

# Vulve

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie de Lorraine (ONCOLOR), d'Alsace (CAROL), de Bourgogne (ONCOBOURGOGNE), de Champagne-Ardenne (ONCOCHA) et de Franche-Comté (ONCOLIE), en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **8 septembre 2013**.

## ■ Généralités

---

- ▶ Les cancers invasifs de la vulve sont peu fréquents, représentant **moins de 5 % des cancers gynécologiques**. Ce référentiel concerne les **carcinomes épidermoïdes de la vulve**.
- ▶ Ils surviennent le plus souvent chez des **femmes âgées de plus de 70 ans** mais il existe un **premier pic entre 40 et 60 ans**.
- ▶ Les **facteurs de risque** sont :
  - les **infections à Papillomavirus (HPV)**
  - le **tabac**, retrouvé plutôt chez les femmes plus jeunes •
- ▶ les **néoplasies intra-épithéliales de la vulve (VIN)**
  - certaines **dermatoses** responsables d'une irritation cutanée et d'un prurit chronique, au premier rang desquelles le **lichen scléreux atrophique** de la vulve.
- ▶ Les **circonstances de découverte ne sont pas spécifiques**.
- ▶ Le stade **fréquemment avancé de la maladie chez des femmes dont l'état général est plus ou moins altéré rend le traitement difficile**.
- ▶ La présence fréquente de **comorbidités** rend difficile l'application stricte du référentiel.
- ▶ L'évolution des cancers vulvaires reste **longtemps locorégionale** : les métastases ganglionnaires sont précoces.

## ■ Anato-pathologie

---

- ▶ Les cancers primitifs de la vulve sont de nature histologique variée :
  - tumeurs **épithéliales** (90 %) : carcinomes épidermoïdes, verruqueux, basocellulaires
  - tumeurs **glandulaires** : maladie de Paget extra-mammaire, adénocarcinome, carcinomes de la glande de Bartholin
  - tumeurs **mésenchymateuses** : léiomyosarcome, rhabdomyosarcome, angiosarcome, liposarcome
  - tumeurs **mélanocytaires** : mélanome cutané ou muqueux
  - **lymphomes**
  - **tumeurs neuroendocrines**
    - **schwannomes malins.**
  
- ▶ Le compte-rendu anato-pathologique de la **pièce opératoire** doit comporter : •
  - type histologique - différenciation
  - infiltration : mesure de la pénétration tumorale à partir du derme papillaire jusqu'à la limite profonde de l'envahissement tumoral •
  - limites de la pièce avec marge minimale en mm
  - emboles lymphatiques.
  
- ▶ Le compte-rendu anato-pathologique **ganglionnaire** doit comporter :
  - technique d'analyse anato-pathologique des ganglions sentinelles •
  - nombre de ganglions prélevés et/ou envahis par curage (si bilatéral) •
  - effraction capsulaire ganglionnaire et taille des plus gros ganglions.

