

L'opération de Dargent ou trachélectomie élargie : préservation de la fertilité en cas de cancer du col utérin débutant

Dargent's operation or radical vaginal trachelectomy: fertility preservation for early cervical cancer

Patrice Mathevet

Service de gynécologie, hôpital FemmeMèreEnfant, Bron.

Mots clés

- ◆ Cancer du col utérin
- ◆ trachélectomie élargie
- ◆ grossesse

Résumé

Objectifs : les cancers du col utérin touchent souvent des femmes jeunes souhaitant conserver leurs possibilités de concevoir. D Dargent a conceptualisé il y a 20 ans, une intervention radicale conservatrice : la trachélectomie élargie. L'intérêt de cette intervention est la possibilité d'avoir des grossesses et des enfants en bonne santé chez des patientes présentant un petit cancer du col utérin.

Patients et méthode : la trachélectomie élargie est réalisée par voie vaginale après une recherche du ganglion sentinelle puis une lymphadénectomie pelvienne per-coelioscopique. Le but de l'opération est de réaliser une exérèse du col utérin avec une collerette vaginale et la partie proximale des paramètres (équivalent à une colpo-hystérectomie élargie de type Piver II). Un cerclage isthmique est ensuite réalisé avant l'anastomose isthmo-vaginale. De 1986 à 2007, 146 trachélectomies élargies ont été réalisées dans notre service. L'âge moyen des patientes était de 32,3 ans. Les stades initiaux des tumeurs étaient : Ia dans 37 cas (25%) et Ib1 chez 109 patientes (75%). Les types histologiques étaient : épidermoïde dans 111 cas (76%), glandulaire chez 34 femmes (23%) et neuro-endocrine dans 1 cas. La taille tumorale maximale était inférieure à 2 cm dans 117 cas (80%) et supérieure ou égale à 2 cm chez 29 patientes (20%).

Résultats : 8 rechutes (5%) ont été observées aboutissant au décès dans 6 cas. Le seul facteur pronostique de rechute statistiquement significatif est la taille tumorale (en cas de tumeur > à 2 cm, 6 rechutes (21%) ont été observées contre 2 rechutes (2%) lorsque la taille est < à 2 cm). L'actualisation des grossesses obtenues après trachélectomie élargie a été réalisée en 2004. À cette date, nous avons noté la naissance de 49 enfants vivants et en bonne santé après trachélectomie élargie pratiquée dans notre service. Tous les accouchements ont été réalisés par césarienne. Le taux de fausses couches tardives est relativement important dans notre expérience puisqu'il est de manière globale à 15%.

Conclusion : nos données ont été confirmées par d'autres équipes à travers le monde. La trachélectomie élargie est une intervention efficace et non dangereuse qui permet de préserver la fertilité chez des femmes jeunes présentant un cancer du col utérin débutant et souhaitant des enfants. Après réalisation de cette intervention, le risque de rechute est de moins de 5% et les chances d'avoir un enfant vivant en bonne santé sont de l'ordre de 65%.

Keywords

- ◆ Cervical cancer
- ◆ radical trachelectomy
- ◆ pregnancy

Abstract

Objective: Cervical cancer is frequently observed in young women willing to preserve their fertility. Twenty years ago, D. Dargent devised a radical surgical intervention preserving the uterus corpus: radical vaginal trachelectomy (RVT). The main interest of this operation is to allow young patients with an early cervical cancer to have pregnancies and healthy children.

Material and method: The radical vaginal trachelectomy is performed after identification of the sentinel node and realization of a complete laparoscopic pelvic lymph-node dissection. The goal of this operation is to perform a resection of the cervix associated with a vaginal cuff and the proximal part of the parametrium (similar to a radical hysterectomy type II of Piver). Then an isthmic cerclage is performed before the isthmo-vaginal anastomosis. From 1986 to 2007, 146 RVT were performed in our department. The mean age of the patient was 32.3 years. The pre-operative stages were: Ia in 37 cases (25%) and Ib1 in 109 patients (75%). The pathologic type was squamous in 111 cases (76%), glandular in 34 patients (23%) and neuro-endocrine in 1 case. The maximal size of the tumor was less than 2 cm in 117 cases (80%), and more than 2 cm in 29 patients (20%).

