



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Revue générale

Prévention des lymphocèles et cancers gynécologiques

Prevention of lymphoceles and gynaecologic cancers

T. Gauthier*, S. Gouy, C. Uzan, A. Kane, P. Morice

Département de chirurgie, institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 31 juillet 2011

Accepté le 20 septembre 2011

Disponible sur Internet le 21 novembre 2011

Mots clés :

Lymphocèle

Lymphorrhée

Prévention

Curage pelvien

Curage lomboartorique

Keywords:

Lymphocele

Prevention

Pelvic lymphadenectomy

Lumboaortic lymphadenectomy

Gynaecologic cancer

RÉSUMÉ

Les lymphocèles représentent les complications les plus fréquentes des lymphadénectomies pratiquées lors de la stadification et du traitement des cancers gynécologiques cervicaux, utérins et ovariens. Leur morbidité est non négligeable. À travers une revue de la littérature, nous proposons une mise au point sur différents procédés chirurgicaux (voie d'abord, type de curage, ganglion sentinelle, péritonisation, drainage, lymphostase, hémostatiques locaux) ou médicaux (analogues de la somatostatine et interventionnelle nutritionnelle) pouvant influencer l'incidence des lymphocèles postcurage pelvien et lomboartorique.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Lymphoceles are the most frequent complications following systematic lymphadenectomy in gynaecologic cancers. Some of them may have clinical significance with high morbidity. Through a review of literature, we describe surgical methods (way of surgery, lymphadenectomy type, sentinel lymph node, peritonization, drainages, lymphostasis, surgical patch) and medical methods (somatostatin analogs and nutrition treatment) which could prevent lymphoceles formation after pelvic and lumboaortic lymphadenectomy.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La lymphadénectomie est un temps chirurgical important de la stadification et du traitement des cancers gynécologiques cervicaux, utérins et ovariens. Les cancers épithéliaux de l'ovaire et les formes à haut risque du cancer de l'endomètre (stade 1B grade 3, stade 1 avec embolies et types 2 histologiques) nécessitent des curages pelviens (CP) et lomboartoriques (CLA) étendus [1–5]. Dans le cancer du col, les CP seront préférentiellement réservés aux formes localisées (< 1B2) alors qu'une lymphadénectomie para-aortique sera réalisée chez les patientes N+ en pelvien ou ayant un stade localement avancé (≥ 1B2) [6,7]. Les lymphocèles représentent les complications les plus fréquentes de cette chirurgie. Leur incidence varie selon les études entre 0 % et plus de 50 % des lymphadénectomies [8–14]. Après dissection chirurgicale et section non hermétique des différents canaux lymphatiques au

cours des CP et CLA, une lymphorrhée, correspondant à la production de lymphes en dehors des canaux lymphatiques, peut survenir. La lymphe, contrairement au sang, a tendance à s'écouler en raison d'une faible concentration en facteurs de coagulation et de l'absence de plaquettes [15]. La lymphorrhée peut être aggravée par d'autres facteurs augmentant la filtration capillaire, et par conséquent la production de lymphe, comme l'inflammation (par augmentation de la perméabilité des capillaires lymphatiques), l'hypoprotidémie (par diminution de la pression oncotique) et l'augmentation de la pression hydrostatique veineuse [16]. La production de lymphe peut se collecter aboutissant à la lymphocèle. La plupart des lymphocèles est diagnostiquée entre trois et huit semaines, mais des cas peuvent survenir jusqu'à un an après la chirurgie [9,17].