## ■ Bilan initial

---

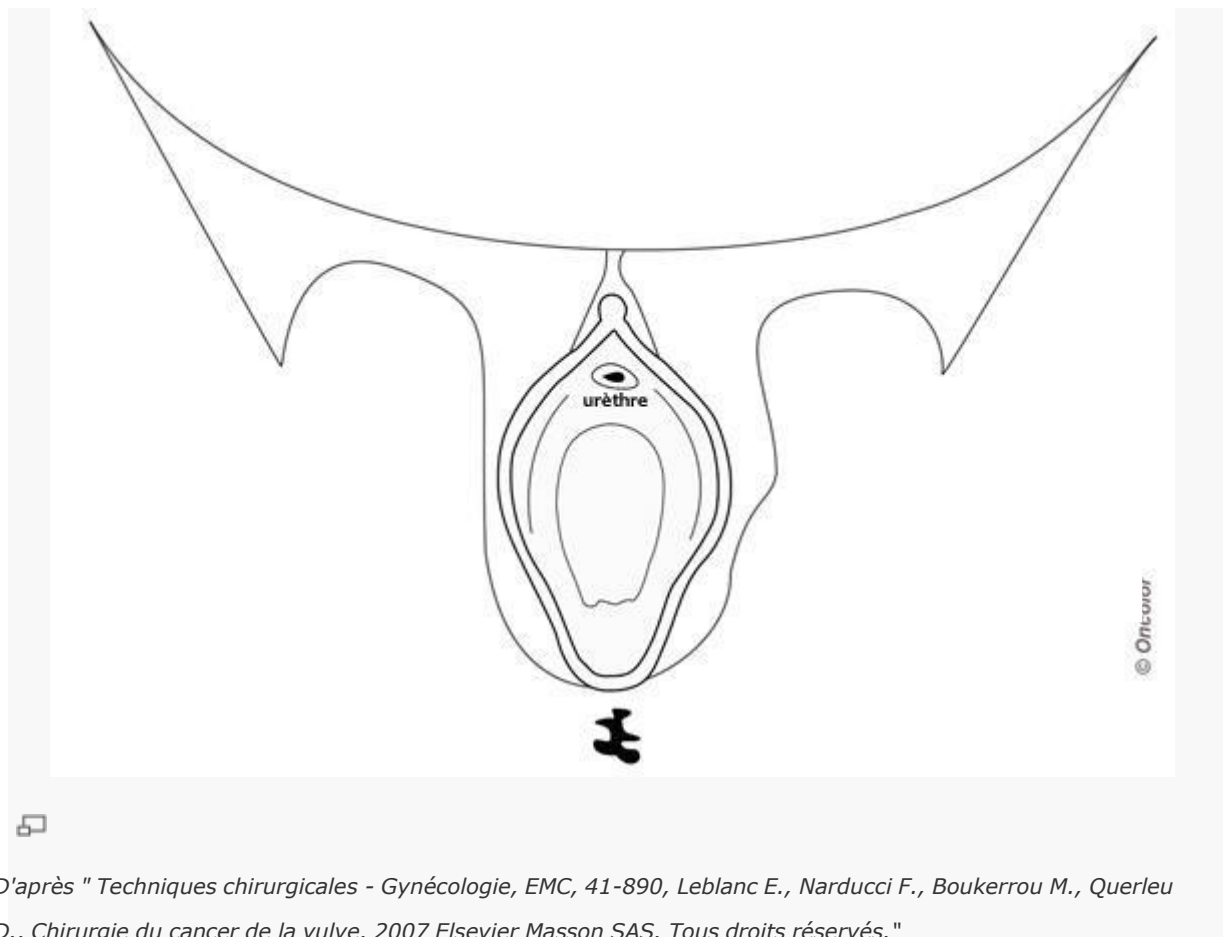
### Bilan clinique

---

- ▶ A chaque fois que possible, l'examen conjoint par le chirurgien et le radiothérapeute doit être favorisé.
  - **Examen soigneux de l'ensemble de la vulve** (la maladie peut être plurifocale, pouvant associer des lésions invasives et des lésions carcinomateuses intra-épithéliales (VIN).
  - **Caractéristiques de la lésion vulvaire : localisation**  
côté D ou G, antérieur, postérieur/taille/mobilité par rapport aux plans sous-jacents/extension de voisinage : méat urétral, marge anale, paroi vaginale.

- **Examen du col (frottis avec recherche de lésion HPV), du vagin et de la marge anale (éventuel frottis) et du canal anal.**
- **Examen des aires ganglionnaires** : inguinales, rétro crurale, sus-claviculaire. La fiabilité de l'examen clinique est faible : en particulier le caractère fréquemment surinfecté du cancer vulvaire augmente le risque de faux positifs. La ponction cytologique, au besoin écho-guidée peut être utile pour préciser le diagnostic préopératoire.
- **Un schéma de la lésion et des aires ganglionnaires doit être réalisé** (il est particulièrement utile en cas de traitement néo-adjuvant par radio-chimiothérapie concomitantes).

Vous pouvez télécharger ce [schéma](#) à un plus grand format en PDF.



## Bilan paraclinique

---

- ▶ Il est adapté en fonction des caractéristiques tumorales et locorégionales.
- ▶ Il comprend :
  - **biopsie** de la lésion pour examen anatomo-pathologique
  - **colposcopie** (en cas d'anomalie cervicale)
  - **selon la localisation de la tumeur : urétroscopie ± cystoscopie, anoscopie** (parenté HPV du carcinome épidermoïde du canal anal), rectoscopie
  - **échographie inguinale avec cytoponction ganglionnaire** si (et seulement si) adénopathies inguinales suspectes cliniques et/ou IRM
  - **imagerie injectée en coupes** : exploration des chaînes ganglionnaires pelviennes et lombo-aortiques et de précision sur l'extension locale :
    - **TDM thoraco-abdomino-pelvien** pour le bilan d'extension ganglionnaire lombo-aortique et lésions secondaires viscérales
    - **IRM pelvienne** pour le bilan d'extension tumoral local et ganglionnaire pelvien
  - **TEP dans les formes localement avancées** (T2-T3-T4 ou adénopathie inguinale).

## Bilan d'opérabilité

---

- ▶ Evaluation précise des **comorbidités** (par exemple : risque thrombo-embolique, obésité, diabète...).
- ▶ Consultation **anesthésique** (score ASA).
- ▶ Evaluation **oncogériatrique** (score de Balducci), échelle de screening G8, et si justifié, consultation oncogériatrique.

## ■ Classifications

### Classification TNM du cancer de la vulve (7<sup>ème</sup> édition - 2009)

#### Tumeur primitive (T)

<b>T1</b>	Tumeur limitée à la vulve ou au périnée
<b>T1a</b>	<2 cm avec invasion stromale $\leq$ 1 mm <sup>[1]</sup>
<b>T1b</b>	>2 cm ou avec invasion stromale >1 mm <sup>[1]</sup>
<b>T2</b>	Tumeur (quelque soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anus
<b>T3</b>	Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale ou du pelvis

1. La profondeur de l'envahissement est défini par la mesure de la tumeur de la jonction stroma-épithélium de la papille dermique adjacente la plus superficielle au niveau d'invasion le plus profond.

## Ganglion régional (N)<sup>[1]</sup>

<b>Nx</b>	Statut ganglionnaire non évaluable
<b>N0</b>	Pas de métastase ganglionnaire
<b>N1a</b>	Métastase(s) d'un ou deux ganglions <5 mm
<b>N1b</b>	Métastase d'un ganglion >5 mm
<b>N2a</b>	Métastases de 3 ganglions ou plus <5 mm
<b>N2b</b>	Métastases de 2 ganglions ou plus >5 mm
<b>N2c</b>	Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
<b>N3</b>	Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées

1. Examen anatomo-pathologique

## Métastases à distance (M)

<b>Mx</b>	Statut métastatique à distance non évaluable
<b>M0</b>	Pas de métastase à distance
<b>M1</b>	Métastases à distance

## Classification FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique) 2009

FIGO (2009)		TNM
<b>Stade I</b>	Tumeurs limitées à la vulve et au périnée Pas de métastase ganglionnaire	
<b>Stade IA</b>	tumeurs ≤ 2 cm limitées à la vulve ou au périnée et invasion stromale ≤ 1 mm <sup>[1]</sup> Pas de métastase ganglionnaire	<b>T1aN0M0</b>
<b>Stade IB</b>	tumeurs >2 cm limitées à la vulve ou au périnée ou invasion stromale >1 mm <sup>[1]</sup> Pas de métastase ganglionnaire	<b>T1bN0M0</b>
<b>Stade II</b>	Tumeur (quelque soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anus Pas de métastase ganglionnaire	<b>T2N0M0</b>
<b>Stade III</b>	Tumeur (quelque soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anus et métastase ganglionnaire régionale unilatérale	
<b>Stade IIIA</b>	métastase(s) d'un ou deux ganglions <5 mm ou d'un ganglion >5 mm	<b>T2N1aM0</b> <b>T2N1bM0</b>
<b>Stade IIIB</b>	métastases ≥ 3 ganglions <5 mm ou métastases ≥ 2 ganglions >5 mm	<b>T2N2aM0</b> <b>T2N2bM0</b>
<b>Stade IIIC</b>	métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire	<b>T2N2cM0</b>
<b>Stade IV</b>	Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale ou du pelvis	<b>T3</b>
<b>Stade IVA</b>	métastases ganglionnaires fixées, ulcérées	<b>T3N3M0</b>
<b>Stade IVB</b>	métastases à distance	<b>T3N3M1</b>

1. La profondeur de l'envahissement est définie par la mesure de la tumeur de la jonction stroma-épithélium de la papille dermique adjacente la plus superficielle au niveau d'invasion le plus profond.

