

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS 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*

Gestion des complications de la vulvectomie radicale (désunion, lymphocèle, infection, lymphoœdème)

E. LEBLANC, V. SAMOUELIAN, L. BOULANGER, F. NARDUCCI *
(Lille)

Résumé

La chirurgie des cancers de vulve est à haut risque de complications locales, compte tenu de la localisation de cette chirurgie et de l'âge souvent très avancé des patientes et à l'état nutritionnel parfois précaire. Ce risque est proportionnel à l'étendue des gestes, qu'ils soient ganglionnaires ou vulvaires. Ces complications peuvent se regrouper en complications infectieuses, mécaniques et lymphatiques. Leur prise en charge est évoquée à chaque niveau.

La prévention des complications repose sur une meilleure préparation des patientes à l'acte, qui sera chaque fois adapté à l'étendue des lésions. Des solutions alternatives thérapeutiques à la chirurgie seront envisagées en cas de tumeurs très étendues. Enfin, la prise en charge des formes évoluées par des équipes spécialisées semble la meilleure garantie d'une cicatrisation plus rapide avec un minimum de séquelles.

Mots clés : vulvectomie, curage inguinal, désunion, lymphangite, lymphocèle, lymphoœdème

* Centre Oscar Lambret - Département de cancérologie gynécologique - 3 rue Frédéric Combemale - 59020 Lille

Correspondance : Eric Leblanc - Centre Oscar Lambret - Département de cancérologie gynécologique - 3 rue Frédéric Combemale - 59020 Lille

Le cancer de vulve est le plus rare des cancers gynécologiques dont il représente à peine 5 % des localisations. Si les carcinomes sont de loin les plus fréquents, les mélanomes constituent la deuxième étiologie, les autres formes étant exceptionnelles. Son traitement repose généralement sur une exérèse chirurgicale première, dont l'étendue est liée à la nature de la lésion cancéreuse, sa taille et son extension en profondeur. La radiothérapie ou la radiochimiothérapie, voire la chimiothérapie, sont envisagées en complément à la chirurgie s'il existe des facteurs de risque de récurrence (ganglionnaire en particulier), ou en néoadjuvant lorsque l'état initial laisse présumer d'un geste trop délabrant pour la patiente.

La vulvectomie radicale est indiquée dans les lésions invasives envahissant le stroma au-delà d'un millimètre. En cas de carcinome, elle est systématiquement assortie d'une lymphadénectomie inguinale.

Les complications locales postopératoires sont fréquentes et directement liées à l'importance des exérèses, qu'elles soient vulvaires ou ganglionnaires. Leur traitement souvent long est parfois source de séquelles physiques et psychologiques sérieuses.

1. FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS

L'exérèse en bloc inguino-vulvaire selon Basset-Taussig, intervention emblématique de cette pathologie décrite en 1920, était à l'origine de 5-20 % de décès hospitaliers, 18-91 % de désunions cicatricielles ou d'infections, 8-70 % de lymphœdèmes, 0-31 % de lymphocèles, 0-14 % de prolapsus génitaux, 0-12 % de phlébites, 0-5 % de hernies inguinales et 0-5 % de ruptures artérielles fémorales [1]. Des progrès en termes de morbidité étaient indispensables !

1.A. Vulvectomie radicale

Les premiers ont été de modifier ces grandes exérèses, réalisées de principe, au profit de gestes plus limités, adaptés à la taille et la localisation tumorale, et à séparer la chirurgie inguinale de la chirurgie vulvaire [2], d'autant que le risque théorique de récurrence du pont cutané entre la cicatrice de la vulvectomie et celle des curages est très faible, inférieur à 2 % [3].

Les récents résultats de Garrenström confirment l'intérêt d'exérèses adaptées et séparées des curages [4]. 101 patientes ont été traitées par vulvectomie radicale modifiée avec curages inguino-fémoraux bilatéraux menés par incisions séparées. Le taux de complications de la vulvectomie a été de 18 % essentiellement par désunion et/ou infection cicatricielle.

