

Lymphadénectomie lombo-aortique dans les cancers gynécologiques

Frédéric Kridelka, Frédéric Goffin, Jean-Michel Foidart

Service de Gynécologie-Obstétrique, ULg



Frédéric Kridelka

KEYWORDS: GYNAECOLOGICAL CANCER – LOMBOAORTIC NODE – LYMPHADENECTOMY

La lymphadénectomie lombo-aortique doit être maîtrisée par le chirurgien prenant en charge un cancer gynécologique. Elle peut être réalisée dans le cadre d'une stadification systématique ou en présence de facteurs majeurs de risque d'atteinte ganglionnaire. Une cytoréduction ganglionnaire peut également être nécessaire en cas d'envahissement macroscopique.

La stadification aortique concerne les cancers de l'ovaire et de la trompe (stade macroscopiquement débutant), les cancers du col utérin (stades avancés et stades précoces avec atteinte ganglionnaire pelvienne) et certains cancers de l'endomètre (formes papillaires séreuses, stades IC grade 3, et tous les stades apparemment plus limités mais avec atteinte ganglionnaire pelvienne démontrée à l'examen extemporané).

Le cytoréduction ganglionnaire est indiquée lorsque des adénomégalies sont observées à l'imagerie ou à la palpation de la région lombo-aortique.

L'indication de la lymphadénectomie lombo-aortique doit être pesée en regard du bénéfice et des risques de la procédure. En effet, si la lymphadénectomie aortique est une opération aisée lorsqu'elle est réalisée en routine par une équipe formée à la technique, elle peut devenir difficile en cas d'obésité, peu souhaitable à la fin d'une intervention longue et hémorragique, mal ou contre-indiquée si la chirurgie de la tumeur centrale n'est pas complète ou s'il existe des métastases à distance identifiées radiologiquement préalablement à la chirurgie.

Anatomie

La disposition vasculaire définit des secteurs anatomiques qu'il est nécessaire de disséquer méthodiquement (**Figure 1**): les aires pré- et latéro-aortiques situées respectivement en avant et à gauche de l'aorte; l'aire interaorticocave; les aires pré et latérocaves respectivement en avant et à droite de la veine cave. La profondeur de la dissection est limitée par les muscles psoas latéralement et par le fascia pré vertébral en médialement à la surface duquel sont identifiés les vaisseaux lombaires et les chaînes sympathiques. La lymphadénectomie lombo-aortique est définie comme la résection d'une zone cellulo-ganglionnaire rectangulaire limitée vers le haut par la veine rénale gauche, latéralement par les deux uretères, vers le bas par la bifurcation aortoiliaque. Le principe d'une dissection ganglionnaire limitée appelée «picking» ou «sampling» ne peut être défendu. Il n'est en effet pas représentatif du statut ganglionnaire de la région. De plus, le choix du ganglion réséqué, connaissant la faible valeur prédictive négative de la palpation, relève du pari.

Abord chirurgical et indications

Les lymphadénectomies peuvent être pratiquées par chirurgie abdominale conventionnelle ou par chirurgie endoscopique. Chacune de ces voies possède deux variantes selon que l'abord est transpéritonéal ou extra-péritonéal.

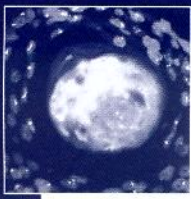


Figure 1: La disposition vasculaire définit des secteurs anatomiques qu'il est nécessaire de disséquer méthodiquement.

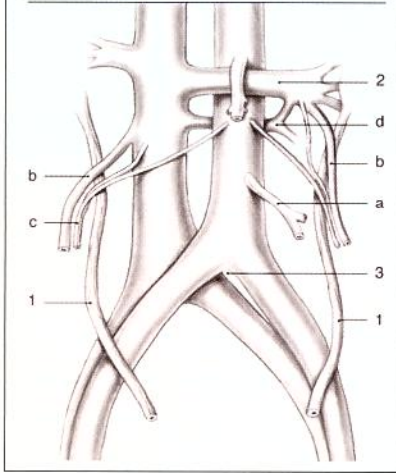


Figure 2: Schéma des 2 voies principales d'accès à la région para-aortique lorsque l'abord transpéritonéal est choisi.