Correspondance :

*Service de gynécologie, hôpital FemmeMèreEnfant, 59 boulevard Pinel, 69677 Bron Cedex.
Email : patrice.mathevet@chu-lyon.fr*

Results: Eight (5%) recurrences were observed, leading to death of 6 patients. The only statistically significant prognostic factor of recurrence is the maximal size of the tumor (6 recurrences (21%) for a tumor diameter > 2cm, vs 2 recurrences (2%) for a tumor diameter < 2cm). In 2004, we had observed the birth of 49 healthy babies after a RVT performed in our department. All the births were obtained through caesarean section. The rate of late abortion is increased and is 15% in our experience.

Conclusion: Our data were confirmed by other teams throughout the world. The RVT is an efficient and safe operation that allows preservation of the fertility in young patients with a early cervical cancer and willing to have babies. After RVT, the risk of recurrence is less than 5%, and the chances of having a healthy baby is around 65%.

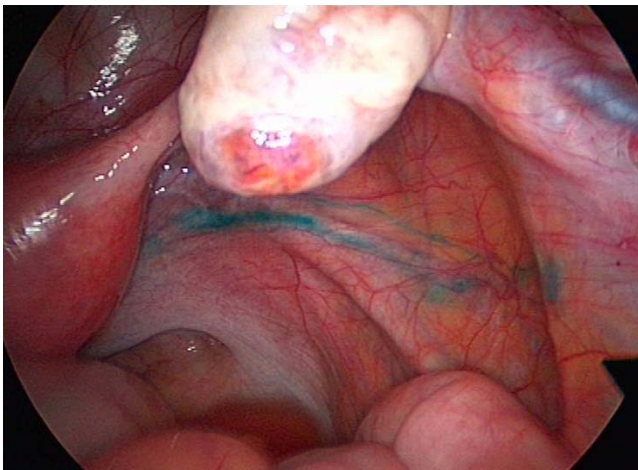
Dans le cadre de la prise en charge des cancers, l'évolution récente des techniques chirurgicales vise à améliorer leur efficacité tout en diminuant leur morbidité. C'est ainsi que se sont développées en cancérologie, les techniques endoscopiques et en particulier coelioscopiques. À ces notions d'optimisation des traitements et de réduction de leurs conséquences, les gynécologues-obstétriciens ont proposé aussi d'essayer de préserver la fertilité en cas de cancer chez une femme jeune pouvant désirer une grossesse.

Ainsi, il y a 20 ans, avoir un enfant après traitement d'un cancer du col était totalement inenvisageable tant d'un point de vue carcinologique que de technique chirurgicale pure. Ce contexte permet de mieux comprendre l'originalité de la démarche du Professeur Dargent, lorsqu'il a créé et réalisé les premières interventions chirurgicales visant à préserver la fertilité chez les jeunes femmes présentant un cancer du col utérin débutant. Grâce au développement de la coelioscopie, il a pu proposer la réalisation d'une opération radicale conservatrice du corps utérin : la trachélectomie élargie associée à une lymphadénectomie pelvienne per-coelioscopique.

Si la première intervention de ce type a été réalisée à la fin de l'année 1986, les premières publications (1) n'ont été réalisées qu'en 1994, délai permettant de vérifier l'absence de risque carcinologique lié à cette intervention « moderne ». Dès lors, dans les années 1990, l'opération de Dargent a commencé à être diffusée à travers le monde en particulier auprès d'équipes anglaises, canadiennes, américaines...

Ces différentes équipes (2-7) ont confirmé notre expérience de la trachélectomie élargie concernant les chances d'obtenir une grossesse et les risques de rechute après ce type d'opération. Ainsi, actuellement, plus de 500 femmes ont bénéficié à travers le monde de cette intervention avec une morbidité relativement réduite, un risque de rechute parfaitement maîtrisé et surtout la possibilité d'obtenir des grossesses ultérieures et des enfants vivants en bonne santé après donc un traitement radical conservateur d'un cancer du col utérin débutant.

Figure 1. Visualisation des canaux lymphatiques pelviens droits sentinelles par injection de Bleu Patenté.



L'intervention de Dargent consiste en la réalisation d'une lymphadénectomie pelvienne par coelioscopie associée à une exérèse élargie du col utérin par voie basse (1, 8). Cette exérèse élargie comporte une amputation totale du col utérin associée à un prélèvement d'une collerette vaginale ainsi que de la partie proximale des paramètres. Sur le plan cervical, l'exérèse est comparable à celle que l'on peut obtenir lors d'un Wertheim de type Piver II.

