



## RESEARCH ARTICLE

### LE GANGLION SENTINELLE DANS LE CANCER DE LA VULVE

Dr. Mouiman S., Pr. Etber A., Pr. Zerraidi N., Pr. Lakhder A. and Pr. BaidadaA.  
Service de Chirurgie Gynécologique et Endoscopique, Maternité Suissi, CHU de Rabat.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 05 January 2023

Final Accepted: 09 February 2023

Published: March 2023

#### Abstract

Le cancer de la vulve représente moins de 5% des cancers génitaux de la femme, il est dans 90% un cancer malpighien, survenant le plus souvent chez la femme âgée. Le diagnostic repose sur la biopsie. Le traitement repose sur une exérèse et un curage ganglionnaire ou un mapping du ganglion sentinelle. Le statut ganglionnaire inguinal constitue un facteur pronostique majeur dans le cancer de la vulve. Actuellement, la technique de référence dans l'exploration ganglionnaire reste le curage inguinal, responsable d'une importante morbidité. Alors que le prélèvement du ganglion sentinelle est devenu un standard, cette technique est étudiée depuis une quinzaine d'années dans le cancer de la vulve. Cet article constitue une mise au point sur la technique du ganglion sentinelle appliquée au cancer de la vulve en évaluant sa faisabilité, ses bénéfices par rapport à un curage inguinal complet.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

#### Introduction:-

Le cancer de la vulve constitue 5% des cancers gynécologiques, qui touchent essentiellement la femme âgée. Le type histologique épidermoïde représente 90% de l'ensemble des cancers, ou le human papilloma virus (HPV) joue un rôle capital dans la carcinogenèse. La richesse des modes de manifestation de ce cancer contraste avec le retard diagnostique chez la plupart des patientes.

L'atteinte ganglionnaire inguinale dans le cancer de la vulve est l'un des facteurs pronostiques les plus importants, le curage ganglionnaire inguinal reste la référence mais sa morbidité augmentée laisse la place aux techniques de ganglion sentinelle.

#### Discussion:-

Le cancer de la vulve se développe généralement lentement sur plusieurs années, des modifications cellulaires précancéreuses peuvent se développer à la surface de l'épithélium vulvaire (sans envahissement) sur une longue période de temps. Cette pathologie (appelée néoplasie intra-épithéliale vulvaire) peut devenir invasive (cancéreuse) et doit donc être diagnostiquée et traitée.

#### Le traitement du cancer de la vulve consiste sur :

1. Une large excision et curage ganglionnaire rétro-péritonéal sauf si l'envahissement stromal est  $\leq 1$  mm
2. Chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie pour un cancer de stade III ou IV

L'excision radicale large (à  $\geq 2$  cm de la marge) de la tumeur locale est indiquée lorsque la tumeur est confinée à la vulve sans extension aux structures périnéales adjacentes. Une dissection des ganglions lymphatiques peut être pratiquée.

Corresponding Author:- Dr. Mouiman S.

Address:-

Service de Chirurgie Gynécologique et Endoscopique, Maternité Suissi, CHU de Rabat.

lorsquell'invasionstromaleest> 1mmmaisest inutile lorsque l'invasion stromale est  $\leq 1$  mm. La vulvectomie radicale est habituellement réservée à l'adénocarcinome de la glande de Bartholin.

Pour les lésions latéralisées de  $\leq 2$  cm, **une excision locale large** unilatérale et un curage unilatéral du ganglion sentinelle est recommandé. Les lésions proches de la ligne médiane et la plupart des lésions  $>2$  cm requièrent un curage du ganglion sentinelle bilatéral.

Pour les tumeurs qui s'étendent aux structures périnéales adjacentes telles que l'urètre, le vagin ou l'anus, **une vulvectomie radicale modifiée** est indiquée indépendamment de la taille de la tumeur.

