

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**TOME XXXII
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2008*

Indications et techniques du curage lombo-aortique rétro et intrapéritonéal dans le cancer précoce de l'endomètre

J.-P. ESTRADÉ^{1, 2}, E. COHEN-SOLAL², A. AGOSTINI², B. BLANC¹
(Marseille)

I - INTRODUCTION

Le taux de mortalité du cancer de l'endomètre est actuellement estimé à 20 % [1], il s'agit du meilleur résultat concernant l'ensemble des cancers gynécologiques. Comme chacun sait, la découverte au stade précoce reste le meilleur argument pronostique. Selon la FIGO [2], 75 % des cancers de l'endomètre sont découverts au stade I avec 80 % de types endométriodes et 20 % de non endométriodes (carcinomes cellules claires, carcinomes papillaires séreux, mucineux, indifférenciés). Le statut ganglionnaire du cancer de l'endomètre est exploré depuis les années 70 [3], la probabilité d'envahissement pelvien concernant le stade I est globalement évaluée à 10 % et en fonction des grades : grade 1 (2-5 %), grade 2 (9-11 %), grade 3 (18-26 %) [3-5]. Le taux d'envahissement lombo-aortique est non négligeable : grade 1 (1,6 %), grade 2 (4,9 %), grade 3 (11,1 %), 14 % en cas d'envahissement cervical (stade II), 19 % par la présence d'embolies lymphovasculaires, 19 % en cas de cytologie positive [5] et de 50 % en cas de N+ pelvien.

1 - Hôpital Ambroise Paré - 1 rue d'Eylau - 13291 Marseille

2 - CHU Conception - 147 boulevard Baille - 13005 Marseille

Le pronostic du cancer de l'endomètre au stade précoce (stades I et II) se résume au taux de récurrence locale (vaginal) et ganglionnaire (iliaque et lombo-aortique) significativement diminué par la radiothérapie adjuvante dans les cas à risque moyen et élevé. Actuellement, de nombreux auteurs proposent la lymphadénectomie lombo-aortique dans la stratégie thérapeutique.

II - ANATOMIE LOMBO-AORTIQUE

La région du curage lombo-aortique est limitée en haut par la veine rénale gauche, latéralement par les deux uretères, vers le bas par la bifurcation iliaque. En avant, l'espace rétro-péritonéal est limité par le péritoine pariétal postérieur et la masse des viscères intrapéritonéaux. À gauche, le péritoine tapisse l'aorte abdominale et l'artère mésentérique inférieure. À droite, la racine du mésentère qui vient croiser très obliquement l'aorte, de haut en bas et de gauche à droite, passe en avant de la veine cave et vient longer le bord supérieur des vaisseaux iliaques primitifs droits. Au-dessus, la veine cave est recouverte par le fascia de Toldt. Au-dessous, un court segment du tronc cave apparaît derrière le péritoine pariétal primitif. En arrière, l'espace est limité par les deux dernières vertèbres dorsales et les cinq dernières lombaires.

La distribution lymphatique est systématisée par rapport à l'aorte et la veine cave inférieure. La région latéro-aortique gauche présente 5 à 10 ganglions, suite des ganglions iliaques primitifs. La région pré-aortique qui comprend le territoire mésentérique inférieur (3 ou 4 ganglions), rénal (2 ou 3 ganglions) et mésentérique supérieur. La région inter-aortico-cave. Les ganglions pré-caves, dont 2 constants, le supérieur (au-dessous de la veine rénale droite), l'inférieur (à hauteur de la bifurcation aortique). Les ganglions latéro-caves latéralement à la veine cave inférieure. Les chaînes ganglionnaires para-aortiques aboutissent dans deux troncs lombaires principaux. La confluence de ces deux troncs et du tronc intestinal (territoire mésentérique supérieur) peut être basse, elle se fait en arrière de l'aorte, à hauteur de L1 et L2, et constitue une dilatation ampullaire : la citerne de Pecquet.

