

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°65

MARS 2009

édito

Plaidoyer pour la prise en charge coelioscopique du cancer de l'endomètre



Rédacteur en chef : Philippe Debodinance

Rédacteur adjoint : Malik Boukerrou

Comité de rédaction

Pierre Collinet, Philippe Descamps,
Henri Marret, Fabrice Pierre,
Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance
S.C.G.P. - 12 rue de Redon
35000 Rennes

Tél / Fax : 02 23 40 45 45

E-mail : scgp@wanadoo.fr
www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

Le cancer de l'endomètre est actuellement le cancer féminin pelvien le plus fréquemment rencontré (4 600 nouveaux cas annuels pour 3 300 cancers du col utérin). Sa fréquence va augmenter dans les prochaines années du fait de l'absence de dépistage proposé, de l'allongement de l'espérance de vie des femmes et de la fréquente obésité rencontrée en période de ménopause.

Son traitement chirurgical peut varier en fonction du stade de la maladie, de l'état général, de l'âge de la patiente et de nombreux autres facteurs, mais l'hystérectomie en représente la pierre angulaire. Cette prise en charge comporte dans les cas les plus « basiques » la réalisation d'une hystérectomie extra fasciale, une annexectomie bilatérale et une cytologie péritonéale ; l'exploration visuelle de la cavité pelvienne et abdominale est toujours nécessaire et la lymphadenectomie ilio pelvienne et obturatrice habituellement recommandée.

Cette prise en charge est actuellement réalisée de façon presque exclusive par

laparotomie comme le confirme les données 2006 du PMSI, puisque la laparotomie a été réalisée dans près de 97% des cas. En effet, sur 5 766 hystérectomies pratiquées pour cancer de l'endomètre, 127 ont été réalisées par coelioscopie (2.2%), 49 par voie vaginale (0.2%) et 5 590 par laparotomie (96.9%).

Quelles sont les raisons de cette disparité ?

- Le pronostic du cancer de l'endomètre est relativement bon puisque le taux de mortalité à 10 ans est de 20%. Il s'agit du meilleur résultat concernant l'ensemble des cancers gynécologiques.
- Cette prise en charge par laparotomie s'explique probablement parce que ce cancer de bon pronostic est pris en charge par l'ensemble des chirurgiens gynécologues et pelviens qui n'ont pas tous une expertise coelioscopique

Quelle est la faisabilité de la prise en charge coelioscopique ?

L'objectif du traitement du cancer de l'endomètre à un stade précoce de la

maladie est le contrôle local de la maladie par la réalisation d'une hystérectomie extrafasciale avec annexectomie bilatérale et la recherche d'éventuelles localisations extra génitales par la cytologie péritonéale, l'exploration visuelle et la biopsie de lésions péritonéales et l'étude du status ganglionnaire ilio pelvien et obturateur par lymphadénectomie. L'exploration des territoires ganglionnaires latéro-aortique jusqu'à l'émergence de l'artère rénale ne doit pas être réalisée de façon systématique, mais réservée à certains cancers à haut risque métastatique (cancers séreux, papillaires, grade 3, avec envahissement myométrial supérieur à 50% métastase ganglionnaire pelvienne). Cette exploration coelioscopique latéro-aortique devrait être prise en charge par des

équipes expérimentées en coelioscopie avancée.

La réponse est positive pour l'hystérectomie, l'annexectomie et l'exploration péritonéale. Plusieurs études randomisées (hystérectomie coelioscopique vs laparotomie) ont montré les avantages de l'endoscopie au point de vue opératoire, confort post opératoire immédiat, reprise d'activité sociale et professionnelle.

La réponse est positive pour l'exploration péritonéale qui bénéficie de l'effet « loupe » observée en coelioscopie surtout chez les patientes obèses (situation assez fréquente dans ce contexte).

La réponse est positive pour le status ganglionnaire ; la lymphadénectomie ilio-pelvienne est parfaitement réalisable par coelioscopie ; le nombre de ganglions

prélevés est plus important dans la méta-analyse de Lin⁽¹⁾ par voie coelioscopique, mais cette différence n'est pas significative sur le plan statistique ; la fréquence des complications par coelioscopie est enfin plus faible.

On peut donc écrire que la prise en charge coelioscopique des cancers de l'endomètre est possible et au moins aussi performante que par laparotomie. La formation des chirurgiens à la coelioscopie « avancée » reste d'actualité si l'on désire promouvoir cette voie d'abord dont les avantages sur l'environnement péri-opératoire sont actuellement admis.

Cette prise en charge ne doit pas être proposée à tous les cancers de l'endomètre. Elle doit être réservée aux cancers de stade débutant (stade 1 et 2a) de



6^{ème} Congrès de la Société de Chirurgie Gynécologique & Pelvienne



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

La Rochelle
14-15-16 mai 2009

Espace ENCAN
Quai Louis Prunier

Président du Congrès :
Professeur Guillaume Magnin

Comité scientifique : J-L. Benifla, M-A. Bruhat, M. Canis, C. Chapron, P. Debodinance, P. Descamps, B. Deval, P-H. Dorangeon, G. Eglin, H. Fernandez, J. Hourcabie, B. Jacquetin, P. Madelenat, G. Mellier, F. Pierre, R. de Tayrac, P. von Theobald, R. Villet

Comité d'organisation : C. Anguill, J-S. Aucouturier, V. Bauer, G. Boutet, P. Cante, P. Ferry, M. Quentin, Y. Thirouard, F. Vierne
Coordination locale : Philippe Ferry

