

Prise en charge du cancer spinocellulaire de la vulve

La présente directive clinique a été examinée par le comité SOGC/GOC/SCC sur les politiques et les directives cliniques, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Le présent document remplace le document (numéro 2) de 1993.

AUTEUR PRINCIPAL

Wylam Faught, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

MEMBRES DU COMITÉ SOGC/GOC/SCC SUR LES POLITIQUES ET LES DIRECTIVES CLINIQUES :

John Jeffrey, président, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)

Peter Bryson, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)

Lesla Dawson, MD, FRCSC, St. John's (T.-N.-L.)

Wylam Faught, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

Michael Helewa, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)

Janice Kwon, MD, FRCSC, London (Ont.)

Susie Lau, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

Robert Lotocki, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)

Diane Provencher, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

Résumé

Objectifs : Examiner la prise en charge du cancer spinocellulaire de la vulve précoce et avancé, et faire des recommandations à ce sujet.

Options : Vulvectomie radicale et dissection inguinale ou options chirurgicales plus conservatrices, dans le cas d'un cancer spinocellulaire précoce de la vulve; chimiothérapie et radiothérapie suivies d'une discussion au sujet du recours à la chirurgie, dans le cas d'un cancer spinocellulaire avancé de la vulve.

Issues : Risque de métastases ganglionnaires inguinales, risque de récurrence de la tumeur, morbidité de la patiente, survie de la patiente.

Résultats : La qualité des résultats a été décrite au moyen de la classification établie par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (Tableau 1).

Mots clés : Vulvar cancer, inguinal lymph nodes, vulvectomy, radiation, chemotherapy

Recommandations :

1. Les lésions de stade 1A (≤ 2 cm de diamètre et ≤ 1 mm d'invasissement stromal) peuvent être prises en charge au moyen d'une excision locale large radicale, sans dissection ganglionnaire inguinofémorale. (II-2B)
2. Les lésions unilatérales de stade IB (≤ 2 cm de diamètre, > 1 mm d'invasissement stromal et ≥ 1 cm de la médiane) sont prises en charge par excision locale large radicale, accompagnée d'une dissection ganglionnaire inguinofémorale ipsilatérale; les lésions centrales (à moins de 1 cm de la médiane) nécessitent une dissection ganglionnaire inguinofémorale bilatérale. (II-2B)
3. Les patients présentant au moins trois micrométastases inguinales, un diamètre ganglionnaire > 10 mm, une propagation extracapsulaire ou des métastases microscopiques bilatérales devraient bénéficier d'une radiothérapie inguinale et pelvienne bilatérale postopératoire. (II-2B)
4. Le cancer avancé de la vulve devrait être pris en charge au moyen d'une radiothérapie primaire et d'une chimiothérapie concomitante, le recours à la résection chirurgicale devant par la suite faire l'objet d'une évaluation. (II-2B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 28, n° 7, 2006, p. 646–651

INTRODUCTION

Le cancer de la vulve représente environ 5 % de toutes les affections malignes touchant les voies génitales féminines et survient le plus fréquemment chez les femmes dont l'âge se situe entre 65 et 75 ans. Dans la vaste majorité (90 %) des cas, il s'agit de carcinomes spinocellulaires; d'autres lésions histologiques (dont les mélanomes, les adénocarcinomes, les carcinomes basocellulaires et les sarcomes) sont responsables des 10 % restants¹. Le présent document ne traite que de la prise en charge des lésions spinocellulaires.

La présentation du cancer de la vulve et son mode de prise en charge le plus approprié ont considérablement évolué avec le temps. Aux débuts du 20^e siècle, la plupart des patientes présentaient une maladie avancée. L'excision locale constituait le principal mode de traitement; seulement de 20 % à 25 % des patientes survivantes

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique⁴⁰.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique⁴⁰.

passaient le cap des cinq ans. L'élaboration de la vulvectomie radicale en bloc et de la dissection ganglionnaire inguinale a permis de prolonger la survie, mais a également entraîné une morbidité opératoire majeure et des séquelles physiques et psychologiques^{2,3}.

En partie en raison de l'amélioration de la formation des fournisseurs de soins primaires et de la sensibilisation des patientes, le cancer de la vulve se présente habituellement de nos jours sous forme d'une lésion de la vulve localisée. Les patientes cherchent souvent à obtenir une consultation médicale dès l'apparition des symptômes; de plus, les médecins reconnaissent la valeur et l'importance de l'examen complet de la vulve et des biopsies⁴. Pour comprendre la prise en charge du cancer de la vulve, il est crucial de bien connaître les modes de croissance tumorale et de drainage lymphatique de la vulve.

