

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

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

—

**Tome XXXIII
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Vulvectomy totale

D. QUERLEU, G. FERRON *
(Toulouse)

Résumé

La vulvectomy totale radicale se définit par l'exérèse de la totalité de la vulve et du tissu cellulaire sous-jacent jusqu'au niveau de l'aponévrose périnéale moyenne et du détroit inférieur. Elle implique une marge saine macroscopique de 2 centimètres (8 millimètres histologiques minimum) dans toutes les directions, avec dessin de la ligne d'incision cutanée, pédiculisation de la vulve sur le fût vaginal, incision interne adaptée emportant chaque fois que nécessaire le méat urétral. Elle est adaptée pour les tumeurs vulvaires T2 ou T3 ou après radiochimiothérapie pour les T3 avancés et les T4 après réponse favorable. Elle est suivie soit d'une suture bord à bord, soit de l'utilisation de lambeaux dont les plus sûrs sont les lambeaux en V-Y, les lambeaux myo-cutanés de gluteus maximus (grand fessier), les lambeaux de grand droit de l'abdomen.

Mots clés : cancer de la vulve, vulvectomy, lambeaux myo-cutanés, lambeau V-Y

* Institut Claudius Regaud - 20 rue du Pont Saint Pierre - 31052 Toulouse cedex
Correspondance : querleu.denis@claudiusregaud.fr

La vulvectomie totale peut être entreprise avec trois niveaux différents de profondeur. Le niveau le plus superficiel est limité à l'épithélium, le niveau simple emporte le tissu sous-cutané, le niveau élargi s'étend jusqu'au plan osseux et aponévrotique du détroit inférieur. La **vulvectomie totale superficielle avec greffe**, encore dénommée « skinning vulvectomy » par les anglophones, peut être appliquée aux lésions intra-épithéliales étendues. Elle a l'avantage de respecter le relief des grandes lèvres, en conservant le tissu cellulaire sous-cutané. L'inconvénient est la rançon cicatricielle de la prise de greffe. Le tracé externe de l'incision circonscrit la muqueuse vulvaire, le tracé interne circonscrit l'orifice vaginal et le méat urétral. La zone d'exérèse se situe entre ces deux tracés. L'excision du revêtement cutané-muqueux sur environ 5 mm de profondeur est menée sur la totalité de la vulve, incluant ou non le clitoris selon l'extension des lésions. La zone cruentée est ensuite recouverte d'une greffe de peau prélevée au dermatome sur la face interne de la cuisse et agrandie en filet. La greffe est suturée en périphérie aux berges de l'incision, en choisissant la tension adéquate pour une bonne application de la greffe en surface sans excès de traction sur les berges. La **vulvectomie totale simple** est menée sans souci de conservation du tissu cellulaire sous-cutané, soit en cas de lésion intraépithéliale lorsque l'on ne souhaite pas la rançon cicatricielle de la prise de greffe, soit en cas de lésion infiltrante chez des patientes âgées ou après radiochimiothérapie d'un cancer étendu. Elle peut respecter la région clitoridienne ou à l'opposé s'étendre au tiers inférieur du vagin. Le tracé de l'incision est le même que celui déjà décrit. Elle est suivie d'une suture des berges sans interposition de greffe, précédée au besoin d'une mobilisation sous-cutanée des berges. La vulvectomie totale radicale est l'opération type pour les cancers infiltrants. C'est donc elle qui sera seule développée. Lorsque la fermeture ne peut être obtenue sans tension ou sans déformation majeure, une reconstruction vulvaire ou inguinale est nécessaire, justifiant l'utilisation de techniques de chirurgie reconstructrice. Seront donc envisagés successivement les temps d'exérèse vulvaire et de reconstruction, l'évidement ganglionnaire étant traité par ailleurs. À l'extrême des indications, les vulvectomies avec cystectomie ou amputation du rectum font partie du chapitre des exentérations, sauf pour le cas particulier de l'**exentération postérieure par voie basse** qui ne sera pas envisagée dans ce chapitre. Ces vastes tumeurs peuvent en fait souvent bénéficier d'une chimio ou radiochimiothérapie préopératoire qui peuvent éviter des sacrifices d'organe.

