Classification et morbidités des chirurgies de résection dans les cancers de l'ovaire

Classification and morbidity of debulking surgery for advanced ovarian cancer

E. Vincens, B. Lauratet, J.-P. Lefranc

Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Service de chirurgie et de cancérologie gynécologique et mammaire, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France
<jean-pierre.lefranc@psl.ap-hop-paris.fr>

Article reçu le 24 août 2009,
accepté le 4 novembre 2009
Tirés à part : J.-P. Lefranc

Résumé. Le reliquat tumoral postopératoire est un facteur pronostique majeur dans la prise en charge des cancers de l'ovaire de stades avancés (stades III et IV de la classification FIGO). Il est maintenant clairement établi que l'objectif chirurgical est l'obtention d'un reliquat macroscopique nul en fin d'intervention. Il est donc, actuellement, préférable d'exprimer directement la taille du reliquat macroscopique laissé en place en fin d'intervention ou de la somme de ces reliquats (reliquat macroscopique nul, de moins de 5 mm, de moins de 1 cm et de plus de 1 cm) plutôt que d'utiliser les termes de chirurgie optimale ou suboptimale. De plus, l'objectif de « reliquat macroscopiquement nul » incite à réaliser, de façon standardisée et plus fréquente, des procédures chirurgicales complexes, notamment sus-mésocoliques (péritonectomie diaphragmatique, splénectomie, etc.). La morbidité induite par cette chirurgie dite plus agressive est faible compte tenu du bénéfice thérapeutique apporté, lorsque celle-ci est réalisée par une équipe entraînée dans un environnement adapté. ▲

Mots clés : chirurgie d'exérèse, cancer de l'ovaire, classification, reliquat, morbidité, chirurgie sus-mésocolique

Abstract. Postoperative residual disease is a major predicting factor in the treatment of advanced ovarian cancer. The goal of the surgery is now well known. It is to eradicate all macroscopic tumor. So, the most useful way to describe the residual disease is to measure exactly the size of the tumor left after surgery (no gross residual, gross residual < 5 mm, gross residual < 10 mm and gross residual > 10 mm) and to avoid the usual classification (optimal and suboptimal). The goal of no gross residual disease after surgery involves more often extended surgical efforts particularly upper abdominal surgery (diaphragm stripping, splenectomy, etc.). Radical procedures without any macroscopic residual disease have been shown to be safe and potentially beneficial to patients. ▲

Key words: debulking surgery, ovarian cancer, classification, residual disease, morbidity, upper abdominal surgery

Introduction

Le traitement des cancers de l'ovaire de stades avancés (stades III et IV de la classification FIGO) repose sur la chirurgie et la chimiothérapie. Le reliquat tumoral postopératoire est un facteur pronostique majeur. Ce facteur pronostique majeur est le seul à pouvoir être modifié par la structure chirurgicale prenant en charge les patientes (chirurgien et son équipe au sens

large). Il est maintenant clairement établi que l'objectif chirurgical est l'obtention d'un reliquat macroscopique nul en fin d'intervention, avec pour conséquence la réalisation standardisée et plus fréquente de procédures chirurgicales complexes, notamment sus-mésocoliques.

Les morbidités postopératoires de ce type de chirurgie doivent être évaluées et rester acceptables pour ne pas retarder la réalisation de la chimiothérapie adjuvante.

Classification des chirurgies

Selon le reliquat tumoral

L'objectif chirurgical concernant la taille du reliquat en fin d'intervention a évolué au cours du temps, laissant planer encore actuellement une certaine ambiguïté dans les termes qualifiant le type de chirurgie.

La chirurgie étant considérée comme :

- *complète* quand le résidu tumoral postopératoire est nul ;
- *optimale* quand le résidu tumoral postopératoire est inférieur ou égal à 2 cm et plutôt inférieur ou égal à 1 cm dans les séries les plus récentes ;
- *suboptimale* lorsqu'elle laisse un résidu postopératoire supérieur à 1 ou 2 cm ;
- *palliative* quand aucun geste d'exérèse ne peut être réalisé.