**Le curage inguinal** est associé à une forte morbidité : lymphœdème du membre inférieur entre 14 à 50 % des cas, lymphocèle entre 7 à 40 %, risques infectieux entre 20 à 57 % [3], [4]. Ce qui a poussé la **technique du ganglion sentinelle** à être proposée : elle présente les avantages de réduire la morbidité (incidence du lymphœdème, des lymphocèles et des risques infectieux respectivement estimés à 1,9 %, 4,8 % et 4,5 %), une excellente sensibilité de détection grâce à la double détection colorimétrique et isotopique (entre 87 et 92 %) et une incidence faible de récurrence inguinale à deux ans pour les tumeurs de moins de 4 cm avec sentinelle négative (estimée à 2,3%) [1], [2], [3], [4], [5], [6].

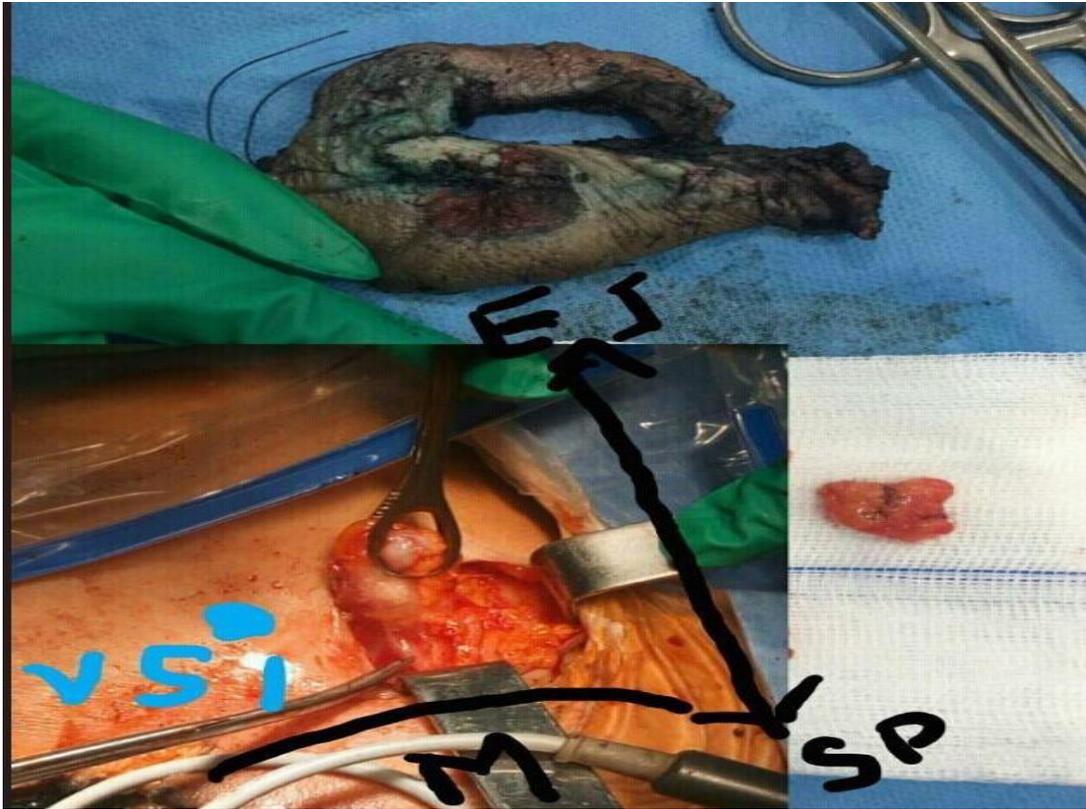
**Le ganglion sentinelle** est une alternative raisonnable à la dissection des ganglions lymphatiques chez certaines femmes qui ont un carcinome épidermoïde de la vulve. La cartographie des ganglions lymphatiques sentinelles ne doit pas être envisagée si les signes cliniques suggèrent que le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques inguinaux. Dans la cartographie des ganglions lymphatiques sentinelles, un traceur (colorant bleu, technétium 99 [<sup>99</sup>Tc], vert d'indocyanine [ICG]) est injecté par voie intradermique autour et en avant du bord d'invasion du carcinome vulvaire.

