3rd NATIONAL GYNAECOLOGICAL CANCERS CONGRESS
23 & 24 Avril 2026
Sheraton Hotel - club des pins
P 67

CANCER DE LA VULVE : à propos de 04 cas



A. MOUZALI*, I. KOURI, L. BOUCHLAGHEM, F. BOUAFIA, S.BRAHIMI

Université des Sciences de la Santé Youcef El-Khatib, Faculté de Médecine, Alger

Service de gynécologie obstétrique, Etablissement Public Hospitalier THENIA, BOUMERDES

***Auteur correspondant : mouzali_amal@yahoo.fr**

Introduction

Le cancer de la vulve représente environ 4% des cancers gynécologiques (incidence 0,5 – 1,5 pour 100000 femmes par an/France). Il se voit principalement chez les patientes ménopausées, âgées de plus de 70 ans [1].

Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent (90 % des cas) , les autres types (mélanomes vulvaires, adéno-carcinomes, carcinomes de la glande de Bartholin et sarcomes) sont rares [2].

Les lésions précancéreuses (néoplasie intraépithéliale vulvaire) sont représentées par: les lésions intraépithéliales squameuses de haut grade (HSIL vulvaire) associées à une infection par le HPV; et la VIN de type différencié (dVIN) non associée à une infection par le HPV survenant généralement dans un contexte inflammatoire sur un Lichen scléreux ou un Lichen plan [1,2,3].

Le diagnostic de certitude de cancer de la vulve est basé sur la réalisation d'une biopsie vulvaire; le stade évolutif au moment du diagnostic conditionne son pronostic d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce du cancer et des lésions pré- cancéreuses de la vulve [1].

Matériel et méthodes

Etude prospective portant sur une série de 04 patientes présentant un cancer de la vulve, opérées en 2025 au niveau du service de gynécologie obstétrique de l'EPH THENIA. Les caractéristiques générales des patientes, les aspects cliniques et les modalités diagnostiques ont été rapportées.

Résultats

*** Données générales**

Paramètres	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Age (ans)	52	72	70	73
Statut hormonal	Ménopausée à 44 ans	Ménopausée à 47 ans	Ménopausée à 47 ans	Ménopausée à 52 ans
Gestité Parité	G5 P5	G6 P6	G4P4	G9P9
Antécédents Familiaux	-	-	Cancer du colon (1er degré)	-
Antécédents Personnels	DNID+ HTA	HTA	HTA+ cardiopathie	HTA

*** Modalités diagnostiques**

Paramètres	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Symptômes / Motif de consultation	**Vulvodynies, Masse vulvaire (↗ volume + surinfection)**	**Prurit, Masse vulvaire**	**Prurit , Masse vulvaire**	**Masse vulvaire**
Evolution /délai diagnostic	12 mois	5 mois	10 mois	12 mois
Examen clinique	Tumeur bourgeonnante de 4 cm	Tumeur bourgeonnante de 3 cm	Tumeur bourgeonnante ulcérée de 4 cm **+ Lichen scléreux**	Tumeur rouge violacée dure indolore de 4 cm
Biopsie vulvaire	**N°1:** condylome acuminé de bas grade **N°2: carcinome épidermoide** bien diff. Kératinisant	**carcinome épidermoide** bien différencié Kératinisant, **VIN associée à droite**	**carcinome épidermoide** bien différencié Kératinisant,	**Hidradénocarcinome papillaire** de la vulve
Exploration cervicale	**- FCU:** ASCUS **- Test HPV** Négatif	-	**- FCU:** Atrophique	**- FCU:** ASCUS
IRM pelvienne -Taille tumorale	68×34×**75mm**	16×**37**×23mm	24×**36**×10mm	8×35mm à base large de 21 mm
- Extension	Non	Non	Non	**ADP inguinale métastatique**

