

Cancer Invasif de Vulve

Pr Jean LEVEQUE



Service de Gynécologie - CHU Anne de Bretagne



Département d'Oncologie Chirurgicale - CRLCC Eugène Marquis



Faculté de Médecine - Université de Rennes 1



Inserm U1085 - Death Receptors and Tumor Escape

RENNES - Breizh Izel

Background

- Cancer rare : 5% des cancers génitaux
- Particularités :
 - 90% cas : sur pathologie pré-existante →
 - multifocalité
 - trt chirurgical mutilant...
 - Lymphophilie
 - F. le plus souvent âgées : 23% avant 45 ans

DIAGNOSTIC

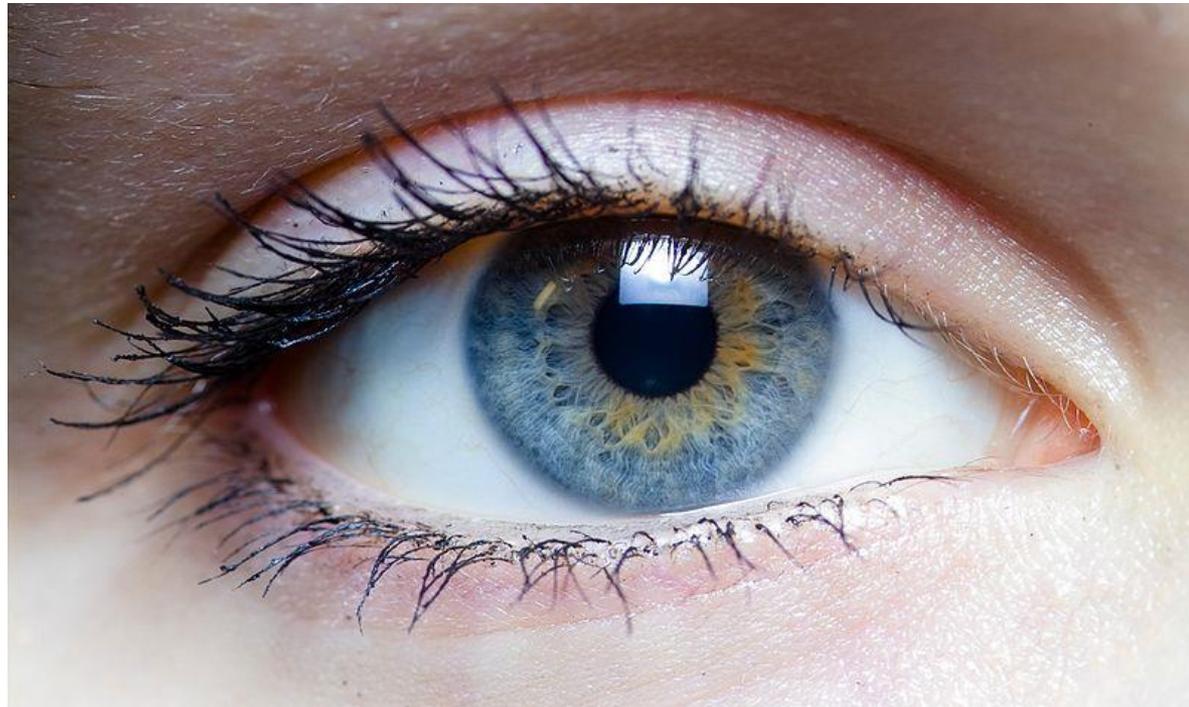
Double diagnostic

- Diagnostic de la lésion elle-même :
 - Nature
 - Siège (+ multifocalité)
 - Extension : profondeur + surface + GG inguinaux
- Diagnostic de lésion pré-existante « favorisante »

Signes d'alerte...

- Prurit localisé (+++)
- Brûlures (miction ++)
- Saignements (+)
- Leucorrhées (+)
- \$ urinaires ou digestifs (formes évoluées)
- Autopalpation
- RIEN => examen systématique

Au minimum on jette un...



Ce qui est difficile

- Aspects débutants:
 - petite tumeur qui persiste
 - excoriation qui s'étend
 - plaque blanche (leucoplasie)
- Lésions minimales noyées dans lésions vulvaires associées (type LSV - Paget)

Lésions maculaires : micro-invasion

→ Craindre l'invasion :

- Aspect :
 - Prolifératif
 - Creusant
 - Extensif centrifuge
- Bords irréguliers
- Réaction inflammatoire
- Age avancé



Lésions noyées : où biopsier ?