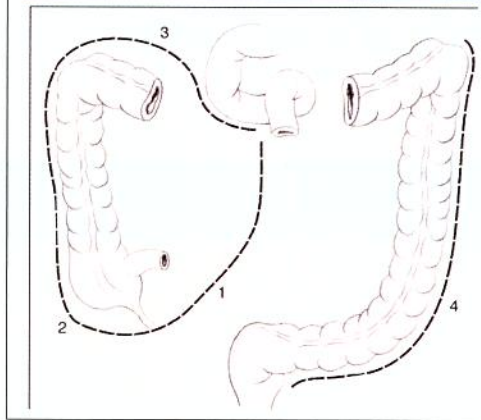


Figure 3: Abord par décollement colique et duodéno pancréatique complet.

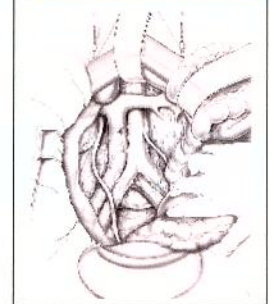


Figure 4: Schéma des abords coelioscopiques de la région lombo-aortique par voie transpéritonéale.

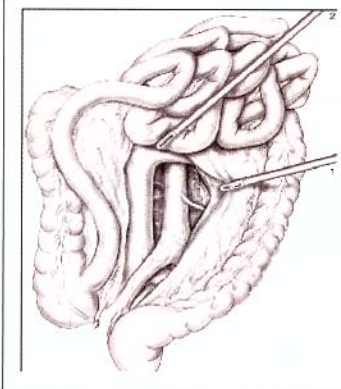
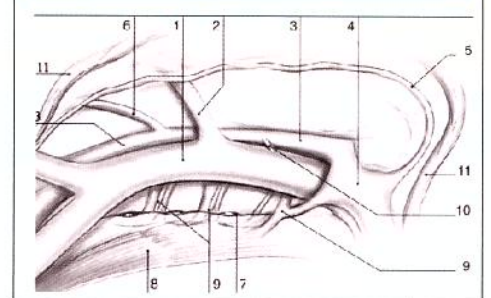


Figure 5: Schéma des abords coelioscopiques de la région lombo-aortique par voie extrapéritonéale.



Laparotomie

La voie de référence pour la lymphadénectomie lombo-aortique est la laparotomie médiane sinon xiphopubienne, au moins étendue en supra-ombilical.

La laparotomie verticale transpéritonéale s'impose chaque fois qu'un geste d'exérèse tumorale intrapéritonéale pour une tumeur volumineuse est nécessaire. La laparotomie transversale est inadap-tée, l'incision de Pfannenstiel est formellement contre-indiquée.

La laparotomie permet également une approche extrapéritonéale médiane avec décollement progressif du sac péritonéal bilatéra-lement. Elle est une solution reconnue lorsque l'on veut réduire ou éviter de rencontrer les séquelles adhérentielles péritonéales.

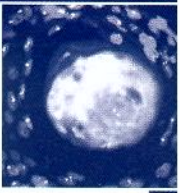
La **figure 2** schématise les 2 voies principales d'accès à la région para-aortique lorsque l'abord transpéritonéal est choisi. L'abord peut alors être direct et consiste en une incision du péritoine pariétal postérieur en regard de l'artère iliaque commune droite remontant ensuite en regard de l'aorte jusqu'au niveau du troi-sième duodénum. On ouvre ensuite l'espace rétropéritonéal sous

le fascia de Toldt droit permettant le repérage de l'uretère lom-baire droit contre le muscle psoas. De la même manière, on repère l'artère mésentérique inférieure puis on pénètre sous le fascia de Toldt gauche à la recherche de l'uretère lombaire controlatéral. La dissection complète du tissu cellulo-ganglionnaire est alors pratiquée.

Une alternative à l'abord iliaque commun et aortique transpéri-tonéal direct est un abord par décollement colique et duodéno-pan-créatique complet. Celui-ci permet également un abord optimal des vaisseaux caves et aortiques et facilite l'exposition des veines rénales. Certains pratiquent préférentiellement cet abord dans le traitement des cancers ovariens précédés d'une omentectomie totale dont le décollement coloépiloïque initie le geste (**Figure 3**).