Discussion

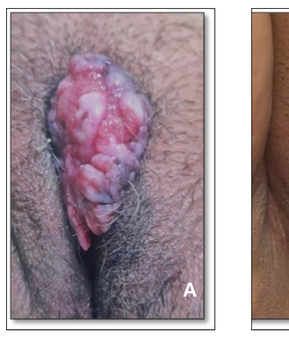
Le cancer de la vulve dans notre série touche avec prédilection les femmes ménopausées âgées de 70 ans ou plus, ce qui concorde avec les résultats de la littérature; le cancer épidermoïde représente 75% des cas; l'histologie objective dans 1 cas un hidradénocarcinome qui est une tumeur maligne rare agressive issue des glandes sudoripares de la vulve [4]. Le diagnostic a été fait dans un délai variable allant de 5 à 12 mois, le prurit vulvaire était le maitre symptôme. La symptomatologie initiale peu évocatrice chez les patientes présentant un cancer de la vulve est source d'un retard diagnostique; l'aspect clinique est aussi variable ce qui rend parfois le diagnostic difficile [3].

Dans le Cas N°1, la patiente a été suivie conjointement par un gynécologue et un dermatologue pour un condylome pour une durée totale de 6 ans et elle a bénéficié de plusieurs séances de cryothérapie, la biopsie a objectivé dans un 1er temps un condylome acuminé. Dans le Cas N°2 le cancer était associé à une VIN et dans le Cas N°3 il s'est développé sur un Lichen scléreux.

La taille clinique de la tumeur vulvaire au moment du diagnostic varie dans notre série entre 3 et 4 cm. L'IRM qui apporte plus de précision en définissant la taille tumorale dans les trois axes (transversal, antéropostérieur et hauteur) peut révéler une extension tumorale plus importante en profondeur comme pour le Cas N°1 et permet de rechercher une éventuelle atteinte ganglionnaire métastatique comme pour le Cas N°4; ces deux critères constituent des éléments pronostiques majeurs.

Les sociétés savantes recommandent d'intégrer l'examen vulvaire au dépistage du cancer du col pour améliorer la détection des lésions précancéreuses et du cancer de la vulve [3].

La vulvoscopie est un examen fiable qui -comme pour la colposcopie- ne préjuge pas de la nature histologique de la lésion, mais permet de localiser le site optimal de la biopsie. La biopsie est indiquée devant des lésions à croissance rapide, ulcération persistante >1 mois, zones indurées, plages saignantes, champs suspects morphologiquement, vascularisation anormale, échec d'une thérapeutique locale (l'absence de réponse aux dermocorticoïdes après 3 mois de traitement doit conduire à la réalisation d'une biopsie) [3].

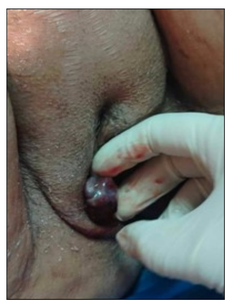


CAS 1: A- Lésion initiale → Biopsie N°1

B- Contrôle 1 mois et demi après → Biopsie N°2



CAS 3: tumeur vulvaire+ Lichen scléreux



CAS 4: Hidradéno-carcinome

Conclusion

Le cancer de la vulve doit être évoqué chez des patientes présentant un prurit vulvaire persistant ou une masse vulvaire. L'inspection vulvaire est un temps capital de l'examen clinique qui doit être fait au même titre que le dépistage du cancer du col pour ne pas méconnaitre le diagnostic. La réalisation d'une biopsie vulvaire sur des lésions suspectes apporte la certitude diagnostique.

Le diagnostic précoce des lésions précancéreuses grâce à la vulvoscopie avec une prise en charge adéquate de ces lésions permettrait de réduire les conséquences d'une chirurgie souvent mutilante.

Références bibliographiques :

1– AZAÏS H & al. Mise à jour concernant la prise en charge du cancer de la vulve : Les recommandations de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2019

2– Preti M & al. Vulvar inspection at the time of cervical cancer screening: ESGO, ISSVD, ECSVD, and EFC consensus statements. International Journal of Gynecological Cancer, Vol 35, Issue 1, January 2025, 100007

3- Kesić V & al. Early Diagnostics of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. Cancers (Basel). 2022 Apr 4;14(7):1822.

4- Christopher G. Smith & al. Invasive Hidradenocarcinoma of the Vulva: A Case Report and Literature Review. Journal of Gynecologic SurgeryVolume 37, Issue 1, 1 February 2021, Pages 82-85