Nature : Carcinome épidermoïde

Forme bourgeonnante



**Forme creusante +
localisation clitoridienne**



Nature : Carcinome épidermoïde

Bourgeonnant + creusant



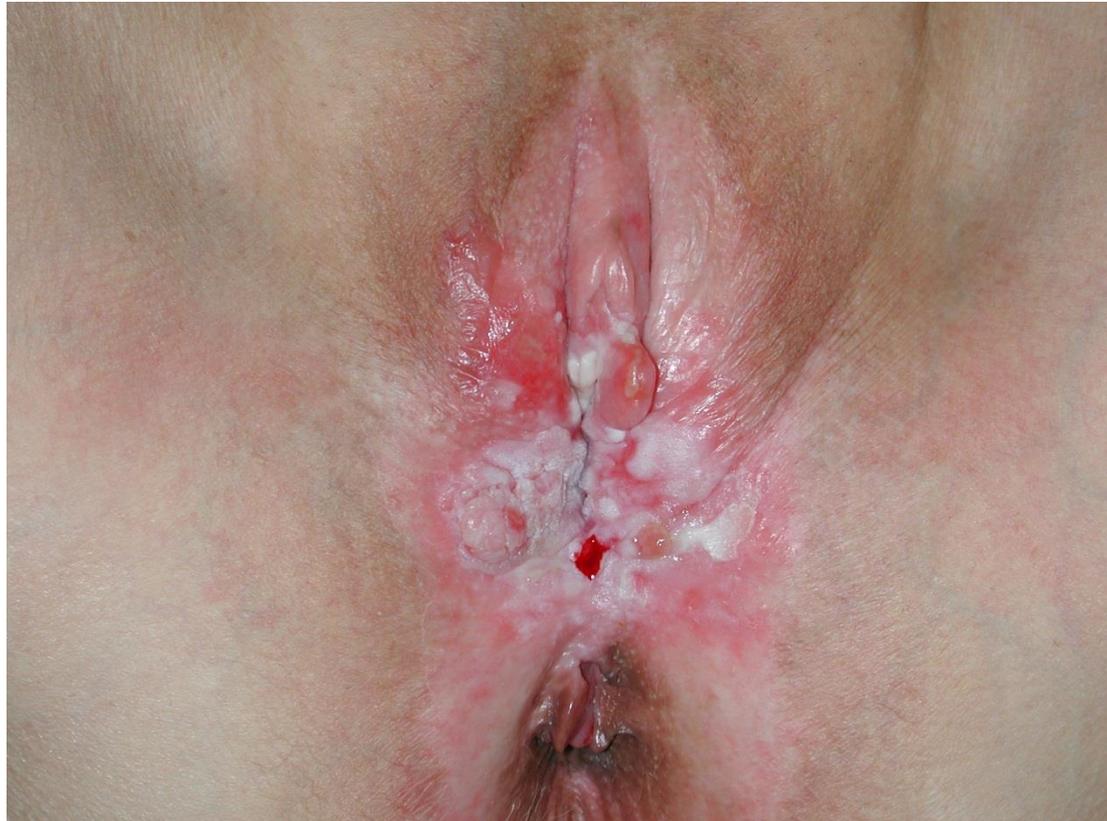
Inflammatoire (lymphangite)



Nature : Carcinome épidermoïde

Carcinome Verruqueux sur LSA

→ risque de transformation anaplasique sous XRT



Nature : Carcinome épidermoïde

C. Basocellulaire : guérison par excision chirurgicale



Nature : ?



Angiome...



Nature : mélanome



Siège des lésions

- Multifocal: 5% des cas
- Localisations:

Clitoris: 5%

Lèvres: 70%



Lèvres: 70%

- Situation / ligne médiane

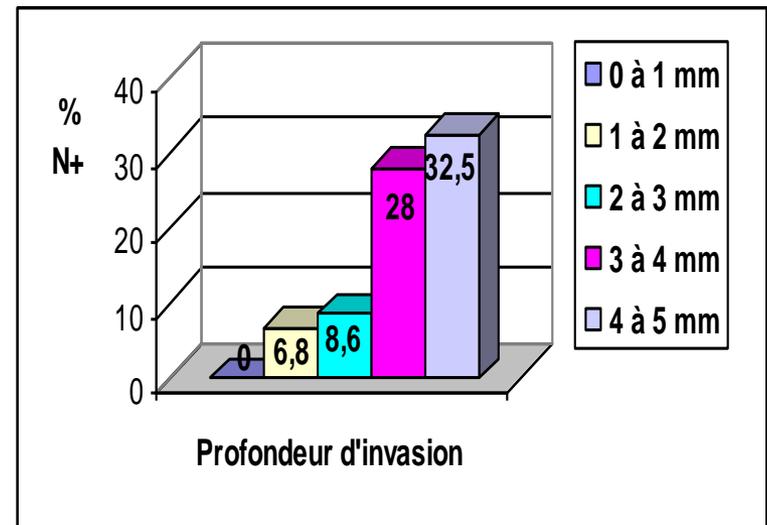
Périnée: 20%

Extension

- Locale:
 - vagin
 - méat uréthral
 - marge anale
 - peau périnéale: MULTIFOCALITE +++
- Ganglionnaire :
 - inguinale
 - bilatérale (+++ K clitoridien, à cheval / raphé médian)
 - précoce si atteinte clitoridienne

Risque pN+

- Fonction de:
 - taille de la lésion ($T < 2$ cm et $P < 1$ mm → risque négligeable)
 - profondeur de l'invasion (P)
 - emboles vasculo-lymphatiques
 - confluence
 - atteinte clitoridienne
 - différenciation de la lésion
- Atteinte controlatérale:
 - lésion centrale (1 cm du raphé)
 - N + inguinal homolatéral (15 %)



Lésion associée

- VIN :
 - Différencié = Lichen Scléro Atrophique
 - Indifférencié = lésions HPV induites (hr-HPV)
- Paget

