



Chirurgie post-RCC; cancer du col utérin localement avancé, à propos de 3 cas.

Service de gynécologie-obstétrique, clinique Ibrahim Gharafa, CHU BEO
; F. MADACI, C. AID, D. RIZOU.

Introduction:

Le cancer du col utérin est un des cancer les plus fréquemment diagnostiqués chez la femme à travers le monde. Il occupe le second rang en terme d'incidence et de mortalité par cancer gynécologique. Son incidence est de 8 cas pour 100 000 personnes année selon les statistiques de cancer en Algérie 2022 avec 1799 nouveaux cas, cependant, la mortalité dépasse la moitié à 4,6 pour 100 000 avec 1013 décès en 2022; l'âge médian au diagnostic est de 50 ans;

Malgré la mise en place du dépistage des lésions précancéreuses, il n'est pas rare de diagnostiquer un cancer du col localement avancé, 30% des cancers invasifs sont diagnostiqués à un stade IIB ou supérieur.

Le standard du traitement est l'association concomitante radio-chimiothérapie avec une curiethérapie utéro vaginale de complément à partir même du stade IB. La chirurgie de clôture est une option thérapeutique mentionnée dans les référentiels de cancérologie pelvienne;

de la chirurgie de clôture n'a pas démontré le bénéfice en survie globale et en survie sans récurrence de la chirurgie par rapport à la surveillance clinique après radiochimiothérapie concomitante.

De plus, la réalisation d'un tel geste sur un pelvis irradié peut être rendu techniquement difficile. Compte tenu de la situation anatomique de l'appareil génital féminin dans le pelvis, le traitement radical du cancer du col peut être source de nombreuses complications responsables d'une morbidité à court et moyen terme non négligeable pour la patiente.

Enfin, il est fréquemment découvert lors de l'analyse histologique un reliquat tumoral non vivace alors que l'imagerie concluait à la présence de celui-ci.

Matériels et méthodes:

Nous avons eu à prendre en charge pendant 4 ans 69 patientes atteintes d'un cancer du col utérin tout stade confondu, dont 3 présentaient un résidu tumoral post-RCC:

Cas clinique

Observation 1: Mme S.F. âgée de 57 ans, G4P4, sans antécédents particuliers, ménopausée à l'âge de 44 ans, qui a présenté un carcinome épidermoïde moyennement différencié kératinisant du col utérin de 52*47 mm atteignant de façon bilatérale les paramètres classé IIIc de la FIGO ayant reçu radiochimiothérapie concomitante avec curiethérapie utéro vaginale sous décision RCP avec une bonne tolérance. L'IRM de contrôle faite 8 semaines après fin de traitement, retrouve une masse résiduelle endocervicale de 13 mm;

La patiente a été discutée en RCP, où la décision de reprise chirurgicale, opérée: colpohystérectomie totale élargie avec annexectomie bilatérale, le postopératoire était marqué par une sténose urétérale gauche ayant nécessité la montée de sonde JJ, alors que l'étude histologique de la pièce opératoire retrouve une muqueuse cervicale siège de remaniements inflammatoires chroniques sans évidence de reliquat tumoral évident. Actuellement, elle présente un recul de 2 ans.

Observation 2: Mme B.N. âgée de 53 ans, G1P1 sans antécédents particuliers, ménopausée, veuve après moins d'une année de mariage (25ans), ayant présenté des métrorragies avec des douleurs pelviennes en rapport avec un adénocarcinome endocervical invasif, P16 positif en immunohistochimie de 31*22 mm sur 24 mm de hauteur avec atteinte paramétriale classé IIB selon la classification de FIGO, ayant reçu RCC sous décision RCP avec une bonne tolérance;

L'IRM pelvienne de contrôle faite 8 semaines après fin de traitement, retrouve une nette diminution du processus tumoral mesurant 20*15 mm de grand axes infiltrant discrètement les paramètres proximaux, opérée sous décision RCP: colpohystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale, l'étude histologique confirma la vivacité du reliquat tumoral mesurant 30*25 mm HPV induit, de type mucineux sans emballes vasculaires ni engagement périnerveux, avec des paramètres sains et une collerette vaginale non infiltrée classé TRG4 selon le score de Mandard.



Observation 3: Mme M.Z. âgée de 57 ans, G3P3, sans antécédents particuliers, ménopausée depuis 5 ans, qui a présenté un adénocarcinome endométrioïde de grade 2 de l'endocol de 41*25 mm infiltrant les paramètres et le 1/3 supérieur du vagin classé IIB selon la classification de FIGO, ayant reçu RCC sous décision RCP avec une bonne tolérance;

L'IRM pelvienne de contrôle faite 8 semaines après fin de traitement retrouve un reliquat tumoral de 22*32*28 mm d'indication opératoire selon la décision RCP, elle se fut opérée: colpohystérectomie élargie type C avec annexectomie bilatérale et un curage pelvien, et dont l'étude histologique confirme la viabilité du reliquat tumoral mesurant 30*15 mm largement nécrosé infiltrant <50% le myomètre, sans emballes vasculaires ni engagement périnerveux, collerette vaginale non infiltrée et le curage pelvien est négatif. Actuellement en surveillance régulière, présente un recul de plus d'une année.