L'anatomie chirurgicale permet de définir plusieurs **espaces de dissection**. L'espace inter-aortico-cave loge les ganglions lymphatiques inter-aortico-caves et est traversé par une série de vaisseaux : l'artère

rénale droite se dirigeant derrière la veine cave, la veine rénale gauche qui surcroise l'aorte sous l'artère mésentérique supérieure (la veine génitale se jette dans la veine rénale gauche), l'artère génitale droite qui traverse l'espace inter-aortico-cave et croise la face antérieure de la veine cave. Les espaces rétro-aortique et rétro-cave : l'aorte abdominale repose sur les quatre premières vertèbres lombaires, sur tout son trajet, elle est longée par les ganglions lymphatiques rétro-aortiques en liaison avec les ganglions latéro-aortiques gauches et se drainant dans le tronc lombaire gauche. Dans l'espace virtuel rétro-aortique circulent les artères lombaires (de la face postérieure de l'aorte au psoas), les veines lombaires gauches qui passent derrière l'aorte et s'anastomosent entre elles par la veine lombaire ascendante (entre les deux plans du psoas) qui constitue la racine externe de l'azygos (réseau anastomotique lombo-réno-azygos). Sur tout son trajet, la veine cave inférieure est longée par les ganglions lymphatiques latéro-aortiques droits, avec en arrière les ganglions rétro-caves, et en dehors les ganglions latéro-caves.

Le carrefour aortico-cave occupant la partie basse de la région lombaire, la bifurcation aortique est formée par les artères iliaques primitives. On peut noter des variations anatomiques : absence d'une artère iliaque primitive, naissance anormale d'une polaire inférieure du rein, ou persistance de deux aortes abdominales.

Le système nerveux végétatif est représenté en rétro-aortique par la chaîne sympathique lombaire gauche qui longe latéralement l'aorte lombaire, reliée aux nerfs rachidiens par les rameaux communicants (qui rejoignent les racines antérieures du plexus lombaire). En rétro-cave circule la chaîne sympathique lombaire droite, les nerfs splanchniques droits croisant la veine cave avant de rejoindre le plexus solaire. En bas, les fibres du plexus pré-sacré qui proviennent des nerfs inter-mésentériques et donnent naissance plus bas aux deux nerfs hypogastriques chevauchent la veine iliaque primitive gauche.

III - DRAINAGE LYMPHATIQUE DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE

La connaissance des voies de drainage lymphatique du cancer de l'endomètre reste à ce jour encore incomplète. En effet, les études anatomiques et observées en situation clinique ne sont pas toujours concordantes [6, 7]. Il est cependant établi que le drainage du corps

utérin s'effectue de façon préférentielle vers les nœuds iliaques externes, la région fundique vers les vaisseaux ovariens qui se drainent directement dans la région lombo-aortique.

Certains auteurs rapportent la présence d'une potentielle communication directe entre les lymphatiques externes et obturateurs et la région lombo-aortique [8, 9]. A. Mariani [8] montre à partir de 112 patientes métastatiques (pelviennes et/ou lombo-aortiques) qu'il existe des voies préférentielles : voie iliaque commune en cas d'envahissement du col, voie obturatrice en cas d'envahissement du corps utérin isolé.

Dans une série prospective de 422 patientes, ce même auteur [10] insiste sur la probable non-continuité du drainage lymphatique de la région lombo-aortique. En effet, dans cette série, 77 patientes présentant un envahissement lombo-aortique l'étaient au-dessus de l'artère mésentérique inférieure, alors que les ganglions étaient négatifs dans 60 % des cas au niveau de la région infra-mésentérique inférieure, et dans 71 % des cas dans la région iliaque commune du côté homolatéral. Par ailleurs, le taux d'envahissement des 25 patientes ayant bénéficié d'une résection des veines gonadiques était de 28 % chez les patientes présentant des ganglions positifs en lombo-aortique. Ces données sont en faveur de l'existence d'une voie pédiculaire gonadique qui serait responsable des métastases ganglionnaires lombo-aortiques isolées.

