



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

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



Revue générale

Lymphadénectomie lomboaortique dans les cancers du col de stade avancé : un standard en 2010 ?

Para-aortic lymphadenectomy in advanced-stage cervical cancer: Standard procedure in 2010?

C. Uzan^{a,*}, S. Gouy^a, P. Pautier^b, C. Haie-Meder^c, P. Duvillard^d, F. Narducci^e, E. Leblanc^e, P. Morice^a

^a Département de chirurgie, institut Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^b Département de médecine, institut Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^c Département de radiothérapie, institut Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^d Département de pathologie, institut Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^e Département de chirurgie, Centre Oscar-Lambret, 3, rue Frédéric-Combemale, BP 307, 59020 Lille cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 mai 2010

Accepté le 27 juillet 2010

Disponible sur Internet le 20 octobre 2010

Mots clés :

Lymphadénectomie lomboaortique

Cancer du col

Stade avancé

Cœlioscopie

Stadification

RÉSUMÉ

Avec la taille de la tumeur, l'atteinte ganglionnaire est le facteur pronostique essentiel dans les cancers du col de stade avancé. Il existe une atteinte lomboaortique (LA) dans 15 à 30 % de ces cancers. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont insuffisants pour dépister ces atteintes et le PET scan n'est pas indemne de faux négatifs. La stadification chirurgicale a pour objectif d'éliminer une carcinose diffuse et de définir au mieux les champs d'irradiation. En effet, en cas d'atteinte LA, l'irradiation pelvienne est alors étendue en LA. Le rôle de la cœlioscopie a été déterminant dans le développement de ces stadifications car elle limite la morbidité liée à l'association chirurgie-radiothérapie. Si l'impact pronostique du curage LA dans cette indication paraît établi, son impact thérapeutique demeure discuté. La réalisation des curages pelviens associés dans cette indication fait débat car elle n'impacte pas sur la prise en charge thérapeutique et est grevée d'une morbidité importante associée à la radiothérapie. Les progrès de la radiothérapie, notamment avec l'usage de l'IRM (IMRT) pour maximiser les doses dans certaines zones tout en protégeant les organes nobles, influenceront à l'avenir sur les modèles de prise en charge.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

With tumour size, node involvement is the most important prognosis factor in advanced stage cervical cancer. Para-aortic (PA) disease is observed in 15 to 30% of these patients. CT scan and magnetic resonance imaging (MRI) are not efficient enough to detect these lesions and PET CT have false negatives. Surgical staging is useful to detect carcinosis associated and to adapt therapy (radiotherapy fields are extended if PA nodes are involved). Laparoscopy was crucial to develop this staging because its morbidity associated to chemoradiotherapy is limited. If prognosis impact of PA lymphadenectomy is well established, therapeutic impact is still discussed. The systematic extension of this staging to pelvic nodes that are included in the basic radiotherapy fields is debated because it does not modify therapeutic management and is morbid. Radiotherapy progress, especially with boost and combination to MRI (MRIT), will impact on future therapeutic management.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les cancers du col de stade avancé se définissent par une taille de plus de 4 cm (à partir de IB2 selon la classification FIGO 2009,

IIA2 en cas d'extension au tiers supérieur du vagin) ou une atteinte paramétriale (stade IIB) (Tableau 1, [1]).

Le standard thérapeutique pour ces patientes ou en cas d'atteinte ganglionnaire sur une tumeur de stade moins avancé est de réaliser une radiochimiothérapie concomitante (RCC) puis une curiethérapie [2]. La stadification préthérapeutique s'est largement développée, avec comme objectif principal d'identifier une extension à distance pour adapter le programme

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : catherine.uzan@igr.fr (C. Uzan).

Tableau 1

Classification FIGO des cancers du col utérin (2009) (Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens) [1]. Les modifications par rapport à la classification précédente de 1995 sont surlignées.

