



La laparoscopie, une voie d'abord privilégiée pour la chirurgie des cancers en gynécologie

Myriam Mimouni, Marie Gosset, Hélène Bonsang-Kitsis, Myriam Deloménié,
Charlotte Ngo, Anne-Sophie Bats, Fabrice Lécuru

► To cite this version:

Myriam Mimouni, Marie Gosset, Hélène Bonsang-Kitsis, Myriam Deloménié, Charlotte Ngo, et al.. La laparoscopie, une voie d'abord privilégiée pour la chirurgie des cancers en gynécologie. Inter bloc, 2018, 37, pp.223 - 226. <10.1016/j.bloc.2018.10.005>. <hal-03487560>

HAL Id: hal-03487560

<https://hal.science/hal-03487560v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead dossier

Sous-dochead Technique alternatives à la chirurgie en cancérologie

Surtitre oncologie

La laparoscopie, une voie d'abord privilégiée pour la chirurgie des cancers en gynécologie

Myriam Mimouni^{a,*,b}

Chef de clinique, assistante chirurgie sénologique et gynécologique

Marie Gosset^{a,b}

Chef de clinique, assistante chirurgie sénologique et gynécologique

Hélène Bonsang-Kitsis^a

Praticien hospitalier

Myriam Deloménie^a

Praticien hospitalier

Charlotte Ngo^{a,b,c}

MCU-PH, praticien hospitalo-universitaire

Anne-Sophie Bats^{a,b,c}

PU-PH

Fabrice Lécuru^{a,b,c}

PU-PH

^aHôpital Européen Georges-Pompidou, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Chirurgie cancérologique gynécologique et du sein, Paris, France.

^bUniversité Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de médecine, 15 rue de l'Université, 75006 Paris, France.

^cInserm UMR-S 1124, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 45 rue des Saints-Pères, 75270 Paris, France.

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : Myriam.cohen13@gmail.com (M. Cohen).

Résumé

La chirurgie mini-invasive par laparoscopie permet un traitement efficace et rigoureux dans les cancers gynécologiques (ovaires, endomètre, col utérin). Lorsqu'elle est possible, cette technique doit être privilégiée face à la laparotomie pour tous les gestes chirurgicaux réalisés à visée thérapeutique et diagnostique. Elle permet une courte convalescence, limitant le délai pour débiter des traitements adjuvants, ce qui est un facteur pronostique important.

© 2018

Mots clés - cancer gynécologique ; laparoscopie ; oncologie ; qualité de vie ; tolérance ; traitement mini-invasif

Summary à venir

© 2018

Keywords à venir

Aujourd'hui, l'objectif du traitement contre le cancer, quelle que soit la spécialité concernée, est d'allier une efficacité maximale à une tolérance optimale, tout en maintenant une qualité de vie satisfaisante pour le patient. Les techniques de chirurgie mini-invasives comme la laparoscopie répondent à cet objectif. La laparoscopie est un abord de la cavité péritonéale qui ne nécessite que des incisions de petite taille (5 à 15 mm). Il s'agit d'une chirurgie abdominale à ventre fermé. Tous les cancers gynécologiques y sont éligibles qu'il s'agisse de l'endomètre, du col utérin ou de l'ovaire au stade précoce. La faisabilité de la laparoscopie doit cependant être évaluée au cas par cas. La laparotomie peut, en effet, s'avérer nécessaire pour réaliser un traitement chirurgical optimal.

T1. Indications de la laparoscopie dans le traitement des cancers gynécologiques

TEG1 La laparoscopie est un excellent moyen d'explorer l'ensemble de la cavité abdominale, de façon mini-invasive (figure 1). Dans certaines indications, par exemple le cancer de l'ovaire au stade de carcinose péritonéale, l'exploration laparoscopique de la cavité péritonéale fait partie du bilan initial de la maladie, au même titre que les examens d'imagerie. Elle se doit d'être peu invasive,

rapide et ne doit en aucun cas différer le début des traitements. Elle permet une description détaillée de l'étendue des lésions et une évaluation de la résécabilité chirurgicale du cancer (score de Sugarbaker ou *Peritoneal Carcinomatosis Index*) [1].

