



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

Curages ganglionnaires par laparoscopie en gynécologie

Pr Bruno BORGHESE

Service de Chirurgie Gynécologique et Médecine de la Reproduction (Pr Chapron)
Hôpital Cochin | Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Institut Cochin | Département Reproduction Développement Cancer
INSERM | CNRS | Université Paris Descartes
Paris, France

*The 18th Vietnam - France - Asia - Pacific Conference
on Obstetrics & Gynecology*

CURAGES GANGLIONNAIRES

INDICATIONS

CANCER DE L'OVAIRE

- Curage pelvien et lomboaortique
- **Voie laparoscopique rarement possible (carcinose)**
- Sauf mucineux expansif stade I

CANCER DU COL

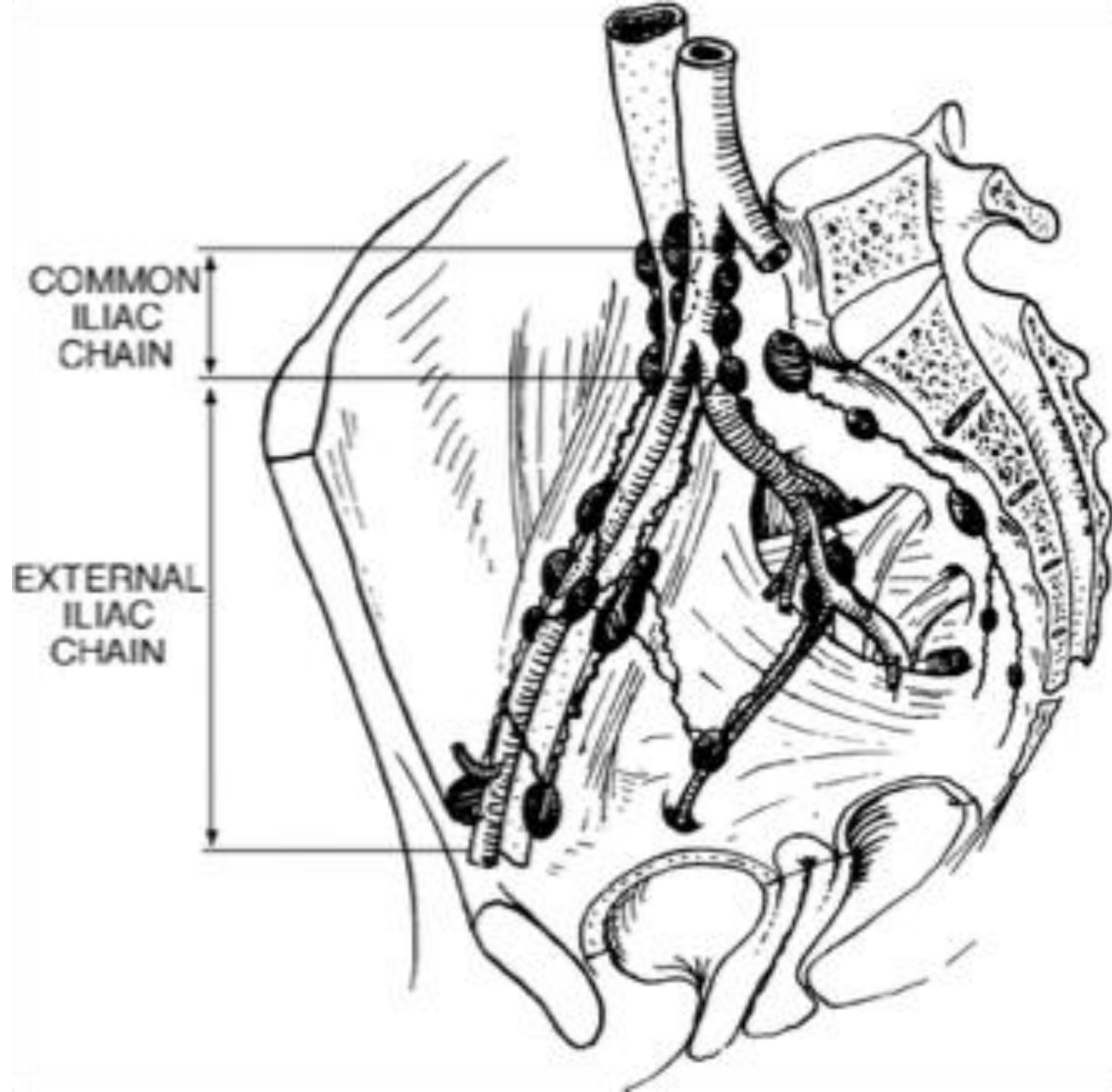
- **Curage pelvien** pour les stades IA1 et IA2 avec emboles, et IB1 (< 4 cm limités au col), précédant la colpohystérectomie élargie (extempo)
- **Curage lomboaortique** de stadification dans les stades avancés (\geq IB2), si petscan négatif
- Curage pelvien systématique si procédure de préservation de la fertilité envisagée (trachélectomie élargie)
- Laparoscopie +++

CANCER DE L'ENDOMETRE

- **Curage pelvien et lomboaortique**
- **Groupe à risque élevé** : endométrioïde IB G3, stades \geq II, non endométrioïde
- Laparoscopie +++ (réduire morbidité liée à la RT)

