



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Place de la coelioscopie robot-assistée dans la prise en charge des récurrences de cancers pelviens

Robot-assisted laparoscopy in the management of recurrent pelvic cancer

C. Jauffret*, E. Lambaudie, M. Bannier, M. Buttarelli, G. Houvenaeghel

Service de chirurgie oncologique 2, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 janvier 2011

Accepté le 11 juillet 2011

Disponible sur Internet le 26 août 2011

Mots clés :

Assistance robotisée

Coelioscopie

Cancers pelviens

Récurrences

RÉSUMÉ

Objectifs. – Établir la faisabilité de la prise en charge des récurrences de cancers pelviens par coelioscopie robot-assistée, et plus particulièrement établir la faisabilité de la pelvectomie antérieure par coelioscopie robot-assistée, à partir d'une série monocentrique de sept patientes.

Patientes et méthodes. – De février 2007 à avril 2010, toutes les patientes prises en charge pour récurrence de cancer pelvien ont été incluses ($n = 7$). Cinq patientes étaient prises en charge pour une récurrence de cancer du col utérin, une patiente pour récurrence de VAIN 3, et une patiente pour un carcinome épidermoïde sur fond vaginal après une hystérectomie inter-annexielle pour carcinome cervical in situ. Toutes les patientes ont été prises en charge par coelioscopie robotisée : deux ont bénéficié d'une pelvectomie antérieure avec geste de reconstruction urinaire type Miami, et cinq d'une colpectomie avec ou sans prélèvement ganglionnaire, dont une avec préparation vaginale première de la collerette vaginale. Les données ont été collectées de façon prospective, en recensant les traitements antérieurs, les données per-opératoires, les suites immédiates, les résultats anatomopathologiques, et l'évolution à distance.

Résultats. – De février 2007 à avril 2010, 195 patientes ont été opérées à l'institut Paoli-Calmettes par coelioscopie robot-assistée. Parmi elles, sept patientes présentaient une récurrence d'un cancer pelvien. L'âge médian était de 53 ans (44 à 67). L'IMC médian était de 25 (19,7 à 35,3). L'indice de Karnofsky médian était de 100 (80 à 100). La médiane de la durée opératoire était de 210 min (90 à 300) pour les colpectomies, de 480 min pour les pelvectomies, de 240 min (90 à 480) pour la série. La durée moyenne de l'installation du robot, toutes procédures confondues est estimée à 22,5 min ($\pm 4,8$ min). Il n'y a pas eu de conversion en laparotomie ; la médiane des pertes sanguines était de 340 ml (100 à 800). Une seule patiente a été transfusée, de deux culots globulaires. Il y a eu une complication opératoire (plaie de l'artère mésentérique inférieure). Il n'y a pas eu de complication post-opératoire précoce ; la durée médiane d'hospitalisation était de six jours (3 à 24). En revanche, une complication post-opératoire tardive a été notée : une patiente ayant subi une pelvectomie antérieure a souffert de troubles de la cicatrisation, nécessitant une cicatrisation dirigée par système VAC. Concernant les résultats anatomopathologiques, le nombre moyen de ganglions prélevés au niveau pelvien était de 8,5 (± 2) à gauche, et de 4 ($\pm 1,4$) à droite. Trois patientes étaient en limites non saines, il s'agissait d'une pelvectomie antérieure et de deux colpectomies. La mortalité hospitalière était nulle, ainsi que la mortalité post-opératoire à j30 et j90. Après un suivi médian de 22 mois (9 à 34), le taux de récurrence est de 71 % (5 patientes sur 7), et une patiente est décédée dix mois après l'intervention d'une embolie pulmonaire.

Discussion et conclusion. – La prise en charge chirurgicale des récurrences de cancers du col utérin par coelioscopie robot-assistée est faisable pour des indications très sélectionnées, et pourrait être proposée en alternative à la laparotomie. Les données du suivi de cette série posent le problème du bien-fondé d'un traitement conservateur en cas de récurrence de cancer pelvien. Les possibilités en terme de reconstruction urinaire et vaginale restent à définir. L'impact de cette voie d'abord sur les données oncologiques doit être confirmé.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jauffretcamille@hotmail.com (C. Jauffret).

A B S T R A C T

Keywords :
 Robot-assisted laparoscopy
 Pelvic cancer
 Recurrence

Objectives. – The aim of this study is to establish the feasibility of the management of recurrent pelvic cancers by robot-assisted laparoscopy, and particularly the feasibility of robot-assisted laparoscopy anterior pelvic exenteration, from a single center series of seven patients.

Patients and methods. – From February 2007 to April 2010, all patients cared for recurrent pelvic cancer have been included ($n = 7$). Five patients have been cared for a cervical cancer recurrence, one patient for recurrent VAIN 3, and one patient for squamous cell carcinoma of the vaginal vault after hysterectomy for cervical carcinoma in situ. All patients were benefited from robot-assisted laparoscopy: two had surgery such as anterior pelvic exenteration with Miami Pouch urinary reconstruction, and five had colpectomy with or without lymph node removal, including one with vaginal preparation first before vaginal cuff resection. Data were collected prospectively identifying treatment history, intraoperative data, immediate outcomes, pathological findings, and long-term outcomes.

