



Fiche tumeur gynécologique carcinome VULVE

TNM	Vulve	FIGO
T1	Limitée à la vulve/au périnée, ≤ 2 cm	I
-T1a	Invasion stromale ≤ 1 mm	IA
-T1b	Invasion stromale > 1 mm	IB
-T2	Limitée à la vulve/au périnée > 2 cm	II
-T3	Urètre inférieur/vagin/anus	III
T4	Muqueuse vésicale/muqueuse rectale/muqueuse de l'urètre supérieur/os	IVA
N1	Unilatérale	III
N2	Bilatérale	IVA
M1	Métastases à distance	IVB

Bilan initial

-  Examen clinique
-  Si forme localement étendue ou adénopathie inguinale, TDM pelvienne ou PET scanner

Prise en charge thérapeutique

Stade I unifocal

Chirurgie

Vulve

- Vulvectomy partielle avec 2 cm de marge macroscopique (8 mm histologique) jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne
 - Si lésion latérale : exérèse large ou hémivulvectomy latérale
 - Si lésion médiane (<1cm de la ligne médiane) : exérèse large ou hémivulvectomy antérieure ou postérieure
- Option : vulvectomy totale si lésions précancéreuses multifocales

Ganglions inguinaux

- Si infiltration de la lésion initiale <1mm : pas de curage
- Si infiltration de la lésion initiale >1mm :
curage inguinal superficiel et profond concernant surtout les ganglions situés en dedans de la veine fémorale et avec préservation de la crosse de la veine saphène interne.
 - Homolatéral si lésion latéralisée
 - Si extemporané négatif, abstention
 - Si extemporané positif, compléter le curage inguinal bilatéral
 - Bilatéral si lésion à moins de 1 cm de la ligne médiane

Option : La recherche du ganglion sentinelle idéalement par méthode radioisotopique et colorimétrique est encore à l'étude dans le cancer de la vulve. Les indications doivent être limitées et les conditions de recherche bien respectées.

-le chirurgien devra être aguerri à la recherche du ganglion sentinelle (dans un autre organe)


-pas d'indication dans les cancers du clitoris (risque de récurrence inguinale)

-pas d'indication dans les adénocarcinomes de la glande de Bartholin (mauvais pronostic)

-dans les tumeurs médianes, l'évaluation ganglionnaire doit être dans tous les cas bilatérale. Si le ganglion sentinelle n'est pas retrouvé d'un côté alors le curage ganglionnaire classique est obligatoire

Il faut que tous les cas soient enregistrés afin d'être disponibles dans le cadre d'une étude et afin de valider ou non cette technique

Radiothérapie

 Radiothérapie inguinale ou inguinopelvienne si curage positif (≥ 2 ganglions positifs et/ou 1 ganglion positif avec rupture capsulaire) dont les modalités seront à discuter au cas par cas

- ↳ Radiothérapie vulvaire : préférer la reprise chirurgicale si les marges ne sont pas saines

Stade I multifocal et stade II

Chirurgie

- ↳ Vulve
 - Vulvectomy totale avec 2 cm de marges macroscopiques élargie jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne
- ↳ Ganglions inguinaux
 - Pas d'indication de ganglion sentinelle
 - Curage inguinal superficiel et profond concernant surtout les ganglions situés en dedans de la veine fémorale et avec préservation de la crosse de la veine saphène interne

Radiothérapie

- ↳ Radiothérapie inguinale ou inguinopelvienne si curage positif (≥ 2 ganglions positifs et/ou 1 ganglion positif avec rupture capsulaire) dont les modalités seront à discuter au cas par cas
- ↳ Radiothérapie vulvaire : préférer la reprise chirurgicale si les marges ne sont pas saines

Stade III

Chirurgie

Options en fonction de la localisation et de la taille tumorale

- ↳ vulvectomy totale élargie avec marge de 2 cm si anatomiquement réalisable et traitement adjuvant respectant les principes cités précédemment
- ↳ radio-chimiothérapie concomitante puis discuter ultérieurement si besoin des modalités d'une chirurgie de deuxième intention
- ↳ chimiothérapie néoadjuvante à discuter au cas par cas

Stade IVA

Options

- ↳ radiochimiothérapie

↳ exentération pelvienne de nécessité avec TEP négative et échec ou contreindication de radiochimiothérapie

Stade IVB

↳ En fonction de la symptomatologie et de la patiente discuter localement un geste de propreté ou une irradiation palliative et/ou une chimiothérapie sur le plan général

Récidive Locale

Préférer les résections itératives chaque fois que possible en respectant les marges et avec lambeau cutané ou myocutané de couverture si besoin. Pas de curage complémentaire si absence d'adénopathies palpées et curage inguinal déjà réalisé dans les antécédents.

Surveillance

↳ Examen clinique tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois et enfin annuel après 5 ans (risque significatif de récidive tardive)