



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 393

Cancers de la vulve : Expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech (Janvier 2016 – décembre 2022)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/11/2023

PAR

Mme. **Weam ETTOUMI**

Née le 18 Mars 1991 à Dakhla

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

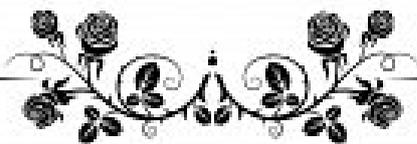
MOTS-CLÉS

Cancer de la vulve – Biopsie – Carcinome épidermoïde
Vulvectomie – Chimiothérapie radiothérapie

JURY

M.	H. ASMOUKI Professeur de Gynécologie Obstétrique	PRESIDENT
M.	A. SOUMMANI Professeur de Gynécologie Obstétrique	RAPPORTEUR
M.	K. HAROU Professeur de Gynécologie Obstétrique	JUGE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ
مِنْ عَلَقٍ ۝ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي
عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ۝
صدقة الله العظيم



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades
sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles
traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

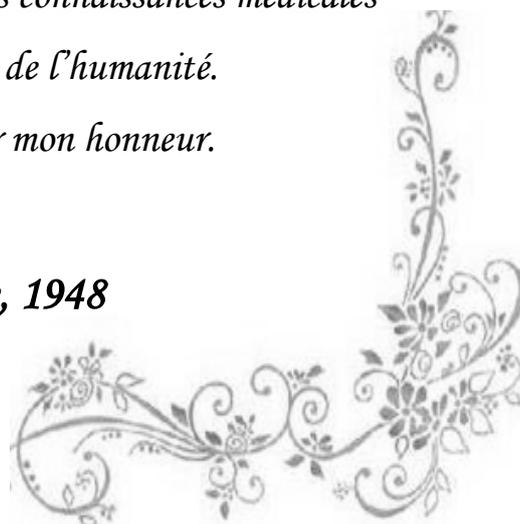
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

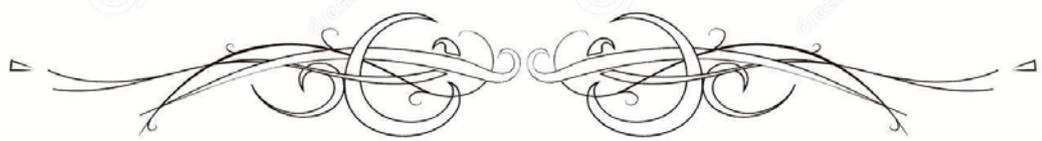
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

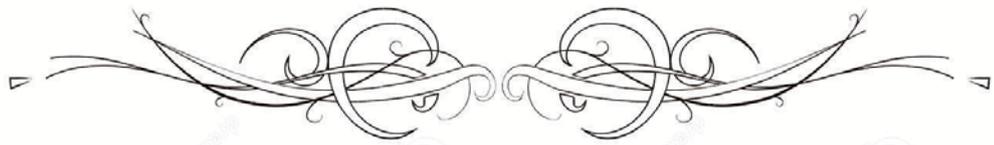
Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS

Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanants**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie

09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie

41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie

76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique

111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie

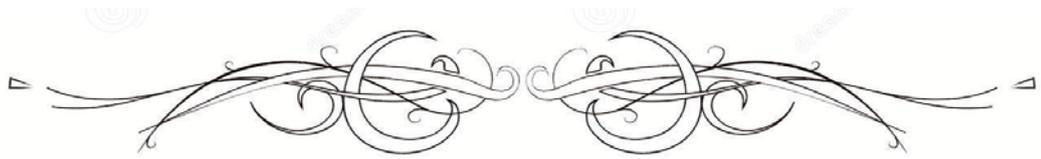
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie

177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses

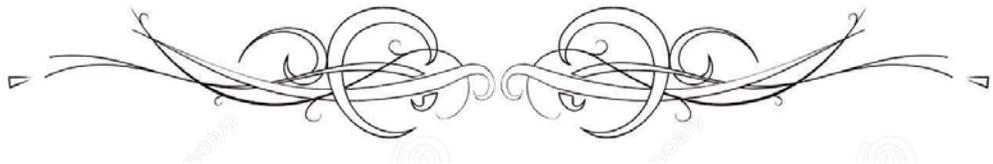
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
219	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ass	Pédiatrie
220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie

247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DEDICACES



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.



✿ C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse....

الله

Au bon Dieu

Tout puissant Qui m'a inspiré Qui m'a guidé dans le bon chemin Je vous dois ce que je suis devenu Louanges et remerciements Pour votre clémence et miséricorde.

Au Prophète Mohamed (P.S.L.)

Notre guide et notre exemple bien-aimé qui nous oriente sur le droit chemin.

﴿سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم﴾

سورة البقرة: الآية 32

À ma très chère mère Hafida ETTOUMI

Ce travail n'aurait pas vu le jour sans ton combat

Incessant et ton soutien infini.

Chère mère j'avoue vraiment que tu été pour moi la lumière

Qui guide mes routes et qui m'emmène aux chemins

De la réussite, Ta prière et ta bénédiction m'ont été

D'un grand secours pour mener à bien mes études.

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

Puisse Allah tout puissant te protège, te procure longue vie,

Santé et bonheur.

À mon très cher père Abderrahman ETTOUMI

Aucun mot ne saurait exprimer la profonde gratitude et

L'immense amour que j'ai pour toi.

Ton soutien, ta prière ont été pour moi un stimulant tout au

long de mes études.

Aucune expression, ni aucune dédicace ne pourrait exprimer

ce que tu représentes dans ma vie, J'espère que tu trouveras ici

dans ce modeste travail le fruit de tes sacrifices.

J'espère, cher père, que j'ai gagné ta confiance, ta satisfaction

et ta fierté.

Que ALLAH te protège et t'accorde santé, longue vie et

Bonheur.

*À celui que j'aime beaucoup et qui m'a soutenue tout au long
de mes études*

*Mon cher mari OUSSAMA merci d'être un merveilleux
partenaire et un bon mari tu m'as toujours prodigué par tes
conseils et ton soutien et ta patience, tu m'a toujours donné le
coup de pouce dont j'avais besoin pour m'avancer,*

*J'aimerais bien que tu trouves dans ce travail l'expression de
mes sentiments de reconnaissance les plus sincères.*

*Tu es le meilleur papa du monde, que dieu t'accorde une
longue vie, pleine de bonheur et de santé et préserve notre
petite formidable famille.*

À mon petit trésor et ma plus belle histoire d'amour :

Khalil AFFELLAH

*Depuis ton premier jour de vie, Depuis ton premier sourire, Tu
m'inspire tant d'amour... Que je ne saurais dire...*

Tous ces merveilleux moments partagés ensemble.

Ta tendresse, tes câlins, tes éclats de rires, me comblent de joie

Mon cœur explose de fierté, de bonheur et d'amour

A chaque étape accomplie.

*Mon petit poussin je ne te dirai jamais assez combien je t'aime
Je te souhaite tout le bonheur du monde et que dieu te protège.*

À ma très chère sœur Boutayna

*Tu es unique et précieuse, qu'Allah te protège,
Je n'oublierai jamais tous les moments d'amour qu'on
A partagé et qu'en partage encore. Je te souhaite le bonheur du
monde avec ton mari MOHAMED et ta petite princesse
AMIRA. Puisse Allah tout puissant, vous procurer longue vie,
Santé et bonheur.*

À mon très cher frère : Youness ETTOUMI

*A travers ce travail je t'exprime tout mon amour et mon
Affection. Sans toi ma vie n'aurait pas eu le même goût.
Je te remercie pour tout ce que tu es, et pour tous les bons
moments ensemble, Je te souhaite le bonheur, la santé, et la
réussite dans ta vie personnelle et professionnelle.
Que dieu te protège et te préserve du mal mon frère.*

A mes meilleurs amies : Siham et Afraa

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous
Exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des
Sœurs et des amies sur qui je peux compter. Votre présence à
mes Côtés m'a beaucoup appris, vos conseils m'ont toujours
guidés ; Et vos mots résonnent toujours dans mon esprit...
En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de
Tous les moments que nous avons passé ensemble,
Je vous dédie ce Travail et je vous souhaite une vie pleine de
santé et de bonheur.*

A tous mes amis (es),

A tous les membres de ma famille, petits et grands

*A toute personne qui a contribué de près ou de loin à la
réalisation de ce travail et*

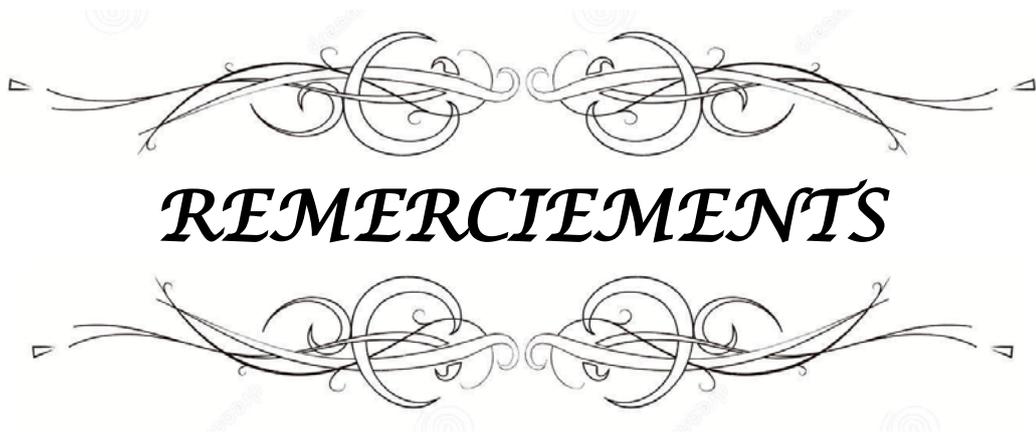
A tous ceux Qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon
affection la plus sincère.*

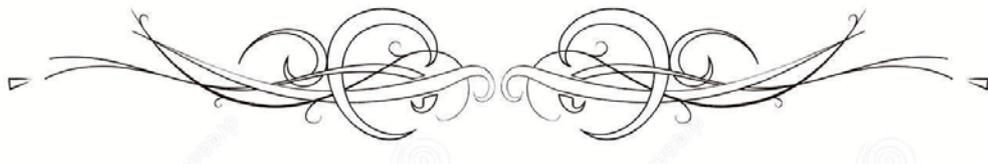
*A tout le personnel médical et paramédical du service de
gynécologie obstétrique de CHU Mohammed 6 de Marrakech*

*Je vous remercie vivement de l'accueil chaleureux et de l'aide
précieuse que vous m'avez réservé à chaque fois.*

*De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les
meilleurs souvenirs. Nous sommes toujours impressionnées par
vos qualités humaines et professionnelles.*



REMERCIEMENTS



A notre maître et rapporteur de thèse

Professeur Abderraouf SOUMMANI

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail.

Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.

A notre maître et président de jury

Professeur Hamid ASMOUKI

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse.

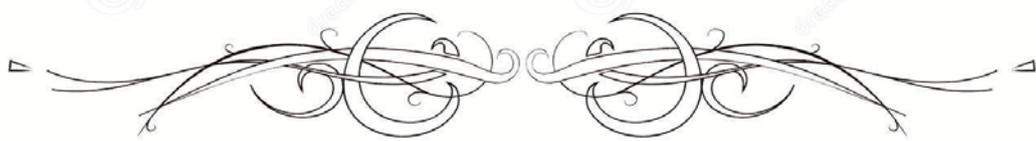
Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude.

Veuillez cher maître trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.

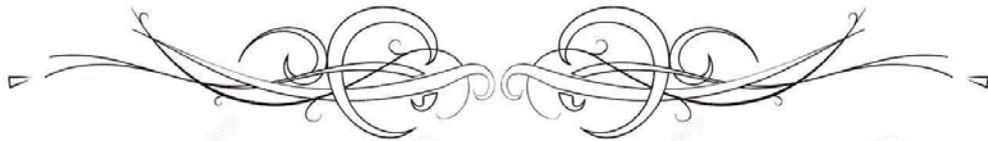
A notre maître et jury de thèse

Professeur Karam HAROU

*J'ai l'honneur que vous faites partie de notre jury de thèse.
Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos
qualités humaines, veuillez accepter professeur, nos sincères
remerciement et notre profond respect.*



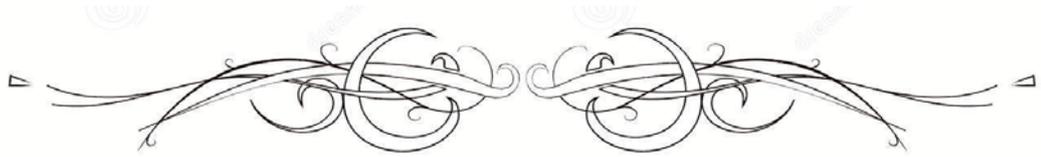
ABBREVIATIONS



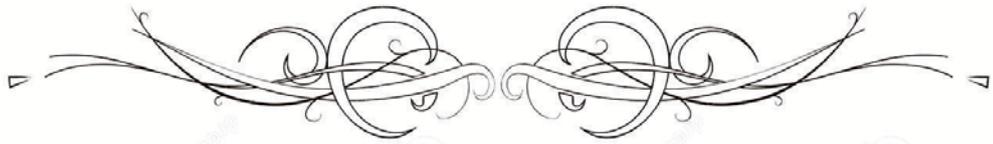
Liste des abréviations

ADP	:	Adénopathie
AG	:	Anesthésie générale
ATCDS	:	Les antécédents
CE	:	Carcinome épidermoïde
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CIN	:	Néoplasie intra épithéliale du col utérin
CSC	:	Carcinome spino cellulaire
CTV	:	Clinical target volume
FCV	:	Frottis cervico-vaginale
FIGO	:	Fédération internationale de gynécologie et obstétrique
5FU	:	5 fluoro uracile
FV	:	Fourchette vaginale
GL	:	Grandes lèvres
GOG	:	Gynécologie oncology group
GS	:	Ganglion sentinelle
HPV	:	Human papilloma virus
HTA	:	Hypertension artériel
INF	:	Inférieur
IRM	:	Imagerie par résonance magnétique
ISSVD	:	International society for study of vulvar disease
IST	:	Infection sexuellement transmissible
LS	:	Lichen scléreux
LSV	:	Le lichen scléreux vulvaire
MB	:	Maladie de bowen
MM	:	Mélanome malin
NBR	:	Nombre

OAR	:	Organe à risque
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PB	:	Papulose bowénoïde
PEC	:	Prise en charge
PL	:	Petites lèvres
PTV	:	Planning target volume
RTE	:	Radiothérapie externe
RX	:	Radio thorax
SUP	:	Supérieur
TDM TAP	:	Scanner thoraco-abdomino-pelvien
TIFT	:	Test d'induction de la fluorescence par tétracycline de bethoux
TNM	:	Tumeur, nodule, métastase
TRAM	:	Lambeau myocutanée transverse inférieur
UB	:	Ulcéro-bourgeonnant
UICC	:	L'union internationale contre le cancer
VIN	:	Les néoplasies intra épithéliales vulvaires
VRAM	:	Lambeau myocutanée vertical de grand droit



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES D'ETUDE	03
I. Matériels	04
II. Méthodes	04
RESULTATS ET ANALYSE	06
I. Etude épidémiologique	07
1. Age	07
2. l'origine géographique	08
3. Les antécédents	08
3.1 . Ménopause	08
3.2 . La parité	09
3.3 . ATCDS médicaux et chirurgicaux	09
II. Etude clinique	10
1. Les circonstances de découverte	10
1.1 Motif de consultation	10
1.2 Délai de diagnostic	12
2. L'examen clinique	12
2.1 Aspect de lésion	12
2.2 Topographie de lésions	13
2.3 La taille tumorale	14
2.4 Adénopathies inguinales	14
III. Etude paraclinique	15
1. Diagnostic positif	15
1.1 La biopsie	15
1.2 Frottis cervico-vaginale	16
2. Le bilan d'extension	16
2.1 Radio thorax	16
2.2 TDM TAP	16
IV. Stade et classification	17
1. Classification TNM et FIGO	17
V. Traitement	19
1. Moyens thérapeutiques	19
2. Envahissement ganglionnaire histologique	19

VI. Evolution	20
DISCUSSION	21
I. Les caractéristiques épidémiologiques	22
1. L'Age	22
2. Antécédents	23
2.1 Antécédents gynéco-obstétricaux	23
2.2 Antécédent et association carcinologique	24
2.3 Antécédents médicaux	26
II. Etude clinique	26
1. Circonstance de découverte	26
1.1 Délai de la consultation	26
1.2 Signes d'appels ²⁹	27
2. Données de l'examen	29
2.1 Examen gynécologique	29
2.2 Examen locorégional	32
III. Étude paraclinique	35
1. Examens de dépistage	35
2. Biopsie vulvaire	36
3. Bilan d'extension	38
IV. Stadification	41
V. Traitement	43
1. But	44
2. Moyens thérapeutique	44
2.1 Chirurgie	44
2.2 Radiothérapie	68
2.3 Chimiothérapie	76
2.4 Autres moyens thérapeutiques	77
3. Indication	80
3.1 Traitement de carcinome in situ VIN III	80
3.2 Traitement curatif du cancer invasif	81
3.3 Traitement palliatif	92
VI. Evolution	94
1. Evolution spontanée	94
2. Evolution après traitement	95

VII. Pronostic	103
1. Etude de la survie	103
2. Facteurs pronostiques	104
VIII. Surveillance	106
IX. Prévention du cancer vulvaire	107
CONCLUSION	109
RESUMES	112
BIBLIOGRAPHIE	118



INTRODUCTION



Les cancers vulvaires sont des proliférations tumorales malignes rares, qui se développent aux dépens de tissus de revêtement, comme la peau ou la muqueuse [1-2].

Cette affection représente 3-5% des cancers gynécologiques et 1% de l'ensemble des cancers de la femme [3-4]. Son diagnostic est souvent tardif en raison de l'intimité de cette région, il touche le plus souvent la femme âgée dans un terrain d'hypo-oestrogénie et dont les symptômes, représentés essentiellement par le prurit et la tuméfaction, souvent négligés par pudeur et ignorance des malades ou par erreur diagnostique.

L'évolution du cancer est souvent lente se fait par étapes, une meilleure connaissance des lésions précancéreuses ou débutantes pourrait encore réduire leur fréquence et leur gravité.

Selon la topographie des lésions vulvaires on peut distinguer plusieurs types de cancers avec prédominance du carcinome épidermoïde dans 90% des cas [1-5].

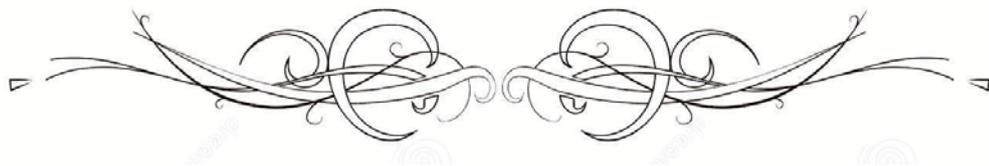
Le traitement chirurgical est la pierre angulaire de leur prise en charge. Il repose sur la réalisation d'une vulvectomie totale avec un curage ganglionnaire inguinal bilatéral. Ce traitement radical est source de complications nombreuses. D'où l'intérêt d'une thérapeutique conservatrice et d'un diagnostic plus précoce.

Un meilleur dépistage des formes précoces par l'écoute des patientes, et l'examen attentif de leur vulve avec biopsie au moindre doute, ainsi qu'une meilleure connaissance de ce cancer par le personnel soignant permettra de réduire l'incidence des formes graves et ainsi améliorer considérablement le pronostic.

L'intérêt de cette étude rétrospective, portant sur 56 cas de cancer de la vulve colligés au service de gynéco-obstétrique B au CHU MOHAMED VI Marrakech entre janvier 2016 et décembre 2022, est de rapporter l'épidémiologie, l'anatomo-clinique, la thérapeutique, et le pronostic en vue de les discuter à l'aide d'autres travaux scientifiques et d'en tirer une conclusion pour une meilleure approche des protocoles thérapeutiques.



***MATERIELS
ET METHODES
D'ETUDE***



I. Matériels :

Notre étude rétrospective porte sur 56 cas de cancer de la vulve diagnostiqués et traités au service de gynéco-obstétrique B du CHU Mohamed VI entre 2016 et 2022. Les sources de nos observations sont :

- Les registres d'hospitalisations
- Les dossiers médicaux
- Les comptes rendus opératoires.

II. Méthodes :

Des fiches ont été établies contenant toutes les caractéristiques : épidémiologiques,

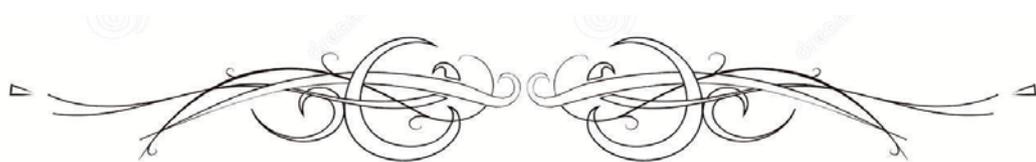
- Cliniques,
- Para cliniques,
- Anatomico-pathologiques,
- Thérapeutiques.

Les Critères d'inclusion : 56 patientes avaient toutes les informations nécessaires au diagnostic.

Les Critères d'exclusion : 19 dossiers n'ont pas été trouvés ou incomplets (absence d'examen anatomopathologique etc...).

Fiche d'exploitation du cancer de la vulve

Numéro de dossier :	
Nom et prénom :	
Age :	
Origine géographique :	
ATCDS gynéco-obstétricaux :	Ménarche : Ménopause : Gestes et parités:
ATCDS médicaux et chirurgicaux :	
Les circonstances de découvertes :	
Délai d'apparition du 1^{er} signe :	
L'examen local :	Aspect : Dimension : Siège :
ADP :	Aspect : Caractère :
Biopsie :	
FCV	
Bilan d'extension :	RX du poumon : Echographie abdominale : TDM TAP :
Classification TNM :	
Traitement chirurgical	
Etude de la pièce :	
Traitements associés :	
Evolution :	



RESULTATS



I. Etude épidémiologique :

1. Age :

Dans notre série de 56 cas de cancer de la vulve sur une période de 7 ans allant de Janvier 2016 à Décembre 2022 au sein de service de gynéco-obstétrique B Hôpital mère enfant de CHU Mohammed VI à Marrakech, il a été observé que la plus grande fréquence du cancer étudié se situe à partir de la 6ème décade avec un pourcentage important aux alentours de 39,28%.

Les âges extrêmes de nos patientes sont entre (30_39) ans à 90 ans et plus. La tranche d'âge la plus touchée est de 60_69 ans et l'âge moyen des patientes étant 64 ans

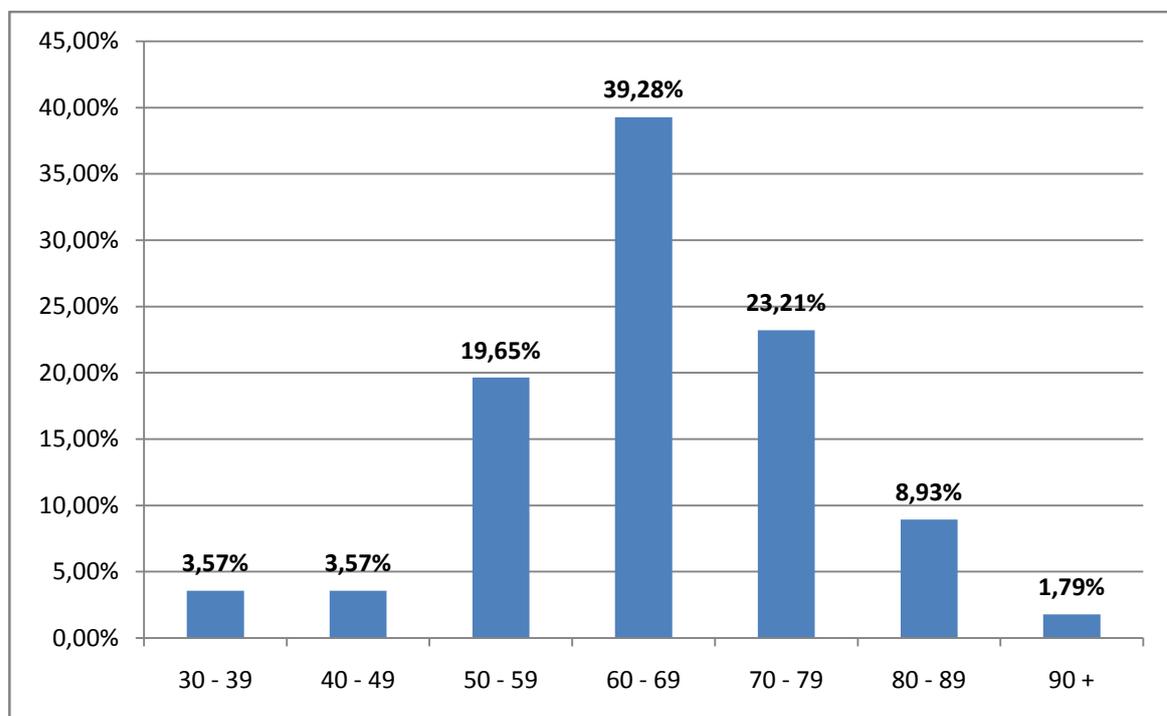


Figure 1 : Répartition du cancer de la vulve selon l'âge

2. Origine géographique :

L'analyse de cette répartition montre que le plus grand nombre de cas observés est situé dans la région de Marrakech Elhaouz avec un pourcentage de 46,43%.

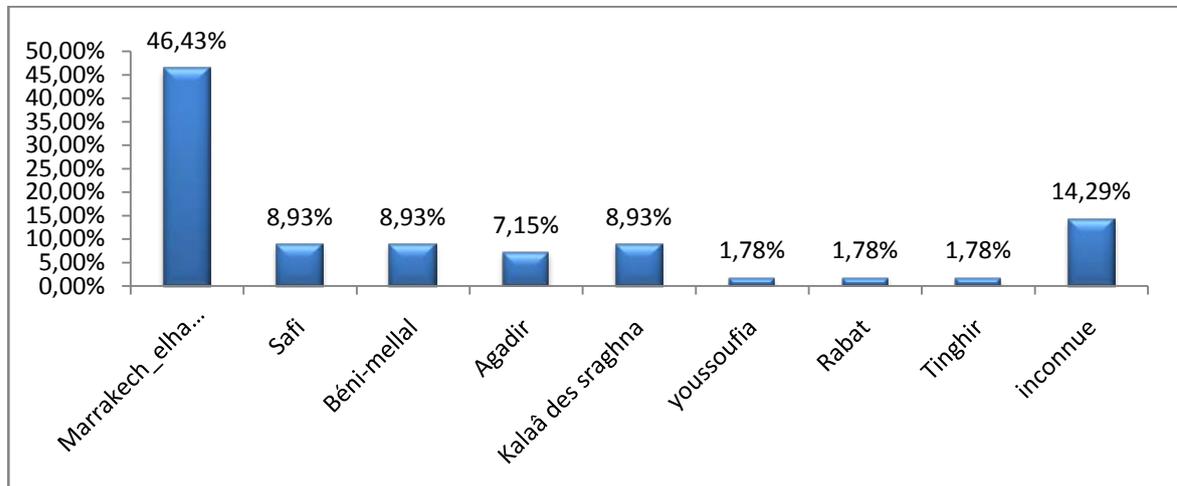


Figure 2 : Répartition du cancer de la vulve selon l'origine géographique

3. Les antécédents :

3.1 Ménopause :

La plupart des cas sont des femmes ménopausées, avec une ménopause entre 50 et 54 ans représentant un pourcentage de 50%.

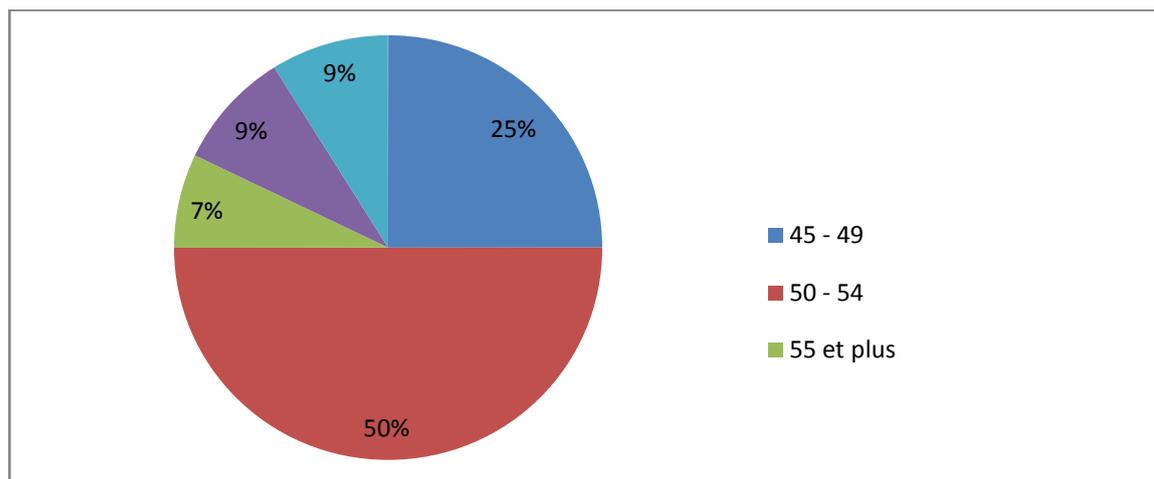


Figure 3 : Répartition du cancer de la vulve selon la ménopause

3.2 La parité :

La majorité des cas de cancer dans notre étude est représentée par les patientes multipares avec un pourcentage de 73,21%.

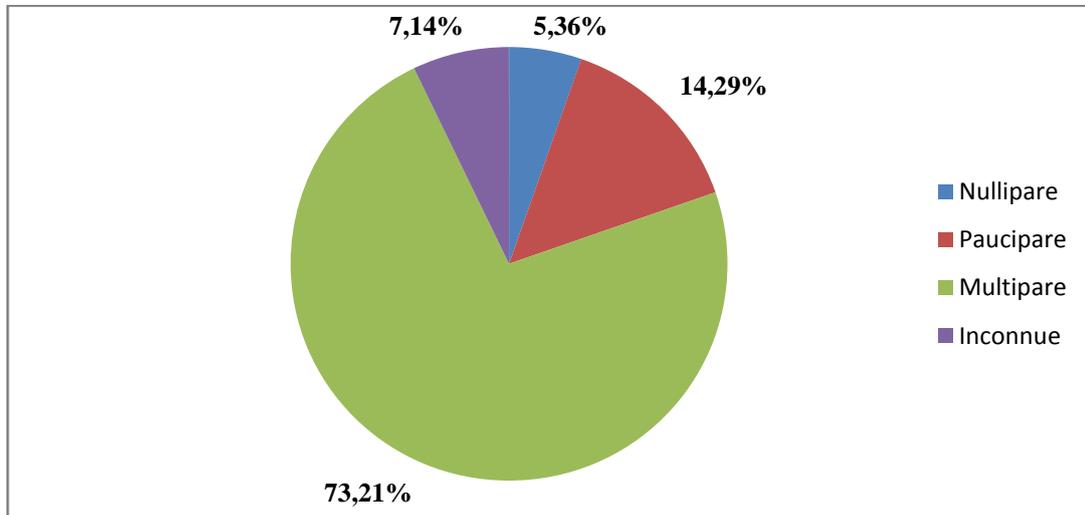


Figure 4 : Répartition du cancer de la vulve selon la parité

3.3 ATCDS médicaux et chirurgicaux :

L'étude réalisée lors de ce travail révèle que les antécédents médicaux étaient

Majoritairement représentés par l'HTA et le diabète (type2 le plus souvent). Ces derniers sont constatés chez 35,71% des patientes.

Les cancers gynécologiques représentent un pourcentage non négligeable des antécédents de 17,86%.

L'intégralité des patientes sont de classe socio-économique diminuée.

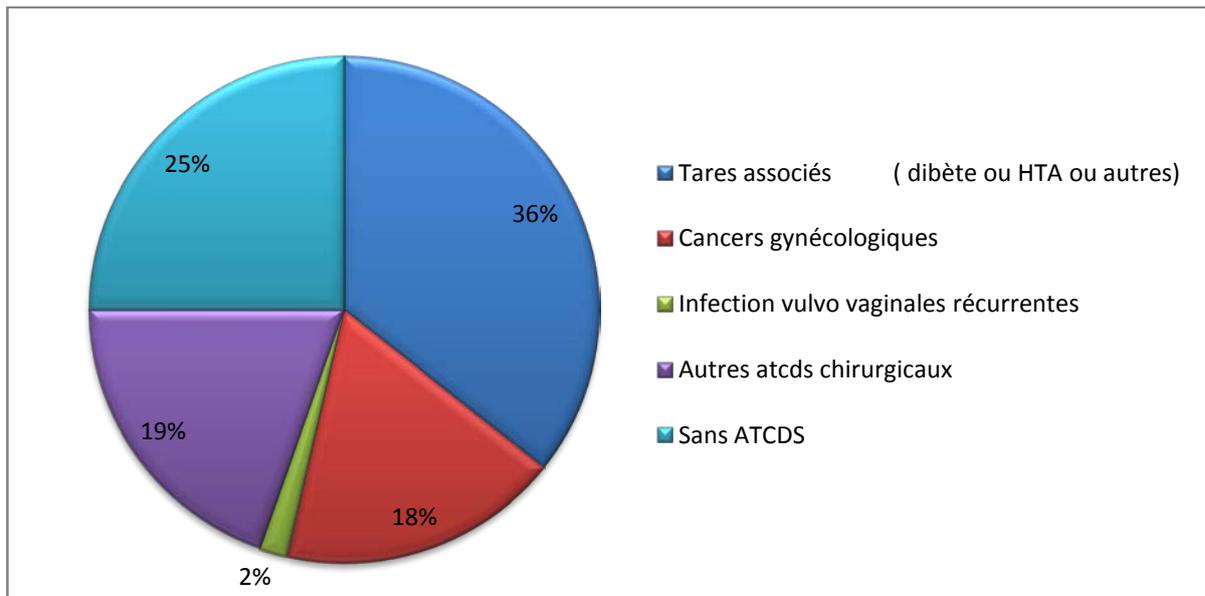


Figure 5 : Répartition du cancer de la vulve selon les ATCDS

II. Etude clinique :

1. Les circonstances de découverte:

1.1 Motif de consultation :

Le motif de consultation est représenté essentiellement par la notion de prurit et la perception par les malades d'une lésion vulvaire, Cette dernière a motivé la consultation dans 82,14%.Le prurit vulvaire est observé dans beaucoup des cas avec un pourcentage de 58,93%. La douleur est présente chez 4 patientes soit 7,14%.