Results. – From February 2007 to April 2010, 195 patients underwent robot-assisted laparoscopy at the Institut Paoli-Calmettes. Among them, seven patients had pelvic cancer recurrence. The median age was 53 years (44 to 67). The median BMI was 25 (19.7 to 35.3). The median Karnofsky index was 100 (80–100). The median operative time was 210 min (90 to 300) for colpectomy, 480 min for pelvectomy, 240 min (90–480) for the serie. The mean duration of the installation of the robot, all procedures combined, is estimated at 22.5 min (± 4.8 min). There was no conversion to laparotomy, the median blood loss was 340 ml (100 to 800). One patient was transfused with two red blood cells. There was a surgical complication (wound of the inferior mesenteric artery). There were no early postoperative complications and the median hospital stay was 6 days (3–24). There was a late postoperative complication: a patient who underwent anterior pelvic exenteration had impaired wound healing, with scarring requiring led by the VAC system. On pathological findings, the average number of nodes removed in the pelvic was 8.5 (± 2) on the left, and 4 (± 1.4) on the right. Three patients had involved margins; it was an anterior pelvic exenteration and two colpectomy. There was no hospital mortality, neither post-operative mortality at D30 and D90. After a median follow up of 22 months (9–34), the recurrence rate was 71% (5 patients out of 7), and one patient died 10 months after the intervention of a pulmonary embolism.

Discussion and conclusion. – The surgical management of recurrent cervical cancer by laparoscopy-assisted robot is feasible for selected indications, and could be proposed as an alternative to laparotomy. Monitoring data in this series raise the question of the validity of conservative treatment in cases of recurrent pelvic cancer. The possibilities in terms of urinary and vaginal reconstruction remain to be defined. The impact of this surgical approach on oncological data must be confirmed.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La voie coelioscopique prend depuis 20 ans une place croissante en chirurgie onco-gynécologique. Elle est actuellement validée dans de nombreuses indications, avec des avantages par rapport à la laparotomie (pertes sanguines moins importantes, durée d'hospitalisation raccourcie, réhabilitation précoce, ...). Elle présente des difficultés spécifiques, liées à la courbe d'apprentissage longue et aux limites imposées par la technique (vue bidimensionnelle, instabilité de l'image et instruments ne proposant que quatre degrés de liberté).

La prise en charge chirurgicale des récidives de cancers pelviens place le chirurgien face à des patientes souvent multi-opérées, ayant de façon quasi systématique bénéficié antérieurement d'un traitement par radiochimiothérapie concomitante et chez qui peut se poser l'indication d'une pelvectomy.

Dans ce contexte, la laparotomie est souvent préférée à la coelioscopie. L'assistance robotisée pourrait être une alternative intéressante, permettant de s'affranchir des difficultés rencontrées en coelioscopie traditionnelle et de proposer un abord mini-invasif aux patientes présentant une récidive de cancer pelvien.

2. Patientes et méthode

2.1. Patientes et définitions

De février 2007 à avril 2010, 190 patientes ont été opérées à l'institut Paoli-Calmettes par coelioscopie robot-assistée. Toutes les patientes prises en charge pour une récidive de cancer pelvien ont été incluses. Les récidives de cancer de l'ovaire ont été exclues,

ainsi que toutes les patientes opérées par une autre voie d'abord. Nous avons pu retenir sept patientes, prises en charge pour une récidive de cancer du col utérin ($n = 6$) ou une récidive de VAIN 3 ($n = 1$).

Le recueil prospectif des données a concerné les caractéristiques démographiques et préopératoires des patientes, les paramètres opératoires, les paramètres post-opératoires (mortalité j0, j30, j90, morbidité), les caractéristiques histologiques des pièces opératoires et le devenir à long terme des patients.

2.2. Évaluation préopératoire

Chaque patiente était évaluée en préopératoire par un bilan d'imagerie incluant une échographie pelvienne, un scanner abdomino-pelvien, une imagerie par résonance magnétique, et/ou un TEP scanner.

2.3. Intervention chirurgicale

Toutes les patientes de cette série présentaient une récidive de cancer pelvien, antérieurement traité de manière chirurgicale ou non, pour laquelle une exérèse par coelioscopie robot-assistée était prévue. L'intervention programmée était une pelvectomy antérieure ($n = 2$) ou une colpectomie plus ou moins étendue ($n = 5$). Pour trois patientes de la série, une exérèse ganglionnaire était également programmée, lorsqu'une adénopathie suspecte avait été mise en évidence au bilan d'imagerie préopératoire.

Toutes les données peropératoires ont été recueillies : type d'intervention, durée d'installation du robot et durée opératoire, incidents peropératoires, pertes et transfusions sanguines,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950163>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950163>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)