L'utilisation du vert d'indocyanine (ICG) Couplé à l'imagerie par fluorescence : celui-ci a un pouvoir de pénétration tissulaire supérieure au colorant bleu (jusqu'à 1 cm) et n'a pas de risques allergiques et de tatouage du site d'injection [7]. Une étude randomisée a comparé les différents traceurs et a objectivé un taux de détection de 100 % des ganglions sentinelles par la méthode isotopique mais aussi par l'ICG alors qu'elle n'était que de 77 % avec la technique colorimétrique au bleu [8]. Le marquage isotopique reste malgré tout le standard par la cartographie préopératoire et une pénétration tissulaire plus importante (plus de 10 cm) [6], [7].

Les recommandations européennes publiées en 2017 par Oonk et al. [9] ont validé la procédure du ganglion sentinelle pour les tumeurs vulvaires unifocales de moins de 4 cm avec une infiltration du chorion de plus de 1 mm, sans atteinte clinique ou radiologique inguinale (intérêt de l'échographie préopératoire). En cas d'échec de détection ou de positivité de la sentinelle, un curage inguino-fémoral homolatéral doit être réalisé. Si la lésion vulvaire est à moins de 1 cm de la ligne médiane, l'évaluation sentinelle doit être effectuée des deux côtés [9].

Une évaluation plus poussée des ganglions lymphatiques et le traitement sont basés sur les résultats du ganglion sentinelle ou de la lymphadénectomie. Si les ganglions inguino-fémoraux sont négatifs, l'observation est raisonnable. Si un ou plusieurs ganglions lymphatiques sont positifs, le traitement dépend de la taille de la métastase. Pour les micrométastases ( $\leq 2$  mm), la radiothérapie inguino-fémorale (50 Gy) est une alternative sûre à la lymphadénectomie inguinale. Dans le cas de macrométastases dans un ganglion sentinelle, une lymphadénectomie inguinale est effectuée pour éviter une récurrence inguinale isolée (1).

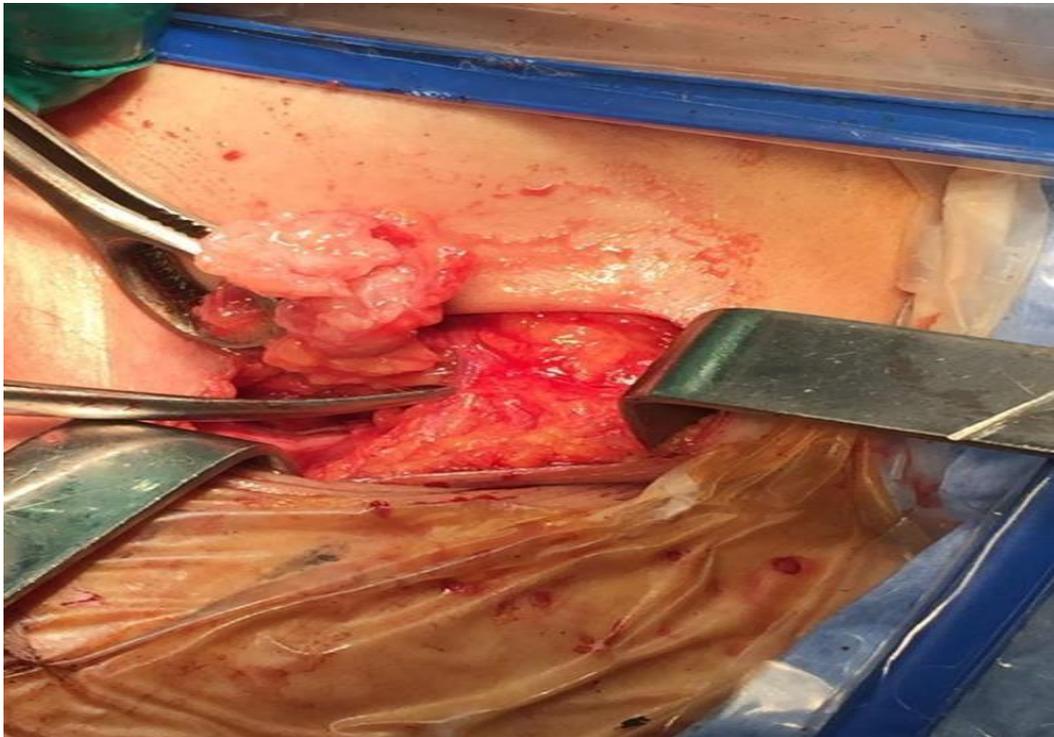
Nous décrivons la technique du ganglion sentinelle en apportant tous les détails techniques pré-, per- et postopératoires, tout en se basant sur l'expérience de notre service dans la prise en charge du cancer malpighien de la vulve stade