Cependant, afin d'éviter une récurrence locale, le chirurgien se doit de respecter une marge de tissu sain au-delà des limites visibles de la lésion, dont l'étendue dépendra de sa nature histologique. Ainsi pour les carcinomes, l'exérèse doit passer à au moins 1 cm en dehors des lésions visibles, dans toutes les directions [5]. Mais cette marge n'est pas toujours facile à obtenir, soit du fait de la taille de la lésion et sa localisation sur la vulve ou son prolongement dans le vagin, soit de sa plurifocalité. Par ailleurs, l'état du reste de la vulve peut nécessiter un geste plus extensif que prévu.

En cas d'exérèses très larges, la couverture de la perte de substance par lambeau fascio- ou musculo-cutané peut s'imposer. Toutefois, cette chirurgie de reconstruction n'est pas non plus sans risques sur ces terrains. On déplore souvent non seulement la nécrose du lambeau mais aussi la désunion au niveau du site donneur, d'autant plus fréquent que le prélèvement aura été « généreux ».

Enfin, en dépit de ces améliorations, les troubles sexuels ne sont pas rares en raison des sténoses orificielles dans 20 % des cas.

1.B. Curages ganglionnaires

Dans la série de Gould de 112 curages pour 67 patients, la cellulite a été la complication la plus fréquemment observée en postopératoire précoce ou tardif (35 et 22 % respectivement). Elle a été responsable de 20 % de désunions cicatricielles. Le lymphœdème durable a, quant à lui, été observé dans 30 % des cas [6].

Le taux de complications des curages inguinaux a été de 57 % dans l'étude de Garrenström. Elles ont entraîné une mortalité hospitalière de 1 %. À distance, un lymphœdème clinique a été observé dans 28 % des cas, compliqué de lymphangite pour 2 % d'entre eux. Finalement, avec cette technique, seules 24 % des patientes n'auront présenté aucune complication [4].

2. LES FACTEURS DE RISQUE

Le taux de complication de la chirurgie des cancers de la vulve est influencé par un certain nombre de facteurs. Ainsi l'obésité, le diabète, l'âge très avancé avec ses comorbidités vasculaires en particulier, une tumeur volumineuse volontiers nécrotique et infectée et/ou une chirurgie extensive, l'antécédent d'irradiation locale, de crossectomie pour varices sont déjà tous séparément des facteurs de risque de complications, tant vulvaires qu'inguinales et qui s'aggravent en cas d'association [7].

3. LES TRAITEMENTS

3.A. Complications infectieuses

3.A.a. La désunion cicatricielle

Liées à l'infection postopératoire, la prise en charge des désunions précoces après chirurgie vulvaire a connu ces dernières années une amélioration significative par l'usage de la cicatrisation assistée par le vide ou « VAC®-therapy » (KCI Medical) [8]. Ce procédé mécanique de détersion procède par aspiration permanente, en circuit fermé, des sérosités au site de la désunion cicatricielle. Il réduit également la charge microbienne et active l'angiogenèse locale. L'aspiration douce est régulée électroniquement afin de ne pas être douloureuse. Elle s'effectue au travers de mousses synthétiques stériles installées dans 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 48 h. Cette méthode permet d'obtenir rapidement un tissu de granulation de qualité, propice soit au passage à une cicatrisation dirigée classique soit à la mise en place d'une greffe de peau mince. Cette technique est mise en route habituellement dès qu'une désunion profonde apparaît. Elle demande des soins infirmiers importants pour installer et gérer le système mais le séjour hospitalier s'en trouve significativement raccourci, que la désunion soit inguinale [9] ou vulvaire [8]. De plus aujourd'hui, les structures d'hospitalisation à domicile permettent de

poursuivre ces soins complexes dans un environnement familial à la patiente plus propice à sa récupération.

