

**Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées**



Journée régionale
CANCER ET PERSONNE ÂGÉE



CANCERS GYNECOLOGIQUES localisés chez la personne âgée : Prise en charge

Dr Cecile LOAEC l'institut de cancérologie de l'ouest Saint Herblain



Cancer d'ovaire

- En France (2020)
 - ❑ 5 320 nouveaux cas / an
 - ❑ le risque augmente avec l'âge:
 - ❑ âge moyen 65 ans/ PIC d'incidence :75 ans
 - ❑ 75% diagnostic au stade avancé (IIIC /IV)
- Mortalité
 - ❑ 3 900 décès / an, 4° cause de décès par cancer
- 90% cancer épithéliaux (non épithéliaux plutôt chez la femme jeune)
- Survie
 - Médiane de survie sans récurrence 18 mois
 - Médiane de survie globale : 45 mois
 - Taux de survivant à 5 ans : 50 %

FIGURE 1 | Taux d'incidence et de mortalité selon la classe d'âge en France en 2018 (courbe transversale de l'âge) - Ovaire

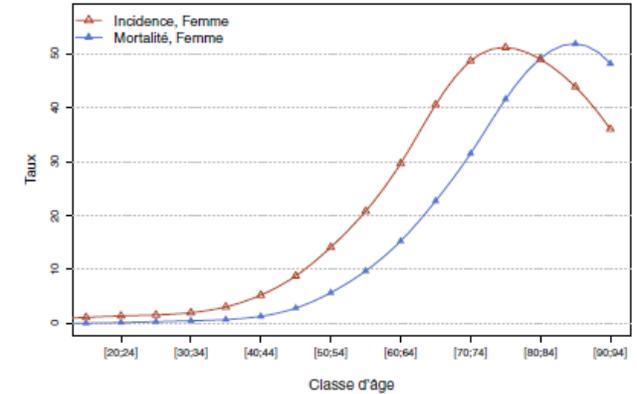


TABLEAU 2 | Nombre de cas et décès par classe d'âge en France en 2018 - Ovaire

Âge (années)	[0,14]	[15,19]	[20,24]	[25,29]	[30,34]	[35,39]	[40,44]	[45,49]	[50,54]	[55,59]	[60,64]	[65,69]	[70,74]	[75,79]	[80,84]	[85,89]	[90,94]	[95,+]
INCIDENCE																		
Femme	22	22	25	30	40	64	108	196	313	447	614	827	778	598	536	374	160	39
MORTALITÉ																		
Femme	0	1	3	6	10	15	27	63	126	209	316	463	503	486	538	442	214	57

Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées



Classification FIGO et correspondance avec la classification TNM (2002)

Stades FI G O	Classification TNM		Survie à 5 a ns ⁵
I	T1	Tumeur limitée aux ovaires	84 %
IA	T1a	Tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte	
IB	T1b	Tumeurs des deux ovaires, capsules intactes	
IC	T1c	Rupture capsulaire ou tumeur à la surface ovarienne ou cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal	
II	T2	Tumeur ovarienne étendue au pelvis	59 %
IIA	T2a	Extension à l'utérus et/ou aux trompes	
IIB	T2b	Extension aux autres organes pelviens	
IIC	T2c	Extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal	
III	T3 et/ou N1	Métastases péritonéales au-delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales	35 %
IIIA	T3a	Métastases péritonéales microscopiques	
IIIB	T3b	Métastases péritonéales macroscopiques < 2 cm	
IIIC	T3c et/ou N1	Métastases péritonéales > 2 cm et/ou adénopathies métastatiques régionales	
IV	M1	Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)	22 %

3/4 des cancers!

**Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées**



Journée régionale
CANCER ET PERSONNE ÂGÉE

Le cancer de l'endomètre



I. Epidémiologie

- Cancer gynécologique **le plus fréquent en France**
 - -**7275** nouveaux cas estimés en 2012 dont 4672 chez les patientes de plus de 65 ans (INCA)
 - -5ème rang pour les cancers chez la femme
 - -Age moyen au diagnostic **de 69 ans**
- -75 % des cas des patientes après la ménopause
- Incidence en augmentation du fait du vieillissement de la population



- Survie relative à 5 ans de
 - 76% (tous stades confondus)
 - 95 % pour les stades localisés (représentant 70% des diagnostics)
- 1900 morts par ans en 2010

FIGURE 4 | Taux d'incidence et de mortalité selon l'âge pour la cohorte 1930 (courbe longitudinale de l'âge) - Corps de l'utérus

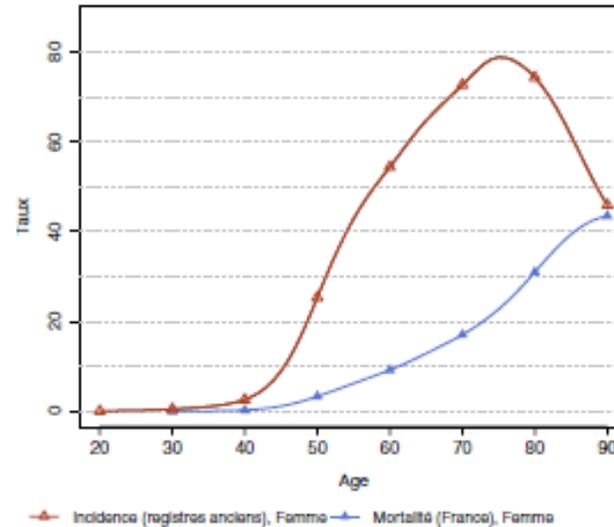
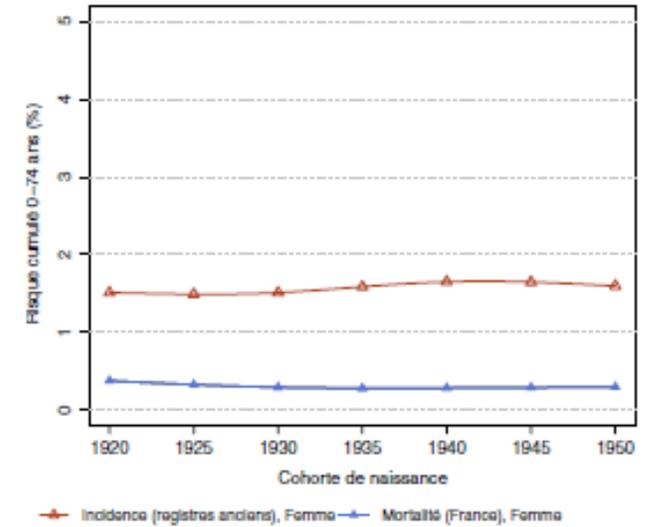
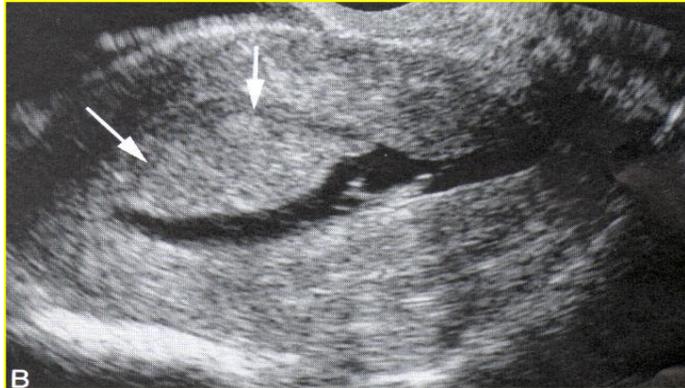


FIGURE 5 | Risque cumulé 0-74 ans (en %) selon la cohorte de naissance - Corps de l'utérus



A l'échographie : muqueuse utérine épaisse > 4 mm et infiltration du myomètre



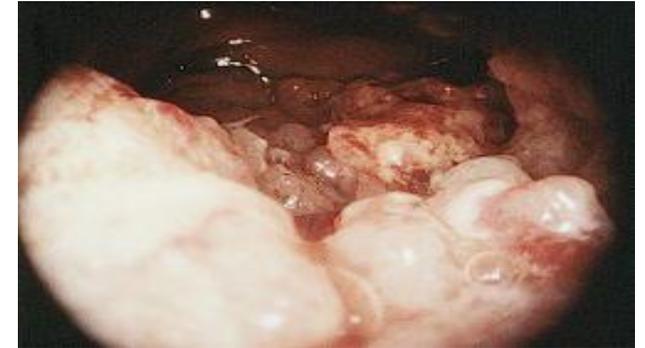
Échographie

Hystéroscopie

Sous anesthésie générale

Curetage

Analyse histologique



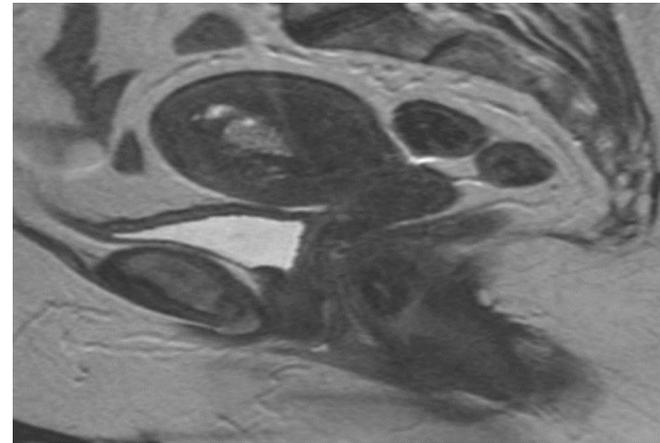
2. Bilan d'extension

- Extension locorégionale :