Les patientes consultent rarement pour des douleurs, du prurit seul ou un saignement.

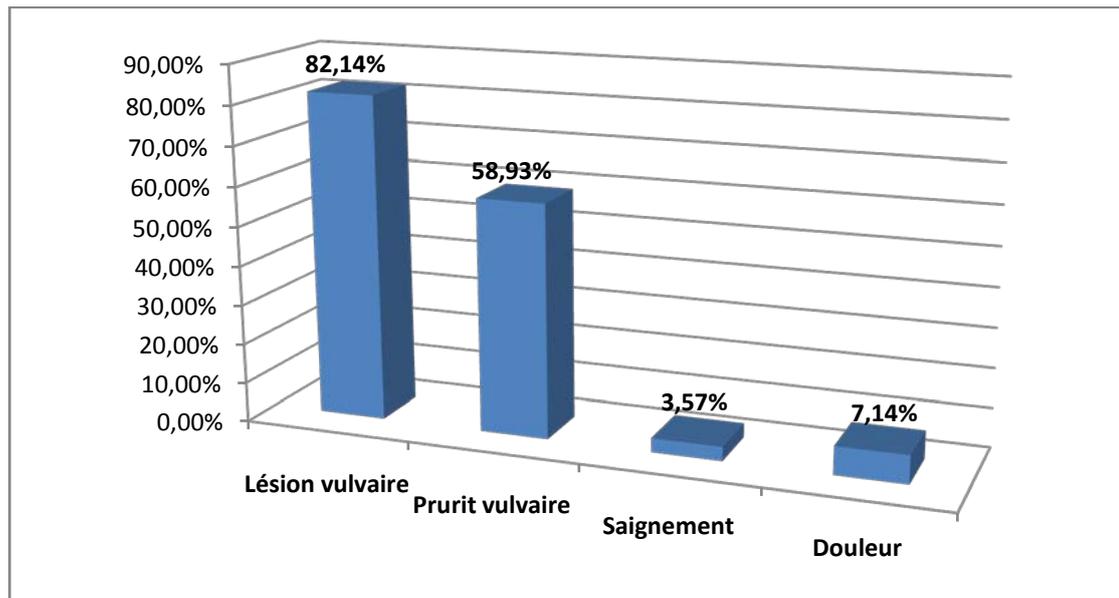


Figure 6 : Répartition du cancer de la vulve selon les circonstances de découverte

1.2 Délai de diagnostic :

C'est le délai entre l'apparition du premier symptôme et la première consultation.

Dans notre série, les délais de consultation varient entre moins de 6 mois et plus de 6 mois, il est supérieur à 6 mois dans 75% des cas ce qui va retentir d'une façon défavorable sur le pronostic générale de la maladie.

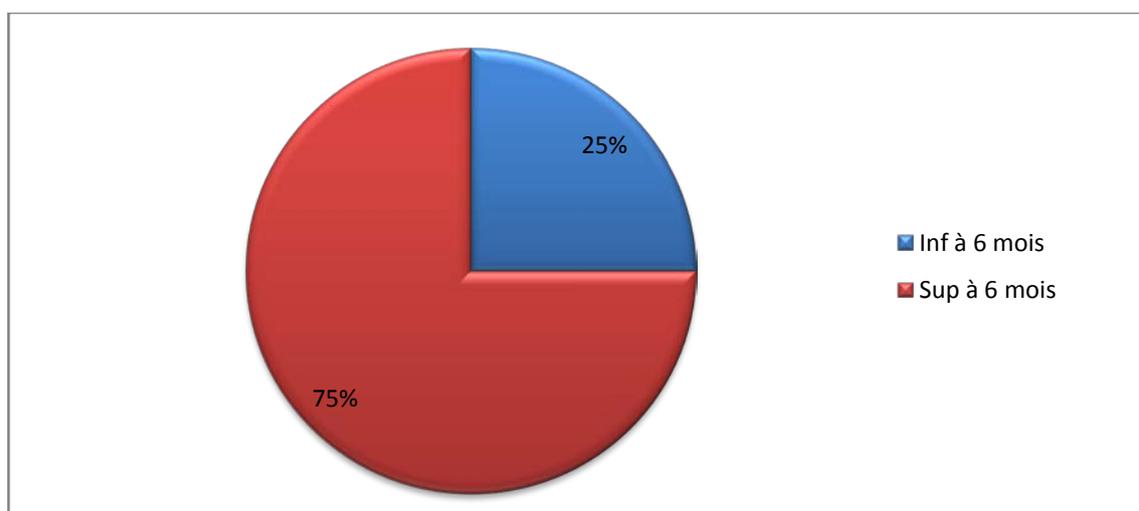


Figure 7 : Répartition du cancer de la vulve selon délai du diagnostic

2. L'examen clinique :

2.1 Aspect de lésion :

Les tumeurs ulcéro-bourgeonnantes constituent les formes anatomocliniques les plus fréquemment rencontrées, puisqu'elles représentent 44,65% des cas et la forme ulcéreuse représente 28,57% des cas, alors que la forme bourgeonnante représente 26,78% des cas.

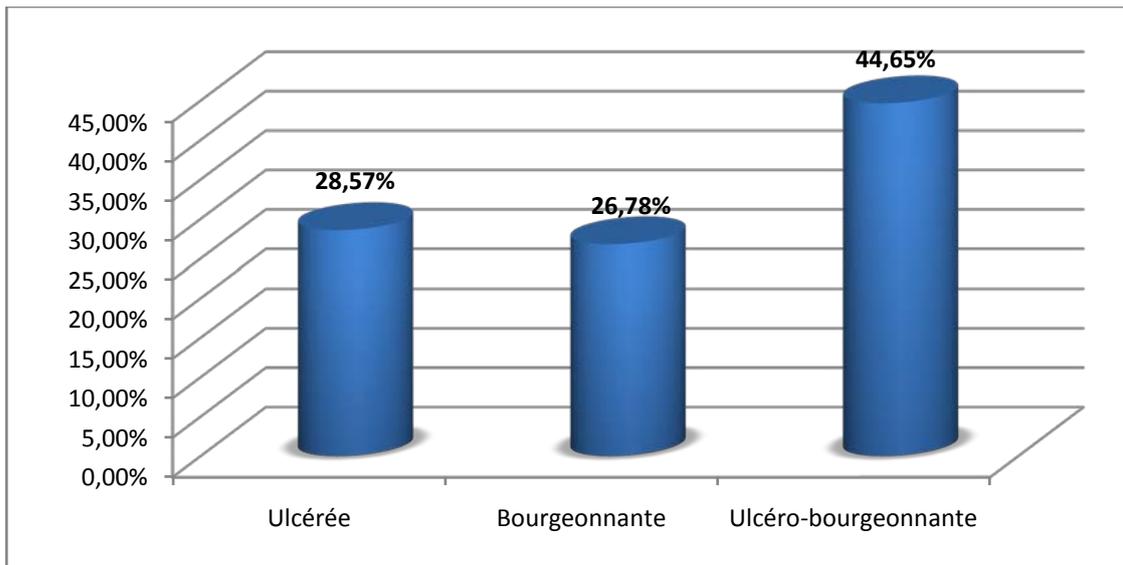


Figure 8 : Répartition du cancer de la vulve selon l'aspect de lésion



Figure 9 : Aspect bourgeonnant d'un cancer vulvaire chez une patiente du service

2.2 Topographie de lésions :

Dans notre étude la localisation multifocale est la plus fréquente. Elle associe l'atteinte du clitoris des grandes et des petites lèvres chez 67,85% des patientes soit dans 38 cas, La localisation unifocale est moins fréquente dans notre étude représentant un pourcentage de 32,15 % des cas soit 18 cas.

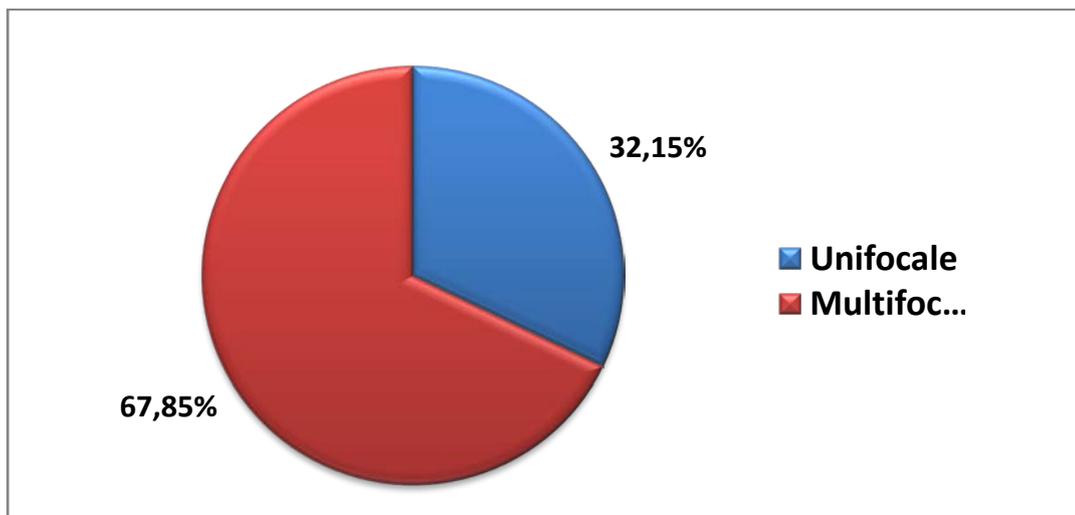


Figure 10 : Répartition du cancer de la vulve selon la localisation unifocale ou multifocale

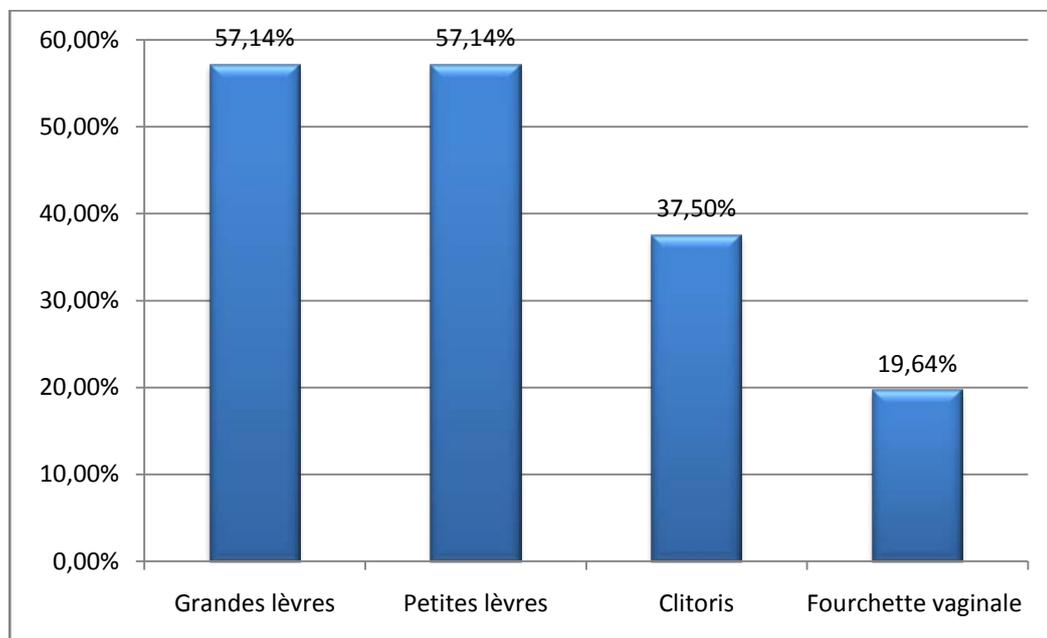


Figure 11 : Répartition du cancer de la vulve selon la topographie des lésions



Figure 12: Récidive clitoridienne d'un carcinome épidermoïde ulcéré d'une de nos patientes

2.3 La taille tumorale :

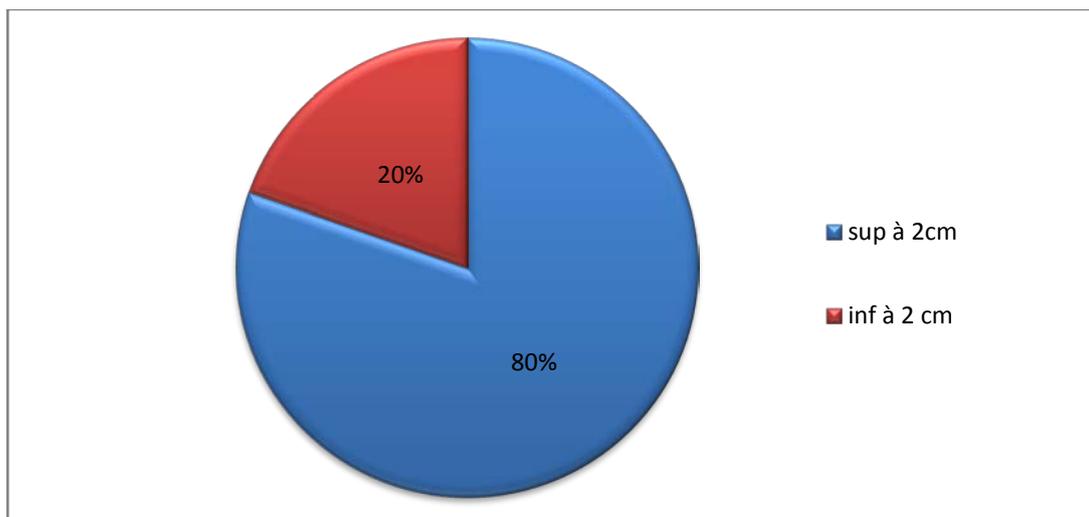


Figure 13 : Taille de la tumeur

2.4 Adénopathies inguinales :

L'examen des aires ganglionnaires inguinales révèle l'existence d'adénopathies palpables chez 21 patientes soient (37,5%). Les aires ganglionnaires sont libres chez 35 patientes soient (62,5%).

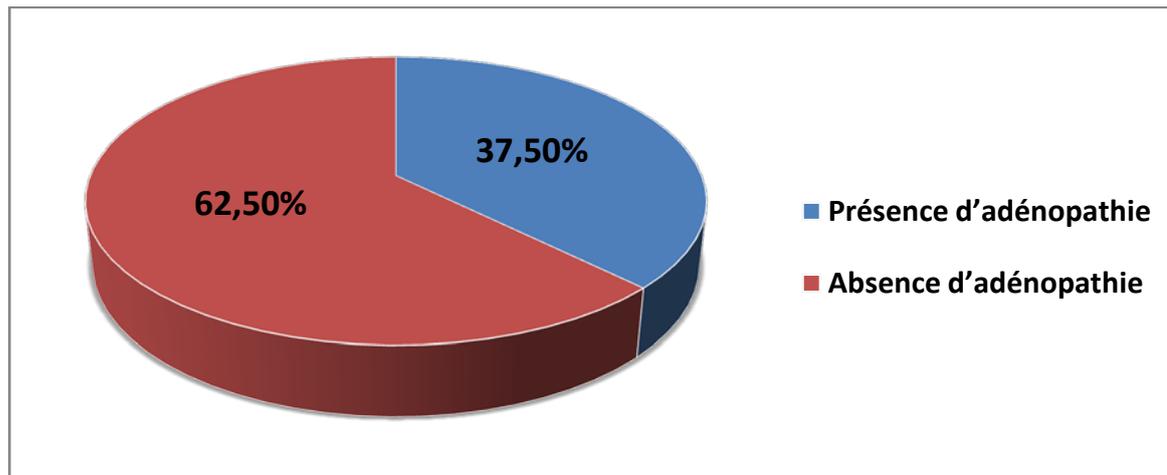


Figure 14 : Répartition du cancer de la vulve selon la présence d'adénopathies

III. Etude para-clinique :

1. Diagnostic positif :

1.1 La biopsie :

le type histologique prédominant dans notre série est le carcinome épidermoïde moyennement différencié avec un pourcentage 51,79%, suivie du carcinome épidermoïde bien différencié qui est à 35,71% des cas, le carcinome épidermoïde faiblement différencié est le moins fréquent avec les autres types non épidermoïdes et les sarcomes.

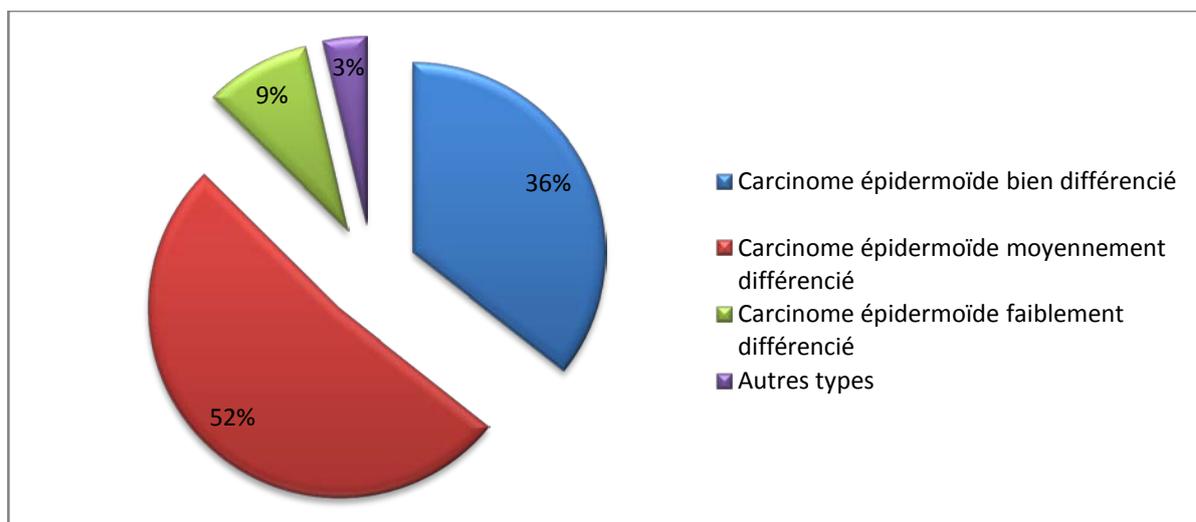


Figure 15 : Répartition du cancer de la vulve selon le type histologique

1.2 Frottis cervico-vaginale :

Le frottis cervico vaginale est réalisé seulement chez 13 patientes, et 43 patientes sont sans renseignement sur le frottis. vue le manque des informations, on vas l'exclure de notre étude.

2. Bilan d'extension :

2.1 Radio thorax :

Elle est pratiquée de façon systématique chez toutes nos patientes, et s'est révélée sans particularités dans la plupart des cas 85,71%,

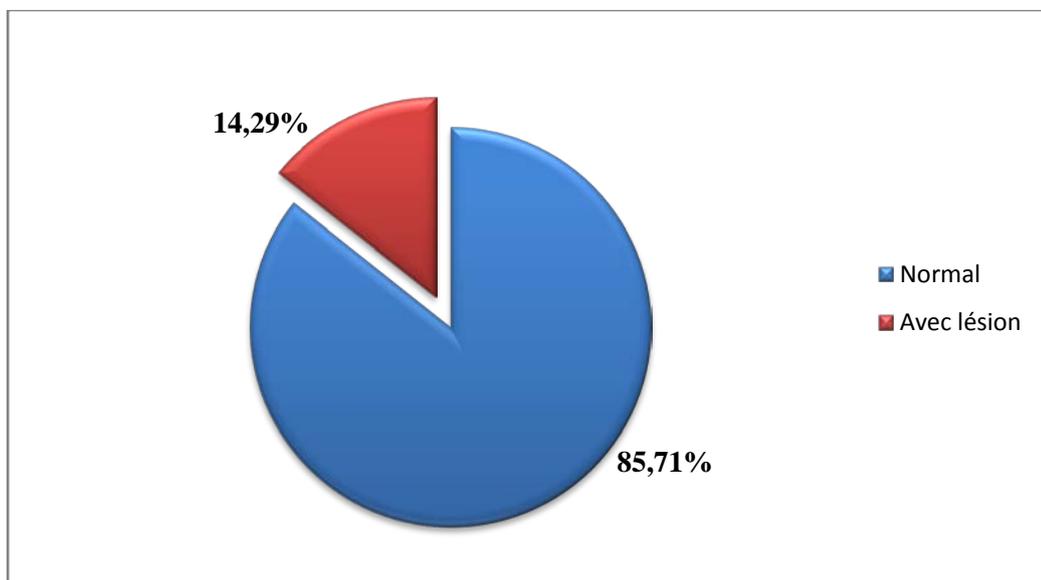


Figure 16 : Répartition du cancer selon aspect du radio thorax

2.2 TDM TAP :

Elle est pratiquée de façon systématique chez toutes nos patientes, et s'est révélée sans particularités dans la plupart des cas 80,35%.

Seulement 19,65% des cas présente des métastases.

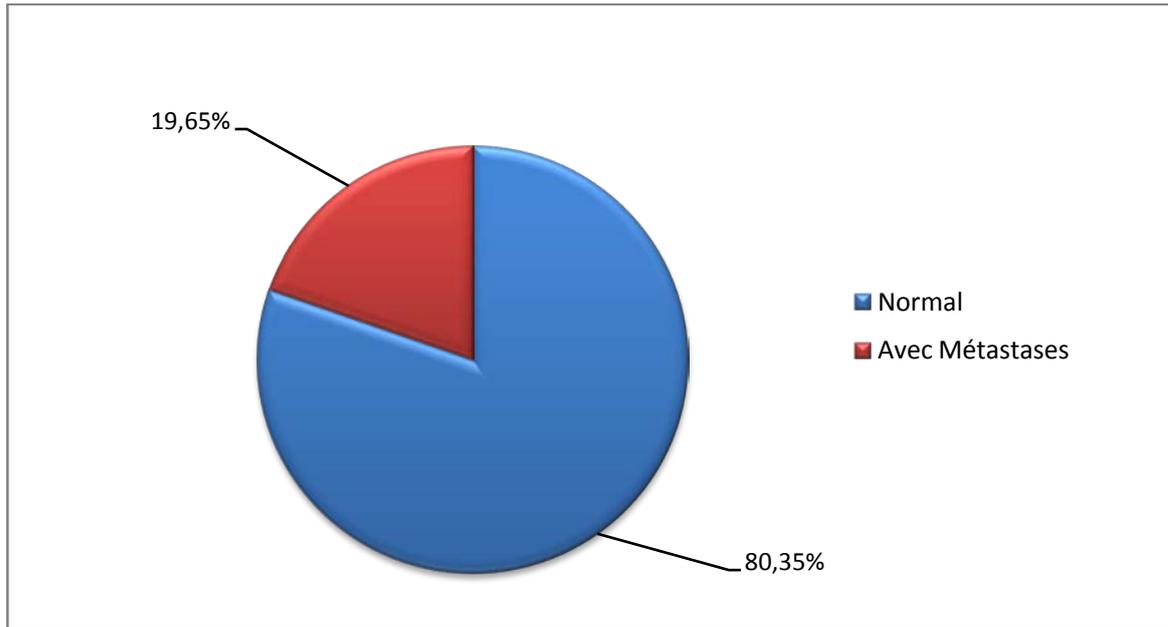


Figure 17 : Répartition du cancer selon aspect du TDM TAP

IV. Stade et classification :

1. Classification TNM et FIGO :

Le pronostic est corrélé au diamètre de la tumeur primitive, au degré d'invasion du stroma, et à la présence et le nombre de ganglions atteints. La classification FIGO tient compte de ces facteurs.

Dans notre étude les stades FIGO sont répartis selon le tableau n°17 suivant.

On constate que le stade I était le plus fréquent avec 24,4%, suivi du stade IV avec 16%, puis le stade II à 8,93% et le stade III à 7,14%. Par ailleurs les cas non classés dans notre série représentent un pourcentage important de 41%.

Tableau I : Répartition du cancer selon classification FIGO 2009

TNM	VULVE	FIGO
Tis	VIN	Stade 0
T1	≤2cm	Stade I
T2	≥2cm	Stade II
T3	urètre inf / marge anale/vagin	Stade III
T4	urètre sup/vessie/rectum/os	Stade IV
N0	pas ADP	Stade 0
N1	ADP unilatérales	Stade III
N2	ADP bilatérales	Stade IV
M0	pas de métastase	----
M1	métastase à distance	Stade IVB

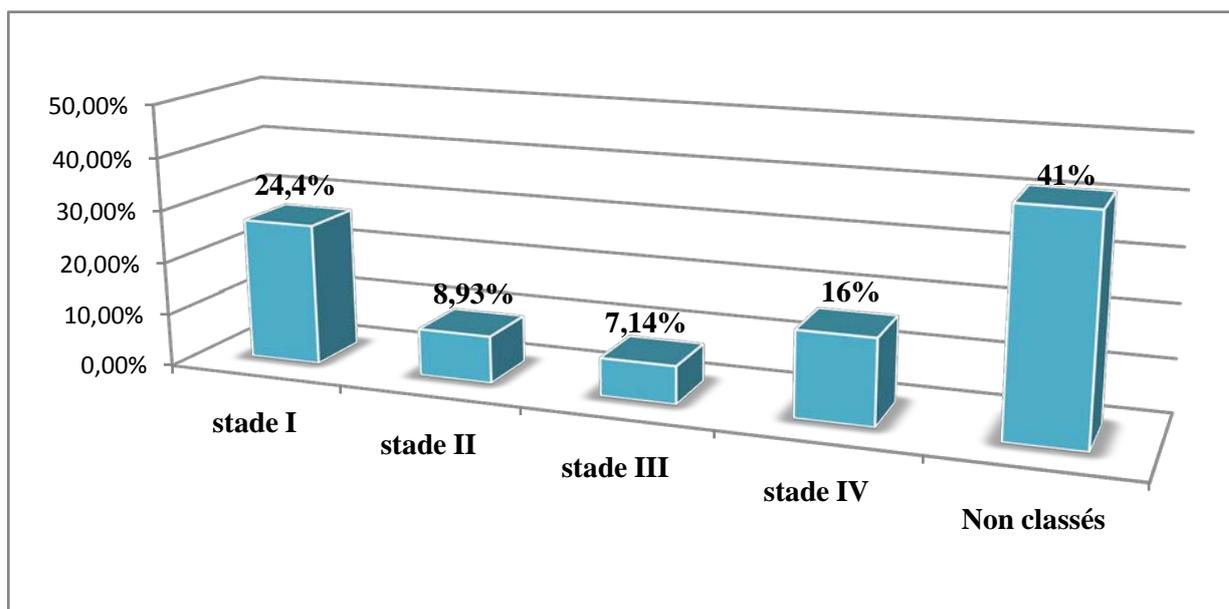


Figure 18 : Répartition du cancer selon classification FIGO

NB : le pourcentage élevé des cas non classés s'explique par le fait que les patientes ont débuté leur chirurgie avant de faire l'ensemble des bilans d'extension

V. Traitement :

1. Moyens thérapeutiques :

Le traitement chirurgical (vulvectomie avec curage ganglionnaire) était le mode de traitement utilisé dans notre série, avec un taux de 100% des cas.

Il a été pratiqué chez toutes les patientes :

Cette chirurgie radicale a été pratiquée en association à un curage ganglionnaire inguinal bilatéral dans 42 cas, soit 75% des cas et avec un curage ganglionnaire unilatérale dans 10 cas soit 17,85%. 4 cas soit 7,15% ont bénéficié d'une tumorectomie seul faite à visée diagnostic.

Tableau II: Répartition du cancer selon le traitement établi

Type de traitement	Nombre des cas	Pourcentage
Vulvectomie totale +curage ganglionnaire bilatérale	42 cas	75%
Vulvectomie totale +curage ganglionnaire unilatérale	10 cas	17,85%
Tumorectomie	4 cas	7,15%
Total	56 cas	100%

2. Envahissement ganglionnaire histologique :

- Dans notre série 19 cas soient 33,92% présentent des métastases inguinales bilatérales, 4 cas soient 7,14% présentent des métastases inguinales droites et 3 cas à gauche soient 5,35%.
- Nombre des cas sans métastase est 22 représentant 39,28%, pourtant les cas de métastases non-documentés sont 8 représentant 14,28%

Tableau III : Répartition des métastases inguinales

	Droites		Gauches		Bilatérales	
	Nbr des cas	%	Nbr des cas	%	Nbr des cas	%
Métastases inguinales	4 cas	7,14%	3 cas	5,35%	19 cas	33,92%

VI. Evolution :

Dans notre série la guérison représente un pourcentage important de 64,28%, alors que les cas de récurrence représentent 14,28% des cas.

Les complications post-opératoires (TVP et lâchage de suture...) et à long terme ne représentent que 7,14% des cas.

8 cas dans notre série sont perdus de vue représentant 14,28%.

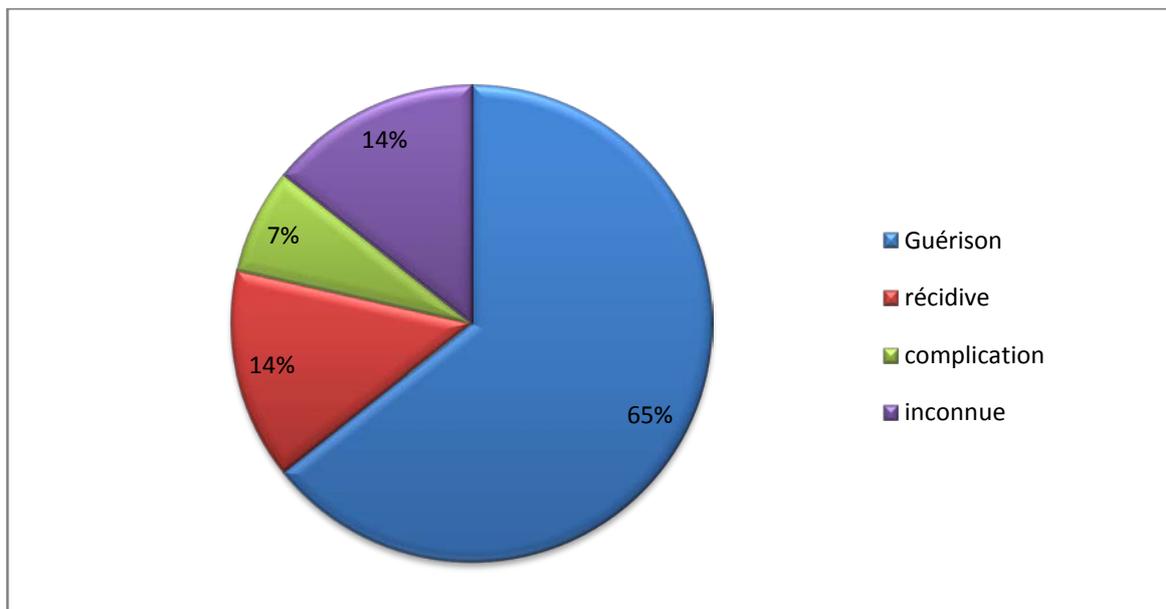
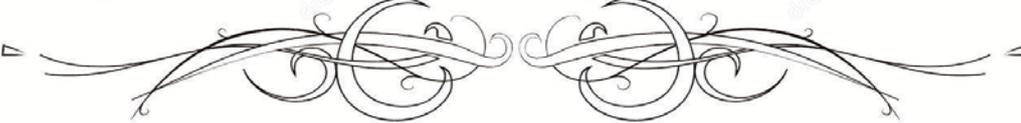
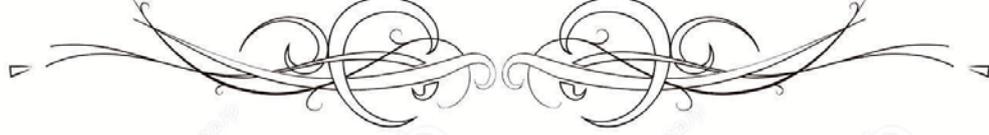


Figure 19 : L'évolution du cancer de la vulve dans notre étude



DISCUSSION



Le cancer vulvaire pose de véritables problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

L'élaboration d'un programme rationnel de lutte contre ce cancer passe par la bonne connaissance de son épidémiologie.

I. Les caractéristiques épidémiologiques :

Le cancer de la vulve est une affection gynécologique relativement rare, il représente approximativement entre 3– 5% des cancers développés sur les organes génitaux féminins et ne représente que un 1% de tous les cancers chez la femme [53]. Son incidence est estimée entre 1 et 2 par 100.000 femmes et par an [54–4]. Cependant, cette incidence augmente en parallèle avec l'âge pour qu'elle atteigne 20 pour 100.000 par an pour les femmes âgées plus que 75 ans [55,56,57]. Selon une étude faite en 2012 par l'institut national d'oncologie de Rabat, 77% des patientes atteintes de ce cancer étaient des femmes ménopausées [58]. Le cancer de la vulve est donc plus fréquent après la ménopause, ceci peut être dû, chez la femme ménopausée, à l'atrophie vulvaire associée au prurit et à toutes les lésions qui en découlent, à savoir l'érosion de la muqueuse, la surinfection et la leucoplasie sur lesquelles va se greffer ce cancer.

1. L'âge:

Le cancer de la vulve touche essentiellement la femme âgée de plus de 65 ans avec un pic de la courbe d'incidence entre 60 et 70 ans [59]. Cependant, actuellement on assiste à un rajeunissement de la population atteinte depuis la mise en cause du Papillomavirus Humain [60, 61, 56, 62, 63, 64]. D'après une étude rétrospective réalisée à Tunis, portant sur 11 cas de cancer vulvaire chez des femmes ménopausées, l'âge moyen de survenue est de 67 ans [65].