Nous avons comparé rétrospectivement les dossiers de 63 patientes ayant eu une vulvectomie radicale dans notre centre entre 2005 et 2008 (à paraître). Ces patientes ont été séparées en deux groupes, en fonction des soins reçus en postopératoire immédiat : soit « VAC-thérapie systématique » (groupe VAC), soit des « soins locaux conventionnels » (groupe SLC). Les patientes du groupe SLC ont pu bénéficier de la mise en place secondaire d'une VAC-thérapie ; elles n'ont pas été exclues de l'analyse. Nous avons étudié la durée du séjour à l'hôpital et le nombre de jours nécessaires pour obtenir une cicatrisation complète. Ces deux groupes étaient identiques concernant : les comorbidités, la durée d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation nécessaires à l'obtention d'une cicatrisation complète. Au final, la seule différence statistique significative entre ces deux groupes était la taille moyenne de la vulvectomie : 186 cm³ pour le groupe SLC *versus* 273 cm³ dans le groupe VAC. Nous avons alors effectué une deuxième analyse, ne prenant en compte cette fois que les patientes dont le volume d'exérèse était supérieur à 40 cm³ (groupe VAC40 *versus* groupe SLC40). Le groupe SLC40 était constitué de 26 patientes, contre 23 dans le groupe VAC40. La taille moyenne des vulvectomies était respectivement de 277 cm³ et de 273 cm³ (différence non significative). Mais la durée d'hospitalisation était cette fois significativement réduite dans le groupe VAC40 (16 *versus* 21 jours, $p = 0,04$). Aussi, l'utilisation systématique d'une VACthérapie débutée en postopératoire immédiat pour une exérèse vulvaire de plus de 40 cm³ réduit significativement les durées de cicatrisation et d'hospitalisation.

3.A.b. Lymphangite, érysipèle

Ces complications infectieuses émaillent l'évolution des lymphoedèmes. La lymphangite se présente comme un ou plusieurs cordons rouges et douloureux, sous-cutanés, qui correspondent à des canaux lymphatiques superficiels infectés. L'aspect est à distinguer d'une phlébite superficielle (pas de syndrome infectieux). L'érysipèle est une dermo-hypodernite infectieuse, due à des bacilles gram+ (streptocoques) plus souvent que gram-. Elle se présente comme une plaque rouge, chaude et douloureuse aux limites bien définies mais sans bourrelet d'œdème périphérique au niveau des membres (à la différence du visage). Elle peut porter des vésicules à sa surface et s'accompagner de lymphangite. Elle peut se compliquer (rarement) d'abcédation, de nécrose mais surtout de poussée évolutive de lymphoedème [10].

Dans les deux cas, l'origine de l'infection (plaie/morsure d'insecte, infection du pied), est à rechercher systématiquement, mais peut ne plus être visible. Une prise en charge hospitalière urgente est toujours indiquée afin d'éviter une possible évolution mortelle par septicémie. Elle consiste en la mise au repos complet de la patiente et, après réalisation du bilan initial (numération, ionogramme sanguin, bilan de coagulation, hémocultures), mise en route du traitement antibiotique intraveineux. Il reposera sur une antibiothérapie probabiliste par bêtalactamine ou macrolide à forte dose, assortie au besoin d'une rééquilibration hydro-électrolytique. Elle sera éventuellement relayée, dès réception de l'antibiogramme, par une prescription plus adaptée. Les traitements antalgique et anticoagulant à dose isocoagulable seront systématiquement associés. Un relais antibiotique oral sera réalisé au bout de quelques jours avant la sortie, si la situation s'améliore.

3.A.c. Ostéite et ostéomyélite pubienne

Affection rare, et d'apparition tardive, elle s'observe surtout après chirurgie ou association radio-chirurgicale [11]. Leur symptomatologie est identique et consiste en des douleurs publiennes apparaissant à la mise en charge, qui peuvent entraîner des troubles de la marche. En imagerie, on notera une destruction osseuse symétrique de la région symphysaire.

Au plan diagnostique, bien qu'elle soit parfois difficile à obtenir [12], la distinction entre ces deux affections est importante. L'une, l'ostéite, est inflammatoire pure alors que l'autre, l'ostéomyélite, est infectieuse avec polynucléose franche par suppuration locale et justifie un traitement antibiotique adapté et prolongé, voire une chirurgie. La ponction aspiration éventuellement scannoguidée de la zone suspecte, avec culture et antibiogramme, mènera alors au diagnostic, surtout si aucun traitement antibiotique n'a encore été instauré [13].

3.B. Complications mécaniques

Les complications mécaniques des vulvectomies ne sont pas exceptionnelles et sont essentiellement urinaires et sexuelles.