Cependant, le concept d'amputation élargie du col utérin n'est pas un concept totalement nouveau puisque certains auteurs l'avaient déjà proposé (Aburel, Nowak...). Mais aucun de ces auteurs n'avait pu obtenir une grossesse après la réalisation de ce type d'intervention qui avait été pratiquée par voie abdominale. C'est donc le développement de la laparoscopie qui, en permettant de réduire la sanction adhérentielle intra-abdominale a permis de réduire le risque de stérilité à la suite de cette intervention de trachélectomie élargie et donc d'obtenir des grossesses et des enfants vivants et en bonne santé après le traitement chirurgical d'un cancer du col utérin débutant.

Technique opératoire

Dans notre équipe, l'intervention commence toujours par une lymphadénectomie pelvienne coelioscopique avec recherche des ganglions sentinelles. Cette technique du ganglion sentinelle permet de découvrir dans une proportion non négligeable de cas (15 à 20%) des voies de drainage aberrantes avec des localisations inhabituelles de ganglions sentinelles. De plus, l'identification du ganglion sentinelle permet de réaliser sur celui-ci un examen extemporané dont le résultat est parti-



Figure 2. Ligature des vaisseaux cervico-vaginaux après section du paramètre.



Figure 3. Amputation de la pièce opératoire au niveau de l'isthme utérin.

culièrement important. En effet, en cas d'examen extemporané positif, l'intervention de trachélectomie élargie est annulée et la patiente bénéficie d'un curage ganglionnaire pelvien, iliaque primitif et lombo-aortique complet puis d'une radio-chimiothérapie première.

L'identification du ganglion sentinelle se fait par une double technique isotopique et colorimétrique par injection dans le massif cervical (aux 4 quadrants) de Nanocys® et de Bleu Patente® (fig. 1). Une fois les ganglions sentinelles identifiés par cœlioscopie, une lymphadénectomie complète pelvienne est réalisée, allant du trou obturateur jusqu'à la bifurcation iliaque et prélevant l'ensemble des ganglions iliaques externes sous-veineux et inter-artério-veineux. En cas de tumeur de plus de 2 cm de diamètre, un prélèvement du tissu celluloadipeux du paramètre distal est réalisé par cœlioscopie (correspondant à une lymphadénectomie paramétriale).

Le temps suivant est celui de la trachélectomie élargie par voie basse (8). Les temps opératoires décrits reproduisent ceux de l'intervention de Schauta-Stoeckel. L'opération de Dargent comporte les temps opératoires suivants : la réalisation d'une collerette vaginale, puis un décollement vésicovaginal avec ouverture des fosses para-vésicales et dissection des piliers de la vessie avec identification de l'uretère. Les temps suivants consistent en l'ouverture du cul de sac de Douglas, la section des ligaments utéro-sacrés et identification du paramètre. C'est dans ces temps que se font les modifications avec l'opération de Schauta. En effet, la résection paramétriale est menée en préservant l'artère utérine, puis les vaisseaux cervico-vaginaux sont liés (fig. 2) et le col utérin est amputé juste en dessous de l'isthme (fig. 3).

La pièce opératoire est analysée en examen extemporané pour être sûre que la section est en zone saine. Le cul de sac de Douglas est alors fermé et un cerclage est mis autour de l'isthme utérin (cerclage de type Benson) puis l'anastomose vaginale est menée par 2 points de Sturmdorff et 2 points d'angle.

Dans les suites de l'intervention, la patiente bénéficie d'un sondage urinaire pour 4 jours. Au 4^e jour post-opératoire, l'ablation de la sonde est pratiquée avec vérification de la bonne qualité des mictions puis le départ de la patiente est autorisé.

Habituellement, on conseille d'attendre 2 ans avant d'envisager une grossesse (temps pour observer la plupart des récurrences des cancers du col utérin). Cependant, en cas de lésion de bon pronostic et/ou de patientes relativement âgées, ce délai peut être raccourci à 6 mois.

Notre expérience

Dans notre service, de décembre 1986 à mai 2007, l'intervention de Dargent a été proposée à 155 patientes. Chez 9 de ces patientes, l'intervention a été refusée soit en raison d'un envahissement ganglionnaire (4 cas), soit en raison d'une atteinte isthmique par la tumeur (5 cas). Donc 146 trachélectomies élargies ont été réalisées. L'âge moyen des patientes était de 32,3 ans. La proportion des patientes nullipares était de 56%.