CURAGES GANGLIONNAIRES

TECHNIQUE CHIRURGICALE



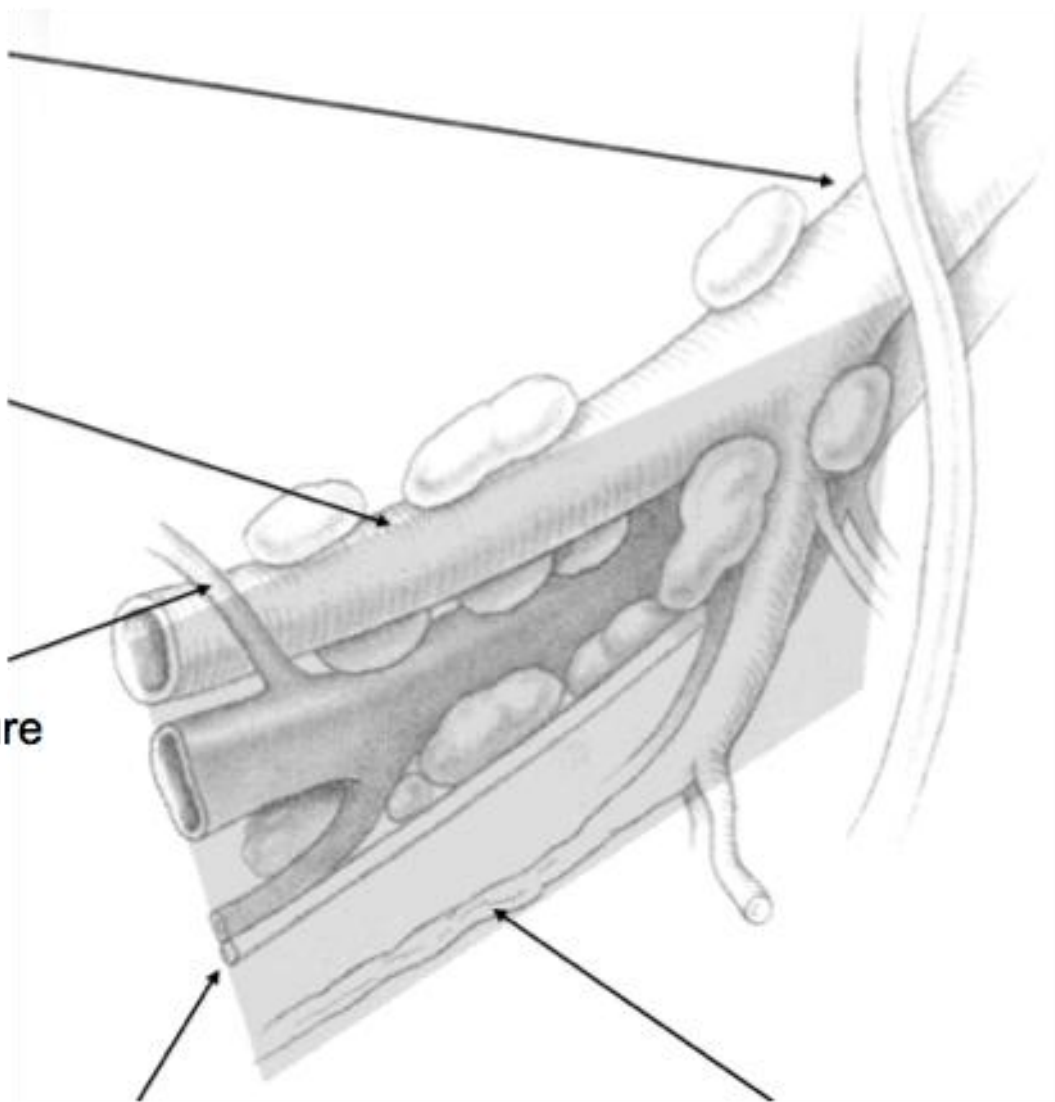
Artère iliaque primitive
Uretère

Artère iliaque externe

Veine circonflexe il. prof
Veine épigastrique inférieure

Nerf obturateur

Artère iliaque interne
Artère ombilicale