**Figure 1:-** Un collage des photos montrant la pièce opératoire injectée par le bleu paté et le repère du ganglion sentinelle limité par la veine saphène interne, l'épine iliaque antérieure, la symphyse pubienne et le bord interne du montvénus.



**Figure 2:-** Pièce opératoire de la vulvectomie repérée par des fils.



**Figure 3:-** Prélèvement d'un ganglion sentinelle après la méthode colorimétrique.



**Figure 4:-** Lapièce opératoire injectée par le bleupaté, et le ganglion sentinelle.

Pour la technique, nous utilisons la méthode combinée radio-colloïde et colorimétrique : une injection d'un millilitre de bleu breveté réduit à 50 % (2 ccs réduits dans 2 cc de sérum physiologique) est pratiquée aux quatre points cardinaux de la lésion vulvaire (figure 4).

Après l'injection du colorant bleu, la patiente est réinstallée en décubitus dorsal. Dix à quinze minutes l'incision cutanée est parallèle et juste au-dessus du pli inguinal (figure 3).

Les ganglions chauds et/ou bleus sont résectionnés de façon élective et reçus en examen extemporané.

Il faut veiller à préserver la veine saphène (ce qui limite le risque de lymphœdème). L'hémostase et la lymphostase sont assurées à l'énergie bipolaire ou à l'aide de clips métalliques. On considère qu'il ne persiste pas de réactivité résiduelle en particulier au niveau du territoire profond, ce qui évite d'ouvrir le fascia cribriforme. S'il y avait un ganglion sentinelle à ce niveau, on repère la veine fémorale commune par transparence au travers du fascia cribriforme et par l'intermédiaire des battements de l'artère fémorale. On ouvre le fascia cribriforme au niveau de la fosse ovale, et on réalise l'ablation du ganglion sentinelle (médialement par rapport à la veine fémorale).

L'examen extemporané n'a pas retrouvé de métastase ganglionnaire (ainsi que l'histologie définitive). Si l'examen extemporané s'avérait positif, un curage inguino-crural superficiel et profond homolatéral serait préconisé.

La fermeture se fait en deux plans (profond par des points inversés et superficiel par un surjet intradermique).

La patiente est enfin réinstallée en position gynécologique pour la vulvectomie (figure 2).

La technique du ganglion sentinelle permet de diminuer significativement la morbidité opératoire inguinale et doit être connue et maîtrisée dans la prise en charge des cancers de la vulve de moins de 4 cm [9], [10], [11], [12].

### Conclusion:-

La majeure partie des cancers de la vulve sont des carcinomes malpighiens, ils sont diagnostiqués par la biopsie, et classés et stratifiés chirurgicalement.

Pour les cancers sans métastases à distance, pratiquer une large excision locale, et à moins que l'invasion stromale soit < 1 mm, disséquer le ganglion lymphatique sentinelle ou biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles qui est devenue la nouvelle technique permettant d'éviter la morbidité du curage ganglionnaire inguinal.