TECHNIQUE

La vulvectomie est **élargie** si elle emporte la totalité du tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne, d'une branche ischio-pubienne à l'autre. L'opération classique dite de Basset-Taussig associait en monobloc la vulvectomie et le curage bilatéral, avec plusieurs possibilités d'incision. Outre une conception « halstedienne » de la chirurgie des cancers, elle était justifiée par l'existence de récidives dans le « pont » cutané en cas d'incision séparée. Cette opération était grevée d'une lourde morbi-mortalité. D'autre part, le pont cutané n'est autre que le siège quasi constant du premier relais ganglionnaire. En effet, depuis la mise au point des techniques d'identification des ganglions sentinelles, on a constaté que le ganglion sentinelle n'est pas situé dans le triangle de Scarpa, mais est bien plus médial, en regard de l'épine du pubis. La solution de ce problème n'était donc pas dans l'exérèse maximaliste du revêtement cutané mais dans la modification du schéma du curage inguinal, qui n'est plus dicté par l'anatomie du triangle de Scarpa mais par la connaissance des trajets des lymphatiques sentinelles.

Il est donc actuellement recommandé de pratiquer les curages inguinaux par des incisions séparées de celle de la vulvectomie. Le monobloc avec la lésion vulvaire peut d'ailleurs être obtenu en tunnellisant le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent. Les suites de l'opération par incisions séparées sont meilleures que celle de l'opération strictement monobloc [1].

1. Type de description : vulvectomie élargie sans artifice plastique de fermeture pour tumeur respectant le méat urétral, le vagin et la marge anale

Régime sans résidu et préparation intestinale sont conseillés. La malade est placée en position gynécologique. Le champ doit être large pour assurer la possibilité de prise de lambeau, en particulier à la face médiale de la cuisse. Il est conseillé de ne mettre en place la sonde vésicale qu'à la fin de l'intervention car elle gêne tout au long de l'intervention, et empêche l'exérèse en un seul tenant de la vulvectomie.

Le tracé d'incision externe classique circonscrit la vulve en passant à au moins 1 cm de la lésion, sans souci de fermeture. Il a été décrit une variante en « ailes de papillon » dont la suture a moins de risque d'être sous tension (Figure 1).

Figure 1 - Tracé d'incision



Ce dessin est très utile au niveau dorsal, permettant une meilleure reconstruction de la fourchette vulvaire et de la région péri-ane (voir figure 5).

En profondeur, le tissu cellulaire sous-cutané doit être emporté jusqu'aux branches ischio-pubiennes et au pubis. La dissection commence donc en périphérie. Elle est menée au bistouri électrique, en incisant la graisse et en assurant les hémostases pas à pas. La coagulation bipolaire, ou mieux les instruments de type Ligasure® ou thermofusion, sont extrêmement pratiques. Les instruments assurant en une seule prise hémostase et section (Ultracision® ou pince bipolaire avec lame Vitalitec) sont encore plus pratiques.

Ventralement, on atteint la symphyse pubienne. Au bord inférieur de la symphyse, on repère, on pince, on coupe et on lie (ligature sertie) les deux insertions des corps caverneux et le ligament suspenseur du clitoris. L'alternative est l'utilisation des instruments d'hémostase modernes (Figure 2).

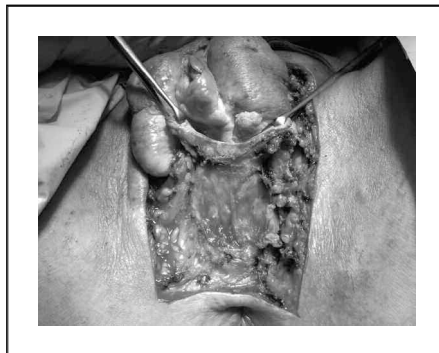
Latéralement, on atteint les branches ischio-pubiennes et l'aponévrose périnéale moyenne, en rencontrant les branches vulvaires de vaisseaux pudendaux internes et externes qui sont liés ou coagulés. Dorsalement, la dissection est plus délicate et doit respecter sphincter anal et rectum, en restant au contact de la face postérieure du vagin qui est décollée du rectum pour obtenir une mobilisation suffisante en vue de la fermeture. Ce décollement est plus difficile au niveau du cap anal, mais il suffit de suivre la face profonde du vagin. Il devient facile dans le septum rectovaginal (Figure 3).