3.B.a. Urinaires

Au plan urologique, on citera la déviation du jet urinaire et l'incontinence secondaire. La première est observée généralement après un geste asymétrique (type hémivulvectomie), mais parfois aussi après vulvectomie totale. La suture cutanéomuqueuse attire d'un côté

le méat urétral et peut gêner le confort mictionnel. Le centrage du méat est donc un temps indispensable à l'heure de la reconstruction périnéale, quitte à réséquer un peu de tissu controlatéral pour y arriver. L'importance des résections tissulaires et leur réparation par des sutures sous tension favorisent l'apparition de prolapsus génitaux (17 % dans la série ancienne de Calame [14]), ou d'incontinence urinaire. L'importance de la résection urétrale est un autre facteur important d'incontinence [15, 16]. En cas d'installation, leur prise en charge sera adaptée au bilan local habituel de ces pathologies.

3.B.b. Sexuelles

La sténose de l'orifice vulvaire s'observe après un geste total, et surtout s'il est effectué sur un terrain de lichen scléreux. Cette sténose peut occasionner des troubles sexuels importants qui seront efficacement améliorés par des plasties cutanées d'élargissement type plastie en Z, unique ou multiples [17]. Quoi qu'il en soit, les troubles sexuels sont fréquents après vulvectomie et ne sont pas tous liés à l'étendue du geste ou sa cicatrisation. En effet, l'âge au diagnostic, l'activité sexuelle antérieure et un degré d'état dépressif lié à la maladie sont autant de facteurs pouvant impacter sur la qualité de vie de ces patients. Ils doivent être recherchés lors des différentes consultations car ils peuvent nécessiter une prise en charge psychosomatique individualisée [18].

3.C. Complications lymphatiques

Si les lymphocèles sont banales après tout curage ganglionnaire, et peuvent être une source de désunion ou suppuration, le développement d'un lymphoedème d'un membre inférieur est plus grave car, non pris en charge rapidement et de façon appropriée, il ne tend qu'à s'aggraver et se transforme alors en une véritable infirmité physique et psychologique.

3.C.a. La lymphocèle

Le traitement des lymphocèles après curages inguino-fémoraux repose actuellement sur l'évacuation à l'aiguille fine. Ce geste, habituellement peu douloureux, soulage immédiatement la patiente et évite les complications cutanées possibles (nécrose ischémique) à ce niveau. Il doit être réalisé dans des conditions strictes d'asepsie car les complications infectieuses post-ponctions itératives, source de désunions secondaires ou de réinterventions, ne sont pas rares. En cas

de récurrences fréquentes, se pose la question d'une sclérothérapie. Cette technique est utilisée pour les lymphocèles profondes [19]. Elle consiste en l'injection dans la lymphocèle préalablement évacuée, par voie percutanée, de divers produits sclérosants tels l'éthanol, la polyvidone ou certains antimétabolites (bléomycine ou doxorubicine) [20]. Aucune comparaison entre les produits n'a été publiée. Le choix sera donc fonction de la tolérance de la patiente et des habitudes de l'opérateur. Si son efficacité au niveau pelvien a été montrée, elle est plus aléatoire en inguinal, et nous n'y avons jamais eu recours. D'autres ont pu réaliser avec succès une ligature élective du canal lésé, recherche guidée par l'injection de bleu patenté entre les orteils (à l'instar d'une lymphographie) [21, 22]. Mais récemment, il a été montré une certaine efficacité de la VAC-thérapie dans la prévention et le traitement des lymphocèles ou fistules lymphatiques après chirurgie vasculaire [23] et elle pourrait donc être considérée dans ce contexte.

3.C.b. Le lymphœdème

Le cancer vulvaire est la cause la plus fréquente de lymphœdème des membres inférieurs [24]. Lié à l'importance des dissections ganglionnaires, son risque de survenue est majoré en cas d'obésité, de mauvais état veineux, de lymphocèle postopératoire et/ou d'irradiation postopératoire. Compte tenu de sa morbidité propre (esthétique, infectieuse), il doit être recherché lors de chaque consultation post-chirurgicale, par l'interrogatoire et l'examen clinique. Il doit être pris en charge activement sans délai, car c'est la seule façon de le réduire de façon durable et d'éviter la fibrose définitive [25].