VIN différencié

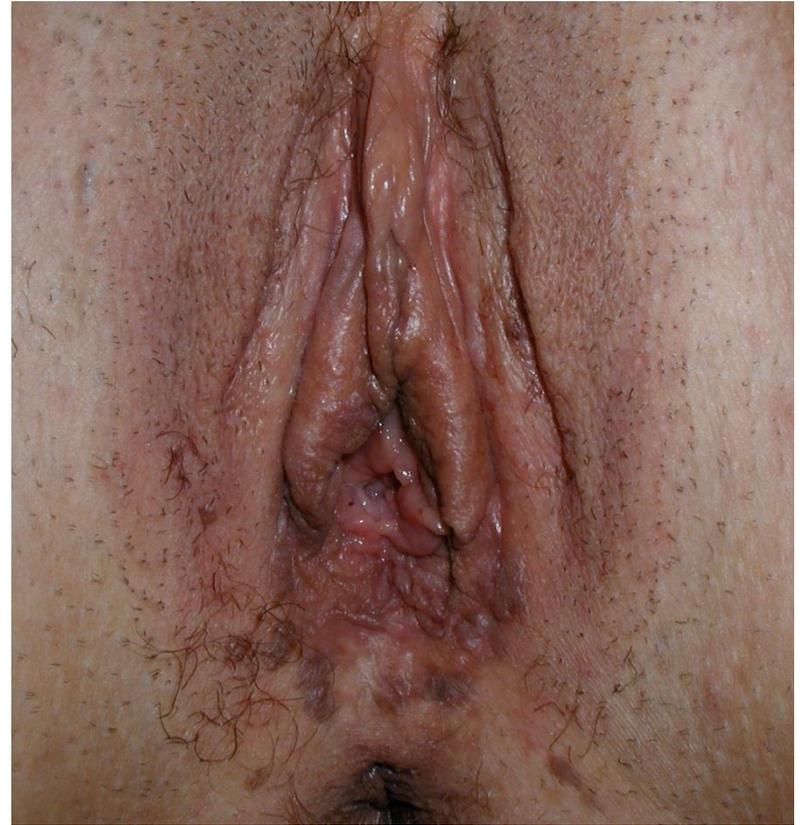


VIN indifférencié : vérifier col et anus

Forme classique



Papulose Bowenoid



Paget : rechercher primitif pelvien



Bilan

- Biopsie :
 - de la lésion ou des lésions
 - des lésions associées
- Cytoponction des adénopathies (faible Se)
- Echo + IRM pelvien / PetScan :
 - chaînes ganglionnaires iliaques
 - atteinte viscérale (par extension – Primitive si Paget)
- Cystoscopie / anoscopie
- FCV: lésion du col associée si VIN indifférenciée

Classification FIGO

Classification des carcinomes de la vulve UICC et FIGO.

	TNM (UICC)	FIGO
Tumeur primitive (pT)		
Tis	Carcinome in situ	
T1	Limitée à la vulve < 2 cm	I
T1a	Invasion stroma ≤ 1 mm	
T1b	Invasion stroma > 1 mm	
T2	Limitée à la vulve/périnée ≥ 2 cm	II
T3	Atteinte urètre inférieur, vagin, marge anale	III
T4	Atteinte muqueuse vésicale, rectale urètre supérieur ou fixation osseuse	IV
Ganglions régionaux ou inguinofémoraux (pN)		
N0	Pas d'adénopathie régionale métastatique	
N1	Adénopathies régionales métastatiques unilatérales	III
N2	Adénopathies régionales métastatiques bilatérales	IV
Statut métastatique		
M0	Pas de métastase à distance	
M1	Métastase à distance	IVB

MOYENS THERAPEUTIQUES

Chirurgie

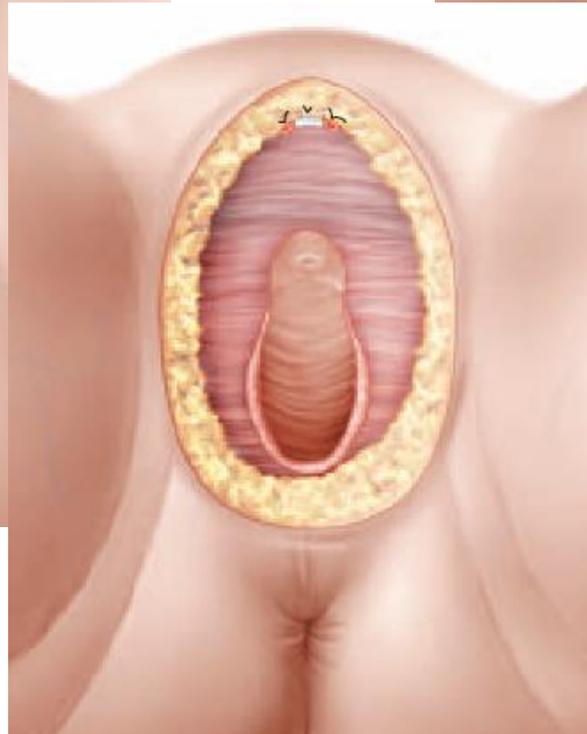
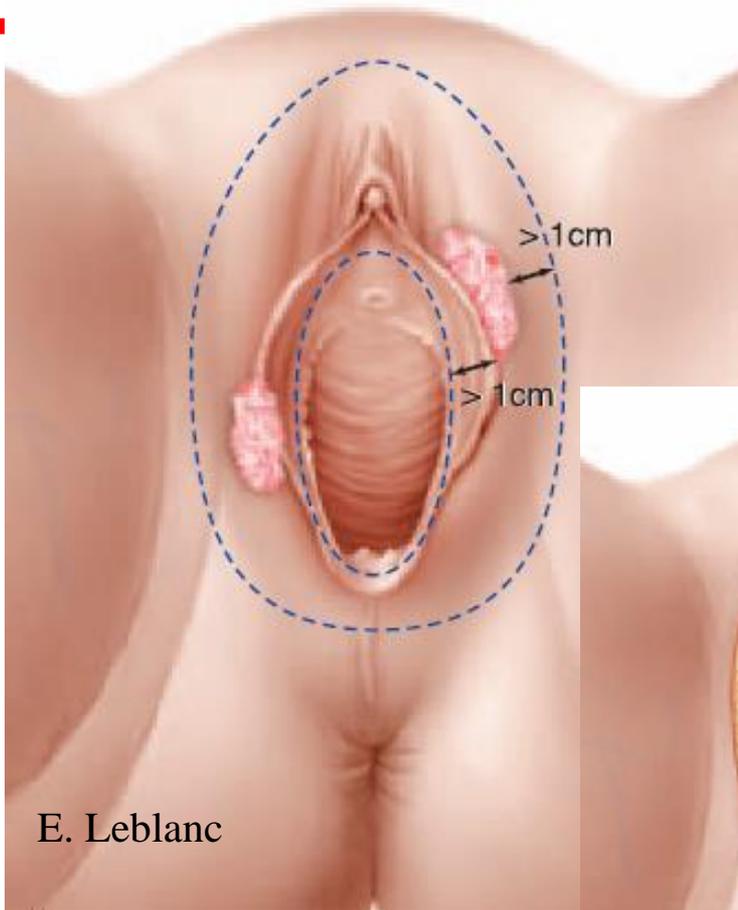
- Classiquement : vulvectomy + curage monobloc
- Actuellement:
 - vulvectomy:
 - totale le plus souvent
 - partielle de nécessité (terrain)
 - curage inguinal:
 - voie séparée
 - uni ou bi latéral
 - GIS
 - curage inguinal superficiel (groupe de la VSI) et/ ou profond
 - reconstructions: lambeaux musculo-cutanés