Il est maintenant établi que l'objectif de la chirurgie est d'obtenir un reliquat macroscopique nul en fin de procédure [1, 2]. Une différence significative de la médiane de survie est rapportée dans l'étude de Chi *et al.*, passant de 106, 66, 48 et 33 mois pour des reliquats macroscopiques postopératoires respectivement nul, inférieur ou égal à 5 mm, 6 mm-1 cm et supérieur à 1 cm [3].

L'étendue des lésions avant chirurgie influence moins la survie que l'obtention d'un reliquat nul en fin d'intervention.

La qualité de la chirurgie d'exérèse réalisée doit donc être plus tôt relatée en exprimant directement la taille du reliquat macroscopique laissé en place en fin d'intervention ou de la somme des reliquats (reliquat macroscopique nul, de 5 mm, de 1 cm et de plus de 1 cm) [4].

Ainsi qualifié, le résultat chirurgical ne laisse aucune ambiguïté sous réserve d'une exploration complète de la cavité abdominopelvienne. Cette exploration nécessaire de façon quasi constante, au minimum, une libération complète du foie permettant d'explorer en totalité la coupole diaphragmatique droite répondant à l'adage que « pour trouver, il faut chercher ».

Selon les gestes réalisés

Les gestes chirurgicaux nécessaires à l'exérèse complète des lésions permettent également de définir trois niveaux de complexité chirurgicale.

La chirurgie *standard* comporte les gestes indispensables à une stadification chirurgicale complète et consiste à réaliser :

- une cytologie péritonéale ;
 - une hystérectomie totale non conservatrice ;
 - des biopsies péritonéales multiples (du cul-de-sac de Douglas, du péritoine vésical, des gouttières pariéto-coliques droit et gauche, de la coupole diaphragmatique droit) ;
 - une omentectomie infragastrique ;
 - une lymphadénectomie pelvienne : iliaque primitif comportant les ganglions de la fossette iliolombaire (Cunéo et Marcille), iliaque externe (groupes externe, moyen et interne) et du promontoire ;
 - une lymphadénectomie lomboaortique emportant les lames latérocave, précave, interaorticocave, latéro-aortique remontant jusqu'au pédicule ovarien à droite et au bord inférieur de la veine rénale à gauche.
- La chirurgie est dite *radicale* lorsqu'en plus de la chirurgie standard est associée une résection de la charnière rectosigmoïdienne, en raison d'un envahissement du rectum par la masse pelvienne (stade FIGO II).

La chirurgie est dite *supraradicale* si en plus de la chirurgie radicale est associée une splénectomie et/ou une ou des résection(s) digestive(s), et/ou des péritonectomies importantes (résections d'une gouttière pariéto-colique complète, du péritoine diaphragmatique, etc.) [stades FIGO IIIB, IIIC et IV].

L'objectif chirurgical du reliquat macroscopique nul a modifié considérablement la fréquence des chirurgies sus-mésocoliques, équivalent anglo-saxon des *upper abdominal surgery* dans ces indications. L'expérience rapportée par le mémorial à New York sur deux périodes différentes, 1996-1999 (sans chirurgie sus-mésocolique) et 2001-2004 (avec 38 % de chirurgie sus-mésocolique), montre l'impact d'un tel changement de stratégie chirurgicale [5]. En effet, l'inclusion des techniques de chirurgie sus-mésocolique améliore, de façon significative, la qualité de la cytoréduction et surtout la survie globale (de 35 à 47 % respectivement). La durée opératoire ainsi que le nombre de transfusion de culot globulaire sont également significativement augmentés sans augmentation significative de la morbidité postopératoire.

Les techniques de chirurgies supracoliques dans ces indications sont maintenant décrites dans de nombreux articles et ouvrages concernant la chirurgie des coupoles diaphragmatiques, de splénectomie et de spléno pancréatectomie caudales, etc. [6, 7].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3979423>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3979423>

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