

Article original

## Prise en charge chirurgicale par voie d'abord cœlioscopique du cancer du col utérin occulte découvert après hystérectomie simple

### Laparoscopic management of occult cervical cancer discovered after simple hysterectomy

S. Vignancour<sup>a,\*</sup>, F. Narducci<sup>b</sup>, P. Collinet<sup>c</sup>, D. Vinatier<sup>c</sup>, B. Castelain<sup>b</sup>, E. Leblanc<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Calais, 11, quai du Commerce, 62100 Calais, France

<sup>b</sup> Centre de lutte contre le cancer Oscar-Lambret, 3, rue Frédéric-Combemale, BP 307, 59020 Lille cedex, France

<sup>c</sup> Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, 1, avenue Oscar-Lambret, 59000 Lille, France

Reçu le 25 novembre 2006 ; accepté le 22 janvier 2007

Disponible sur internet le 02 mars 2007

#### Résumé

**Objectifs.** – Étudier la faisabilité et la morbidité de la prise en charge chirurgicale, par voie cœlioscopique et vaginale combinées, du cancer du col de l'utérus découvert après la réalisation d'une hystérectomie simple.

**Patientes et méthodes.** – De 2000 à 2005, dix patientes ont été prises en charge pour un cancer invasif du col utérin occulte découvert après hystérectomie simple. Ces patientes ont bénéficié d'une réévaluation chirurgicale par voie d'abord cœlioscopique.

**Résultats.** – Huit patientes sur dix ont eu une évaluation chirurgicale cœlioscopique complète : lymphadénectomie pelvienne ( $n = 8$ ), paramétrectomie radicale ( $n = 5$ ). La durée opératoire, le nombre de ganglions pelviens prélevés, la durée d'hospitalisation étaient respectivement 261,3 minutes (200–400), 27 (23–38), 4,4 jours (trois–six). Il y a eu deux lymphocèles pelviens symptomatiques. Le curage pelvien était positif pour une patiente avec curage lombo-aortique négatif. Deux patientes présentaient un résidu tumoral : une atteinte vaginale et paramétriale, une métastase ovarienne. Cinq patientes ont eu un traitement adjuvant : deux cas de radiothérapie pelvienne externe associée à une curiethérapie, une radiothérapie pelvienne externe, une radiochimiothérapie concomitante pelvienne, une curiethérapie isolée. Deux patientes sur dix ont nécessité une laparoconversion, une pour atteinte ovarienne et une pour échec technique. Après un suivi moyen de 29,7 mois (4–63), il y a eu trois cas de récurrence. Les trois patientes ayant présenté une récurrence de la maladie appartenaient au groupe des cinq patientes traitées par lymphadénectomie pelvienne sans paramétrectomie radicale alors que les cinq patientes traitées par curage ganglionnaire pelvien et paramétrectomie radicale sont actuellement indemnes de la maladie.

**Discussion et conclusion.** – L'évaluation chirurgicale des cas de cancers invasifs du col utérin occultes découverts après hystérectomie simple est nécessaire pour juger de l'indication d'un traitement adjuvant. L'approche cœlioscopique combinée à la voie vaginale semble réalisable avec un risque faible d'adhérences, élément important en cas de radiothérapie adjuvante. La réalisation d'une paramétrectomie radicale semble permettre un contrôle local de la maladie et une diminution du risque de récurrence, ce qui est à confirmer par une étude sur un plus grand effectif, rendant nécessaire la création d'un Registre national pour recenser toutes les femmes prises en charge dans le cadre de cancers du col utérin de découverte fortuite.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objectives.** – To assess the feasibility and morbidity of surgical management by combined laparoscopic and vaginal approach after cervical cancer diagnosed at the time of simple hysterectomy.

**Patients and methods.** – From 2000 to 2005, 10 patients were referred with occult cervical cancer discovered after simple hysterectomy. All these patients had laparoscopy for surgical staging.

**Results.** – Eight on ten patients had complete laparoscopic staging: pelvic lymphadenectomy ( $N = 8$ ), radical colpectomy ( $N = 5$ ). Operative time, pelvic lymph nodes resected, postoperative stay were respectively 261.3 minutes (200–400), 27 (23–38), 4.4 days. There were 2 symptomatic lymphocysts. Pelvic lymph nodes were positive for 1 patient with negative paraaortic nodes. Residual disease was present in 2 cases:

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sebastien.vignancour@libertysurf.fr](mailto:sebastien.vignancour@libertysurf.fr) (S. Vignancour).

1 paramétriale et vaginale, 1 ovarien métastasis. 5 patients ont eu un traitement adjuvant : 2 ont eu une radiothérapie externe pelvienne combinée à la brachythérapie, 1 a eu une radiothérapie externe pelvienne, 1 a eu une radiothérapie externe concomitante à la brachythérapie et 1 a eu une brachythérapie seule. Deux sur dix patients ont eu une laparotomie, une pour une implication ovarienne et une pour une raison technique. Avec un suivi médian de 29,7 mois (4–63), 3 patients ont eu une récurrence. 3 patients ont eu une lymphadénectomie au-dessus de 5 patients avec une lymphadénectomie mais sans paraméctomie versus aucune récurrence au-dessus de 5 patients avec une lymphadénectomie et une paraméctomie.