Veine obturatrice accessoire

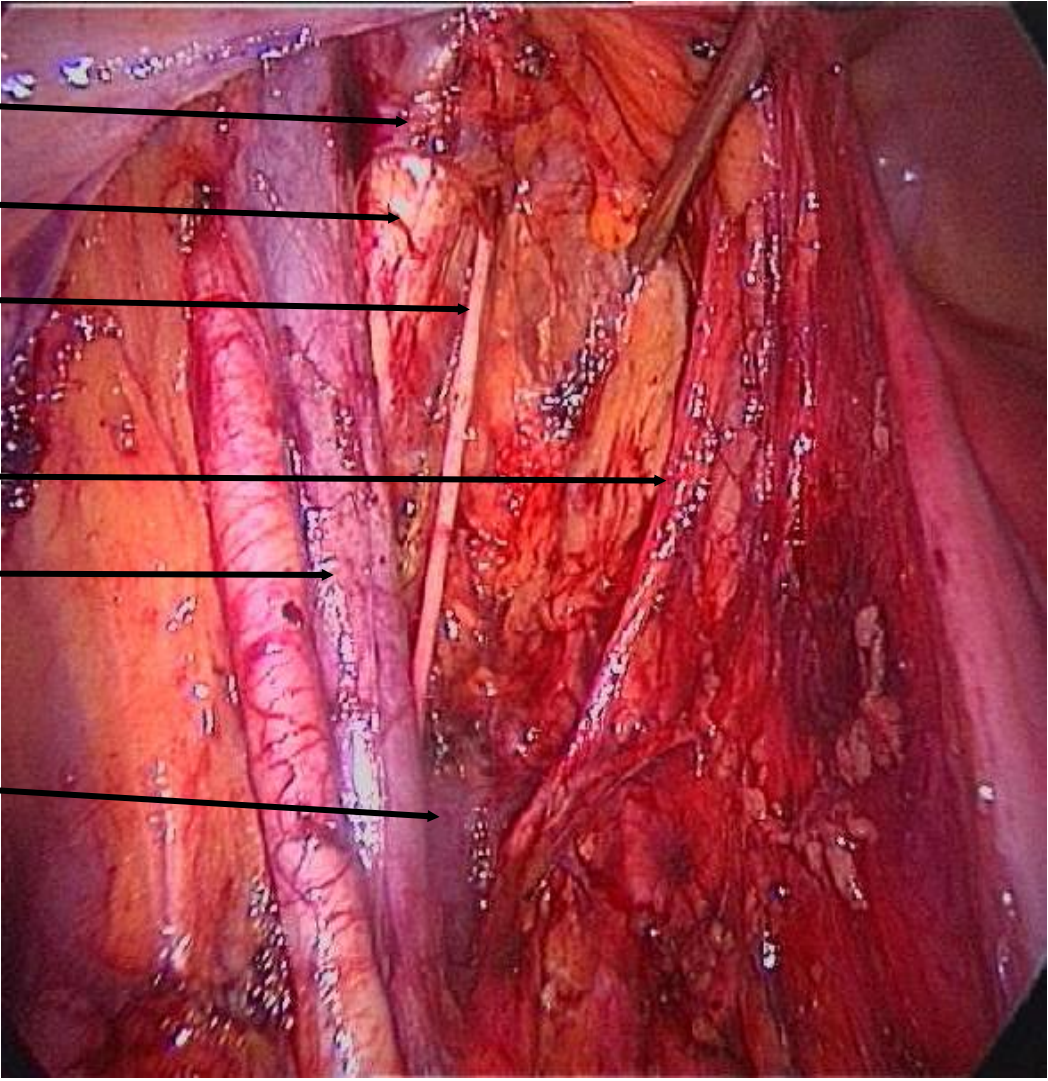
Ligament de Cooper

Nerf obturateur

Artère ombilicale

Vaisseaux iliaque externes

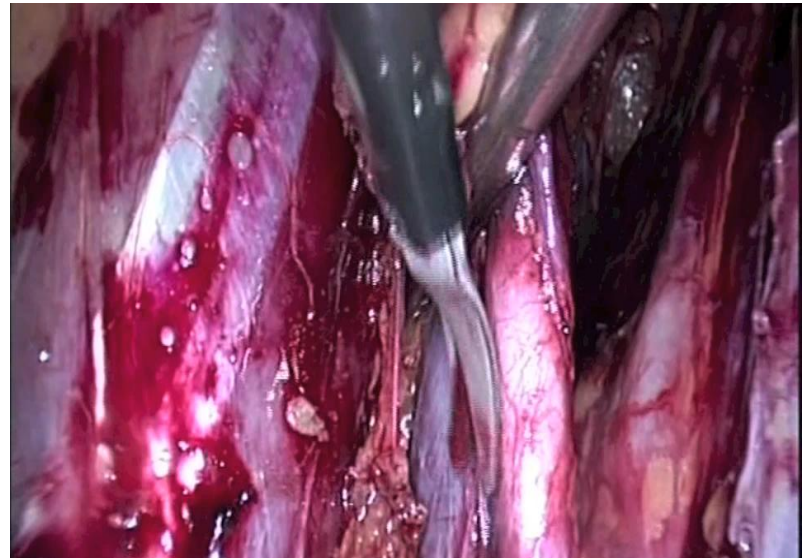
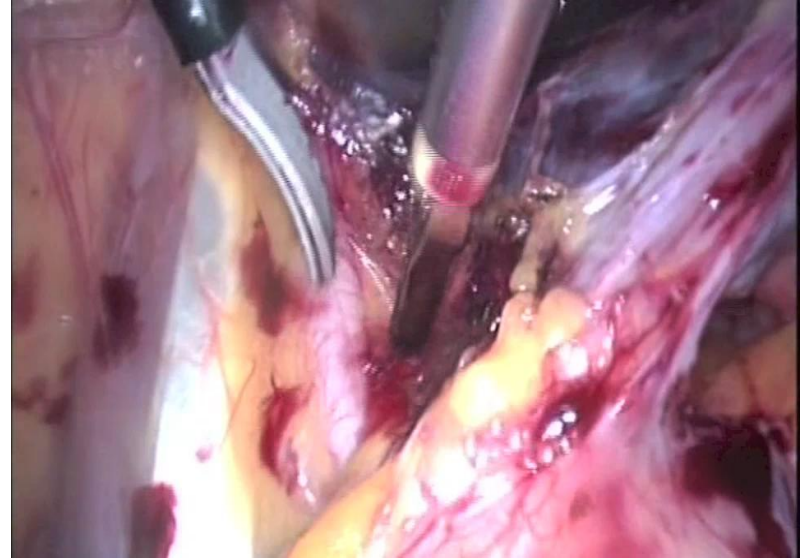
Veine iliaque interne