La description des drainages lymphatiques explique la réticence actuelle de nombreux auteurs à la réalisation de prélèvements simples et isolés. Il semble actuellement que le cahier des charges concernant l'extension du curage lombo-aortique doit s'effectuer des aires ganglionnaires iliaques communes jusqu'à la veine rénale gauche.

IV - TECHNIQUES

Attitudes pré et postopératoires

D'un point de vue général, cette intervention ne présente pas de préparation particulière hormis le contexte d'une chirurgie à visée carcinologique.

Le potentiel hémorragique de cette technique impose une information objective et éclairée sur la nécessité éventuelle d'une laparo-conversion en cas de cœlioscopie et sur la nécessité d'utilisation de dérivés sanguins.

La surveillance postopératoire portera essentiellement sur la mise en place d'une anti-coagulation préventive durant 1 mois et sur la gestion des complications à court terme (lymphorée) et à long terme (lymphœdème).

Lymphadénectomie

Il existe une stratégie commune pour la réalisation de la lymphadénectomie lombo-aortique, une fois la voie d'abord réalisée. Le prélèvement cellulo-ganglionnaire est systématisé : latéro-aortique, iliaque commun droit et gauche, pré-aortico-cave, et latéro-cave.

Le principe de la lymphadénectomie repose sur la stricte dissection dans le plan de l'adventice des vaisseaux principaux et des plans d'interface des différentes structures adipeuses (graisse péri-rénale, graisse mésentérique), l'objectif étant d'assurer l'identification des lames ganglionnaires, et de réaliser une hémostase et une lymphostase sélective. L'utilisation de pinces atraumatiques (De Bakey, pinces endoscopiques fenêtrées) doit permettre de réaliser un prélèvement en monobloc. On réalisera l'extraction des pièces anatomiques de façon séparée et par une protection afin d'éviter les métastases aux orifices de trocars.

Toutes les énergies peuvent être utilisées durant cette intervention, cependant nous utilisons de façon préférentielle dans notre expérience l'énergie par ultracision ou par thermofusion. Ce type de matériel améliore considérablement l'ergonomie de l'intervention par cœlioscopie avec une économie de mouvements d'entrée et sortie, assurant avec une pince unique la dissection, l'hémostase, la lymphostase et la section.

Une attention particulière devra être portée aux veines lombaires ainsi qu'au réseau veineux en général, étant donné la fréquence des variations anatomiques. Lorsque la technique est réalisée par cœlioscopie, il est nécessaire de vérifier l'hémostase après diminution des pressions de CO₂ pour ne pas méconnaître une brèche veineuse contenue par la pression gazeuse. Nous réalisons la mise en place d'un drainage en région para-aortique gauche afin de prévenir l'apparition d'une lymphocèle postopératoire et la réalisation d'une brèche péritonéale (marsipualisation) en regard de l'open-cœlioscopie de 10 mm. Le drainage pourra être retiré lorsque le débit sera inférieur à 100 cc/jour.

Abord curage rétro-péritonéal par cœlioscopie

La technique du curage rétro-péritonéal par cœlioscopie s'effectue par la voie extrapéritonéale gauche. Cette technique a été décrite et publiée pour la 1^e fois en 1996 [11]. D. Dargent [12] et D. Querleu [13] seront les pionniers en France de l'élaboration de cette technique et de sa diffusion.

L'installation de la patiente doit être réalisée de façon classique en décubitus dorsal, le bord gauche de la patiente étant situé aux limites du bord gauche de la table afin de permettre une bonne mobilité des futurs trocarts situés dans le flan gauche. Le bras gauche étant situé de façon perpendiculaire à l'axe de la malade.