Vulvectomies totales

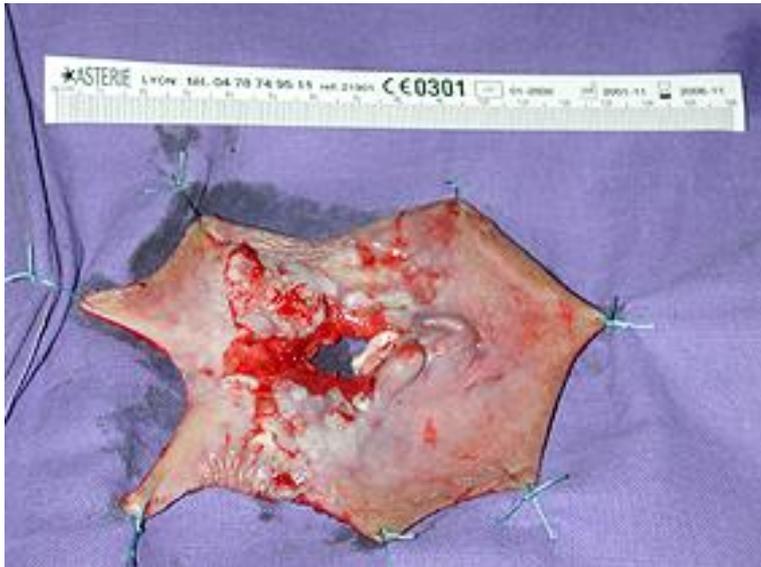


Marges > 0.8cm

Vulvectomie totale radicale modifiée



Vulvectomie totale radicale modifiée



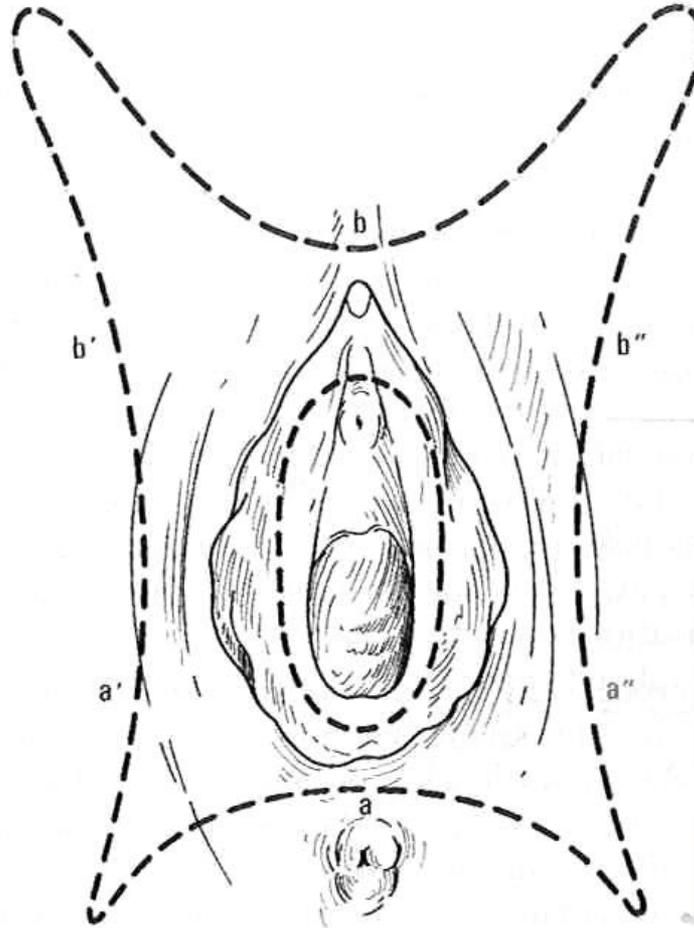
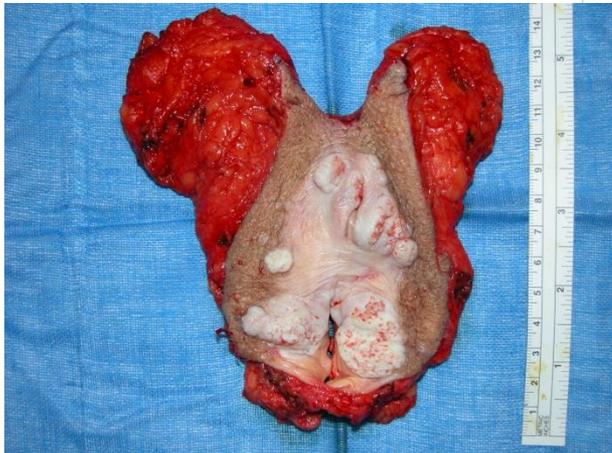
- Marges > 0.8cm
- CPC précoces = désunion 10 à 50%
- CPC tardives :
 - dyspareunie
 - prolapsus
 - troubles image corporelle

Prolapsus post vulvectomie...



Vulvectomie totale radicale modifiée

Tracé en MW



Désunions à craindre



Vulvectomie totale radicale modifiée :

Tips

1. S'adapter dans son tracé
2. Hémostase rigoureuse
3. Ménager la peau
4. Pré-op : préparation digestive
5. Post-op :
 1. Sonde urinaire > 5 jours
 2. Régime sans résidu
 3. Avoir de TRES bonnes infirmières
 4. Avoir de la chance ?

