

Evaluation de la morbidité de l'hystérectomie de clôture chez 159 patientes présentant un cancer du col localement avancé (Stades IB2 – IVA) ; résultats d'une étude rétrospective multicentrique.

Marchand Eva, Héquet Delphine, Fourchotte Virginie, Coutant Charles, Lecuru Fabrice, Koskas Martin, Bricou Alexandre, Delpech Yann, Barranger Emmanuel.

Introduction : Le traitement de référence pour les cancers du col dits « localement avancés » (stades IB2 à IVA) consiste en une radio-chimiothérapie concomitante (RCC) suivie plus ou moins une curiethérapie utéro-vaginale. La réalisation d'une chirurgie de clôture à type d'hystérectomie (après la fin de la RCC) est controversée, tout comme la radicalité du geste chirurgical, liée en particulier à sa morbidité. L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer la morbidité de l'hystérectomie de clôture après radio-chimiothérapie dans les cancers du col localement avancés.

Patientes et méthodes : Cette étude rétrospective multicentrique a inclus entre janvier 2000 et juin 2012, 159 patientes ayant eu un cancer du col localement avancé et traitées par chirurgie de clôture dans les 3 mois après la RCC. Ces patientes ont été prises en charge dans quatre CHU parisiens (Lariboisière, Bichat, HEGP et Jean Verdier) et deux Centres de Lutte Contre le Cancer (Institut Curie Paris et Centre Georges François Leclerc de Dijon). L'évaluation pré-thérapeutique consistait en un PET-scanner et/ou une stadification chirurgicale. L'hystérectomie de clôture était soit extra-fasciale soit élargie aux paramètres et pouvait s'associer à un curage de clôture pour les patientes n'en ayant pas bénéficié auparavant.

Résultats : L'âge médian était de 50 ans (23-82). Cent-quatre patientes (65,4%) présentaient un cancer du col stade IIB. Les autres caractéristiques clinico-pathologiques de la population sont résumées dans le Tableau I. L'hystérectomie de clôture a été réalisée par voie laparotomique pour 99 patientes (62,3%). Il s'agissait d'une hystérectomie élargie dans 67,9% des cas (n=108). Le Tableau II décrit le type de chirurgie de clôture et le résidu anatomopathologique. Dix-neuf patientes ont bénéficié d'une transfusion avec une moyenne de 2,6 culots globulaires (2-4). La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,6 jours (2-25). Aucune patiente n'a été admise en réanimation et il n'y a eu aucun décès suite à la chirurgie. Les complications per opératoires, post opératoires précoces et tardives sont décrites dans le Tableau III selon la classification de Chassagne. Seize patientes ont eu une complication de grade ≥ 2 (10,1%). Huit patientes (5,0%) ont eu une fistule urinaire (urétéro-vaginale ou vésico-vaginale). Quinze patientes ont eu une ré-intervention pour mise à plat d'abcès, évacuation d'hématome ou cure de fistule. Le type de chirurgie, la voie d'abord ou encore la présence d'un résidu histologique n'avaient aucune incidence sur la survenue d'une complication. Un délai de plus de 8 semaines entre la fin de la RCC et la chirurgie était corrélé à un taux moins élevé de complications (p=0,009).

Conclusion : Notre étude montre un taux de complications relativement faible de l'hystérectomie de clôture après radio-chimiothérapie dans les cancers du col localement avancés avec 10% de complications de grade ≥ 2 et 5% de fistules.