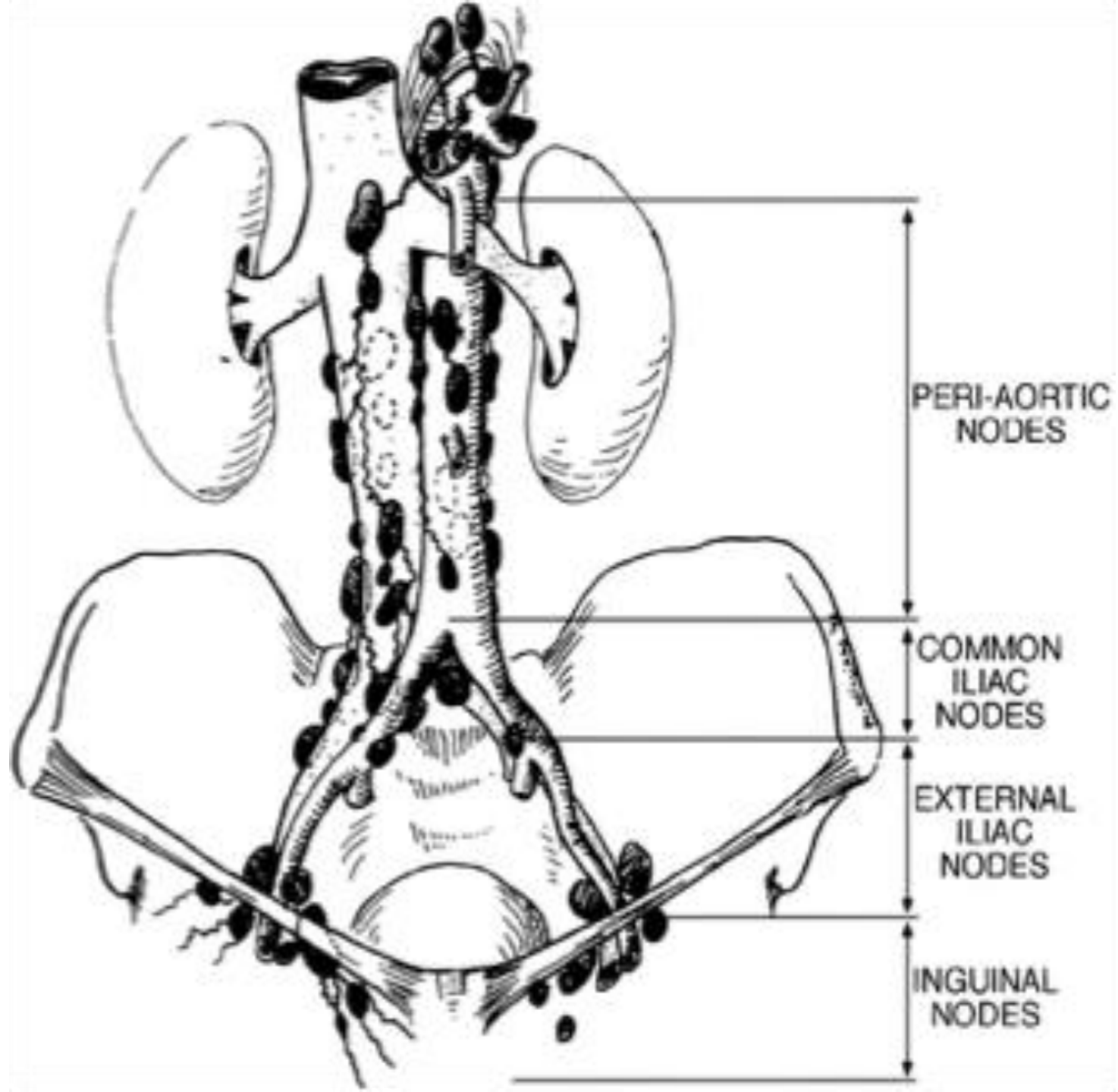


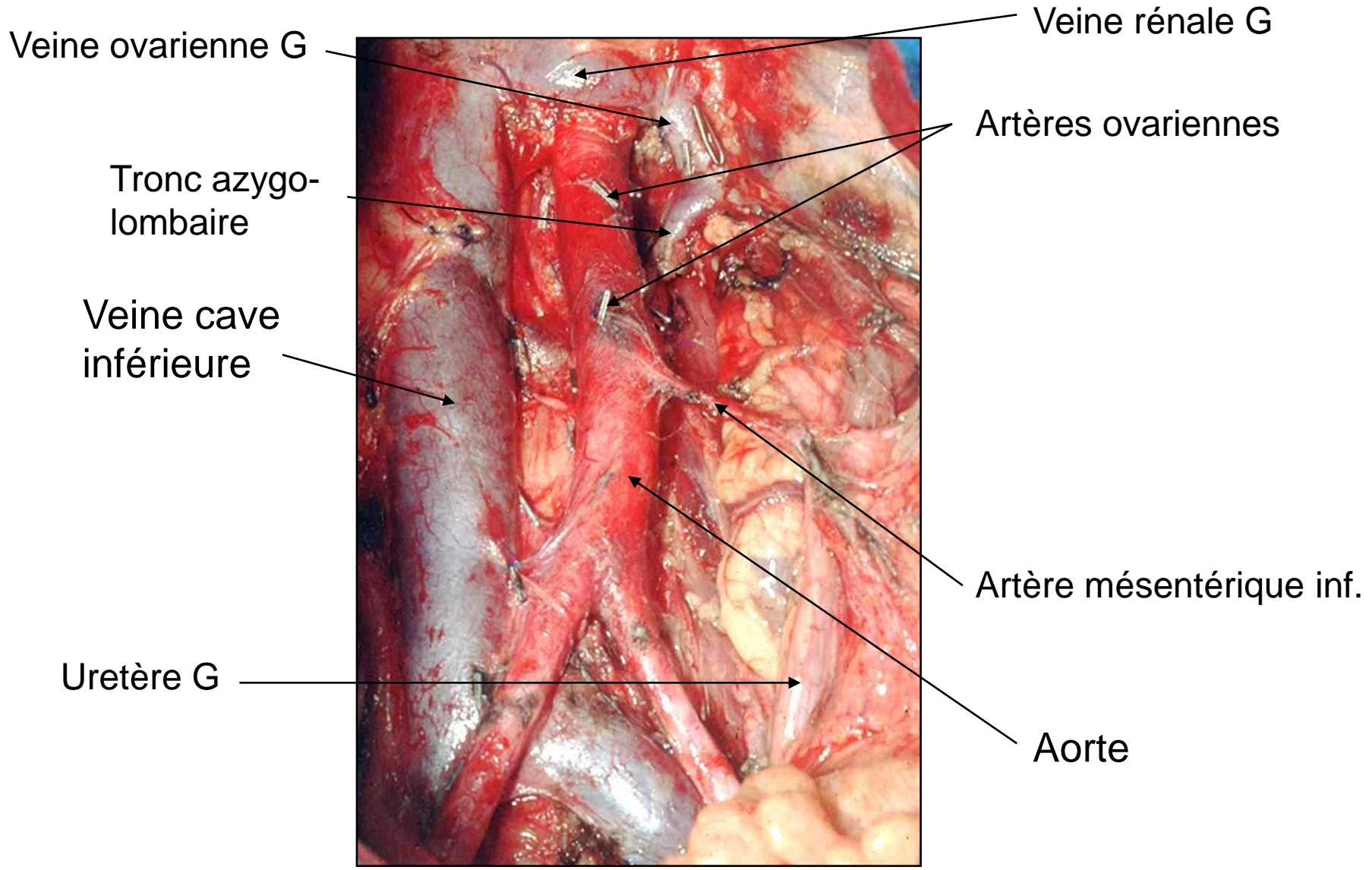
- Ouverture large du péritoine en dehors des vaisseaux iliaques
- Ouverture vers le haut comme dans une colectomie
- Manipulateur utérin pour ouvrir les espaces



- Ouverture des fosses para-rectale et para-vésicale
- Dissection en dehors des vaisseaux iliaques