Et selon l'étude de Zaidi [58] L'âge moyen des patientes était de 61 ans.

Tableau IV : L'âge moyen des patientes

Auteurs	Agés extrêmes	Age(ans)
Zine El Aabidine [66]	30-81	58
F. Hinten [67]	30 -95	65
Sedreddine [68]	55-80	67
Hami et Lampe [69]	19-96	64
Bennani [70]	28-80	68
Habbab [71]	34-91	64
Notre série	30-90	64

Dans notre série, Les âges extrêmes de nos patientes étaient de 34 et 91 ans (voir page 13). Les tranches d'âge les plus touchées sont les 6ème et 7ème décennies avec un âge moyen de : 64ans.

De ce fait nos résultats se rapprochent de ceux de la littérature.

2. Antécédents :

2.1 Antécédents gynéco-obstétricaux :

a. Parité :

En ce qui concerne la vie reproductive, le risque du cancer de la vulve est augmenté avec la multiparité, mais d'après certains auteurs, la parité ne semble guère intervenir dans la genèse du cancer de la vulve. Dans notre série, la plupart de nos patientes étaient des multipares (73,21%).

b. Statut hormonal :

La carence ostrogénique joue un rôle prépondérant dans la genèse du cancer de la vulve. Il se déclare longtemps après la ménopause, avec également une plus grande fréquence chez les femmes qui ont eu une imprégnation oestrogénique diminuée ou écourtée (femmes castrées, puberté tardive, ménopause précoce).

le cancer de la vulve est un cancer qui se développe dans un contexte d'hypo-oestrogénie (ménopause précoce et / ou castration chirurgicale) qui serait responsable de la sécheresse du vagin, de la raréfaction de la glaire, de l'atrophie des petites lèvres et de la fréquence de vaginites infectieuses, mycosiques ou parasitaires. Ainsi le grattage est la cause d'érosions des muqueuses, de surinfections et de leucoplasie qui sont des véritables lésions sur lesquelles va se greffer le cancer [72].

Ceci souligne l'importance du problème d'hypo-oestrogénie dans la genèse du cancer vulvaire. Mais l'hypo-oestrogénie n'est pas du tout indispensable pour l'éclosion Du cancer vulvaire.

Tableau V: Pourcentage des patientes ménopausées selon les études

Auteurs	Pourcentage
Zine El Aabidine [66]	88,09%
Bennani [70]	69.23%
Aboulfath [73]	100%
Habbab [71]	94,30%
Notre série	82,14%

De ce fait, notre étude est proche de la littérature.

2.2 Antécédent et association carcinologique :

Les patientes qui ont un cancer ont un grand risque de développer un autre cancer. On estime que l'incidence des tumeurs primaires multiples parmi l'ensemble des cancers est de 2.5% L'étiologie des néoplasmes primaires multiples est inconnue.

Les facteurs suggérés incluent : les causes génétiques, hormonales, iatrogènes, environnementales et immunologiques [74]

Le cancer de la vulve a été associé à d'autres tumeurs malignes primaires [74]. La plupart de ces tumeurs malignes sont les cancers ano-génitaux ou le cancer cervical.

Ces résultats suggèrent que le cancer de la vulve lié à d'autres tumeurs malignes primaires de la région génitale puisse avoir une étiologie commune, en particulier, un élément infectieux [74].

Le cancer de la vulve et mammaire sont parfois et dans de rares cas associés et se limitent à la forme de maladie de Paget dans la plupart des cas rapportés. Cependant, la survenue simultanée du cancer vulvaire et du sein complètement distinct est une entité extrêmement rare [74].

Tableau VI: La fréquence d'association du cancer de la vulve à d'autres cancers selon les auteurs

Auteurs	Types d'association carcinologique	Pourcentage des patientes atteintes
Bayadi Noun [75]	Cancer du col utérin	2,43%
Yadir F Mikou [76]	Cancer du col utérin	2,85%
Bennani Mounia [70]	Absence d'association carcinologique	0%
M.Habbab [71]	Cancer du col	3,70%
Notre série	Cancer du col	5,35%
	Autre cancer	5,35%

ces résultats signifient que HPV qui est un facteur de risque majeur et commun aux 2 cancers,il provoque une oncogenèse dans des délais variables des 2 sites anatomiques différents, d'autant plus que les lésions dermatologiques du virus HPV sont souvent multiples et disséminées sur les organes génitaux.

dans notre série la fréquence d'association du cancer de la vulve avec cancer du col est à 5,35%,et la fréquence d'association aux autres est le même à 5,35%.

De ce fait notre étude est proche de la littérature.

2.3 Antécédents médicaux

Un terrain déficient est retrouvé au cours du cancer de la vulve à des proportions variables pour la plupart des auteurs. L'obésité, le diabète et l'HTA sont fréquemment rencontrés chez les patientes atteintes de cancer vulvaire [77,78 et 79]. Certains auteurs attachent la baisse des résistances immunitaires à l'âge avancé dans lequel ce néoplasie survient.

Tableau VII : Répartition du cancer de vulve selon les antécédents médicaux

Auteurs	Obésité (%)	Diabète (%)	HTA (%)
Abdi [80]	21.4%	32,1%	28,6%
Belghmi [81]	12,5%	14,06%	18,75%
Aboulfath [73]	Non étudié	9,1%	18,18%
Sedreddine Hafssa [68]	Non étudié	23,07	23,07
Bennani Mounia [70]	Non étudié	7,69	23,08
Notre Série	Non étudié	19,64%	17,85%

II. Etude clinique:

1. Les circonstances de découvertes:

1.1 Le délai de la consultation :

Dans notre série, le délai entre la première manifestation clinique et la première consultation était supérieur à 6 mois dans 75% des cas, ceci est approximativement retrouvé dans de nombreuses séries [82, 83, 84].

Ce long délai trouve plusieurs explications :

Les premières manifestations sont souvent discrètes, d'installation progressive et d'allure bénigne, ainsi le prurit vulvaire constitue le symptôme initial le plus fréquent, et il est souvent considéré comme banal par le praticien et le conduit à la prescription de topiques locaux au lieu d'un examen soigneux de la vulve et même une biopsie d'une lésion suspecte.

La pudeur des femmes âgées qui les conduisent à repousser le moment de se faire examiner.

Tableau VIII : Répartition en fonction du délai du diagnostic selon les auteurs

Auteurs	Délai>6 mois	Délai<6 mois
Sedreddine[68]	84,61%	15,39%
Aboufath [73]	73%	27%
Bennani Mounia[70]	54%	46%
M.Habbab [71]	79,30%	20,70%
Notre Série	75%	25%

Nos résultats se rapprochent alors de ceux de la littérature.

1.2 Signes d'appels :

a. Prurit :

La majorité des séries rapportées par la littérature indique que le prurit est le symptôme révélateur le plus fréquemment retrouvé (dans 70%) [85] Ceci souligne l'importance primordiale du prurit comme signe d'alarme et la nécessité d'un examen correct avec éventuelles biopsies avant tout traitement. Le prurit vulvaire est retrouvé dans 55,6% par Doh [86], dans 81,25% par Belghmi [81] dans 75% par Ouguerri [87] dans 82.2% par Abdi [80] et dans 100% des cas par Aboufath [73]. Ce prurit est caractérisé par son intensité, sa chronicité et son caractère rebelle à tout traitement symptomatique, en effet le grattage répété qu'il entraîne provoque souvent des dystrophies. Dans notre série le prurit a été observé chez 58,93% des patientes.

b. Perception d'une tumeur :

La perception d'une tumeur est un symptôme également fréquent, qui peut être bourgeonnante, ulcéro-bourgeonnante, ulcérée et/ou saignante. Elle est retrouvée par Body [88] dans 49% des cas, par Ouguerri [87] dans 38,40% des cas, par Belghmi [81] dans 75% des cas, par Zaidi [58] dans 95% des cas, et par Aboufath[73] dans 100% des cas. Dans notre série, elle a été retrouvée assez fréquemment, elle a été notée dans 82,14% des cas.

c. Douleur vulvaire :

Elle représente dans la série de Body [88] 14,4%, dans la série de Ouguerri [87] 20,54% des cas, dans la série de Belghmi [81] 31,25%, dans la série de Abdi [80] 7.1% et dans notre série elle représente 7,14% des cas.

Tableau IX : Répartition du cancer de la vulve selon le motif de consultation

Auteurs	Signes d'appel			
	Prurit%	Tumeur%	Douleur%	Saignement%
Sedreddine Hafssa[68]	76,92	92,3	7,7	7,7
Aboulfath Kamal[73]	100	100	45,45	18,18
Bennani Mounia[70]	84.26	92.3	23.07	-
M.Habbab[71]	96,2	94,3	-	13,2
Zine El Aabidine[66]	90,47	100	52,38	16,66
Notre Etude	58,93	82,14	7,14	3,57

NB : *Le prurit et la douleur n'étaient pas des motifs de consultation en eux seuls, ce sont des Signes associés au motif principal.

Pour la plupart des auteurs, le prurit est le signe fonctionnel qui motive le plus souvent la première consultation. D'autres symptômes peuvent amener la malade à consulter : la découverte d'une tumeur, les ulcérations vulvaires, des ADP inguinales, des leucorrhées, des signes de compression des organes de voisinage, des douleurs mictionnelles avec dysurie.

Dans notre série, Le motif de consultation est représenté essentiellement par la notion de prurit et la Perception d'une tumeur.

Nos résultats sont alors proches de la littérature.

2. Données de l'examen :

L'examen d'une patiente atteinte de cancer de la vulve revêt non seulement une importance de diagnostic mais oriente à cette étape la thérapeutique et voire le pronostic. Il a pour but de préciser les caractères de la tumeur et des néoplasies associés, de préciser l'état du terrain, d'évaluer la gravité des tares associées, et d'éliminer une contre-indication chirurgicale.

2.1 Examen gynécologique :

L'examen doit se faire sur une table gynécologique, avec un bon éclairage, vessie et rectum étant vides. Il a pour but de préciser les caractères de la tumeur et des néoplasies associés, de préciser l'état du terrain, d'évaluer la gravité des tares associées et d'éliminer une contre-indication chirurgicale.

a. L'aspect macroscopique de la lésion :

Cliniquement l'aspect macroscopique du cancer de la vulve se présente plus fréquemment sous la forme mixte ulcéro-bourgeonnante [89, 87, 28 et 79].

Parfois il peut s'agir d'une forme bourgeonnante ou ulcéreuse avec ou sans infiltration en profondeur.

Tableau X : Répartition des aspects macroscopiques selon les auteurs

Auteurs	Ulcéreux(%)	Bourgeonnant(%)	Ub(%)
Sedki [28]	14,28	28,57	57,14
Sedreddine [68]	0	23,07	61,53
M.Habbab [71]	9,60	13,20	75,40
Aboufath [73]	18.18	9.09	63.63
Ouguerri [87]	13,40	44,65	35,71
Notre Série	28,57	26,78	44,65

Dans la plupart des séries la forme ulcéro bourgeonnante est la plus fréquente y compris dans notre série.

b. La localisation tumorale :

Dans notre étude la localisation multifocale est la plus fréquente, représentant un pourcentage de 67,85%. Elle peut associer l'atteinte du clitoris, la fourchette vaginale, anus, méat urétral et les grandes et petites lèvres...

L'atteinte clitoridienne est retrouvée chez 37,5% des cas et la fourchette vaginale est de 19,64%.

Pour certains auteurs, le siège électif des lésions est représenté par le clitoris [87, 73,70] ou par les grandes lèvres [79 et 86].

Tableau XI. Répartition des localisations des lésions vulvaires selon les auteurs Siège

Auteurs	La localisation			
	GL	PL	Clitoris	F.V
OUGUERRI [87]	40,18	32,14	46,43	3,57
ABOULFATH [73]	63,63	45,45	72,72	-
BENNANI [70]	30,76	46,15	75,24	-
ABBOUD,J [79]	43,33	43,33	08,33	3,33
DOH [86]	64,44	6,67	08,33	3,33
Notre série	57,14	57,14	37,5	19,64

Le siège électif des lésions dans notre série est majoritairement représenté par les grandes et les petites lèvres avec un pourcentage de 57,14%.

De ce fait notre résultat est proche de la littérature.

c. Taille de la tumeur :

Tableau XII : Fréquence des cas ayant une taille tumoral supérieur à 2 cm selon les auteurs

Auteurs	Taille de la tumeur	Pourcentage
Lakhdar [68]	Plus de 2cm	69,23%
Aboufath [73]	Plus de 2cm	81,81%
Abdi [80]	Plus de 2cm	100%
Habbab [71]	plus de 2 cm	98,20%
Bennani[70]	Plus de 2cm	100%
Notre série	Plus de 2 cm	80,35%

Plusieurs auteurs ont trouvés un pourcentage plus de 70% des patientes qui ont des tumeurs dont la taille dépasse 2cm [73,68,71].

Dans notre série 80,35% des patientes ont des tumeurs dont la taille dépasse 2cm, donc notre résultat est proche de la littérature, Ceci est dû en premier lieu au retard de la consultation.

d. L'examen du tractus génital :

- Les touchers pelviens sont systématiques.
- Le toucher vaginal vérifie l'état des organes génitaux internes.
- Le toucher rectal vérifie l'état de l'ampoule rectale
- L'examen des aires ganglionnaires recherchent d'éventuelles adénopathies pelviennes.
- L'examen au spéculum ainsi que des frottis vaginaux doivent être faits dans le but d'éliminer une association avec une néoplasie cervicale.
- Enfin la palpation des seins est systématique.

2.2 Examen locorégional

a. Extension locorégionale de la lésion initiale :

Le cancer invasif de la vulve est une affection d'évolution lente et essentiellement locorégionale. Il présente deux modes de métastase fréquente : la migration d'embolus à travers le système lymphatique vers les ganglions régionaux et par contiguïté pour les tissus et les organes de voisinage. La diffusion par mode hématogène aux poumons et à d'autres organes, y compris l'épithélium cutané est relativement rare mais peut exister.

L'extension de la tumeur dans les tissus voisins peut toucher le vagin, l'urètre et l'anus et peut progresser jusqu'à la muqueuse rectale et vésicale [90].

L'envahissement locorégional est en fonction du siège primitif de la tumeur, ainsi pour les tumeurs antérieures, il y a risque d'envahissement surtout de l'urètre et la vessie, alors que les tumeurs postérieures menacent le sphincter anal et le rectum.

b. Envahissement ganglionnaire clinique :

L'incidence globale des métastases ganglionnaires dans le cancer de la vulve est de 30 à 45% [40].

Bien que l'essentiel du drainage lymphatique vulvaire se jette dans le premier relais lymphatique, c'est à dire au niveau des ganglions inguinaux superficiels, un certain nombre d'études ont rapporté la possibilité d'un envahissement ganglionnaire inguino-fémoral profond sans envahissement du réseau lymphatique superficiel [41-42].

Les régions de la vulve (partie ventrale des petites lèvres, papille urétrale, clitoris) peuvent se drainer directement vers les plexus pré symphysaires, le flux lymphatique gagnant alors directement les ganglions rétro cruraux internes et le réseau lymphatique sous symphysaire, les ganglions latéro-vésicaux puis obturateurs [40]. Ce qui explique que certaines patientes peuvent présenter des métastases ganglionnaires pelviennes alors que le curage inguino-fémoral était négatif. Ces cas sont heureusement rares.

L'incidence des métastases ganglionnaires augmente avec la taille de la tumeur primitive et la profondeur de l'invasion stromale.

Pour des tumeurs inférieures ou égales à 2 cm (T1), le risque peut être estimé à 15 ou 20%. Au-dessus de 2 cm, il passe à 30 ou 40%, puis devient très supérieur à 50% en cas d'envahissement de voisinage (T3-T4) [40].

Par le passé, un certain nombre d'études, basées sur les paramètres histologiques dans le cancer invasif vulvaire, ont été réalisées dans le but de définir un groupe « à faible risque d'envahissement ganglionnaire métastatique », ce qui permettrait d'éviter un curage ganglionnaire inguino-fémoral sans compromettre le pronostic.

Certain nombre d'études récentes montrent que le pourcentage de patientes avec envahissement ganglionnaire métastatique augmente avec chaque millimètre d'invasion [43-91-45].

Dans l'étude de Homsley et AL [46], le risque d'envahissement ganglionnaire et de l'ordre de 6,8% pour une profondeur d'invasion inférieure à 2mm.

Tableau XIII : Risque d'atteinte ganglionnaire métastatique en fonction de la profondeur d'invasion tumorale [46]

Invasion (mm)	Pourcentage de ganglions + homolatéraux	Pourcentage de ganglions + controlatéraux	Pourcentage de ganglions + bilatéraux
2 ou moins	6,8%	0%	0%
3 à 5	20,4%	1,9%	2,8%
6 à 10	28,8%	3,8%	11,3%
plus de 11	36,7%	2,5%	50%

Dans les cancers de la vulve, méconnaître une atteinte ganglionnaire met en jeu le pronostic vital à court terme [92], cela est dû à la grande lymphophilie des épithéliomas épidermoïdes de la vulve, et par la richesse du drainage lymphatique vulvaire.

La diffusion lymphatique des cellules cancéreuses de la vulve procède habituellement de manière systématique en touchant en premier les ganglions superficiels, puis les ganglions profonds inguinaux et pelviens [93]. La métastase du cancer vulvaire au niveau des ganglions inguinaux est présente dans 9 – 40% des cas [94 et 95].

Certains auteurs ont démontré que cet envahissement ganglionnaire dépend du type histologique et du degré de différenciation de la tumeur, de l'invasion en profondeur, de l'atteinte capillaire, de la taille de la tumeur et du siège primaire de la tumeur, clitoris ou périnée [95, 96,97, et 98].

Il faut aussi tenir compte de la possible et fréquente surinfection qui peut provoquer une réaction ganglionnaire purement inflammatoire.

Tableau XIV : Pourcentage des cas ayant un envahissement local selon les auteurs

Auteurs	Envahissement clinique%
Rouah [99]	44%
Hinten [67]	38,46%
M.Habbab [71]	54,70%
Belghmi [81]	40%
Abdi [80]	39,3%
Notre série	37,5%

Dans notre série, les ADP inguinales sont rapportées dans 37,5% des cas, ainsi notre étude se rapproche des autres séries.

III. Étude paraclinique:

1. Examens de dépistage :

1.1 Frottis vulvaires :

Cet examen peut mettre en évidence des cellules néoplasiques, mais ne renseigne pas sur le type histologique, ni sur l'infiltration en profondeur et surtout, le prélèvement d'éléments nécrotiques peut conduire à des faux négatifs.

Mais il reste peu fiable, cependant il est utile pour diagnostiquer les infections à herpès simplex virus [100], et en cas d'adénopathies palpables suspects qui, une fois ponctionnées peuvent subir une étude cytologique.

1.2 Vulvoscopie :

La vulvoscopie ou encore examen de la vulve au colposcope du col et du vagin ainsi que les prélèvements cytologiques et histologiques.

La vulve est examinée au colposcope d'abord sans préparations puis après application d'une solution d'acide acétique à 5% pendant 2 à 3 minutes, des photographies doivent être prises lors de chaque examen [101].

Les anomalies vulvoscopiques peuvent revêtir plusieurs aspects [102]:

- L'acidophilie diffuse : elle est caractérisée par un blanchiment plus ou moins intense après l'application de l'acide acétique.
- Les macules acidophiles : elles se présentent sous la forme de taches blanches bien délimitées, plus ou moins étendues.
- Les micropapilles : ce sont de petites projections muqueuses, plus ou moins congestives, acidophiles, d'un développement en hauteur et en largeur variable.
- Les papules : elles sont de taille variable, pigmentées ou non, avec une surface lisse ou granitée.

- La leucoparakérose : elle se présente sous l'aspect d'une zone blanche surélevée, accentuée par l'acide acétique, plus ou moins étendue, avec une surface irrégulière.

Ces différentes anomalies vulvoscopiques peuvent être isolées ou associées.

Malgré sa faible spécificité, la vulvoscopie reste un examen important et permet de révéler les lésions infra cliniques réelles, spécialement en cas d'anomalies vulvaires persistantes lors d'examens successifs. A ce titre la photographie est un document plus objectif et bien plus fiable qu'une description ou un schéma imprécis.

Toutefois, l'interprétation des aspects vulvoscopiques est difficile et toutes les anomalies persistantes doivent être biopsiées a fortiori s'il s'agit de lésions leucoparakérotosiques ou papuleuses [100].

2. Biopsie vulvaire :

C'est l'examen clé qui fournit le diagnostic histologique de certitude et qui doit être réalisé au moindre doute sur une lésion vulvaire, si minime soit-elle, qui ne fait pas sa preuve.

Il ne faut pas se contenter du diagnostic rassurant d'eczéma ou de lésions de grattage, ce qui conduit à un retard de diagnostic préjudiciable au pronostic [100,102].

Dans notre série elle a été pratiquée chez toutes les patientes.

La biopsie est réalisée habituellement sous anesthésie locale à l'aide de la pince emporte-pièce de Key ou bien à l'aide d'une pince à biopsie si la lésion est bourgeonnante.

La biopsie doit se faire au niveau des zones suspectes l'infiltration, cependant elle permet d'affirmer le diagnostic et de préciser le type histologique.

La biopsie doit éviter les zones nécrotiques pour être interprétable, elle doit intéresser la profondeur pour permettre de déterminer l'infiltration.

Ainsi les résultats de l'analyse de la biopsie permettent de distinguer différents types histologiques du cancer de la vulve :

- Carcinome épidermoïde bien différencié et peu ou pas différencié
- Carcinome baso-cellulaire
- Carcinome verruqueux
- Le mélanome malin vulvaire
- Adénocarcinome plus ou moins différencié (glande de Bartholin)
- Sarcomes
- Les tumeurs vulvaires secondaires

Le cancer épidermoïde représente plus de 90% des cancers de la vulve, les 10% restants comportent une variété étendue de tumeur s'étendant allant du carcinome baso-cellulaire aux tumeurs vulvaires secondaires [29].

Tableau XV : Natures histologiques de la tumeur selon les auteurs.

Auteurs	Carcinome Epidermoïde	Carcinome Baso cellulaire	Carcinome Verruqueux	Adénocarcinome	Sarcome	Mélanome
Lakhdar [68]	100%	-	-	-	-	-
Kroeber [103]	87,2%	-	1,1%	1,1%	-	-
Zine el Abidine [66]	97,61%	-	-	-	-	-
Aboulfath [73]	81.81%	-	9.09%	-	-	9.09%
Habbab [71]	92,5%	0%	3,7%	1,9%	1,9%	0%
Notre série	96,43%	-	-	1,78%	1,78%	-

Dans notre série, le carcinome épidermoïde est retrouvé dans 96,43% des cas Il est caractérisé par la multiplicité de ses variantes : CE bien différencié avec 35,71%, CE moyennement différencié avec 51,79%, CE faiblement différencié avec 8,93%.

Un seul cas d'adénocarcinome, et du sarcome avec un pourcentage de 1,78%.

De ce fait, le type histologique le plus fréquent dans notre série est le même que les autres études.

3. Bilan d'extension :

3.1 Bilan radiologique :

a. Radiographie pulmonaire :

Elle est pratiquée de façon systématique à la recherche d'une pathologie associée ou d'une métastase thoraco-pulmonaire contre indiquant le geste opératoire.

Dans notre étude, elle révélait 8 cas de métastase pulmonaire, représentant un pourcentage de 14,29%.

Dans la série de Rouah [99] et Birane[104] elle a été pratiquée chez toutes les patientes et n'a révélé aucun cas de métastase pulmonaire, ainsi la série de aboulfath[73] avait un seul cas de métastase pulmonaire.

b. Echographie abdominale :

Elle permet d'étudier les ganglions profonds et les organes pelviens ainsi que le foie, les voies biliaires et les reins.

Dans notre série, elle n'a pas été pratiquée systématiquement, ainsi elle a objectivé un cas de lithiase vésicale.

Dans la série de Aboulfath [73] elle été pratiqué chez la plupart des patientes et revenant normale. Dans la série de Rouah [99] elle a objectivé un cas d'angiome hépatique, un cas de kyste hydatique hépatique, un cas de kyste biliaire, un cas de foie stéatosique et elle n'a révélé aucune ADP profonde.

Dans la série de Birane [104] elle a objectivé un cas de métastase hépatique, deux cas d'adénopathies profondes, et deux cas de malformations utérines.

c. TDM thoraco-abdomino-pelvienn

Elle permet de rechercher des métastases à distance.

Dans notre série, Une TDM TAP a été réalisée chez toutes nos patientes, et s'est révélé sans particularités dans la plupart des cas 80,35%. Seulement 11 patientes soit 19,65% des cas présentaient des métastases.

Parmi ces cas 10 présentaient des métastases pulmonaires, et un cas de métastase osseuse (symphyse pubienne et branches ischio-pubiennes).

Dans la série de Bennani Mounia[70], Une TDM TAP a été réalisée chez 12 patientes soit 92,30% elle a révélé deux cas de métastases pulmonaires.

Dans la série de Aboufath [73] elle a été réalisé chez 55% des cas elle a révélé une métastase à distance chez une seule patiente.

Dans la série de Sedreddine hafssa [68], elle n'a pas été pratiquée.

Dans la série de M.Habbab[71], la TDM TAP a révélé chez 3 patientes des métastases à distance.

d. Autres examens (non de pratique courante)

d.1. Test d'induction de la fluorescence par tétracycline de Bethoux(TIFT)

Cet examen (TIFT) sera surtout utilisé dans le dépistage des carcinomes in situ.

Il se base sur le fait que les tétracyclines se fixent électivement dans les tissus épithéliaux dont le taux de renouvellement cellulaire est élevé. Ces molécules seront administrées par voie veineuse ou per os. Une heure après l'injection intraveineuse, ou 24 h après une prise orale, on réalisera une vulvoscopie sous lumière ultraviolette à la recherche de zones fluorescentes qui correspondent au tissu pathologique [100].

d.2. Test au bleu de toluidine de Collins :

Sa réalisation est simple: on badigeonne la vulve avec une solution aqueuse de bleu de toluidine à 1%, et après quelques minutes, on applique une solution d'acide acétique à 1% en solution aqueuse [100]. Le tissu sain, après s'être coloré en bleu, devra se colorer à nouveau après application de l'acide acétique. Les biopsies porteront donc sur les zones retenant le bleu.

Ce test comprend des faux positifs et des faux négatifs. Il est faussement négatif quand il y a de l'hyperkératose, et faussement positif lorsqu'il y a excoriation ou inflammation [100et 29].

d.3. Lymphoscintigraphie avec repérage colorimétrique

Elle permet d'étudier l'extension ganglionnaire par détection du ganglion sentinelle. Elle est réalisée par l'association du repérage colorimétrique et lymphoscintigraphique. Elle consiste à l'injection intradermique, à la veille de l'intervention, de 0,2 à 0,4 ml de sulfure colloïde marqué au Tc99m et au début de l'intervention, une injection intradermique de 1 à 2 ml de

bleu patenté. Les injections sont faites en péri-tumoral. Un enregistrement statique est ensuite réalisé permettant le repérage des ganglions fixant.

IV. Stadification :

Les classifications FIGO et TNM tiennent compte de ces facteurs comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau XVI : Classification de FIGO 2009 pour les cancers de la vulve :[105]

Stade I	- Tumeur limitée à la vulve et au périnée. Pas de métastase ganglionnaire
Stade I A	- Tumeurs ≤ 2 cm limitées à la vulve ou au périnée et invasion stromale ≤ 1 mm - Pas de métastase ganglionnaire
Stade I B	- Tumeurs >2 cm limitées à la vulve ou au périnée ou invasion stromale > 1 mm. Pas de métastase ganglionnaire
Stade II	- Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement de structures périnéales adjacentes (1/3 inf de l'urètre et/ou 1/3 inf du vagin et/ou de l'anus). Pas de métastase ganglionnaire
Stade III	- Tumeur (quelle que soit la taille) avec ou sans envahissement de structures périnéales adjacentes (1/3 inf de l'urètre et/ou 1/3 inf du vagin et/ou de l'anus) et métastase ganglionnaire régionale unilatérale
Stade III A	- Métastase(s) d'un ou deux ganglions <5 mm ou d'un ganglion >5 mm
Stade III B	- Métastases ≥ 3 ganglions < 5 mm ou métastases ≥ 2 ganglions >5 mm
Stade III C	- Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
Stade IV	- Envahissement tumoral d'autres structures régionales ($>2/3$ urètre, $>2/3$ vagin) ou à distance
Stade IV A	- Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées
Stade IV B	- Métastases à distance incluant les ganglions pelviens.

Tableau XVII : Nouvelle édition (7ème) de la classification TNM [105]

T1	- Tumeur limitée à la vulve /au périnée
T1a	- <2cm avec invasion stromale \leq 1 mm
T1b	- >2cm ou invasion stromale > 1 mm
T2	- Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anوس
T3	- Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale ou de pelvis
NX	- Statut ganglionnaire non évaluable
N0	- Pas de métastase ganglionnaire
N1a	- Métastase(s) d'un ou deux ganglions < 5mm
N1b	- Métastase d'un ganglion >5mm
N2a	- Métastase de 3 ganglions ou plus 5 mm
N2b	- Métastase de 2 ganglions ou plus 5 mm
N2c	- Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
N3	- Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées
Mx	- Statut métastatique à distance non évaluable
M0	- Pas de métastase à distance
M1	- Métastases à distance

Dans notre étude Seulement 58,93% de nos cas sont classés selon FIGO.

On constate que le stade I était le plus fréquent avec 26,78%, suivi du stade IV avec 16,07%, puis le stade II à 8,93% et le stade III à 7,15%.

par ailleurs les cas non classés dans notre série représentent un pourcentage important de 41,07%.

Tableau XVIII : Répartition des stades selon les auteurs

Auteurs	Stades			
	I%	II%	III%	IV%
Sedreddine[68]	00	61,53	30,76	07,07
Jeffrey G. Bell [94]	23,33	33,33	35	8,34
Bennani [70]	30,77	7,69	46,16	15,38
Ouguerri[87]	10,71	22,32	40,18	21,43
Christina[106]	35	37	15	13
Abboud [79]	23,5	55,8	20,5	-
Notre série	26,78	8,93	7, 15	16,07

Le pourcentage élevé des patientes au stade IV s’explique par le retard de consultation.

V. Traitement :

La chirurgie est considérée comme la pierre angulaire dans le traitement des cancers vulvaires dans la plupart des cas.

Le cancer de la vulve est traité, dans la plupart des centres hospitaliers par une thérapie standard (technique de Basset) : la vulvectomie totale avec un curage inguino fémoral bilatéral dès que la profondeur d’invasion dépasse un millimètre en partant du principe que le traitement radical améliore le pronostic et que la vulve est considérée comme un tout sur le plan carcinologique, sur le plan anatomique et donc comme un organe qui doit être enlevé en totalité. Récemment, un traitement conservateur est adopté, et une approche moins mutilante est à l’ordre du jour dans tous les domaines de la carcinologie, cette évolution est d’autant plus souhaitable qu’existe un rajeunissement certain des populations concernées [81, 107,108].

1. But :

Le traitement du cancer de la vulve a trois buts:

- L'éradication de la lésion.
- L'éradication de toutes les lésions potentiellement malignes fréquemment associées.
- La prévention du risque d'évolution par métastases ganglionnaires.

2. Moyens thérapeutique :

2.1 Chirurgie

Jusque dans les années 1970, le traitement des cancers invasifs de la vulve n'a pas connu de remise en question notable.

Les progrès thérapeutiques du siècle dernier ont permis d'ériger en dogme le concept d'une chirurgie radicale de principe, menée chez ces patientes souvent âgées, grâce à l'appoint majeur de l'anesthésiologie, et à la prévention des complications générales.

Parallèlement, le progrès de la chirurgie plastique permettait le recouvrement de pertes de substance cutanée, souvent délibérément extensives, dans l'espoir d'un meilleur pronostic local. Enfin, la lymphadénectomie inguinale superficielle et profonde bilatérale s'est imposée comme le standard ganglionnaire devant réduire au maximum la survenue de rechutes régionales, considérée à juste titre comme de pronostic vital très péjoratif. Le maintien de cette attitude radicale s'appuyait sur la qualité du contrôle locorégional et sur le pronostic vital favorable dans plus de 80% des formes non métastatiques. Depuis 30 ans, cette prise en charge a connu des bouleversements multiples, s'adressant notamment aux stades précoces. A l'attitude radicale de principe se substitue progressivement une approche conservatrice de l'organe et de la fonction sexuelle, les patientes se voyant proposer une «stratégie individualisée» de leur maladie. Cette tendance à la modération de l'agressivité thérapeutique (dans le maintien d'un pronostic favorable) a pour moteur l'objectif d'une moindre morbidité et surtout d'une réduction des séquelles tardives, de moins en moins acceptables.

a. Chirurgie radicale de la lésion vulvaire [2]

- **La vulvectomy totale :**
- **Principes et définitions :**

Une exérèse radicale vulvaire emporte la lésion, une quantité de la peau saine autour (marges d'exérèse superficielle) et le tissu graisseux sous-jacent jusqu'au diaphragme urogénital et l'aponévrose périnéale superficielle.

Une exérèse superficielle consiste en l'ablation de la peau seule (skinning vulvectomy des anglo-saxons) ou la partie toute superficielle du tissu sous cutanée (habituellement sans dépasser les cinq premiers millimètres).

Les berges tumorales précisent l'état pathologique ou non des tranches de section chirurgicale (elles peuvent ou non être atteintes par le processus tumoral).

Les marges d'exérèse constituent la distance (en millimètres) du tissu sain entre la tranche de section chirurgicale (ou berge) et la limite histologique d'extension de la lésion. Selon le type histologique, cette valeur peut varier, ce dont le chirurgien doit être informé afin de bien «calibrer» le geste initial ou envisager une reprise éventuelle en cas de marge atteinte ou insuffisante. Pour les carcinomes, une marge inférieure à huit mm sur pièce fixée expose à un risque important de rechute locale. Il a été montré qu'une marge de un cm in vivo devenait inférieure à huit mm après fixation. Pour cette raison, il est recommandé, en cas de carcinome invasif, d'inciser la peau avec une marge d'exérèse de plus de un cm (et idéalement de deux cm) dans toutes les directions.