SESSIONS VIDÉOS COURTES

Laparoscopie, Urogynécologie, Coloproctologie

COMMUNICATIONS LIBRES SÉLECTIONNÉES (25)

CONFÉRENCES ET TABLES RONDES :

- **SEIN :** Impératifs esthétiques en chirurgie mammaire.
- **Place actuelle de la chirurgie ganglionnaire** en carcinologie pelvienne.
- **VULVE :** du bénin au malin.
- **INCONTINENCE URINAIRE RÉCIDIVÉE.**
- **UROGYNÉCOLOGIE :** Quelle place pour les techniques récentes ?
- **MÉNORRAGIES ET FIBROMES :** Evaluation des nouvelles techniques.
- **LE PÉRITOINE** en chirurgie gynécologique.
- **INFERTILITÉ / ENDOMÉTRIOSE**
- **PELVIPÉRINÉOLOGIE :** la théorie d'Ulmsten et Pétrous.

Secrétariat d'organisation : Service de Gynécologie C.H. La Rochelle
Tél. 05 46 45 52 19 - Fax 05 46 45 52 90 - E-mail : philippe.ferry@ch-larochelle.fr

Programme et inscription sur www.scgp.asso.fr

type endométrioïde et dont le volume utérin autorise une extraction aisée par voie vaginale sans morcellement (ce qui représente les cas les plus fréquents).

En présence d'un cancer évolué ou dont le bilan d'imagerie met en évidence des adénopathies volumineuses, il est préférable de réaliser une laparotomie pour éviter des complications vasculaires.

En présence d'un cancer à haut risque métastatique, il existe une indication de curage latéro-aortique car le risque de métastases ganglionnaires est de 11.1% en cas de grade 3 et de 50% en cas de ganglion pelvien positif. Il semble préférable, dans ce contexte, et en dehors d'une expertise particulière, de référer ces patientes vers un centre d'expertise (aussi bien dans le secteur privé que public).

Les 4 essais randomisés (hystérectomie coelioscopique vs laparotomie)⁽²⁻⁵⁾ et la méta-analyse de Lin montrent que la prise en charge coelioscopique est parfaitement réalisable. Le taux de conversion

en laparotomie varie de 0 à 12.5% sans qu'il soit possible de savoir si la conversion a été le fait de complications sévères, du status péritonéal, d'une atteinte annexielle ou de l'expérience du chirurgien.

POUR CONCLURE, on peut affirmer

- Que la prise en charge des cancers de l'endomètre de stade débutant de type endométrioïde devrait pouvoir être réalisée par l'ensemble des chirurgiens coelioscopiques. Le traitement consiste en une hystérectomie extra fasciale, une annexectomie, une exploration péritonéale abdomino pelvienne et une lymphadenectomie ilio pelvienne.
- En présence d'un cancer à haut risque métastatique, il semble licite (en dehors d'une véritable expertise en coelioscopie « avancée » de référer ces patientes vers un centre spécifique (privé ou public) habitué à la chirurgie latéro-aortique.
- En présence d'un cancer à haut risque

de complications : cancer diagnostiqué à un stade tardif ou dont le volume utérin nécessiterait un morcellement pour permettre son extraction par voie vaginale, cancer présentant sur le bilan d'imagerie des adénopathies volumineuses adhérentes au paquet vasculaire, il est logique de privilégier la laparotomie

*Bernard Blanc,
Jean-Philippe Estrade,
Aubert Agostini*

Références

1. Lin F et al, *Gynecol Cancer*, 2008, jan 22
2. Malur S et al, *Gynecol Oncol*, 2001 ;80(2) :239-44
3. Zullo F et al, *Am J Obstet Gynecol*, 2005 ;193 :1344-52
4. Tozzi R et al, *J Minim Invasive Gynecol*, 2005;12(2):130-6
5. Fram KM et al, *Gynecol Cancer*, 2005;12(1): 57-61

Sommaire

5

ENDOMÉTRIOSE INGUINALE INVASIVE RÉCIDIVANTE

10

QUELS GESTES FAUT-IL RÉALISER ET PAR QUELLE VOIE D'ABORD DANS LES CANCERS DE L'OVAIRE DE STADE PRÉCOCE

14

CHIRURGIE ROBOTIQUE, EXPÉRIENCE INITIALE DU PÔLE DE GYNÉCOLOGIE DU CHU DE STRASBOURG. À PROPOS DE 5 CAS D'HYSTÉRECTOMIES PAR COELIOSCOPIE ROBOT-ASSISTÉE

19

GANGLION SENTINELLE ET CANCER DE L'ENDOMÈTRE

23

QUELLE CHIRURGIE PROPHYLACTIQUE POUR LES PATIENTES À RISQUE DE CANCER DU SEIN ?

28

DE LA PRATIQUE À LA LOI

30

CONGRÈS À VENIR

Nouveaux inscrits

DR DUBON-LABORDE OLIVIER
BORDEAUX

DR CONRI VANESSA - BORDEAUX

DR PEREZ THOMAS - AUBAGNE

DR DELOTTE JÉRÔME - NICE

DR KAHN VANESSA - PARIS

DR FRIEDERICH LUDOVIC - VERSAILLES

DR JARDON KRIS - CLERMONT-FERRAND

DR POUJADE OLIVIER - CLICHY

DR RASOAMIARAMANANA

HAINGO - SAINT-ÉTIENNE

DR CHANELLES OLIVIER - BONDY

PR GOLFIER FRANÇOIS - LYON

PR GAMERRE MARC - MARSEILLE