La formation de lymphocèle semble favorisée par l'indice de masse corporelle (IMC), la radiothérapie postopératoire, le nombre de ganglions prélevés, l'utilisation préventive d'anticoagulants et le volume de la lymphorrhée [17–19]. Toutefois aucun facteur de risque indépendant n'a été clairement identifié. Les lymphocèles sont le plus souvent asymptomatiques et diagnostiquées de façon

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gauthiertristan@yahoo.fr (T. Gauthier).

fortuite lors d'examen d'imagerie de surveillance. Mais en cas d'infection ou de taille importante, elles peuvent être symptomatiques et responsables de fièvre, de douleur abdominale, d'iléus, de ténésme, d'hydronephrose, de lymphoedème des membres inférieurs, de thrombose veineuse inférieure, de neuropathie par compression, d'hospitalisations prolongées voire de ré-hospitalisations et de perturbation du déroulement des traitements adjuvants [8,13,19,20]. Le traitement repose sur un drainage guidé par imagerie voire une ré-intervention chirurgicale [6,13,20–22] associés à une antibiothérapie adaptée si besoin. Une sclérothérapie associée au drainage en cas de lymphocèle récurrente peut être nécessaire [17,23].

Les lymphocèles sont ainsi redoutées par les chirurgiens, les radiothérapeutes et les oncologues. Nous proposons, à travers une revue de la littérature, une mise au point sur différents procédés chirurgicaux ou médicaux pouvant influencer leur incidence.

2. Moyens chirurgicaux de prévention

2.1. Voie d'abord

La coelioscopie, quand celle-ci est techniquement possible, diminue le risque de lymphocèle comparativement à la laparotomie. Ceci s'expliquerait par les avantages de la coelioscopie représentés par une chirurgie plus précise, moins hémorragique, moins adhésiogène, et à moindre risque infectieux [20,24]. Guezzi et al. ont démontré, dans une étude rétrospective comparant 138 coelioscopies à 123 laparotomies dans le cancer de l'endomètre, que la laparotomie multipliait par huit le risque de lymphocèle symptomatique [20]. Par coelioscopie, les curages peuvent être réalisés par voie transpéritonéale ou rétropéritonéale. Dans une étude expérimentale prospective chez le cochon, Ocelli et al. ont montré que la voie extrapéritonéale était moins adhésiogène mais plus à risque de lymphocèle que la voie transpéritonéale [25]. Une série rétrospective des centres de lutte contre le cancer lillois et toulousain a décrit les complications de 1102 lymphadénectomies coelioscopiques comportant 694 CP et 154 CLA par voie transpéritonéale et 20 CP et 234 CLA par voie extrapéritonéale. Soixante-cinq lymphocèles symptomatiques ont été observées chez les 1102 patientes soit 5,89 %. La voie extrapéritonéale était significativement associée au risque de lymphocèle [8]. La lymphe non drainée dans la cavité péritonéale a tendance à s'accumuler dans l'espace extrapéritonéal virtuel et clos. La marsupialisation de la loge de lymphadénectomie para-aortique par création d'une large fenêtre péritonéale en regard de la gouttière pariéto-colique gauche permet d'assurer transitoirement l'écoulement lymphatique de l'espace extrapéritonéal vers la cavité péritonéale [26]. L'ouverture est réalisée le plus souvent par voie coelioscopique intrapéritonéale. Son bénéfice est controversé. Dans la série de Leblanc et al., 14 de leurs 104 premiers CLA rétropéritonéaux (13,46 %) ont développé une lymphocèle symptomatique. Une marsupialisation a été réalisée chez les 77 patientes suivantes. Parmi elles, seulement 3,8 % ont développé une lymphocèle symptomatique [6]. Dans la série de Uzan et al., sept patientes sur 89 CLA rétropéritonéaux (7,86 %) ont nécessité une ponction de lymphocèle. Seize patientes n'avaient pas eu de marsupialisation. Parmi les sept cas de lymphocèles symptomatiques ponctionnées, deux cas appartenaient au groupe sans marsupialisation (6,25 %) contre cinq cas dans le groupe avec marsupialisation (6,84 %) [22].