Coeliochirurgie

Les indications de la *coelioscopie* deviennent plus nombreuses, mais restent secondaires en fréquence. Les **figures 4 et 5**



schématisent les abords coelioscopiques de la région lombo-aortique respectivement par voie transpéritonéale et extrapéritonéale. On peut dégager quatre indications à la technique endoscopique. La stadification des cancers du col utérin au stade avancé ou à gros volume tumoral (à partir de 4cm de diamètre) est pratiquée par certaines équipes, avec l'objectif d'adapter la hauteur d'irradiation à la réalité de l'envahissement ganglionnaire, dont la probabilité est de 25 à 50% selon les stades; la technique endoscopique, de préférence extrapéritonéale, est ici la technique la mieux adaptée car la moins traumatique. Les cancers du col au stade IB1 avec métastases ganglionnaires pelviennes ont un risque d'environ 25% de métastase aortique synchrone: la pratique d'un évidement aortique doit donc compléter l'examen extemporané du curage pelvien ou des ganglions sentinelles en cas de positivité. De même, les patientes opérées pour cancer endométrial et dont le statut ganglionnaire pelvien est démontré positif à l'examen extemporané bénéficie d'un curage lombo-aortique qui complète la stadification et permet d'individualiser le champ d'irradiation adjuvante. Des cas de cancer de l'ovaire au stade IA apparents ne peuvent être considérés comme stadifiés complètement que si la stadification intrapéritonéale est associée à une stadification rétropéritonéale ganglionnaire pelvienne et lombo-aortique tant du côté de l'ovaire tumoral que du côté controlatéral. La décision d'une abstention de chimiothérapie complémentaire pour les lésions ovariennes de stade 1A ne pourra être prise en toute sécurité qu'en cas de stadification péritonéale et ganglionnaire complète et négative à l'histologie définitive.

L'avantage de la voie endoscopique, démontré expérimentalement par une étude randomisée, est l'atraumatisme et la réduction du risque adhérentiel, au prix d'un temps opératoire augmenté, d'un apprentissage spécifique, mais sans diminuer la qualité du prélèvement (2). L'avantage également démontré de la voie extrapéritonéale est la réduction encore supérieure de la formation d'adhérences en regard de la voie transpéritonéale; cette réduction vaut aussi bien pour la laparotomie que pour la coelioscopie (3). La méthode la moins adhésiogène est donc l'endoscopie extrapéritonéale, qui est en conséquence la voie d'élection si une irradiation postopératoire est envisagée, par exemple dans les cancers du col utérin avancés ou dans les cancers cervicaux ou endométriaux cliniquement débutants mais chez lesquels un statut ganglionnaire pelvien positif, redevable d'une radiothérapie adjuvante, est démontré à l'examen extemporané. En effet, l'essentiel des complications de cette irradiation est lié à la fixation des viscères par l'état adhérentiel. L'abord transpéritonéal est indiqué dès lors qu'il existe une indication simultanée de geste intra-abdominal et une faible probabilité de radiothérapie.

Conclusions

Le curage ganglionnaire lombo-aortique est une technique chirurgicale délicate. Dans des indications ciblées, elle doit pouvoir être réalisée de manière sécuritaire et s'imposer alors comme une étape essentielle de la stadification des cancers gynécologiques pelviens. Elle contribue ainsi à une individualisation thérapeutique optimale. Pour les cancers cervicaux et endométriaux, la stadification ganglionnaire para-aortique permettra d'adapter le volume cible des champs de radiothérapie, initiale ou adjuvante, à l'extension «géographique» de la maladie. Le choix pourra être fait entre un champ d'irradiation pelvien en cas de statut ganglionnaire lombo-aortique négatif et un champ d'irradiation pelvien et lombo-aortique en cas de ganglions para-aortiques métastatiques. Pour les patientes souffrant d'un cancer ovarien apparemment débutant, la stadification ganglionnaire est indispensable au choix d'une abstention de chimiothérapie adjuvante et sonc à l'épargne sécuritaire d'une morbidité significative.

Références

1. Querleu D. Techniques chirurgicales en gynécologie. Paris: Masson, 2000.
2. Lanvin D, Elhage A, Henry B, Leblanc E, Querleu D, Delobelle-Deroide A. Accuracy and safety of laparoscopic lymphadenectomy: an experimental prospective randomized study. *Gynecol. Oncol* 1997;67:83-7.
3. Occeili B, Narducci F, Lanvin D, Querleu D, Coste E, Castelain B 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.
4. Morice P, Lassau N, Pautier P, Haie-Meder C, Lhomme C, Castaigne D. Retroperitoneal drainage after complete para-aortic lymphadenectomy for gynecologic cancer: a randomized trial. *Obstet. Gynecol* 2001;97:243-7.