Le souci cosmétique ne doit en effet jamais prendre le pas sur l'impératif oncologique qui est d'obtenir dans tous les plans, d'une part des berges saines, seule garantie d'absence de récurrence rapide possiblement mortelle, mais également des marges saines suffisantes qui mettent à l'abri de récurrences tardives.

➤ **Incision :**

La règle actuelle est de séparer les incisions de curage ganglionnaire de l'incision de vulvectomie. Cette triple incision est légitime car elle a permis de réduire la morbidité cicatricielle et n'a pas augmenté le risque potentiel de récurrence du pont cutané entre la cicatrice de vulvectomie et celle des curages, risque estimé à moins de 2%.

Aussi pour la vulvectomie radicale, les tracés d'incision cutanée et vaginale sont effectués en tenant compte de la marge saine nécessaire. En commençant à la périphérie, la section de la peau circonscrit la vulve de façon globalement elliptique, la graisse sous-cutanée est incisée à l'aplomb, au bistouri électrique. Elle est poursuivie jusqu'au plan profond constitué en dehors et latéralement par la couche blanc nacré de l'aponévrose périnéale superficielle.

➤ **Dissection :**

Puis, refoulant la pièce vers le dedans, on se dirige de façon centripète vers le vagin jusqu'à rencontrer les fibres du muscle bulbo-caverneux qui entoure le vagin terminal. L'hémostase vasculaire des branches honteuses est réalisée pas à pas au bistouri électrique ou au fil. A noter qu'en dedans, la croisée des corps spongieux du bulbe vestibulaire est assez hémorragique, nécessitant souvent des ligatures appuyées.

En arrière, la séparation cutané-sous-cutanée ménage les fibres superficielles du sphincter anal externe. En avant, la dissection du mont de vénus conduit aux deux racines du clitoris et son ligament appuyé, sous l'arche pubien en évitant toute remontée en arrière de l'arche sous peine de léser une veine de l'espace de Retzius. On se situe alors juste en avant de l'urètre. L'anneau vulvaire dont on a achevé la section périphérique est ensuite incisé sur un rayon sain afin de pouvoir terminer la section vaginale prévue en respectant le pourtour du méat urétral.

➤ **Fermeture :**

La fermeture de la plaie périnéale est réalisée d'emblée si la tension de fermeture n'est pas jugée excessive. Pour faciliter ce rapprochement, on s'aide du décollement latéral externe des tissus périnéaux. Dans tous les cas, la fermeture débute par le centrage du méat urétral, aux berges cutanées périnéales par des points séparés totaux au fil résorbable fin (4,0).

Ailleurs selon l'épaisseur, la fermeture périnéale s'exécute en un ou deux plans, par point séparés. Les points capitonnet l'espace sous cutanée limitant ainsi les espaces morts, sources d'hématomes postopératoires, et ils évitent ainsi le recours au drainage. L'aiguille pénètre dans le derme de la berge externe, capitone par des petites prises successives le tissu sous-cutané jusqu'à remonter sur la berge dermique opposée pour la partie antérieure (mont de Vénus-urètre) ou au vagin qui est chargé en sous muqueux pour les sutures latérales, après capitonage du tissu spongieux. La peau n'est donc pas fermée hermétiquement pour permettre les écoulements secondaires éventuels. Si l'application de pansement est impossible à ce niveau, l'utilisation de colles biologiques a montré un intérêt, au moins au début, pour maintenir les sutures à l'abri des souillures. La sonde à demeure est mise en place à ce moment et sera maintenue à demeure jusqu'à cicatrisation suffisante (sept jours).

Dans notre série la majorité des patientes opérées soit 92,85%, ont bénéficié d'une vulvectomy totale.

Seulement 4 patientes soit 7,15% ont bénéficiés d'une tumerectomie.

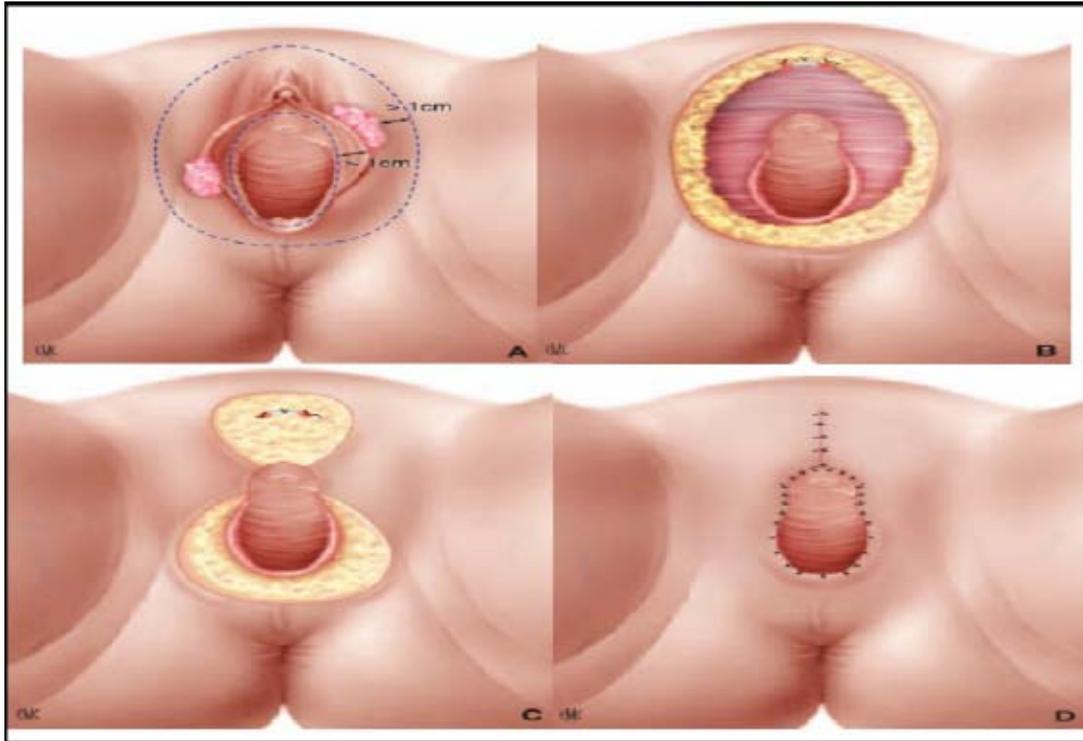


Figure 20 : Vulvectomy totale radicale [2]

- A. Le tracé circonscrit la vulve et la (les) tumeur(s) avec des marges d'au moins 1 cm interne (côté vagin), externes (côté périnée), et profondes (plan aponévrotique).
- B. Exérèse terminée, l'aponévrose périnéale superficielle et les ligatures appuyées des racines et du ligament clitoridien sont visibles.
- C. Fermeture après centrage du méat urétral.
- D. Aspect final.

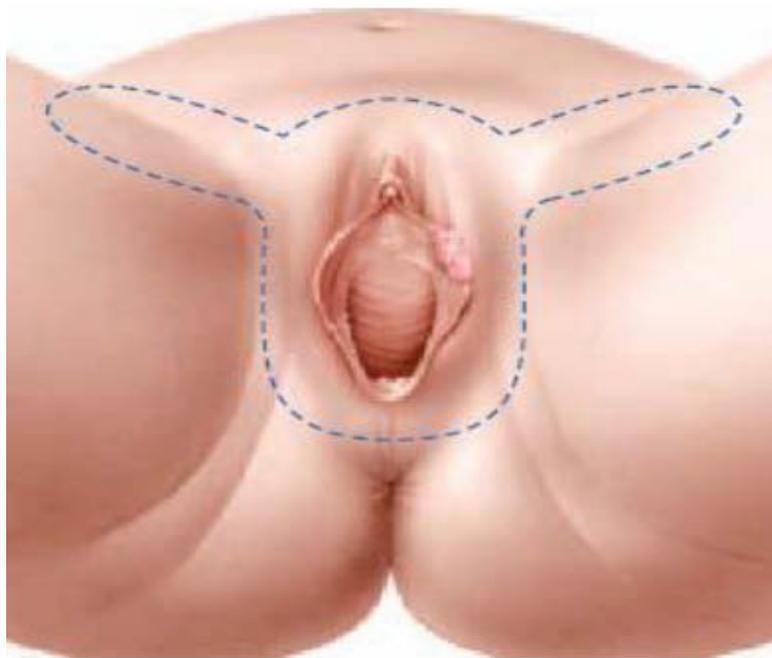


Figure 21 : Vulvectomie radicale avec lymphadénectomie bilatérale en (bloc)[109]

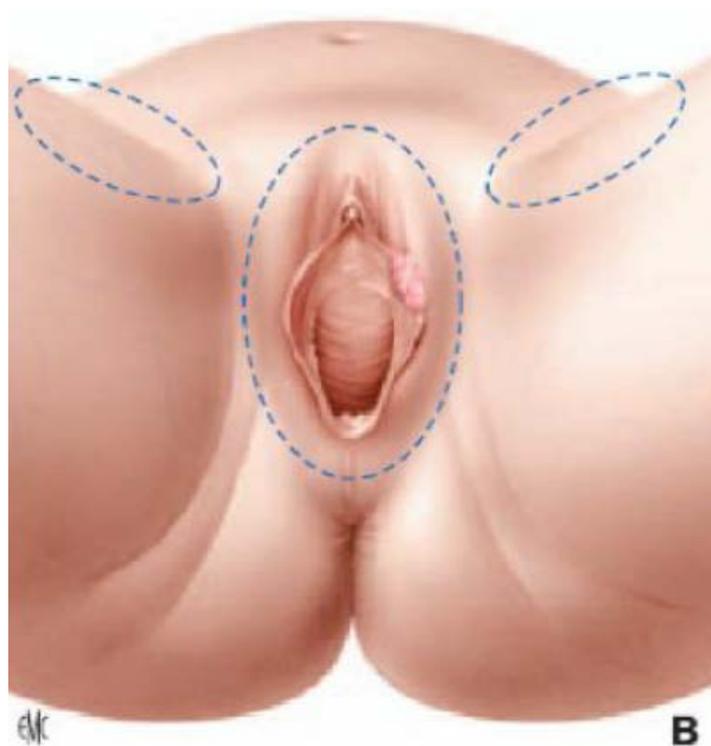


Figure 22 : Vulvectomie radicale avec triple incision [109]

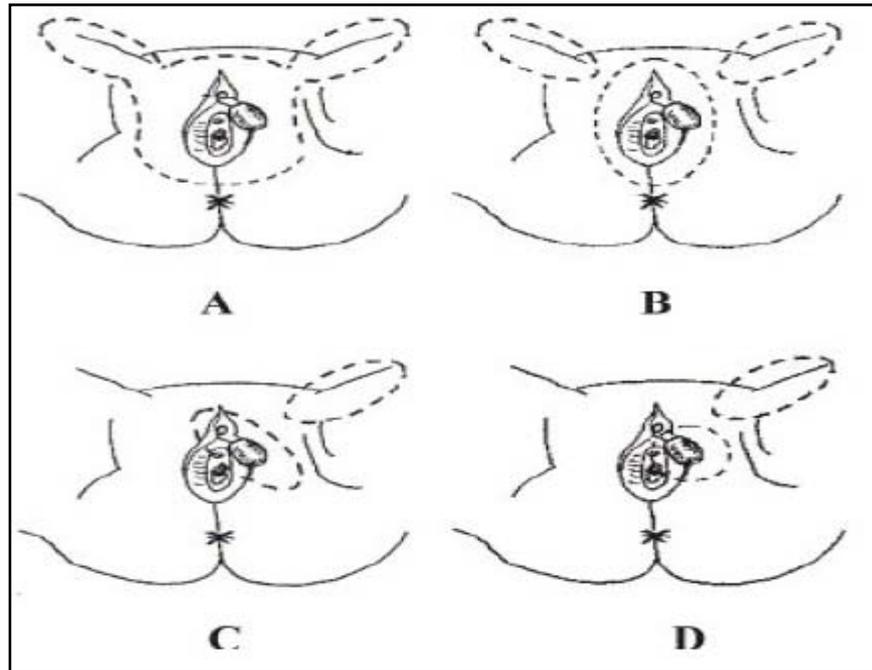


Figure 23 : L'évolution des techniques chirurgicales dans le cancer de la vulve [110].

- A. Vulvectomie radicale avec dissection en bloc.
- B. Vulvectomie radicale avec triple incision.
- C. Vulvectomie radicale modifiée.
- D. Vulvectomie radicale modifiée avec conservation du clitoris.

❖ **La vulvectomie superficielle totale :**

Il s'agit d'une intervention conservatrice, associant la sécurité d'une excision locale enlevant le tégument pathologique à la préservation des reliefs vulvaires et les organes érectiles et donc la fonction sexuelle, seuls l'épiderme et le derme sont enlevés.

Elle sera suivie d'une greffe cutanée mince prélevée de la face interne de la cuisse qui permet de réparer n'importe quelle surface d'exérèse.

Les principales indications de cette chirurgie sont :

- ✓ Les cancers in situ
- ✓ Les formes pluri focales et étendues en surface

- ✓ Chez les femmes relativement jeunes désirant garder une adaptation sexuelle.

Cette intervention de principe simple est en réalité plus délicate et plus longue, elle doit être de pratique minutieuse avec des soins postopératoires rigoureux esthétiques permettant une meilleure adaptation sexuelle [111].

❖ **La vulvectomie superficielle partielle :**

Elle est définie, comme l'ablation de plus de 25% mais moins de 90% des téguments vulvaires avec préservation du clitoris.

Elle a l'avantage d'être de réalisation simple et rapide, d'être limitée à l'exérèse de la lésion ou une partie de la vulve (pour ne pas perturber la formation sexuelle des patients et limiter les impacts psychologiques de cette intervention.

L'exérèse doit passer au moins à deux cm des lésions malignes et nécessitent une surveillance minutieuse et prolongée des bords de l'exérèse car il y a un risque élevé.

Il s'agit soit d'une hémivulvectomie latéralisée antérieure ou postérieure, soit d'une excision en croissant ou en H, elle est indiquée [111] :

- Chez les femmes jeunes désirant conserver une vie sexuelle satisfaisante.
- Chez les femmes dont l'état général ne peut pas supporter une intervention mutilante.
- Dans les cancers in situ.

Une étude menée par MONK et al [112] a comparé 13 femmes traitées par cette technique et 28 femmes traitées par vulvectomie totale radicale, après un suivi moyen de 59 mois, aucune patiente du groupe traité par vulvectomie superficielle partielle n'a présenté une récurrence locorégionale, par conséquent il a conclu que la vulvectomie superficielle avec préservation du clitoris ne compromet pas le contrôle locorégional, et donc peut être faite chez des patientes sélectionnées (tumeur à développement antérieur sans envahissement du clitoris).

- Excision locale large :

Elle est définie comme l'ablation de moins de 25% des téguments vulvaires. L'excision a l'avantage de confirmer le diagnostic histopathologique et éviter le traitement local d'une néoplasie envahissante.

Elles sont très souvent utilisées, lorsqu'il existe des lésions prolifératives condylomateuses associées et en cas de VIN III [113].

Cette technique a été utilisée chez 125 patientes par MARIAN [114] avec une marge d'exérèse de un cm de la tumeur macroscopique avec une lymphadénectomie superficielle chez les patientes avec invasion du stroma supérieur à un mm et sans curage ganglionnaire quand celle-ci est inférieure à un mm ; 23% ont présenté une récurrence locale dont 72% ont présenté une deuxième récurrence.

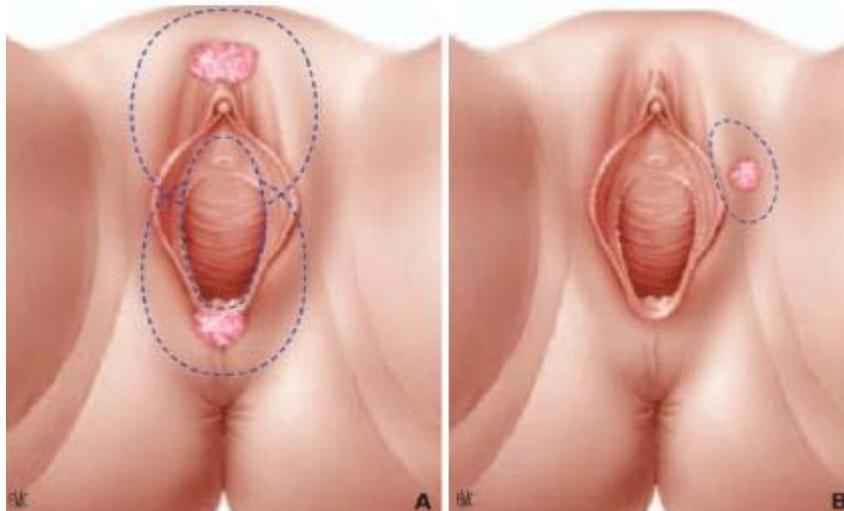


Figure 24 : Vulvectomie partielle [2]

- A. Hémi vulvectomie antérieure et postérieure
- B. Exérèse radicale respectant les marges



Figure 25 : Vulvectomie radicale partielle conservatrice du clitoris [109].

- ✓ Exentération pelvienne :

L'exentération pelvienne est une intervention chirurgicale d'exception qui représente la seule solution curatrice pour des patientes présentant une tumeur localement avancée [115].

Il existe trois types d'exentération pelvienne [116] :

- ✓ L'exentération pelvienne antérieure qui est définie comme la résection complète de la vessie, la partie inférieure de l'uretère, la partie supérieure du vagin, l'utérus, les annexes et les ganglions lymphatiques adjacents.
- ✓ L'exentération pelvienne postérieure qui est définie comme la résection complète de la partie supérieure du vagin, des annexes, du rectum et/ou de l'anus et des ganglions lymphatiques adjacents.
- ✓ L'exentération pelvienne totale qui consiste en la résection complète de la vessie, de la partie inférieure de l'uretère, la partie supérieure du vagin, l'utérus, les annexes, le rectum et /ou l'anus, et les ganglions lymphatiques adjacents.

Ce sont des interventions longues d'indication limitée, les suites opératoires demandent beaucoup de soins et les complications les plus importantes sont l'infection et l'hémorragie. La découverte d'un envahissement ganglionnaire multiple contre indique toute exentération pelvienne.

b. Chirurgie ganglionnaire :

❖ **Principes généraux :**

Une méta-analyse récente des essais randomisés et études cas-témoins a confirmé la supériorité en termes de contrôle local et de survie de la chirurgie sur la radiothérapie inguinale seule en cas d'envahissement ganglionnaire [2].

Ce résultat justifie, sauf si l'état de la patiente ne le permet pas, la réalisation systématique de lymphadénectomie inguinale dans les cancers invasifs de la vulve.

Une meilleure connaissance de l'anatomie lymphatique vulvaire et l'étude des modalités d'envahissement ont permis de mieux codifier cette chirurgie.

Récemment, à l'instar des cancers du sein, la recherche d'un ganglion sentinelle inguinal dans les carcinomes de vulve permet de détecter le premier relais de drainage, parfois situé en position atypique.

Cette méthode est prometteuse et pourrait à terme réduire la morbidité de cette chirurgie ganglionnaire qui reste significative, tant en postopératoire qu'à distance.

❖ **Technique de la lymphadénectomie inguino-fémorale complète [2] :**

• **Incision :**

Elle est parallèle au pli de flexion de la cuisse, à deux cm au-dessous ou à distance d'une zone de macération chez l'obèse. Elle mesure quatre-six cm de longueur et sa moitié externe est centrée sur les battements du pédicule fémoral.

La graisse sous-cutanée est incisée jusqu'à visualiser le fascia de Camper sous lequel se trouvent les ganglions superficiels. Les lambeaux cutanés supérieur et inférieur sont décollés sous ce fascia, afin d'avoir suffisamment de tissu sous-cutané bien vascularisé et éviter une nécrose secondaire.

Les limites de dissection sont celles du triangle de Scarpa délimité en haut par l'aponévrose du grand oblique et l'arcade crurale, en dehors par le muscle sartorius (couturier), en dedans par le muscle long adducteur.

Au milieu de ce triangle sous le fascia cribiformis chemine le pédicule fémoral avec de dehors en dedans, le nerf crural (non visible car dans l'aponévrose du psoas et rapidement divisé), l'artère et la veine fémorale commune rejointe sous l'arcade par la veine saphène interne une saphène accessoire.

- **Curage superficiel :**

Il procède à l'exérèse des ganglions situés autour de la veine saphène et de sa crosse jusqu'au plan du fascia cribiformis qui entoure les vaisseaux fémoraux en profondeur, entre le bord interne du sartorius en dehors, l'arcade crurale en haut et le relief du moyen adducteur en dedans.

Il n'est pas indispensable de sacrifier systématiquement la veine saphène, car elle pourrait éviter certaines complications lymphatiques postopératoires.

- **Curage profond :**

Il enlève les ganglions situés au contact du bord interne de la veine fémorale et du fascia du muscle moyen adducteur, en remontant sous l'arcade crurale pour ôter le ganglion de Cloquet s'il est présent.

Ce geste nécessite l'ouverture du fascia cribiformis et l'exposition des vaisseaux fémoraux.

Afin d'éviter une hernie directe secondaire, l'orifice crural est fermé, par abaissement de l'arcade crurale au ligament de Gimbernat à l'aide d'un point en U en dedans de la veine fémorale.

- **Fermeture :**

Elle s'effectue en deux plans sur drainage aspiratif. En cas de dissection inguinale large avec mise à nu complète des vaisseaux fémoraux, leur couverture par le muscle couturier (sartorius) les protège d'une exposition directe en cas de désunion secondaire de la cicatrice inguinale.

A cet effet, la gaine du sartorius est ouverte et le tendon supérieur du muscle est désinséré de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le corps musculaire peut alors être mobilisé et transposé, sans section pédiculaire, en avant des vaisseaux fémoraux.

Son extrémité supérieure est fixée par quelques points à l'aponévrose du grand oblique.

Ce procédé avait été proposé pour réduire les complications cicatricielles des curages, ce qui n'a pas été confirmé par une étude randomisée menée par JUDSON [117].

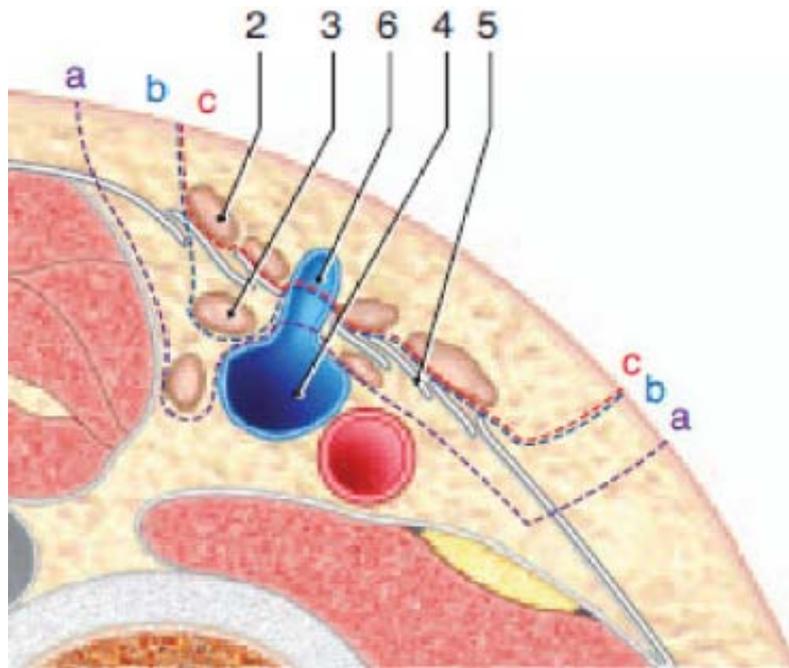


Figure 26 : Différents types de curage [109]

Anatomie :

1. Arcade crurale ; 2. Ganglions inguinaux superficiels ; 3. Ganglions inguinaux profonds (fémoraux) ; 4. Veine fémorale ; 5. Fascia cribriforme ; 6. Veine saphène.

Procédures chirurgicales de l'aîne :

- a. Curage inguino-fémoral complet ;
- b. Curage inguinal superficiel et fémoral interne respectant le fascia cirbriforme ;
- c. Curage inguinal superficiel.

❖ **Curage ganglionnaire laparoscopique :**

Vu les complications postopératoires qui suivent la lymphadénectomie inguinale, la technique vidéo-endochirurgicale, élimine complètement les complications postopératoires immédiates, l'absence d'incision fait disparaître toutes les complications en relation avec l'incision, cette technique respecte le réseau veineux de drainage du membre inférieur. Quand le curage pelvien est nécessaire il peut être réalisé par voie rétro-péritonéale.

Cette technique proposée passe par 3 temps séparés :

- Infiltration du triangle de Scarpa par une injection de sérum physiologique additionné à l'eau distillée.
- Liposuction et insufflation de gaz carbonique.
- Dissection endo-chirurgicale.

SCHNEIDER [118] a utilisé pour cette méthode de curage pelvien chez 12 patientes suspectées ayant un envahissement ganglionnaire pelvien, deux de ces patientes avaient un envahissement ganglionnaire histologique et ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante, le drain intra-abdominal a été enlevé après quatre jours en moyenne.

Il a conclu que la lymphadénectomie laparoscopique apparaît prometteuse et permet d'éviter une irradiation pelvienne inutile lorsque les ganglions sont négatifs.

Cependant, d'autres études sont encore nécessaires pour affirmer ce rôle de la lymphadénectomie endochirurgicale.

c. Détection du ganglion sentinelle :

Le ganglion sentinelle est le premier relais ganglionnaire drainant une lésion tumorale.

Sa détection a déjà été validée, notamment dans le mélanome cutané et le cancer du sein [32].

Si le ganglion sentinelle est exempt de métastase, les autres ganglions le sont théoriquement aussi.

La détection du ganglion sentinelle dans les tumeurs vulvaires serait une excellente alternative à la lymphadénectomie complète et permettrait de réduire la morbidité liée à cette dernière.

La détection des ganglions est réalisée par l'association du repérage colorimétrique et lymphoscintigraphique.

❖ **Déroulement de la technique :**

La veille de l'intervention, chaque patiente reçoit une injection intradermique de 0,2 à 0,4 ml de sulfure colloïde (Nanocist) marqué au Tc99m.

Les injections sont faites en péri-tumoral. Un enregistrement statique est ensuite réalisé permettant le repérage des ganglions fixants.

Un repère cutané est réalisé en regard de chaque ganglion fixant.

Pour chaque ganglion repéré, il est précisé le côté et la localisation : inguinal, crural, et iliaque.

Examen histologique après coloration par l'hématéine et en un marquage immuno-histochimique par un anticorps anti-cytokératine de type AE1 /AE3, KL1.

Ainsi, de 20% à 38% de ganglions jugés «indemnes» en examen standard ont présenté des micro-métastases millimétriques avec cette technique [109].

L'iatrogénie de cette procédure est minime.

L'innocuité de la méthode isotopique est bien établie, en ce qui concerne tant les patientes que le corps soignant.

Le bleu patent a pour inconvénient quelques réactions allergiques, pouvant dans d'exceptionnels cas conduire à des collapsus per-opératoires.

L'interrogatoire préalable à la recherche d'un terrain prédisposant et la prise en charge anesthésique rigoureuse sont impératifs.

❖ **Apports de cette technique :**

La première contribution de cette technique est d'avoir confirmé sur le plan fonctionnel les modèles du drainage lymphatique d'origine vulvaire qui est unilatéral dans l'immense majorité des lésions latéralisées, sans croisement au creux inguinal controlatéral, sauf dans la situation d'un blocage métastatique ganglionnaire homolatéral.

Elle a validé le caractère exceptionnel du «saut lymphatique», et donc l'absence d'atteinte pelvienne en l'absence d'atteinte inguino-fémorale, et a confirmé le drainage bilatéral potentiel des lésions médianes.

Elle a permis d'expliquer les échecs thérapeutiques précédemment signalés dans le cadre des lymphadénectomies partielles, et en particulier inguinales superficielles : en effet, la dissection de certains ganglions sentinelles a permis d'établir leur localisation anatomique inattendue soit superficielle excentrée (le plus souvent interne) par rapport aux limites anatomiques admises du scarpa, soit profondes plus ou moins rétro-crurales [119].

Enfin, et surtout, elle a réalisé un gain notable dans l'iatrogénie de la prise en charge ganglionnaire : les prélèvements chirurgicaux limités au seul ganglion sentinelle ne présentent que de rares et bénignes complications (lymphocèle sans désunion, infection limitée, lymphoedème exceptionnel).

Le prélèvement d'un ganglion sentinelle préalable à un curage standard n'augmente pas les risques cicatriciels de ce dernier, en particulier au plan cutané.

❖ **Echecs et écueils :**

La non-détection pré- et peropératoire du ganglion sentinelle est un moindre mal puisque, dans l'état actuel des recommandations, toute défaillance de détection dans un territoire potentiellement atteint doit conduire à pratiquer une lymphadénectomie conventionnelle.

Plusieurs facteurs peuvent intervenir dans cette non-détection :

- Le terrain : obésité, surinfection de la tumeur, tumeur de topographie médiane, la procédure : malfaçon dans la préparation de l'isotope ou dilution inadéquate du bleu, mauvaise injection péri-tumorale ;
- Le chirurgien dont l'apprentissage serait insuffisant.

- La problématique fondamentale de cette technique est celle d'un faux négatif avec une répercussion pronostique redoutable de poursuite évolutive ganglionnaire.
- Cette situation de faux négatif peut être imputable:
- Soit au chirurgien, qui doit appliquer strictement les critères de définition isotopique du ganglion sentinelle se référant au bruit de fond et ne laissant subsister en fin de prélèvement chirurgical aucune zone chaude ni formation colorée dans le curage ;
- Soit à l'anatomopathologiste qui, face à ce risque de faux négatif, doit développer la technique d'ultra-staging.

Une étude récente menée par LINDEL ET AL [120] et qui a concerné 77 patientes ayant bénéficié de cette méthodes, a montré une concordance entre ganglions détectés sur la scintigraphie et ceux trouvés lors de la chirurgie, un taux de détection du GS a été de 98% pour les radio-isotopes plus colorant bleu, et 94% pour le bleu seul. Deux cas de faux négatifs (taux de faux négatifs de 2,7%) ont été trouvés, pour des tumeurs de la ligne médiane.

Cette étude a conclu que la méthode du ganglion sentinelle n'est pas recommandée pour les tumeurs de plus de 40mm [120]. La validité de la détection du ganglion sentinelle étant établie dans les tumeurs vulvaires débutantes et latéralisées, la question reste posée de son adéquation aux tumeurs médianes, qu'elles soient antérieures (péri-clitoridiennes) ou périnéales postérieures [109], en effet une étude très récente [121] suggère que la technique du GS serait moins attirante en matière de tumeurs de la ligne médiane.

Aucune de nos patientes n'a bénéficié de cette technique.

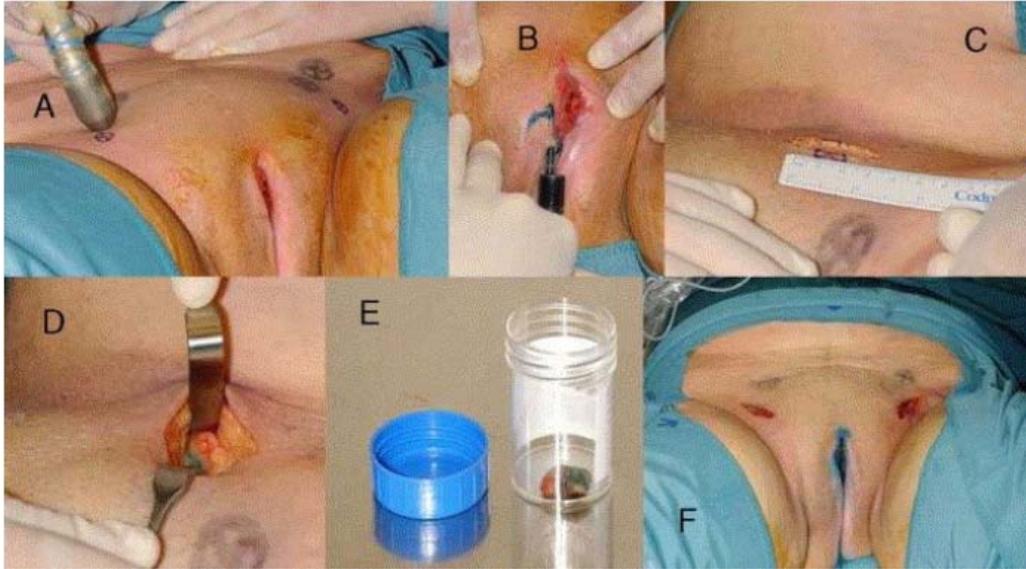


Figure 27 : Revue des différentes phases de la procédure du ganglion sentinelle [122].

- a. Identification du point chaud avec une investigation à main;
- b. Injections du bleu patenté;
- c. Incisions inguinales de 3–4 cm;
- d. Recherche des canaux lymphatiques bleus;
- e. Ganglion sentinelle enlevé;
- f. Situation après procédure du ganglion sentinelle bilatérale et excision

d. Chirurgie de reconstruction

La reconstruction vulvopérinéale après vulvectomie radicale élargie pour néoplasie vulvaire est apparue depuis plusieurs années comme une chirurgie réparatrice indispensable au chirurgien, lui permettant d'améliorer à la fois le résultat carcinologique et le résultat anatomique des patientes [123].

Par ailleurs, il existe un intérêt carcinologique puisque le nombre de résections tumorales est diminué par la pratique des techniques de reconstruction périnéale [124], concernant les suites postopératoires, LANDONI ET AL [123], retrouvent une diminution significative du nombre de désunions cicatricielles et de sténoses vaginales après reconstruction périnéale par rapport à une suture directe sans lambeau.