Stade I	Carcinome limité au col
IA	Carcinomes micro-invasifs (lésion microscopique, diagnostic seulement histologique, profond d'invasion ≤ 5 mm et ≤ 7 mm en surface)
IA1	Invasion du stroma ≤ 3 mm et ≤ 7 mm en surface
IA2	Invasion du stroma > 3 mm et ≤ 5 mm et ≤ 7 mm en surface
IB	Tumeur cliniquement visible limitée au col ou préclinique $> IA2$
IB1	Tumeur de taille ≤ 4 cm dans son plus grand axe
IB2	Tumeur de taille > 4 cm
Stade II	Carcinome s'étendant au-delà de l'utérus mais sans atteinte des parois pelviennes et/ou du 1/3 inférieur du vagin
IIA	Extension vaginale sans atteinte des paramètres
IIA1	Tumeur de taille ≤ 4 cm dans son plus grand axe
IIA2	Tumeur de taille > 4 cm
IIB	Envahissement d'au moins un des paramètres
Stade III	Extension à la paroi pelvienne et/ou 1/3 inférieur du vagin et/ou hydronéphrose rein muet
IIIA	Extension 1/3 inférieur du vagin sans atteinte de la paroi pelvienne
IIIB	Extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet
Stade IV	Extension au-delà du pelvis ou à la muqueuse vésicale ou rectale (prouvé histologiquement, un simple œdème ne suffisant pas pour classé stade IV)
IVA	Atteinte de la vessie ou du rectum
IVB	Métastases à distance

thérapeutique. Nous présenterons l'impact de ce curage, ses modalités et quelles sont les questions et incertitudes qui demeurent en 2010 le concernant.

2. Quel est l'impact d'un curage lomboaortique dans les cancers du col de stade avancé et quand faut-il le réaliser ?

Avec la taille de la tumeur, l'atteinte ganglionnaire est le facteur pronostique essentiel [3]. Il existe une atteinte lomboaortique (LA) dans 15 à 30 % des cancers du col de stade avancé [4,5]. Le scanner et l'IRM sont insuffisants pour dépister ces atteintes, avec une sensibilité de 30 % seulement [6]. Le PET scan est à ce jour l'examen d'imagerie le plus pertinent pour évaluer l'extension à distance d'un cancer du col de stade avancé. Sa réalisation est recommandée par l'INCA dans le bilan d'extension initial de prise en charge d'un cancer du col à partir du stade IB2. Toutefois, le taux de faux négatif en LA est de 8 à 13 % selon les études [7] (Fig. 1). Il n'existe donc pas encore d'imagerie suffisamment performante pour stadifier complètement ces tumeurs en se passant d'un geste chirurgical.

La stadification chirurgicale a pour objectif d'éliminer une carcinose diffuse et de définir au mieux les champs d'irradiation. En effet, en cas d'atteinte LA, l'irradiation pelvienne est alors étendue en LA. En cas de carcinose péritonéale, on propose de débiter par une chimiothérapie avant la RCC. Cette stadification peut donc modifier la prise en charge thérapeutique, Leblanc et al. rapportent des modifications thérapeutiques chez 52 % des patientes prises en charge par rapport au plan de traitement initialement prévu [6].

La chirurgie de stadification n'est pas un concept nouveau, elle était déjà proposée par Averette et al., il y a plus de 30 ans [8]. Elle avait pour objectif d'identifier toute maladie extrapelvienne occulte, de dépister des anomalies annexielles (avec éventuelle résection en cas d'anomalie inflammatoire pour limiter les complications durant la radiothérapie) et d'adapter les champs d'irradiation. Mais, si cette chirurgie était décrite comme faisable et convaincante sur le plan théorique, son impact a longtemps était