Veine ovarienne G

Veine rénale G

Tronc azygo-
lombaire

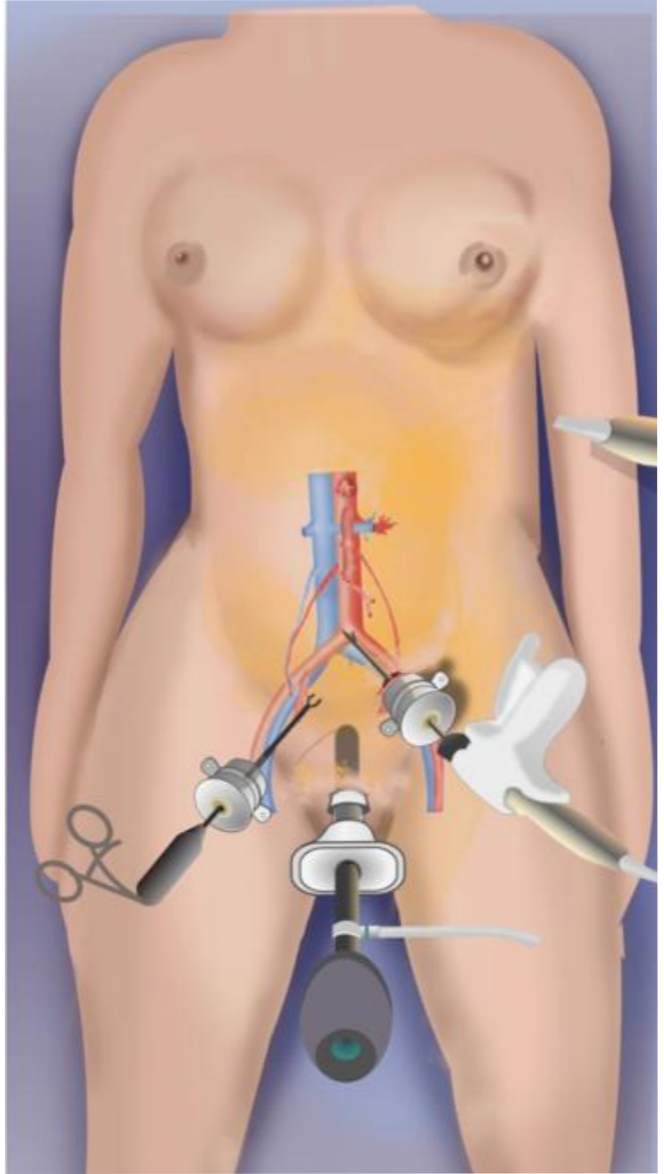
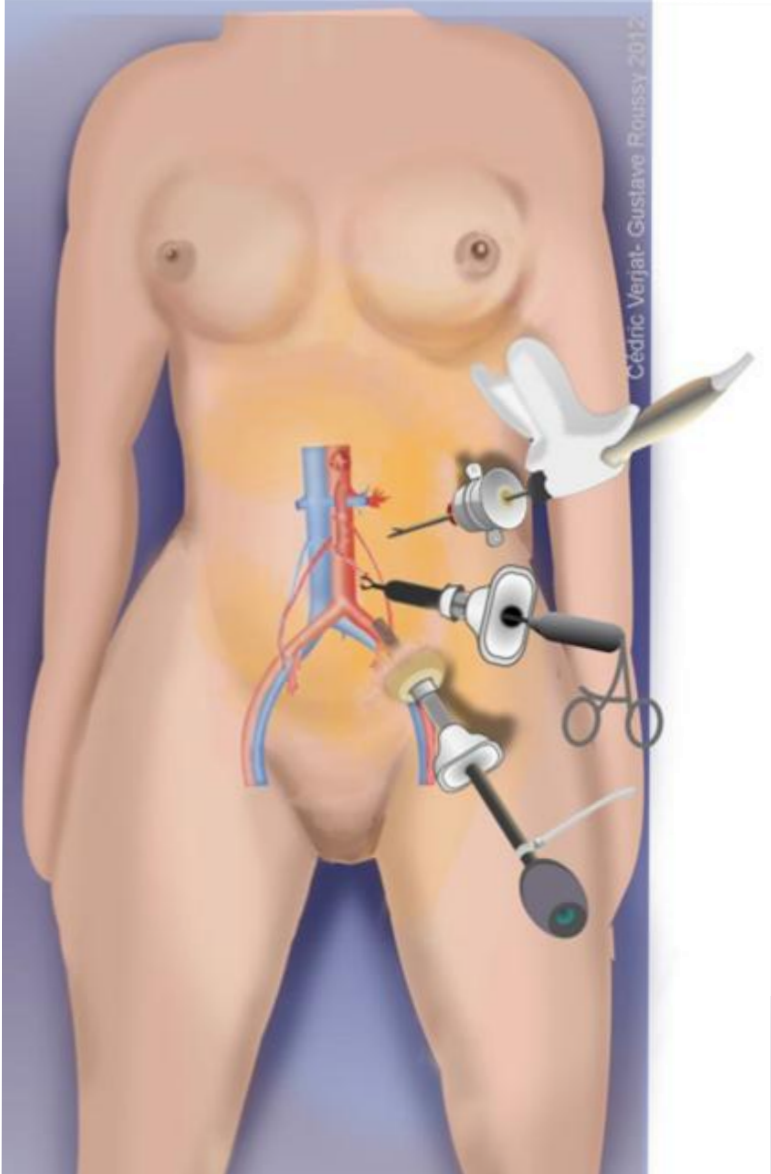
Artères ovariennes

Veine cave
inférieure

Artère mésentérique inf.

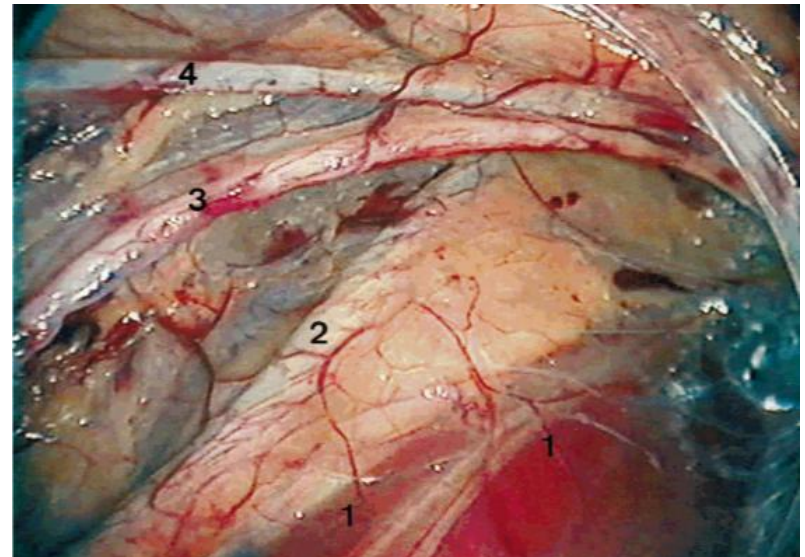
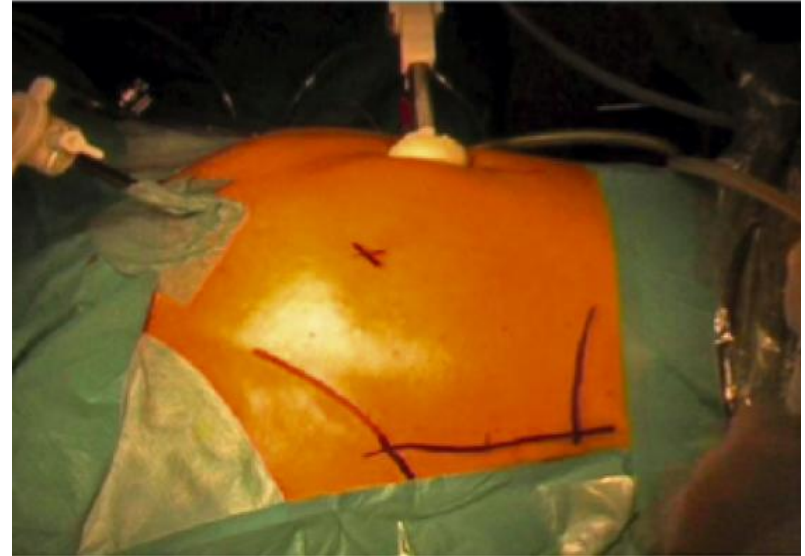
Uretère G