Le choix des techniques de reconstruction périnéale s'appuie sur plusieurs critères ; la technique doit être :

- Fiable,
- Reproductible,
- Sans morbidité excessive,
- Peu invasive avec un résultat anatomique et fonctionnel satisfaisant.

L'utilisation de lambeaux doit permettre un recouvrement adéquat sans tension et en un seul temps de la région d'exérèse avec la conservation d'une vascularisation correcte [1 23].

Les techniques de plastie sont diverses et dépendent de la localisation du défaut, de la superficie à couvrir et de l'état trophique des tissus [2].

- Greffe de peau mince :

Elles sont choisies de préférence pour couvrir une perte de substance après une exérèse superficielle.

Le prélèvement s'effectue à la cuisse soit en peau totale, prise dans une zone facile à refermer, soit en peau mince à l'aide d'un dermatome, L'agrandissement en filet du prélèvement cutané augmente les possibilités de couverture.

- Lambeaux rhomboïdes d'avancement cutané :

Du fait de la richesse du réseau honteux, la peau fessière ou du sillon génito-crural se prête à ce type de reconstruction.

La taille du lambeau ne doit pas excéder quatre×quatre cm sous peine de rencontrer des difficultés de fermeture de la zone donneuse.

Ce procédé est choisi en cas de chirurgie partielle en lambeau simple ou bilatéral, si là à couvrir le nécessite. Un tracé géométrique préalable est nécessaire.

La peau et le tissu sous-cutané sont incisés jusqu'au fascia exclu.

Pour garantir une bonne viabilité en cas de lambeau géométrique, leur longueur ne doit pas excéder deux fois leur largeur à la base.

Le large décollement périphérique de la zone donneuse facilite le rapprochement des angles échangés.

- Lambeau facio- ou myocutanés :
 - Principes :

Ils sont indiqués pour des pertes de substance larges et profondes. Le lambeau fasciocutané exploite l'extension sous-cutanée orientée d'un réseau vasculaire plus profond alors que le lambeau myocutané exploite l'irrigation cutanée en regard d'un corps musculaire.

Afin de préserver la vascularisation superficielle d'un effet de cisaillement durant la manipulation du lambeau, il est recommandé de solidariser au fur et à mesure, par des points séparés, la palette cutanée au fascia ou au muscle prélevé.

La fermeture du site donneur en deux plans sur drainage aspiratif, nécessite au préalable une mobilisation large des deux berges restantes.

- Lambeau de gracilis :
- Lambeau glutéal [125]:
- Lambeau d'avancement en V-Y :
- Lambeau de fascia lata [53] :
- Autres lambeaux possibles :

Ils sont d'utilisation plus rare dans cette indication.

Le lambeau myocutané vertical de grand droit (VRAM) ou transverse inférieur (TRAM) est réputé pour sa fiabilité et la possibilité de couvrir des grandes surfaces. Mais il nécessite un abord abdominal.

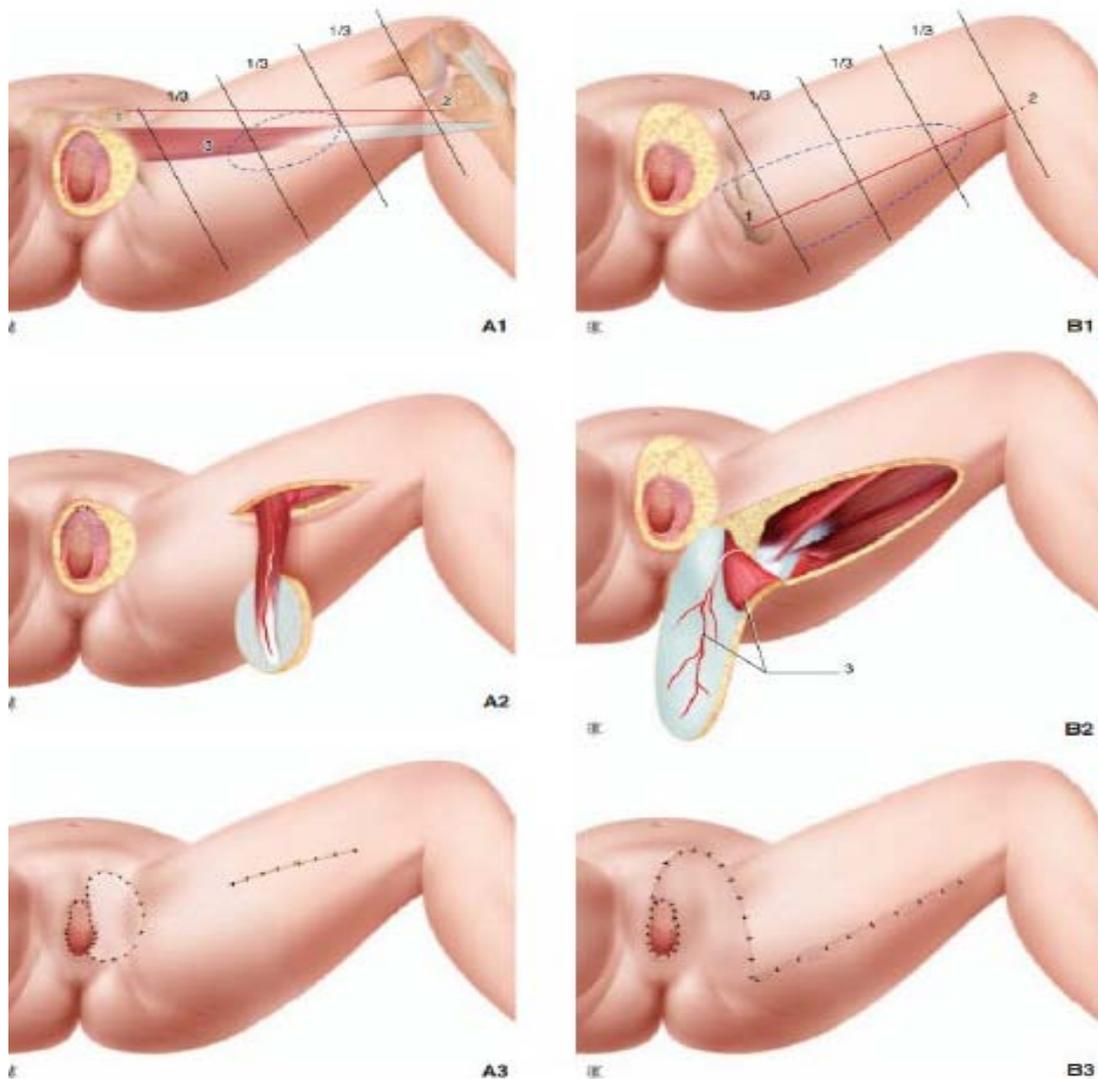


Figure 28 : Principes des lambeaux de couverture

A. Droit interne (gracilis). 1. Épine du pubis ; 2. Tubercule interne du tibia ;

3. Gracilis

B. Grand fessier (glutens maximums). 1. Tubérosité ischiatique ; 2. Milieu du creux poplité;

3. Muscle fessier entamé et pédicule fasciocutané [113]



Figure 29 : Aspect initial avec marquage des traits d'incision [126]



Figure 30 : Lambeau glutéal de couverture dans la chirurgie vulvo-périnéale. [123]



Figure 31 : Lambeau musculo-cutané glutéal inférieur centré sur l'artère fessière [123].



Figure 32 : Aspect après l'intervention [123]

2.2 Radiothérapie :

a. Techniques :

➤ Radiothérapie externe :

La radiothérapie conventionnelle 2D après simulation classique ou simulation-scanner pour la détermination optimale de la balistique avec dosimétrie prévisionnelle est largement utilisée en routine.

La radiothérapie conformationnelle 3D après scanner dosimétrique est moins fréquemment utilisée.

La radiothérapie peut être appliquée selon différentes modalités : soit en association à la chirurgie en pré-ou postopératoire, soit à titre exclusif.

Le volume cible inclut généralement la partie basse du pelvis (incluant les ganglions pelviens et inguinaux, et la vulve selon les possibilités d'exérèse chirurgicale de la tumeur primitive en épargnant au mieux les têtes fémorales.

Une autre technique utilisant une filtration partielle réduit aussi la dose aux têtes fémorales.

Le scanner diagnostique puis dosimétrique (en position de traitement) permet de déterminer l'énergie optimale des électrons, mais aussi de visualiser des ganglions profonds à inclure, non détectables à l'examen clinique.

Les grosses atteintes vulvaires et inguinales peuvent bénéficier d'un complément d'irradiation par un faisceau direct d'électrons.

Des doses de 45 à 55 Gy, à raison de 8,5 à 9 Gy par semaine en cinq séances, sont généralement délivrées en association radio-chirurgicale.

Ces doses doivent atteindre 65 à 70 Gy dans un volume limité en radiothérapie exclusive ou lorsqu'il existe une maladie résiduelle macroscopique (lésionnelle et/ou ganglionnaire).

Dans certains cas, le complément vulvaire peut être effectué par curiethérapie interstitielle ou un faisceau direct d'électrons.

Lorsque le volume cible est cantonné aux seuls ganglions inguinaux (N+), avec protection volontaire de la région vulvaire par plomb médian, une incidence plus élevée du taux de récurrences vulvaires est constatée.

➤ **Curiethérapie :**

La curiethérapie interstitielle (implantation dans la lésion et son environnement) en bas débit de dose grâce à des fils ou épingles d'iridium192 et la curiethérapie interstitielle à bas débit pulsé ont été utilisées.

Le principe de la curiethérapie est de délivrer une forte dose dans un petit volume.

Elle peut être utilisée seule ou en complément de la radiothérapie externe, ou associée à la chirurgie seule lorsque les marges sont étroites ou insuffisantes, en particulier au voisinage de l'urètre et de l'anus.

➤ **Notions de dose, temps, fractionnement [92]:**

L'unité de dose en radiothérapie est le Gray : $1\text{joule/kg}=100\text{rads}$, les doses totales varient entre 2Gy et 70Gy selon les indications.

Le fractionnement classique est de 2Gy/séance, à raison de cinq séances par semaines (10Gy/sem.).

L'étalement varie donc entre deux et sept semaines à raison de 10Gy par semaine. On peut traiter de façon contractée en délivrant une dose équivalente à une certaine dose en étalement classique dans un temps plus court.

➤ **Notions de radiosensibilité [92] :**

Ce sont les tumeurs dotées d'un haut coefficient de prolifération avec un rythme de renouvellement rapide qui sont les plus radiosensibles.

La radiosensibilité dépend aussi d'autres fractures telles que le caractère macroscopique (bourgeonnant ou infiltrant).

Les tumeurs bourgeonnantes sont plus vascularisées donc mieux oxygénées, donc plus radiosensibles, cet effet oxygène est assez augmenté avec le type d'irradiation, certains produits augmenteraient la radiosensibilité. La radiosensibilité dépend aussi du type histologique des lésions et du volume tumoral. Le cancer de la vulve a une assez bonne radiosensibilité qui dépend aussi des propriétés des tissus sains qui l'entourent et le portent, dont la tolérance aux radiations doit être supérieure à celle de la tumeur elle-même, conditions partiellement réunis au niveau de la vulve.

- **Notions de dose tumoricide :**

Il a été démontré que pour stériliser un micro-foyer tumoral de un mm, il faut 45 à 50 Gy pour les carcinomes.

- **Notions d'organes à risque OAR [127] :**

Ces niveaux de doses peuvent éventuellement être dépassés sous réserve d'une justification liée au contrôle local et à la survie de la patiente, après information de celle-ci. Ils doivent être appliqués en intégrant les comorbidités présentées par la patiente et les traitements associés qui peuvent majorer les risques de complication.

- **Rectum :**

La dose délivrée par les faisceaux englobant le rectum en totalité ne dépassant pas habituellement 50 Gy.

- **Vessie :**

La dose délivrée par les faisceaux englobant la vessie en totalité ne dépassant pas habituellement 50 Gy.

- **Urètre :**

Organe immédiatement adjacent au CTV (clinical target volume) dans sa partie craniale et inclus dans le PTV dans sa partie distale : ne peut donc pas être protégé.

Dose de tolérance inférieure à la dose habituellement prescrite.

- **Canal anal :**

Organe inclus dans le (planning target volume) : ne peut donc être protégé. Dose de tolérance inférieure à la dose habituellement prescrite.

- **Intestin grêle :**

OAR en cas d'irritation lymphatique iliaque.

Dose maximale de 50 Gy dans quelque dizaines de cm³ Sur un grand volume il n'est pas recommander de dépasser 40Gy

Têtes, cols fémoraux et grands trochanters :

La dose de 50 Gy ne doit pas être délivrée dans plus de 10% d'un volume osseux contourné par convention du sommet des têtes fémorales au petit trochanter.

b. Traitement de la lésion vulvaire :

➤ **Radiothérapie exclusive :**

La radiothérapie peut être exclusive quand elle peut représenter le traitement du cancer, elle est indiquée dans le traitement des formes récidivantes et dans les formes chirurgicalement dépassées ou malades inopérables.

La radiothérapie peut être également utilisée en tant qu'alternative à lymphadenectomie inguino-fémoral pour des patients sans ganglions suspects et sans anomalies à l'échographie ou à l'IRM, des études faites pour comparer l'efficacité de la radiothérapie exclusive par rapport à la chirurgie, ont montré des taux de récives plus importantes chez les patientes traitées uniquement par la radiothérapie (16%) comparées à la chirurgie (2-6%).

Toutes fois les auteurs concluent sur l'efficacité de la radiothérapie exclusive chez les patientes sans ganglions papables même si cela ne se base par sur des preuves suffisantes [128].

Dans notre série la radiothérapie exclusive a été pratiquée chez 3 patientes 5,35%.

➤ **Radiothérapie postopératoire (adjuvante) :**

L'exérèse première de la lésion vulvaire, lorsqu'elle est possible, permet d'identifier plusieurs situations histo-pathologiques associées à un risque accru de récurrence locale (volume tumoral, marge chirurgicale étroite, épaisseur de la tumeur et envahissement vasculaire lymphatique profond, statut ganglionnaire).

La radiothérapie postopératoire (adjuvante) a pour but d'augmenter les chances de contrôle local lorsque les limites de l'exérèse sont insuffisantes et qu'une reprise chirurgicale risquerait d'être mutilante et invalidante, en particulier pour les localisations proches de l'anus ou de l'urètre. Chez les patientes sélectionnées, avec des marges étroites ou d'autres facteurs de risque de rechute, la radiothérapie postopératoire locale du lit tumoral semble améliorer les résultats de la chirurgie seule.

Cependant, aucun essai prospectif n'est disponible pour déterminer avec plus de précision la place exacte de la radiothérapie postopératoire du lit tumoral [109].

Pour les patientes N+ après vulvectomy totale et lymphadénectomie inguino-crurale, l'irradiation du lit opératoire vulvaire au cours de l'irradiation des aires ganglionnaires atteintes est proposée par certains auteurs, au regard du taux de récurrences locales après irradiation limitée à la seule région inguinale. Mais du fait de la mauvaise tolérance des tissus vulvaires à l'irradiation, cette attitude n'est pas retenue actuellement par la plupart des auteurs [90], d'autant que ces récurrences locales sont souvent très bien prises en charge chirurgicalement avec un bon pronostic.

Cependant, les nouvelles techniques d'irradiation doivent permettre une meilleure tolérance.

PARTHASARATHY [126] a réalisé sur 208 patientes ayant un seul ganglion envahi, 102 patientes ont reçu une radiothérapie adjuvante alors que 106 patientes n'ont reçu aucune radiothérapie. Le premier groupe avait une survie à 5 ans de 77% comparée à 61,2% dans le deuxième.

La radiothérapie adjuvante chez des patientes ayant un seul ganglion envahi augmente alors le taux de survie des patientes quel que soit l'âge et l'étendue de la lymphadénectomie (même quand la résection est inférieure à 12 ganglions).

La radiothérapie adjuvante a été réalisée chez 5 patientes (38,46%), les indications étaient essentiellement : marge chirurgicale étroite, engainement péri nerveux, envahissement vasculaire lymphatique profond, statut ganglionnaire + (N+)

➤ **Radiothérapie préopératoire (néo adjuvante) :**

Pour les patientes présentant des tumeurs avancées localement, la radiothérapie préopératoire présente un intérêt grâce à la régression tumorale obtenue et une éventuelle stérilisation de la maladie microscopique. Elle va autoriser une chirurgie plus économique, en marges saines, sans le sacrifice mutilant d'organes tels que l'urètre, l'anus, le clitoris.

Les études sur la radiothérapie préopératoire dans cette indication sont peu nombreuses, mais plusieurs auteurs ont rapporté d'excellentes réponses tumorales avec des taux de contrôle local élevés, et ce à des doses relativement modérées (45 à 55 Gy) [109].

Ainsi une régression tumorale complète a été constatée dans 30 à 50% des cas pour des tumeurs classées T3-T4 et a permis une exérèse secondaire conservatrice (préservation de l'urètre et de sphincter anal) [109].

Ces études prouvent donc que l'irradiation peut réaliser une réduction tumorale dans le cas de maladie localement avancée et autoriser ainsi une chirurgie plus conservatrice (en évitant des exentérations mutilantes), en marges saines, préservant certains organes et fonctions de voisinage, sans perte de chance pour le contrôle local.

➤ **Radio–chimiothérapie néo adjuvante :**

Les résultats les plus contributifs concernant la radio–chimiothérapie néo–adjuvante dans les cancers vulvaires localement avancés viennent d’un large essai prospectif du GOG : Gynécologie oncology Group [90].

Dans cette étude, 71 patientes évaluables avec des tumeurs localement avancées T3 ou T4, jugées non résécables par vulvectomy radicale standard, ont été traitées par radio chimiothérapie préopératoire.

La chimiothérapie a consisté en deux cycles de 5FU–cisplatine.

La dose en radiothérapie était de 47,6 Gy délivrée en split course (deux séries), avec une partie de la dose délivrée à raison de deux séances quotidiennes (bi–fractionné) pendant la perfusion de 5FU.

Après un intervalle libre de quatre à huit semaines, une résection du reliquat tumoral vulvaire était pratiquée (ou une éventuelle biopsie chirurgicale du site initial de la lésion en cas de réponse clinique complète).

Une réponse clinique complète a été constatée chez 33 des 71 patientes (47%).

L’analyse histologique des pièces opératoires d’excision du reliquat ou des biopsies a montré l’absence de maladie résiduelle pour 22 patientes (31%). Seulement deux sur 71 (3%) ont présenté encore une lésion inextirpable après radio–chimiothérapie, et pour seulement trois patientes il a été impossible de préserver le sphincter anal et /ou urétral. Avec un suivi médian de 50 mois, 11 sur 70 (16%) ont présenté une récurrence vulvaire locale.

En effet GERSZTEN [129], a rapporté une série de cas de 18 patientes ayant un cancer vulvaire avancé, traité par la 5 fluorouracil et cisplatine associée à une irradiation durant la première et la dernière semaine avec une irradiation quotidienne de 44,6 Gy sur le lit tumoral et la région inguinale.

La chirurgie a été programmée quatre à six semaines après ce traitement et les résultats étaient satisfaisants, les complications postopératoires étaient peu significantes.

La prudence doit toutefois rester de mise pour les indications de protocoles thérapeutiques trop agressifs pour cette catégorie de patientes, souvent âgées et présentant fréquemment des comorbidités : des toxicités pulmonaires sévères ont été notées chez des patientes traitées par bléomycine.

c. Traitement de la maladie ganglionnaire :

➤ **Radiothérapie exclusive :**

Bien que la lymphadénectomie inguinale radicale ait été considérée comme le traitement de choix pour le traitement de la maladie ganglionnaire des cancers invasifs vulvaires, des études rétrospectives ont suggéré l'efficacité de l'irradiation ganglionnaire (prophylactique) par la prévention des récurrences inguinales, avec une toxicité moindre que le curage [109].

Cependant, il existe toujours une controverse sur le rôle exact de la radiothérapie (prophylactique) des ganglions inguinaux non opérés et le curage inguino-crural reste actuellement le traitement standard.

Les femmes en mauvais état général, chez qui ni un traitement chirurgical, ni une chimiothérapie ne sont possibles, peuvent bénéficier d'une radiothérapie à visée exclusive.

➤ **Radiothérapie et radio-chimiothérapie postopératoire ou adjuvante :**

L'irradiation postopératoire après curage ganglionnaire inguinal radical améliore le contrôle locorégional, particulièrement chez les patientes qui présentent des adénopathies cliniques, des métastases ganglionnaires multiples ou une extension extra-ganglionnaire [109].

➤ **Radiothérapie et radio-chimiothérapie préopératoire ou Néo adjuvante :**

L'étude GOG [109], bien que non randomisée, apporte néanmoins la preuve de l'intérêt de la radio-chimiothérapie concomitante dans la prise en charge thérapeutique des cancers vulvaires avancés au plan régional.

d. Radiothérapie palliative :

La radiothérapie peut être une option palliative pour des patientes non candidates à une chirurgie radicale à cause de leur stade très avancé (localement et/ou à distance) et des tares associées. Les symptômes à ce stade de la maladie localement avancée à type de saignement, ulcération, nécrose, douleur et de sécrétion malodorante qui sont très gênants pour les patientes. Par conséquent de courtes séances de radiothérapie peuvent entraîner une réduction importante de la tumeur et soulager la malade [128]

2.3 Chimiothérapie :

Actuellement, la chimiothérapie peut être proposée dans deux circonstances évolutives : soit dans le cadre d'une maladie métastatique ou récidivante non opérable, soit à titre néo-adjuvant pouvant être associée à une radiothérapie (radio-chimiothérapie) pour rendre opérable une tumeur présentant une extension locorégionale très importante. Plusieurs agents chimiothérapeutiques ont été identifiés comme efficaces [108, 129,130].

a. Chimiothérapie des métastases à distances ou des lésions récidivantes non opérables :

A l'heure actuelle, il ne s'agit que d'un traitement palliatif. De nombreuses drogues (cisplatine, 5FU, bléomycine, mitomycine c, méthotrexate.....) ont été essayées dans cette indication [131], mais aucune étude prospective n'a été faite.

L'efficacité de la chimiothérapie dans cette indication n'est pas démontrée ; le paclitaxel pourrait être intéressant pour ces CE vulvaires ou mettre titre que pour des CE d'autres localisations, seul ou associés à du cisplatine [132].

b. Chimiothérapie néoadjuvante :

Par analogie avec les CE du col utérin, une chimiothérapie néoadjuvante a été proposée pour les CE vulvaires localement étendus, pour permettre leur exérèse chirurgicale secondairement.

Le 5FU, la vincristine, la mitomycine C et le cisplatine [132,130] sont les produits les plus souvent étudiés dans cette indication.

Une étude portant sur 21 patientes avec l'association cisplatine, bléomycine et méthotrexate a rapporté un taux de réponse de 10% à la vulve et de 67% au niveau ganglionnaire; 90% des patientes ont été opérables, avec une survie à 3 ans de seulement 24% ; ces résultats sont inférieurs à ceux de la radio-chimiothérapie néo-adjuvante [132].

L'association 5UF et cisplatine semble supérieure au cisplatine seul : une étude [132] rapporte une réponse dans 100% des cas, et une conservation du sphincter anal et de l'urètre dans tous les cas traités par polychimiothérapie, sans récurrence avec un recul de 49 mois.

Mais aucune réponse n'a été obtenue dans le groupe cisplatine seul.

Une étude de l'EORTC [133] associant bléomycine, lomustine et méthotrexate en phase II chez 25 patientes (12 tumeurs inopérables, 13 récurrences locorégionales) a observé deux réponses complètes et 12 réponses partielles, et a permis une exérèse chirurgicale secondaire complète de la tumeur chez quatre patientes sur huit opérées.

Mais la médiane de suivi est de 7,8 mois avec une survie à 1 an de 32%, et une importante toxicité hématologique et pulmonaire a été observée.

De façon globale, si cette chimiothérapie néo-adjuvante peut rendre une tumeur opérable sans atteinte d'organes vitaux, la survie à 5 ans reste basse.

Dans les indications de la chimiothérapie néo-adjuvante associée ou non avec une radiothérapie, il faut tenir compte de l'âge souvent avancé des patientes, qui ne pourront tolérer les effets secondaires.

Le paclitaxel est aussi à l'étude dans cette indication, associé au cisplatine et à de l'ifosfamide [132].

2.4 Autres moyens thérapeutiques :

a. Cryothérapie [51, 134]

La cryothérapie est la méthode thérapeutique qui utilise l'action localisée des basses températures, le matériel utilisé est l'azote liquide avec des cryodes permettant une destruction tissulaire par contact ou par projection d'azote, c'est une méthode simple, rapide et sans danger.

Cette destruction locale des lésions vulvaires se fait par l'application locale de l'azote liquide.

La cryothérapie est une technique particulièrement intéressante dans, deux circonstances :

Traitement des petites récidives après vulvectomie.

Traitement palliatif et de propreté pour de très volumineuses tumeurs vulvaires chirurgicalement dépassées.

Le nombre des séances dépend du volume tumoral.

b. Laser CO2 :

Le laser CO2 apparaît dans la chirurgie vulvaire, il permet une section ou une destruction par vaporisation des lésions, douée de qualités indéniables : simplicité, bonne maniabilité, efficacité préopératoire et une cicatrisation rapide.

C'est donc une méthode de choix pour les patients jeunes présentant une VIN du fait de son caractère conservateur non mutilant [134, 136,135].

En effet, il est primordiale d'identifiée le caractère invasif ou non de la lésion par de multiples biopsies [136, 135]. En cas de doute, la vaporisation laser est contre-indiquée.

La profondeur du traitement n'excèdera donc pas 1mm au niveau de la muqueuse et 2 ou 2,5 mm au niveau de la peau. Et, il est inutile et dangereux de vaporiser jusqu'à 3-5mm de profondeur, comme certains l'ont proposé au début [92,134, 136].

En effet, la VIN III qui représente la principale indication du laser CO2 est souvent associée à la présence d'HPV au niveau vulvaire avec particulièrement en périphérie des lésions dysplasiques [137, 138]. Il est donc recommandé par certains, pour éviter les récidives de vaporiser l'épiderme à un cm autour des lésions principales pour faire blanchir l'épithélium [92,134, 136].

Parmi ses limitations majeures, il y a perte du tissu pour une interprétation histologique pour détecter une invasion occulte [134].

Cette méthode est aussi sujette à un taux d'échec significatif, cependant, pour améliorer encore les résultats au laser.

REID [139] propose d'y associer un traitement adjuvant, le 5-FU en application locale, pour les lésions vulvaires associées à HPV.

c. Electrocoagulation [140]:

On reproche à cette méthode d'entraîner, par effet thermique, une destruction tissulaire dépassant les limites des zones électro-coagulées. Cette destruction est douloureuse et nécessite donc une anesthésie générale ou péridurale. L'hémostase est aléatoire et peut nécessiter des ligatures. La cicatrisation de la zone électro-coagulée peut être particulièrement laborieuse demandant 20 à 25 jours, elle est souvent accompagnée de formations de brides scléreuses rétrécissant les ostiums urinaires et génitaux.

Le seul avantage semble être la rapidité du geste.

d. Traitement médical :

❖ **Imiquimod :**

Parmi les immun-modulateurs, seul l'imiquimod (aldara) à 5% a montré une réelle efficacité dans le traitement des VIN communes [141].

Agissant localement comme modificateur de l'immunité, l'imiquimod a été proposé initialement pour le traitement des condylomes HPV induits, cette crème appliquée localement deux à trois fois par semaine pendant 8 à 15 semaines, provoque très souvent une sensation de brûlure plus ou moins intense, dont la patiente doit être prévenue, mais qui habituellement, n'entraîne pas d'interruption du traitement.

Plusieurs études, [141, 142, 143] ont confirmé l'intérêt de ce médicament dans ce contexte, surtout pour les lésions multifocales.

La chirurgie ne serait alors indiquée que pour l'exérèse des lésions résiduelles.

Des études [144] ont montré des taux de rémission allant de 20 à 75% avec seulement 3 cas de récurrence au sein de la même étude (Todd et al) pour les délais moyens d'application de trois à sept mois.

3. Indication :

3.1 Traitement de carcinome in situ VIN III :

Comme ces formes sont non invasives une exérèse superficielle (skinning vulvectomy) sans curage est justifiée. Classiquement, le traitement de la VIN III était conçu de la façon suivante, selon Lansac et autres auteurs [88] :

- Lésion limitée : vulvectomy partielle.
- Lésion étendue : soit vulvectomy totale, soit une vulvectomy superficielle même proposition thérapeutique a été envisagé par Dargent [59].

Actuellement, le laser CO2 est devenu le traitement de choix des VIN III chez la femme jeune, éventuellement associé à une chimiothérapie locale [145]. Très récemment, l'immunothérapie par imiquimod et la thérapie photo-dynamique ont trouvé leur place dans le traitement des VIN III.

En cas d'échec de l'imiquimod ou d'intolérance, le laser CO2 (vaporisation ou excision), la cryothérapie, l'électrocoagulation et la chirurgie sont autant d'options envisageables.

Compte tenu de son unifocalité et du haut risque de dégénérescence cancéreuse, la chirurgie d'exérèse est toujours indiquée. Elle se limite en général à une excision large avec 1 cm de marge sauf si l'étendue des lésions et /ou l'âge avancé recommandent un geste de type vulvectomy totale.

Les lésions, qui siègent en général en zone glabre comme la face externe des petites lèvres, se prêtent généralement bien aux techniques de reconstruction. Des récurrences sont possibles. Il n'y a pas à ce jour d'indication à un traitement destructeur ou médicamenteux [146].

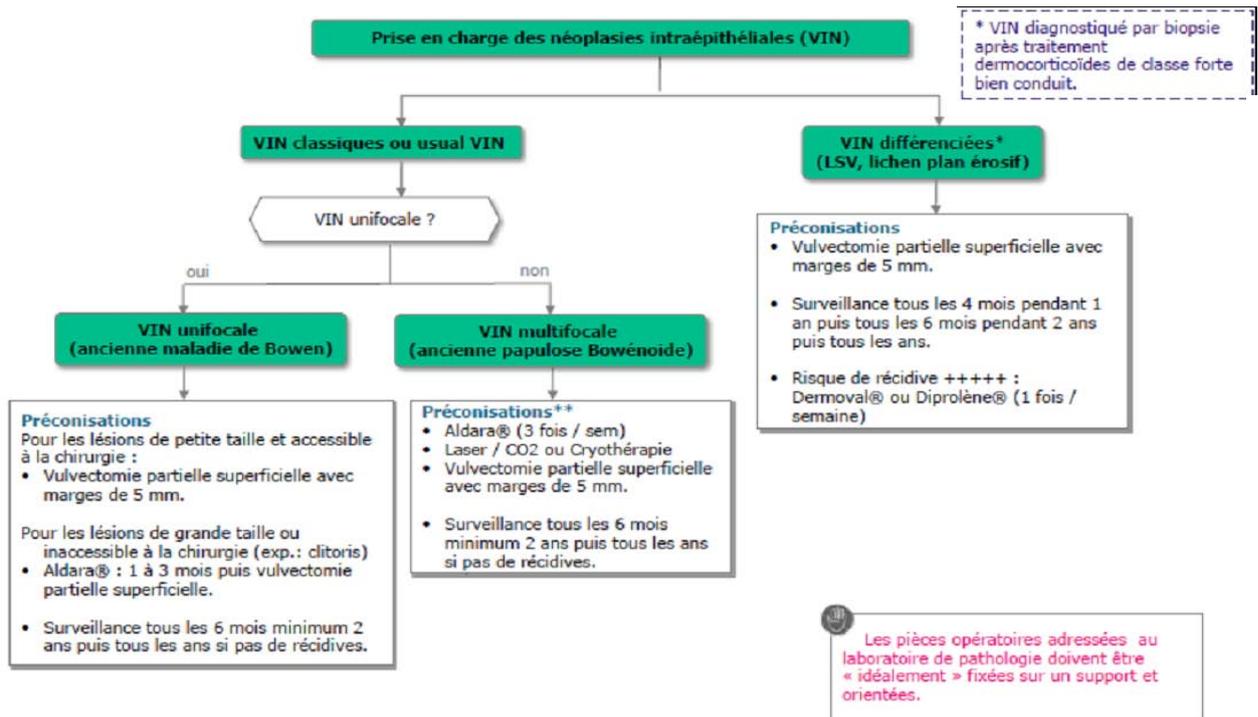


Figure 33 : Arbre décisionnel PEC des VINIII [143]

3.2 Traitement curatif du cancer invasif :

a. Carcinome épidermoïde :

Qu'ils soient le résultat de la dégénérescence d'un lichen atrophique chez les patientes les plus âgées ou l'évolution de lésions viro-induites par human papillomavirus (HPV) chez les plus jeunes, la prise en charge des carcinomes vulvaires doit tenir compte du stade FIGO/TNM, de l'existence ou non de lésions associées précancéreuses et de l'état général de la patiente [2], sont également prises en compte les données :

Topographique : tumeur médiane ou latérale ; les tumeurs médianes sont celles situées sur la ligne médiane mais aussi latérales situées à moins de 1 cm de la ligne médiane, ou touchant la glande de Bartholin ou les petites lèvres.

Histologique : qualité de l'exérèse chirurgicale, présence d'embolies lymphatiques, profondeur de l'infiltration pour les tumeurs débutantes, envahissement ganglionnaire (un envahissement ganglionnaire homolatéral impose une exploration ganglionnaire contralatérale).

- **Stade précoce (FIGO I et II) :**

Une tumeur T1–T2 sans autre anomalie est traitée par exérèse large, voir hémivulvectomie radicale avec marge au moins centimétrique.

En cas de lésion cutanée associée controlatérale (VIN ou lichen), une totalisation évite une récurrence controlatérale.

En cas de marges insuffisantes ou de berges atteintes, une reprise chirurgicale systématique de la cicatrice est discutée, ou à défaut une irradiation [147].

Une lymphadénectomie inguinale est indiquée dès que la profondeur d'invasion tumorale dépasse le millimètre [147]. Elle est homolatérale en cas de lésions latéralisée, et bilatérale en cas de lésion médiane ou arrivant à 1 cm de la ligne médiane.