L'intervention débute par une cœlioscopie per-ombilicale trans-péritonéale classique afin d'analyser le contenu de la cavité abdominale, l'absence de carcinose péritonéale contre-indiquant le geste opératoire, réalisation d'une cytologie péritonéale. La visualisation de la cavité abdominale va permettre la visualisation endoscopique de l'abord de la voie extrapéritonéale gauche. Cet abord se réalise par une incision cutanée d'environ 2 cm en regard du tiers externe de la ligne ombilico-iliaque gauche. On réalise une technique d'open-cœlioscopie permettant d'effondrer l'espace graisseux sus-aponévrotique, l'aponévrose superficielle, le muscle, l'aponévrose profonde, à ce moment les dissections doivent être extrêmement délicates afin de ne pas réaliser de brèche péritonéale. Lorsque le péritoine est bien visualisé, la dissection se poursuit par un effondrement au doigt (index) du flan gauche visualisé par l'endoscope transpéritonéal. Cette dissection va permettre de palper le muscle psoas gauche ainsi que l'artère iliaque commune gauche. On réalise de proche en proche l'effondrement des tissus graisseux afin de pouvoir mettre en place le trocart endoscopique de 10 mm par l'orifice créé. L'équipe chirurgicale se place alors sur le côté gauche avec une colonne de cœlioscopie sur le côté droit de la patiente. L'insufflation va permettre la création d'un espace suffisant pour la mise en place du trocart de 5 mm au-dessus de la crête iliaque gauche en regard de la ligne médio-axillaire. L'introduction de ce premier trocart de 5 mm va permettre de disséquer de proche en proche la totalité du flan gauche afin de permettre la mise en place d'un nouveau trocart de 5 mm toujours sur la ligne médio-axillaire gauche quasiment au contact de l'arc costal. Un troisième trocart de 10 mm sera mis en place en triangulation sur la paroi antéro-latérale gauche à mi-distance entre les deux trocarts de 5 mm.

La dissection va permettre de retrouver l'artère iliaque commune gauche qui est croisée par l'uretère gauche qui est laissée sur le plafond de la dissection et le muscle psoas gauche. Cet espace constitue la base des repères essentiels. Les espaces rétro-péritonéaux seront individualisés à l'aide de la pression gazeuse. Il est important de respecter les plans de dissection qui vont séparer l'espace rétro-péritonéal de la région lombo-aortique de l'espace péri-rénal et mésentérique. On retrouvera ainsi la bifurcation aortique, l'artère mésentérique inférieure, la veine gonadique gauche. À partir de cet espace suffisant pour la gestion des instruments, on étendra la dissection vers la région pré et interaortico-cave, pré-sacré latéro-cave et iliaque commun droit.

La difficulté majeure de cette voie d'abord est la matérialisation d'un espace rétro-péritonéal virtuel sans effraction du péritoine rendant difficile la poursuite de cette intervention. Les avantages sont nombreux par rapport à la voie transpéritonéale : elle limite en effet la présence d'adhérences postopératoires [14] qui a pour implication de limiter les complications digestives lors d'une radiothérapie adjuvante, la conservation d'une rentabilité ganglionnaire comparable avec, pour D. Dargent [15], la présence de 15 ganglions prélevés en moyenne (extrêmes 10-19) pour un temps d'intervention de 119 mn en moyenne qui s'améliore avec le temps et l'expérience. En effet, plus récemment E. Leblanc [16] montre un nombre médian de ganglions de 20,8 (extrêmes de 1-52). Le taux de laparoconversion reste faible dans la littérature : entre 3 et 5 % [12, 15].

Abord curage intrapéritonéal

Laparotomie

La voie réalisée par laparotomie est une voie intrapéritonéale qui reste à ce jour la voie de référence pour la lymphadénectomie lombo-aortique [17]. L'étendue de la laparotomie est généralement médiane xyphopubienne. Cette voie d'abord est utilisée lors des réductions tumorales importantes dont le prototype est représenté par le cancer de l'ovaire. Cet abord va nécessiter la réalisation d'un grand décollement colo-épipléique. La veine cave et l'aorte sont visibles après un décollement transpéritonéal direct de la gouttière pariéto-colique droite et de la racine du mésentère. Ce décollement est prolongé en haut sur le troisième duodénum et les éléments anatomiques principaux seront mis en évidence : le muscle psoas droit, l'uretère lombaire, le pôle inférieur du rein, l'artère mésentérique inférieure, la veine gonadique droite. Le décollement de la racine du mésentère permet une bonne visualisation