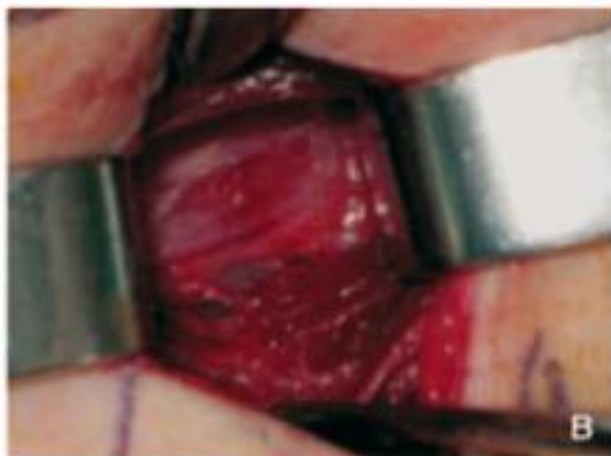
Aorte

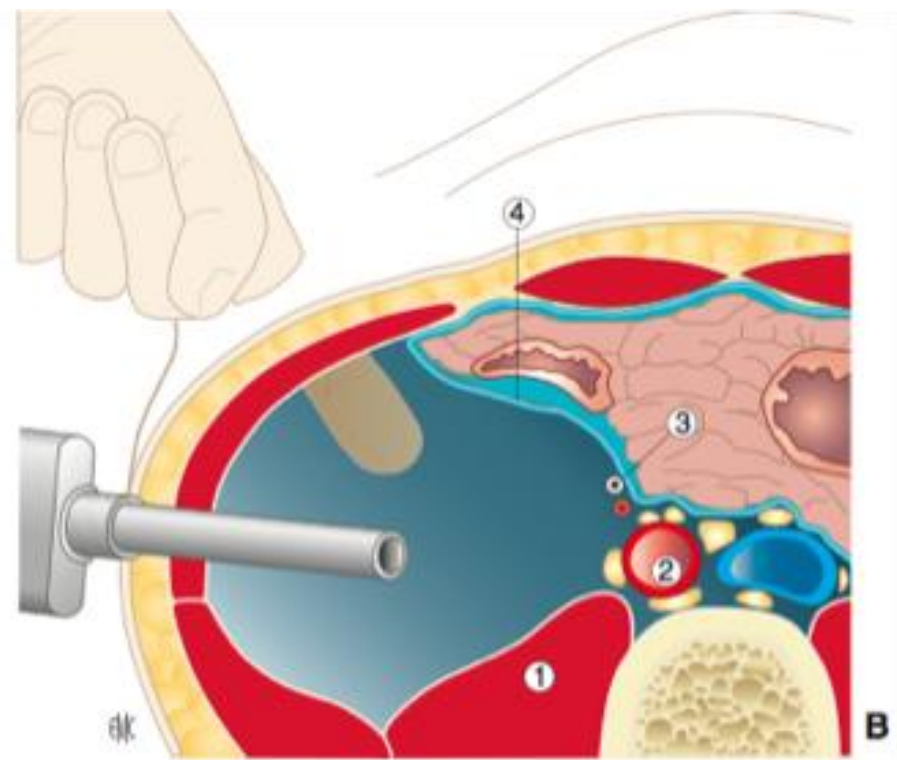
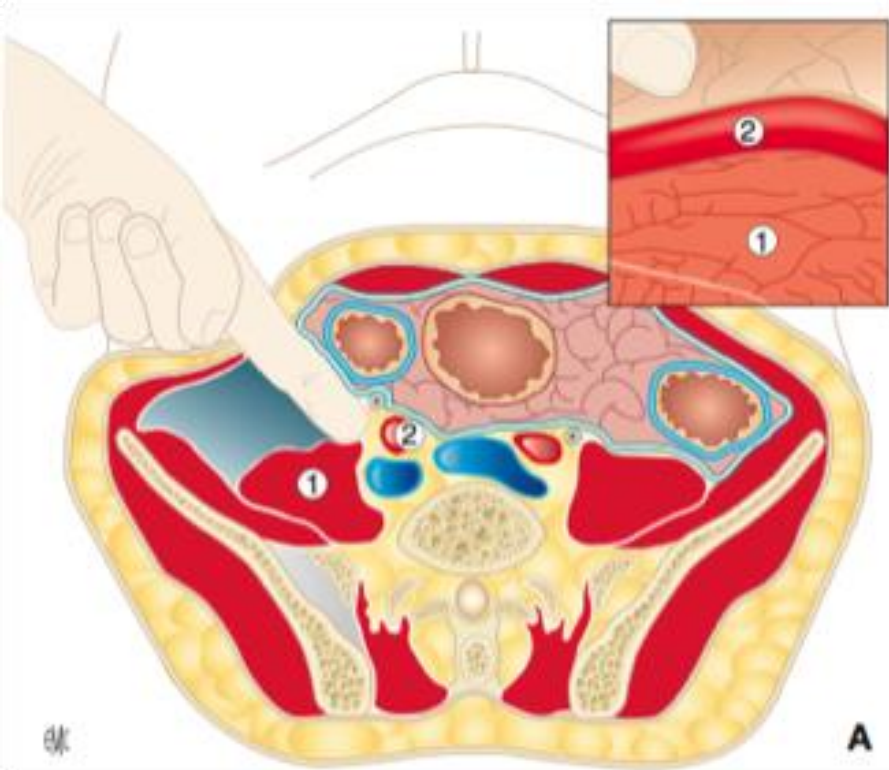