Les stades initiaux des tumeurs étaient: stade Ia1 (+ embolies), Ia2 dans 37 cas (25%) et Ib1 chez 109 patientes (75%). Les types histologiques étaient : épidermoïde dans 111 cas (76%), glandulaire chez 34 patientes (23%) et neuroendocrine dans 1 cas. La taille tumorale maximale était inférieure à 2 cm dans 117 cas (80%) et supérieure ou égale à 2 cm chez 29 patientes (20%). La présence d'embolies était retrouvée dans 47 cas (32%).

La durée opératoire moyenne de l'intervention a été de 192 minutes (en tenant compte de la lymphadénectomie associée). Les seules complications opératoires observées (2 cas, 1%) ont été une plaie urétérale et une plaie vésicale qui ont été suturées sans séquelles. La durée d'hospitalisation moyenne a été de 4,6 jours. Les suites opératoires ont été marquées par des complications notables chez 14 patientes (10%). Neuf patientes (6%) ont présenté un saignement postopératoire nécessitant une reprise chirurgicale. Deux lymphocèles pelviennes ont requis une marsupialisation chirurgicale. Deux abcès (pelvien et pariétal) ont été drainés. Un cas de fistule urétérovaginale a nécessité une réimplantation urétérale sans séquelles ultérieures. Il est à noter que le taux de complication a surtout été notable dans les premiers cas opérés du fait du caractère expérimental de la technique chirurgicale. Ainsi, lors des 70 dernières patientes opérées, aucune complication opératoire n'a été relevée et les suites postopératoires ont été marquées par 3 (2%) des 14 complications précédemment décrites.

Chez 9 patientes, une radiothérapie adjuvante a été préconisée soit en raison d'une atteinte paramétriale ou de métastases ganglionnaires à l'examen histologique définitif (7 cas) soit du fait de la présence d'embolies lymphovasculaires en quantité très importante (2 cas). Le suivi moyen des patientes est de 92 mois. À ce jour, 8 rechutes (5%) ont été observées aboutissant au décès dans 6 cas. Le cas de cancer neuroendocrine du col utérin a présenté, 2 ans et demi après le traitement initial, des métastases surrenaliennes aboutissant au décès. Quatre rechutes ganglionnaires ont été observées (en latéro-pelvien, iliaque primitif et latéro-aortique). Malgré des traitements chirurgicaux et radiothérapeutiques, 3 de ces patientes sont décédées. Une patiente ayant présenté un adénocarcinome au stade Ib1 a fait une rechute centropelvienne sur l'isthme utérin. Elle a été opérée et traitée par radiothérapie et va actuellement bien. Deux rechutes paramétriales ont été observées et n'ont malheureusement pas pu être sauvées malgré des traitements locorégionaux.

Les facteurs pronostiques des rechutes ont été évalués. Le seul facteur statistiquement significatif est la taille tumorale. Ainsi, en cas de taille tumorale maximale supérieure ou égale à 2 cm, 6 rechutes (21%) ont été observées contre 2 rechutes (2%) lorsque la taille était inférieure à 2 cm ($p < 0,05$). La présence d'embolies semble majorer légèrement le risque de récurrence, mais la différence n'est pas statistiquement significative : 5 rechutes (10%) en cas de présence d'embolies, contre 3 rechutes (3%) en l'absence ($p = NS$). Le type histologique n'intervient pas dans le risque de récurrence.

L'actualisation des grossesses obtenues après trachélectomie élargie a été réalisée en 2004. À cette date, nous avons noté la naissance de 49 enfants vivants et en bonne santé après trachélectomie élargie pratiquée dans notre service. Tous les accouchements ont été réalisés par césarienne. L'évaluation de la fertilité après opération de Dargent a permis de retrou-

ver une infertilité en relation avec l'intervention (essentiellement par sténose isthmique cicatricielle) dans 16% des cas. Le taux de fausse couche tardive est relativement important dans notre expérience puisqu'il est de manière globale à 15%. Cependant, ce taux de fausse couche tardive a bénéficié d'une réduction importante par l'introduction de différentes techniques opératoires : la réalisation d'un cerclage isthmique qui a permis de réduire de moitié le taux de fausse couche, puis la fermeture du col utérin selon le procédé de Saling qui a permis de faire passer le taux de fausse couche tardive dans notre expérience de 21% à 12%.