TEG1 La laparoscopie exploratrice peut être faite par un seul trocart ombilical (*single port*). Il s'agit d'un système par lequel passent l'optique et les pinces nécessaires pour les biopsies. La laparoscopie en mono-trocart permet une diminution des risques de dissémination pariétale de la maladie carcinomateuse (*figure 2*) [2].

Les gestes chirurgicaux réalisables par laparoscopie sont multiples. Ils sont indiqués dans un but thérapeutique ou diagnostique (stadification du cancer).

T2. Hystérectomie totale

TEG1 L'hystérectomie totale, faite dans le cadre du traitement du cancer, est souvent réalisée avec une annexectomie bilatérale. Après coagulation et section des ligaments et pédicules vasculaires, l'exérèse de la pièce opératoire est faite par voie vaginale. Selon l'indication, l'hystérectomie totale est réalisée de manière plus ou moins large. Elle peut être intra-faciale (cancer ovarien), extra-faciale (cancer endométrial sans atteinte cervicale) ou élargie aux paramètres (cancer cervical). L'hystérectomie totale élargie nécessite une dissection précise et rigoureuse des éléments à préserver siégeant dans le paramètre : l'uretère et les nerfs pelviens (nerf hypogastrique, plexus hypogastrique, nerfs splanchniques).

TEG1 La laparoscopie permet une grande précision quant à la dissection des nerfs grâce au fort grossissement de l'image par l'optique. La préservation de ces nerfs est importante pour la récupération postopératoire des fonctions urinaires, rectales et sexuelles. La préservation minutieuse de ces éléments améliore la qualité de vie postopératoire à court et long termes des patientes [3].

T2. Curage ganglionnaire

TEG1 Le curage ganglionnaire est l'exérèse des ganglions drainant l'appareil génital. Dans les cancers gynécologiques, les ganglions sont situés le long des gros vaisseaux (vaisseaux iliaques, aorte, veine cave) : il s'agit d'un curage pelvien et lombo-aortique.

TEG1 Le curage lombo-aortique peut être réalisé par deux voies d'abord laparoscopiques différentes : intra-péritonéale et extra-péritonéale. Il s'agit d'une chirurgie mini-invasive suppléant la laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale. L'indication des curages ganglionnaire a actuellement tendance à être revue : il n'est plus fait de manière systématique dans le cancer de l'ovaire [4].

TEG1 De même, il est progressivement remplacé par la procédure du ganglion sentinelle pelvien dans le cancer du col et de l'endomètre (essais en cours SENTIRAD [5] et SENTICOL III [6]). Le ganglion sentinelle est le plus proche de la tumeur, susceptible d'être atteint par la maladie.

Le principe est d'analyser uniquement ce ganglion. S'il est atteint, le curage ganglionnaire devra être fait sinon, aucun autre geste ne sera réalisé. Le ganglion sentinelle peut être repéré *via* plusieurs produits différents injectés sur le col utérin (bleu patenté, traceur radioactif ou vert d'indocyanine). Cette technique en plein essor, permet de diminuer la morbidité opératoire et postopératoire liée aux curages ganglionnaires extensifs sans pour autant "sous"-traiter les patientes.

TEG1 Les autres gestes couramment indiqués réalisables par laparoscopie sont l'omentectomie, l'appendicectomie, la résection digestive lorsqu'elle est nécessaire.

T1. Intérêts de la chirurgie mini-invasive

TEG1 Souvent, la chirurgie est la première étape du traitement contre le cancer. Elle sera suivie de chimiothérapie et/ou radiothérapie et/ou curiethérapie. Il est important d'obtenir une cicatrisation satisfaisante et une récupération de l'état général avant de pouvoir débiter le traitement adjuvant. Cependant, un délai court entre la chirurgie et le début des traitements joue un rôle pronostique important pour la patiente. Ce délai sera d'autant plus réduit que la convalescence sera rapide, chez des patientes souvent déjà fragilisées par le cancer avant même de débiter toute thérapie (dénutrition, anorexie, asthénie).