Cette dissection se fait de manière concentrique, avec l'objectif de pédiculiser la pièce sur le fût vaginal et sur l'urètre. Tout au long de l'intervention, des pinces placées en fonction de la zone à traiter

Figure 2 - Dégagement des branches ischio-pubiennes et traitement des corps caverneux



Figure 3 - Décollement du septum rectovaginal



tractent la pièce opératoire. Il ne reste qu'à compléter le trait d'incision interne, sous contrôle direct de la vue pour que la pièce tombe (Figure 4).

L'hémostase est vérifiée, et les vaisseaux résiduels coagulés. Si une colpocèle postérieure est présente, il faut à ce stade pratiquer une myorrachie des releveurs, sans résection vaginale car l'étoffe muqueuse sera utile à la fermeture.

La fermeture doit impérativement se faire sans tension. Pour ce faire, de larges décollements pré-aponévrotiques de la partie inférieure de l'abdomen et des faces internes des cuisses, ainsi qu'une mobilisation du fût vaginal dorsal peuvent être nécessaires. Elle est débutée par un bâti permettant une répartition harmonieuse et sans

Figure 4 - Trait de section interne après pédiculisatation de la pièce



tension, au besoin au prix d'un décollement sous-cutané de la cuisse et de la partie inférieure de l'abdomen. Elle comporte un segment cutané et un segment cutané-muqueux : ce dernier consiste à réunir la circonférence interne muqueuse à la peau en regard. Un premier plan sous-dermique réunit les faces internes de la partie ventrale de la plaie opératoire ainsi que des angles postérieurs issus de l'incision en ailes de papillon (Figure 5). On utilise des fils synthétiques à résorption rapide. En avant, les deux berges cutanées sont réunies bord à bord. Au pourtour des orifices vaginal et urétral, la berge cutanée et la berge muqueuse sont réunies par des points séparés. La portion située immédiatement en avant (ventrale) du méat peut être laissée ouverte pour cicatrisation spontanée non déformante. On obtient ainsi un aspect en « trou de serrure ». Un drain de Redon ou de Blake est laissé dans le foyer opératoire, extériorisé par un orifice séparé en excluant la région fessière. Une sonde vésicale est placée à demeure jusqu'à cicatrisation.

2. Extension à la peau périnéale

La procédure type doit être aménagée en fonction des lésions. L'extension à la peau périnéale, surtout dans des circonstances de récurrence, implique un large sacrifice cutané, et en conséquence des

Figure 5 - Bâti de suture



difficultés de fermeture. Partant du principe oncologique selon lequel la marge péri-tumorale est le seul élément de décision de l'exérèse, il faut compter sur des procédés plastiques pour combler le défaut dès lors que la suture primaire n'est pas possible sans tension ou sans déformation majeure de la région vulvaire. L'apport d'un tissu vascularisé, en surface et volume suffisant, est le seul guide. Une règle d'or est de ne pas passer la ligne médiane avec un lambeau : chaque défaut latéral sera traité séparément par un lambeau homolatéral. Au niveau de la fourchette vulvaire, deux lambeaux prélevés de chaque côté seront suturés ensemble sur la ligne médiane.

Les procédés sont multiples. Ils sont décrits dans les ouvrages spécialisés [2]. Seuls les plus utilisés seront décrits.