Son diagnostic est clinique [26, 27]. Le lymphœdème d'un membre inférieur se caractérise par un épaissement élastique de la peau, prenant plus ou moins le godet à la pression, avec approfondissement des plis de flexion des orteils (en particulier à la base du 2^e orteil (signe de Stemmer)) ou du cou-de-pied. Il entraîne une prise de poids localisée, parfois impressionnante et s'accompagne alors de douleurs et de difficultés à la marche, symptômes toujours mal vécus par la patiente. Bien que des méthodes plus sophistiquées existent, la mesure comparative et étagée des deux membres inférieurs (tous les 10 cm à partir de la pointe de la rotule, vers la racine de la cuisse et la cheville) est une méthode simple à effectuer, reproductible et relativement fiable. Une différence de 2 cm entre les mesures sur chaque segment du membre, ou d'au moins 15 % sur la somme des mesures réalisées, permet de confirmer la réalité de ce gonflement [28]. La difficulté diagnostique existe en cas d'atteinte bilatérale ou chez les patients présentant un lipœdème [29]. Dans ces cas difficiles, l'imagerie

directe du lymphœdème aurait un intérêt diagnostique et pronostique. Mais elle a été abandonnée car la lymphangiographie lipiodolée, examen de référence jusque récemment, était de réalisation douloureuse, d'interprétation souvent délicate, et surtout elle risquait, par son effet sclérosant sur les canaux lymphatiques, d'aggraver l'état local. La lymphoscintigraphie a ensuite été essayée : elle confirme la stase lymphatique mais ne permet pas de visualiser les vaisseaux lymphatiques ectasiés. L'arrivée récente sur le marché de nouveaux produits de contraste IRM, qui permettent de réaliser sans danger une lymphangiographie IRM 3D dans les lymphœdèmes, a relancé l'intérêt de l'imagerie diagnostique et pourrait aider, dans les cas difficiles, à caractériser la pathologie et éventuellement préciser les possibilités thérapeutiques [30, 31].

Quoi qu'il en soit, un écho-Doppler des membres inférieurs et un scanner pelvien élimineront une thrombose veineuse profonde et/ou une récurrence ganglionnaire pelvienne compressive. De même, un bilan cardiaque chez les patientes à risque évaluera le degré de participation cardiovasculaire à cet œdème.

Le traitement du lymphœdème du membre inférieur repose quasi exclusivement sur sa réduction mécanique par une contention élastique permanente par bas ou collants, adaptée, mise en place dès le lever de la malade et gardée jusqu'au coucher. Elle est toujours associée à une physiothérapie active par drainage lymphatique et des soins de peau attentifs [32, 33]. En cas de lymphœdème important et résistant à ces premières mesures, une prise en charge spécialisée en unité de lymphologie s'impose, qui, grâce à la mise en place de bandages élastiques personnalisés, l'utilisation de compression pneumatique intermittente, une kinésithérapie active pluriquotidienne réduira durablement cette complication [34]. L'éducation des patientes est également essentielle pour la mise en place personnelle de ces bandages. Les traitements chirurgicaux du lymphœdème sont multiples (lambeaux divers [37, 38], anastomoses lympho-vasculaires [39], réductions tissulaires [40], etc.). Si certains se sont montrés efficaces pour les lymphœdèmes brachiaux, leurs résultats à moyen terme sont plutôt décevants au niveau du membre inférieur, en particulier en cas de lymphœdème post-radio-chirurgical. Ils peuvent même aggraver la situation locale, d'où une très grande prudence dans les indications. De nouveaux traitements médicaux ciblés (transfert de facteurs de croissance des lymphatiques comme l'EGF-C) permettront peut-être à l'avenir d'en prévenir plus efficacement la survenue ou pour le moins d'en atténuer la sévérité [41].

Un certain nombre de mesures complémentaires au traitement physiothérapique sont indispensables dans ce contexte. Il faut tout d'abord lutter contre le surpoids par une bonne hygiène de vie et une diététique. Il faut ensuite éviter de stimuler la production de lymphes par des marches longues sans contention, ou l'exposition prolongée des jambes au soleil. La prévention des complications infectieuses au niveau de ce membre justifie une attention particulière à tout traumatisme ou infection cutanée ou unguéale. L'antibiothérapie prolongée prophylactique n'a en revanche pas d'indication, mais elle peut se discuter en cas d'infection récidivante [10].