En 1988, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) a lancé un nouveau système de classification chirurgico-pathologique des cancers en stades, destiné à remplacer le système de classification par stades cliniques dans le cas du carcinome de la vulve. Un tel système a été mis en place en raison de l'inexactitude clinique de l'estimation de l'état ganglionnaire et de la signification pronostique de la présence de métastases ganglionnaires inguinales établie de façon histologique. En 1994, des modifications ont été apportées en vue de diviser le stade I en stades IA et IB (Tableau 2)⁵. Il est impossible d'appliquer un même traitement standard à toutes les

patientes présentant un cancer de la vulve. Chaque patiente nécessite une évaluation clinique approfondie. Son plan de traitement doit être fondé sur les constatations cliniques; de plus, ce plan devrait pouvoir être modifié au besoin, en fonction des issues chirurgico-pathologiques et des facteurs de comorbidité. Le traitement chirurgical est adapté aux besoins de la patiente. Des techniques novatrices d'évaluation des ganglions inguinaux font actuellement l'objet de recherches. Un éventail de patientes et de distributions tumorales a été établi; l'approche de traitement est donc distincte pour chacun de ces groupes.

Le niveau des résultats signalés dans la présente directive clinique a été décrit au moyen des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (Tableau 1)⁶.

CANCER MICRO-INVASIF DE LA VULVE

La *International Society for the Study of Vulvar Disease* (ISSVD) a défini le cancer micro-invasif ou superficiellement invasif de la vulve comme un carcinome spino-cellulaire de ≤ 2 cm de diamètre présentant une profondeur d'envahissement de ≤ 1 mm. Le point d'envahissement le plus profond est mesuré à partir de la jonction épithélio-stromale de la couche papillaire épithéliale adjacente la plus superficielle⁷. Le concept selon lequel seules les lésions présentant un envahissement de 1 mm ou moins et aucune infiltration de l'espace vasculaire n'engendrent pas de risques de donner lieu à des métastases ganglionnaires fait maintenant l'objet

Tableau 2 Classification FIGO en ce qui concerne le cancer de la vulve (1994)

Stade FIGO	Constatations cliniques / pathologiques
Stade 0	Carcinome <i>in situ</i> , carcinome intraépithélial
Stade I	Tumeur de ≤ 2 cm de diamètre (diamètre le plus long), confinée à la vulve ou au périnée; les ganglions sont négatifs
IA	Comme ci-dessus avec envahissement stromal $\leq 1,0$ mm
IB	Comme ci-dessus avec envahissement stromal > 1 mm
Stade II	Tumeur confinée à la vulve et/ou au périnée, de > 2 cm de diamètre (diamètre le plus long); les ganglions sont négatifs
Stade III	Tumeur de quelque diamètre que ce soit, accompagnée : 1. d'une propagation adjacente à l'urètre inférieur et/ou au vagin et/ou à l'anus 2. d'une métastase ganglionnaire régionale unilatérale
Stade IVA	Tumeur envahissant l'une ou l'autre des parties suivantes : Urètre supérieur, muqueuse vésicale, muqueuse rectale, os iliaque ou métastase ganglionnaire régionale bilatérale
Stade IVB	Toute métastase à distance, y compris les ganglions pelviens

FIGO, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique⁵.

d'un vaste consensus^{5,8}. De telles lésions sont classées comme étant de stade IA et peuvent être prises en charge au moyen d'une excision locale large radicale, également connue sous le nom de vulvectomie partielle profonde¹⁰ (marge saine de 1–2 cm) sans lymphadénectomie inguinofémorale. L'excision locale large radicale facilite l'obtention d'une marge négative profonde en excisant la lésion jusqu'au fascia. Lorsque l'analyse pathologique finale révèle un envahissement supérieur à 1 mm en présence d'une lésion non médiane, une lymphadénectomie inguinofémorale ipsilatérale devrait être effectuée^{10,11}.