## ■ Informations minimales pour enregistrement d'un dossier de cancer de la vulve en RCP

---

- ▶ Date de naissance
- ▶ Statut OMS ± score de Balducci (en cas de consultation en oncogériatrie) ou score G8
- ▶ Comorbidités incidentes ± score ASA
- ▶ Poids et taille
- ▶ Dimensions tumorales (schéma) ± document photographique
- ▶ Type histologique et tout compte-rendu anatomo-pathologique
- ▶ Imagerie injectée en coupe (si possible)
- ▶ Compte-rendu opératoire
- ▶ Question(s) posée(s) à la RCP.

## ■ Moyens thérapeutiques

---

- ▶ La stratégie du traitement des cancers de la vulve doit tenir compte de la topographie de la tumeur, du caractère uni- ou plurifocal de la tumeur, du risque élevé d'envahissement ganglionnaire mais également des comorbidités.

## Chirurgie

---

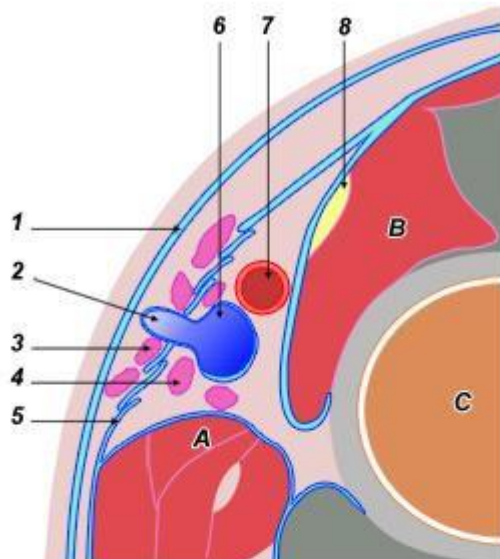
- ▶ Les différentes procédures opératoires sont :
  - la vulvectomy totale
  - l'exérèse large conservatrice avec marge centimétrique (vulvectomy partielle) - pièce orientée
  - l'utilisation des techniques de chirurgie reconstructrice
  - l'exentération pelvienne
  - la procédure du ganglion sentinelle par méthode combinée colorimétrique et isotopique uni- ou bilatérale
  - la lymphadénectomie fémoro-inguinale des groupes superficiels et profonds (± isolement du ganglion rétro-crural de Cloquet) uni- ou bilatérale selon la stadification (8 ganglions minimum) ( Butler<sup>[1]</sup>, 2010).



## **Références**

1. ↑ Butler JS, Milliken DA, Dina R, Eccles SA *et al.*  
Isolated groin recurrence in vulval squamous cell cancer (VSCC). The importance of node count.  
[Eur.J.Gynaec.Oncol,5,2010,510-513](#)  
  
Courtney-Brooks M, Sukumvanich, Beriwal S, Zorn KK *et al.*  
Does the number of nodes removed impact survival in vulvar cancer patients with node-negative disease ?  
[Gynecol.Oncol,117,2010,308-311.](#)  
  
Le T, Elsugi R, Hopkins L, Faught W, Fung-Kee-Fung M.  
The definition of optimal inguinal femoral nodal dissection in the management of vulva squamous cell carcinoma.  
[Ann.Surg.Oncol, 147, 2007, 2128-2132.](#)  
  
Levenback CF, Ali S, Coleman RL, Gold MA *et al.*  
Lymphatic Mapping and Sentinel Lymph Node Biopsy in Women With Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Gynecologic Oncology Group Study.  
[J Clin Oncol. 2012 Jul 2.](#)  
  
Pecorelli S.  
Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium.  
[Int J Gynaecol Obstet. 2009;105\(2\):103-4.](#)  
  
Van der Zee AG, Oonk MH, De Hullu JA, Ansink AC, *et al.*  
Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer.  
[J Clin Oncol. 2008;26\(6\):884-9.](#)

## Lymphadénectomie inguino-fémorale



**I**

**I.** Coupe de la cuisse passant par le haut du triangle de Scarpa.

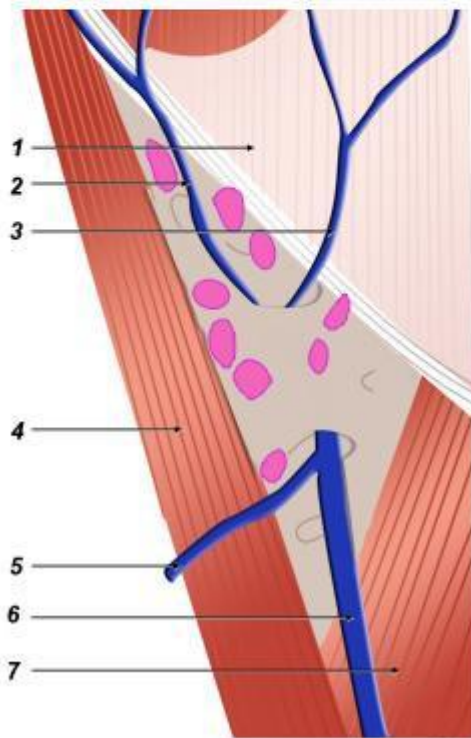
1. Fascia de Camper; 2. veine saphène interne; 3. ganglions superficiels; 4. ganglions profonds; 5. fascia cribriforme; 6. veine fémorale commune; 7. artère fémorale commune; 8. nerf crural.  
A : pectiné; B : psoas; C : fémur.