de l'ensemble des anses grêles qui peuvent être extériorisées après protection de celles-ci ; la difficulté principale étant la réalisation d'une exposition correcte du champ opératoire jusqu'aux veines rénales. La lymphadénectomie de la région antérieure et latérale droite peut donc être réalisée. La région aortique gauche ainsi que la veine rénale gauche peuvent être visualisées après un décollement colique gauche. La réalisation d'un grand décollement colique mésentérique rend nécessaire en fin d'intervention une suture des berges péritonéales afin d'éviter une mal-rotation intestinale en postopératoire.

Cœlioscopie

L'abord transpéritonéal par cœlioscopie débute par la réalisation d'une cœlioscopie classique avec la mise en place d'un trocart endoscopique qui peut être ombilical ou supra-ombilical. Les trocarts accessoires de 5 mm seront placés assez haut et latéralisés. D'autres trocarts additionnels peuvent être mis en place en fonction des besoins ergonomiques de l'intervention. Le chirurgien se placera entre les jambes de la patiente. La difficulté de cette intervention réside à l'exposition des champs opératoires qui nécessitent un refoulement des anses grêles du côté droit de la patiente et la mise en place d'un Trendelenburg. On réalisera un abord péritonéal direct à la racine du mésentère, en regard de l'artère iliaque commune droite et de l'aorte. L'exposition de la berge péritonéale sera réalisée par une pince atraumatique qui permettra une dissection sous-péritonéale et l'abord de la région lombo-aortique. L'ergonomie de cette intervention repose sur les caractéristiques anatomiques de la patiente, notamment sur la présence d'un tissu adipeux intra-abdominal important rendant difficile une bonne exposition.

V - INDICATIONS

Au stade précoce (stades I et II), les indications de prise en charge thérapeutique vont dépendre de la classification FIGO et du risque potentiel de récurrence locale et/ou à distance.

Plusieurs groupes de patientes ont été définis par l'European Society of Medical Oncology (ESMO) [18] en fonction du risque de récurrence loco-régionale :

- risque faible (ADK endométrioïde de stade A/IB, grades 1 et 2),
- risque intermédiaire (ADK endométrioïde de stade IC grades 1 et 2 ou stade IA/IB grade 3),

- risque élevé (ADK endométriode de stade IC grade 3, carcinome à cellules claires, papillaire séreux ou indifférencié de stade IA, IB, IC).

La stadification préopératoire de ces tumeurs repose sur l'IRM qui donne seulement une information utérine, les informations ganglionnaires restent insuffisantes (TDM, Pet-scanner).

Pour A. Mariani [10], les critères sont ceux de la non-indication. En effet, cet auteur préconise une lymphadénectomie systématique hormis dans les cas suivants : stade I grades 1 et 2, invasion myométriale < 50 %, et diamètre tumoral < 2 cm.

L'indication peut être réalisée sur des éléments probabilistes ou lors d'une restadification après anatomie-pathologie définitive.

Nous retiendrons comme indications formelles :

- les types histologiques séro-papillaires, à cellules claires, indifférenciées, et grade 3, quel que soit le stade,
- le stade IC,
- N+ pelviens,
- stade 2.

Dans les autres cas (stades IA, IB grades 1 et 2 endométriode), l'évaluation des embolies lymphovasculaires et la présence de micro-métastases seront discriminantes.

VI - RÉSULTATS

Rentabilité ganglionnaire

La réalisation d'une lymphadénectomie lombo-aortique impose une quasi-obligation de résultat concernant le nombre minimum de ganglions prélevés afin d'obtenir une bonne représentation de l'aire ganglionnaire. Cette contrainte repose sur le caractère invasif de cette intervention dont la morbidité peut être lourde. Une reprise chirurgicale pour complément de lymphadénectomie dans une zone anatomique remaniée et fragilisée est donc à éviter.