### Références:-

1. American Cancer Society: Key Statistics for Vulvar Cancer. Consulté le 21/06/22
2. Oonk MHM, Slomovitz B, Baldwin PJW, et al: Radiotherapy versus inguino-femoral lymphadenectomy as treatment for vulvar cancer patients with micrometastases in the sentinel node: Results of GROINSS-VII. *J Clin Oncol* 39(32):3623–3632, 2021. doi:10.1200/JCO.21.00006 Epub 2021 Aug 25.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN): NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Vulvar Cancer [Squamous Cell Carcinoma].
4. M. Kole, K. Robinson Évaluation du ganglion sentinelle dans le cancer de la vulve : la nouvelle norme des soins *J Cancer Clin Trials*, 1(2016), p.3
5. AG Van der Zee, MH Oonk, JA De Hullu, AC Ansink, I. Vergote, et al. La dissection du ganglion sentinelle est sans danger dans le traitement d'un stade précoce. *Cancer de la vulve J Clin Oncol*, 26 (2008), p. 884–889
6. Wills, A. Obermair Une revue des complications associées au traitement chirurgical du cancer de la vulve *Gynécologie Oncol*, 131(2013), p. 467 - 479
7. KN Gaarenstroom, GC Kenter, JB Trimbois, I. Argous, F. Amant, et al. Complications postopératoires après vulvectomie et lymphadénectomie inguino-fémorale utilisant des incisions séparées à l'aide de *Int J Gynecol Cancer*, 13(2003), pp. 522–527
8. Rodríguez-Trujillo, P. Fusté, P. Paredes, E. Mensión, N. Agustí, B. Gil-Ibáñez, et al. Résultats oncologiques à long terme des patients avec un ganglion sentinelle négatif dans le cancer de la vulve Étude comparative avec la lymphadénectomie conventionnelle. *Acta Obstet Gynecol*
10. *Scand J Gynecol*, 97 (2018), pp. 1427-1437

11. M. Brincat , Y. Muscat Baron Biopsie du ganglion sentinelle dans la prise en charge du carcinomevulvaire:unaperçu fondésurdes donnéesprobantesIntJGynecolCancer.,27(2017) ,  
12. p. 1769 -1773
13. GH KleinJan , E. van Werkhoven , NS van den Berg , MB Karakullukcu , HJMAA Zijlmans , JA van derHage ,etal.Lemeilleur desdeuxmondes:une approche hybride pouruneidentificationpré-et
14. peropératoire optimale des ganglions sentinelles Eur J Nucl Med Mol Imaging, 45 ( 2018 ) ,p. 1915-1925
15. BESchaafsma,FPVerbeek, AAPeters ,JR vanderVorst, CD deKroon, MIvanPoelgeest,et al.
16. Biopsieganglionnaire sentinellepar fluorescence dansle proche infrarouge dans le cancerde lavulve
17. : une comparaisonrandomisée detraceurs lymphatiques BJOG ,120(2013) , p.758-764
18. MHM Oonk , F. Planchamp , P. Baldwin , M. Bidzinski , M. Brännström , F. Landoni , et al. Lignesdirectrices de la Société européenne d'oncologie gynécologique pour la prise en charge des patientesatteintes d'uncancerde lavulveInt JGynecol Cancer., 27(2017) ,p.832-837
19. NCTeGrootenhuis,AGvanderZee , HCvanDoorn, J.vander
20. Velden , I. Vergote , V. Zanagnolo , et al. Ganglions sentinelles dans le cancer de la vulve : suivi à longterme de l'étude internationale GROningen sur les ganglions sentinelles dans le cancer de la vulve(GROINSS-V) I GynecolOncol,140(2016), p. 8 - 14
21. BE Greer , WJ Koh Nouvelles directives du NCCN pour le cancer de la vulve J NatlComprCancNetw ,14(2016) ,pp. 656- 658
22. H. Azaïs , V. Pauphilet , J. Belghiti , M. Nikpayam , C. Gonthier , P. Maingon , et al. Groupetransversal sein-gynécologie AP-HP. Point sur la prise en charge du cancer de la vulve : lesrecommandationsdel'AssistancePublique-Hôpitauxde ParisBullCancer,106 (2019),p.371 –3.