**II.** Ganglions superficiels.

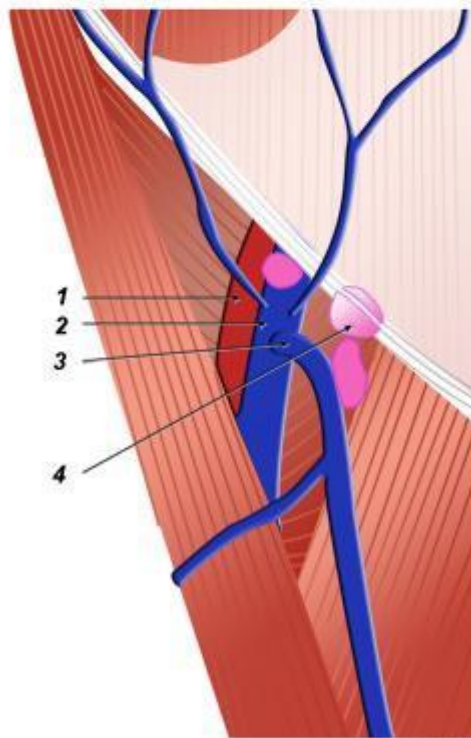
1. Aponévrose du grand oblique; 2. veine circonflexe iliaque superficielle; 3. veine épigastrique superficielle; 4. couturier; 5. veine saphène antérieure; 6. veine saphène interne; 7. long abducteur.

**III.** Ganglions profonds.

1. Artère fémorale commune; 2. veine fémorale commune; 3. crosse de la veine saphène; 4. ganglion de Cloquet.



**II**



**III**

© Oncolor



A partir de " Techniques chirurgicales - Gynécologie, EMC, 41-890, Leblanc E., Narducci F., Boukerrou M., Querleu D., Chirurgie du cancer de la vulve. 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés."

Vous pouvez télécharger ces [schémas PDF](#) dans un plus grand format.

## Radiothérapie

---

### Irradiation pelvienne externe

- ▶ Radiothérapie conformationnelle 3D avec ou sans modulation d'intensité
- ▶ Photons et parfois mixage avec électrons (irradiation inguinale)
  - volumes cibles : vulve, les aires ganglionnaires inguinales ± chaînes iliaques externes en fonction du stade tumoral
  - dose de 45 à 50 Gy en 5 semaines avec ou non une chimiothérapie concomitante de potentialisation (1,8 à 2 Gy par fraction)
  - en cas de radiothérapie exclusive, dose de 66 à 70 Gy sur T ± N.

### Curiethérapie

- ▶ Curiethérapie interstitielle.
- ▶ En complément de la radiothérapie externe en fonction de l'évaluation des marges histologiques d'exérèse ou sur tumeur en place.
- ▶ Dose de 10 à 15 Gy.

## Chimiothérapies

---

- ▶ **Sels de platine ± 5-FU** (selon avis cardiologique et/ou néphrologique si besoin).

## Prise en charge thérapeutique

---

### Stade IA (FIGO 2009)

---

#### Chirurgie

- ▶ **Lésion unifocale** : vulvectomy partielle superficielle passant au moins 2 cm (dans la mesure des possibilités anatomiques) en dehors de la lésion (8 mm histologiques).
- ▶ **Lésions multifocales** (VIN associée) : vulvectomy totale superficielle.  
**Attention** : dans l'éventualité, très rare dans ses formes précoces, de la présence d'embolies vasculaires dans les biopsies préopératoires, la vulvectomy ne doit pas être superficielle. L'évaluation ganglionnaire doit être reconsidérée à la lumière du compte-rendu histologique définitif.
- ▶ Le risque de métastases ganglionnaires étant infime, il n'y a aucune indication à réaliser un curage ganglionnaire ni un prélèvement du ganglion sentinelle.

## Stade IB unifocal (FIGO 2009)

---

### Patientes médicalement opérables

#### Chirurgie

##### Vulve

- ▶ **Vulvectomie partielle** avec, dans la mesure des possibilités anatomiques, 2 cm de marges macroscopiques (8 mm histologiques) jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne :
  - si lésion latérale : exérèse large ou hémivulvectomie
  - si lésion médiane (<1 cm de la ligne médiane) : exérèse large ou hémivulvectomie antérieure ou postérieure.
- ▶ **Vulvectomie totale** en cas de lésions pré-cancéreuses multifocales associées.

##### Ganglions inguinaux

- ▶ L'infiltration de la lésion initiale >1 mm fait poser l'indication d'une évaluation et/ou d'un traitement ganglionnaire :
  - **curage inguino-fémoral** (superficiel et profond) homolatéral si lésion latéralisée. La positivité extemporanée ou du résultat définitif fait envisager un traitement ganglionnaire controlatéral
  - **curage bilatéral** si lésion à moins de 1 cm de la ligne médiane
  - **option : recherche du ganglion sentinelle** (n'a pas encore acquis le critère de « standard » dans le cancer de la vulve) :
    - méthode combinée radio-isotopique et colorimétrique. Les indications doivent être raisonnées et les conditions de recherche bien respectées. Le chirurgien devra être aguerri à la recherche du ganglion sentinelle (pour un autre organe)
    - pas d'indication dans les cancers du clitoris (risque de récurrence inguinale)
    - dans les tumeurs médianes, l'évaluation ganglionnaire par la technique du ganglion sentinelle doit être réalisée des 2 côtés
    - si le ganglion sentinelle n'est pas retrouvé (échec d'identification) d'un côté alors le curage ganglionnaire inguino-fémoral de ce côté est indiqué.

#### Radiothérapie

##### Vulve

- ▶ En cas de berges positives ou de marges <8 mm et **en l'absence de possibilité de reprise chirurgicale**, en cas d'embolies ou d'infiltration en profondeur >5 mm : **RTE vulvaire** 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 10 à 15 Gy sur les berges positives ou insuffisantes.

## Ganglions

- ▶ Si lymphadénectomie positive quel que soit le nombre N+ ou en l'absence de curage :
  - radiothérapie pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy
  - discuter chimiothérapie concomitante de potentialisation en fonction des facteurs de risques et comorbidités.

## Référence

Parthasarathy A, Cheung MK, Osann K, Husain A *et al.*

The benefit of adjuvant radiation therapy in single-node-positive squamous cell vulvar carcinoma.

*Gynecologic Oncology* 2006; 103: 1095-9.