TEG1 Dans ce contexte, la chirurgie mini-invasive présente un intérêt majeur dans la prise en charge des cancers gynécologiques. Elle permet une convalescence postopératoire significativement plus courte qu'après une chirurgie ouverte. La réhabilitation précoce est fréquente, avec une reprise de l'alimentation et une mobilisation souvent possibles le soir même de l'intervention. La durée d'hospitalisation est plus courte. Le taux de complications graves est moins important [7]. La douleur due à la cicatrice pariétale, proportionnelle à la taille de cette dernière, est amoindrie dans les suites immédiates grâce à la micro-chirurgie. La laparoscopie permet ainsi de limiter la prise d'antalgiques [8,9].

TEG1 Par ailleurs, les patientes prises en charge pour un cancer gynécologique auront dans leur parcours un risque non négligeable d'être opérées plusieurs fois en cas de récurrence. Les adhérences postopératoires dues à une première chirurgie rendent très complexe une nouvelle chirurgie pour récurrence. Celle-ci peut se compliquer de plaies d'organes ou d'un échec de l'intervention du fait d'un accès intra-abdominal rendu impossible par les adhérences intestinales. La chirurgie mini-invasive est peu pourvoyeuse d'adhérences et facilite l'accès à la cavité péritonéale lors de chirurgies multiples [10]. Si elle est possible, elle doit donc être privilégiée par le chirurgien.

TEG1 Enfin, le préjudice esthétique imposé par une chirurgie mini-invasive est moins important que celui d'une laparotomie.

T1. Place de la chirurgie robotisée dans le cancer gynécologique

La chirurgie robotique, initialement développée pour la pathologie bénigne, est en plein essor dans le domaine de la cancérologie (figure 3). En comparaison avec la laparoscopie classique, elle semble diminuer les douleurs et complications postopératoires ainsi que la durée d'hospitalisation. Elle augmente le confort du chirurgien, paramètre important pour les procédures longues nécessitant des dissections précises comme la colpo-hystérectomie élargie faite dans le traitement du cancer du col utérin. Enfin, la chirurgie robotique semble intéressante pour les patientes présentant une obésité, facteur de risque majeur du cancer de l'endomètre [11,12].

T1. Limites de la laparoscopie

TEG1 Lors de l'exploration de la cavité péritonéale, la laparoscopie permet une large visualisation de l'ensemble de la surface du péritoine. Cependant, elle n'autorise pas la palpation des organes, pouvant dans certains cas rendre imparfaite la description des lésions profondes.

TEG1 Par ailleurs, dans le cadre de la chirurgie à visée thérapeutique, la laparotomie garde sa place dans le traitement du cancer. Lorsque la carcinose péritonéale est étendue, et si les lésions apparaissent résécables, une laparotomie est indiquée plutôt qu'une laparoscopie afin de favoriser l'exérèse la plus complète possible des lésions, tout en respectant un temps opératoire raisonnable pour la patiente. Par exemple, l'accès au diaphragme rétro-hépatique et à l'espace de Morison (entre le rein gauche et le foie), souvent atteints massivement par la maladie, n'est pas possible de manière optimale par laparoscopie. Dans ce cas, dans l'intérêt de la patiente, il est indispensable de privilégier la laparotomie, même si cela implique une chirurgie plus lourde.

TEG1 Enfin, la laparoscopie peut être rendue impossible par le volume utérin ou de la masse ovarienne. L'accès aux pédicules utérins peut être gêné par la largeur de l'utérus. Dans le cadre d'un cancer gynécologique, le morcellement de l'utérus habituellement réalisé dans la pathologie bénigne utérine ou la ponction de kyste ovarien sont formellement contre-indiqués. En effet, ces gestes seraient pourvoyeurs de dissémination de la maladie tumorale intra-abdominale, grevant ainsi le pronostic de la patiente. Il sera alors nécessaire de réaliser une laparotomie pour l'exérèse de la pièce opératoire.

T1. Conclusion

La chirurgie mini-invasive répond à l'objectif d'un traitement efficace contre le cancer associé à une tolérance satisfaisante. Elle permet une chirurgie précise et complète tout en minimisant le temps de convalescence, facteur important dans le pronostic des patientes mais aussi leur qualité de vie.

Même si la laparoscopie est devenue la voie d'abord prioritaire dans la chirurgie cancérologique, la laparotomie reste indispensable dans certaines indications pour un traitement chirurgical optimal, notamment dans les maladies carcinomateuses étendues.