Il n'existe pas actuellement de consensus sur le nombre de ganglions minimum, ni sur la topographie du prélèvement très rarement détaillée dans la littérature. Le nombre de 5 ganglions prélevés est le plus souvent avancé [19, 20]. Le prélèvement isolé, ou « picking », n'a pas sa place dans le bilan ganglionnaire étant donné que les risques de l'intervention sont identiques et que les contraintes d'exposition des

éléments anatomiques doivent tout de même être effectuées. De plus, seulement 10 % des ganglions métastatiques sont augmentés de volume et la moitié d'entre eux sont envahis de façon microscopique.

La voie d'abord n'influence pas la rentabilité ganglionnaire, cela est bien montré dans un travail expérimental (porcs) prospectif sur 30 animaux mené par D. Lanvin [21]. Cette étude retrouve une moyenne de 16,9 par cœlioscopie *vs* 16,5 par laparotomie ($p = 0,77$). Ces résultats sont confirmés en clinique [22].

Morbidité

L'étude rétrospective menée par G. Cartron et D. Querleu [23] montre le potentiel morbide du curage lombo-aortique par cœlioscopie qui reste cependant limité.

Dans le détail, cette étude à partir de 388 procédures montre 5 échecs (2 pour obésité, 3 pour ganglion fixé), 9 plaies vasculaires (1 artère iliaque commune, 1 artère mésentérique inférieure, 2 gonadiques, 1 veine cave inférieure, 1 artère rénale gauche et 3 hématomes drainés) avec absence de conversion par laparotomie, 3 plaies viscérales, 27 lymphocèles dont 24 en voie extrapéritonéale gauche, 1 lymphœdème. Le taux de laparoconversion est de 2 % et le taux de mortalité est nul. Les auteurs insistent sur la courbe d'apprentissage et l'expérience des opérateurs puisque dans cette série 75 % des complications et des échecs de procédures sont apparus dans la première période de l'étude.

Les complications thromboemboliques sont rares mais graves, fréquence rapportée de 1-2 % avec 25-50 % de décès, notamment chez les patientes obèses [24].

La durée moyenne de l'intervention par cœlioscopie de 155 min [16] et de 105 min [12] reste élevée par rapport à la laparotomie, cependant le gain en durée d'hospitalisation est significatif : 1,4 jour [16] et 3 jours [12]. Un rétablissement plus prompt des patientes permet de débiter plus rapidement un éventuel traitement adjuvant (radiothérapie).

VII - INTÉRÊTS PRONOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le rôle thérapeutique du curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cancer de l'endomètre reste à définir.

À partir d'une étude épidémiologique rétrospective, J.K. Chan [25] compare le devenir de 27 063 patientes sans lymphadénectomie avec 12 333 avec lymphadénectomie. Seules les patientes présentant un stade I grades 1 et 2 ne bénéficient pas en termes de survie de la réalisation d'une lymphadénectomie. Concernant le stade précoce (stade I grade 3), cet auteur retrouve une différence significative en termes de survie à 5 ans : 90 % en cas de lymphadénectomie *vs* 85 % ($p = 0,0001$).

Dans une étude rétrospective, A. Mariani [20] compare 137 patientes avec un haut risque d'invasion ganglionnaire lombo-aortique (invasion myométriale > 50 %, N+ pelvien, annexe +) avec 51 patientes présentant des métastases ganglionnaires pelviennes et/ou lombo-aortiques, les stades 4 sont exclus. Dans chaque population, l'analyse est réalisée en fonction de la réalisation ou pas d'une lymphadénectomie lombo-aortique. À 5 ans, dans le groupe à haut risque la lymphadénectomie montre un meilleur taux de survie sans récurrence (77 % *vs* 61 %) et un meilleur taux de survie (85 % *vs* 71 %), ces résultats sont majorés dans le groupe métastatique respectivement (76 % *vs* 36 %) et (77 % *vs* 42 %). Dans cette étude, 90 % des patientes présentant une récurrence lombo-aortique décéderont de la maladie. Dans les cas précoces, cette lymphadénectomie semble justifiée en cas de facteur de risque élevé. Cette étude semble en faveur d'un potentiel rôle thérapeutique sans omettre le potentiel bénéfique de la radiothérapie externe du champ lombo-aortique.

