Néoplasie de la vulve: à propos d'un cas

B. BELLOUZE H.BOUDJADJA F.BELMILOUD W.TENKHI L.KADOUCHE

SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – TARGA OUZEMOUR – CHU DE BEJAIA – FACULTE DE MEDECINE DE BEJAIA, ALGERIE

Introduction :

Carcinome malpighien le plus fréquent
Pathologie rare (3–5 %) → 4e cancer gynécologique
Âge médian : 70 ans
Incidence en augmentation (HPV, femme jeune)
Localisation préférentielle : grandes lèvres
Symptôme principal : lésion visible/palpable
Diagnostic : clinique + biopsie
Prise en charge :
conservatrice (formes HPV)
chirurgicale stricte (formes à haut risque)

Objectif:

optimiser le pronostic tout en préservant la qualité de vie des patientes.

Présentation du cas :

Nous rapportons le cas d'une patiente A.L., âgée de 73 ans, suivie pour HTA et diabète, adressée pour une masse vulvaire surinfectée de la grande lèvre gauche, mesurant environ 5 cm de grand axe.

La biopsie vulvaire (05/01/2026) a conclu à un carcinome épidermoïde moyennement différencié.

L'IRM abdomino-pelvienne (14/01/2026) a objectivé une masse tissulaire de la grande lèvre gauche, suspecte, mesurant 15 × 45 mm, sans signe évident d'infiltration des structures périnéales adjacentes.
Elle était associée à des adénopathies inguino-crurales gauches suspectes (jusqu'à 9 mm).
La tumeur était classée FIGO III B.

Le bilan d'extension n'a pas retrouvé de localisations secondaires.

Après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, une prise en charge chirurgicale a été décidée.

La patiente a bénéficié, le 25/01/2026, d'une vulvectomie totale radicale associée à un curage ganglionnaire inguino-fémoral bilatéral.

L'examen anatomopathologique définitif (16/02/2026) a retrouvé :

un carcinome épidermoïde moyennement différencié,
une tumeur de 50 × 45 mm, d'une épaisseur de 7 mm,
une infiltration de l'hypoderme, de niveau V de Clark,
des marges de résection saines,



Anatomopathologie

90 % : carcinome malpighien
5 % : mélanome
Autres formes rares : adénocarcinome, basocellulaire, sarcomes
Origine possible : glandes de Bartholin

Imagerie / Bilan d'extension

IRM pelvienne : taille + extension locale (vagin, urètre, anus)
Échographie inguinale : recherche d'atteinte ganglionnaire
Scanner TAP / TEP-scan : métastases
± Cystoscopie / rectoscopie si suspicion d'extension

Traitement

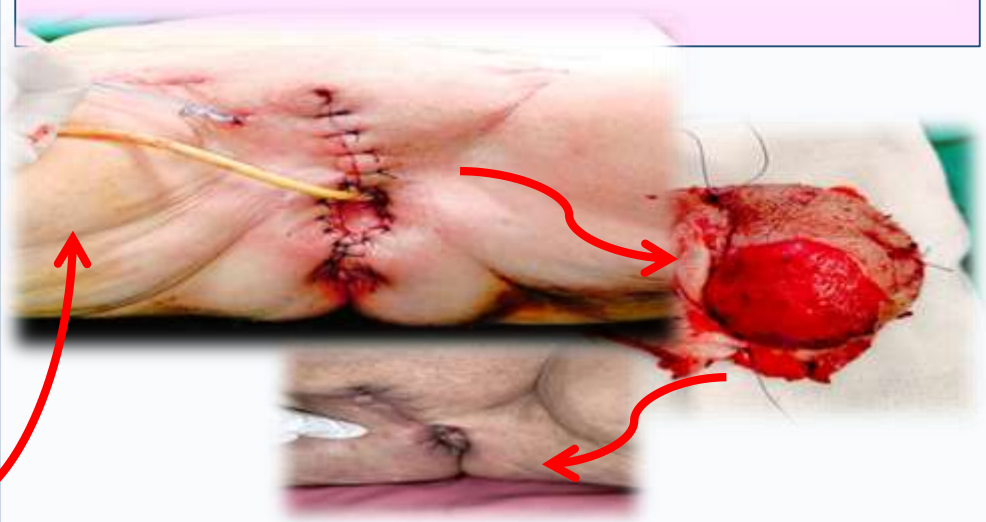
Chirurgie = traitement principal (exérèse avec marges ± curage ganglionnaire)
Radiothérapie : adjuvante ou formes inopérables
Radio-chimiothérapie : formes avancées
Prise en charge adaptée au stade et à l'état général

Pronostic

Survie à 5 ans ≈ 70 %
Risque ganglionnaire ↑ avec :
taille tumorale
profondeur d'invasion
Diagnostic précoce = meilleur pronostic

Surveillance

Examen clinique :
tous les 3–4 mois (1ère année)
puis tous les 6 mois (2 ans)
Échographie inguinale associée
Risque de récidive ganglionnaire précoce (↑ si N+)



Discussion :

Introduction

Les néoplasies de la vulve regroupent un ensemble hétérogène de lésions allant des formes précancéreuses, représentées par les néoplasies intra épithéliales vulvaires (VIN), aux cancers invasifs, dominés par le carcinome épidermoïde.Ils surviennent le plus souvent chez des femmes âgées de plus de 70 ans mais il existe un premier pic d'incidence entre 40 et 60 ans. Dont l'incidence est en augmentation avec l'âge. Une approche multidisciplinaire est nécessaire.

Diagnostic

Une biopsie cutanée à l'aide d'un anesthésique local est habituellement diagnostique. Parfois, une exérèse locale large est nécessaire afin de différencier une néoplasie intraépithéliale vulvaire d'un cancer. Les lésions à contours mal délimités peuvent être identifiées par une coloration de la vulve au bleu de toluidine ou par la colposcopie.

Conclusion

Le cancer de la vulve est une affection rare, le plus souvent diagnostiquée chez la femme âgée, dont le pronostic dépend principalement du stade tumoral et de l'atteinte ganglionnaire.
La prise en charge repose surtout sur la chirurgie, parfois associée à la radiothérapie et/ou à la chimiothérapie selon l'extension de la maladie.
Un diagnostic précoce améliore nettement les chances de guérison, tandis que les formes avancées ou récidivantes restent de mauvais pronostic.
Une surveillance clinique régulière est indispensable pour détecter précocement les récidives et adapter rapidement le traitement..

Références

. American Cancer Society: . Oonk MHM, Slomovitz B, Baldwin PJW, et al: Radiotherapy versus inguinofemoral lymphadenectomy as treatment for vulvar cancer patients with micrometastases in the sentinel node: Results of GROINSS-V II. J Clin Oncol 39 (32):3623–3632, 2021. doi: 10.1200/JCO.21.00006
. Gien LT, Slomovitz B, Van der Zee A, Oonk M: Phase II activity trial of high-dose radiation and chemosensitization in patients with macrometastatic lymph node spread after sentinel node biopsy in vulvar cancer: GROningen INternational Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer III (GROINSS-V III/NRG-GY024). Int J Gynecol Cancer 33(4):619-622, 2023. doi: 10.1136/ijgc-2022-004122. PMID: 36653060
Key Statistics for Vulvar Cancer. Accessed July 14, 2023.