Tableau I : Caractéristiques clinico-pathologiques de la population

	n ou médiane	% ou []
Age (années)	49,9	[23,0 - 82,0]
BMI (kg/m ²)	24,0	[16,0 - 40,0]
Tabac	51	32,1%
Ménopause	75	47,2%
Antécédent d'accouchement voie basse	107	67,3%
Antécédent de césarienne	19	11,9%
Antécédent de chirurgie abdominale	66	41,5%
Examen Clinique		
Taille (cm)	40	[10 - 100]
Atteinte paramétriale	90	56,6%
Atteinte vaginale	71	44,6%
Type histologique		
Adénocarcinome	26	16,3%
Carcinome épidermoïde	129	81,1%
Mixte (adénocarcinome + carcinome épidermoïde)	4	2,6%
IRM pré-thérapeutique		
Taille (cm)	45	[10 - 85]
Atteinte paramétriale	101	63,5%
Atteinte vaginale	71	44,6%
Stage FIGO		
IB2	25	15,7%
IIA	18	11,3%
IIB	104	65,4%
IIIA	3	1,9%
IIIB	7	4,4%
IIVA	2	1,3%
Voie d'abord de la stadification ganglionnaire		
Laparotomie	5	5,5%
Cœlioscopie rétro-péritonéale	25	27,5%
Cœlioscopie trans-péritonéale	61	67,0%
Type de stadification ganglionnaire		
Lombo-aortique seule	56	61,5%
Pelvienne et lombo-aortique	35	38,5%
Atteinte ganglionnaire		
Pelvienne	13	37,1%
Lombo-aortique	4	4,4%

Tableau II : Type de chirurgie de clôture et résidu anatomopathologique

	n ou moyenne	% ou []
Voie d'abord		
Laparotomie	99	62,3%
Cœlioscopie	60	37,7%
Type d'hystérectomie		
Hystérectomie élargie	108	67,9%
Simple extra-fasciale	51	32,1%
Curage de clôture		
Pelvien	80	50,3%
Lombo-aortique	15	9,4%
Présence d'un résidu cervical histologique		
microscopique (<2mm)	72	45,3%
infra-centimétrique (≥ 2 mm et <1cm)	2	1,3%
supra-centimétrique (≥ 1 cm)	30	18,9%
	40	25,1%
Taille du résidu (en mm)	6,2	[0 - 55]
Atteinte ganglionnaire pelvienne	11	13,7%
Atteinte ganglionnaire lombo-aortique	1	6,7%

Tableau III : Description des complications per opératoire, post-opératoire précoces et tardives, classées en grades selon la classification de Chassagne.

Complications per opératoire	14 (8,8%)	
Digestive	3	
Grade 1	3	<i>2 plaies de la séreuse grélique et 1 plaie de la séreuse rectale suturées</i>
Vasculaire	2	
Grade 1	2	<i>2 plaies de la veine iliaque externe immédiatement suturées (lors d'un curage pelvien)</i>
Urinaire	8	
Grade 1	8	<i>4 plaies de vessie et 4 plaies urétérales immédiatement réparées (3 sutures sur sonde JJ et 1 réimplantation urétérale)</i>
Neurologique	1	
Grade 1	1	<i>Plaie du nerf obturateur</i>
Complications post-opératoire précoces	12 (7,5%)	
Cutanée	3	
Grade 1	1	<i>Abcès de paroi sans reprise chirurgicale</i>
Grade 2	2	<i>1 abcès de paroi et 1 désunion de cicatrice vaginale avec reprise chirurgicale</i>
Urinaire	6	
Grade 1	2	<i>Cystites</i>
Grade 2	4	<i>2 fistules vésico-vaginales et 2 fistules urétéro-vaginales nécessitant une chirurgie sans séquelle au décours</i>
Septique	3	
Grade 1	2	<i>Abcès profonds traités par antibiotiques</i>
Grade 2	1	<i>Abcès profond nécessitant un drainage chirurgical</i>
Complications post-opératoire tardives	12 (7,5%)	
Cutanée	2	
Grade 2	2	<i>Désunion de cicatrice vaginale avec reprise chirurgicale</i>
Urinaire	5	
Grade 1	1	<i>Pyélonéphrite traitée en ambulatoire</i>
Grade 2	1	<i>Fistule vésico-vaginale traitée chirurgicalement</i>
Grade 3	3	<i>1 fistule vésico-vaginale et 2 fistules urétéro-vaginales avec néphrostomie définitive</i>
Septique	2	
Grade 2	2	<i>2 abcès profonds drainés chirurgicalement</i>
Thrombo-embolique	3	
Grade 1	2	<i>2 thromboses veineuses profondes</i>
Grade 2	1	<i>1 embolie pulmonaire</i>