Recommandation

1. Les lésions de stade 1A (≤ 2 cm de diamètre et ≤ 1 mm d'envahissement stromal) peuvent être prises en charge au moyen d'une excision locale large radicale, sans dissection ganglionnaire inguinofémorale. (II-2B)

CANCER PRÉCOCE DE LA VULVE (STADE I)

La prise en charge des petites lésions confinées à la vulve n'est pas standardisée. En règle générale, l'intervention à privilégier est celle qui minimise la morbidité physique et psychosociale, tout en maximisant les chances de guérison. D'un point de vue chirurgical, tant la lésion primaire que les ganglions inguinofémoraux doivent être pris en considération au moment de la planification du traitement.

Autrefois, la vulvectomie radicale en bloc et la lymphadénectomie inguinofémorale bilatérale constituaient la norme de diligence pour toutes les patientes présentant un cancer de la vulve^{2,3}. Bien que les taux de survie aient été très bons, le recours à des techniques chirurgicales si radicales a été associé à une morbidité considérable, dont la rupture de la plaie, la cellulite et le lymphœdème chronique.

Qui plus est, leurs conséquences, tant sur l'image corporelle que sur la fonction sexuelle, étaient troublantes¹². Anderson et Hacker ont signalé, pour les patientes ayant subi une chirurgie radicale, que l'excitation sexuelle se situait au huitième percentile et que l'image corporelle se situait au quatrième percentile, par comparaison avec un groupe témoin de femmes n'ayant pas subi une vulvectomie¹³.

Le recours à une excision chirurgicale plus conservatrice, plutôt qu'à une dissection en bloc, soulève deux préoccupations importantes. Premièrement, puisque cette maladie est de nature diffuse, il est possible qu'un traitement s'avère nécessaire pour la vulve en entier. Deuxièmement, si l'on n'a pas recours à une dissection en bloc, le pont cutané (la peau située entre la lésion et la résection ganglionnaire) présentera un risque élevé de devenir un site de récurrence. Heureusement, les données disponibles ne soutiennent en rien ces préoccupations. Le recours à l'excision locale radicale (ablation de la tumeur et d'une marge de tissu normal de 1–2 cm, jusqu'au fascia ou à la symphyse pubienne) et à la dissection ganglionnaire inguinofémorale (par l'entremise d'incisions distinctes) offre, au minimum, une chance égale de guérison^{5,14}. Il est important de procéder à une lymphadénectomie inguinofémorale en présence d'un envahissement supérieur à 1 mm, puisqu'il existe un risque croissant de métastases ganglionnaires dans le cas des lésions présentant un envahissement stromal accru. Lorsque l'aine ne fait pas l'objet d'une dissection, le pronostic de la maladie inguinale récurrente est sombre (jusqu'à 90 % des patientes décédant de la maladie)¹⁵. Lorsque la lésion primaire est unilatérale, définie comme étant à ≥ 1 cm de la médiane, une dissection inguinale ipsilatérale suffit¹⁶. Un seul rapport a indiqué des ganglions contralatéraux positifs et des ganglions

ipsilatéraux négatifs dans le cas de la maladie de stade I, soit une incidence cumulative de 0,4 % (2/476) des patientes. Si des ganglions inguinaux cliniquement positifs sont constatés au cours d'une dissection ipsilatérale visant une petite lésion primaire, la dissection de l'aîne contralatérale est recommandée^{4,5}.

Les lésions médianes (< 1 cm de la médiane) nécessitent une dissection ganglionnaire inguino-fémorale bilatérale.

La technique de dissection ganglionnaire inguino-fémorale par l'entremise d'incisions distinctes, initialement décrite par Byron et coll. et subséquemment modifiée par Hacker et coll., offre plusieurs avantages^{17,18}. Elle permet une hospitalisation postopératoire beaucoup moindre, le lymphœdème chronique survenant chez 20 % des patientes (par comparaison avec l'incidence auparavant signalée qui se situait entre 32 % et 65 %)^{19,20}.

Recommandation

2. Les lésions unilatérales de stade IB (≤ 2 cm de diamètre, > 1 mm d'envahissement stromal et à ≥ 1 cm de la médiane) sont prises en charge par excision locale large radicale, accompagnée d'une dissection ganglionnaire inguino-fémorale ipsilatérale; les lésions centrales (à moins de 1 cm de la médiane) nécessitent une dissection ganglionnaire inguino-fémorale bilatérale. (II-2B)