Vulvectomy superficielle

- Excision:
 - derme + épiderme
 - greffe de peau mince

Avantages	Inconvénients
résultats cosmétiques	lourdeur (per – post op)
résultats fonctionnels	rejet de greffe
(analgésie de levée de greffe)	échecs: 30 à 50%
	(surveillance possible)

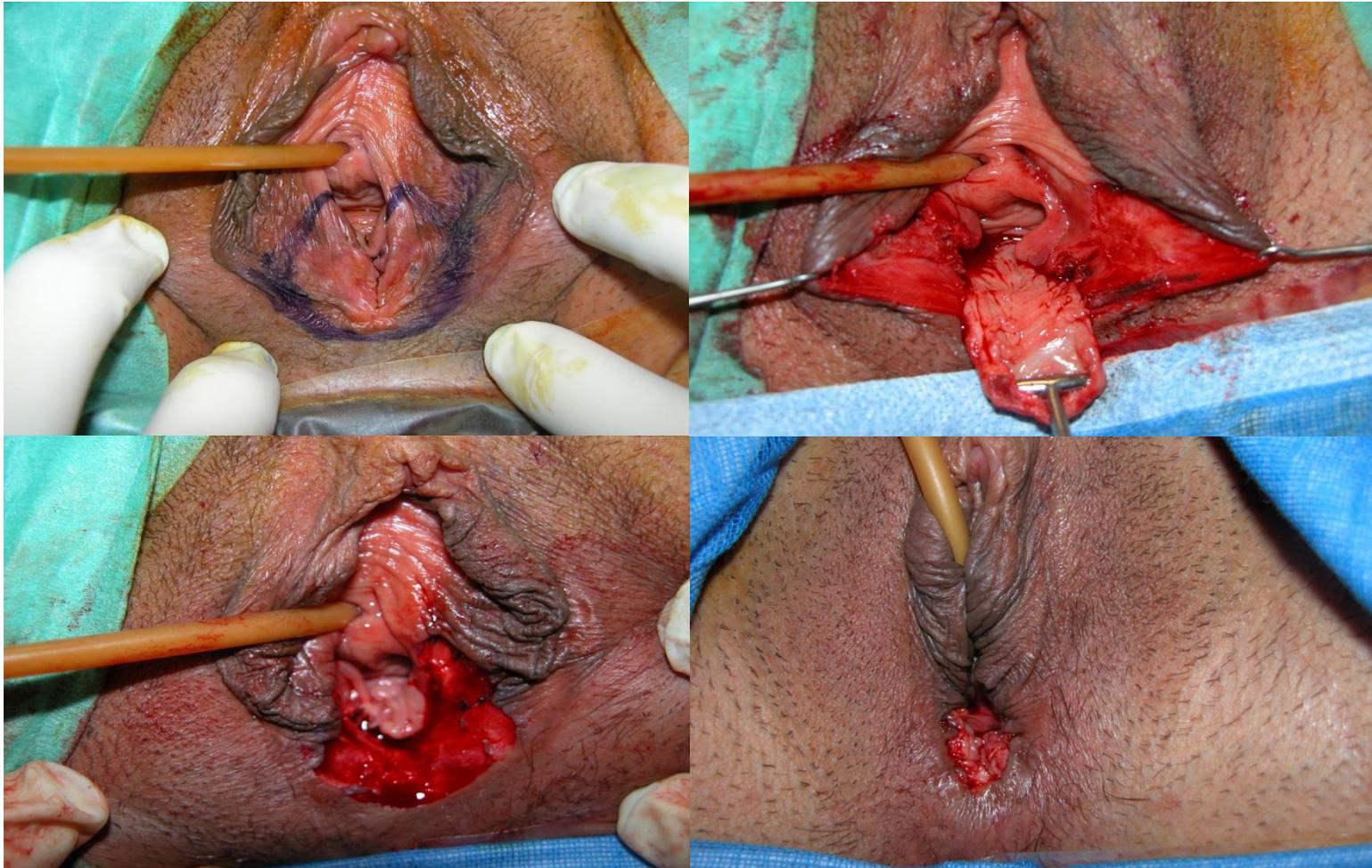
- Indications: VIN très étendues

Vulvectomy superficielle