2.1. Lambeaux cutanés ou fascio-cutanés de proximité

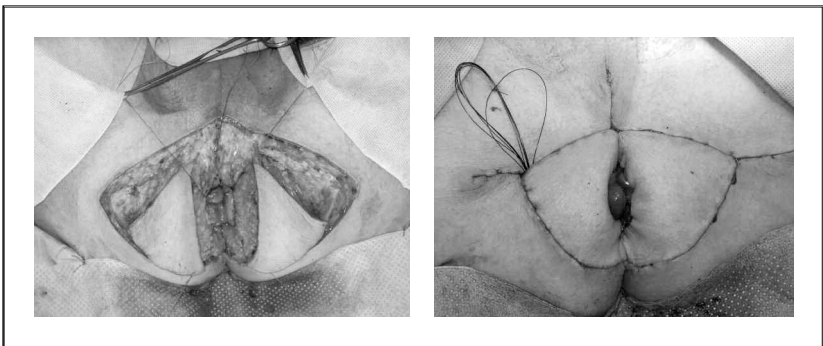
Ils sont fondés sur des apports vasculaires périnéaux : territoire *ventral* (antérieur) ou *dorsal* (postérieur) en sachant que l'on peut compter sur de nombreuses anastomoses entre les deux territoires. Les lambeaux au hasard admettent une longueur limitée à 1,5 fois la largeur du pied, les lambeaux à vascularisation axiale peuvent dépasser 3 sur 1 (Figures 6a et 6b).

Figures 6a et 6b - Perte de substance périnéale couverte par un lambeau de proximité centré par l'artère périnéale postérieure



Les **plasties V-Y** sont très sûres car leur mobilisation laisse une vaste surface d'apport vasculaire profond. Le principe est simple : un triangle dont le bord médial est le défaut vulvaire est tracé, libéré sur ses deux autres angles, puis mobilisé en direction médiane (Figures 7a et 7b) : la base comble le défaut, le site donneur est suturé au niveau de la pointe. L'axe du triangle peut être centré sur la face interne de la cuisse, utilisant le territoire vasculaire du gracilis, ou sur le pli fessier, utilisant le territoire vasculaire du grand fessier (gluteus maximus). Elles s'adaptent à toutes les dimensions, du simple défaut latéral aux vastes pertes de substance **latérales et éventuellement bilatérales**. La sûreté de ce lambeau tient à la vaste base d'implantation qui porte sur la totalité du triangle, ainsi qu'à l'absence de vastes décollements.

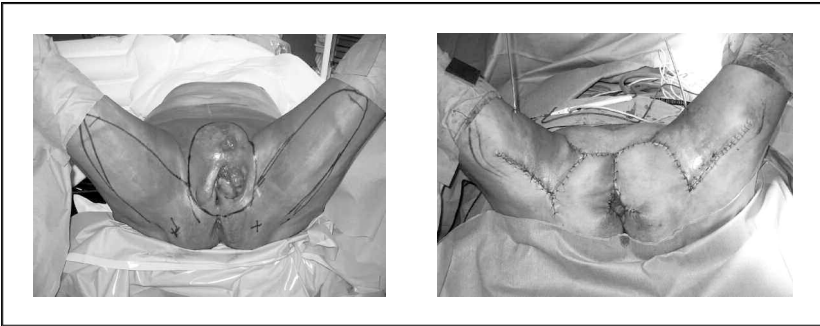
Figures 7a et 7b - Lambeau en V-Y bilatéral pour vaste perte de substance latérale bilatérale



2.2. Lambeau myo-cutané de grand fessier (*m. gluteus maximus*)

C'est un lambeau très sûr, car de vascularisation axiale. Il sera décrit dans sa variante en rotation. Lorsque la patiente est en position gynécologique, ce muscle recouvre la tubérosité ischiatique. Il est vascularisé par l'artère glutéale (fessière) inférieure, branche de l'artère hypogastrique, qui irrigue un large territoire cutané de la face postéro-médiale de la cuisse, offrant un lambeau pouvant aller jusque 20 cm de long et 8 à 9 cm de large. Le lambeau est pédiculisé sur les insertions sacrococcygiennes du muscle, qui sera au besoin incisé jusqu'à la limite postérieure de l'incision cutanée pour favoriser la rotation de l'ensemble (Figures 8a et 8b). La dissection profonde respecte le nerf sciatique et l'artère nourricière, qui apparaît en regard de la tubérosité ischiatique.