- *IRM pelvienne*

• *+/- TEP -TDM* : recherche envahissement ganglionnaire, péritonéale , viscérale

- Bilan d'opérabilité : Consultation anesthésiste





Principe du traitement

- Chirurgie première:
 - Hystérectomie totale non conservatrice
 - +/- curage pelvien et lomboaortique
 - +/- omentectomie
- Discuter traitement adjuvant (chimiothérapie/ radiothérapie)
selon stadification ganglionnaire, type histologique

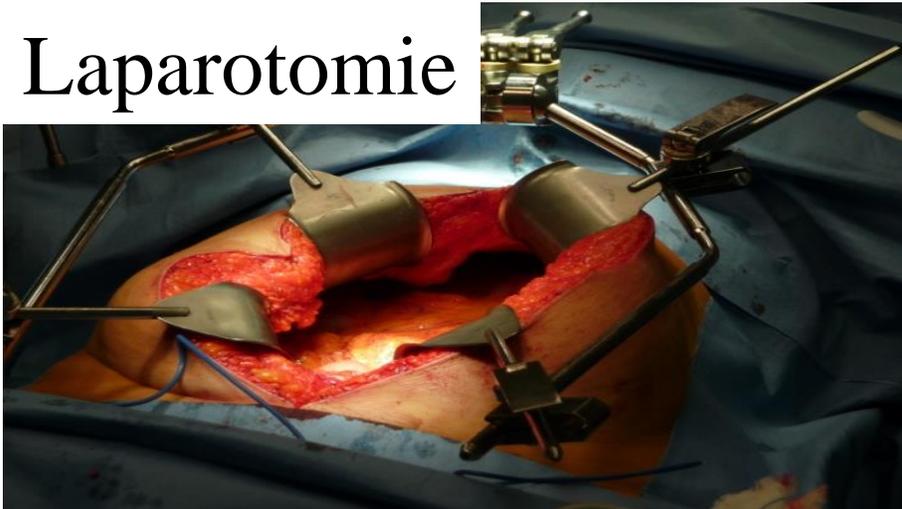
Indication chirurgicale

Gestes à réaliser



- Hystérectomie + annexectomie bilatérale +/- curages

Laparotomie



Laparoscopie



vaginale



Laparoscopy Compared With Laparotomy for
Comprehensive Surgical Staging of Uterine Cancer:
Gynecologic Oncology Group Study LAP2

Joan L. Walker, Marion R. Piedmonte, Nick M. Spirtos, Scott M. Eisenkop, John B. Schlaerth,
Robert S. Mannel, Gregory Spiegel, Richard Barakat, Michael L. Pearl, and Sudarshan K. Sharma

- Etude prospective américaine multicentrique : LAP2 :
- **Cœlioscopie (n=1696) vs. Laparotomie (n= 920)**
- Stade I et IIA
- Hystérectomie non conservatrice curages pelviens et lomboaortiques)

- **N= 1696 coelio VS 920 laparotomie**
 - **1476 CP et CLA dans le groupe coelioscopie**
- **Cœlioscopie:**
 - Durée opératoire plus longue
 - Même taux de complications per-opératoires
 - *Moins de complications post-opératoires*
 - *Durée moyenne d'hospitalisation moins longue*
 - Même pronostic à long terme

Surgical outcomes among elderly women with endometrial cancer treated by laparoscopic hysterectomy: a NRG/Gynecologic Oncology Group study

Erin A. Bishop, MD; James J. Java, PhD; Kathleen N. Moore, MD; Nick M. Spirtos, MD; Michael L. Pearl, M Oliver Zivanovic, MD; David M. Kushner, MD; Floor Backes, MD; Chad A. Hamilton, MD; Melissa A. Geller Jean Hurteau, MD; Cara Mathews, MD; Robert M. Wenham, MD, MS; Pedro T. Ramirez, MD; Susan Zweig Joan L. Walker, MD

- Etude prospective américaine multicentrique : LAP2 : randomisée laparotomie VS cœlioscopie
- Analyse rétrospective des données des FA
- N=1477 FA ≥ 60 ans

Morbidité per et post opératoire moindre voie coelioscopique ++



TABLE 2
Complications and adverse events by age (laparotomy, n = 886)

Variable	<50 (n = 113) %, n	50–59 (n = 262) %, n	60–69 (n = 270) %, n	70–79 (n = 187) %, n	≥80 (n = 54) %, n	Test statistic ^a
Intraoperative complications, any	9.7 (11)	6.5 (17)	5.6 (15)	8.0 (15)	16.7 (9)	0.056
Postoperative adverse events (grade ≥2)						
Any	15.9 (18)	16.4 (43)	22.2 (60)	23.5 (44)	38.9 (21)	0.002
Urinary tract infection	2.7 (3)	1.5 (4)	2.2 (6)	3.2 (6)	13.0 (7)	< 0.001
DVT	0.0 (0)	0.8 (2)	1.5 (4)	1.6 (3)	5.6 (3)	0.050
Ileus	2.7 (3)	5.3 (14)	9.6 (26)	10.2 (19)	7.4 (4)	0.054
Pneumonia	0.9 (1)	1.9 (5)	1.9 (5)	1.6 (3)	9.3 (5)	0.006
Congestive heart failure	0.0 (0)	0.4 (1)	0.7 (2)	3.2 (6)	3.7 (2)	0.016
Arrhythmia	0.0 (0)	0.4 (1)	1.5 (4)	8.0 (15)	3.7 (2)	< 0.001
Perioperative and postoperative period						
Readmission	3.5 (4)	4.2 (11)	7.0 (19)	8.6 (16)	14.8 (8)	0.022
Treatment-related deaths	0.0 (0)	0.8 (2)	0.4 (1)	1.1 (2)	5.6 (3)	0.005
Hospital stay >2 days	92 (104)	92 (241)	93 (251)	95.2 (178)	96.3 (52)	0.580

DVT, deep vein thrombosis.

^a Variables were compared between the patient subgroups by the Pearson.

Bishop et al. *Surgical Outcomes in older LAP2 patients. Am J Obstet Gynecol* 2018.

TABLE 3
Complications and adverse events by age (laparoscopy, n = 1630)

Variable	<50 (n = 172) %, n	50–59 (n = 492) %, n	60–69 (n = 492) %, n	70–79 (n = 368) %, n	≥80 (n = 106) %, n	Test statistic ^a
Intraoperative complications, any	8.7 (15)	9.3 (46)	9.6 (47)	8.7 (32)	11.3 (12)	0.942
Postoperative adverse events (grade ≥ 2)						
Any	15.7 (27)	11 (54)	14.8 (73)	16.3 (60)	19.8 (21)	0.072
Perioperative and postoperative period						
Treatment-related deaths	0 (0)	0.6 (3)	0.4 (2)	1.4 (5)	0 (0)	0.247
Hospital stay >2 days	43.6 (75)	42.1 (207)	53.5 (263)	57.6 (212)	68.9 (73)	< 0.001

^a Variables were compared between the patient subgroups by the Pearson χ^2 .

Bishop et al. *Surgical Outcomes in older LAP2 patients. Am J Obstet Gynecol* 2018.