## Patientes médicalement inopérables

- ▶ **RTE vulvaire** 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 10 à 15 Gy radiothérapie pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy.
- ▶ Une chimiothérapie concomitante de potentialisation est rarement retenue en fonction des facteurs de risques et des comorbidités.

## Stade I multifocal et stade II

---

## Patientes médicalement opérables

### Chirurgie

#### Vulve

- ▶ **Vulvectomie totale** avec, dans la mesure des possibilités anatomiques, 2 cm de marges macroscopiques élargie jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne

#### Ganglions inguino-fémoraux

- ▶ Pas d'indication de ganglion sentinelle.
- ▶ Curage inguino-fémoral (superficiel et profond)
- ▶ NB : en cas de doute sur une atteinte isolée iliaque : adénectomie.

### Radiothérapie

#### Vulve ± territoires ganglionnaires

- ▶ En cas de berges positives ou de marges histologiques <8 mm **et en l'absence de possibilité de reprise chirurgicale**, en cas d'embolies ou d'infiltration en profondeur >5 mm : **RTE périnéale** 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 10 à 15 Gy sur les berges positives ou marges insuffisantes
- ▶ Si lymphadénectomie positive ou absence de curage :
  - radiothérapie pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy

- discuter chimiothérapie concomitante de potentialisation en fonction des facteurs de risques et des comorbidités.

## Patientes médicalement inopérables

- ▶ **RTE vulvaire** 45 à 50 Gy en 5 semaines et **complément par RTE ou curiethérapie interstitielle** à la dose de 10 à 15 Gy radiothérapie pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy
- ▶ Une chimiothérapie concomitante de potentialisation est rarement retenue en fonction des facteurs de risques et des comorbidités.
- ▶ **NB : une tumeur dont l'évolutivité locale ou le gros volume initial ferait envisager une chirurgie première de morbidité trop aléatoire compte tenu de comorbidité peut faire envisager en RCP l'option d'une radiothérapie première ± potentialisée d'une chimiothérapie suivie d'une réévaluation de la possibilité d'une chirurgie.**

## Stade III (FIGO 2009)

---

- ▶ **Passage en RCP avant toute thérapeutique.**

## Patientes médicalement opérables

### Chirurgie

#### Vulve

- ▶ Deux situations doivent être envisagées concernant le traitement de la vulve :
  - **A) l'exérèse est possible d'emblée**
    - le traitement doit alors comporter :
      - une vulvectomy totale radicale et élargie
      - en cas de berges atteintes ou de marges <8 mm, discussion au cas par cas : soit une reprise chirurgicale, soit une irradiation complémentaire, principalement en fonction du caractère focal ou non de l'atteinte des berges.
  - **B) l'exérèse est impossible d'emblée**
    - c'est l'indication d'un **traitement néo-adjuvant** : radiothérapie si possible associée à une chimiothérapie. Nécessité d'une discussion en RCP et d'une consultation chirurgicale avant toute mise en route du traitement néo-adjuvant.
    - à l'issue de ce traitement, **trois possibilités** se dessinent en fonction de l'évaluation à 4 semaines après la radiothérapie :
      - **régression clinique complète** : des biopsies dirigées sont réalisées sur d'éventuelles zones suspectes. Si les biopsies sont négatives, en l'absence de chirurgie, un complément de RTE est

possible (66 à 70 Gy). Une exérèse est réalisée en cas de résidus microscopiques, guidée par les prélèvements préopératoires.

- **régression partielle** rendant la tumeur accessible à une exérèse chirurgicale : l'exérèse de la zone tumorale doit être large, radicale en profondeur. Si les berges d'exérèse sont inférieures à 5 mm, on peut discuter une radiothérapie complémentaire conduite jusqu'à une dose totale de 65 Gy ou une curiethérapie.
- **régression insuffisante** pour permettre une exérèse complète de la tumeur : la seule possibilité restante est de compléter la radiothérapie.

### Ganglions inguinaux

- ▶ Si l'exérèse vulvaire a été possible d'emblée : curage inguino-fémoral bilatéral sauf cas d'adénopathie fixée. Pour les tumeurs de la ligne médiane (du clitoris en particulier) avec suspicion d'atteinte iliaque au scanner (drainage direct possible), il est justifié, en l'absence d'atteinte inguinale évidente (Cf. bilan paraclinique) de pratiquer une exploration iliaque des adénopathies suspectes.
- ▶ En cas de traitement néo-adjuvant : irradiation inguino-iliaque puis réévaluation.

### Patientes médicalement inopérables

- ▶ **RT-CT concomitante** (5-FU ou sels de platine) en l'absence de contre-indication.
- ▶ **RTE pelvienne et inguinale et vulvaire** 45 à 50 Gy en 5 semaines.
- ▶ **Complément par RTE** sur T à la dose de 66 à 70 Gy ou **curiethérapie interstitielle** (10 à 15 Gy).

## Stade IV (FIGO 2009)

---

- ▶ **Passage en RCP avant toute thérapeutique.**

### Stade IVA

#### Patientes médicalement opérables

- ▶ Soit **RT-CT** préopératoire à la dose de 45 à 50 Gy en 5 semaines associés à 5-FU ou sels de platine hebdomadaire (en fonction des comorbidités) puis chirurgie.
- ▶ Soit **chirurgie première** à type d'exentération avec procédé de reconstruction par lambeau.
- ▶ **Si berges positives ou marges <8 mm (5 mm pour l'urètre) ou emboles ou infiltration en profondeur >5 mm** : RTE vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par curiethérapie interstitielle (ou RTE) à la dose de 10 à 15 Gy sur les berges positives ou insuffisantes.

▶ **Si lymphadénectomie positive ou absence de curage :**

- radiothérapie pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy
- discuter chimiothérapie concomitante en fonction des facteurs de risques et des comorbidités.

**Patientes médicalement inopérables**

- ▶ **RT-CT concomitante** (5-FU ou sels de platine) en absence de contre-indication.
- ▶ **RTE pelvienne et inguinale et vulvaire** 45 à 50 Gy en 5 semaines.
- ▶ **Complément par RTE** sur T à la dose de 66 Gy ou **curiethérapie interstitielle**.