Au total, les résultats de notre expérience permettent de démontrer que la trachélectomie élargie est une intervention valide pour la prise en charge d'un cancer du col utérin chez une femme jeune souhaitant conserver sa fertilité. L'opération de Dargent ne semble pas majorer le risque de rechute et permet d'obtenir dans une proportion importante de cas, des grossesses et surtout la naissance d'un enfant vivant et en bonne santé.

Notre expérience a été aussi confirmée par les résultats des autres équipes à travers le monde.

Expérience mondiale (2-7, 9, 10)

L'intervention de trachélectomie élargie est pratiquée par de multiples équipes à travers le monde et actuellement plus de 500 patientes ont bénéficiées de cette intervention. Le Professeur Querleu a récemment recensé l'expérience de la plupart des équipes pratiquant cette intervention à travers le monde. Ainsi, 557 patientes (d'âge moyen = 31,5 +/- 4,4 ans) ont bénéficié de cette intervention. Il s'agissait de cancers du col utérin de stade Ia chez 34% des patientes et de stade Ib1 chez 76% des femmes. Le taux de rechute observé a été de 28 cas (5%). Dans 3 cas, ces rechutes étaient dysplasiques et donc 25 femmes (4,5%) ont présenté des rechutes invasives. Douze femmes (2,1%) sont décédées de cette rechute et 4 autres sont en évolution.

En ce qui concerne les grossesses après trachélectomie élargie, les données sont basées sur 445 patientes pour lesquelles les renseignements étaient disponibles. Le taux de fausse couche tardive est de 15% (22 cas recensés) et 125 enfants vivants en bonne santé sont nés par césarienne.

Ainsi les données des autres équipes mondiales confirment la validité de la technique tant en terme de risques carcinologiques, de possibilité de grossesses et de naissances d'enfants en bonne santé après réalisation d'une trachélectomie élargie.

Discussion

L'opération de Dargent ou trachélectomie élargie a été inventée pour permettre la préservation de la fertilité chez les jeunes femmes présentant un cancer du col utérin débutant. Le recul actuel de plus de 20 ans vis-à-vis des premières interventions réalisées permet de confirmer les espérances du Professeur Dargent : les femmes bénéficiant de cette intervention ont d'excellentes chances d'avoir un enfant vivant après ce traitement sans risque carcinologique accru (8). Les bénéfices en relation avec cette intervention sont liés à l'approche coelioscopique qui permet de réduire au maximum les risques adhérentiels sur les organes pelviens et en particulier sur les trompes, et à l'approche vaginale qui permet la préservation du corps utérin et de sa vascularisation de manière optimale (6). Les limites de ce geste opératoire sont liées à l'abord vaginal, qui peut gêner certains opérateurs non entraînés à cette approche.

Aussi, à la suite des excellents résultats obtenus par l'opération de Dargent, plusieurs équipes ont proposé des variantes opératoires par laparotomie (11-16) ou par coelioscopie (17,

18). Ces variations d'approche restent critiquables, car elles sont associées habituellement à la section de l'artère utérine et donc à une dévascularisation partielle de l'utérus. De plus, l'approche par laparotomie est grevée d'un risque adhérentiel plus important. Les données de la littérature sont d'ailleurs concordantes pour montrer que le taux de grossesses après trachélectomie élargie par une approche laparotomique ou coelioscopique pur, est inférieur à celui obtenu par l'approche vaginale (19). Aussi, c'est pour le moment l'intervention décrite par Daniel Dargent qui doit être favorisée si l'on veut préserver la fertilité chez des jeunes femmes présentant un cancer du col utérin débutant.

L'expérience des différentes équipes à travers le monde a permis d'affiner les indications de cette intervention. Les indications préférentielles sont représentées par un cancer du col utérin de stade Ia2 et Ib1 de moins de 2 cm de plus grand axe. Les types histologiques inhabituels doivent être exclus de ce traitement. De plus, les lésions remontant haut dans l'endocol sont une contre-indication à cette intervention qui risque d'être non *in sano* ou limite du point de vu de la résection isthmique. Il est donc nécessaire que les patientes devant bénéficier d'une opération de trachélectomie élargie soient explorées en préopératoire par colposcopie et par IRM pelvienne afin d'exclure des lésions à extension trop importantes en particulier dans l'endocol (8).