Surgical outcomes among elderly women with endometrial cancer treated by laparoscopic hysterectomy: a NRG/Gynecologic Oncology Group study



Erin A. Bishop, MD; James J. Java, PhD; Kathleen N. Moore, MD; Nick M. Spirtos, MD; Michael L. Pearl, MD; Oliver Zivanovic, MD; David M. Kushner, MD; Floor Backes, MD; Chad A. Hamilton, MD; Melissa A. Geller, MD, MS; Jean Hurteau, MD; Cara Mathews, MD; Robert M. Wenham, MD, MS; Pedro T. Ramirez, MD; Susan Zweig, MD; Joan L. Walker, MD

- Etude prospective américaine multicentrique : LAP2 : randomisée laparotomie VS cœlioscopie
- Analyse rétrospective des données des FA
- N=1477 FA ≥ 60 ans

TABLE 1
Pathology and outcomes by age (years)

Variable	<50 (n = 285) %, n	50–59 (n = 754) %, n	60–69 (n = 762) %, n	70–79 (n = 555) %, n	>80 (n = 160) %, n	Test statistic*
BMI, kg/m ^{2a}	24.4, 30.4, 37.1	24.1, 28.1, 34.8	24.7, 29.0, 34.2	24.2, 27.8, 32.7	24.2, 26.7, 30.4	< .001
Performance status						
0, normal, asymptomatic	93.3 (266)	93.6 (706)	90.7 (691)	86.1 (748)	75 (120)	
1, symptomatic, ambulatory	6.7 (19)	6 (45)	8.8 (67)	13 (72)	21.9 (35)	
2, symptomatic, in bed <50%	0.0 (0)	0.3 (2)	0.4 (3)	0.7 (4)	3.1 (5)	
Laparotomy	39.6 (113)	34.7 (262)	35.4 (270)	33.7 (187)	33.8 (54)	.516
Conversion to laparotomy	23.8 (41)	20.2 (100)	27.3 (134)	26.3 (97)	36.8 (39)	.003
Hospitalization days, n ^b	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 5	3 4 6	< .001
Histology						
Endometrioid	92.3 (263)	88.1 (664)	79.1 (603)	71.4 (396)	60.6 (97)	< .001
2009 FIGO surgical stage						
IA	78.9 (224)	75 (561)	70.1 (531)	59.7 (331)	53.5 (85)	< 0.001
IB	6.0 (17)	8.8 (66)	12.4 (94)	18.6 (103)	21.4 (34)	
II	6.3 (18)	3.3 (25)	3.6 (27)	3.4 (19)	6.3 (10)	
IIIA	2.1 (6)	2.3 (17)	2.5 (19)	3.8 (21)	0.6 (1)	
IIIC1	3.2 (9)	4.7 (35)	4.1 (31)	6.3 (35)	4.4 (7)	
IIIC2	2.8 (8)	4.1 (31)	4.1 (31)	5.1 (28)	6.9 (11)	
IVB	0.7 (2)	1.7 (13)	3.2 (24)	3.1 (17)	6.9 (11)	
Tumor grade (differentiation)						
Well	33.7 (96)	26.3 (198)	19.4 (148)	13 (72)	13.1 (21)	< 0.001
Moderate	47.7 (136)	49.5 (373)	47.2 (360)	40.2 (223)	31.9 (51)	
Poor	17.2 (49)	22.5 (170)	29.3 (223)	42.7 (237)	50.6 (81)	
Not graded	1.4 (4)	1.7 (13)	4.1 (31)	4.1 (23)	4.4 (7)	
Myometrial invasion						
None	14.2 (40)	9.6 (72)	7.9 (60)	4.7 (26)	3.8 (6)	< 0.001
Endometrial	41.8 (118)	34.1 (256)	30.2 (228)	24.6 (136)	18.2 (29)	
< 50% myometrial	29.8 (84)	38.7 (291)	39.3 (297)	36.6 (202)	37.7 (60)	
≥ 50% myometrial	12.4 (35)	16.1 (121)	20.4 (154)	29.7 (164)	36.5 (58)	
Serosal	1.8 (5)	1.5 (11)	2.1 (16)	4.3 (24)	3.8 (6)	
Lymphovascular invasion	13.5 (38)	17.4 (129)	19.5 (146)	24.5 (134)	27.2 (43)	< 0.001
Nodal metastasis present	7 (20)	9.4 (71)	9.3 (71)	12.3 (68)	13.1 (21)	0.079
Recurrence	4.9 (14)	6.6 (50)	10.5 (80)	14.6 (81)	14 (23)	< 0.001
PFS						
Progression or death	6 (17)	9.7 (73)	16.5 (126)	25.9 (144)	44.4 (71)	< 0.001 [†]
Overall survival status						
Death	2.8 (8)	7 (53)	13.0 (99)	22.9 (127)	40.6 (65)	< 0.001 [†]

Bishop et al. Surgical Outcome in Older LAP2 Patients. Am J Obstet Gynecol 2018.

(continued)

> Stades avancés, N+ , type non endométrioïde



ONCOLOGY

Morbidity and mortality of surgery for endometrial cancer in the oldest old

Jason D. Wright, MD; Sharyn N. Lewin, MD; Nicanor I. Barrena Medel, MD; Xuming Sun, MS; William M. Burke, MD; Israel Deutsch, MD; Thomas J. Herzog, MD

- Étude rétrospective américaine base de donnée SEER
- 25700 femmes opérées entre 1998 et 2007,
- âge > 65ans
- Etude comparative selon classes d'âge

- Plus de complications post opératoires si âge > 80 ans:
 - -plus de transfusion,
 - -délais d'hospitalisations plus longs,
 - - complications post opératoires plus fréquentes ($p < 0,05$)
- -Mortalité spécifique par cancer : augmentée dans la population de + de 80ans (1,6%) vs 0,4 chez les femmes de 65-69 ans
- -Les femmes de + de 80 ans ont des **ttt – agressifs** que les femmes + jeunes, leur **mortalité est plus importante**



- Curage de stadification chez la FA ?
 - Objectif du curage : stadification pour indication des ttt adjuvants : réduire le risque de récurrence



- Curage de stadification chez la FA ?
 - Objectif du curage : stadification pour indication des ttt adjuvants : réduire le risque de récurrence
 - Le geste chirurgical doit être proposé si les traitements adjuvants sont faisables (état général comorbidités acceptation de la patientes)
 - En un temps opératoire et en cœlioscopie



ONCOLOGY

Morbidity and mortality of surgery for endometrial cancer in the oldest old

Jason D. Wright, MD; Sharyn N. Lewin, MD; Nicanor I. Barrena Medel, MD; Xuming Sun, MS; William M. Burke, MD; Israel Deutsch, MD; Thomas J. Herzog, MD

• Curage de stadification chez la FA ?

- Étude rétrospective américaine
- 25700 femmes opérées entre 1998 et 2007,
- âge > 65ans
- Etude comparative selon classes d'âge

La stadification ganglionnaire augmente la morbi mortalité post opératoire

TABLE 2
Unadjusted and adjusted rates of morbidity for hysterectomy performed with and without lymphadenectomy for endometrial cancer in elderly women

Variable	No lymph node dissection (n = 11,739; 45.7%)		Lymph node dissection (n = 13,959; 54.3%)		P value	Lymphadenectomy vs no lymphadenectomy	
	n	%	n	%		Odds ratio ^a	95% CI
Operative injury							
Bladder injury	93	0.8	74	0.5	.009	0.63	0.46–0.86
Ureteral injury	74	0.6	84	0.6	.77	0.91	0.66–1.26
Intestinal injury	368	3.1	272	2.0	< .0001	0.61	0.52–0.72
Vascular injury	65	0.6	210	1.5	< .001	1.67	1.25–2.22
Other operative injury	268	2.3	340	2.4	.42	1.08	0.92–1.28
Perioperative surgical complication							
Reoperation	177	1.5	132	1.0	< .0001	0.60	0.48–0.76
Postoperative hemorrhage	175	1.5	179	1.3	.15	0.79	0.64–0.99
Wound complication	1030	8.8	1599	11.5	< .0001	1.36	1.24–1.48
Venous thromboembolism	366	3.1	428	3.1	.81	0.87	0.76–1.01
Medical complication							
Cardiovascular	313	2.7	356	2.6	.56	1.02	0.87–1.19
Pulmonary	923	7.9	1278	9.2	.0002	1.11	1.01–1.22
Gastrointestinal	1103	9.4	1711	12.3	< .0001	1.32	1.21–1.43
Renal	391	3.3	494	3.5	.36	0.98	0.85–1.12
Infectious	1255	10.7	1402	10.0	.09	0.91	0.83–0.99
Neurologic	53	0.5	58	0.4	.66	1.07	0.73–1.57
Transfusion	861	7.3	921	6.6	.02	0.81	0.73–0.89
Length of stay, d							
Mean	5.2		5.0		< .0001	−0.19 ^b	−0.31 to −0.08
SD	5.1		4.2				
Perioperative death	122	1.04	83	0.6	< .0001	0.58	0.43–0.77

^a Adjusted for age, race, year of diagnosis, comorbidity, area of residence, household income, hospital size, hospital location, and hospital type; ^b Parameter estimate. Wright. Endometrial cancer surgery in the oldest old. Am J Obstet Gynecol 2011.



Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées



- Etude de cohorte retrospective allemande
- Objectif : Identification des raisons de l'absence de ttt adjuvant KE des femmes âgées
- -2003-2011
- -Cancer de l'endomètre par classe d'âge



Management of elderly women with endometrial cancer



Holm Eggemann ^a, Tanja Ignatov ^a, Elke Burger ^b, Serban Dan Costa ^a, Atanas Ignatov ^{a,*}

^a Department of Obstetrics and Gynecology, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany

^b Institute of Biometry and Medical Informatics, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany



Management of elderly women with endometrial cancer



Holm Eggemann ^a, Tanja Ignatov ^a, Elke Burger ^b, Serban Dan Costa ^a, Atanas Ignatov ^{a,*}

^a Department of Obstetrics and Gynecology, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany
^b Institute of Biometry and Medical Informatics, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany

- Etude de cohorte retrospective allemande
- Objectif : Identification des raisons de l'absence de ttt adjuvant KE des femmes âgées
- -2003-2011
- -Cancer de l'endomètre par classe d'âge

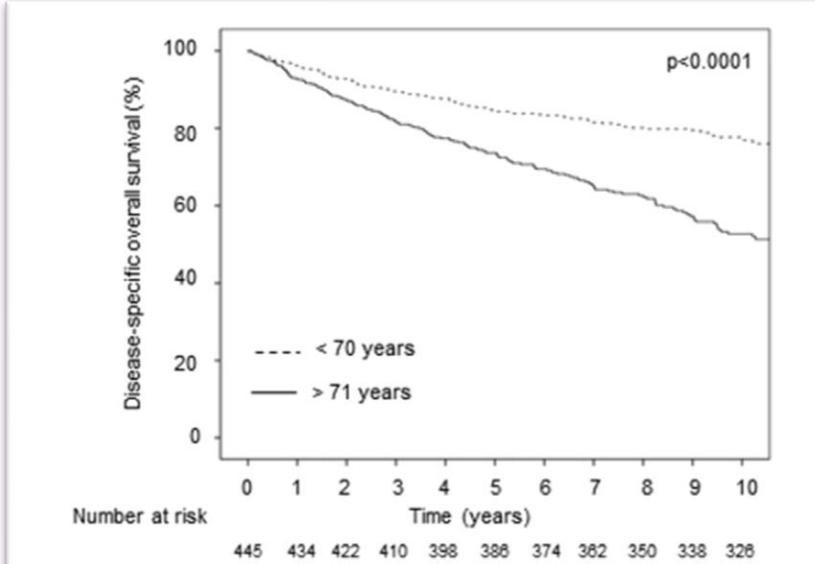


Fig. 3. Disease-specific overall survival for women with endometrial cancer younger or older than 70 years and after matching for tumor stage, tumor histology, tumor grading and ECOG performance status. ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group.



Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées



Management of elderly women with endometrial cancer



Holm Eggemann ^a, Tanja Ignatov ^a, Elke Burger ^b, Serban Dan Costa ^a, Atanas Ignatov ^{a,*}

^a Department of Obstetrics and Gynecology, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany

^b Institute of Biometry and Medical Informatics, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany

Reasons for failing to receive indicated treatment.

Treatment	Patients' age				p-value
	<60 years	61–70 years	71–80 years	>81 years	
Lymphadenectomy					<0.0001
Contraindicated	6 (42.9%)	26 (65.0%)	25 (31.6%)	20 (51.3%)	
Refused	8 (57.1%)	9 (22.5%)	8 (10.1%)	7 (17.9%)	
Not recommended	0 (0%)	5 (12.5%)	46 (58.2%)	12 (30.8%)	
Radiatio					<0.0001
Contraindicated	8 (17.0%)	34 (38.2%)	12 (9.0%)	12 (24.5%)	
Refused	39 (83.0%)	46 (51.7%)	10 (7.5%)	12 (24.5%)	
Not recommended	0 (0%)	9 (6.2%)	111 (76.6%)	25 (51.0%)	
Systemic therapy					<0.0001
Contraindicated	12 (18.5%)	48 (39.7%)	41 (28.3%)	29 (42.6%)	
Refused	53 (81.5%)	58 (47.9%)	19 (13.1%)	22 (32.4%)	
Not recommended	0 (0%)	15 (12.4%)	85 (58.6%)	17 (25.0%)	

Les patientes âgées sont sous traitées



• Conclusion

- Le cancer de l'endomètre de la femme âgée
 - - est plus « grave »
 - - X3 risque de mortalité spécifique par cancer après 60 ans
- -Pas de sous-traitement non argumenté
- -Chirurgie coelioscopique



Cancer de la vulve

- **Épidémiologie**

- 4% des cancers gynécologiques
- Femmes ménopausées
 - ❖ Age moyen 65 ans
 - ❖ incidence stable : 1-2/ 100 000 femmes
 - ❖ 840 nouveaux cas par an en France

- **Anatomie pathologique :**

- Lésions préexistantes dans 90% des cas
 - 90% carcinomes épidermoïdes

- **Donc surveillance vulvaire surtout si ATCD ++**

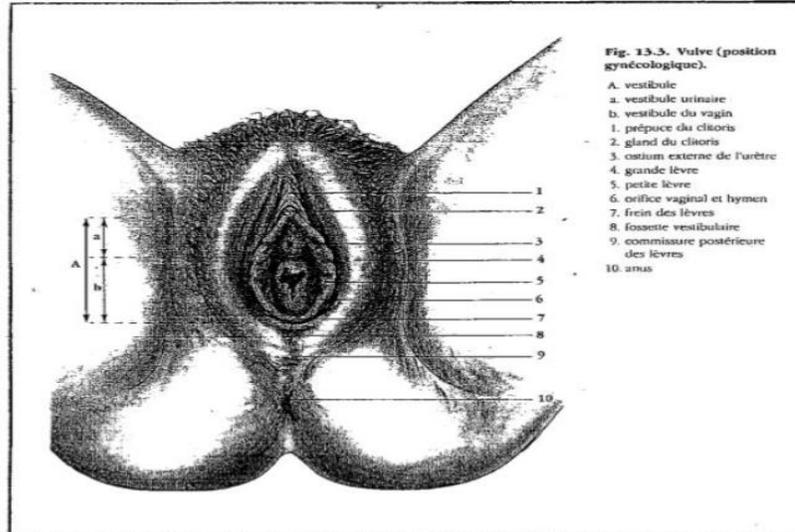
	Situation en 2018	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence ⁽¹⁾
Lèvre-bouche-pharynx ⁽²⁾	3 637	5,8
Œsophage ⁽²⁾	1 194	1,5
Estomac	2 293	2,7
Intestin grêle ⁽²⁾	772	1,0
Côlon-rectum ⁽²⁾	20 120	23,9
Côlon	13 217	14,8
Rectum	5 495	6,9
Anus	1 532	2,4
Foie	2 430	2,9
Vésicule et voies biliaires ⁽²⁾	1 432	1,4
Pancréas	6 883	7,7
Fosses nasales, sinus et oreilles ⁽²⁾	254	0,4
Larynx	407	0,7
Poumon ⁽²⁾	15 132	23,2
Adénocarcinomes	9 498	15,1
Carcinomes épidermoïdes	1 648	2,4
Cancers à petites cellules	1 644	2,7
Mélanome de la peau	7 627	14,2
Sarcome ^(2,3)	2 636	4,9
Sein	58 459	99,9
Col de l'utérus ⁽⁴⁾	2 920	6,1
Corps de l'utérus ⁽⁴⁾	8 224	11,0
Ovaire ⁽²⁾	5 193	7,5
Vulve⁽²⁾	838	0,9
Vagin ⁽²⁾	162	0,2
Rein ⁽²⁾	5 069	7,1
Vessie	2 448	2,4
Mélanome de l'uvée ⁽²⁾	208	0,3
Système nerveux central ⁽²⁾	2 606	4,5
Thyroïde ⁽²⁾	8 065	18,5
Tous cancers	177 433	274,0



Rappel anatomique

Vulve=plusieurs organes

- **formations labiales**
 - Grandes lèvres
 - Petites lèvres
- **organes érectiles**
 - Clitoris
 - Bulbes vestibulaires
- **glandes vulvaires**
 - Majeures ou glande de Bartholin
 - Mineures ou glandes de Skène
- **vestibule ou espace inter labial**





Prise en charge

- Diagnostic

- Par biopsie (volontiers multiples → cartographie des lésions)
- Et évaluation de l'extension surtout locale
 - ❖ Vulve, périnée, anus, urètre