Enfin, en particulier lorsqu'il est important, le lymphœdème constitue une véritable infirmité physique, psychologique et sociale (coûts) pour ces femmes et un soutien psychologique, voire des soins de support (aide-ménagère, etc.) ainsi que des prises en charge particulières de ces soins coûteux sont souvent nécessaires.

4. LA PRÉVENTION

Une meilleure sélection des techniques opératoires ou des stratégies en fonction des facteurs de risque de complications peut en réduire l'incidence ou la gravité.

4.a. Ainsi, la réalisation chaque fois que possible de chirurgies partielles en cas de petite tumeur isolée et la pratique d'incisions séparées pour les curages ganglionnaires sont déjà des méthodes reconnues pour réduire la morbidité [42]. De plus, une utilisation plus large des lambeaux de couverture, s'ils n'ont pas modifié le taux de complications immédiates, celles-ci sont moins graves et laissent moins de séquelles à type de prolapsus ou de sténoses orificielles. L'utilisation précoce du système VAC peut aussi raccourcir les durées de cicatrisation.

4.b. La réduction de l'étendue du prélèvement ganglionnaire s'accompagne d'une réduction de la morbidité. Ainsi, en ne réséquant que les ganglions inguino-fémoraux médiaux (par rapport à l'axe vasculaire fémoral), en préservant le *fascia lata* et en respectant la crosse de la saphène interne, on réduit l'incidence de toutes ces complications sans compromettre les suites oncologiques [7, 43]. En revanche, la transposition du muscle sartorius n'a pas montré d'intérêt dans une

étude randomisée [44]. Enfin, il semble que l'abord inguinal (plutôt que crural) contribue aussi à l'amélioration des suites opératoires [45]. Mais l'information récente la plus importante vient d'une étude prospective hollandaise - certes non randomisée, mais la rareté de cette pathologie le justifie - qui a confirmé l'efficacité, en termes de morbidité immédiate et à distance, d'un prélèvement ganglionnaire inguino-fémoral limité au seul ganglion sentinelle. Dans cette étude, qui a porté sur 403 patientes porteuses d'un carcinome vulvaire limité (T1-T2, N0), on a effectué la recherche systématique (par scintigraphie au ^{99m}Tc Technétium préopératoire et bleu patenté intra-opératoire) du ganglion sentinelle inguinal. Après son étude histologique incluant l'immunohistochimie, seules les patientes avec ganglion sentinelle envahi (en standard ou après ultrastadification) ont été réopérées pour compléter la lymphadénectomie inguino-fémorale, geste souvent suivi de radiothérapie. La comparaison des résultats de morbidité, entre le groupe ganglion sentinelle seul et le groupe curage complet, est très en faveur du groupe ganglion sentinelle seul, qu'il s'agisse des complications précoces : désunions cicatricielles (11 % *versus* 34 % avec $p = 0,0001$) ou de cellulite (4 % *versus* 21,3 %) ou des complications tardives : érysipèle récidivant (0,4 % *versus* 16,2 %, $p = 0,0001$) ou lymphœdème (1,9 % *versus* 25,2 %, $p = 0,0001$). Par ailleurs, avec 35 mois de recul médian on n'a observé que 6 cas (2,3 %) de rechute ganglionnaire dans le groupe sentinelle seul, avec une survie globale de 97 %, équivalente aux chiffres obtenus dans les séries classiques [46]. Cette politique, dans les conditions de l'étude, ne semble donc pas augmenter le risque de récurrence ganglionnaire et devrait impacter nos pratiques quotidiennes futures.

4.c. Enfin, une bonne préparation de ces malades à l'intervention, par une renutrition, le soutien d'un régime hypercalorique, l'utilisation d'oligoéléments et l'amélioration des soins infirmiers, semble contribuer à la réduction de l'incidence et la gravité des complications précoces et des durées de séjour hospitalier [47].

4.d. En respectant ces quelques recommandations, les complications tardives, dominées par les lymphœdèmes des membres inférieurs, devraient voir leur incidence diminuer. Mais là encore, un dépistage et une prise en charge active précoces en réduiront à la fois la sévérité et la durée.