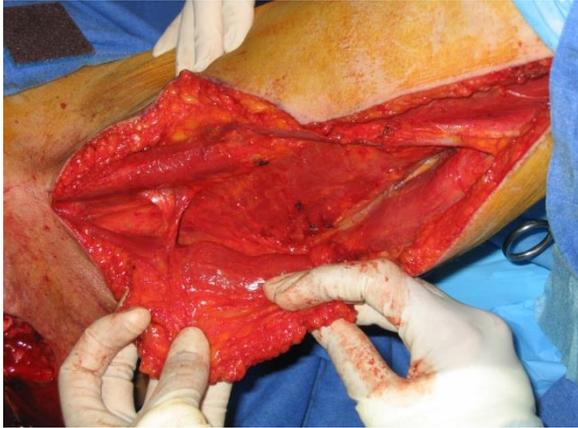




Vulvopérinéoplastie



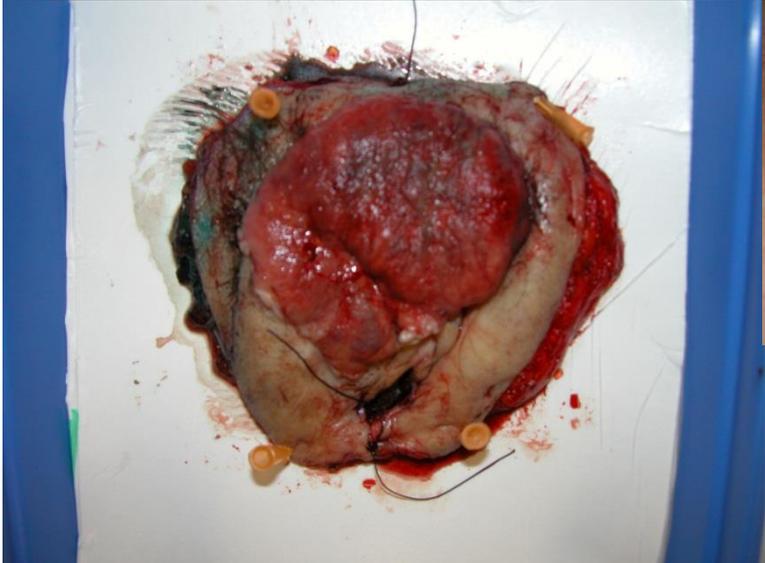
LMC Gracilis



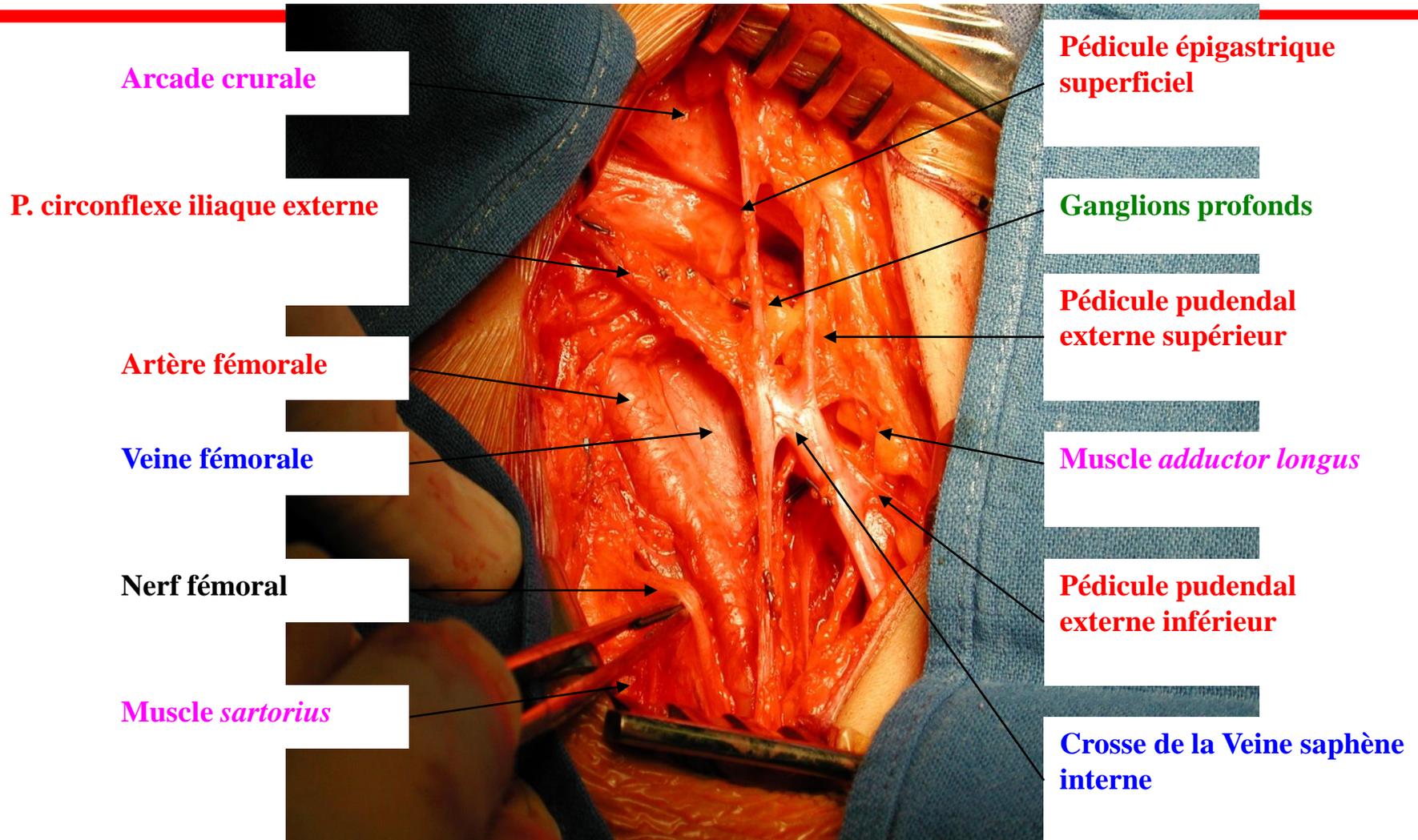
LMC : Grand Fessier



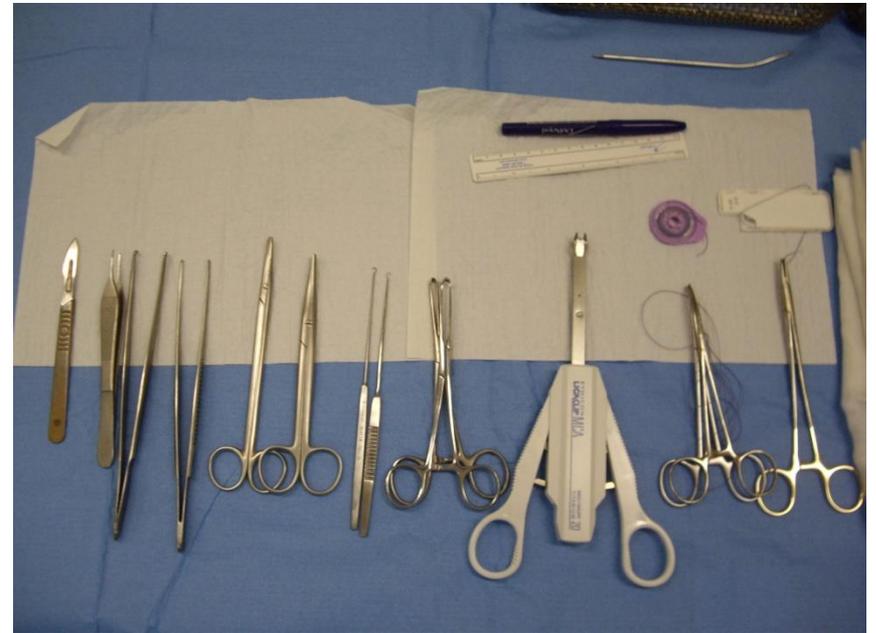
LMC de Taylor



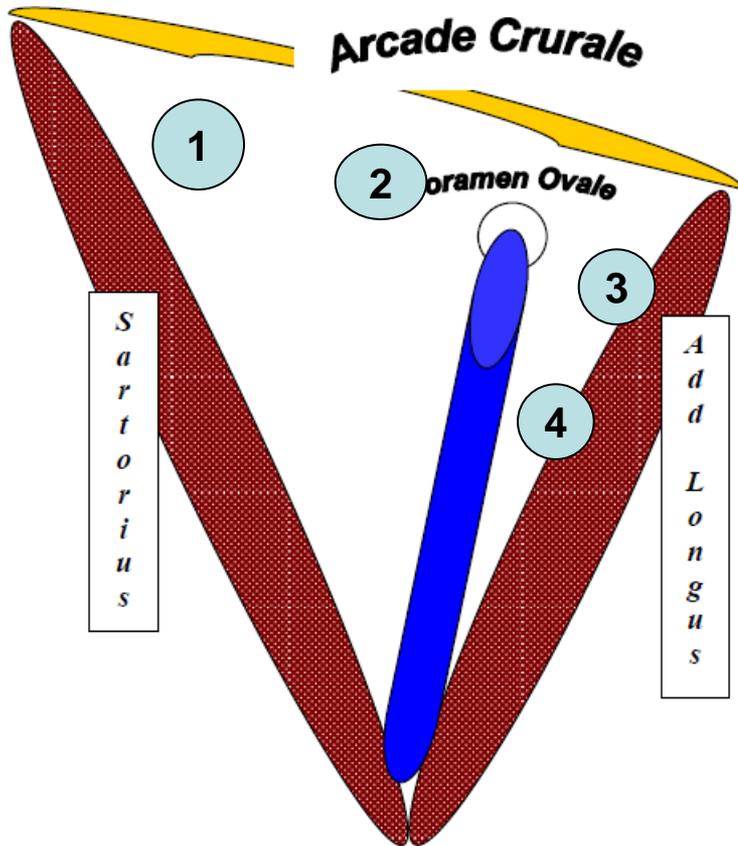
Curage inguinal (droit)



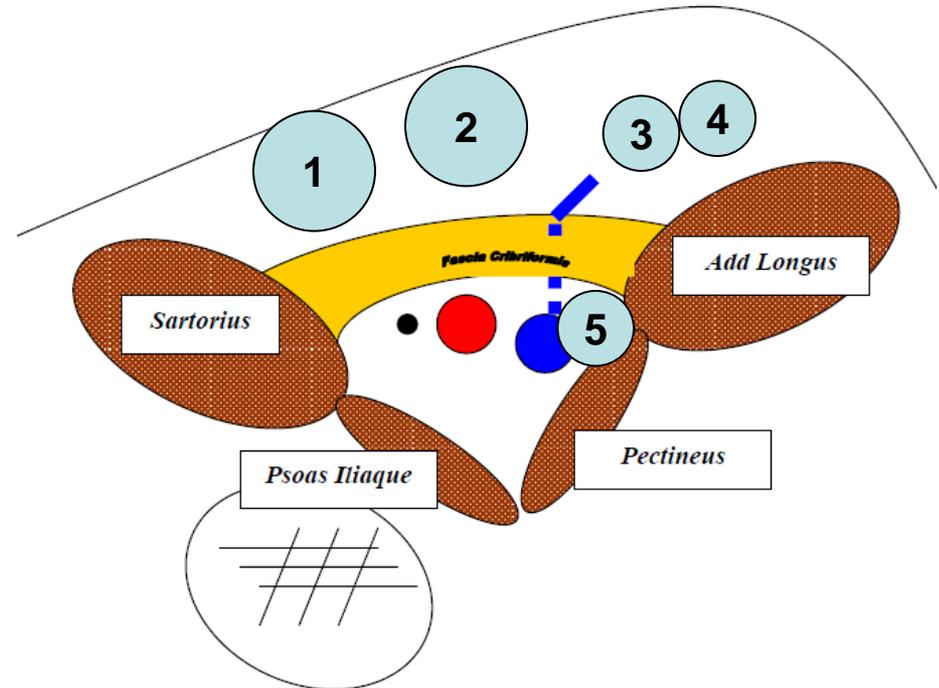
