

Y a-t-il un intérêt au curage lomboaortique dans les cancers de l'endomètre opérables ?

Is there an interest in para-aortic lymphadenectomy in operable endometrial cancer?

Article reçu le 8 avril 2009,
accepté le 3 septembre 2009
Tirés à part : E. Barranger

J. Bouquier, A. Bricou, Y. Delpech, L. Tulpin, G. Akerman, E. Barranger
Service de gynécologie, hôpital Lariboisière (AP-HP), 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France
<Emmanuel.barranger@lrb.aphp.fr>

Résumé. L'intérêt et l'étendue de la lymphadénectomie dans le cancer de l'endomètre ne sont pas clairement définis notamment au niveau lomboaortique. L'impact thérapeutique de la lymphadénectomie dans les cancers de l'endomètre reste controversé surtout chez les patientes à faible risque d'extension extra-utérine. La stadification chirurgicale exhaustive ganglionnaire constitue l'élément pronostic le plus fiable et permet d'adapter la thérapeutique adjuvante le cas échéant. Le risque d'atteinte ganglionnaire lomboaortique varie en fonction du type histologique, du grade, de la taille de la tumeur, de l'extension myométriale, de l'invasion lymphovasculaire mais également de la présence de métastases ganglionnaires pelviennes. L'ensemble de ces éléments est mal évalué en pré- ou peropératoire. Des atteintes ganglionnaires lomboaortiques sans atteinte ganglionnaire pelvienne existent. Malgré la faible prévalence de l'atteinte ganglionnaire lomboaortique, il paraît légitime de proposer dans certaines situations à risque de dissémination lymphatique élevée, si cette dernière est réalisable, une lymphadénectomie lomboaortique lorsqu'il existe une indication de lymphadénectomie pelvienne. ▲

Mots clés : cancer de l'endomètre, lymphadénectomie lomboaortique, lymphadénectomie pelvienne

Abstract. The indication and extent of lymph node dissection in the surgical management of endometrial cancer remains controversial especially concerning the para-aortic lymph nodes. The therapeutic benefit of the lymph node dissection is criticized mainly for low-risk patients for extra-uterine spread. Surgically staging patients is the best method to predict node involvement and it allows an optimal decision for adjuvant therapy to be taken. The different prognostic factors for para-aortic lymph nodes metastasis are histological grade and size of the tumour, myometrial wall invasion and lymphovascular dissemination, as well as positive pelvic lymph nodes. However, these elements are not correctly evaluated before and during the surgery. Positive para-aortic lymph nodes can be found without a lymphatic spread to the pelvic area. Even though the prevalence of para-aortic node involvement is weak, it seems legitimate to propose in selected cases of important lymph node involvement, it's complete dissection if a pelvic lymphadenectomy is indicated and if it is surgically possible. ▲

Key words: endometrial carcinoma, para-aortic lymphadenectomy, pelvic lymphadenectomy

Introduction

Le cancer de l'endomètre représente la première cause de cancer gynécologique en France. Son incidence est de 13,6 cas pour 100 000 femmes. Il constitue après le cancer du sein et le cancer colorectal la troisième cause de cancer chez la femme [1].

Le statut ganglionnaire représente un facteur prédictif fondamental dans la stratégie thérapeutique de la maladie. La majorité des patientes ont une atteinte localisée à l'utérus. Les recommandations de la Fédération internationale des gynécologues obstétriciens (FIGO), datant de 1988, intègrent systématiquement une exploration chirurgicale ganglionnaire rétropérito-

néale dans la stadification des cancers de l'endomètre [2]. Le type et l'étendue de cette lymphadénectomie rétropéritonéale ne sont pas clairement définis. Ce « flou » est à l'origine d'attitudes non consensuelles et d'une grande variabilité de prise en charge intercentres surtout au niveau de l'étage lomboaortique. Les Standards options et recommandations françaises (SOR), datant de 2002, proposent de réaliser, dans la majorité des cas, une hystérectomie non conservatrice plus ou moins élargie et des curages pelviens bilatéraux, le curage lomboaortique n'étant pas systématique dans les stades I et II peropératoires [3].