CONCLUSION

La morbidité élevée des vulvectomies pour cancer est-elle une fatalité à laquelle toutes nos malades doivent être préparées ? Il est clair que le contexte médical de cette pathologie est propice aux complications postopératoires et qu'une information claire à ce sujet doit leur être délivrée, ainsi qu'à leurs familles. Néanmoins, on dispose actuellement de nombreuses méthodes efficaces pour simplifier les suites, compte tenu des gestes chirurgicaux effectués. Mais comme toujours, surtout lorsqu'il s'agit de cas complexes, une prise en charge par des équipes entraînées semble offrir la meilleure garantie de succès.

Bibliographie

- [1] Makar AP et al. Surgical management of stage I and II vulvar cancer: the role of the sentinel node biopsy. Review of literature. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11(4):255-62.
- [2] Lin J et al. Morbidity and recurrence with modifications of radical vulvectomy and groin dissection. *Gynecol Oncol* 1992;47(1):80-86.
- [3] Rose PG. Skin bridge recurrences in vulvar cancer: frequency and management. *Int J Gynecol Cancer* 1999;9(6):508-511.
- [4] Gaarenstroom KN et al. Postoperative complications after vulvectomy and inguino-femoral lymphadenectomy using separate groin incisions. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13(4):522-7.
- [5] Rouzier R et al. Local relapse in patients treated for squamous cell vulvar carcinoma: incidence and prognostic value. *Obstet Gynecol* 2002;100(6):1159-67.
- [6] Gould N et al. Predictors of complications after inguinal lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 2001;82(2):329-332.
- [7] Rouzier R et al. Inguinofemoral dissection for carcinoma of the vulva: effect of modifications of extent and technique on morbidity and survival. *J Am Coll Surg* 2003;196(3):442-50.
- [8] Schimp VL et al. Vacuum-assisted closure in the treatment of gynecologic oncology wound failures. *Gynecol Oncol* 2004;92(2):586-91.
- [9] Dentziger S et al. Vacuum-assisted closure *versus* conventional wound care in the treatment of wound failures following inguinal lymphadenectomy for penile cancer: a retrospective study. *Eur Urol* 2007;51(5):1320-1325.
- [10] Bonnetblanc J, Bédane C. Erysipelas: recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2003;4(3):157-163.
- [11] Micha J et al. Pelvic radiation necrosis and osteomyelitis following chemoradiation for advanced stage vulvar and cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2006;101(2):349-352.
- [12] Sexton D et al. Postoperative osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and review. *Cin Infect Dis* 1993;17(4):695-700.
- [13] Knoeller S, Uhl M, Herget G. Osteitis or osteomyelitis of the pubis? A diagnostic and therapeutic challenge: report of 9 cases, and review of the literature. *Acta Orthop Belg* 2006;72(5):541-548.
- [14] Calame RJ. Pelvic relaxation as a complication of the radical vulvectomy. *Obstet Gynecol* 1980;55(6):716-9.
- [15] Reid GC et al. Urinary incontinence following radical vulvectomy. *Obstet Gynecol* 1990;75(5):852-8.
- [16] Plotti F et al. Urinary incontinence after radical vulvectomy treated with Macroplastique implantation. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(1):113-5.
- [17] Scott J, Gilpin C, Vence C. Vulvectomy, introital stenosis, and Z plasty. *Am J Obstet Gynecol* 1963;85:132-3.
- [18] Green M et al. Sexual dysfunction following vulvectomy. *Gynecol Oncol* 2000;77(1):73-77.
- [19] Karcaaltincaba M, Akhan O. Radiologic imaging and percutaneous treatment of pelvic lymphocele. *Eur J Radiol* 2005;55(3):340-354.
- [20] Eldanbesee D et al. Sclerotherapy with bleomycin for recurrent massive inguinal lymphoceles following partial vulvectomy and bilateral lymphadenectomy-Case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2004;92(2):716-718.
- [21] Lavie O et al. Treatment of recurrent inguinal lymphocele by lymphatic leakage mapping and subsequent ligation of lymphatic vessel endings: a case report. *Gynecol Oncol* 2002;84(1):155-156.
- [22] Pagni R et al. Treatment with intra-operative patent blue V dye of refractory lymphocele after inguinal lymphadenectomy for squamous cell penile carcinoma. *Urology* 2009 Sep;74(3):688-90. Epub 2009 Jul 14.
- [23] Hamed O et al. Use of vacuum-assisted closure (VAC) therapy in treating lymphatic complications after vascular procedures: new approach for lymphoceles. *J Vasc Surg* 2008;48(6):1523. E1-4.
- [24] Beesley V et al. Lymphedema after gynecological cancer treatment. *Cancer* 2007;109(12):392-400.
- [25] Langbecker D et al. Treatment for upper-limb and lower-limb lymphedema by professionals specializing in lymphedema care.