Par ailleurs, l'intérêt de la laparotomie pourrait se discuter à nouveau dans des indications pour lesquelles une laparoscopie était devenue aujourd'hui la voie d'abord de référence. En 2018, un essai

de phase 3 (LACC) a été présenté à la Société de gynécologie oncologique (SGO) et remet en cause le traitement laparoscopique des cancers précoces du col utérin. L'étude conclut à une survie sans récurrence et une survie globale significativement diminuée dans le groupe "laparoscopie" par rapport au groupe "laparotomie" avec des *odds ratios* respectivement de 3,74 ($p = 0,002$) et 6 ($p = 0,004$) [13].

La chirurgie robotique étant en plein essor, notamment pour les colpo-hystérectomies élargies, il serait intéressant de comparer la laparotomie à la laparoscopie robotisée plutôt qu'à la laparoscopie classique.

Références

- [1] Jacquet P, Sugarbaker PH. Clinical research methodologies in diagnosis and staging of patients with peritoneal carcinomatosis. *Cancer Treat Res.* 1996;82:359-74.
- [2] Quaranta D, Lambaudie E, Heinnemann M, et al. evaluation of single-port laparoscopy for peritoneal carcinomatosis assessment in advanced ovarian cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;181:60-5.
- [3] Bogani G, Rossetti DO, Ditto A, et al. Nerve-sparing approach improves outcomes of patients undergoing minimally invasive radical hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(3):402-10.
- [4] Harter P, Sehouli J, Lorusso D, et al. LION: Lymphadenectomy in ovarian neoplasms. A prospective randomized AGO study group led gynecologic cancer intergroup trial. *Journal of Clinical Oncology.* 2017;35(15_suppl):5500.
- [5] Oscar Lambret. Protocole SENTIRAD. www.centreoscarlambret.fr/recherche-cancerologique/essais-cliniques/protocole-sentirad
- [6] Arcagy -Gineco. Étude SENTICOL III - Cancer Utérus. <http://arcagy.org/arcagy-gineco-organisation-et-recherche/etudes-gineco/2076>
- [7] Beck TL, Schiff MA, Goff BA, Urban RR. Robotic, laparoscopic, or open hysterectomy: surgical outcomes by approach in endometrial cancer. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(6):986-93.
- [8] Galaal K, Bryant A, Fisher AD, et al. Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD006655.
- [9] Wang Y, Deng L, Cao L, et al. The outcome of laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage cervical cancer-meta analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(6S):S4-S5.
- [10] Ouaïssi M, Gaujoux S, Veyrie N, et al. Post-operative adhesions after digestive surgery: their incidence and prevention: review of the literature. *J Visc Surg.* 2012;149(2):e104-14.

- [11] Gaia G, Holloway RW, Santoro L. Robotic-assisted hysterectomy for endometrial cancer compared with traditional laparoscopic and laparotomy approaches: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1422-31.
- [12] Park DA, Yun JE, Kim SW, Lee SH. Surgical and clinical safety and effectiveness of robot-assisted laparoscopic hysterectomy compared to conventional laparoscopy and laparotomy for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2017;43(6):994-1002.
- [13] Leitaio MM Jr. The LACC trial: has minimally invasive surgery for early-stage cervical cancer been dealt a knockout punch? *Int J Gynecol Cancer.* 2018;28(7):1248-50.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Figures

Mim_fig1

Figure 1. La laparoscopie est un excellent moyen d'exploration de l'ensemble de la cavité abdominale, de façon mini-invasive, dans certaines indications, elle fait partie du bilan initial de la maladie.

© M. Mimouni

Sur 1 colonne + marge près de son appel

Mim_fig2

Figure 2. La laparoscopie exploratrice en mono-trocart permet une diminution des risques de dissémination pariétale de la maladie carcinomateuse.

© M. Mimouni

Sur 1 colonne + marge près de son appel

Mim_fig3

Figure 3. La chirurgie robotique est en plein essor dans le domaine de la cancérologie, elle semble diminuer les douleurs et complications postopératoires ainsi que la durée d'hospitalisation.

© M. Mimouni

Sur 1 colonne + marge près de son appel





