérapie administrée dans les délais**
 - **Si adjonction d'Avastin attendre le second cycle de chimiothérapie post opératoire**