La chirurgie robotique est actuellement en plein essor. Tinelli et al. ont réalisé une étude rétrospective multicentrique comparant 76 hystérectomies élargies coelioscopiques avec CP (associées à un CLA dans neuf cas) à 23 procédures par robot (associées à un CLA dans cinq cas). Le taux de lymphocèle proche de 10 % n'était pas

significativement différent dans les deux groupes [27]. Les résultats de l'essai français Robot-Gyn, en cours, (étude multicentrique comparant de façon randomisée la coelioscopie au robot en oncologie gynécologique) seront intéressants afin d'évaluer l'impact du robot sur la morbidité postopératoire et notamment sur le risque de lymphocèle comparativement à la coelioscopie. Cependant aucune différence n'a été prouvée pour l'instant [28]. Avec des moyens de lymphostase similaires à ceux utilisés en coelioscopie, l'impact sur le risque de lymphocèle devrait être difficile à démontrer.

2.2. Type de curage

En raison d'un réseau lymphatique dense et de la présence de gros troncs lymphatiques proches du canal thoracique, la pratique d'un CLA semblerait majorer la lymphorrhée postopératoire. Par ailleurs, la réalisation de CLA au-delà de l'artère mésentérique inférieure et donc à proximité des gros collecteurs lymphatiques pourrait augmenter le risque de lymphorée comparativement aux curages uniquement infra-mésentériques [29]. Cependant, la réalisation d'un CLA ne semble pas majorer le risque de lymphocèle. Dans une étude récente, Konno et al. ont comparé rétrospectivement la morbidité de 142 CP et CLA avec 138 CP seuls. Les taux de lymphocèle étaient identiques dans les deux groupes (9 %) [13]. Toutefois dans cette étude, le CP était particulièrement extensif comprenant les chaînes ganglionnaires iliaques primitives et présacrées que l'on inclut habituellement dans le CLA. Beneditti-Panici et al. n'ont pas trouvé de différences d'incidence de lymphocèle que le curage soit uniquement pelvien ou associé à un CLA. Sur 46 lymphocèles authentifiées à l'échographie, 39 étaient localisées dans le pelvis [30]. À l'inverse, Morice et al ont retrouvé 1/3 de lymphocèle para-aortique en cas d'association de CP et CLA [10].

2.3. Ganglion sentinelle

Le nombre de ganglions prélevés dans un curage semble être corrélé à l'augmentation du risque de lymphocèle [17]. Dans le cancer du sein, la diffusion du prélèvement du ganglion sentinelle a permis une diminution importante de l'incidence des séromes [31,32]. De façon similaire, une exérèse ciblée des ganglions sentinelles pourrait diminuer le taux de lymphocèle dans le cancer du col précoce et les cancers de l'endomètre à risque bas et intermédiaire. L'étude Senticol 1 et l'étude Senti-Endo ont montré la faisabilité du prélèvement du ganglion sentinelle par coelioscopie respectivement dans le cancer du col inférieur à 1B2 [33] et le cancer de l'endomètre [34]. L'étude Senticol 2 en cours comparant la réalisation du ganglion sentinelle seul avec la réalisation conventionnelle du curage pelvien bilatéral objectivera l'impact du prélèvement du ganglion sentinelle sur la morbidité postopératoire.

2.4. Lymphostase

L'occlusion efficace des canaux lymphatiques de petite et grande taille pourrait diminuer le risque de lymphorrhée. Querleu et al. ont comparé de façon prospective l'utilisation de l'énergie ultrasonique par la pince Ultracision (ethicon Endo-Surgery Inc, Cincinnati, OH) à l'utilisation d'une coagulation standard (électrocoagulation bipolaire associée à des clips) dans le CLA rétropéritonéal coelioscopique [35]. Une marsupialisation préventive était réalisée systématiquement en fin de procédure. Trente-six curages par Ultracision ont succédé à 62 curages par coagulation standard. Sept patientes du groupe témoin (11,29 %) ont été prises en charge pour une lymphocèle symptomatique contre aucune dans le groupe Ultracision ($p = 0,03$). Cependant le nombre de lymphocèles non symptomatiques était équivalent dans les deux groupes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950167>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950167>

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