Immédiatement, l'examen extemporané des ganglions superficiels guide, en cas d'envahissement, l'indication d'exérèse des ganglions inguinaux profonds et de controlatéralisation d'un prélèvement unilatéral.

Mais le taux de faux négatifs du curage superficiel est estimé à 5–7% alors qu'il n'est que 1% en cas de curage inguino–fémoral complet [148].

Or, la technique du ganglion sentinelle, pratiquée en l'absence de ganglion palpable ou suspect, permettrait de détecter ces drainages atypiques.

En effet, des faux négatifs du ganglion sentinelle sont possibles par court-circuit lymphatique en cas de ganglion sentinelle entièrement occupé par la tumeur [149]. Ainsi, en l'absence de marquage inguinal unilatéral pour une lésion latéralisée, ou bilatéral en cas de lésions médiane [147] ou encore en cas de marquage ectopique (en dehors des aires inguinales), une dissection inguinale classique doit être effectuée.

La lymphadénectomie pelvienne systématique est en revanche inutile en cas d'absence d'envahissement inguinal ; Elle peut se discuter surtout à titre de réduction tumorale en cas de masse pelvienne avant irradiation.

En effet l'essai du gynecology oncology Group(GOG) a clairement montré que l'irradiation régionale (inguinale et iliaque) adjuvante était utile en cas de curage positif car elle augmente la survie, même lorsqu'un seul ganglion est atteint [126].

Compte tenu du surcroît de morbidité, son intérêt est discuté en cas de micro-métastase (<ou égal 2mm) unique. [147]

Un arbre décisionnel résume les différentes indications :

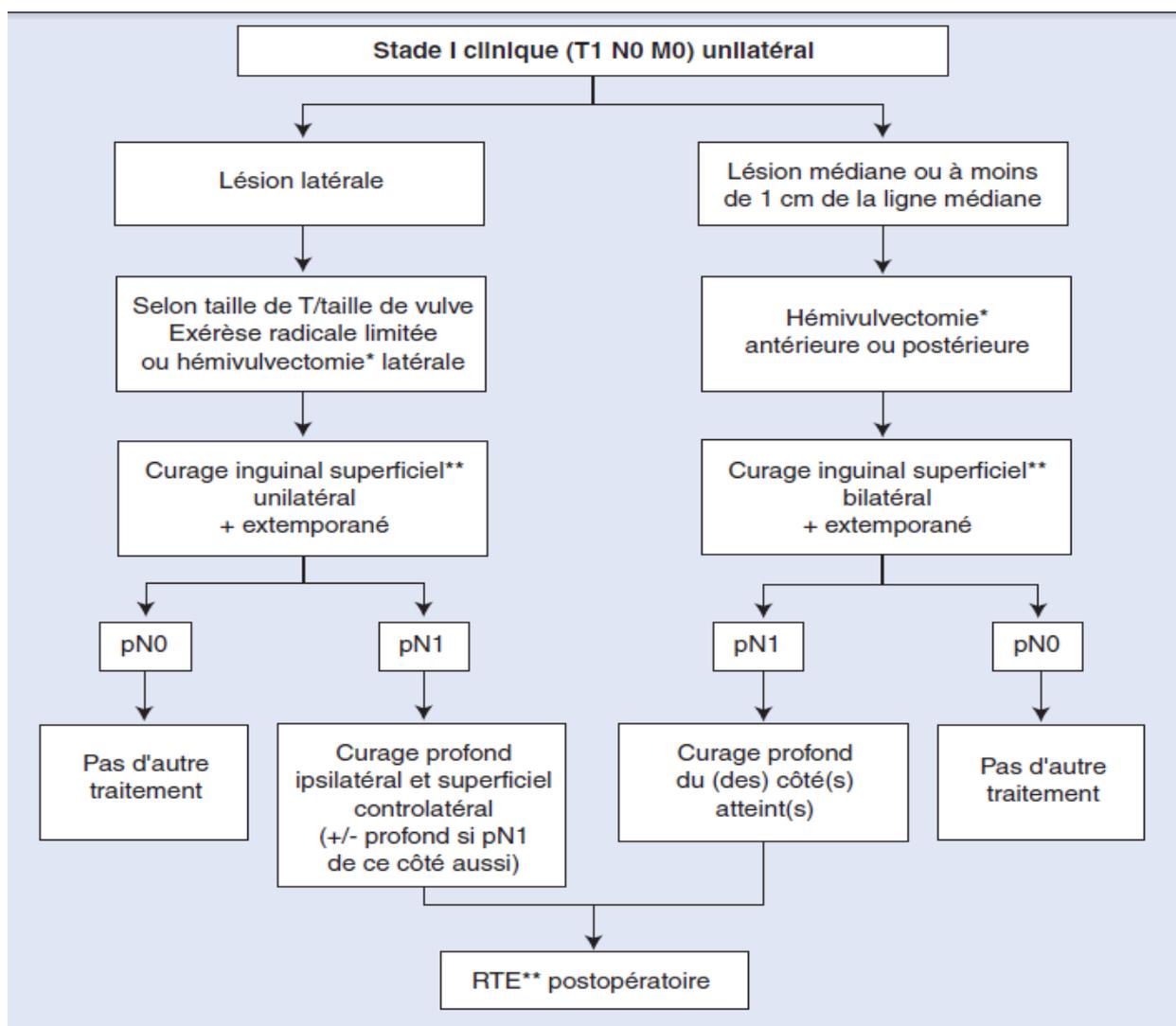


Figure 34: Arbre décisionnel. Prise en charge d'un carcinome de la vulve [2].

*La vulvectomy est totale en cas de lésions cutanées controlatérales ou diffuses associées.

**Recherche de ganglion sentinelle. RTE : radiothérapie externe

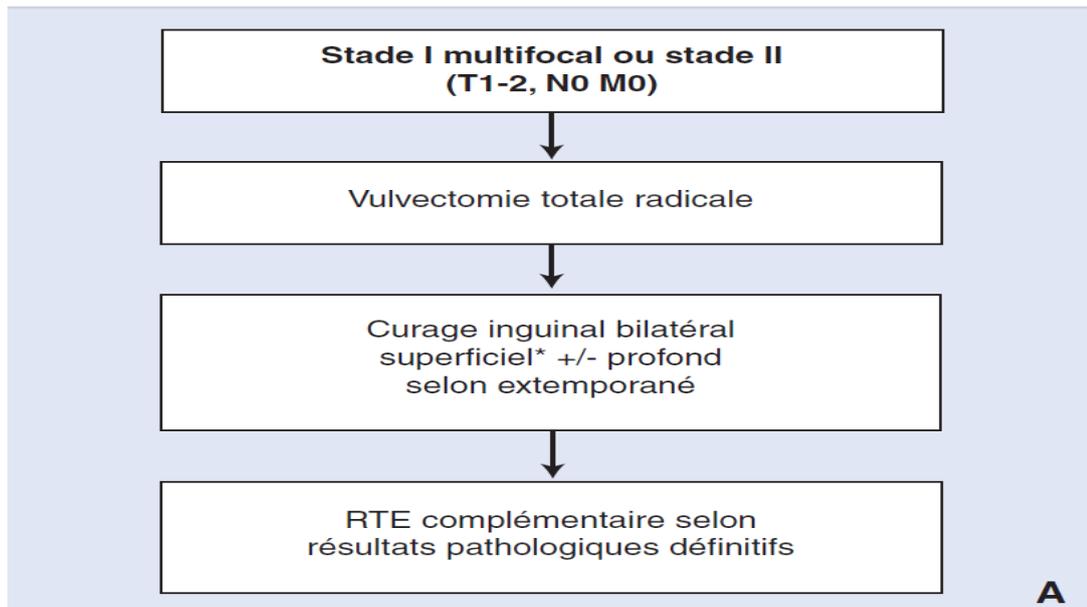


Figure 35 : Arbre décisionnel de prise en charge d'un CE stade II [2].

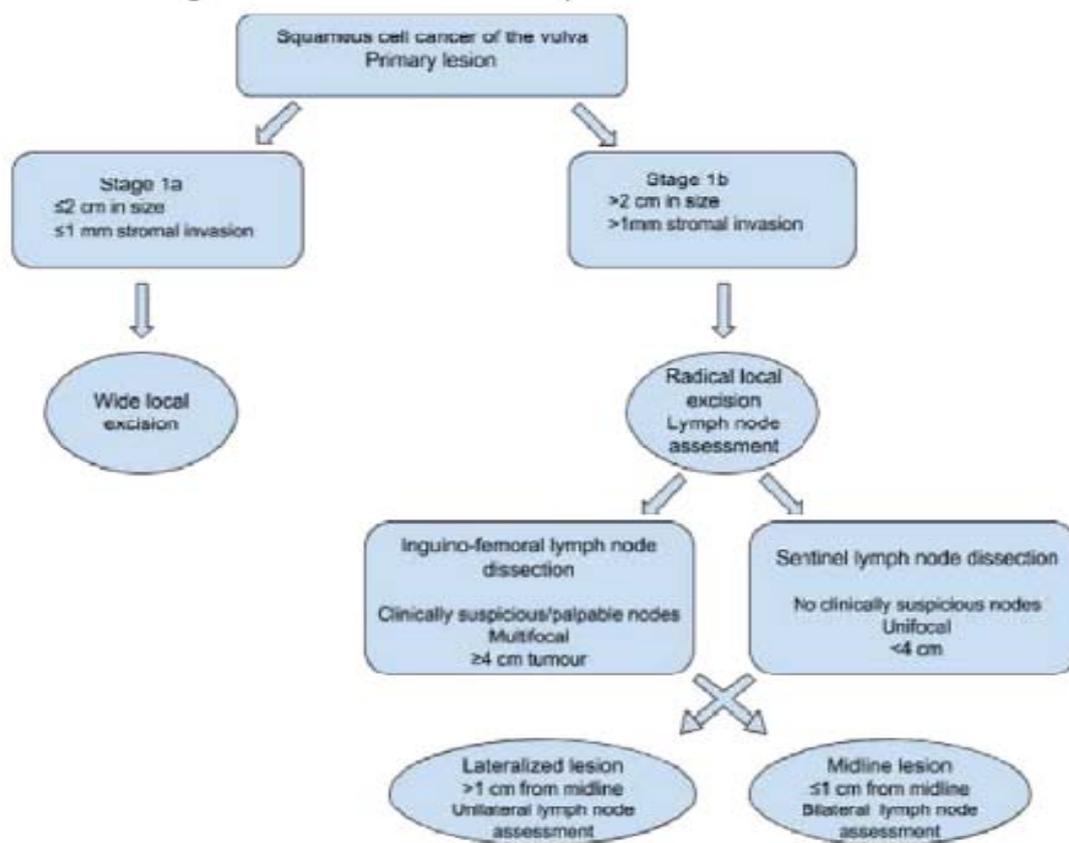


Figure 36 : Traitement chirurgical d'un CSC de la vulve de stade précoce

- **Stades avancés (FIGO III et certains IV) :**

La chirurgie vulvaire reste, tant qu'elle est possible, le meilleur moyen de soulager les patientes d'une évolution locale inexorablement douloureuse et invalidante.

Dans ces cas, le sacrifice tissulaire est souvent important et le recours aux lambeaux est presque systématique. Le choix est fonction de la taille et de la localisation de la perte de substance.

En cas de berges atteintes ou limites (<5 mm), une irradiation complémentaire est envisagée [2].

En cas d'atteinte urétrale étendue ou anale, une exentération pelvienne avec périnéctomie peut être proposée si les bilans d'extension et d'opérabilité l'autorisent.

Selon l'état / désirs de la patiente, elle peut être discutée avec une radio-chimiothérapie néo-adjuvante.

En effet, ce traitement est efficace en termes de contrôle local et de survie et évite bon nombre d'exentérations [150], toujours douloureusement vécues, au profit d'exérèses limitées au résidu tumoral éventuel.

Mais il n'est pas sans risques locaux [151] et/ou généraux graves, ce dont la patiente doit être informée.

La chimiothérapie néo-adjuvante par cisplatine- 5 FU semblerait aussi donner de bons résultats sur la préservation sphinctérienne, mais sans les effets des irradiations [130].

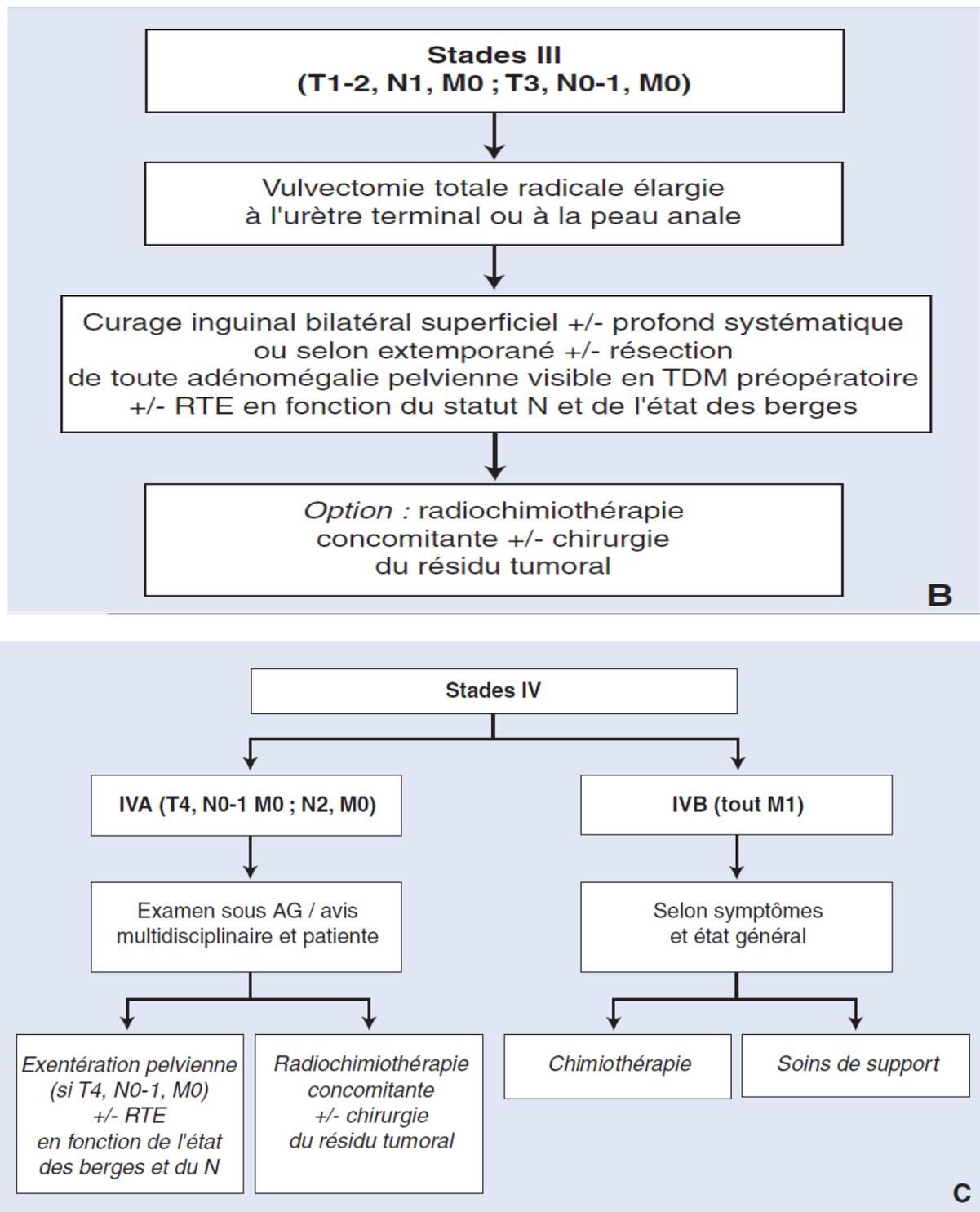


Figure 37 : Arbre décisionnel stade III (B) ou de stade IV (C) [2].

RTE : radiothérapie externe ; TDM : tomodensitométrie ; AG : anesthésie générale.

- **Prise en charge des récidives :**

En cas de récurrence, la chirurgie d'exérèse est, chaque fois qu'elle est techniquement possible, le meilleur traitement à proposer d'emblée.

Sinon, en l'absence d'irradiation antérieure à ce niveau, l'alternative est la radiothérapie (externe et/ou curiethérapie interstitielle).

Si les récurrences périnéales de petite taille peuvent être guéries par des exérèses limitées itératives, l'atteinte à répétition, étendue ou l'échec de la radiothérapie peut justifier la réalisation d'exérèses étendues, voire d'exentérations.

Plus que jamais, un bilan d'extension, d'opérabilité et un examen sous anesthésie générale sont indispensables avant d'entreprendre de telles procédures qui, bien indiqués, suppriment une évolution locale catastrophique et offrent des taux de survie de plus de 30% [2].

En revanche, une rechute précoce (dans la première année), la présence de nodules de perméation [152] ou encore d'une inflammation majeure autour de la récurrence sont des facteurs de mauvais pronostic qui témoignent d'une agressivité particulière de la tumeur. Ils doivent faire reconsidérer l'indication chirurgicale au profit d'un traitement radio-et/ou chimiothérapie exclusif, voire de soins de support.

Le traitement chirurgical des récurrences ganglionnaires, en l'absence d'extension à distance, est possible, quoique plus complexe et surtout beaucoup plus aléatoire sur ses chances de succès [124], cependant pour PODRATZ [138], un faible pourcentage de patientes peut être sauvé par chirurgie suivie d'une irradiation inguinale et pelvienne.

Les facteurs prédisposant à la récurrence locale sont des marges de résection < 1 cm, la taille tumorale, la profondeur d'invasion [73] et l'association à des lésions dystrophiques ou néoplasiques intra-épithéliales [153].

PODRATZ [138] rapporte un taux de récurrence de 0,5% chez 217 patientes qui n'avaient pas d'envahissement ganglionnaire après première chirurgie, comparé à 6,2% de récurrence chez 113 patientes qui avaient un envahissement ganglionnaire après première chirurgie.

b. Mélanome malin :

Il repose sur les mêmes règles thérapeutiques que pour ceux survenant sur les sites cutanés

- **Traitement chirurgical :**

Le traitement de référence des mélanomes est chirurgical.

Une exérèse avec une marge de un à trois cm selon l'épaisseur de l'indice de Breslow est recommandée [109] (Tableau 22).

En l'absence d'adénopathie suspecte, il n'y a pas d'indication à un curage inguino-crural prophylactique.

Pour les mélanomes acrolentigineux multifocaux, certains auteurs [137–154] proposent une vulvectomie totale si l'état de la patiente permet une survie prolongée.

La recherche d'un ganglion sentinelle peut être proposée dans le cadre des études car elle a une valeur pronostique ; elle ne semble pas modifier la survie globale [109], la lymphadénectomie inguino-fémorale est toutefois recommandée chez toute patiente avec envahissement ganglionnaire clinique [132].

Un traitement chirurgical de certaines métastases (cutanées, pulmonaires, hépatiques...) peut être proposé, si celles-ci sont peu nombreuses, accessibles et si celles-ci restent stables 2 mois environ (sans apparition de nouvelle métastase).

Tableau XIX : Définition des marges d'exérèse : Consensus mélanome [109].

Epaisseur de Breslow	Marges d'exérèse recommandées
Mélanome in situ	0,5 cm
0–1 mm	1 cm
1,01–2mm	1–2 cm
2,01–4mm	2 cm
>–4mm	2–3 cm

- **La radiothérapie :**

Une radiothérapie conventionnelle peut être indiquée, à visée antalgique pour les localisations osseuses et lors de compression médullaire inopérable. Les données de la littérature sont insuffisantes pour conclure sur l'intérêt de la radiothérapie en situation adjuvante [154].

- **La chimiothérapie :**

Elle est indiquée en présence de métastases inopérables.

Les trois drogues les plus efficaces dans cette indication sont la dacarbazine et son dérivé la témozolomide, et la fotémustine.

Les deux dernières drogues passent la barrière méningée. En l'absence de localisation cérébrale, la dacarbazine (DTIC) est à utiliser en première intention.

Etant donné le caractère le plus souvent palliatif de ce traitement, on propose plutôt des monothérapies que des polychimiothérapies.

Il n'y a pas d'indication de la chimiothérapie à visée adjuvante.

- **L'immunothérapie :**

Elle a été l'objet de nombreux essais dans les mélanomes, et de nombreux protocoles sont en cours.

- **Interféron :**

Au stade localisé (avec un indice de Breslow supérieur à 1,5 mm) sans métastase ganglionnaire ou viscérale, on peut proposer un traitement adjuvant par interféron alpha à la dose de 3 MUI, trois fois par semaine pendant 18 mois [109].

Au stade avec atteinte ganglionnaire métastatique, on peut proposer après le curage inguino crural complet un traitement adjuvant par interféron alpha à forte dose (20 M UI/m²/j par voie intraveineuse pendant 1 mois, puis 10 M UI /m², trois fois par semaine pendant 48 semaines) [89].

Cependant, si ces traitements améliorent la survie sans récurrence, ils ne semblent pas améliorer la survie globale, et peuvent à fortes doses entraîner une toxicité sévère. Il n'y a pas d'autres indications aux autres stades de la maladie en dehors d'essais thérapeutiques.

- **Autres traitements immuno-modulateurs :**

L'interleukine 2, la BCG thérapie, les vaccins mélaniques, les tumor infiltrating lymphocytes, les gangliosides, le lévamisole, l'imiquimod sont en cours d'expérimentation dans de nombreux essais cliniques. Dans notre série, aucun cas de mélanome vulvaire n'a été objectivé

c. Carcinome basocellulaire :

Les carcinomes basocellulaires représentent de 2 à 4% des cancers vulvaires et surviennent sur le versant cutané, pileux de la vulve [109]. Comme tout basocellulaire, il est d'évolution locale lente et non invasif [2].

Le meilleur traitement est l'exérèse conservatrice du carcinome basocellulaire avec contrôle histologique du caractère sain des marges [155]. Celles-ci sont de 3 à 10 mm selon la taille de la lésion [2].

Le carcinome basocellulaire est une tumeur modérément radiosensible, alors que la chimiothérapie n'a pas de place dans le traitement [156].

Devant le risque de récurrences locales et l'association à d'autres cancers chez ces malades âgées, une surveillance prolongée est nécessaire [155].

d. Adénocarcinome vulvaire :

Ce type de cancer reste exceptionnel avec un pronostic réservé [29,157].

Le cancer de la glande de Bartholin, le cancer des glandes apocrines, sébacées et le carcinome de type mammaire font partie des adénocarcinomes [29,157].

Le traitement du carcinome de la glande de Bartholin repose sur l'exérèse de la tumeur avec une marge de 1 à 2 cm associées à un curage inguino-crural uni- ou bilatéral selon le site latéralisé ou médian, ou l'étendue de la tumeur, avec une radiothérapie complémentaire sur les aires ganglionnaires atteintes. S'il s'agit d'une tumeur de petite taille inférieure à 2 cm et localisée à plus de 1 cm de la ligne médiane la lymphadénectomie bilatérale sera justifiée [29]. Si la lésion est initialement inopérable, une chimiothérapie ou radiothérapie peut être proposée en néo adjuvant.

Dans notre série, un seul cas d'adénocarcinome a été trouvé.

e. Sarcome vulvaire :

Le traitement repose sur une exérèse chirurgicale avec une marge de 2cm.

Il n'y a pas de curage systématique, car la plupart des sarcomes ont une évolution essentiellement hématogène.

Si la taille de la lésion nécessite une exérèse trop mutilante, on peut proposer soit une exérèse avec une marge limite, suivie d'une radiothérapie adjuvante du site de la tumeur, soit si la lésion est initialement inopérable une chimiothérapie néo adjuvante (associant généralement adriamycine et ifosfamide), associée ou non à une radiothérapie, afin de permettre un temps opératoire ultérieur.

Les angiomyxomes agressifs de la vulve ont une extension locorégionale particulièrement importante et un traitement hormonal par une antihormone gonadotrophine peut être intéressant [152,158] : anti-estrogènes ou analogues de la GnRH.

f. Carcinome verruqueux :

Il est l'indication du traitement chirurgical exclusif même en cas de récurrence, qui consiste en une exérèse large à marge centimétrique sans curage de principe [31].

Toutefois le curage peut être reconsidéré si l'examen définitif révélait la présence d'une zone invasive vraie [2, 31].

Par ailleurs, la radiothérapie n'apporte aucun bénéfice en survie. Elle est même contre-indiquée depuis qu'il a été rapporté des cas de transformation anaplasique après radiothérapie avec apparition de lésions à potentiel métastatique élevé [31].

L'application de podophylline, le traitement par bléomycine et la cryothérapie ont été essayés, sans succès [31].

g. Carcinome neuroendocrines primitifs ou tumeurs à cellules de Meckel :

Leur traitement repose sur une exérèse chirurgicale avec une marge suffisante (2cm) [109,159].

Comme pour les autres localisations, un curage des aires ganglionnaires de drainage n'est pas systématiquement proposé en l'absence de suspicion d'atteinte ganglionnaire [98].

En revanche, une radiothérapie adjuvante est indiquée systématiquement sur le site tumoral. Une radiothérapie a été suggérée être bénéfique dans les tumeurs à cellules de Meckel [159].

h. les tumeurs secondaires vulvaires :

Le traitement est généralement en fonction de la tumeur primitive. Pour les lésions isolées, une résection chirurgicale peut être bénéfique en cas de traitement palliatif.

3.3 Traitement palliatif :

Lorsqu'en raison de l'âge, de l'état général ou de l'étendue de la lésion, un traitement curatif ne peut être appliqué, il faut alors s'en remettre au choix d'une thérapeutique palliative qui pourra être décidée en fonction de l'étendue de la lésion, du site et des effets secondaires des métastases, de la nature nécrotique de la lésion ou de ses complications [113].

La thérapeutique palliative est l'approche et la prise en charge globale du malade, comportant la prise en considération de son confort physique et psychique, de ses dires et de ses désirs.

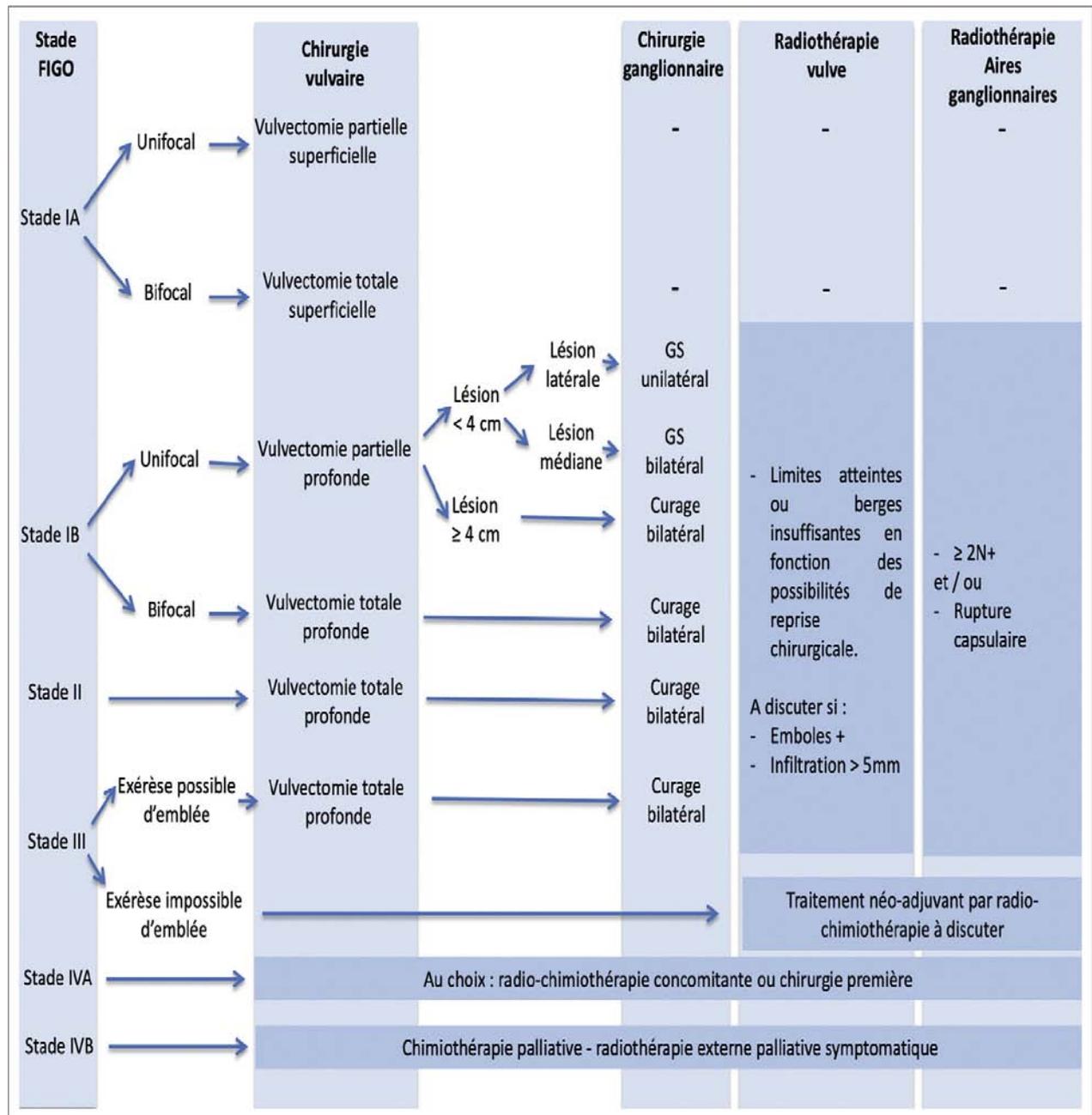


Figure 38 : Synthèse des recommandations AP-HP pour la prise en charge des cancers de la vulve selon le stade FIGO 2009 [178]

VI. Evolution :

1. Evolution spontanée :

1.1 Pour les VIN III :

- Progression vers l'invasion :

Le risque d'évolution vers le carcinome invasif se situe entre 2 à 10% des cas, surtout chez la femme ménopausée avec des lésions vulvaires ; multifocales et/ou extensives (160, 60, 161, 162).

1.2 Pour les formes invasives :

- Extension locorégionale :

Les cancers latéraux (grandes et petites lèvres) peuvent s'étendre le long de la branche ischio-pubienne et en hauteur sur le vagin.

L'invasion ganglionnaire se fait dans les ganglions de l'aîne homolatéraux.

Le risque d'invasion des ganglions contre-latéraux est élevé s'il y'a déjà un envahissement homolatéral et si la tumeur primitive est localisée à moins de un cm de la ligne médiane (113), alors que les cancers médians envahissent les deux régions inguinales.

Il faut distinguer les cancers antérieurs d'extensions graves vers l'urètre et son méat, des cancers postérieurs rares, mettant en péril le canal anal et son sphincter.

Dans notre série on a noté 10 cas d'extension au 1 / 3 inférieur du vagin, 2 cas d'extension vers la partie distale de l'urètre et 3 cas d'envahissement du canal anal et du rectum.

- Extension à distance :

Elle est exceptionnelle, mais possible notamment dans les tumeurs mélanomateuses et sarcomateuses.

Dans notre série, nous avons noté 11 cas de métastases.

- Décès : Il est souvent dû à la cachexie et aux complications intercurrentes (Infectieuses, respiratoires, thromboemboliques).

2. Evolution après traitement :

2.1 Suites postopératoires immédiates :

Certes, le traitement du cancer vulvaire était une chirurgie radicale et mutilante, et la malade peut guérir avec un taux de survie meilleur, mais ceci aux dépend d'une lourde morbidité, avec un long séjour d'hospitalisation, ce qui augmente encore le coût du traitement de cette néoplasie.

Cependant, actuellement, avec le développement des techniques chirurgicales moins mutilantes, cette morbidité est allégée avec une meilleure qualité de vie des femmes et une durée d'hospitalisation réduite, ceci sans retentissement négatif sur le taux de survie.

- Les soins postopératoires :

Ils sont primordiaux pour obtenir une cicatrisation la plus rapide possible.

Au retour du bloc, la patiente est installée dans un lit anti-escarres.

Les morphiniques en seringue auto pulsée sont relayés dès que possible par des antalgiques non morphiniques.

L'antibioprophylaxie est, sauf indication particulière, limitée à la durée de l'intervention.

L'anticoagulation par héparine de bas poids moléculaires initiée la veille de l'intervention est poursuivie pour 6 semaines.

Le premier pansement est réalisé à la 48eme heure. Les drains sont ôtés, les plaies nettoyées à la Bétadine, rincées au sérum et enfin aseptisées à l'éosine aqueuse à cinq% et asséchées au séchoir à cheveux.

2.2 Mortalité postopératoire :

Certainement, en régression, depuis l'amélioration des techniques chirurgicales et d'anesthésie-réanimation.

Elle est surtout le fait du mauvais état général des patientes et du stade avancé du cancer.

Elle est de 2% pour la vulvectomy totale [163] et de 0 à 20% pour l'exentération pelvienne.

Dans certaines études (99, 164), cette mortalité postopératoire est presque nulle.

2.3 Morbidité :

C'est la morbidité de la chirurgie lourde du cancer de la vulve, qui a motivé le développement et la pratique d'une chirurgie non mutilante.

Les complications postopératoires varient avec le type d'intervention utilisée.

❖ Désunions de la plaie secondaire à la vulvectomy :

Ces désunions de la plaie, sont dues essentiellement à l'infection et à la nécrose locale, étaient la complication la plus fréquente en postopératoire.

Récemment et avec la chirurgie conservatrice et plastique, ces déhiscences sont observées à un faible degré.

Dans notre série, on a noté dans la plupart des cas de désunions de suture des infections.

❖ Complications propres au curage ganglionnaire :

- Les hémorragies par ulcération des vaisseaux fémoraux sont rarissimes si l'on a fait une hémostase correcte. La transposition systématique du muscle couturier est une bonne protection contre cette complication.

Dans notre série ainsi que la série de HABBAB [71], aucune hémorragie par ulcération vasculaire n'a été déplorée.

- Les lymphorragies sont plus fréquentes, elles peuvent atteindre dans des cas extrêmes un volume de 200 à 300 cm² par jour, elles sont de l'ordre de 3,12% des cas selon BELGHMI [81].