L'intervention est donc sur le plan carcinologique et obstétrical validée, mais de nombreuses questions restent en suspens.

- Faut-il réaliser une hystérectomie de clôture après que la patiente ait obtenu les enfants qu'elle souhaitait ? Seule, l'étude du risque de rechute centro-pelvienne sur le long terme permet de répondre à cette question. Notre expérience permet d'estimer que ce risque est très réduit, voire négligeable. De plus, la réalisation d'une hystérectomie après amputation élargie du col utérin n'est pas un acte aisé. Aussi, nous estimons à l'heure actuelle qu'il n'y a pas de nécessité à envisager d'hystérectomie de clôture chez ces patientes. Cependant, cette donnée est à moduler en fonction du type histologique de la lésion initiale. En effet, il est connu que les adénocarcinomes du col utérin ont parfois un caractère multifocal ce qui pourrait potentiellement favoriser une éventuelle rechute isthmique chez ces patientes.
- Quelles sont les meilleures options thérapeutiques pour optimiser les chances que les patientes mènent à terme leur grossesse après une trachélectomie élargie ? En effet, après une opération de Dargent, le taux de fausse couche tardive est non négligeable ainsi que celui d'accouchement prématuré. Deux mécanismes principaux sont en cause dans les fausses couches tardives liés à l'intervention de trachélectomie élargie : l'incompétence mécanique du col utérin et l'infection sub-clinique des membranes liée à la diminution importante de la quantité de glaire cervicale et du bouchon muqueux. La compétence isthmique peut être améliorée par la réalisation d'un cerclage isthmique définitif réalisé en même temps que la trachélectomie. Pour agir sur le facteur infectieux, nous avons proposé à la mise en place en cours de grossesse d'une fermeture du col utérin selon la technique de Saling. Ce procédé chirurgical permet d'isoler les membranes vis-à-vis des germes vaginaux et ainsi de réduire le risque de contamination ovulaire et de chorio-amnionite. Certains auteurs préconisent aussi une antibio-prophylaxie pendant toute la grossesse (20). Cependant les bénéfices de ces différentes démarches thérapeutiques sont difficilement évaluables. De plus l'approche prophylactique par la surveillance de la longueur « cervicale » résiduelle par échographie endovaginale n'a pas bénéficié d'études adaptées.
- L'intervention de trachélectomie élargie n'est-elle pas une intervention trop importante pour un petit cancer du col utérin de moins de 2 cm ? C'est-à-dire, peut-on réaliser un traitement moins radical en cas de cancer du col utérin très

débutant : amputation simple du col utérin, voire large conisation ? Il s'agit d'une question récurrente dans la prise en charge des cancers du col débutants. Mais les données de la littérature sont très pauvres dans ce domaine. Les tentatives de réduction de la morbidité chirurgicale dans les années 1970 par le Professeur Burghardt s'étaient soldées par un taux de récurrence important et dangereux. Cependant, les techniques d'exploration radiologique et d'évaluation histologique ont progressé et permettent peut être actuellement de mieux cerner les indications où pourraient se discuter la réduction de la radicalité du geste opératoire : tumeur infiltrante de moins de 2 cm sans embolies lympho-vasculaires présents. Des travaux récents ont été présentés dans ce sens par une équipe tchèque (21, 22). Cependant, pour arriver à démontrer l'équivalence sur le plan statistique en terme de risque carcinologique d'une chirurgie réduite par rapport à une chirurgie radicale, les effectifs de patientes doivent être très importants et rendent donc ce type d'étude difficilement envisageable.