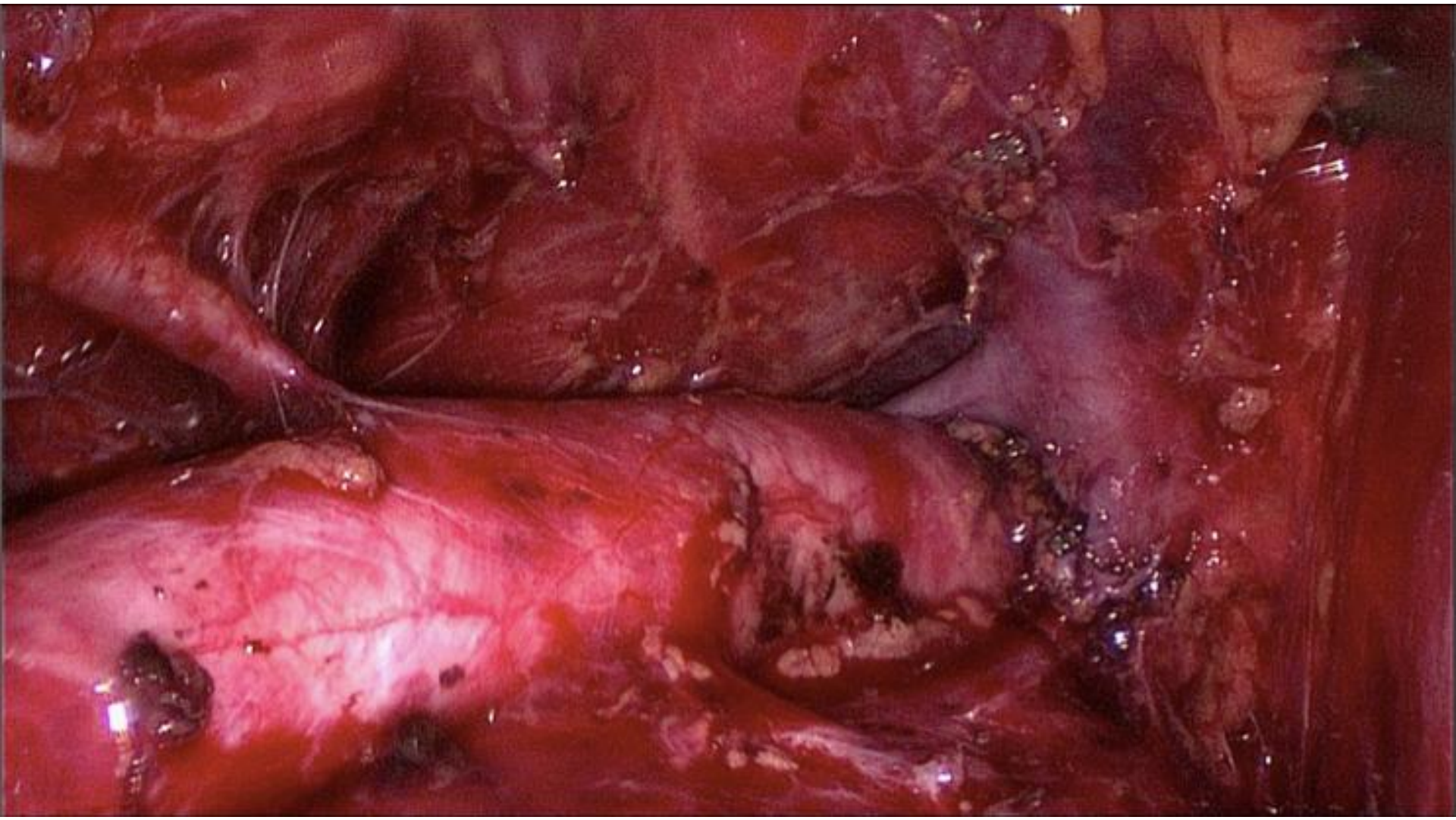
	Trans-péritonéal	Rétro-péritonéal
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Abord des différents sites Lao - Curage iliaque si nécessaire - Faible risque de lymphocèle 	<ul style="list-style-type: none"> - Possible quelque soit morphologie - Bon abord para-aortique et para-iliaque gauche
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Difficile si BMI élevé - Adhérences et ATCD chirurgicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de lymphocèle malgré fenestration - Régions moins accessibles (inter-aortico-cave pré et latéro-cave) - Conversion (si ouverture péritonéale)

- Coéloscopie trans-péritonéale diagnostique
- Préparation digitale de l'espace extra-péritonéal sous contrôle coéloscopique direct
- Introduction des trocarts et des instruments sous contrôle digital
- Insufflation de l'espace extra-péritonéal