*Discussion and conclusion.* – Le staging chirurgical d'un cancer cervical occulte découvert après une hystérectomie simple est nécessaire pour l'indication d'un traitement adjuvant. La laparoscopie combinée à la chirurgie vaginale est faisable et sûre, induisant moins d'adhésions ce qui est important pour un traitement adjuvant par radiothérapie. La réalisation d'une paraméctomie radicale semble offrir un contrôle local de la maladie et une diminution du risque de récurrence, ce qui doit être confirmé par une étude avec plus de patients. Cela souligne la nécessité de créer un registre national pour enregistrer toutes les femmes prises en charge pour un cancer cervical occulte.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés :* Cancer occulte du col utérin ; Évaluation chirurgicale ; Coelioscopie ; Paraméctomie

*Keywords:* Occult cervical cancer; Surgical staging; Laparoscopy; Parametrectomy

## 1. Introduction

Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent des cancers de la femme dans le monde, après le cancer du sein, avec 470 000 nouveaux cas et 230 000 décès par an [1].

En France on estime à 3400 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués pour l'année 2000 [2].

Grâce à une prise en charge adaptée, le pronostic du cancer du col est bon, avec un taux de guérison de près de deux cas sur trois [3].

La prise en charge initiale du cancer du col de stade très précoce sera chirurgicale pour la plupart des patientes. Pour un cancer de stade FIGO Ia1, la réalisation d'une hystérectomie extrafasciale, ou d'une conisation en marge saine en cas de désir de grossesse future, sera curatrice dans la grande majorité des cas [4,5].

Dans le cadre de tumeur cervicale de stades FIGO Ia2 à IIa, le traitement sera généralement radiochirurgical (avec notamment une hystérectomie radicale et évaluation ganglionnaire pelvienne) [6–8]. Pour les stades plus avancés, la radiochimiothérapie concomitante reste la référence [9].

La découverte d'un cancer invasif du col utérin sur pièce d'hystérectomie simple réalisée pour une indication bénigne est une situation certes rare mais problématique, car le taux de survie globale dans ce cas de figure n'excède pas 50 % à cinq ans en l'absence de traitement adjuvant [10–12]. En comparaison, le taux de survie globale à cinq ans du cancer du col utérin tous stades confondus est d'environ 75 % avec une prise en charge adaptée [3].

Deux options thérapeutiques sont alors possibles, avec des taux de survie comparables : soit chirurgie secondaire avec colpectomie radicale associée à un curage ganglionnaire lymphatique pelvien [11–18], soit radiothérapie pelvienne [13,19–22].

L'intérêt du traitement chirurgical est d'offrir une évaluation complète du statut tumoral FIGO de la patiente, par l'ablation paramétriale, vaginale haute et ganglionnaire pelvienne, avec pour objectif l'exérèse in sano d'une possible tumeur résiduelle et l'indication de la nécessité d'un traitement adjuvant [11,12,23].

L'objectif de notre étude est d'évaluer la faisabilité et la morbidité d'une prise en charge chirurgicale coelioscopique et

vaginale combinée après découverte inopinée d'un cancer invasif du col utérin à la suite d'une hystérectomie simple.

## 2. Patientes et méthodes

De décembre 2000 à juillet 2005, dix patientes avec un diagnostic de cancer invasif du col utérin retrouvé sur pièce opératoire d'hystérectomie totale simple réalisée pour une pathologie supposée bénigne ou au maximum pour un carcinome in situ ont été adressées au Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Oscar-Lambret à Lille, pour prise en charge secondaire.

Après décision du comité d'oncogynécologie, ces dix patientes ont bénéficié d'une réévaluation chirurgicale ganglionnaire lymphatique par voie coelioscopique, complétée par une colpectomie radicale via le même abord coelioscopique associé à la voie vaginale à chaque fois que cela fut possible.

Si nécessaire, en fonction des données per- et postopératoires, une radiothérapie et/ou curiethérapie adjuvante étaient proposées.

Nous avons analysé de façon rétrospective les données médicales et l'histoire clinique de ces patientes ainsi que les résultats de cette prise en charge chirurgicale, plus ou moins radiothérapie adjuvante, en termes de survie globale, de morbidité (glossaire franco-italien de Chassagne [24]) et de taux de récurrence.

## 3. Résultats

L'âge moyen des patientes était de 41,4 ans (29 à 53 ans), l'index de masse corporelle moyen de 26,9 kg/m<sup>2</sup> (20,2 à 38,1). Un dépistage cytologique cervical datant de moins d'un an avant l'hystérectomie simple a été réalisé chez neuf patientes sur dix, celui-ci était strictement normal pour trois patientes et en faveur d'une lésion dysplasique pour six patientes (un adénocarcinome in situ, cinq dysplasies de haut grade). En cas d'anomalie cytologique, un contrôle biopsique et/ou par conisation cervicale préalable à l'hystérectomie a été proposé aux six patientes et retrouvait : une dysplasie cervicale de haut grade ( $n = 3$ ), un carcinome in situ ( $n = 2$ ), un carcinome micro-invasif Ia1 ( $n = 1$ ). Toutes les conisations étaient en marge saine. L'hystérectomie simple a été réalisée pour : fibromes ( $n = 4$ ), carcinome in situ ( $n = 2$ ), métorragies et dysplasie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952715>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952715>

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