



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Faisabilité et fiabilité de la cœliochirurgie dans les cancers utérins chez les patientes de poids normal



Feasibility and fiability of laparoscopic surgery in the uterine cancers in normal-weight patients

C. Levêque^{a,*}, G. Ferron^a, A. Martinez^a, A. Rafii^b, T. Filleron^a, D. Querleu^a

^a Institut Claudius-Rigaud, 20–24, rue du pont Saint-Pierre, 31052 Toulouse, France

^b Department of Genetic Medicine, Weill Cornell Medical College, Doha, Qatar

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 2 janvier 2014

Accepté le 25 août 2014

Disponible sur Internet le 20 septembre 2014

Mots clés :

Cancer du col utérin
Cancer de l'endomètre
Cœlioscopie
Fiabilité
Faisabilité

Keywords:

Cervical cancer
Endometrial cancer
Laparoscopy
Fiability
Feasibility

RÉSUMÉ

Objectifs. – Évaluer la faisabilité et la fiabilité de la cœlioscopie dans la prise en charge thérapeutique des cancers utérins (cancer de l'endomètre [CE] et du col utérin au stade précoce [CCUP]) chez les patientes présentant un IMC ≤ 30 kg/m², dans un service d'oncologie gynécologique favorisant la cœliochirurgie. **Patientes et méthodes.** – Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique rétrospective réalisée entre janvier 2003 et mai 2011 à l'institut Claudius-Regaud, centre de lutte contre le cancer, Midi-Pyrénées. Depuis 2003, une politique privilégiant la cœlioscopie en première intention a été mise en place.

Résultats. – Deux cent trois patientes ont été analysées, dont 85 atteintes d'un CCUP, et 118 d'un CE. Elle rapporte une fiabilité élevée de la cœlioscopie s'élevant respectivement pour le CE, et le CCUP à des valeurs de l'ordre de 98,8 %, avec une faisabilité de 80,1 % et 97,6 % chez les patientes non obèses. Le taux de laparoconversion était de 1,2 % et de 3,1 %, et le taux de complications peropératoires de 5,9 % et 7,4 %. Les complications postopératoires de grade ≥ 3 selon la classification de « Memorial secondary events grading system » était de 3 (3,5 %) pour le CCUP et 3 (2,5 %) pour le CE.

Discussion et conclusion. – Cette étude retrouve une fiabilité et une faisabilité élevées de la cœlioscopie dans la prise en charge des cancers utérins chez les patientes non obèses. La concurrence de la chirurgie robot-assistée ne peut donc s'envisager que chez les patientes obèses. Elle ne dispense pas de la formation à la chirurgie endoscopique avancée.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Objectives. – Evaluate the fiability and feasibility of laparoscopic surgery for the management of uterine cancers [endometrial cancer (EC) and early-stage cervical cancer (ESCC)] with patients who have a BMI ≤ 30 kg/m², within the setting of a gynaecological oncology department.

Patients and methods. – This retrospective, monocentric and descriptive study was carried out between January 2003 and May 2011 at the Institute Claudius-Regaud, a centre for cancer diagnosis, treatment and research. A policy promoting laparoscopy as a first choice treatment has been established at the institute since 2003.

Results. – Two hundred and three patients were included. Eighty-five patients were early-stage cervical cancer patients and 118 patients were endometrial cancer patients. The study shows a high fiability rate for laparoscopy in non-obese patients, with a 98.8% rate for EC patients and a 98.8% rate for ESCC patients. The feasibility rates were 80.1% and 96.6%, respectively. The incidence of laparoconversion was reported at 1.2% and 3.1% for ESCC and EC patients, respectively, while the incidence of peroperative complications was 5.9% and 7.4%. The incidence of postoperative complications rank ≥ 3 according to "Memorial secondary events grading system" was 3 (3.5%) for CCUP and 3 (2.5%) for CE.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christinengo8@hotmail.com (C. Levêque).

Discussion and conclusion. – The results of this study show high fiability and feasibility levels for the laparoscopic treatment of uterine cancers in non-obese patients. There is no need to implement the more expensive robotic-assisted surgery in this group of patients. Mastering advanced laparoscopic surgery remains a mainstay in gynaecologic oncology.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie très préoccupante puisqu'il est le 2^e cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde, avec un décès sur 3, son pic d'incidence se situe chez la femme jeune de 40 ans. Le cancer de l'endomètre est situé au 5^e rang en termes d'incidence, il survient généralement après la ménopause. Les principaux facteurs de risques sont l'obésité, le diabète et le traitement par tamoxifène [1,2]. La qualité de la prise en charge chirurgicale oncologique optimise la survie et la qualité de vie des patientes.

Depuis la fin des années 1980, les progrès de la coelochirurgie des cancers gynécologiques, initiée en France et aux États-Unis par Daniel Dargent, Denis Querleu, Éric Leblanc et Joel Childers [3], ont permis de voir émerger une nouvelle voie d'abord, présentant de nombreux avantages, pour la prise en charge de ces pathologies cancéreuses.

La laparoscopie joue un rôle multiple, elle permet avec précision de réaliser à la fois le diagnostic, la stadification, et le traitement [4].