- Peut-on envisager la réalisation d'un traitement conservateur pour des tumeurs entre 2 et 4 cm de stade Ib1 ? À l'heure actuelle, cette indication n'est pas retenue par la plupart des équipes qui pratiquent la trachélectomie élargie. Cependant, initialement, une proportion non négligeable de patientes a été prise en charge pour les tumeurs de ce type soit du fait du désir intense des patientes, soit du fait de performance insuffisante de l'IRM. L'analyse plus précise de la population des femmes entre 2 et 4 cm ayant bénéficié d'une trachélectomie élargie montre un taux de rechute substantiel (de l'ordre de 15%) mais comparable à celui que l'on observe avec la réalisation d'une opération de Wertheim dans un groupe similaire de cancers du col utérin de même taille. On ne crée donc pas un risque carcinologique majeur en proposant l'opération de trachélectomie élargie à ce groupe particulier de patientes présentant une tumeur entre 2 à 4 cm de diamètre. Cependant, plusieurs équipes travaillent sur des essais de traitements néo-adjuvants afin de réduire la taille tumorale et donc pouvoir réaliser dans des conditions a priori satisfaisantes une chirurgie chez des patientes présentant un cancer du col utérin de stade Ib et de taille supérieure à 2 cm. Ces expériences préliminaires utilisant une chimiothérapie néo-adjuvante (à base de Taxotère®, Holoxan® et Cisplatine®) semblent montrer des taux de réponse très satisfaisants, voire excellents, et pour le moment un risque particulièrement réduit de rechute (23). De plus, ces patientes peuvent retrouver une fonction ovarienne et une possibilité de grossesse rapidement suite aux traitements (24, 25). Il s'agit donc d'une voie intéressante de recherche qui se développera probablement dans les prochaines années.

Conclusion

L'opération de Dargent s'est donc inscrite dans une démarche de réduction de morbidité des gestes opératoires rentrant dans le cadre des cancers gynécologiques. L'originalité de l'intervention siège dans la possibilité de préservation de la fertilité des femmes atteintes d'un cancer du col utérin débutant et bénéficiant de ce geste opératoire. L'expérience des différentes équipes qui la pratiquent à travers le monde ainsi que la diffusion de la technique témoignent à la fois de la validité de cette approche en terme de la possibilité d'une grossesse et de l'absence de majoration du risque carcinologique. Les indications actuelles de l'intervention de Dargent sont bien définies : cancer du col utérin infiltrant de forme histologique habituelle faisant moins de 2 cm de plus grand axe et sans extension endocervicale importante chez une femme jeune souhaitant préserver sa fertilité (26). Des éventuelles extensions des indications seront peut être développées dans le futur grâce en particulier à l'introduction des

chimiothérapies néo-adjuvantes.

Questions

JL Ribardière : Avez-vous noté des sténoses de l'orifice utérin après la trachélectomie, compte tenu de l'exérèse d'une partie du vagin, donc de l'absence de réépithélialisation de cet orifice ?

Réponse : Une anastomose est réalisée entre l'isthme utérin et le fond vaginal en fin d'intervention. Dans notre expérience, il existe en effet des cas de sténoses sévères post-opératoires, mais celles-ci sont relativement peu fréquentes (de l'ordre de 6%) et comparables en fréquence à celles que l'on observe après conisation classique.

E Daraï : Il existe une désinflation des indications de colpo-hystérectomie élargie chez les patientes présentant un tumeur de moins de 2 cm, avec une infiltration tumorale faible et en l'absence d'envahissement ganglionnaire avec une tendance vers une hystérectomie simple. Penses-tu qu'il y a une place pour les patientes ayant les critères sus-cités, ayant donc un risque faible d'atteinte paramétriale, à une simple conisation ?

Réponse : C'est en effet un sujet de réflexion et un axe de recherche. Une solution intermédiaire pourrait consister en une amputation simple du col utérin. Cependant, la démonstration de l'absence de dangerosité (en termes de risque de rechute) de ce geste opératoire est particulièrement difficile du fait de la nécessité d'effectifs très importants pour arriver à démontrer l'absence d'augmentation du nombre de récurrences dans le groupe des patientes traitées avec une intervention non radicale. Il faut rappeler que dans les années 1970, le Pr Burghardt avait traité des petits cancers du col utérin par conisation ou hystérectomie simple ; il a rapidement arrêté cette approche en raison d'un risque de rechute largement majoré (de l'ordre de 20%). Cependant, les progrès de l'imagerie (IRM pelvienne) et de l'histologie (ganglion sentinelle et recherche de micrométastases) permettent actuellement de mieux évaluer le risque de dissémination de petits cancers du col utérin et ainsi peut-être sélectionner des patientes pour lesquelles une chirurgie réduite serait possible (tumeur de moins de 2 cm sans embolies ?).