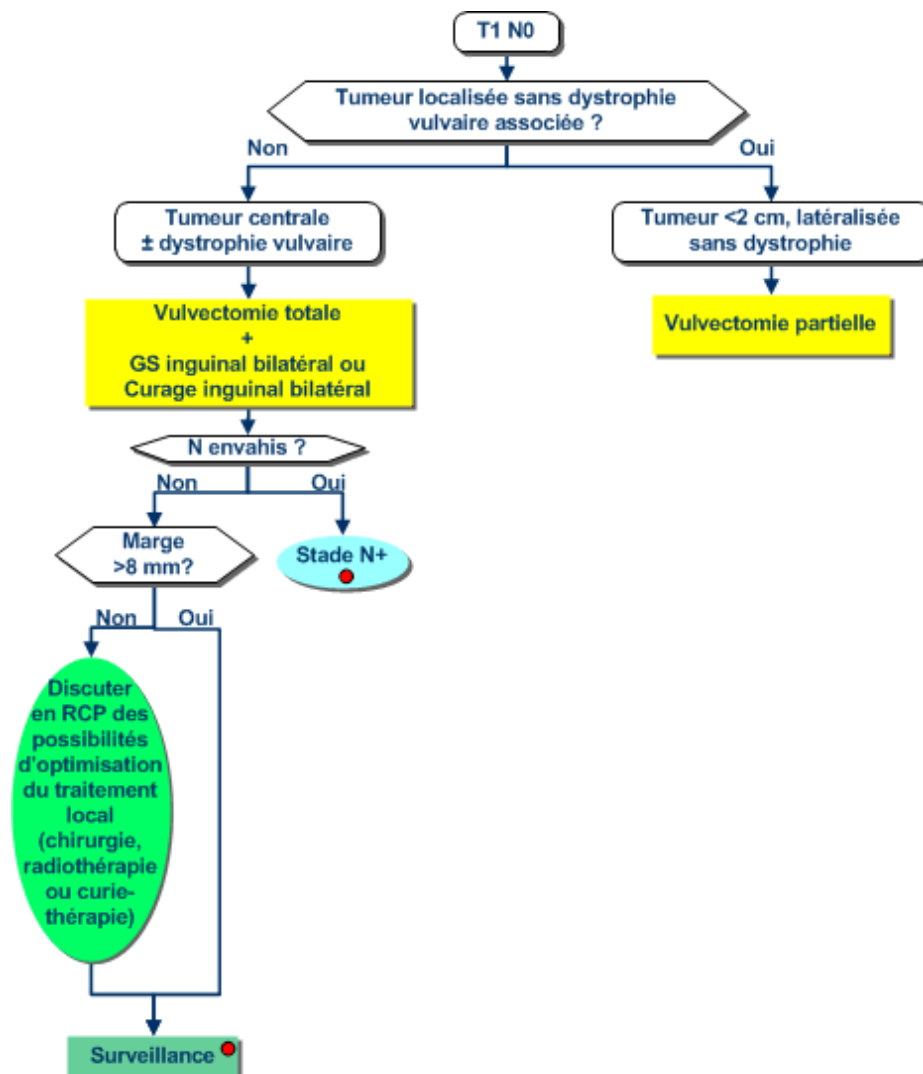
**Stade IVB**

- ▶ **Chimiothérapie palliative.**
- ▶ **RTE palliative symptomatique.**
- ▶ Prise en charge précoce au sein d'une **unité de soins palliatifs**.