Eur J Cancer Care 2008;17(6):557-564.

[26] Vignes S. Examination of a lymphedema on the limbs. *Ann Dermatol Venereol* 2004; 131(12):1108-10.

[27] Board J, Harlow W. Lymphoedema 2: classification, signs, symptoms and diagnosis. *Br J Nurs* 2002;11(6):389.

[28] Spillane A et al. Defining lower limb lymphedema after inguinal or ilio-inguinal dissection in patients with melanoma using classification and regression tree analysis. *Ann Surg* 2008;248(2):286-293.

[29] Wenczl E, Daroczy J. Lipedema, a barely known disease: diagnosis, associated diseases and therapy. *Orv Hetil* 2008;149(45):2121-2127.

[30] Liu N et al. Anatomic and functional evaluation of the lymphatics and lymph nodes in diagnosis of lymphatic circulation disorders with contrast magnetic resonance lymphangiography. *J Vasc Surg* 2009;49:980-987.

[31] Lohrmann C, Foeldi E, Langer M. MR imaging of the lymphatic system in patients with lipedema and lipo-lymphedema. *Microvasc Res* 2009;77:335-339.

[32] Board J, Harlow W. Lymphoedema 3: the available treatments for lymphoedema. *Br J Nurs* 2002;11(7):438-450.

[33] Linnitt N. Lymphoedema: recognition, assessment and management. *Br J Community Nurs* 2005;10(3):S20-S26.

[34] Mayrovitz H. The standard of care for lymphedema: current concepts and physiological considerations. *Lymphat Res Biol* 2009; 7(2):101-108.

[35] Hopkins A. A community nursing guide: multilayer lymphoedema bandaging. *Br J Community Nurs* 2008;13(4):4.

[36] Vignes S, Boursier V, Trevidic P. Interest of cutaneous resection after reduction of volume by decongestive physiotherapy in huge primary lymphedema of lower limb. *J Mal Vasc* 2005; 30(3):181-5.

[37] Parrett B, Sepic J, Pribaz J. The

contralateral rectus abdominis musculocutaneous flap for treatment of lower extremity lymphedema. *An Plast Surg* 2009;62(1):75-79.

[38] Benoit L et al. Preventing lymphedema and morbidity with an omentum flap after ilioinguinal lymph node dissection. *Ann Surg Oncol* 2005;12(10):793-799.

[39] Baumeister R, Frick A. The microsurgical lymph vessel transplantation. *Handchir Mikrochir Palst Chir* 2003;35(4):202-209.

[40] Brorson H et al. Controlled compression and liposuction treatment for lower extremity lymphedema. *Lymphology* 2008; 41(2):52-63.

[41] Tammela T et al. Therapeutic differentiation and maturation of lymphatic vessels after lymph node dissection and transplantation. *Nat Med* 2007;13(12):1458-1466.

[42] Ansink A, van der Velden J. Surgical interventions for early squamous cell carcinoma of the vulva. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD002036.

[43] Dardarian TS et al. Saphenous vein sparing during inguinal lymphadenectomy to reduce morbidity in patients with vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol* 2006;101(1):140-2.

[44] Judson PL et al. A prospective, randomized study analyzing sartorius transposition following inguinal-femoral lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 2004;95(1):226-30.

[45] Mancini N et al. Inguinofemoral lymphadenectomy: randomized trial comparing inguinal skin access above or below the inguinal ligament. *Am Surg Oncol* 2009;16(3):721-728.

[46] Van Der Zee AG et al. Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(5):884-889.

[47] Fanfani F et al. Advanced vulvar carcinoma: is it worth operating? A perioperative management protocol for radical and reconstructive surgery. *Gynecol Oncol* 2006 Nov; 103(2):467-72. Epub 2006 May 2.