Références

1. Dargent D, Brun JL, Roy M, Mathevet P, Rémy I. La trachélectomie élargie: une alternative à l'hystérectomie radicale dans le traitement des cancers infiltrants développés sur la face externe du col utérin. *JOBGYN* 1994;2:285-92.
2. Plante M, Renaud MC, Hoskins IA, et al. Vaginal radical trachelectomy: a valuable fertility-preserving option in the management of early-stage cervical cancer. A series of 50 pregnancies and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005;98:3-10.
3. Covens A, Shaw P, Murphy J, DePetriillo D, Lickrish G, Laframboise S, Rosen B. Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for patients with stage IA-B carcinoma of the cervix? *Cancer* 1999;86:2273-9.
4. Sonoda Y, Abu-Rustum NR, Gemignani ML, et al. A fertility-sparing alternative to radical hysterectomy: how many patients may be eligible? *Gynecol Oncol* 2004;95(3):534-8.
5. Schlaerth JB, Spirtos NM, Schlaerth AC. Radical trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine preservation in the treatment of cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:29-34.
6. Klemm P, Tozzi R, Kohler C, Hertel H, Schneider A. Does radical trachelectomy influence uterine blood supply? *Gynecol Oncol* 2005;96:283-6.
7. Burnett AF, Roman LD, O'Meara AT, Morrow CP. Radical vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003;88:419-23.

8. Dargent D, Ansquer Y, Arnould P, Mathevet P. Laparoscopic vaginal trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. *Cancer* 2000;88:1877-82.
9. Bernardini M, Barrett J, Seaward G, Covens A. Pregnancy outcomes in patients after radical trachelectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1378-82.
10. Boss E, van Golde R, Beerendonk C, et al. Pregnancy after radical trachelectomy: a real option. *Gynecol Oncol* 2005;99:S152-6.
11. Smith JR, Boyle DC, Corless DJ, Ungar L, Lawson AD, Del Priore G, et al. Abdominal radical trachelectomy: a new surgical technique for the conservative management of cervical carcinoma. *Br J Obstet Gynecol* 1997;104:1196-200.
12. Rodriguez M, Guimares O, Rosé PG. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:370-4.
13. Ungar L, Palfelvi L, Hogg R, Siklos P, Boyle DC, Del Priore G, et al. Abdominal radical trachelectomy: fertility-preserving options for women with early cervical cancer. *Br J Obstet Gynecol* 2005;112:366-9.
14. Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Black D, Levine DA, Chi DS, Barakat RR. Fertility-sparing radical abdominal trachelectomy for cervical carcinoma: technique and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2006;103:807-13.
15. Wan XP, Yan Q, Xi XW, Cai B. Abdominal radical trachelectomy: two new surgical techniques for the conservation of uterine arteries. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:1698-704.
16. Cibula D, Slama J, Fischerova D. Update on abdominal radical trachelectomy. *Gynecol Oncol* 2008;111:S111-S115.
17. Lee CL, Huang KG, Yen CF, Lai Ch. Laparoscopic radical trachelectomy for stage IB1 cervical cancer. *J Am Assoc Gyn Laparoscopists* 2003;10:111-5.
18. Cibula D, Ungar L, Palfelvi L, Bitio B, Kuzcl D. Laparoscopic abdominal radical trachelectomy. *Gynecol Oncol* 2005;97:707-9.
19. Plante M, Roy M. Fertility-preserving options for cervical cancer. *Oncology* 2006;20(5):479-88.
20. Roman LD. Pregnancy after radical vaginal trachelectomy: Maybe not such a risky undertaking after all. *Gynecol Oncol* 2005;98:1-2.
21. Rob L, Charvat M, Robova H, Pluta M, Strnad P, Hrehorcak M, et al. Less radical fertility-sparing surgery than radical trachelectomy in early cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:304-10.
22. Rob L, Pluta M, Strnad P, et al. A less radical treatment option to the fertility-sparing radical trachelectomy in patients with stage I cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2008;111:S116-20.
23. Plante M, Lau S, Brydon L, Swenerton K, LeBlanc R, Roy M. Neoadjuvant chemotherapy followed by vaginal radical trachelectomy in bulky stage IB1 cervical cancer: case report. *Gynecol Oncol* 2006;101:367-70.
24. Kobayashi Y, Akiyama F, Hasumi K. A case of successful pregnancy after treatment of invasive cervical cancer with systemic chemotherapy and conisation. *Gynecol Oncol* 2006;100:213-5.
25. Robova H, Pluta M, Hrehorcak M, Skapa P, Rob L. High-dose density chemotherapy followed by simple trachelectomy: full-term pregnancy. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18:1367-71.
26. Plante M. Vaginal radical trachelectomy: an update. *Gynecol Oncol* 2008;111:S105-S110.