Discussion:

Le traitement standard d'un cancer du col localement avancé est l'association concomitante d'une radiochimiothérapie suivie d'une curiethérapie. L'intérêt de l'hystérectomie de clôture débattue de nos jours même si elle trouve sa place dans nos référentiels actuels. En effet, il n'a pas été retrouvé de différence de survie sans récurrence et de survie globale en cas d'hystérectomie de clôture complémentaire au traitement néo adjuvant.

L'essai randomisé de GOG 71 a évalué l'intérêt d'une hystérectomie après radiothérapie à doses curatives. Cette étude, se focalisant sur des tumeurs de stade T1b2, comparait une radiothérapie délivrant une dose totale de 80 Gy (incluant la contribution de la curiethérapie) et une radiothérapie délivrant 75 Gy (incluant la curiethérapie) associée à une hystérectomie de clôture. Malgré une tendance à l'amélioration du taux de contrôle local dans le bras trithérapie (62 % contre 53 % à 5 ans, p = 0.09), il n'était pas montré de bénéfice en termes de survie globale. En outre, la méthodologie de l'étude a été critiquée devant le faible niveau de dose prescrit dans le bras radiothérapie seule, l'étalement long du schéma de radiothérapie et enfin l'absence de chimiothérapie concomitante. Un autre essai de phase III a posé la question de la chirurgie de clôture pour des cancers du col utérin évolués de stade IB3 en réponse clinique et iconographique complète à six-huit semaines de la fin de la curiethérapie utéro vaginale. Les patientes étaient randomisées soit dans le bras hystérectomie de clôture, soit dans le bras observation. Malheureusement, l'essai a été fermé précocement pour défaut d'inclusion. Au total, les données de 61 patientes ont pu être analysées. Après trois ans, la probabilité de survie sans progression était de 72 % dans le bras chirurgie contre 89 % dans le bras observation. Bien que ces résultats ne soient pas statistiquement significatifs du fait de la faible puissance de l'étude, on peut en conclure qu'un traitement exclusif associant une chimioradiothérapie et un boost en curiethérapie permet un très bon niveau de taux de contrôle local tout en minimisant le risque de complication sévère. En effet, une série rétrospective portant sur 164 patientes prises en charge par chimioradiothérapie et curiethérapie ± hystérectomie a montré un taux de complications tardives sévères (de grade 3 ou plus) de 14,8 % pour les patientes ayant été opérées contre 2,9 % dans le cas contraire (p = 0,005). Une méta-analyse de la Cochrane à récemment étudié l'intérêt de la chirurgie de clôture après une radiothérapie ou une chimioradiothérapie associée à la curiethérapie à visée curative pour les tumeurs évoluées. Sept essais cliniques randomisés ont été inclus dans l'analyse. Au final, il n'a pas été montré d'amélioration significative de la survie globale et de la survie sans récurrence avec une chirurgie complémentaire. Ainsi, l'hystérectomie de clôture n'est pas recommandée après une chimioradiothérapie suivie d'une escalade de dose par curiethérapie.

Conclusion:

Au cours des dernières années, il n'a pas été publié d'étude randomisée permettant de révolutionner la prise en charge des cancers du col utérin localement évolués, dont le traitement de référence demeure la chimioradiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie pour la majorité des patientes. La chirurgie de clôture reste optionnel dans les référentiels et qui n'est pas dépourvu de complications avec une morbidité non négligée. La survie à 5 ans 84-93% stade I et de 35% stade IV.

1. Gossel M, Chargari C, Bentivegna E, Leary A, Geneste C, Maulard A, Morice P, Gouy S, Shouli W. We Cease to Perform Salvage Hysterectomy After Chemoradiation and Brachytherapy in Locally Advanced Cervical Cancer? Anticancer research 2019, 39(6):2919-2926.
2. BRU REPORT 89: Prescribing, Recording, and Reporting Brachytherapy for Cancer of the Cervix.
3. Barriot L, Hala-Medard C, Charra-Bunaud C, Pagnaux K, Kerr C, Thomas L. Radiotherapy of cervix and endometrial carcinoma. Cancer radiothérapie: journal de la Société française de radiothérapie oncologique 2016, 20 Suppl:189-195.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians 2018, 68(6):394-424.
5. Sakuragi N, Sato C, Takeda N, Hareyama H, Takeda M, Yamamoto R, Fujimoto T, Okawa M, Fujino T, Fujimoto S. Incidence and distribution pattern of pelvic and para-aortic lymph node metastasis in patients with Stages IB, IIA, and IIB cervical carcinoma treated with radical hysterectomy. Cancer 1999, 85(7):1547-1554.
6. Goh M, Tan C, Whitby GW, Ross PG, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. Cancer 2008, 112(9):1954-1963.