Figures 8a et 8b - Lambeau myo-cutané de grand fessier (*gluteus maximus*) bilatéral



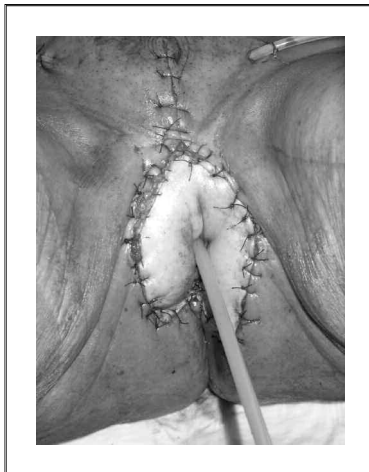
2.3. Lambeau de grand droit de l'abdomen (VRAM, ou *vertical rectus abdominis muscle*)

Il est connu sous le nom de lambeau de Taylor. Il peut être utilisé pour les comblements périnéaux, avec le transfert à la région vulvaire via l'espace de Retzius (après exentération) ou l'espace prépubien, d'une vaste palette cutanée oblique ou verticale qui vient combler le défaut (Figures 9 et 10).

Figure 9 - Couverture d'un défaut du mont de Vénus par un lambeau myo-cutané de grand droit de l'abdomen



Figure 10 - Reconstruction vulvaire et urétrale par lambeau de grand droit de l'abdomen



3. Extension au vagin

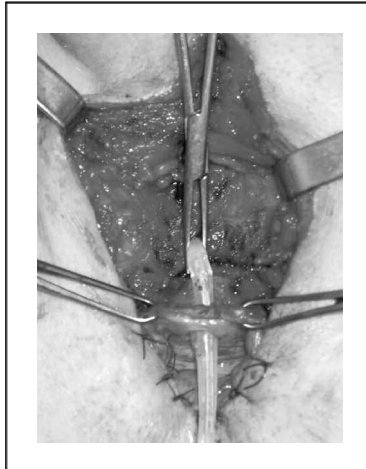
L'extension au vagin se traite par une colpectomie partielle inférieure complémentaire, avec décollement péri-fascial du fût vaginal. La suture nécessite la réalisation d'un lambeau d'avancement vaginal ou d'un lambeau cutané.

4. Extension à l'urètre

L'extension au seul méat urétral, ou l'extension de la tumeur à moins d'un centimètre du méat, est plus fréquente. Elle impose une résection qui peut s'étendre aux deux premiers centimètres de l'urètre sans risque d'incontinence. Il suffit de garder 10 à 15 millimètres sous le col vésical pour préserver le sphincter urétral strié. L'opérateur ne doit pas hésiter à la pratiquer : la majorité des exérèses insuffisantes est liée à la méconnaissance de ce geste simple, fortement facilité par la technique de pédiculisation de la vulve sur le vagin : le trait de section muqueux, au lieu de respecter le méat, l'emporte.

Le méat peut être reconstruit par suture uréthro-cutanée et uréthro-vaginale, avec des risques importants de troubles de l'orientation du jet urinaire : il faut donc le centrer soigneusement. On peut aussi utiliser un lambeau d'avancement de la paroi vaginale ventrale. Le décollement de la paroi vaginale, à la façon des cures de cystocèle, complété par deux traits de refend latéraux, permet de descendre un tissu de couverture autour du trait de section de l'urètre (Figure 11). Un orifice est alors créé dans le lambeau ainsi mobilisé pour être suturé soit bord à bord soit préférentielle, au fût urétral, sur une sonde tutrice.

Figure 11 - Passage de la sonde dans le néo-orifice urétral



SUITES OPÉRATOIRES

La surveillance de la peau et de la vascularisation des lambeaux dans les premiers jours qui suivent l'intervention est standard. Des hématomes sont possibles et ne seront traités que s'ils mettent en danger les lambeaux. La nécrose précoce avec perte du lambeau est rare dans les variantes décrites ici, avec au pire la perte de pointes de lambeau.