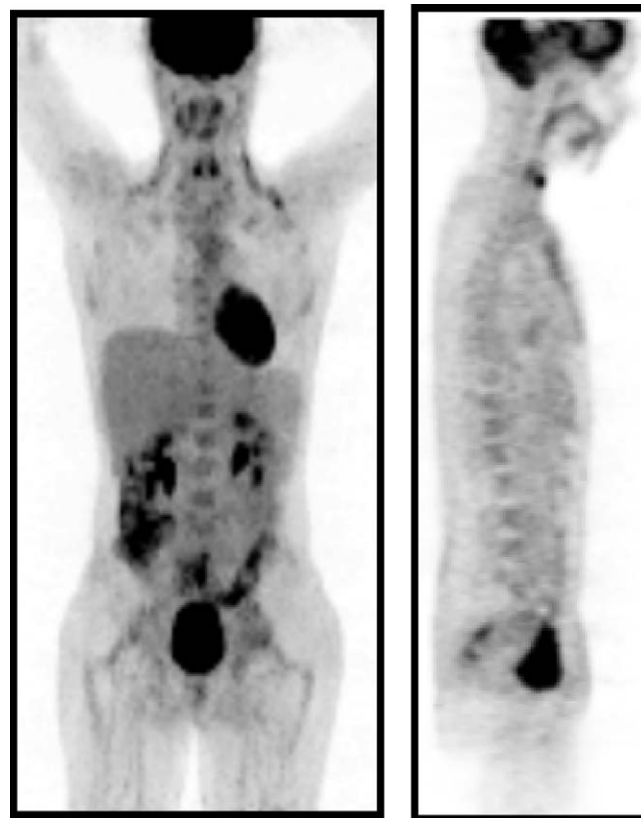


Fig. 1. Exemple de faux négatif du PET scan : patiente de 28 ans ayant une tumeur stade IIB, au PET scan préthérapeutique, il y a une fixation cervicale et pararectale gauche. Lors du curage lomboaortique réalisé 6 jours après, il est retrouvé 15N+/27. Il s'agit donc d'un cas de faux négatif du PET scan.

discuté. En effet, ses avantages éventuels étaient à mettre en balance avec une morbidité accrue. Dans des études initiales de curage lomboaortique (CLA) dans cette indication par laparotomie, Vongtama et al. rapportaient une morbidité de 39 % et une mortalité de 23 % [9], Delgado et al. une morbidité de 50 % [10]. La description de la voie ouverte extrapéritonéale a permis de diminuer la morbidité [11,12] mais c'est surtout le développement de la cœlioscopie dans cette indication par Dargent et al. [13] et Querleu et al. qui a permis d'envisager un développement de cette stadification car elle limite la morbidité liée à l'association chirurgie-radiothérapie. Toutefois, une étude randomisée parue en 2003 a fait interroger sur un potentiel impact négatif de cette stadification [14]. Cette étude comparait stadification chirurgicale versus stadification par imagerie, avec un avantage en survie au second groupe. La comparabilité des 2 groupes était très critiquable et il n'y avait que 30 patientes par bras. De plus, la morbidité chirurgicale annoncée (45 %) ne correspond pas à celle observée actuellement par cœlioscopie. Pour toutes ces raisons, les conclusions de cette étude paraissent discutables. D'autres études sont en faveur d'un bénéfice en survie mais il s'agit d'études rétrospectives. Leblanc et al. ont rapporté une série rétrospective de 184 patientes ayant eu un CLA de stadification par voie rétropéritonéale pour des cancers de stade IB2 à IV, 24 % des patientes avaient une atteinte LA [6]. La survie à 5 ans était de 58 %. La survie des patientes ayant des micrométastases en LA et chez qui le traitement a été complété par un élargissement des champs d'irradiation en LA était comparable à celle des patientes sans atteinte en LA. Gold et al. ont comparé les patientes de 3 essais du GOG dont l'objectif principal était d'étudier la chimiothérapie concomitante à la radiothérapie [15]. Ils ont ainsi isolé deux groupes de patientes, celles ayant eu une stadification chirurgicale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952086>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952086>

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