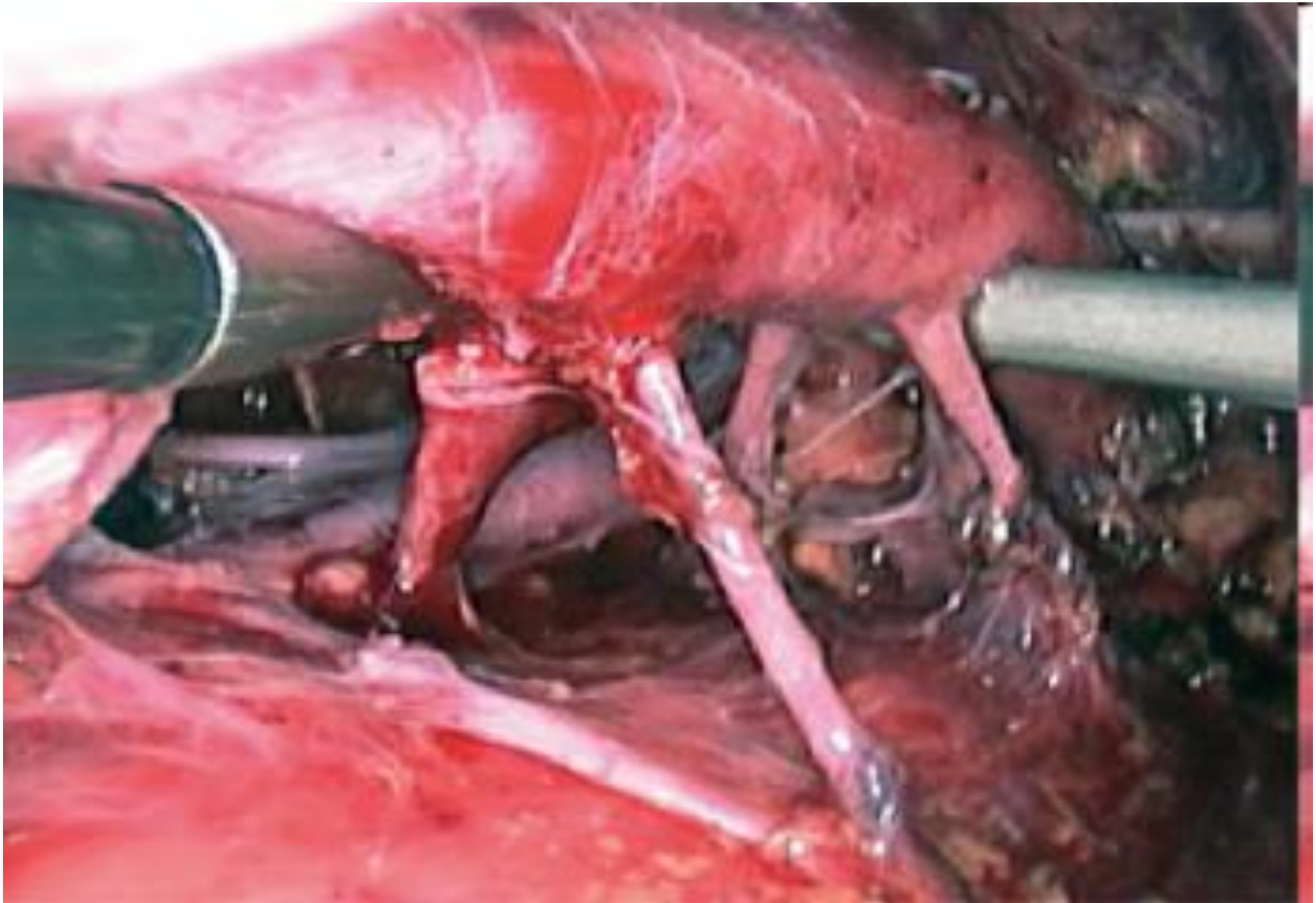






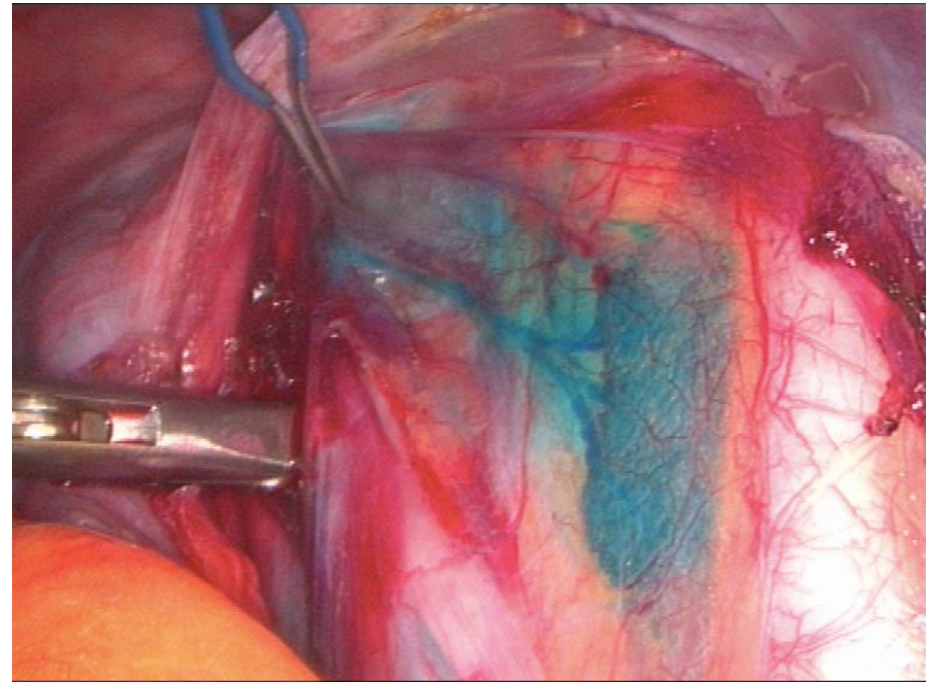
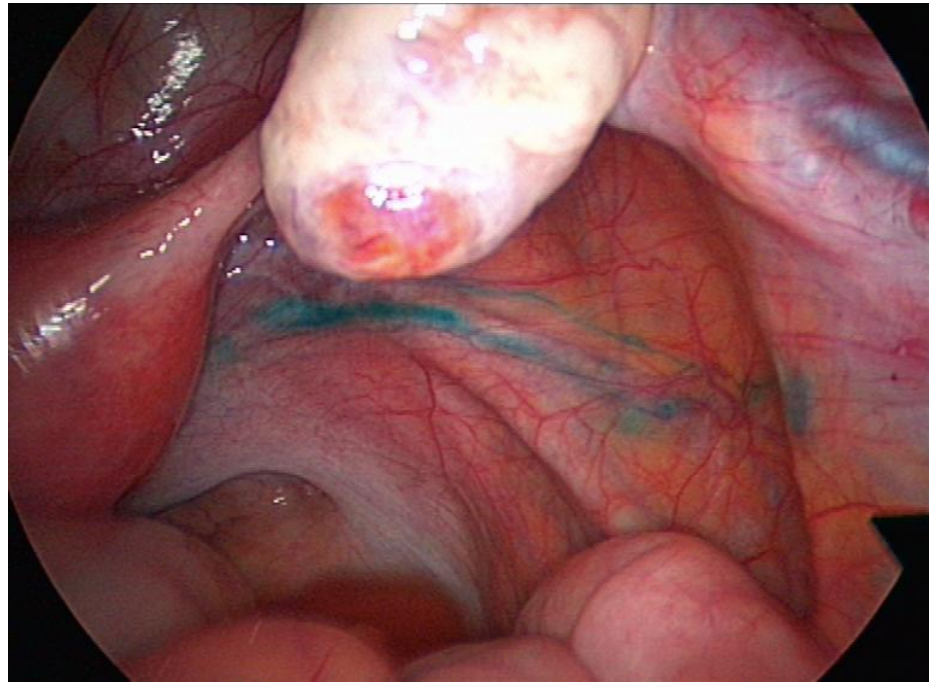
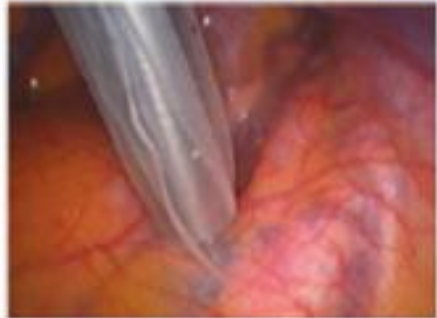






CURAGES GANGLIONNAIRES

QUEL AVENIR ?



AVANTAGES POTENTIELS DU GS

- extemporané sur des ganglions ciblés +
- recherche de voies de drainage aberrantes +++
- recherche de micrométastases ++ (ultra-staging du GS: coupes sériées et IHC)
- réduction de la morbidité ++

Aims

There is no level-1 evidence on the role of systematic pelvic and para-aortic lymphadenectomy (LNE) in patients with advanced ovarian cancer (AOC) with macroscopic complete resection and clinically negative lymph nodes (LN) and surgical management is very heterogeneous.

Method

Patients with newly diagnosed AOC FIGO IIB-IV with macroscopic intraperitoneal complete resection and pre- and intra-operatively clinical negative LN were randomized intra-operatively to LNE vs no-LNE. The primary endpoint was overall survival.

Results

647 patients were randomized between 12/08 and 1/12 to LNE (n=323) or no-LNE (n=324). The median number of removed LN was 57 (pelvic 35 and para-aortic 22). Microscopic LF metastases were diagnosed in 56% of the pts in the LNE arm. Median OS was 69 and 66 months in the no-LNE and LNE arm respectively (HR 1.06, 95%CI 0.83-1.34, p=0.65) and the median PFS was 26 months in both arms (HR 1.11, 95%CI 0.92-1.34 p=0.30). In the LNE arm a 64 minutes increased surgical duration (352 vs 288 min), higher blood loss (median 650 vs 500 ml), and a higher transfusion rate (67% vs 59%) were reported. Serious post-operative complications occurred more frequently in the LNE arm (e.g. rate of re-laparotomies 12.1% vs 5.9% [p=0.006], hospital re-admittance rate 8.0% vs 3.1% [p=0.006] and deaths within 60 days after surgery 3.1 vs 0.9% [p=0.049]).

Conclusion

Systematic pelvic and para-aortic LNE in patients with AOC with both intra-abdominal complete resection and clinically negative LN neither improve overall nor progression-free survival, therefore it should be omitted to reduce post-operative morbidity and mortality.