C'est plus tard que les problèmes commencent. Le scénario est connu : intervention sans problème, hémostase finale parfaite, suture sans tension au prix de lambeaux bien confectionnés, de vascularisation sûre, suites opératoires immédiates parfaites... puis apparition vers le 5^e jour d'un état inflammatoire cicatriciel puis d'une désunion. La suture cutanéomuqueuse est la première à désunir, suivie des autres.

Toutes les ressources de la gestion des plaies désunies sont alors à mettre en œuvre : hydrofibres, avec ou sans argent selon qu'il y a ou non infection évidente, suture itérative sur bourdonnet, utilisation de la cicatrisation assistée sous dépression (VAC®), arme ultime de grande efficacité. Ce procédé mécanique de détersion procède par aspiration permanente à 125 mm Hg, en circuit fermé, des sérosités au site de la désunion cicatricielle. L'aspiration douce est régulée électroniquement afin de ne pas être douloureuse. Elle s'effectue au travers de mousses synthétiques stériles placées dans la ou les zones désunies. L'étanchéité est obtenue par la couverture de ces mousses à l'aide d'un film adhésif au travers duquel est installé le système d'aspiration. Le produit d'aspiration est enfin collecté dans un bac régulièrement changé. Les mousses sont changées toutes les 72 h. Cette méthode permet d'obtenir rapidement un tissu de granulation de qualité, propice soit au passage à une cicatrisation dirigée, soit à la mise en place d'une greffe de peau.

INDICATIONS

Les indications de vulvectomie totale élargie sont l'image miroir des indications de la vulvectomie partielle (excision radicale). Les tumeurs de plus de 2 centimètres, les tumeurs multifocales, les tumeurs de moins de 2 centimètres avec lésions non infiltrantes étendues relèvent de la vulvectomie totale. Les stades II et III sont donc les

bonnes indications, sachant que certains stades III et les stades IV peuvent faire l'objet d'une radiochimiothérapie préopératoire [3].

La marge d'exérèse est traditionnellement de 2 centimètres. Cette dimension empirique correspond bien aux données publiées ultérieurement, montrant l'augmentation du risque de récurrence locale si la marge histologique est inférieure à 8 millimètres [4]. Obtenir la certitude de cette marge, après rétraction, impose donc une sécurité supérieure macroscopique. Il est donc essentiel de dessiner le contour périphérique de l'exérèse initiale, puis d'adapter le contour interne à la vue, avec le seul souci d'obtenir cette marge en tous points de la tumeur. Ceci peut amener, par exemple, à sacrifier le méat urétral même si celui-ci n'est pas directement envahi.

Bibliographie

[1] Helm CW, Hatch K, Austin JM, Partridge EE, Soong SJ, Elder JE, Shingleton HM. A matched comparison of single and triple incision techniques for the surgical treatment of carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1992; 46:150-6.

[2] Querleu D, Leblanc E, Morice P, Ferron G. *Chirurgie des cancers gynécologiques*. Elsevier-Masson, Paris 2008.

[3] Querleu D, Bonnier P, Morice P, Narducci F, Lhomme C, Haie-Meder C, Aubard Y, Baldauf JJ, Barillot I, Castelain B, Cuisenier J,

Duvillard P, Genestie C, Houvenaeghel G, Leblanc E, Lefranc JP, Lejeune C, Mathevet P, Pautier P, Romestaing P, Tubiana N, Villet R, Société française d'oncologie gynécologique. Prise en charge initiale des cancers gynécologiques : référentiels de la SFOG. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:338-52.

[4] De Hullu JA, Hollema H, Lolkema S, Boezen M, Boonstra H, Burger MP, Aalders JG, Mourits MJ, Van Der Zee AG. Vulvar carcinoma. The price of less radical surgery. *Cancer* 2002;95:2331-8.