Installation : chirurgie de surface



Principes : curage superficiel & profond



- 1 : P. Circonflexe Iliaque Ext
- 2 : P. Epigastrique Superf
- 3 : P. Pudendal Ext Sup
- 4 : P. Pudendal Ext Inf
- 5 : P. Profond



Temps opératoires : curage superficiel

Incision cutanée :

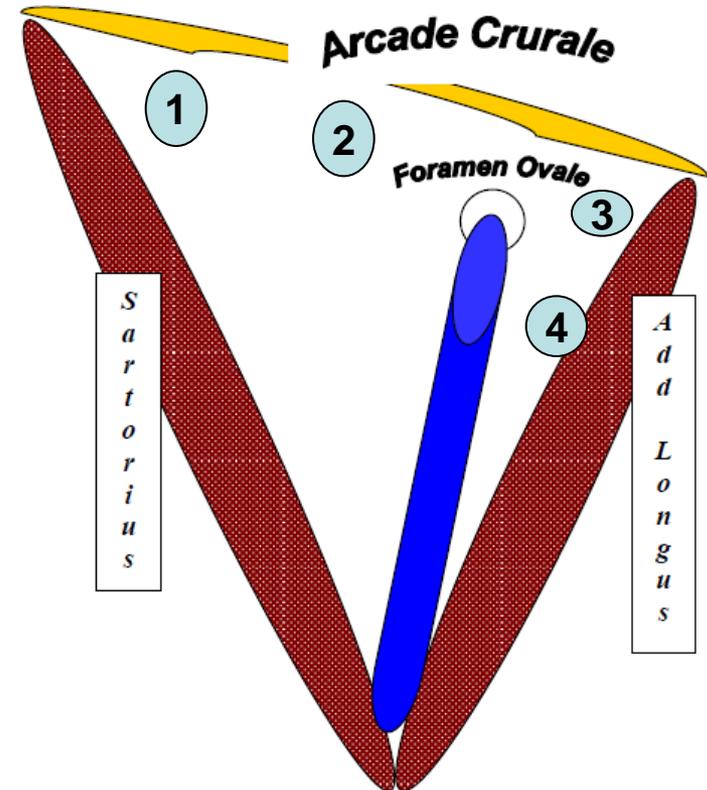
- horizontale
- respectant tissu graisseux sous cutané