- Thérapeutique

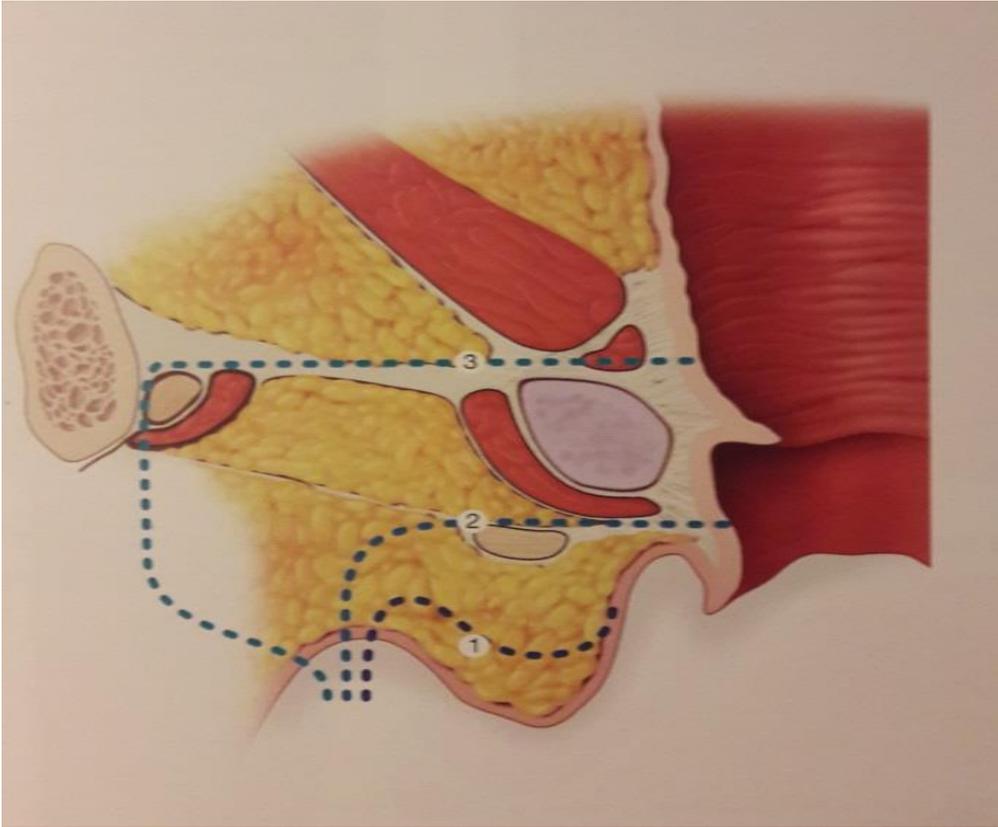
- Idéalement basé sur la chirurgie

- Avec marges de sécurité (au moins 1cm pour la vulvectomie radicale)
- Possiblement délabrante avec nécessité de lambeau de couverture

- Puis TTT adjuvant RTE pour les formes avancées

- *Évaluation pré opératoire car cancer de la femme âgée +++*

Rappel: vulvectomie



3 niveaux de vulvectomie:

1. Épithélium

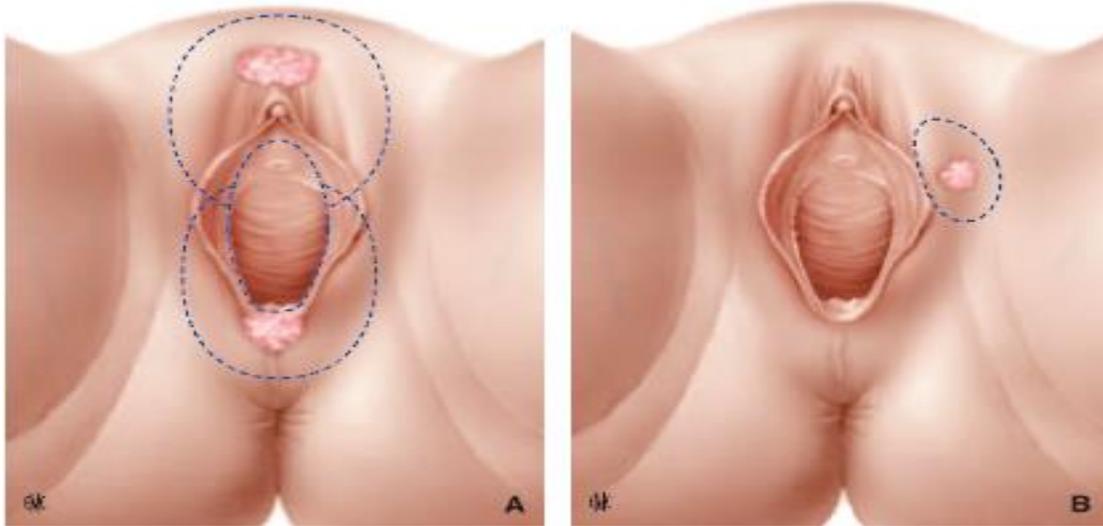
2. Sous cutané (5 mm):

superficielle

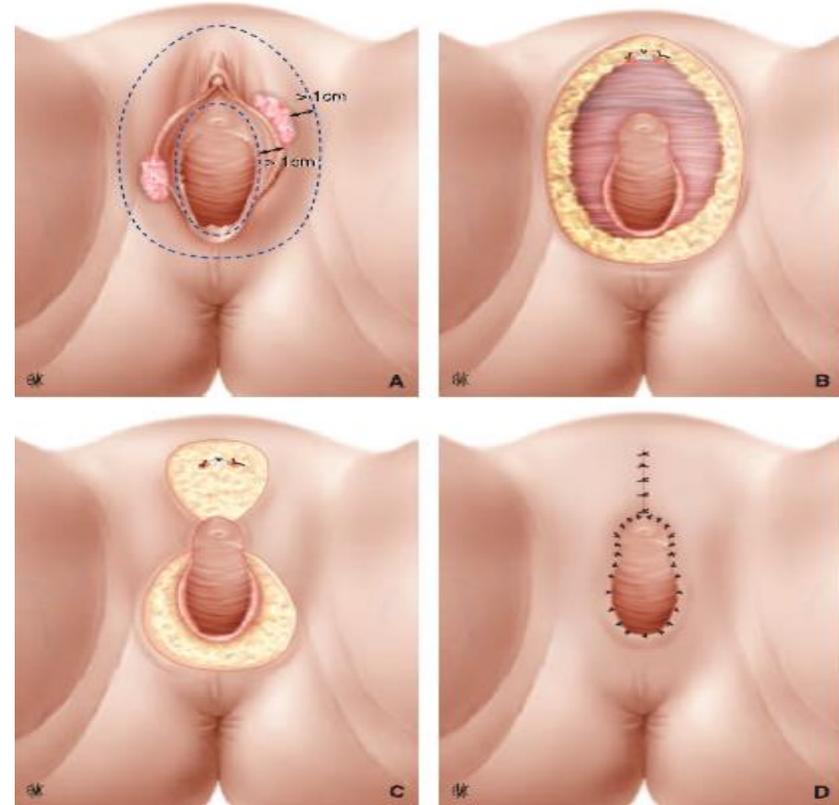
3. **radicale** (aponévrose
périnéale moyenne)

Quelques notions de chirurgie...

Vulvectomy partielle : antérieure/ postérieure/ latérale



Vulvectomy totale





Quelques exemples de lambeaux de couverture

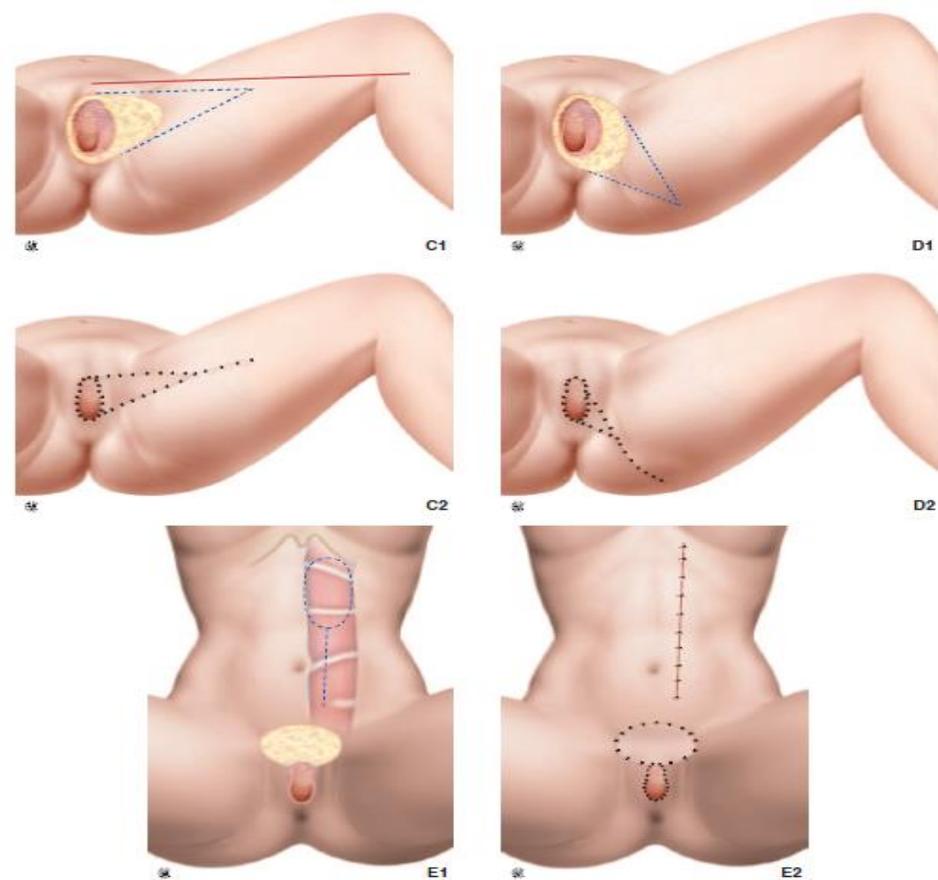


Figure 4. (suite) Principes des lambeaux de couverture.
C. Lambeau en V-Y de gracilis.
D. Lambeau en V-Y de pli fessier. La hauteur du triangle est égale à la largeur du defect.
E. Grand droit vertical (VRAM).