L'analyse des stades précoces reste en effet difficile car il existe une hétérogénéité dans la réalisation d'une radiothérapie adjuvante dans la littérature. Actuellement, l'indication d'irradiation des stades précoces réside à la découverte de facteur de risque en ce qui concerne le champ pelvien et vaginal (curi-thérapie). Ces facteurs de risque sont représentés dans les stades précoces endométriaux par l'invasion myométriale > 50 % et le grade 3 [26]. L'irradiation lombo-aortique n'a actuellement pas d'indication en dehors d'une preuve histologique d'invasion ganglionnaire lombo-aortique. A. Mariani [19] ne retrouve pas de récurrence ganglionnaire chez des patientes métastatiques à 5 ans après une lymphadénectomie lombo-aortique adéquate ($N > 5$) et une radiothérapie externe *versus* 69 % de récurrences après un curage incomplet ($N < 5$) et une radiothérapie externe.

Il n'existe pas à ce jour de moyen d'évaluation lymphatique non invasive, la réalisation d'une lymphadénectomie va permettre, dans certaines situations, de restadifier la maladie et donc d'entraîner un changement de stratégie thérapeutique adjuvante. Dans une population de 95 patientes dont 60 (67,1 %) de stade I, K.W. Lo [27] montre un surclassement en stade IIIc de 19 (20 %) patientes. Douze patientes (12,6 %)

nécessiteront une extension d'irradiation de la région lombo-aortique (N+) et 49 (51,6 %) des patientes ne seront pas irradiées car N-.

VIII - CONCLUSION

La prise en charge des stades précoces de l'endomètre reste ce jour à discussion notamment sur l'indication des curages ganglionnaires. Si le curage pelvien est standardisé, la réalisation d'un curage lombo-aortique est soumise à une certaine polémique. L'apparition des techniques cœlioscopiques et la diminution de la morbidité engendrée sont en faveur de l'extension des indications. Cela impose cependant un cahier des charges en termes de rentabilité ganglionnaire visant à ne pas sous-stadifier ces patientes. La conséquence en termes de stratégie thérapeutique adjuvante (absence de radiothérapie) en serait préjudiciable. Ces indications concernent au final un sous-groupe de patientes mais dont le pronostic reste à améliorer.

Résumé

La prise en charge du cancer de l'endomètre est codifiée mais reste en perpétuelle évolution thérapeutique en fonction des données épidémiologiques du suivi. L'évaluation ganglionnaire du cancer de l'endomètre reste à ce jour histologique et s'intègre dans la stratégie thérapeutique ainsi que sur le niveau de surveillance. La place de la lymphadénectomie dans le cancer pelvien gynécologique évolue grâce aux progrès techniques obtenus depuis près de deux décennies. La cœlioscopie permet aujourd'hui une réelle diminution de la morbidité postopératoire, cette notion introduit la possibilité d'un élargissement des indications de lymphadénectomies pour des patientes dont le risque bénéfice de la laparotomie était défavorable. De nombreuses publications ont montré le caractère multifactoriel du pronostic du cancer de l'endomètre qui ne peut seulement se résumer au stade FIGO. Il semble actuellement que l'évaluation ganglionnaire lombo-aortique doit être proposée dans certains cas de cancer de l'endomètre au stade précoce.