La présence de ganglions métastatiques constitue cependant un élément pronostique péjoratif majeur dans le cancer de l'endomètre. Il modifie à la fois le stade de la maladie (stade IIIC de la classification FIGO) et la survie des patientes. L'atteinte ganglionnaire lomboaortique majore ce caractère péjoratif [4]. Cette localisation métastatique est corrélée à une nette diminution de la survie globale et de la survie sans récurrence [5]. La survie à cinq ans sans récurrence est d'environ 90 % lorsqu'il n'existe pas d'atteintes ganglionnaires, de 75 % lorsqu'il existe une atteinte ganglionnaire pelvienne et de 38 % lorsqu'il existe une atteinte ganglionnaire lomboaortique [6]. La présence de plus de deux adénopathies métastatiques lomboaortiques est statistiquement corrélée à une diminution de la survie à cinq ans. Le nombre d'adénopathies lomboaortiques apparaît donc être un facteur pronostique majeur dans le cancer de l'endomètre [7]. Bien que de pronostic différent, la classification usuelle FIGO ne distingue pas les atteintes ganglionnaires pelviennes et lomboaortiques. Ces patientes sont classées en stade IIIC.

Nous allons tenter à l'aide des données de la littérature de déterminer les facteurs de risque d'atteinte ganglionnaire lomboaortique et la place potentielle d'un curage lomboaortique dans la prise en charge du cancer de l'endomètre. Pour cela, à l'aide du moteur de recherche Medline nous avons recherché puis sélectionné l'ensemble des articles de langue française ou anglaise nous semblant les plus pertinents après lecture des résumés.

Facteurs de risque d'atteinte ganglionnaire lomboaortique

Le pourcentage de patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre avec métastases ganglionnaires lomboaortiques varie de 0 à 19 % dans la littérature [8]. Cette disparité des résultats pourrait être le fruit de la grande variabilité des techniques de prélèvement ganglionnaire au niveau lomboaortique (lymphadénectomie lomboaortique exhaustive, prélèvement partiel type *pic-kling*, exérèse uniquement des adénopathies suspectes), mais aussi du type d'étude anatomopathologique utilisée (recherche ou non de micrométastases) et de l'hétérogénéité des populations étudiées (stades et grades très disparates). Un certain nombre de caractéristiques tumorales sont déterminantes dans l'évaluation du risque d'atteinte lymphatique ganglionnaire rétropéritonéale tant pelvienne que lomboaortique. Nous allons tenter de déterminer si ces caractéristiques sont suffisantes pour inciter le chirurgien à étendre ou non la lymphadénectomie jusqu'à l'étage lomboaortique.

Type histologique

Le type cellulaire est un facteur prédictif important du « comportement » agressif ou non du carcinome endométrial [9]. Les tumeurs peuvent être classées en deux catégories [10].

Le type I, qui représente 80 % des tumeurs, est appelé carcinome endométriode. Il est fréquemment précédé par une hyperplasie atypique et est associé à une stimulation estrogénique. Ce type survient essentiellement en période de pré- ou péri-ménopause chez des femmes avec typiquement un surpoids, une dyslipidémie, une anovulation, une infertilité ou entre une infertilité ou une ménopause. Dans la majorité des cas, ce carcinome endométriode reste longtemps confiné à l'utérus.

Le type II est, quant à lui, un carcinome non endométriode et représente 20 % des cancers de l'endomètre [9]. Il correspond, dans la majorité des cas, soit à un adénocarcinome à cellules claires ou à cellules séropapillaires, soit à un sarcome. Il se développe à partir de polypes ou de lésions intra-utérines préneoplasiques. Il n'est pas associé à une stimulation estrogénique ou à une hyperplasie endométriale. Il envahit plus rapidement le myomètre et les espaces vasculaires que le type I [11-13]. Ce caractère agressif des lésions de type II serait à l'origine d'un risque d'atteinte lymphatique ganglionnaire (pelvien ou lomboaortique) plus élevé. L'envahissement ganglionnaire dans le cancer non endométriode est de 40 %, alors qu'il n'est que de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3979464>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3979464>

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