De nombreuses études ont démontré les avantages multiples de la coelioscopie par rapport à la laparotomie en termes de faisabilité, de morbidité, et d'amélioration de la qualité de vie, elle raccourcit le délai entre la chirurgie et les traitements adjuvants [5,6] sans altérer la sécurité oncologique dans le traitement du cancer de l'endomètre [6–9] et du col utérin [10–14]. La lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique coelioscopique est pratiquée, en tant que chirurgie de stadification ou dans le cadre du traitement des cancers utérins. L'avantage de la dissection microchirurgicale conservatrice de la partie distale du paracervix permet de préserver la radicalité et la qualité de vie en combinant une hystérectomie radicale à une lymphadénectomie paracervicale. La coelioscopie permet chez les patientes jeunes avec un désir de grossesse et répondant aux critères d'éligibilité la préservation de leur fertilité par la réalisation d'une trachélectomie élargie précédé d'une lymphadénectomie pelvienne négative.

La coelochirurgie a donc largement fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge des cancers utérins. L'obésité n'est pas une contre indication à la technique, mais elle est un facteur de risque de conversion en laparotomie [15,16]. Pourtant une minorité de centres en France appliquent en routine l'éventail complet des techniques chirurgicales en oncologie gynécologique et seulement une patiente sur 2, atteintes d'un cancer pelvien est prise en charge en France par coelioscopie [17]. Un nombre important de patientes non obèses se voit encore proposer une chirurgie par laparotomie.

Devant l'ensemble de ces données, en objectif principal, nous avons donc voulu évaluer la faisabilité et l'applicabilité de la coelioscopie dans la prise en charge thérapeutique des cancers de l'utérus dans ce type de population, dans un service d'oncologie gynécologique au sein duquel une politique imposant la coelioscopie comme option première a été mise en œuvre en 2003.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique rétrospective réalisée entre janvier 2003 et mai 2011 à l'institut Claudius-Regaud,

CLCC. Depuis 2003, une politique privilégiant la coelioscopie en première intention a été mise en place.

Notre population était constituée de 203 patientes présentant un IMC ≤ 30 kg/m², atteintes d'un cancer invasif du col de stade précoce (CCUP) c'est-à-dire $< IB1N0$ ou d'un cancer de l'endomètre (CE) et ayant bénéficié d'un traitement chirurgical type hystérectomie extrafasciale ou élargie. Aucune patiente n'a été exclue pour des raisons de tumeurs volumineuses, de difficultés d'intervention prévisible ou d'antécédents chirurgicaux.

Les CCUP (IA2-IB1N0 radiologique) ont été pris en charge par chirurgie première comprenant une lymphadénectomie pelvienne première, associée à une colpohystérectomie élargie, si les ganglions pelviens étaient négatifs ou un curage lombo-aortique dans le cas contraire. Une curiethérapie préopératoire a été proposée aux patientes présentant une tumeur entre 2 et 4 cm.

Les CE ont été traités par hystérectomie totale, annexectomie bilatérale et lymphadénectomie pelvienne dans la majorité des cas. Une lymphadénectomie lombo-aortique a été effectuée uniquement lorsque les ganglions pelviens étaient macroscopiquement envahis au moment de l'intervention ou en cas de risque élevé. Selon la classification de l'Institut national du cancer (INCA) ou de type 2 histologique. Dans ce dernier cas un traitement chirurgical complémentaire a été réalisé pouvant comprendre une cytologie péritonéale, une hystérectomie totale, une annexectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique, une omentectomie ou des biopsies péritonéales.

Les données concernant les caractéristiques de la population, les procédures chirurgicales, les causes de laparotomie d'emblée ou de laparoconversion, les événements per- et postopératoires, les traitements adjuvants et le suivi des patientes ont été enregistrés de manière prospective dans notre base de données informatiques par les médecins de l'institut Claudius-Regaud.

Le temps opératoire a été calculé entre l'incision et la fermeture cutanée. Les pertes sanguines enregistrées correspondaient au volume contenu dans le bocal d'aspiration et étaient recueillies tout au long de l'intervention. Les durées d'hospitalisation ont été calculées à partir du premier jour postopératoire jusqu'au jour de la sortie. Les complications postopératoires ont été définies comme tout événement indésirable survenant dans les 30 jours postopératoires.

La faisabilité de la technique a été définie par le rapport entre le nombre de coelochirurgies et le nombre d'interventions chirurgicales total et la fiabilité par le rapport entre le nombre de coelochirurgies sans laparoconversion et le nombre de coelioscopies initiées.

Les variables qualitatives seront présentées par cohorte de la façon suivante : nombre de données manquantes, nombre et pourcentage pour chaque modalité de la variable. Les intervalles de confiance ont été estimés selon une loi binomiale exacte.

Les données quantitatives seront présentées par cohorte de la façon suivante : nombre de données manquantes, moyenne, variance, écart-type, minimum, maximum, médiane, quartiles.

3. Résultats

Deux cent quarante-sept patientes primo-traitées pour un cancer du col utérin ou de l'endomètre ont été recensées à l'institut Claudius-Regaud entre janvier 2003 et mai 2011.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951431>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951431>

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