Mots clés : cancer endomètre, stade précoce, lymphadénectomie, cœlioscopie, lombo-aortique

Bibliographie

- [1] Kitchener H. Management of endometrial cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006;32:838-43.
- [2] Sorosky JI. Endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2008;111:436-47.
- [3] Lewis BV, Stallworthy JA, Cowdell R. Adenocarcinoma of the body of the uterus. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1970;77:343-8.
- [4] Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 1984;63:825-32.
- [5] Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987;60:2035-41.
- [6] Lecuru F, Neji K, Robin F et al. Lymphatic drainage of the uterus. Preliminary results of an experimental study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1997;26:418-23.
- [7] Burke TW, Levenback C, Tornos C et al. Intraabdominal lymphatic mapping to direct selective pelvic and paraaortic lymphadenectomy in women with high-risk endometrial cancer: results of a pilot study. *Gynecol Oncol* 1996;62:169-73.
- [8] Mariani A, Webb MJ, Keeney GL, Podratz KC. Routes of lymphatic spread: a study of 112 consecutive patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2001;81:100-4.
- [9] McMeekin DS, Lashbrook D, Gold M et al. Analysis of FIGO Stage IIIc endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol* 2001;81:273-8.
- [10] Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA et al. Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. *Gynecol Oncol* 2008;109:11-8.
- [11] Vasilev SA, McGonigle KF. Extraperitoneal laparoscopic para-aortic lymph node dissection. *Gynecol Oncol* 1996;61:315-20.
- [12] Fichez A, Lamblin G, Mathevet P. Left extraperitoneal laparoscopic para-aortic lymphadenectomy: morbidity and learning curve of the technique. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:990-6.
- [13] Querleu D, Leblanc E, Castelain B, Elhage A. Celioscopic pelvic and para-aortic lymphadenectomy. *Chirurgie* 1993;119:208-11.
- [14] Ocelli B, Narducci F, Lanvin D et al. De novo adhesions with extraperitoneal endosurgical para-aortic lymphadenectomy *versus* transperitoneal laparoscopic para-aortic lymphadenectomy: a randomized experimental study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:529-33.
- [15] Dargent D, Ansquer Y, Mathevet P. Technical development and results of left extraperitoneal laparoscopic paraaortic lymphadenectomy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000;77:87-92.
- [16] Leblanc E, Narducci F, Frumovitz M et al. Therapeutic value of pretherapeutic extraperitoneal laparoscopic staging of locally advanced cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2007;105:304-11.
- [17] Querleu D, Leblanc E, Martel P et al. Lymph node dissection in the surgical management of stage I endometrial carcinomas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:1004-12.
- [18] Baekelandt MM, Castiglione M. Endometrial carcinoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2008;19 Suppl 2:ii19-20.
- [19] Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA et al. Efficacy of systematic lymphadenectomy and adjuvant radiotherapy in node-positive endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol* 2006;101:200-8.
- [20] Mariani A, Webb MJ, Galli L, Podratz KC. Potential therapeutic role of para-aortic lymphadenectomy in node-positive endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:348-56.
- [21] Lanvin D, Elhage A, Henry B et al. Accuracy and safety of laparoscopic lymphadenectomy: an experimental prospective randomized study. *Gynecol Oncol* 1997;67:83-7.
- [22] Johnson N. Laparoscopic *versus* conventional pelvic lymphadenectomy for gynaecological malignancy in humans. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:902-4.
- [23] Carton G, Leblanc E, Ferron G et al. Complications of laparoscopic lymphadenectomy in gynaecologic oncology. A serie of 1 102 procedures in 915 patients. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:304-14.
- [24] Scribner DR, Jr., Walker JL, Johnson GA et al. Laparoscopic pelvic and paraaortic lymph node dissection in the obese. *Gynecol Oncol* 2002;84:426-30.

[25] Chan JK, Wu H, Cheung MK et al. The outcomes of 27,063 women with unstaged endometrioid uterine cancer. *Gynecol Oncol* 2007; 106:282-8.

[26] Kong A, Simera I, Collingwood M et al. Adjuvant radiotherapy for stage I endometrial

cancer: systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2007;18:1595-604.

[27] Lo KW, Cheung TH, Yu MY et al. The value of pelvic and para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer to avoid unnecessary radiotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:863-9.