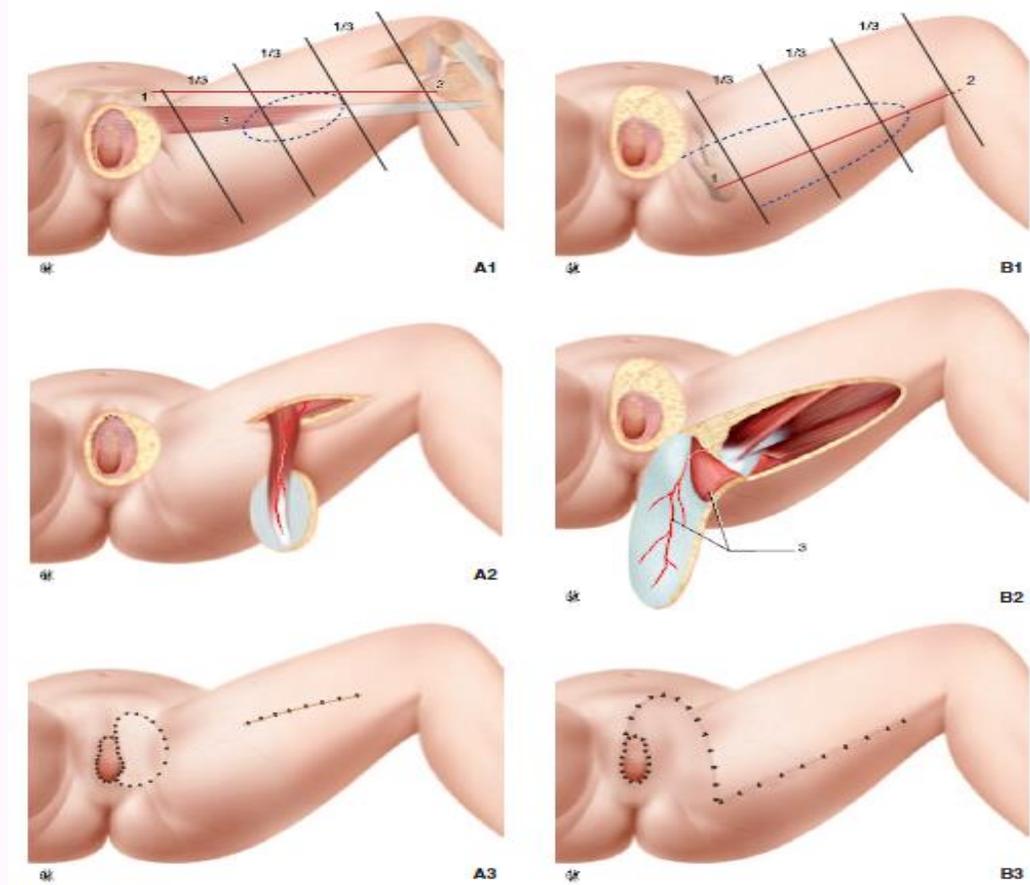


Figure 4. Principes des lambeaux de couverture.
A. Droit interne (gracilis). 1. Epine du pubis ; 2. tubercule interne du tibia ; 3. gracilis.
B. Grand fessier (gluteus maximus). 1. Tubérosité ischiatique ; 2. milieu du creux poplité ; 3. muscle fessier entamé et pédicule fasciocutané.



Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées

Chirurgie lourde ?

Int J Gynecol Cancer 2003, 13, 522-527

Postoperative complications after vulvectomy and inguinofemoral lymphadenectomy using separate groin incisions

K. N. GAARENSTROOM*, G. G. KENTER*, J. B. TRIMBOS*, I. AGOUS*, F. AMANT†,
A. A. W. PETERS* & I. VERGOTE†

*Department of Gynecology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands and †Department of Gynecologic Oncology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium

- N= 101 patientes
- Vulvectomy radicale avec curages inguinofémoraux bilatéraux par incisions séparées.
- Complications immédiates :
- **18 %** par désunions et/ou infections pour la vulvectomy et **57%** pour les curages
- Mortalité hospitalière de 1 %
- À distance : **lymphœdème 28 %** des cas, compliqué de lymphangite pour 2 %
- **Aucune complication : 24 %**



Effect of age and comorbidity on the treatment and survival of older patients with vulvar cancer

Rahel G. Ghebre^{a,*}, Rebecca Posthuma^a, Rachel Isaksson Vogel^b, Melissa A. Geller^a, and Linda F. Carson^a

^aDepartment of Obstetrics, Gynecology and Women's Health, Division of Gynecologic Oncology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

^bMasonic Cancer Center Biostatistics and Bioinformatics Core, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

- Etude rétrospective de l'effet âge et des comorbidités sur le ttt la survie
- N= 146 patientes
- -Age médian 79 ans
- -Suivi médian 5 ans avec une prise en charge adaptée
- -Comorbidités :
 - Évaluation par score de Charlson
- **Risque de décès X 2 si score>1 et X3 si score>2**



Résultats : facteurs pronostiques

Predictors of vulvar cancer-specific mortality.

	Hazard ratio (95% CI)	p-value
Age at diagnosis-category		0.0046
65–74 years old ^a	1.0	
75–84 years old	0.38 (0.18, 0.84)	
85+ years old	1.79 (0.78, 4.09)	
Stage		0.0009
I ^a	1.0	
II	0.85 (0.31, 2.34)	
III	0.62 (0.20, 1.94)	
IV	3.17 (1.14, 8.80)	
Lymph node involvement		< 0.0001
None ^a	1.0	
Lymph node involvement	7.47 (3.09, 18.04)	
Surgery performed		< 0.0001
Radical vulvectomy only ^a	1.0	
Local excision only	3.77 (0.75, 18.85)	
Unilateral or bilateral inguinal LND	12.77 (2.52, 64.64)	
Radical vulvectomy + inguinal LND	2.08 (0.49, 8.83)	
Adjuvant therapy		<0.0001
None ^a	1.0	
Chemo or radiation therapy only	59.86 (19.21, 186.54)	
Chemo and radiation therapy	0.84 (0.36, 2.00)	

^aReference group.

**Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées**



Journée régionale
CANCER ET PERSONNE ÂGÉE

Cancer du col de l'utérus



I. Généralités

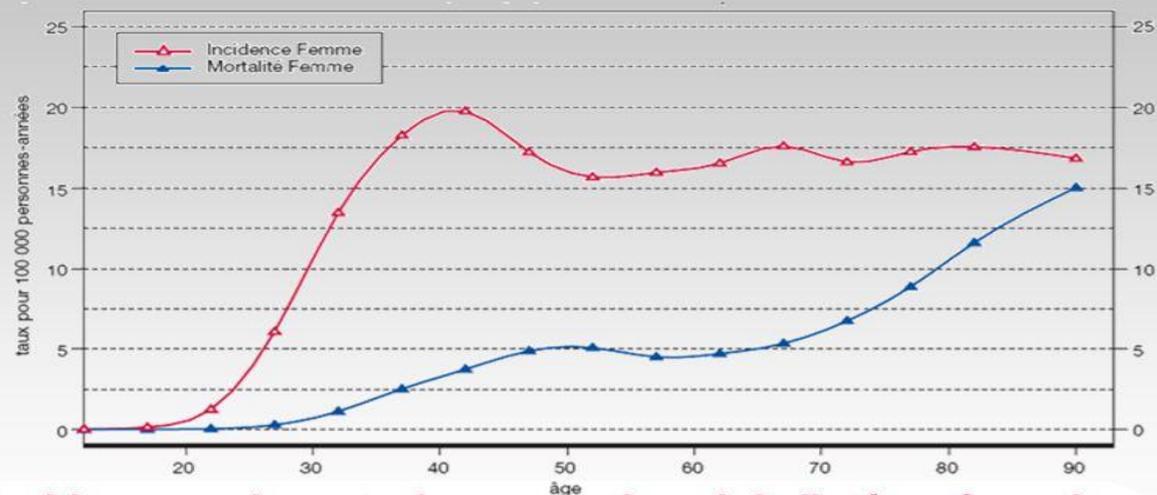
1. Épidémiologie

- Femme jeune (âge moyen 40 ans)
- Incidence et mortalité **en diminution** avec dépistage
- 2% des cancers féminins: **2835 cas/an** (2017)
- Importance Afrique, Maghreb : 2ème cause de décès par cancer chez la femme dans les pays pauvres