Évaluation du ganglion sentinelle

Le ganglion sentinelle, dans le contexte du carcinome, désigne le premier ganglion du bassin lymphatique qui reçoit le débit lymphatique primaire. Une grande partie des travaux préliminaires dans ce domaine s'inscrivaient dans le cadre de la prise en charge des mélanomes cutanés, pour lesquels la biopsie du ganglion sentinelle fait dorénavant partie de la norme de diligence²¹. L'identification et l'examen pathologique détaillé subséquent du ganglion sentinelle vise l'obtention d'une évaluation ganglionnaire complète et une baisse de la morbidité. La logique ou l'hypothèse derrière tout cela est la suivante : si le ganglion sentinelle est négatif, tous les autres ganglions seront négatifs; la dissection inguinale totale peut donc être évitée. Dans le cas du cancer de la vulve, le ganglion sentinelle est situé dans le bassin ganglionnaire inguino-fémoral.

Les ganglions sentinelles sont identifiés par injection intradermique péritumorale d'isosulfan ou de colorant bleu patenté, seul ou préférentiellement conjointement avec du soufre colloïde marqué au Tc 99m radioactif. Les ganglions sont par la suite identifiés par dissection inguinale et comptage gamma, puis soumis à une coupe à l'état gelé, à une coloration immunohistochimique et à de multiples sections^{22,23}.

Plusieurs chercheurs ont signalé un taux élevé de réussite quant à l'identification du ganglion sentinelle, conjointement avec une faible incidence d'histologie fausse négative de ce dernier^{24,25}. Cependant, l'innocuité et l'utilité clinique de ce concept restent à prouver. Jusqu'à ce que nous disposions de résultats issus d'essais cliniques plus importants évaluant la valeur de l'examen histologique du ganglion sentinelle (dans le cadre duquel aucune autre lymphadénectomie n'est effectuée), la biopsie du ganglion sentinelle devrait être considérée comme une intervention expérimentale.

STADE CLINIQUE II OU III

Les patientes dont les ganglions inguinaux n'éveillent pas de soupçons sur le plan clinique devraient être traitées au moyen d'une vulvectomie radicale et d'une lymphadénectomie inguino-fémorale bilatérale. Deux approches chirurgicales peuvent être utilisées : i) l'intervention en trois incisions distinctes et ii) l'intervention en bloc faisant appel à une seule incision^{17,18}. La biopsie du ganglion sentinelle peut également jouer un rôle chez les patientes dont les ganglions inguino-fémoraux ne semblent pas affectés de façon évidente²². Lorsque les ganglions inguinaux sont positifs ou éveillent des soupçons, on devrait avoir recours à la dissection en bloc afin d'atténuer la possibilité d'une infiltration lymphatique rétrograde menant à des récurrences de pont cutané. Les données de Hacker et coll. et de Homesley et coll. ont permis à ces auteurs d'en venir à la conclusion que les métastases ganglionnaires pelviennes ne survenaient qu'en présence de ganglions inguinaux éveillant des soupçons sur le plan clinique ou d'au moins trois ganglions inguinaux unilatéraux positifs^{26,27}. Une étude menée par un groupe d'oncologie gynécologique a signalé que la radiothérapie du bassin et de l'aîne obtenait de meilleurs résultats que la lymphadénectomie pelvienne, à titre de traitement d'appoint, en présence d'au moins deux ganglions inguinaux positifs²⁸. Le taux de survie à deux ans pour le groupe « radiothérapie » était de 68 %, par comparaison avec 54 % pour le groupe « lymphadénectomie pelvienne ». En présence d'un seul ganglion positif, aucune différence n'a été constatée. Puisque ces groupes n'ont pas été séparés en sous-groupes « moins de trois ganglions positifs » et « au moins trois ganglions positifs », il est impossible de déterminer si la radiothérapie peut s'avérer bénéfique pour les patientes présentant deux ganglions positifs. Plus récemment, des chercheurs ont démontré que la morphologie d'un ganglion inguinal positif pourrait également déterminer le pronostic. La présence de cellules tumorales extracapsulaires et un diamètre ganglionnaire supérieur à 15 mm entraînent tous deux des effets négatifs considérables en ce qui a trait à la survie^{29,30}.

Berek et Hacker ont eu recours à un diamètre ganglionnaire limite de 10 mm à titre de prédicteur d'une issue médiocre⁵.

Ainsi, la radiothérapie d'appoint devrait être utilisée en présence d'au moins trois micrométastases dans les ganglions inguinaux, d'une micrométastase de > 10 mm de diamètre, de tout signe de propagation extracapsulaire ou de métastases inguinales microscopiques bilatérales. Le caractère bénéfique de la radiothérapie pour les patientes présentant deux ganglions unilatéraux positifs reste à déterminer^{5,29,30}.