Limites du curage superficiel

- HT : arcade crurale : contrôle ①
- P. Circonflex Iliaque Ext ②
- P. Epigastrique Superf ②
- DD : Add Longus
- DH : Sartorius
- BS : Saphène Int (repère)

Lymphadénectomie superficielle concentrique

- de BS en HT : de pointe du triangle → Foramen
- contrôles des P. Pudendaux
- Ext Sup ③
- Ext Inf ④



Temps opératoires : curage profond

Curage superficiel avec

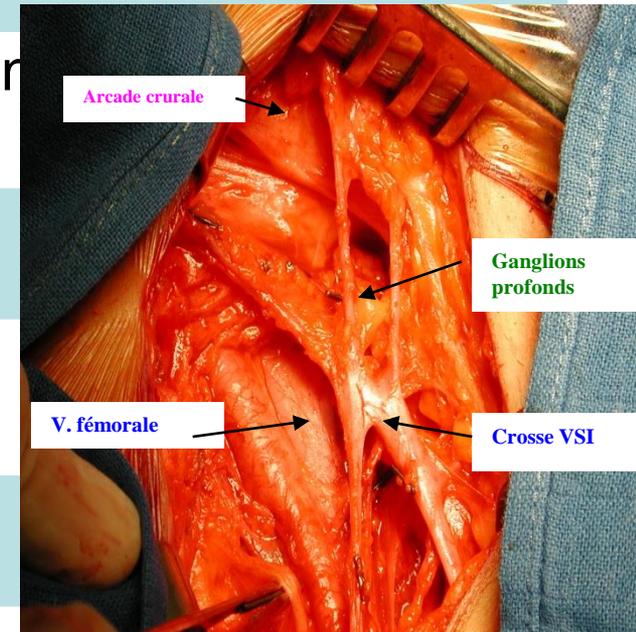
- contrôle de la saphène à la pointe du triangle
- ouverture du fascia cribriformis

Exposition du pédicule fémoral :

- de bas en haut
- en remontant → crosse de saphène

Evidemment superficiel et profond

- crossectomie saphène : curage superficiel
- récliner arcade crurale + section ligt lacunaire
- curage profond : latéro-fémoral et sous arcade (Cloquet)



Temps opératoires

Fermeture :

- abaisser arcade crurale sur le lig de Cooper
- drain aspiratif
- pas de bénéfice à transposer le Sartorius
- fermeture en 2 plans par points séparés

Post opératoire :

- lymphocèles et désunions
- prévention du lymphoedème

Curage en images

Ganglion Inguinal Sentinelle



Radiothérapie

- Radiothérapie (photons haute énergie):
 - vulve
 - aires ganglionnaires inguino-crurales
 - pelvis
- Actuellement: chimiosensibilisation par Platine
- Possibilité de curiethérapie (fils d'Iridium 192):
 - marge anale
 - urèthre
 - vagin

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Stades IA & IB

Stade IA

Excision large radicale
Pas de curage ou GIS

Stade IB

LATERAL

MEDIAN *

Hémivulvectomie
latérale (ou exérèse radicale)

Hémivulvectomie
ant ou post

1 - GiS +++ ou curage superficiel

2 – si pN1 : curage profond

HOMOLATERAL

si pN+

BILATERAL

- Tumeur médiane, ou située < 1cm de la ligne médiane (ou touchant la petite lèvre ou la glande de Bartholin)
- XRT inguinale et pelvienne si pN+

Stade I X-focal et II (T1-2 N0 M0)

Vulvectomie totale radicale modifiée



Curage inguinal bilatéral superficiel
+/- profond selon extemporané



Radiothérapie externe
selon les résultats histologiques

Stade III (T1-2 N0 M0 ; T3, N0 - 1, M0)

Vulvectomie totale radicale modifiée
élargie à l'urètre inférieur ou à la peau anale



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



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

Option : radiochimiothérapie concomitante +/- chirurgie du résidu

Stade IV

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



Examen sous AG
Avis multidisciplinaire +
patiente



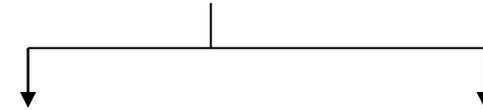
Exentération pelvienne
(si T4, NO – 1, M0)
+/- RTE selon état des
berges et ganglions

Radiochimiothérapie
concomitante
+/- chirurgie du
reliquat tumoral

IVB (tout M1)



Selon symptomatologie
et état général



Chimiothérapie

Soins de support
Traitement palliatif

Surveillance

- Risque de récurrence locale +++
 - car lésions multifocales
 - sur terrain prédisposant
- Examen clinique:
 - périnée
 - aires ganglionnaires inguinales
- Repérer les CPC post-thérapeutiques:
 - lymphoedème du membre inférieur
 - troubles urinaires
 - hernie crurale après curage

Conclusion

- Intérêt des TRT préventifs:
 - des VIN
 - corticothérapie dans les LSA
- Examen clinique vulvaire: BIOPSIER !
 - trop souvent négligé
 - femmes âgées qui "cachent" leur maladie
- Bons résultats si Dic précoce (lymphophilie)
- TRT lourds sur terrain peu favorable

« Bro gozh ma zadoù... »