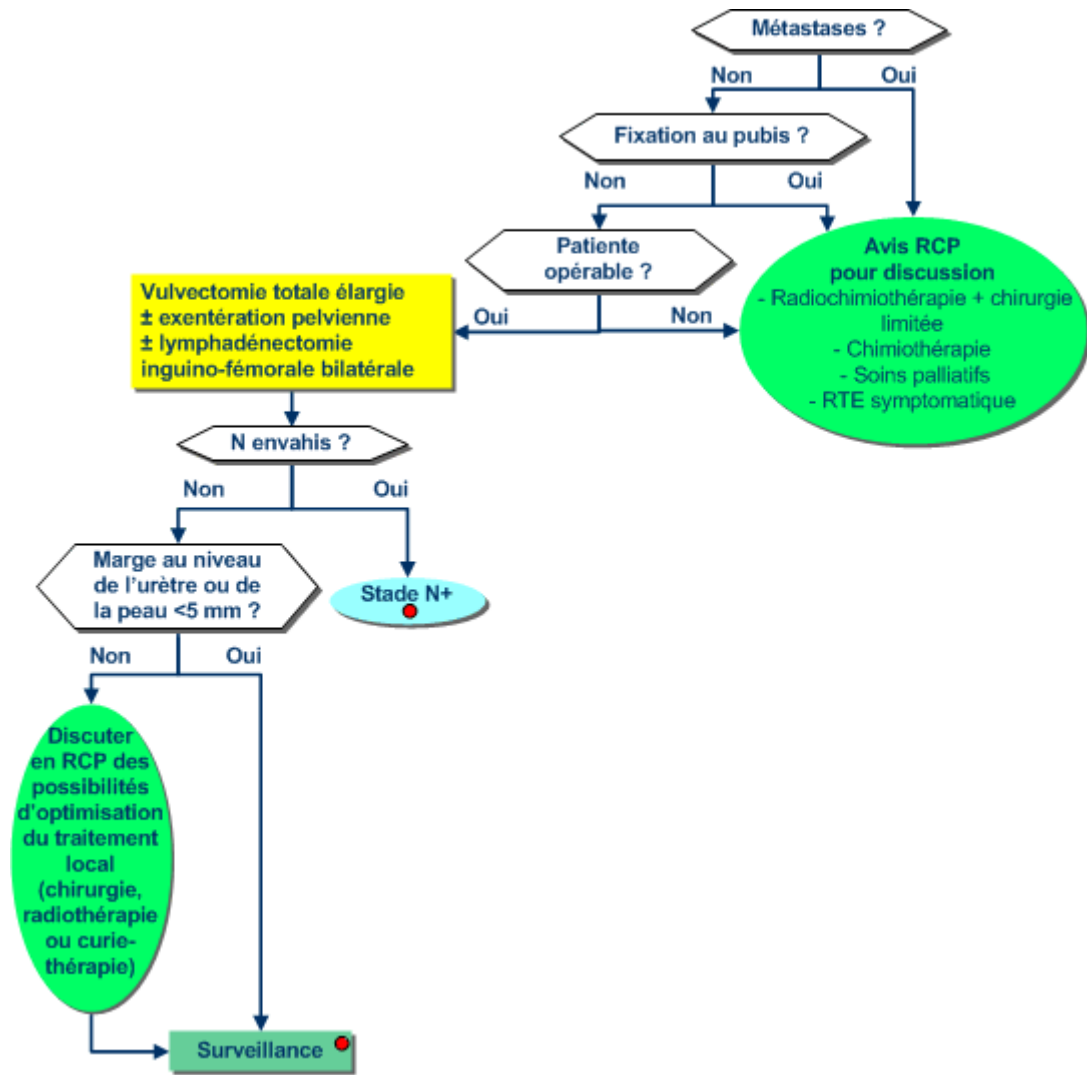
## Stratégie thérapeutique

### Tumeur T1 N0 - Patiente opérable

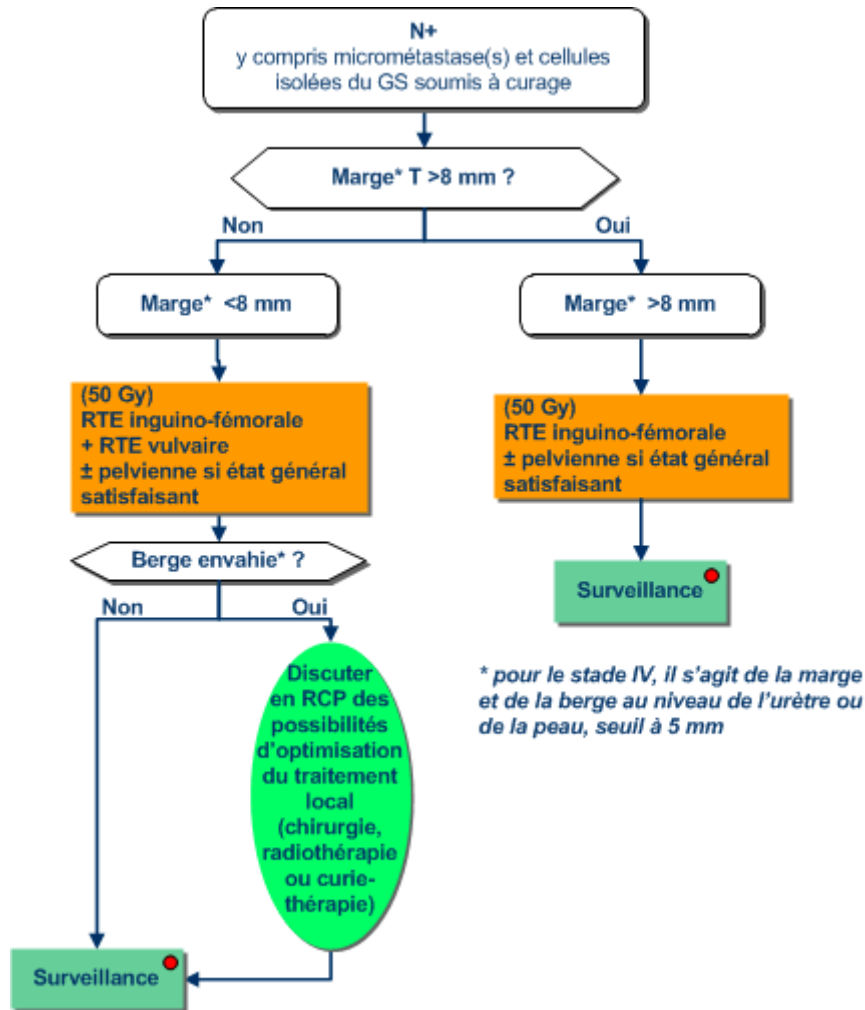


## Tumeurs T2 - T3 / N0 - N1 - N2





## Stades N1 - N2



### Références

Oonk MH, Van Hemel BM, Hollema H, de Hullu JA *et al.*

Size of sentinel-node metastasis and chances of non-sentinel-node involvement and survival in early stage vulvar cancer: results from GROINSS-V, a multicentre observational study.

*Lancet Oncol 2010; 11: 646-52.*

Levenback CF, Van der Zee AGJ, Rob L, Plante M *et al.*

Sentinel lymph node biopsy in patients with gynecologic cancers. Expert panel statement from the International Sentinel Node Society Meeting, February 21, 2008.

*Gynecologic Oncology 2009; 114: 151-6.*

Parthasarathy A, Cheung MK, Osann K, Husain A *et al.*

The benefit of adjuvant radiation therapy in single-node-positive squamous cell vulvar carcinoma.

*Gynecologic Oncology 2006; 103: 1095-9*

## ■ Surveillance

---

- ▶ Il est préconisé la constitution pour la patiente d'un **calendrier de soins** (support écrit remis à la patiente).
- ▶ **Examen périnéal et touchers pelviens, palpation ganglionnaire** tous les 4 mois pendant 1 an, puis tous les 6 mois pendant 2 ans.
- ▶ **Surveillance échographique inguinale ± cytologie** tous les 4 à 6 mois pendant les 2 premières années.
- ▶ **Chez les patientes non irradiées** : des récurrences ganglionnaires : 4,6 à 19 % avec prédominance dans le groupe N+ (31 versus 5 %) surviennent majoritairement dans les 2 ans. Le délai moyen de survenue est de 7 mois. Seules 10 % de ces récurrences sont rattrapables par chirurgie et radiothérapie. Leur très mauvais pronostic est illustré par une survie moyenne de 9 mois après la récurrence ganglionnaire. L'imagerie en coupe est une option en l'absence de traitement par RTE ou 6 à 8 semaines après une radiothérapie exclusive ou une radiochimiothérapie.

### Références

Gordinier ME, Malpica A, Burke TW, Bodurka DC *et al.*

Groin recurrence in patients with vulvar cancer with negative nodes on superficial inguinal lymphadenectomy.

*Gynecol Oncol.* 2003; 90: 625-8.