Recommandation

3. Les patients présentant au moins trois micrométastases inguinales, un diamètre ganglionnaire > 10 mm, une propagation extracapsulaire ou des métastases microscopiques bilatérales devraient bénéficier d'une radiothérapie inguinale et pelvienne bilatérale postopératoire. (II-2B)

CANCER AVANCÉ DE LA VULVE

La maladie avancée, bien que peu courante, pose un difficile problème de prise en charge. Elle englobe les tumeurs de stade III ou IV qui donnent lieu à des lésions primaires affectant l'anus, le rectum, la cloison recto-vaginale et/ou l'urètre supérieur / la vessie, ou à la présence de ganglions inguinaux volumineux. Une approche chirurgicale pourrait inclure une vulvectomie radicale et une dissection ganglionnaire inguinale accompagnée d'une exentération pelvienne postérieure, antérieure ou totale. Cette façon de faire peut entraîner une morbidité et une mortalité opératoires élevées, ainsi qu'une morbidité physique et psychologique supplémentaire à long terme. De plus, dans le cas des patientes présentant des ganglions inguinaux fixes, le seul recours à la chirurgie permet rarement la guérison^{13,31}. À titre de solution de rechange à une telle approche chirurgicale radicale, Boronow a proposé, en 1973, une approche faisant appel tant à la radiothérapie qu'à la chirurgie³². En 1982, Boronow a rédigé un rapport portant sur 26 patientes dont la tumeur primaire avait été prise en charge au moyen d'un tel traitement combiné³³; 65 % de celles-ci avaient survécu pendant une période située entre un et onze ans à la suite du traitement. Aucune de ces patientes n'avait nécessité une exentération. La curiethérapie (11 patientes), la téléradiothérapie et la curiethérapie (14 patientes) ou la téléradiothérapie seule (1 patiente) constituaient la composante « radiothérapie » du traitement. La chirurgie se résumait en une vulvectomie radicale, accompagnée ou non d'une lymphadénectomie inguinale / pelvienne. Hacker et coll. ont, de façon semblable, rédigé un rapport sur huit patientes présentant des lésions vulvaires avancées (et aucun signe de ganglions pelviens fixes ou de propagation éloignée) ayant été traitées

au moyen d'une téléradiothérapie et d'une résection chirurgicale personnalisée. Cinq des huit patientes (62,5 %) ont survécu et n'ont pas présenté de maladie clinique pendant une période située entre 15 mois et 10 ans à la suite du traitement³⁴. La chirurgie s'avérait possible de quatre à six semaines à la suite de la radiothérapie. Chez quatre patientes (50 %), la pièce d'exérèse ne contenait aucune tumeur résiduelle, ce qui semble indiquer que les lésions vulvaires ont réagi à la radiothérapie de façon beaucoup plus semblable à celle du carcinome spinocellulaire de la peau qu'à celle du carcinome spinocellulaire du col ou du vagin. Le champ de rayonnement a été limité à la seule lésion vulvaire chez les patientes qui ne présentaient pas de ganglions inguinaux éveillant des soupçons sur le plan clinique; il a toutefois été élargi pour couvrir les ganglions inguinaux et pelviens chez les patientes qui présentaient des ganglions positifs ou éveillant des soupçons. En 1987, Boronow et coll. ont mis à jour leur expérience en signalant un taux de survie à cinq ans de 75 % chez 37 patientes présentant une maladie avancée primaire³⁵.

Thomas et coll. (en 1989) et Landoni et coll. (en 1996) se sont prononcés sur l'utilisation d'une chimiothérapie concomitante (en plus de la radiothérapie primaire). Jusqu'à 60 % des patientes ont obtenu une réaction complète, bien qu'accompagnée d'une hausse de la toxicité locale^{36,37}. En fonction de l'ensemble des données disponibles, dans le cas d'une patiente qui autrement nécessiterait une exentération primaire, la radiothérapie préopératoire avec ou sans chimiothérapie devrait être considérée comme étant la thérapie primaire, le recours à la résection chirurgicale devant par la suite faire l'objet d'une évaluation^{38,39}. De toute évidence, la prise en charge optimale du cancer avancé de la vulve est complexe et nécessite le recours à une approche multidisciplinaire. Ce groupe de patientes devrait être pris en charge au sein d'un centre anticancéreux tertiaire par du personnel disposant d'une formation appropriée.