Dans notre série, les lymphorragies n'ont été notées dans aucun cas.

Elles peuvent être en partie évitées par la ligature per opératoire soigneuse de tous les petits vaisseaux lymphatiques et par une immobilisation au lit pendant une semaine.

Complications de la vulvectomie totale avec évidement :

- Désunions des plaies : nécessitant généralement le recours à des greffes pour combler la perte de substance.
- Accidents thromboemboliques (phlébites) : les patientes atteintes de cancers vulvaires sont des patientes à haut risque, de thromboses veineuses [81], bien que l'héparinothérapie prophylactique entraîne une aggravation des écoulements lymphatiques et le risque de lymphocèle, elle doit être systématique car les bénéfices qu'elle apporte sont bien supérieurs aux inconvénients.

Dans notre série, on a noté 4 cas de thrombose veineuse.

2.4 Complications postopératoires tardives :

Ce sont essentiellement des complications liées à l'évidement ganglionnaire.

- ❖ Lymphoedème des membres inférieurs :

Il est assez fréquent, rapporté à 3,12% dans la série de BELGHMI [81], 2% dans la série de RAOUAH [99], 28% dans celle de Martin [165] et 29,5% dans celle de GOULD et AL [166].

Il est particulièrement gênant, il peut intéresser la cuisse, plus rarement la jambe.

Quelques mesures préventives sont proposées :

- Immobilisation complète postopératoire, avec élévation du membre inférieur ;
- Utilisation d'une incision oblique ;

- Transposition du couturier
- Pansement compressif ;
- Mise en dépression de la plaie opératoire ;
- Port de bas élastique.

Cet œdème peut se chroniciser et constituer une véritable impotence fonctionnelle.

❖ **Hernies inguino-crurales :**

Elles sont liées à une fermeture incomplète ou de mauvaise qualité de l'orifice crural.

Elles peuvent être prévenues par une bonne technique abaissant l'arcade et le tendon conjoint sur le ligament de Cooper.

❖ **Prolapsus génitaux :**

Peut se développer après l'ablation de l'anneau vulvaire.

C'est pourquoi, une observation postopératoire précise et rigoureuse de ces malades, ne doit pas seulement prévoir le contrôle de la maladie cancéreuse mais assurer en même temps une fonction normale des sphincters périnéaux et des organes pelviens.

❖ **Autres complications plus rares :**

L'incontinence urinaire à l'effort et les sténoses urétrales, et les sténoses vulvo-vaginales ont été rapportés dans plusieurs séries [81, 99].

2.5 Complications générales :

Il s'agit de complications secondaires à n'importe quel acte opératoire qui doivent être prévenues par une prise en charge postopératoire correcte.

Il s'agit surtout de la dénutrition, des escarres de décubitus, de phlébites et d'embolie pulmonaire.

2.6 Complications de la radiothérapie :

Les effets de l'irradiation sur la vulve sont peu différents de ceux habituellement observés au niveau des autres revêtements cutanés, cependant la tolérance de la vulve aux effets des radiations ionisantes est plus faible car elle est enfouie dans des plis cutanés et soumise à des frottements répétés.

Actuellement grâce à la connaissance des doses critiques et l'amélioration des conditions dosimétriques, elles sont de plus en plus rares.

On distingue deux types de complications :

❖ Les complications aiguës :

Les effets aigus de la radiothérapie sont marqués par une radiodermite suintante dont l'intensité est proportionnelle à la dose totale et au volume irradié, elle est constante avec un taux de toxicité de grades 1,2,3 et 4 de respectivement 26, 7%, 73, 3%,et 0% [167].

Les réactions sont plus fortes dans les plis en raison des frictions et aussi de (l'effet bolus) produit, particulièrement chez les obèses. Ces réactions s'estompent en 2 à 4 semaines, en laissant habituellement une épilation et une hyperpigmentation. Les patients irradiées après une intervention chirurgicale sont, de plus, exposées à un lâchage de suture, à une ulcération ou une nécrose dont la cicatrisation peut prendre plusieurs mois.

Un œdème vulvaire peut apparaître de 1 à 3 mois après la radiothérapie.

Cet œdème est habituellement indolore, mais il peut être sévère et géant pour certaines patientes. Il peut se compliquer de lymphangite streptococcique, qui est souvent méconnue car elle simule une infection banale.

Un érythème vulvaire est habituel, une fièvre, des céphalées, des nausées et des vomissements y sont fréquemment associés.

❖ Prise en charge :

L'hydratation locale, l'utilisation de colorants (éosine aqueuse ou bleu de milian), les crèmes, éventuellement à base de corticostéroïdes, les traitements locaux et généraux d'éventuelles surinfections bactériennes et/ou fongiques aident à diminuer l'inconfort.

Si la souplesse de la patiente le permet, les cuisses peuvent être écartées, les jambes placées sur un support plat horizontal sur la table de traitement.

Cette position tend à minimiser la dose et les réactions cutanées aux plis inguinocruraux.

Malgré la survenue quasi constante d'une mucite autour de la quatrième semaine de traitement, une dose adéquate doit être délivrée au revêtement cutané vulvaire pour la réalisation d'une radiothérapie optimale.

Les troubles sont d'autant mieux tolérés que la patiente est informée à l'avance de la forte probabilité de ces réactions et de leur caractère réversible.

Cependant, une interruption temporaire de l'irradiation est parfois nécessaire.

Son délai est réduit au minimum (si possible inférieur à deux semaines) pour éviter le phénomène de repopulation des cellules tumorales.

❖ Les complications tardives :

Les effets tardifs s'installent en 6 à 12 mois après la radiothérapie ; ils sont marqués par un amincissement, une atrophie, une sécheresse, des douleurs, un prurit et, parfois, des télangiectasies.

La fibrose des tissus sous cutanés peut occasionner une dyspareunie car elle englobe le clitoris et l'introït.

Une ulcération, souvent douloureuse, peut se voir 1 à 2 ans après le traitement ; il est alors indispensable d'éliminer une récurrence.

Des fractures et lésions des têtes fémorales ont été rapportées chez des patientes ayant reçu une irradiation inguinale [109].

Avec une technique d'irradiation rigoureuse, le risque de complications tardives majeures après irradiation ganglionnaire seule voire après curage semble être faible, mais l'analyse des complications tardives n'entraîne pas réellement en compte dans les études publiées.

2.7 Morbidité sexuelle :

Peu de données sont disponibles sur les conséquences psycho sexuelles chez les femmes après vulvectomie. Il semble que la chirurgie vulvaire est associée à un important dysfonctionnement sexuel et la dépression.

Ces problèmes semblaient être liés à une perturbation de l'image corporelle conduisant à des troubles sexuels et troubles de l'aversion hypoactive.

La dépression et l'âge avancé ont été des facteurs de risque pour les patientes sexuellement actives de mettre fin à leurs relations après la chirurgie.

Il n'y a pas de corrélation entre la dysfonction sexuelle et l'étendue de la chirurgie ou le type de vulvectomie [168], il faut supposer que toutes les femmes sont à risque de la dysfonction sexuelle après chirurgie vulvaire.

Les différents troubles sexuels qui peuvent exister après la vulvectomie sont, à des pourcentages différents sont [168] :

- Trouble de l'excitation sexuelle ;
- Trouble de l'orgasme
- Dyspareunie ;
- Trouble de l'aversion sexuelle ;
- Vaginisme ;
- Trouble du désir sexuel.

2.8 Récidive :

La plupart des récidives (de 60 à 70%) surviennent dans les deux premières années, et plus particulièrement chez les patients N+.

Les récidives précoces sont le plus mauvais pronostic et sont le plus souvent ganglionnaires. Cependant, de 20 à 35% des récidives surviennent dans les 5 ans et plus.

Il existe aussi un risque de survenue d'un deuxième CE anogénital lorsque le CE est secondaire à une infection à HPV oncogène ou lorsque les zones de LSV associé restantes sur la vulve (lors de vulvectomie partielle) ne sont pas traitées.

❖ Récidives locales :

De 43 à 57% des récidives sont vulvopérinéales, les facteurs de récurrence locale sont [109] :

- La persistance d'un LSV non traité ou la persistance de lésions de NIV HPV induite sur la vulve restante
- Des marges d'exérèse insuffisamment larges (inférieures à 1 cm)
- Le degré d'invasion du stroma (avec atteinte vasculaire)
- La taille de la tumeur.

❖ Récidives ganglionnaires locorégionales :[109]

De 6 à 30% des récidives sont ganglionnaires. Elles sont favorisées par l'atteinte ganglionnaire initiale.

Une récurrence est constatée dans 13% des cas si le curage inguinal initial était négatif, 26% si moins de trois ganglions sont atteints, et 31% s'il y a plus de trois ganglions.

Les récidives ganglionnaires ont un pronostic très sévère, avec une médiane de survie de neuf mois et un décès lié à la maladie dans 90% des cas.

Dans notre série, nous avons noté 8 cas de récidives soit 14,28% des patientes.

2.9 Métastase :

En dehors des récidives loco-régionale, l'évolution métastatique peut se voir dans 6% des cas, Le facteur de risque est représenté par l'atteinte ganglionnaire initiale.

Elles sont associées à un pronostic catastrophique. Les métastases sont surtout pulmonaires ou hépatiques [65] mais des cas de métastases cutanées, de métastases mammaires et de métastases osseuses ont été rapportés dans la littérature [131, 169, 170, 171].

Dans notre série, nous avons révélé 11 cas de métastases à distances.

VII. Pronostic :

1. Etude de la survie :

1.1 Survie globale pour tous stades confondus :

Tableau XX : Survie à 5 ans selon les auteurs

Auteurs	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Abboud [79]	34	64,7
Ouguerri [87]	112	53,3
Marian [172]	125	58
Belghmi [81]	64	57,2
Anto B.A [74]	43	62,3

1.2 Survie en fonction des stades :

La survie à 5 ans est élevée pour les stades précoces (I et II), alors qu'elle est presque nulle pour le stade IV pour la plupart des auteurs, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce.

Dr Pascal Guichard et collaborateurs [173] ont estimé la survie en fonction des stades et de l'atteinte ganglionnaire comme suit :

- ❖ Stade I : 90%
- ❖ Stade II : 80%

- ❖ Stade III : 50% à 75%
- ❖ Stade IV : 20% à 30%

1.3 Survie en fonction de l'envahissement ganglionnaire :

Le taux de survie à 5 ans est meilleur en cas d'intégrité des ganglions.

Selon PODRATZ [138] Si l'histologie montre :

- ❖ Que les ganglions inguinaux sont indemnes, la survie à 5 ans est de 96%.
- ❖ Par contre, l'envahissement ganglionnaire fait chuter ce taux de survie à 64%.

Tableau XXI : Survie en fonction de l'envahissement Ganglionnaire

Auteurs	N-(%)	N+(%)
Podratz [138]	96	64
Hoffmann [174]	78	46

2. Facteurs pronostiques :

Le pronostic du cancer vulvaire dépend de plusieurs facteurs (99,74) :

2.1 Age :

Pour la plupart des auteurs l'âge avancé est corrélé souvent à un stade avancé, alors à un mauvais pronostic.

Dans notre série, la tranche d'âge la plus touchée est entre 60 et 70 ans.

2.2 Taille de la tumeur :

L'atteinte ganglionnaire à l'histologie est corrélée à un moindre degré au diamètre de la tumeur.

L'approche thérapeutique du cancer primitive de la vulve dépend essentiellement de sa taille.

Les tumeurs T1 et T2 sont généralement de traitement facile, une exérèse locale est suffisante.

Mais lorsque la tumeur prend des proportions importantes T3 et T4 la chirurgie est très souvent radicale ou ultra radicale parfois impossible nécessitant un traitement néoadjuvant ou palliatif.

Les tumeurs T1 et T2 ont un pronostic meilleur que les tumeurs T3 et T4.

2.3 Siège de la tumeur :

C'est un facteur de grande importance. Les localisations antérieures spécialement clitoridiennes sont très lymphophiles et donc de très mauvais pronostic. Il en est de même pour les tumeurs envahissant le bas appareil urinaire et/ou le canal anal du fait du retentissement fonctionnel et des difficultés thérapeutiques.

2.4 Type histologique de la lésion et le degré de différenciation :

Les carcinomes épidermoïdes bien différenciés ont un meilleur pronostic que les formes indifférenciées.

Le carcinome baso-cellulaire est de bon pronostic.

Les mélanomes malins, les sarcomes et les adénocarcinomes sont de mauvais pronostic.

Ainsi la présence d'embolies néoplasiques vasculaires au niveau de la tumeur est également défavorable surtout favorisant la dissémination lymphatique.

2.5 Etat histologique des ganglions :

La présence ou l'absence d'envahissement ganglionnaire est un facteur capital du pronostic et il est comme on le sait directement lié au volume tumoral ainsi que la rupture capsulaire des ganglions

Dr Pascal Guichard et collaborateurs ont estimée la survie à 90% si N-, 50% si N+ et à 10% si N+ pelvien [173].

2.6 Age et état général de la patiente :

L'âge avancé et les tares associées constituent des éléments de mauvais pronostic en limitant l'acte thérapeutique.

2.7 Traitement appliqué :

Vu la multifocalité et l'extension lymphatique précoce et fréquente, la vulvectomie totale avec curage inguinal bilatéral constitue le meilleur traitement. Le respect d'une marge de sécurité chirurgicale est le facteur le plus important dans le traitement chirurgical du cancer de la vulve.

VIII. Surveillance : [175]

❖ **La surveillance des lésions intraépithéliales traitées doit comporter :**

Un examen clinique de la vulve et du périnée tous les 3 mois la 1^{ère} année, puis 2 fois par an entre la 2^{ème} et la 5^{ème} année ensuite une fois par an à partir de la 6^{ème} année. Des récurrences ou des secondes localisations ont été décrites plusieurs dizaines d'années après le traitement initial. Un examen gynécologique complet régulier avec frottis de dépistage, des associations concomitantes ou métachrones avec des lésions du col ou du vagin sont fréquentes.

❖ **La surveillance des lésions invasives traitées doit comporter :**

Un examen clinique de la vulve et du périnée tous les 4 mois la première année, tous les 6 mois pendant 2 ans, tous les ans ensuite. Le risque de récurrence des lésions invasives devient faible après 5 ans, mais des secondes localisations sont toujours possibles devant la persistance des facteurs étiologiques (LS/A ou HPV). Un examen des aires ganglionnaires éventuellement complété par une échographie et une cytoponction en cas de doute. Un examen gynécologique complet régulier avec frottis de dépistage. Aucun examen d'imagerie ou biologique systématique n'a d'intérêt dans la surveillance.

IX. Prévention du cancer vulvaire :

Devant l'ignorance de l'étiopathologie du cancer vulvaire, cette prévention se limite à :

- ✓ La sensibilisation des femmes pour une excellente hygiène et une consultation gynécologique immédiate en cas de prurit ou autre signe vulvaire pour un diagnostic précoce.
- ✓ L'examen méticuleux de la vulve pour toute femme atteinte de prurit.
- ✓ Le frottis vulvaire ou la biopsie doivent être systématiques pour toute lésion suspecte.
- ✓ Le dépistage et le traitement des IST et les infections virales.
- ✓ Le traitement précoce du lichen scléreux par androgénothérapie et corticothérapie locale.
- ✓ La vaccination contre l'HPV et traitement de maladie de Paget.

❖ La vaccination :

Il existe 2 types de vaccin :

- Le vaccin thérapeutique :

L'objectif de la vaccination est de stimuler une réponse immunitaire qui va combattre la maladie [176]. La réduction de la charge virale HPV post-vaccination était notée chez 12 patientes dans une autre étude de 18 femmes vaccinées avec ce type de vaccin, la résolution complète de VIN3 encore n'a eu lieu que dans un seul cas [176].

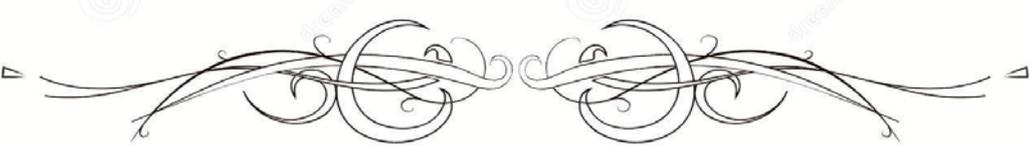
- Le vaccin prophylactique :

Fondé sur l'utilisation de particules virus-like formées par la protéine capsulaire majeur L1 de L'HPV [176].

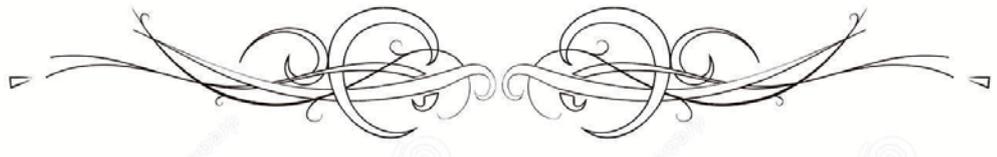
Une étude randomisée sur 1113 Femmes a montré que 4,5% des femmes vaccinées ont développé une infection à L'HPV 16 ou 18 (atteinte cervicale) comparé à 13% dans le groupe placebo [176].

La rareté du cancer de la vulve fait qu'il n'a pas été inclus dans de telles études.

Enfin, si l'utilisation de vaccin thérapeutique contre HPV est un échec à ce jour dans ce contexte, le vaccin préventif semble, quant à lui, beaucoup plus prometteur [177] et devrait à terme, à l'instar des lésions cervicales utérines, faire disparaître ce type de lésions.



CONCLUSION



- Le cancer de la vulve est un des plus rares néoplasies féminines avec une fréquence comprise entre 3 et 5%, et moins de 1% de l'ensemble des cancers
- C'est un cancer particulier qui touche majoritairement la femme âgée plus de 60 ans.
- Il se développe le plus souvent dans un contexte d'hypo-oestrogénie, et sur une vulve présentant des lésions dystrophiques.
- Sur le plan histologique, le carcinome épidermoïde reste loin le plus fréquent des cancers de la vulve.

Les carcinomes épidermoïdes vulvaires surviennent sur des néoplasies liées à une infection à HPV oncogène dont l'incidence a beaucoup augmenté depuis plusieurs décennies, soit de VIN non HPV induites survenant sur une affection dermatologique (lichen scléreuse) d'évolution chronique atteignant préférentiellement la vulve chez les femmes ménopausées.

- les signes d'appel dans Notre série sont dominés par le prurit et la tuméfaction
- Rarement le cancer peut être révélé par des douleurs à type de brûlures ou des hémorragies locales.
- Le diagnostic est facile et doit être toujours précoce quoi que, souvent, les patientes consultaient tardivement soit par négligence, ignorance ou pudeur

Aussi, c'est un cancer accessible au dépistage par la recherche du prurit à l'interrogatoire et l'examen de la vulve ou lors de tout examen gynécologique de routine.

La biopsie de toute lésion suspecte à l'emporte-pièce sous anesthésie locale est un geste facile et non traumatisant mais généreux, elle permet un diagnostic précoce qui va garantir par la suite une meilleure prise en charge avec amélioration de la qualité de vie de la patiente, l'impact psychique, et la survie.

- Le traitement chirurgical est la pierre angulaire de sa prise en charge. Il repose sur la réalisation de vulvectomie pour laquelle l'obtention des berges saines avec marges d'exérèse suffisantes, est le point clé de leur succès.

Les lymphadénectomies inguinales font partie du traitement des carcinomes invasifs.

De plus, l'utilisation judicieuse de la radio et/ou de la chimiothérapie participe au succès thérapeutique des formes les plus avancées.

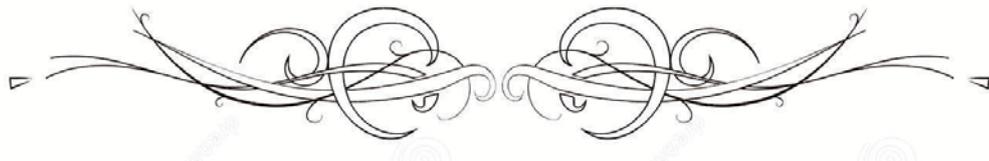
La technique du ganglion sentinelle récemment utilisé dans notre formation est un facteur prometteur d'une réduction significative des curages ganglionnaires abusifs.

- Le pronostic est d'autant plus meilleur que le diagnostic est précoce et la prise en charge est adéquate et à temps.

Malheureusement, la majorité des patientes consultaient à un stade tardif, d'où l'intérêt d'une meilleure information des médecins généralistes attirant l'attention sur le prurit vulvaire chez une femme ménopausée comme signe d'alarme de cancer de la vulve qu'il ne faut pas le banaliser, afin de permettre un diagnostic précoce des lésions précancéreuses qui reste le seul garant d'un traitement moins mutilant et un pronostic meilleur.



RESUMES



Résumé

Le cancer de la vulve est une affection néoplasique peu fréquente, représentant moins de 5% des cancers gynécologiques. Il survient le plus souvent chez des femmes âgées.

Notre objectif de cette étude analytique rétrospective, portant sur une série de 56 patientes porteuses du cancer vulvaire colligés au service de gynéco-obstétrique CHU MED VI de MARRAKECH durant la période allant de janvier 2016 au décembre 2022, et à travers une revue de la littérature : est d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, histologique, et de discuter la prise en charge Thérapeutique et le pronostic de ces patientes.

L'âge moyen des patientes était de 60 ans (extrêmes 30-90 ans), La plupart de nos patientes étaient ménopausées. Le délai moyen de consultation était supérieur à 6 mois dans 75%, La symptomatologie clinique était dominée par le prurit et tuméfaction vulvaire, alors que les douleurs pelviennes, des leucorrhées, les métrorragies sont plus rares.

Les formes ulcéro-bourgeonnantes est la plus fréquente représentant 44,65% des cas.

Pour les modalités diagnostiques : la biopsie vulvaire était réalisée dans 100% des cas et a conclu que le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent avec un pourcentage de 96,43% des cas

Le Bilan d'extension a révélé des métastases chez 11 patientes.

Sur le plan thérapeutique nos patientes ont bénéficié d'une chirurgie type vulvectomie totale avec curage ganglionnaire inguinal superficiel bilatéral. Les complications post chirurgicales sont dominées par l'infection et le lâchage des sutures.

La chirurgie constitue la pierre angulaire du traitement et dépend essentiellement du stade de la tumeur.

Toute fois d'autres options thérapeutiques restent disponibles telle que la radiothérapie et la chimiothérapie.

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, il est d'autant meilleur que la tumeur est de petite taille et que les ganglions ne sont pas envahis. le diagnostic est fait le plus souvent à un stade localement avancé d' où l'importance du diagnostic précoce des lésions précancéreuses pouvant améliorer le pronostic.

Le traitement doit être personnalisé en fonction du stade clinique de la tumeur afin de diminuer les conséquences fonctionnelles et psychologiques du traitement qui reste essentiellement chirurgical.

Abstract

Vulvar cancer is an uncommon neoplasia disease, accounting for less than 5% of gynecological cancers. It occurs most often in elderly women.

Our objective of this retrospective analytical study, relating to a series of 56 patients with vulvar cancer collected in the gyneco obstetric department CHU MED VI of MARRAKECH during the period from January 2016 to December 2022 and through a review of the literature, is to assess the epidemiological, clinical, histological, and discuss the therapeutic management and prognosis of these patients.

The mean age of the patients was 60 years (range 30–90 years), The most of our patients were menopausal, large multiparous. The average consultation time was more than 6 months. Clinical symptomatology was dominated by pruritus and vulvar lesions, while pelvic pain, leucorrhoea and metrorrhagia were rare.

The ulcero-budding form account for 44,65% of the cases.

For the diagnostic modalities: the vulvar biopsy was performed in 100% of cases and concluded with epidermoid carcinoma in 96,43% of the most frequent histological type cases. Extension report revealed metastases in 11 patients.

Therapeutically, our patients underwent total vulvectomy surgery with bilateral superficial inguinal lymph node dissection.

Post-surgical complications are dominated by infection and the release of sutures.

Surgery is the cornerstone of treatment and depends primarily on the stage of the tumor.

However, other therapeutic options remain available such as radiotherapy and chemotherapy.

The prognosis depends on several factors, it is all the better that the tumor is small and the ganglia are not invaded.

Vulvar cancer is one of the rare tumors but with a prognosis often reserved for early lymph node metastases and their diagnosis most often at a locally advanced stage hence the importance of early diagnosis of precancerous lesions that can improve the prognosis.

The treatment must be personalized according to the clinical stage of the tumor in order to reduce the functional and psychological consequences of the treatment which remains essentially surgical.

ملخص

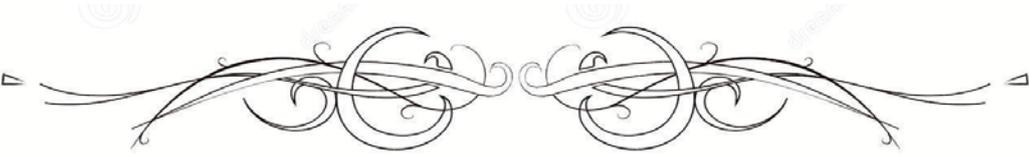
سرطان الفرج هو ورم غير شائع، إذ يمثل أقل من 5٪ من السرطانات النسائية، خاصة عند النساء المسنات.

هدفنا من هذه الدراسة التحليلية الرجعية على سلسلة من 56 مريض الحامل لسرطان الفرج في مصلحة أمراض

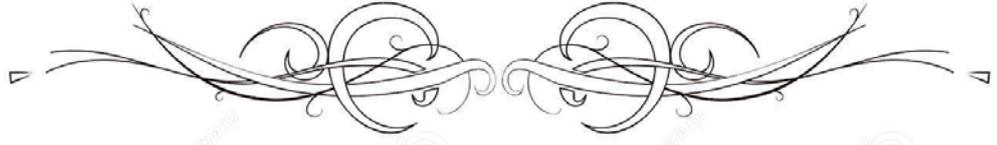
النساء والتوليد بمستشفى محمد السادس بمراكش خلال الفترة المتراوحة من يناير 2016 إلى دجنبر 2022 هو تقييم التحليلات السريرية، النسيجية، إضافة إلى مناقشة الإدارة العلاجية والتشخيصية لهؤلاء المرضى. معظم مرضانا كانوا في سن اليأس، وكان متوسط الوقت للإستشارة الطبية أكثر من 6 أشهر في 75٪ من الحالات في جل الحالات كانت تهيمن أعراض حكة الفرج والتورم، في حين آلام الحوض، الإفرازات المهبلية، والنزيف المهبلية كانت نادرة.

بالنسبة لطرق التشخيص : تم إجراء خزعة الفرج في 100٪ من الحالات حيث مثل سرطان الخلايا الحرشفية 96,43٪ من الحالات : كالتنوع الأكثر شيوعا وخضع مرضانا لجراحة استئصال الفرج كاملة مع تشريح العقد الليمفاوية السطحية.

الجراحة هي حجر الزاوية في العلاج. ومع ذلك، تبقى الخيارات العلاجية الأخرى متاحة مثل العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي. وذلك حسب عدة عوامل. كما يجب أن يتم تخصيص العلاج وفقا للمرحلة السريرية للورم من أجل الحد من الآثار الوظيفية والنفسية للعلاج الذي لايزال جراحياً ويبقى سرطان الفرج وربما نادرا. و لكن في كثير من الأحيان مع عدم التشخيص في وقت مبكر نجد أن الورم أصبح في حالة متطورة ومتقدمة محليا، ومن هنا تأتي أهمية التشخيص المبكر لمسببات السرطان لتحسين المردودية العلاجية.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Mauro J.E, M.V Bertolino, F. Basilio, J.C.Nassif,G. Jankilevich.**
A series of 21 cases using cryosurgery, a novel technique for managing advanced or extended vulvar cancer in medically debilitated patients.
Gynecol Oncol, 2009; 114 : 542-3.

2. **Leblanc, F.Narducci, M.Boukerrou, D.Querleu,**
Chirurgie du cancer de vulve.
Encycl Médi Chir – Gynécologie, 2007 ; 41-890.

3. **Sturgeon Sr, Brinton La, Devesa Ss, Kurman Rj.**
In situ and invasive vulvar cancer incidence trends (1973 to 1987).
Am J Obstet Gynecol 1992; 166:1482-1485.

4. **Monaghan Jm.**
The management of carcinoma of the vulva.
Clinical gynaecological oncology. 1990.

5. **Trone Jc, Guy Jb, Mery B, Langrand Escure J, Lahmar R, Moncharmont C,Rivoirard R, Semay T, Chauleur C, Collard O, Vignot S, Magné N.** Mélanomes du tractus *génital féminin : état des lieux. Bull Cancer 2014 ; 101 ; 102-6.*

6. **Pierre Kamina**
" Anatomie opératoire – Gynécologie Obstétrique "
– *Maloine 2000*

7. **Kamina P.**
Anatomie opératoire.
Gynécologie et Obstétrique ;
Éd ; Maloine, 219-223

8. **Xavier D, Richer P.**
Anatomie clinique de l'appareil génital féminin.
Encycl Méd Chir Gynécologie, 2003, 10-A-10,.

9. **Moyal–Barracco.**
Annales de Dermatologie et de Vénérologie.
Vol 124 – N° 6-7 – Juin 1997 p. 479 – 479

10. **Renaud–Vilmer C, Cavalier–Balloy B, Petit T.**
Néoplasies intra–épithéliales
Vulvaires. Ann Dermatol et Venereol 2005;132:576–81.

11. **Powell J, Wojnarowska F.**
Lichen sclerosus.
Lancet 1999;353:1777–83.

12. **Yesudian Pd, Sugunendran H, Bates Cm, O'mahony C.**
Lichen sclerosus.
International Journal of STD and AIDS. 2005 Jul; 16(7):465–73, test 474.

13. **Monique P.**
Lichen scléreuse de la vulve.
Rev Prat 1997; 47: 1674–7.

14. **Pelisse M.**
Lichen scléreuse.
Encycl Méd Chir Derm 2003 ; 98-530-A-10

15. **Rouzier R, G. Akerman, C. Dussour, B. Haddad,B.-J. Paniel.**
Epidémiologie des néoplasies vulvaires intra–épithéliales.
Gynécol Obstét Fertil, 2007 ; 35 :1251–6.

16. **F. Plantier, M. Moyal–Barracco**
Comprendre les néoplasies intra–épithéliales vulvaires.
Publié par Elsevier Masson SAS.
Ann Dermatol Vénérolog,2009 ; 163 : 145–51.

17. **Wilkinson Ej, Kneale B, Lynch Pj.**
New nomenclature for vulvar disease : report of the ISSVD terminology committee.
J Rep Med 1986; 31 : 973-974

18. **Kurman RJ, Toshihiko T, Schiffman MH. Basaloid And Warty**
Carcinomas of the vulva : distinctive types of squamous cell carcinoma frequently associated with human papillomaviruses,
Am J Surg Pathol 1993; 17 : 133- 145.

19. **Follen MM, Prasad CJ, Silva EG, Rutledge FN, McArthur MC, Crum CP.**
Second genital primary squamous neoplasms in vulvar carcinoma : viral and histopathologic correlates. Obstet
Gynecol 1993; 81 : 13-18.

20. **Moyal-Barraco M, Bergeron C.**
Néoplasies intraépithéliales de la vulve.
Encycl. Méd. Chir, Gynécologie, 510-A-25, 1995: 1- 4.

21. **Pelisse M.**
Dysplasies sévères étagées de la vulve: de la maladie Bowen aux papuloses bowénoïdes.
Reprod Hum Horm 1996; 9: 17-21

22. **De Wilt J.H.W, Diederik H.-J. Van Leeuwen, A. Logmans, Et Al.**
Pelvic exenteration for primary and recurrent gynaecological malignancies
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 134: 243-8.

23. **Judson P, L, Amy, L, Jonson, Pamela J. Paley, Et Al.**
A prospective, randomized study analyzing sartorius transposition following inguinal-femoral lymphadenectomy.
Gynecologic Oncology, 2004; 95: 226-30.

24. **Schneider A, Ute B, Christhardt K, S. Marnitz, P. Klemm.**
Clinical implication of laparoscopic pelvic lymphadenectomy in patients with vulvar cancer and positive groin nodes;
Gynecol Oncol, 2005; 99 : 101-5.