Gonzalez Bosquet J, Magrina JF, Gaffey TA, Hernandez JL *et al.*

Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva.

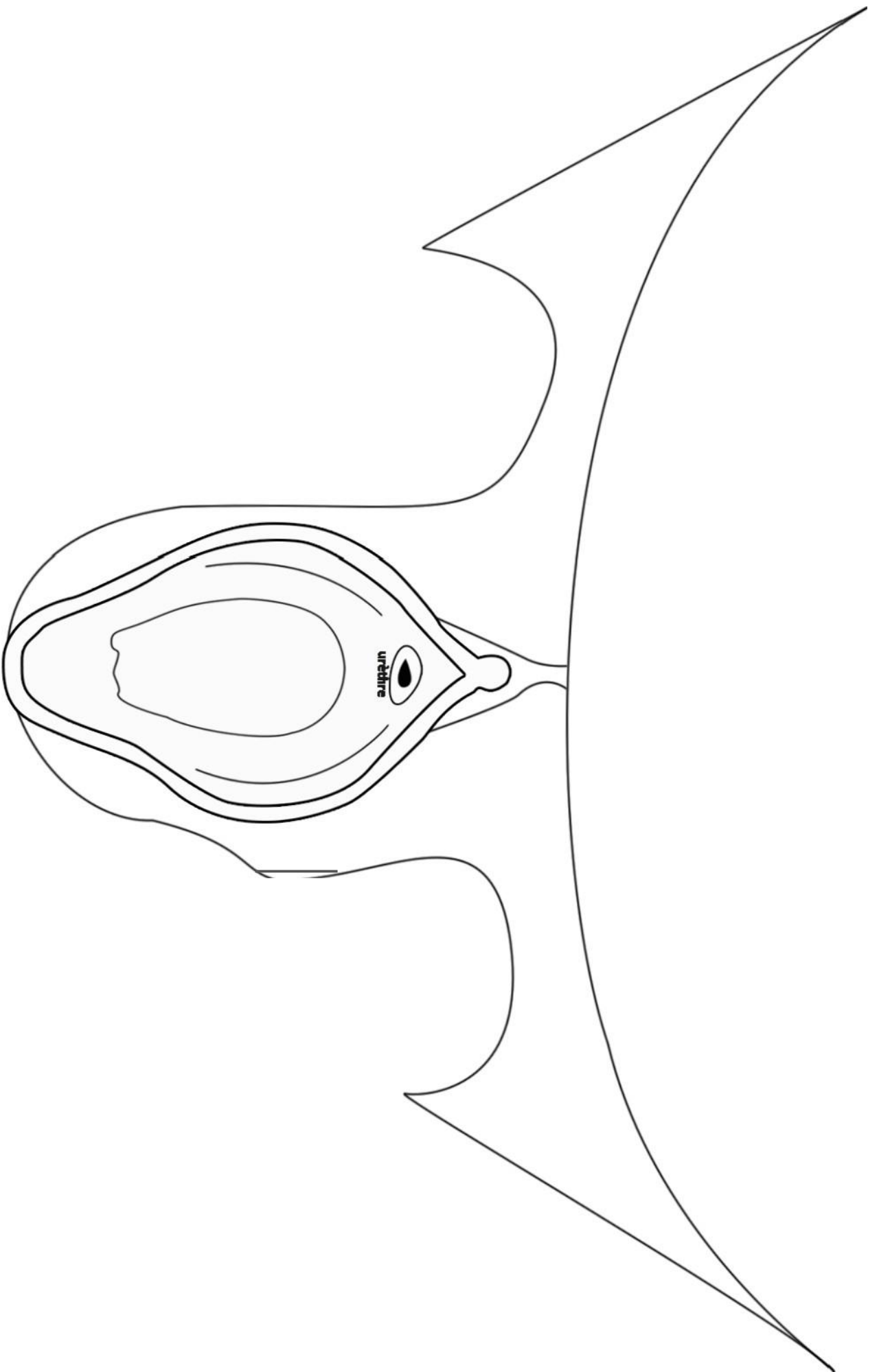
*Gynecol Oncol.* 2005; 97: 828-33.

## ■ Prise en charge des mélanomes vulvaires et vaginaux

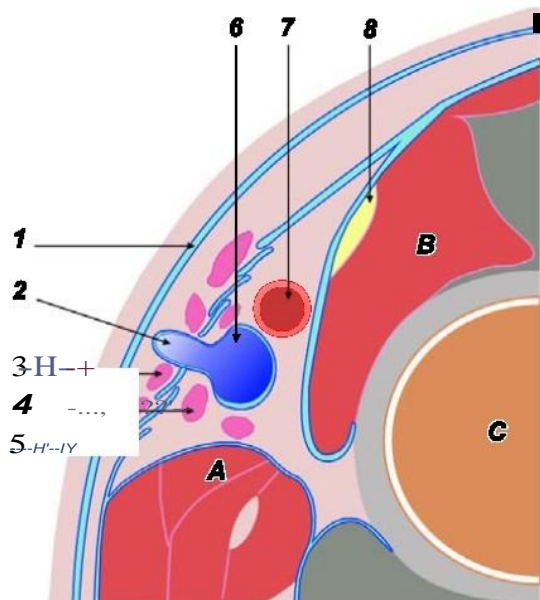
---

- ▶ [Accès au référentiel.](#)

7



## Lymphadénectomie Inguino-fémorale



Coupe de la cuisse passant par le haut du biangle de Scarpa.

1. Fascia de Camper; 2. veine saphène interne; 3. ganglions superficiels; 4. ganglions profonds; 5. fascia cribriformis; 6. veine fémorale commune; 7. artère fémorale commune; 8. nerf crural.

A : pectiné; B : psoas; C : fémur.

### Ganglions superficiels.

1. Aponévrose du grand oblique; 2. veine circonflexe iliaque superficielle; 3. veine épigastrique superficielle; 4. couturier; 5. veine saphène antérieure; 6. veine saphène interne; 7. bng abducteur.

### Ganglions profonds.

1. Artère fémorale commune; 2. veine fémorale commune; 3. crosse de la veine saphène; 4. ganglion de Cloquet.

1