Cancer viro-induit =99 % des cas



Le cancer du col de l'utérus touche la femme jeune : un pic d'incidence à 40 ans

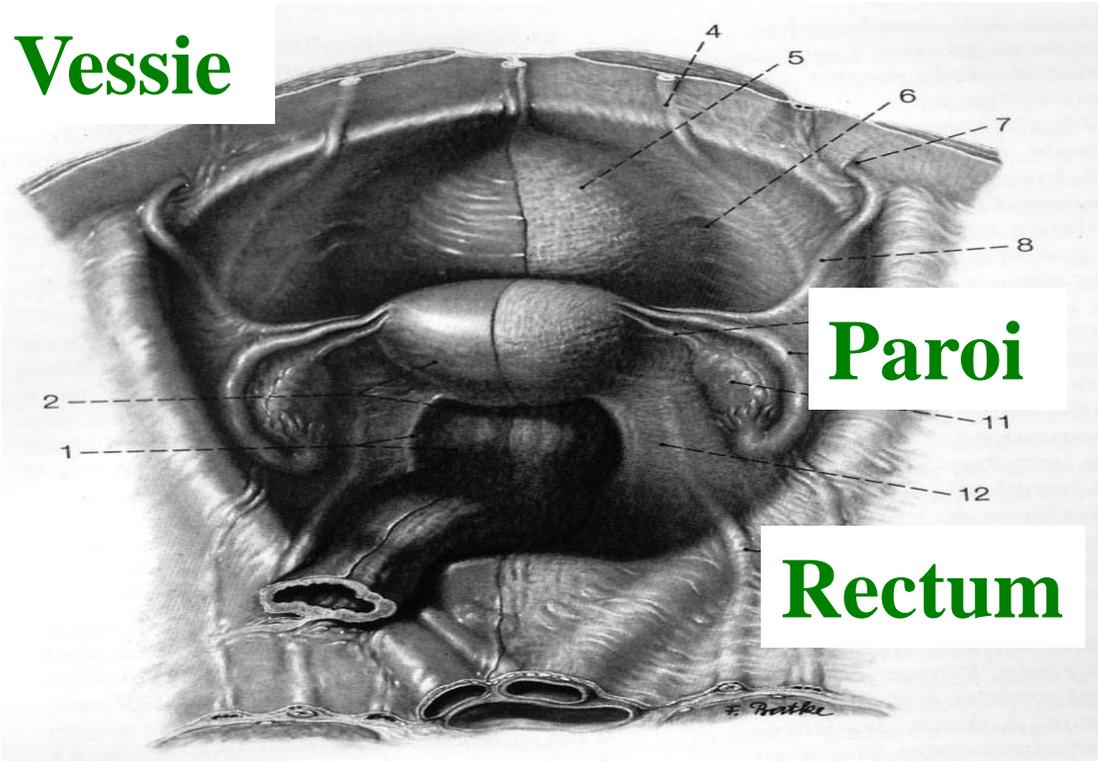


Incidence croissante du cancer du col de l'utérus à partir de 20 ans. Pic d'incidence à 40 ans

1. Exbrayat C. *InVS* 2003; 109.

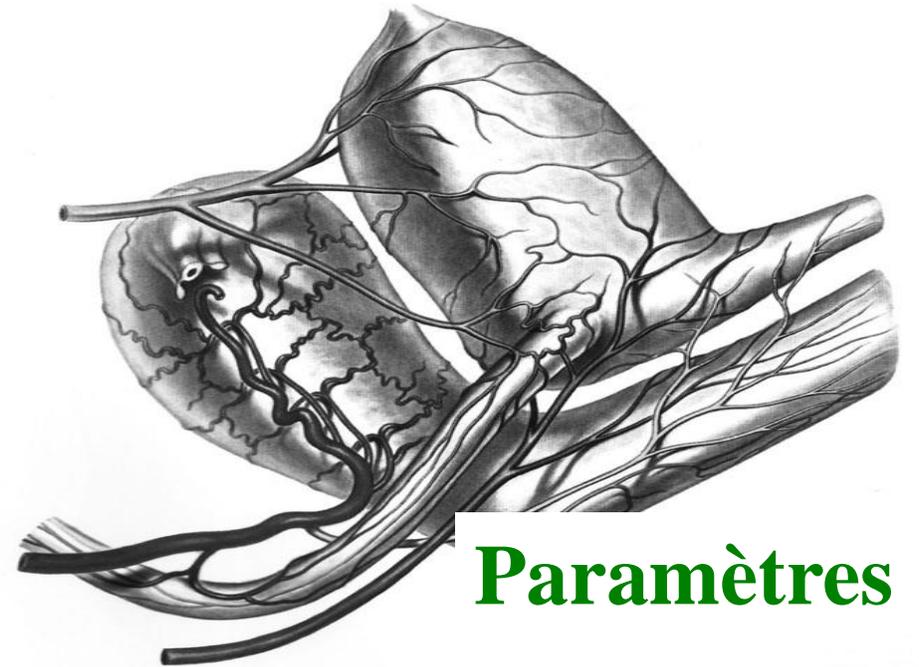
Mode de progression

Vessie



Paroi

Rectum



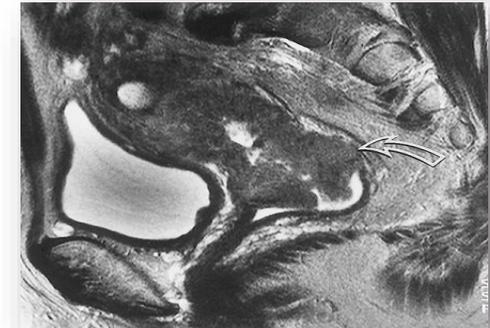
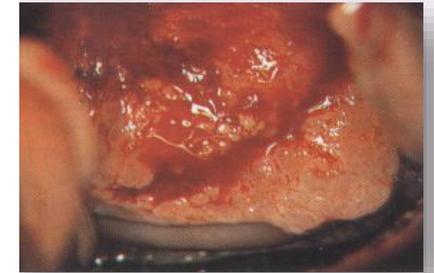
Paramètres

Classification: FIGO 2018

Les cancers
chez les



Stage	Description	
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)	
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm ^a	
IA1	Measured stromal invasion <3 mm in depth	Disparition de la largeur
IA2	Measured stromal invasion ≥3 mm and <5 mm in depth	
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion ≥5 mm (greater than Stage IA), lesion limited to the cervix uteri ^b	
IB1	Invasive carcinoma ≥5 mm depth of stromal invasion, and <2 cm in greatest dimension	!
IB2	Invasive carcinoma ≥2 cm and <4 cm in greatest dimension	
IB3	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension	
II	The carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall	
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement	
IIA1	Invasive carcinoma <4 cm in greatest dimension	
IIA2	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension	
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall	
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes ^c	
IIIA	The carcinoma involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall	
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney (unless known to be due to another cause)	
IIIC	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent (with r and p notations) ^c	
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only	Modèle de l'endomètre
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis	
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. (A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV)	
IVA	Spread to adjacent pelvic organs	
IVB	Spread to distant organs	





3. Principe des traitements

- Chirurgie pour les stades localisés/débutants
- Radiochimiothérapie et curiethérapie pour les stades localement avancées
- Eviter dans la mesure du possible un traitement par radiochimiothérapie et chirurgie source d'importantes complications

Importance du staging +++ pré opératoire : biopsie + IRM pelvien + TEP scanner



Le traitement de référence des stades localement avancés est la
radiochimiothérapie concomitante.

- Discute du staging ganglionnaire lombo-aortique
 - Pour justifier de l'élargissement ou non des champs d'irradiation en lomboaortique
- La curiethérapie doit être réalisée dans les 8 à 10 jours qui suivent la radiochimiothérapie (recommandation HAS)
- Une durée globale de traitement inférieure à 52 jours

Table 3. 10-year local recurrence free survival (LRFS)
and overall survival (OS) according to different
overall treatment times

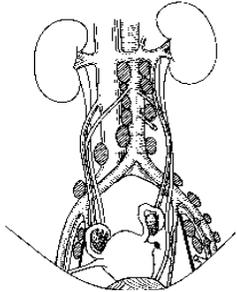
Overall treatment time (days)	No. of patients	LRFS %	Relative risk of local failure	Overall survival	Relative risk death
≤ 42	44	65	1	37	1
43 ≤ 48	88	63	1.1	42	1
49 ≤ 52	83	70	0.8	45	1
53 ≤ 62	93	46	1.6	29	1.4
≥ 62	78	33	2.4	12	2.3

$p \ll 0.0001$

Haie et Al. EORTC radioth oncol 1988;11 101-12
Girinski, IJROBP 27: 1051-6 1993

Extension ganglionnaire

Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées



Aortico caves



- Durée opératoire moyenne : 206 min
- Pas de morbidité per opératoire
- Morbidité post opératoire :
 - 7 lymphocèles ponctionnées
 - Un cas d'IRA
- Durée médiane d'hospitalisation : 3 jours
- Délai médian entre le CLA et la RCC : 18 jours

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 40 (2012) 153–157



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Curage lombo-aortique dans le cancer du col de l'utérus avancé : morbidité et impact sur les délais de prise en charge