25. **Crum Cp.**
Carcinoma of the vulva: epidemiology and pathogenesis.
Obstet Gynecol 1992; 79: 448–458.
26. **Leibovitch M, Neill S, Pelisse M, Moyal–Barracco M.**
The epithelial changes associated with squamous cell carcinoma of the vulva: a review of the clinical, histological and viral findings in 78 women.
Br j Obstet Gynaeco/1990; 97: 1135–1139.
27. **Dauplat.J,Giraud.B :**
Le cancer invasif de la vulve
Encycl.Méd,chir,paris,gynécologie,520 A 10,12–1983
28. **Sedki.A.**
Cancer de la vulve (À propos de 7 cas).
Thèse.Méd. rabat, 2001, 29
29. **Michael A. Finan Md And Gregg Barre Md.**
Bartholin's gland carcinoma, malignant melanoma and other rare tumours of the vulva.
Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Volume 17,
Issue 4, August 2003, Pages 609–633 Vulval Cancer.
30. **Majdouline Boujoual,1,& Hafid Hachi,2 Mouna Rimani,3 Basma El Khannoussi, 4 et Abdesslam Bougtab:**
Verrucous carcinoma of the vulva: report of four cases Pan
Afr Med J. 2014; 17: 303. Publication en ligne 2014 avr. 21. French. DOI
31. **C. Louis Sylvestre, N. Chopin, E. Constancis, F. Plantier.**
Carcinomes verruqueux vulvaires : un traitement sur mesure.
Vol 32 – N° 7 – Novembre 2003 p. 634 – 637 © Masson, Paris, 2003
32. **L. Balepa, L. Baeyens, E. Nemeč, M. Verhas.**
Premier cas de recherche du ganglion sentinelle dans un adénocarcinome de la glande de Bartholin.
Vol 33 – N° 7 – Novembre 2004 p. 649 – 651 Masson, Paris, 2004

- 33. Phillips G.L., Bundy B.N., Et Al**
Malignant melanoma of the vulva treated by radical hemivulvectomy.
A Prospective Study of the Gynecologic Oncology Group. Cancer, 1994, 72:626–32.
- 34. Scheistroen M, Trope C., Koernj, And Al**
Malignant Melanoma of the Vulva. Evaluation of Prognostic Factors with Emphasis on DNA Ploidy in 75 Patients.
Cancer, 1995, 75, 72–80.
- 35. M.M. Melhouf, N. El Amrani, M.A. Et Colloborateurs.**
Les mélanomes malins de la vulve Présentation de 7 cas.
Rev.Fr.Gynéco. Obstet., 1997, 92, 5,339–343.
- 36. Howard. D, Homes Ley.**
Management of vulvar cancer.
Cancer, 1995, 76, 10: 2159–2170
- 37. Shimm D, Fuller A, Orlow E, Et Al:**
Prognostic variables in the treatment of squamous cell carcinoma. Evidence of the vulva.
Gynecol Oncol 1986; 24: 343
- 38. Green Th.**
Carcinoma of the vulva a reassessment.
Obstet Gynecol 1978; 52 (4): 462–469
- 39. Villedieu R, Wyplosz J, Vauvarin P Et Mouchel J.**
Traitement du cancer invasif de la vulve : 49 cas.
Nouv Presse Med 1978 ; 7 (28) : 2473–2474
- 40. Michael G, Lancour J.**
Les vulvectomies pour cancer invasif de la vulve.
Encycl. Med. Chir., Paris, techniques Chirurgicales, Urologie– Gynecologie.
- 41. Grendys Ec, Salud C, Durfee Jk, And Fiorica Jv.**
Lymphatic Mapping in Gynecologic Malignancies.
Surgical Oncology Clinics of North America 1999; vol 8; number 3166

42. **Chu J, Tamimi H, Figge D:**
Femoral node metastases with negative superficial inguinal nodes in early vulvar cancer.
Am J Obstet Gynecol 1981; 140: 337
43. **Hacker NF, Nieberg RK, Berek JS, Leuchter RS, Lusas WE, Tamimi HK et al.**
superficially invasive vulvar cancer with nodal metastases.
Gynecol Oncol 1983; 15: 65–77
44. **Hacker Nf, Berek Js, Lagasse Rk, Leuchter Rs.**
Individualization of treatment for stage I squamous cell vulvar carcinoma.
Obstet Gynecol 1984; 63: 155–162
45. **Ross Mj, Ehrmann Rl.**
Histologie prognosticators in stage I squamous cell carcinoma of the vulva.
Obstet Gynecol 1987; 70: 774–784
46. **Homesley H:**
Prognostic factors for groin node metastases in squamous cell carcinoma of the vulva (a Gynecologic Oncology Group Study).
Gynecol Oncol 1993; 49: 279–283 167
47. **De Hullu J.**
Innovations in treatment of vulvar cancer. Editions: Stichting Drukkerij *C.Regenboog*, Groningen, The Netherlands, p. 15
48. **Andreasson B, Nyboe J.**
Predictive factors with reference to low-risk on metastases in squamous cell carcinoma in the vulvar region.
Gynecol Oncol 1985; 21: 196–206
49. **De Hullu Ja, Oonk Mh, Van Der Zee Ag.**
Modern management of vulvar cancer.
Curr Opin Obstet Gynecol 2004; 16 (1): 65–72

50. **Magrina Jf, Gonzales–Bosquet J, Weaver Al, et al.**
Squamous cell carcinoma of the vulva stage IA : long–term results.
Gynecol Oncol 2000, 76: 24–27
51. **Scoazec J.Y, J.C. Sabourin.**
2010 : septième édition de la classification TNM.
Ann Pathologie, 2010 ; 30 : 2–6.
52. **Chahin A, Pierre–Alain B, Y.Brunisholz, P. Petignat.**
Recommandations pour la prise en charge des cancers gynécologiques:
Stratégies de diagnostic, de traitement et de surveillance,
Groupement Romand de la Société Suisse de Gynécologie et d’Obstétrique, 2010 première édition.
53. **Daniel Dargent,**
Cancer de la vulve : Actualités.
Reproduction humaine et hormones, 1996, volume IX– n ° 1, pp.23 à 29.
54. **Phillipe.E, Charpin.C :**
Vulve, pathologie gynécologique et obstétricale ; 1992 :1–21.
55. **Aboufath Kamal**
Cancer de la vulve a propos de 11 cas
Thèse médecine Fès 2016 n11
56. **Grainger S. Lanneau, Peter A. Argenta, Marion S.L, R.H. Riffenburgh, et al**
Vulvar cancer in young women: demographic features and outcome evaluation;
Am J Obstet Gynecol, 2009; 200: 645. e1– 645. e5.
57. **Klaeser B, Silke J, Thomas K, Michael D. Mueller:**
Comparaison of outcome and recurrence–free survival after sentinel lymphnode biopsy and lymphadenectomy in vulvar cancer ;
Gynecol Oncol, 2008; 110: 324–8.

58. **H. Zaidi, H. Berhil, H. Chenna, N. Mouhajir, S. El Majjaoui, H. El Kacemiet al :**
Benjaafar. Cancers Primitifs Invasifs De la vulve : expérience de l'Institut national d'oncologie de Rabat.
2012 Elsevier Masson SAS. Doi : 10.1016/j.canrad. 2012.07.133.
59. **Daniel Dargent.**
Cancer De La Vulve.
La Revue Du Praticien (Paris) 1997.47 :1684-1689
60. **Dynes T. Mcconnell.**
Human papillomavirus and vulval intraepithelial neoplasia,
Reviews in Gynaecological Practice 2003; 201-205.
61. **Dynes Mcconnell T., Flora H. Gastrell.**
Human papillomavirus and vulval intraepithelial neoplasia.
Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2001 ; 15 : 769±782.
62. **Yutaka Ueda, Takayuki Enomoto, Toshihiro Kimura, Kiyoshi Yoshino, Masami Fujita, Tadashi Kimura.**
Two Distinct Pathways to Development of Squamous Cell Carcinoma of the Vulva.
Journal of Skin Cancer 2011, 2011; ID 951250, 7.
63. **Gotlieb Walter H.**
The assessment and surgical management of early-stage vulvar cancer.
Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2003 ; 17 (4) : 557_569.
64. **Hampl M., S. Deckers-Figiel, J.A. Hampl, D.Rein, H.G. Bender.**
New aspects of vulvar cancer: Changes in localization and age of onset,
Gynecologic Oncology, 2008; 109 : 340-345.
65. **Mahjoub S, Ben Brahim F, Ben Hmid R, Zehai D, Kallel N, Sebai N, Zouari F.**
Prise en charge des tumeurs malignes de la vulve.
La Tunisie médicale. [Tunis.Med.], 2008, vol.86, n°12, pp.1055- 1059. INIST: 4691.

66. **H.Asmouki.Hind Zine Elaabidine**
profil épidémio_clinique du cancer de la vulve.
Thèse médecine marrakech 2012 N°5.
67. **Hinten F, Molijn A, Eckhardt L, Massuger Lfag, Quint W, Bult P And Al.**
Vulvar cancer: Two pathways with different localization and prognosis.
Gynecol Oncol. 2018 May;149(2):310– 317. doi:10.1016/j.ygyno.2018.03.003. Epub 2018 Mar 16. PubMed PMID: 29555332.
68. **Lakhdar. Hafssa Sedreddine**
Cancer de la vulve à propos de 13cas
Thèse médecine Rabat 2010 N°227.
69. **Hami Lt, Lampe B, Mallmann P, Forner Dm.**
The Impact of Age on the Prognosis of Vulvar
Cancer. Oncol Res Treat. 2018;41(9):520–524. doi: 10.1159/000488800. Epub 2018 Jul 24. PubMed PMID: 30041246.
70. **Melhouf My Abdelillah.Benani Mounia**
Tumeur maligne de la vulve à propos de 13 cas
Thèse médecine Fès 2017 N°158/17
71. **H.Asmouki.Mohamed Habbab**
Cancer de la vulve expérience de CHU Mohamed IV de marrakech
Thèse médecine 2019 N°47
72. **Palumbo Ar, Fasolino C, Santoro G, Gargano V, Rinaldi M, Arduino B,**
And al evaluation of Symptoms and Prevention of Cancer in Menopause: The Value of
Vulvar Exam. Transl Med
*UniSa. 2016 Nov 1;15:74–79. eCollection 2016 Nov.PubMed PMID: 27896230; PubMed Central
PMCID: PMC5120753*

- 73. Errarhay Sanae. Aboufath Kamal**
Cancer de la vulve
Thèse médecine fès 2016 N° 11/16
- 74. Antoine Abu–Musa, Ali Khalil, Ghina Ghaziri, Muhheidine Seoud, And Jaber Abbas.**
Synchronous vulvar and breast cancer.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology
Volume 100, Issue 1, 10 December 2001, Pages 92–93
- 75. N.Noun**
Le cancer de la vulve à propos de 43 cas
Thèse médecine N°02,2012.CASABLANCA
- 76. F.Mikou**
Cancer de la vulve à propos de 35 cas
Thèse médecine N°01,2011.CASABLANCA
- 77. Doh. A.S, Kasia.J.M, Shasha.W.**
Le cancer de la vulve a Yaoundé (Cameroun).
Gynécologie, 1995, 3,4 : 220–223.
- 78. Sasco. A.J, Gendre.I.**
Epidémiologie actuelle des cancers de la vulve.
Contracept.fertil.sex. 1998, 26, 12:858–864.
- 79. Abboud.J, Attieh.E, Atallah.D, Dergham.S.**
Le traitement chirurgical radical du cancer épidermoïde de la vulve. Résultats de *10 ans d'expérience. J.Gynécol. obstet.Biol. Reprod., 1995, 24 : 595–599.*
- 80. Abdi Rhizlane**
Cancer de la vulve à propos de 28 cas
Thèse médecine OUJDA 2014 n143
- 81. Belghmi Dounia.**
Cancer de la vulve.
Thèse Médecine Casablanca 2000 ; N°374

- 82. Alouani C.E, A.E Omrani, A. Benhmidoune, A. Tahri**
Profil des cancers vulvaires dans la région de Marrakech.
Cancer/Radiothérapie, 2010; 14, 584–665.
- 83. Chanl, Felsing M, Cihalova M, Zlamal F, Bienertova–Vasku J.**
Vulvar cancer recurrence –an analysis of prognostic factors in tumour-free pathological margins patients group.
Ginekol Pol. 2018;89(8):424–31. doi:
10.5603/GP.a2018.0073. PubMed PMID: 302154601.
- 84. De Figueiredo E Silva Rama AL, De Gois Speck NM, Nogueira De Carvalho CR, Schimidt MA, Ribalta JCL.**
Imiquimod cream and CO2 laser vaporization in vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) 2/3 treatment.
Eur J Gynaecol Oncol. 2017;38(3):368–371. PubMed PMID: 29693875.
- 85. Lrhorfi M.H.**
Cancer de la vulve à propos de 51 cas.
Thèse Méd Rabat 1994 ; N°296. (98,99)
- 86. Doh. A.S, Kasia.J.M, Shasha.W.**
Le cancer de la vulve a Yaoundé (Cameroun).
Gynécologie, 1995, 3,4 : 220–223.
- 87. Ouguerri Laila.**
Cancer de la vulve (a propos de 112 cas).
Thèse.Méd. casa,1996,204
- 88. Body G, Guillard Y, Guillerej C.**
Cancer de la vulve. Aspects diagnostiques et thérapeutiques à propos d'une série de 90 cas.
J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1983 ; 12 : 135–42.
- 89. Nkoua–Mbon J. B. ; Okiemy G. ; Bouya A. P Et Colloborateurs**
Le cancer de la vulve a Brazzaville a propos de 8 cas
Médecine d'Afrique Noire – n° 5212 – Décembre 2005 – pages 675–679

90. **J.L. Benedet, H. Bender, H. Jones, 3rd, H.Y. Ngan And S. Pecorelli.**
FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology.
Int J Gynaecol Obstet 70 (2000), pp. 209–262.
91. **PDQ Adult Treatment Editorial Board. Vulvar Cancer Treatment (PDQ®): Healthprofessional**
Version. 2019 Feb 1. PDQ Cancer Information Summaries [Internet].Bethesda (MD): National
Cancer Institute (US); 2002–. Available
from<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65760/>*PubMed PMID: 26389203*
92. **Bariocchi G, J.P. Duprat, R.I. Neves, E.M. Fukazawa, Et Al.**
Vulvar melanoma: report on eleven cases and review of the literature,
Sao Paulo Med J, 2010; 128 (1): 38–41.
93. **Staphen K. Tyring Md.**
Vulvar squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment. Diagnosis and Treatment of Female Dermatology–Related Genital Disease.
American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 189, Issue 3, Supplement 1, September 2003, Pages S17–S23.
94. **J.G. BELL, J.S. LEA And G.C. REID.**
Complete groin lymphadenectomy with preservation of the fascia lata in the treatment of vulvar carcinoma.
Gynecol. Oncol. 77 (2000) (2), pp. 314_318.
95. **M. Scheistroen, J.M. Nesland And C. Trope.**
Have patients with early squamous carcinoma of the vulva been overtreated in the past? The Norwegian experience 1977_1991, Eur. J.
Gynaecol. Oncol. 23 (2002) (2), pp. 93_103.
96. **R.N. Grimshaw, J.B. Murdoch And J.M. Monaghan.**
Radical vulvectomy and bilateral inguinal–femoral lymphadenectomy through separate incisions–experience with 100 cases. Int. J.
Gynecol. Cancer 3 (1993) (1), pp. 18_23

97. **M.P. Burger, H. Hollema, A.G. Emanuels, M. Krans, E. Pras And J. Bouma.**
The importance of the groin node status for the survival of T1 and T2 vulvar carcinomas patients.
Gynecol. Oncol. 57 (1995) (3), pp. 327_334.174
98. **T.W. Burke, C. Levenbeck, R.L. Coleman, Et Al**
Surgical therapy of T1 and T2 vulvar carcinoma: further experience with radical wide excision and selective inguinal lymphadenectomy.
Gynecol. Oncol. 57 (1995) (2), pp. 215_220.
99. **Rouah Abdellatif**
Cancer de la vulve à propos de 50 cas.
Thèse Médecine CASA 2007 ; N°174.
100. **Piechon. L, Boubli. L.**
Examen de la vulve et du vagin: De la clinique à la biopsie.Rev.
Prat, 47 : 1645-1650. 2009
101. **Horne Zd, Dohopolski Mj, Pradhan D, Bhargava R, Edwards Rp, Kelley JI And Al Human**
papillomavirus infection mediates response and outcome of vulvar squamous cell carcinomas treated with radiation therapy.
Gynecol Oncol. 2018 Oct;151(1):96-101. doi: 10.1016/j.ygyno.2018.08.002. Epub 2018 Aug 3. PubMed PMID: 30082072.
102. **P.Descampsj.Marchettal.Catala**
Author links open overlay panel vulvar disease Gynecol.
Oncol 2011
103. **Kroeber Es, Mathewos A, Wondemagegnehu T, Aynalem A, Gemechu T, Piszczan And Al**
Vulvar cancer in Ethiopia: A cohort study on the characteristics and survival of 86 patients.
Medicine (Baltimore). 2018 Mar;97(9):e0041. doi: 10.1097/MD.0000000000010041. PubMed PMID: 29489654; PubMed Central PMCID: PMC5851767.

- 104. Birane Bourycisse :**
Cancer de la vulve à propos de 21 cas.
Thèse Méd CASA 2007 ; N°123.
- 105. Référentiels De L'ap-Hp**
Référentiel Cancer de la vulve Juin 2016
- 106. Christina Rosen and Henric Malmstrom.**
Invasive Cancer of the Vulva.
Gynecologic Oncology, Volume 65, Issue 2, May 1997, Pages 213–217.
- 107. Danino M.A, O. Trost, P. Trouilloud, Malka J.**
Techniques chirurgicales des curages ganglionnaires inguinaux.
Encycl Médi Chir, Techniques chirurgicales– Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 2006 ; 45–142–C
- 108. Panici P. B, S.Basile, F. Plotti, L. Muzii, et al.**
Single agent cisplatine chemotherapy in surgically resected vulvar cancer patients with multiple inguinal lymph node metastases,
Gynecol Oncol, 2005 ; 96 : 227–31.
- 109. Renaud–Vilmer C, S. Lasry,A. Labib, Cavalier–Balloy :**
Pathologie maligne vulvaire chez l'adulte
Encycl Médi Chir – Gynécologie, 2008 ; 510–A–30.
- 110. Chan J. K, V. Sugiyama, H. Pham, M.G, et al.**
Margin distance and other clinico–pathologic prognostic factors in vulvar carcinoma: A multivariate analysis.
Gynecol Oncol, 2007 ; 104 : 636–41.
- 111. Desimone Cp, Js. Van Ness, Al. Cooper, S.C. Modesitt, et al.**
The treatment of lateral T1 and T2 squamous cell carcinomas of the vulva *confined to the labium majus or minus.*
Gynecol Oncol, 2007; 104: 390–5.

112. **Monk Bradley J., John K. Chan, Valerie Sugiyama, Tania R. Tajalli et al.**
Conservative clitoral preservation surgery in the treatment of vulvar squamous cell carcinoma,
Gynecologic Oncology 95, 2004; 152-156.
113. **Latimer J, P. Baldwin.**
Vulval cancer.
Current Obstet Gynaecol, 2005 ; 15 : 113-22.
114. **Marian J.E. Mourits, J.M. Woolderink, Geertruida H. De Bock, J.A. De Hullu, M.J. Dvy, A.G.J. Van Der Zee.**
Patterns and frequency of recurrence of squamous cell carcinoma of the vulva.
Gynécologie Oncol, 2006 ; 103 : 293-9.
115. **Ferron G, D. Querleu, P. Martel, N. Chopin, M. Soulie.**
Exentération pelvienne par abord laparoscopique et périnéal.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2006; 34: 1131-6.
116. **De Wilt J.H.W, Diederik H.-J. Van Leeuwen, A. Logmans, et al.**
Pelvic exenteration for primary and recurrent gynaecological malignancies
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 134: 243-8.
117. **Judson P, L, Amy, L. Jonson, Pamela J. Paley, et al.**
A prospective, randomized study analyzing sartorius transposition following inguinal-femoral lymphadenectomy.
Gynecologic Oncology, 2004; 95: 226-30.
118. **Schneider A, Ute B, Christhardt K, S. Marnitz, P. Klemm.**
Clinical implication of laparoscopic pelvic lymphadenectomy in patients with vulvar cancer and positive groin nodes;
Gynecol Oncol, 2005; 99 : 101-5.
119. **Louis-Sylvestre C., E. Evangelista, F. Leonard, E. Itti, M. Meignan, B.-J. Paniel,**
Interprétation de l'identification du ganglion sentinelle dans les cancers vulvaires,
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2006; 34 : 706-710.

120. **Lindell G, C. Jonsson, R. J. Ehrsson, Et Al.**
Evaluation of preoperative lymphoscintigraphy and sentinel node procedure in vulvar cancer.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010; 152 :91-5.
121. **Crosbie E. J, B. Winter-Roach, P. Sengupta, Et Al.**
The accuracy of the sentinel node procedure after excision biopsy in squamous cell carcinoma of the vulva.
Surgical Oncol 2010; 19 : 150-4.
122. **Deambrosis K, J. Nicklin, S. Yong-Gee.**
Basal cell carcinoma of the vulva: A report of four cases.
Austr J Dermatol, 2008; 49: 213-5.
123. **Dubuisson J, F. Golfier, A. Bouillot, D. Raudrant.**
Vulvoperineal reconstruction after extended radical vulvectomy: Two reconstructive procedures.
Gynécologie Obstétrique Fertil, 2008 ; 36, 325-329.
124. **Weikel Wolfgang, Markus Schmidt, Eric Steiner, Paul-Georg Knapstein, Heinz Koelbl.**
Surgical therapy of recurrent vulvar cancer.
Am J Obstet Gynecol, 2006 ; 195: 1293-302.
125. **Sawad M, Yoshihiro K, Takahiro K, et al.**
Versatile lotus petal flap for vulvoperineal reconstruction after gynaecological *ablative surgery*. *Gynecol Oncol, 2004 ; 95: 330-5.*
126. **Parthasarathy A, M.K. Cheung, K. Osann, A. Husain, et al.**
The benefit of adjuvant radiation therapy in single-node-positive squamous cell *vulvar carcinoma*. *Gynecol Oncol, 2006;103: 1095-9.*
127. **Akapo J, Loratet B, Badachi Y, et al.**
Les lésions vulvo-vaginales : Aspects en imagerie avec corrélation anatomo-clinique
AGFWS. Radiol, 2007 ; 88, 1512.

128. **Elizabeth A. Barnes And Gillian Thomas :**
Integrating Radiation into the Management of Vulvar Cancer ;
Semin Radiat Oncol 16:168–176. 2006 Elsevier Inc.
129. **Gerszten K, Rn. Selvaraj, J. Kelley, And C.Faul.**
Preoperative chemoradiation for locally advanced carcinoma of the vulva.
Gynecol Oncol, 2005 ; 99(3) : 640–4
130. **Geisler J P, K J. Manahan, And R E. Buller.**
Neoadjuvant chemotherapy in vulvar cancer : avoiding primary exenteration.
Gynecol Oncol, 2006; 100 : 53–57.
131. **Ghaemmaghani F, M. Modares, N. Behtash, A. Z.**
Multiple, disseminated cutaneous metastases of vulvar squamous cell carcinoma
Int J Gynecol Cancer, 2004; 14: 384–7.
132. **Gadducci A, Cionini L, Romanini A, Fanucchi A, Genazzani A. R.**
Old and new perspectives in management of high risque, recurrent and metastatic vulvar cancer.
Critical Review in Oncol Hematol, 2006 ; 60(3) : 227–41.
133. **Wagenaar H. C, N. Colombo, I. Vergote, Hoctin–Boes, et al.**
Bleomycin, Methotrexate, and CCNU in locally Advanced or recurrent, Inoperable, Squamous–cell carcinoma of the vulva : An EORTC Gynaecological Cancer Cooperative Group Studay.
Gynecologic Oncology, 2001 ; 81 : 348–354.
134. **Faure M.**
Néoplasies intra–épithéliales de la vulve.
Encycl Méd Chir Gynécologie, 2001; 510–A–25.
135. **De Hullu J.A,S. Van Der Steen, H.P. Van De Nieuwenhof, L. Massuger, J. Bulten.**
New FIGO staging system of vulvar cancer indeed provides a better reflection of prognosis,
Gynecol Oncol, 2010; 119: 520–5. Gynécol Obstet Fertil 2005 ; 33 : 755–61.

136. **Deruelle P, Collinet P, Thomas P.**
Etude clinique et pronostic de 56 cas de néoplasie intra-épithéliales vulvaires.
Gynécol Obstet Fertil 2005 ; 33 : 755-61.
137. **Lotem M, S. Anteby, T. Peretz, et al.**
Mucosal melanoma of the female genital Tract Is a Multifocal Disorder,
Gynécol Oncol, 2003 ; 88 : 45-50.
138. **Podratz Kc, W.A. Cliby, Mj. Webb, et al.**
Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva,
Gynecol Oncol, 2005; 97: 828-33.
139. **Baeyens L, L. Balepa, E. Nemeč, M. Verhas.**
Premier cas de recherché du ganglion sentinelle dans un adénocarcinome de la glande de Bartholin.
J Gynécol Obstét Biol Reprod, 2004 33 649-51.
140. **Guven S, Ayhan A. Velipasaoglu M, et al.**
Prognostic factors for recurrence and survival in primary vulvar squamous cell cancer
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2008; 87: 1143-9.
141. **Mathiesen O,S.K. Buus B, M. Cramer.**
Topical imiquimod can reverse vulvar intraepithelial neoplasia : A randomised, double-blinded study. *Gynecol Oncol*, 2007 ; 107 : 219-22.
142. **alagas Me, Athanasiou S, Pitsouni E, lavazzo C.**
Imiquimod for treatment of vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia,
Interna J Gynecol Obstet, 2008; 101: 3-10.
143. **Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes Version Validée : 30/06/2015 •**
Cancer de la vulve pra-gyn-
1506VULVE[http://espacecancer.santera.fr/Ressources/referentiels/gyn%C3%A9cologie/PA-GYN-1506VULVE.pdf](http://espacecancer.santera.fr/Ressources/referentiels/gyn%C3%A9cologie/RA-GYN-1506VULVE.pdf)

144. **Zaulon A, Vautravers, B. Rodriguez, I. Nisand, J.-J. Baldauf**
Imiquimod et autres immunomodulateurs en gynécologie.
Gynécol Obstét Fertil, 2007 ; 35 : 149-57.
145. **Hacker F, Lagasse D, Wade E, Townsend E.**
Treatment of vulvar carcinoma in situ with the CO2 laser.
Gynécol Oncol 1984; 19: 314-22.
146. **Robert Hg, Dutranoy G.**
Considération sur les aspects et le traitement des tumeurs malignes de la vulve *suivies à l'hôpital Broca de 1962-72.*
Ann Chir 1974 ; 28 : 701-6.
147. **Francis JA, Eiriksson L, Dean E, Sebastianelli A, Bahoric B, Salvador S. N(O) 370 –**
Prise en charge du cancer spinocellulaire de la vulve.
J Obstet Gynaecol Can. 2019 Jan;41(1):102-115. doi: 10.1016/j.jogc.2018.11.016.
Erratum in: J Obstet Gynaecol Can. 2019 Feb 19;:. PubMed PMID: 30580823.
148. **Levenback C, P.T. Ramirez, A. Jhingran, J.K. Wolf, Et Al.**
Groin recurrence in patients with vulvar cancer with negative nodes on superficial inguinal lymphadenectomy.
Gynécol Oncol, 2013 ; 90 : 625-8.
149. **Marian J, O'neill D, Nagenthiran S, Dawson Cw, Luesley Dm.**
Current insights into the aetiology, pathobiology, and management of local disease recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva.
BJOG. 2017 May;124(6):946-954. doi: 10.1111/1471-0528.14560. Epub 2017 Mar 9.
Review. PubMed PMID: 28081287
150. **Van Doorn Hc, Ansink A, Verhaar-Langereis Mmj,St. Lpers Ll.**
Neoadjuvant chemoradiation for advanced primary vulvar cancer.
Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006; 3.

151. **Micha Jp,Goldstein Bh, Rettenmaier Ma, et al.**
Pelvic radiation necrosis and osteomyelitis following chemoradiation of advanced stage vulvar and cervical carcinoma,
Gynecol Oncol, 2006; 101 : 349-52.
152. **Tjalma Waa, Watty K.**
Skin metastases form vulvar cancer:a fatal event ;
Gynecol Oncol, 2003 ; 89: 185-8.
153. **Laurent R, Schaal J.P, Rabenja C.A.**
Vulve et papillomavirus.
Reprod Hum Horm 1996 ; 9, 1 : 45-51.
154. **Amal Bennani,1,& Hinde El Fatemi,1 Sanae Erraghay,2 Hind Mobakir,2 Hassania Ameurtess,1 Ihsane Souuaf,1 Kaoutar Moumna,1 Karima Idrissi,1 Asmae Zriouel,3 Nadia Squalli,3 Abdelaziz Banani,2 et Affaf Amarti1**
The primary melanoma of the female genital tract: report of three cases and review of literature
155. **Mateus C, M. Fortier Beaulieu, C. Lhomme. F. Rochad, et al**
Carcinome basocellulaire de la vulve : 21 cas.
Ann Dermatol Vénérologie, 2001 ; 128(1) : 11.
156. **Mulayim N, D. Foster Silver, I. T.Ocal, E. Babalola.**
Vulvar Basal Cell Carcinoma : Tow Unusual Presentations and Reiew of the Literature.
Gynecol Oncol, 2002; 85 : 532-7.
157. **Rodriguez A, M. A.Isaac, E. Hidalgo, B. Marquez, F.F. Nogales.**
Villoglandular Adenocarcinoma of the Vulva
Gynecol Oncol, 2001 ; 83 : 409-11.
158. **Adriet JM, Bouris J, Eschwege F, Gerard JP, et al.**
Guide des procédures de radiothérapie externe 2007.
Cancer/Radiothérapie, 2008; 12: 143-313.

159. **Collado F.K, Elliotti Ks, Y.C Lee, P.C.Chen, O.Abulafia.**
Merkel cell carcinoma of the Bartholin's gland
Gynecol Oncol 2005; 97 : 928–31.
160. **Vaccari S, Barisani A, Preti Ep, Dika E, Fanti Pa, Patrizi A, Tosti G.**
Vulvar intraepithelial neoplasia and vulvar squamous cell carcinoma: differential dermoscopic features in a case series, and a progression model.
Clin Exp Dermatol. 2018 Jun;43(4):469–471. doi: 10.1111/ced.13380. Epub 2018 Jan 6. PubMed PMID: 29315730
161. **Cohen Pa, Anderson L, Eva L, Scurry J.**
Clinical and molecular classification of vulvar squamous pre-cancers. *Int J Gynecol Cancer.* 2019 Feb 7. pii:ijgc-2018-000135. doi: 10.1136/ijgc-2018-000135. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 30737358.
162. **Dasgupta S, Ewing–Graham PC, Van Kemenade FJ, Van Doorn HC, Noordhoek Hegt V, Koljenović S.**
Differentiated vulvar intraepithelial neoplasia (dVIN): the most helpful histological features and the utility of cytokeratins 13 and 17.
Virchows Arch. 2018 Dec;473(6):739–747. doi: 10.1007/s00428-018-2436-8. Epub 2018 Sep 6. PubMed PMID: 30187167; PubMed Central PMCID: PMC6267258.
163. **Stephen K. Tyring.**
Vulvar squamous cell carcinoma : Guidelines for early diagnosis and treatment. *Am J Obsel Gynecol,* 2013 ; 189: S17–S23.
164. **Ziraoui A.**
Le cancer de la vulve à propos de 31 cas,
Thèse N°64, 2007; Casablanca
165. **Martin AL, Stewart JR, Girithara–Gopalan H, Gaskins JT, Mcconnell NJ, Medlin Ee.**
Trends and Complications of Vulvar Reconstruction After Vulvectomy: A Study of a Nationwide Cohort.
Int J Gynecol Cancer. 2018 Oct;28(8):1606–1615. doi: 10.1097/IGC.0000000000001332. PubMed PMID: 30095703.

166. **Gould.N, S. Kamelle, T.Tillmanns, D.Scribner, M. Gold, J. Walker And Al.**
Predictors of complications after inguinal lymphadenectomy.
Gynecol Oncol, ; 82(2) :2012 329–332
167. **Doyen J, A. Ginot, J.– M. Hannoun–Levi, A. Courdi.**
Dose de tolérance des tissus sains: la peau et les phanères.
Cancer/Radiothérapie, 2010; 14: 379–85.
168. **Green M.S, R.W.Naumann, M. Elliot, et al.**
Sexual Dysfunction Following Vulvectomy.
Gynecol Oncol, 2007: 73–7.
169. **Robinson–Bostom L, Annier R.W, M. O'brien, R. Ross, T. Long.**
Epidermotropic metastasis from vulvar squamous cell carcinoma : A rare cutaneous manifestation.
J Am Acad Dermatol, 2009; 10 : 07–036.
170. **Khouchani M, N. Benchakroun, A. Tahri, N. Tawfiq, H Jouhadi, A.Acharki, and al**
Métastase intramammaire d'un cancer vulvaire: à propos d'un cas avec revue de la littérature.
Cancer/Radiothérapie, 2008 ; 12 : 120–5.
171. **Fischer F, M. Kuhl, U. Feek, et al.**
Bone metastases in vulvar cancer: a rare metastatic pattern.
Int J Gynecol Cancer; 2015; 15: 1173–6.
172. **Marian J, O'neill D, Nagenthiran S, Dawson Cw, Luesley Dm.**
Current insights into the aetiology, pathobiology, and management of local disease recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva.
BJOG. 2017 May;124(6):946–954. doi: 10.1111/1471–0528.14560. Epub 2017 Mar 9. Review. PubMed PMID: 28081287
173. **Dr Pascal Guichardard, Dr Binelli C. Dr Lortholary A.**
Tumeurs rares.Référentiel Régional Gynécologie –
Réseau Oncol Pays de la Loire, version du 7 octobre 2005.

174. **Hoffman M, Gunesakaran S, Arango H, De Cesare S, Fiorica J, Parsons M, Cavanagh D.**
Lateral Microscopic Extension of Squamous Cell Carcinoma of the Vulva.
Gynecologie Oncology 1999 ; 73 : 72-75.
175. **Thomas Gm, Dembo Aj, Bryson Scp.**
Changing concepts in the management of vulvar cancer.
Gynecol Oncol 1991 ; 42: 9-15.
176. **Mcfadden K, Cruickshank M.**
New developments in the management of VIN.
Reviews in Gynaecological Practice, 2005; 5 : 102-8.
177. **Pavonen J, D. Jenkins, Fx, Bosch, P. Naud, et al.**
Efficacy of prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-Like Particle vaccine against infection with human papillomavirus type s 16 and 18 in young women : an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial.
Lancet, 2007 ; 369 (21) : 61-70.
178. **Henri Azaïs and all,**
Groupe transversal sein-gynécologie AP-HP
Mise à jour concernant la prise en charge du cancer de la vulve : les recommandations de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris,
Bull Cancer 2019; 106: 371-378.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

و الألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، و أكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح

والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين

على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

**سرطان الفرج : تجربة بالمركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس بمراكش
(يناير 2016 - دجنبر 2022)**

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2023/11/14

من طرف

السيدة وئام التومي

المزداة في 18 مارس 1991 بالداخلة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

سرطان الفرج – عينة نسيجية - خلايا حرشفية - استئصال الفرج

علاج إشعاعي - علاج كيميائي

اللجنة

الرئيس

ح. أسموكي

السيد

أستاذ في طب أمراض النساء و التوليد

المشرف

ع. سوماتي

السيد

أستاذ في طب أمراض النساء و التوليد

الحكم

ك. هارو

السيد

أستاذ في طب أمراض النساء و التوليد