Recommandation

4. Le cancer avancé de la vulve devrait être pris en charge au moyen d'une radiothérapie primaire et d'une chimiothérapie concomitante, le recours à la résection chirurgicale devant par la suite faire l'objet d'une évaluation. (II-2B)

CONCLUSION

La présentation du cancer de la vulve et son mode de prise en charge le plus approprié ont évolué considérablement avec le temps. Le cancer précoce de la vulve est maintenant pris en charge au moyen d'une approche chirurgicale moins radicale; de plus, la prise en charge des tumeurs avancées nécessite le recours à une approche multimodalités. La prise

en charge appropriée nécessite une compréhension de la biologie et de la croissance tumorales, de l'anatomie vulvaire et pelvienne, ainsi qu'une consultation pertinente en oncologie, au besoin.

RÉFÉRENCES

- Jemal A, Tiwani RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E et coll. « Cancer Statistics 2004 », *CA Cancer J Clin*, vol. 54, 2004, p. 8–29.
- Taussig FJ. « Cancer of the vulva: An analysis of 155 cases », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 40, 1940, p. 764–70.
- Way S. « Carcinoma of the vulva », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 79, 1960, p. 692–9.
- « Invasive Cancer of the Vulva », dans : DiSaia PJ, Creasman WT, éditeurs. *Clinical gynecologic oncology*, 6^e éd., St. Louis, Missouri : Mosby, 2002, p. 212–28.
- Hacker NF. « Vulvar cancer », dans : Berek JS, Hacker NF, éditeurs. *Practical gynecologic oncology*, 4^e éd., Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont), Groupe Communication Canada Inc., 1994, p. xxxvii.
- Wilkinson EJ, Kreate BL, Lynch PJ, ISSVD. « Report of the International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD) Tumorology Committee », *J Reprod Med*, vol. 31, 1986, p. 973–4.
- Parker RT, Duncan I, Rampone J, Creasman W. « Operative management of early invasive epidermoid carcinoma of the vulva », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 123, 1975, p. 349–54.
- « Surgical-procedure terminology for the vulva and vagina. Report of an International Society for the Study of Vulvar Disease Task Force », *J Reprod Med*, vol. 35, n° 11, nov. 1990, p. 1033–4.
- Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Nieberg RK, Leuchter RS. « Individualization of treatment for Stage I squamous cell vulvar carcinoma », *Obstet Gynecol*, vol. 63, 1984, p. 155–62.
- Rowley K, Gallion HH, Donaldson ES, Van Nagell JR, Higgins RV, Powell DE, et coll. « Prognostic factors in early vulvar cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 31, 1988, p. 43–9.
- DiSaia PJ, Creasman WT, Rich WM. « An alternative approach to early cancer of the vulva », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 133, 1979, p. 825–31.
- Anderson BL, Hacker NF. « Psychosexual adjustment after vulvar surgery », *Obstet Gynecol*, vol. 62, 1983, p. 457–61.
- Berman ML, Soper JT, Creasman WT, Olt GT, Di Saia PJ. « Conservative surgical management of superficially invasive Stage I vulvar carcinoma », *Gynecol Oncol*, vol. 35, 1989, p. 352–57.
- Lingard D, Free K, Wright RG, Battistutta D. « Invasive squamous cell carcinoma of the vulva: behaviour and results in the light of changing management regimes », *Aust N Z J Obstet Gynecol*, vol. 32, 1992, p. 137–42.
- Homesley HD. « Lymph node findings and outcome in squamous cell carcinoma of the vulva », *Cancer*, vol. 74, 1994, p. 2399.
- Byron RL, Mishell DR, Yonemoto RH. « The surgical treatment of invasive carcinoma of the vulva », *Surg Gynecol Obstet*, vol. 121, 1965, p. 1243–9.
- Hacker NF, Leuchter RS, Berek JS, Castaldo TW, Lagasse LD. « Radical vulvectomy and bilateral inguinal lymphadenectomy through separate groin incisions », *Obstet Gynecol*, vol. 58, 1981, p. 574–9.
- Rutledge F, Smith JP, Franklin FW. « Carcinoma of the vulva », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 106, 1970, p. 1117–26.
- Calame RJ. « Pelvic relaxation as a complication of radical vulvectomy », *Obstet Gynecol*, vol. 55, 1980, p. 716–9.
- Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagk LA, Storm FR et coll. « Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma », *Arch Surg*, vol. 127, 1992, p. 392–9.
- Levenback C, Burke TW, Morris M, Malpica A, Lucas KR, Gershenson DM. « Potential applications of intraoperative lymphatic mapping in vulvar cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 59, 1995, p. 216–20.
- Terada KY, Coel MN, Ko P, Wong JH. « Combined use of intraoperative lymphatic mapping and lymphoscintigraphy in the management of squamous cell cancer of the vulva », *Gynecol Oncol*, vol. 70, 1998, p. 65–9.
- Raspagliesi F, Ditto A, Fontanelli R, Maccauro M, Carcangiu ML, Parazzini F et coll. « False-negative sentinel node in patients with vulvar cancer: a case study », *Int J Gynecol Cancer*, vol. 13, 2003, p. 361–3.
- Ansink AC, Sie-Go DM, van der Veldern J. « Identification of sentinel lymph nodes in vulvar carcinoma patients with the aid of a patent blue dye injection », *Cancer*, vol. 86, 1999, p. 652–6.
- Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Leuchter RS, Moore JG. « Management of regional lymph nodes and their prognostic influence on vulvar cancer », *Obstet Gynecol*, vol. 61, 1983, p. 408–12.
- Homesley H, Bunday BN, Sedlis A, Yordan E, Berek JS, Jahshan A et coll. « Assessment of current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (A Gynecologic Oncology Group study) », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 164, 1991, p. 997–1004.
- Homesley H, Bundy B, Am J Obstet Gynecol N, Sedlis A, Adcock L. « Radiation therapy versus pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes », *Obstet Gynecol*, vol. 68, 1986, p. 733–40.
- Paladini D, Cross P, Lopes A, Monaghan JM. « Prognostic significance of lymph node variables in squamous cell carcinoma of the vulva », *Cancer*, vol. 74, 1994, p. 2491–6.
- van der Velden J, van Lindert AC, Lammes FB, ten Kate FJ, Sie-Go DM, Oosting H et coll. « Extracapsular growth of lymph node metastases in squamous cell carcinoma of the vulva », *Cancer*, vol. 75, 1995, p. 2885–90.
- Grimshaw RN, Aswad SG, Monaghan JM. « The role of anovulvectomy in locally advanced carcinoma of the vulva », *Int J Gynecol Cancer*, vol. 1, 1991, p. 15–20.
- Boronow RC. « Therapeutic alternative to primary exenteration for locally advanced vulvovaginal cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 1, 1973, p. 223–9.
- Boronow RC. « Combined therapy as an alternative to exenteration for locally advanced vulvovaginal cancer », *Cancer*, vol. 49, 1982, p. 1085–91.
- Hacker NF, Berek JS, Juillard GJ, Lagasse LD. « Preoperative radiation therapy for locally advanced vulvar cancer », *Cancer*, vol. 54, 1984, p. 2056–60.
- Boronow RC, Hickman BT, Reagan MT, Smith RA, Steadham RE. « Combined therapy as an alternative to exenteration for locally advanced vulvovaginal cancer. II. Results, complications and dosimetric and surgical considerations », *Am J Clin Oncol*, vol. 10, 1987, p. 171–81.
- Thomas G, Dembo A, DePetrillo A, Pringle J, Ackerman I, Bryson P et coll. « Concurrent radiation and chemotherapy in vulvar carcinoma », *Gynecol Oncol*, vol. 34, 1989, p. 263–7.
- Landoni F, Manco A, Zanetta G, Colombo A, Nava S, Placa F et coll. « Concurrent preoperative chemotherapy with 5-fluorouracil and mitomycin-C and radiotherapy (FUMIR) followed by limited surgery in locally advanced and recurrent vulvar carcinoma », *Gynecol Oncol*, vol. 61, 1996, p. 321–7.
- Moore DH, Thomas GM, Montana GS, Saxer A, Gallup DG, Olt G. « Preoperative chemoradiation for advanced vulvar cancer: a phase II study of the Gynecologic Oncology Group », *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, vol. 42, n° 1, 1998, p. 79–85.
- Montana GS. « Carcinoma of the vulva: combined modality treatment », *Curr Treat Options Oncol*, vol. 5, n° 2, 2004, p. 85–95.
- Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont), Groupe Communication Canada Inc., 1994.