Laparoscopic para-aortic lymphadenectomy in advanced cervical cancer: Morbidity and impact on therapy

A. Souadka^a, S. Gouy^a, T. Debaere^c, J. Duclos^d, J. Lumbroso^e, C. Haie-Meder^f,
P. Morice^{a,b,g}, C. Uzan^{a,b}

Etude rétrospective française

- Cancer du col localement avancé
- < 70 ans
- Curage lombo aortique de stadification ganglionnaire transpéritonéale / retro péritonéale cœlioscopie
- **N= 98**



Management of elderly women with cervical cancer

Holm Eggemann¹ · Tanja Ignatov¹ · Christina Henrike Geyken¹ · Stephan Seitz² · Atanas Ignatov¹

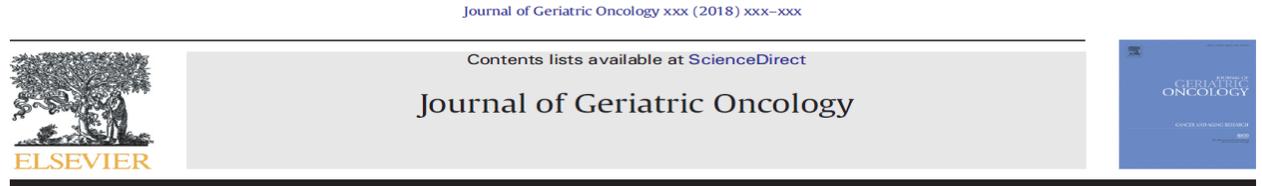
Received: 11 February 2018 / Accepted: 20 February 2018
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018

- Etude **multicentrique rétrospective** allemande
- Comparative
- Stratifiée sur l'âge et le stade
- **693** femmes jeunes (<60 ans)
VS **387** FA (≥ 61 ans)

- Stade localement avancé
 - Moins de stadification ganglionnaire chirurgicale :
 - 70 % VS 46,6 % (p<0;0001)
 - Moins de chimiothérapie concomitante :
 - 72% versus 44%
- FA : risque de « sous traitement » X3
- Est-ce un sous traitement ou un traitement « non disproportionné » ?



Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées



Assessment of treatment factors and clinical outcomes in cervical cancer in older women compared to women under 65 years old

Elisabeth J. Diver^{a,1}, Emily M. Hinchcliff^{a,b,2}, Allison A. Gockley^{a,b}, Alexander Melamed^{a,b}, Leah Contrino^b, Sarah Feldman^b, Whitfield B. Growdon^{a,*}

Etude américaine rétrospective de cohorte comparative

- 2000-2013
- N= 1119
- **191 FA** de plus de 65 ans VS **928 <65 ans**

Table 1
Patient characteristics by patient age cohort.

	Younger cohort (<65 yo)	Older cohort (≥65 yo)	p-Value (univariate)
Number patients (n)	928 (83%)	191 (17%)	
Stage ^a			<.001
1	523 (58%)	54 (30%)	
2	148 (16%)	60 (33%)	
3	153 (17%)	42 (23%)	
4	82 (9%)	26 (14%)	
Histology			<.001
Squamous cell	519 (56%)	142 (74%)	
Adenocarcinoma	325 (35%)	28 (15%)	
Other	84 (9%)	21 (11%)	
Current/past tobacco			.04
Yes	365 (39%)	89 (47%)	
No	515 (55%)	88 (46%)	
Unknown	48 (5%)	14 (7%)	
Reported history of Papanicolaou testing			<.001
Yes	660 (71%)	94 (49%)	
No	29 (3%)	12 (6%)	
Unknown	239 (26%)	85 (45%)	
Hypertension			<.001
Yes	164 (18%)	97 (51%)	
No	731 (79%)	86 (45%)	
Unknown	33 (4%)	8 (4%)	
Diabetes			.007
Yes	60 (6%)	23 (12%)	
No	836 (90%)	160 (84%)	
Unknown	32 (3%)	8 (4%)	

^a Stage information missing for 22 (2%) women in younger cohort, 9 (5%) women in older cohort.



Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées

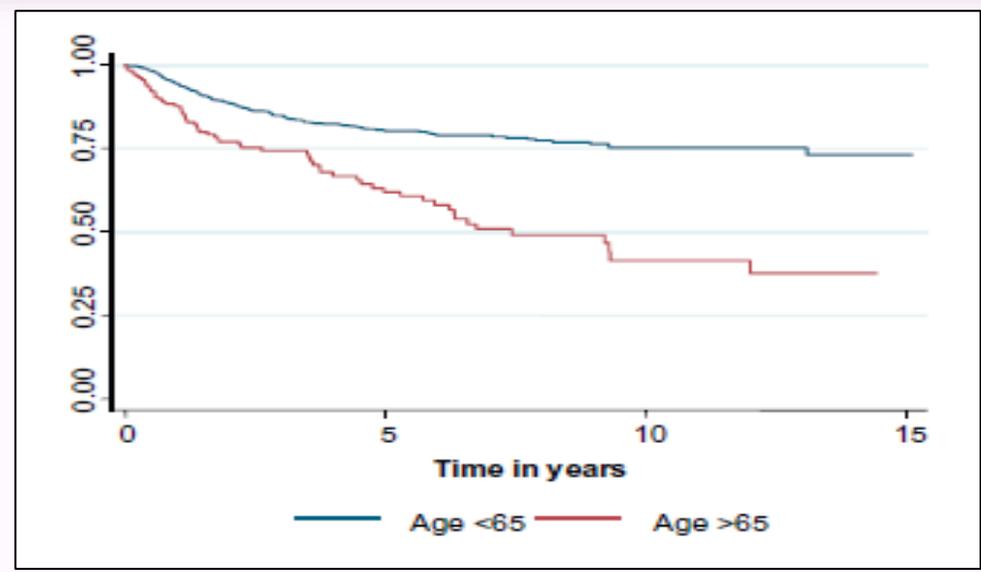


Assessment of treatment factors and clinical outcomes in cervical cancer in older women compared to women under 65 years old

Elisabeth J. Diver^{a,1}, Emily M. Hinchcliff^{a,b,2}, Allison A. Gockley^{a,b}, Alexander Melamed^{a,b}, Leah Contrino^b, Sarah Feldman^b, Whitfield B. Crowdon^{a,*}

Etude américaine rétrospective de cohorte comparative

- 2000-2013
- N= 1119
- 191 FA de plus de 65 ans VS 928





Les cancers gynécologiques
chez les patientes âgées

Journal of Geriatric Oncology xxx (2018) xxx-xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Geriatric Oncology

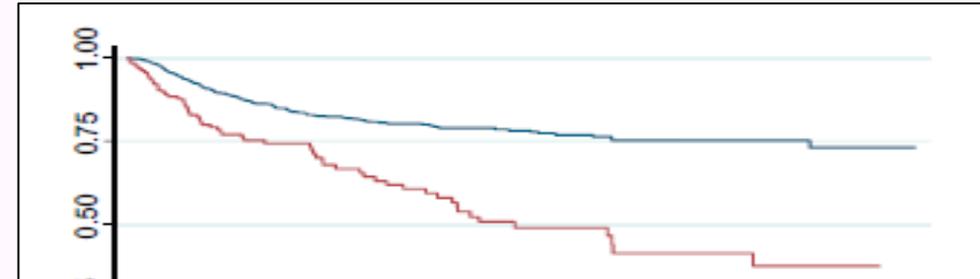
ELSEVIER

Assessment of treatment factors and clinical outcomes in cervical cancer in older women compared to women under 65 years old

Elisabeth J. Diver^{a,1}, Emily M. Hinchcliff^{a,b,2}, Allison A. Gockley^{a,b}, Alexander Melamed^{a,b}, Leah Contrino^b, Sarah Feldman^b, Whitfield B. Growdon^{a,*}

Etude américaine rétrospective de cohorte comparative

- 2000-2013
- N= 1119
- 191 FA de plus de 65 ans VS 92



Moins bon pronostic

- plus âgée ?
- stade plus avancé +++
- moins de TTT complet ?



- Cancer du col de la femme âgée existe : **15 % des K col**
- -Stade localement avancé du fait de l'arrêt du dépistage
 - Traitement médical : RCC
 - *Place de la vaccination ++++ des préadolescents pour faire disparaître le cancer du col avancé de la femme âgée ++++++*
- -Place du curage lombo aortique de stadification ganglionnaire ?
 - -PET scan VS chirurgie
 - -Ne pas retarder les traitements
 - → On réserve le staging chirurgical aux patientes sans comorbidité N+ pelvien en TEP



Au total

- Evaluation oncogériatrique ++++
- Réelle difficulté de prise en charge des patientes âgées avec comorbidités....
- Objectif : traitement maximaliste selon recommandation mais morbidité post opératoire réelle
- Formes avancées avec âges avancés correspondant à l'arrêt du suivi gynécologique