



*A mes maîtres, qui m'ont accueillie, soutenue et aidée  
durant ces cinq années d'apprentissage*

*Vous constituez pour moi et pour tous les résidents le  
symbole du respect, de la responsabilité. Veuillez  
trouver, chers maîtres, dans ceci le témoignage de ma  
profonde gratitude et de ma sincère reconnaissance, et  
Acceptez mes remerciements pour votre présence et  
votre disponibilité.*



RESUME .....	5
INTRODUCTION .....	7
I-MATERIEL ET METHODE .....	8
II-LES OBSERVATIONS CLINIQUES :.....	9
DISCUSSION .....	21
2. Epidémiologie .....	21
1.1. Fréquence :.....	21
1.2. Age .....	21
1.3. Facteurs favorisants: .....	22
1.3.1. Age de la ménopause: .....	22
1.3.2. Infection à HPV : .....	20
1.3.3. Lésion précancéreuses .....	22
2. Etude clinique .....	26
2.1. Motif de consultation : .....	26
2.2. Signes fonctionnels : .....	26
2.3. Signes physiques : .....	27
3. Etude para clinique : .....	29
3.1. Biopsie lésionnelle: .....	29
3.2. Bilan d'extension : .....	30
3.3. Extension.....	31
4. Stades .....	33
5. Traitement .....	35

6. Pronostic .....	39
Conclusion .....	41
Bibliographie .....	42

# RESUME

## Introduction :

Le cancer de la vulve est une affection néoplasique rare qui représente 3 à 5% des cancers génitaux de la femme. L'objectif de notre étude rétrospective, portant sur 9 cas de cancer de la vulve colligés au service de gynéco-obstétrique I CHU Hassan II Fès entre 2009 et 2013 et à travers une revue de la littérature de rapporter l'épidémiologie, l'anatomo-clinique, et de discuter la prise en charge thérapeutique, et le pronostic de ces tumeurs.

## Matériel et méthode :

L'âge moyen des patientes était de 69 ans (60–79ans). Toutes nos patientes étaient ménopausées et multipares. Le délai médian de consultation était de 14 mois. Le motif de consultation est représenté essentiellement par l'exagération d'un prurit (55,55%) et par la perception de masse vulvaire (100%). Les formes bourgeonnantes et ulcéro-bourgeonnante représentaient 88,88% des cas. Le type histologique le plus fréquent était le carcinome épidermoïde on note un cas de mélanome vulvaire. Toutes nos femmes ont été vues à un stade T2, 50% de nos patientes avec atteinte ganglionnaire. Bilan d'extension a révélé des métastases chez 2 de nos patientes. Dans notre série 88,88% des patientes ont bénéficié d'un traitement radical (Vulvectomie total avec curage ganglionnaire inguinal. Les suites opératoires ont été marquées par l'infection des plaies inguinales avec lâchage des sutures pour 5 patientes (55,55%). La radiothérapie post opératoire fut réalisée chez trois de nos patientes, 3 autres sont décédés avant le début de la radiothérapie, les 2 autres patientes n'ont pas bénéficié de traitement adjuvant vue l'âge.

### Discussion :

Classiquement, c'est une affection de la femme âgée. Le motif de consultation est représenté essentiellement par l'exagération d'un prurit et par la perception de masse vulvaire. Les formes bourgeonnantes et ulcéro-bourgeonnante sont les plus fréquentes. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde.

La chirurgie constitue la pierre angulaire du traitement et dépend essentiellement du stade de la tumeur. Toute fois d'autres options thérapeutiques restent disponible telle que la radiothérapie et la chimiothérapie. Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, il est d'autant meilleur que la tumeur est de petite taille et que les ganglions ne sont pas envahis.

### Conclusion :

Au terme de cette étude, nous soulignons la gravité du cancer de la vulve et l'importance du diagnostic précoce des lésions précancéreuse pouvant améliorer le pronostic.

# INTRODUCTION

Le cancer de la vulve est une pathologie rare ; il représente 3-5% des cancers gynécologique et 1% de l'ensemble des cancers de la femme [1-2]. Il survient le plus souvent chez des femmes âgées, sur un terrain très spécifique, évoluant par étapes.

Le prurit et la tuméfaction en sont souvent les principaux signes révélateurs. Il se manifeste cliniquement sous la forme infiltrant, ulcérée ou bourgeonnante. Sur le plan histologique il est caractérisé par sa diversité avec une nette prédominance du carcinome épidermoïde et par une évolution locorégionale lente.

Le diagnostic est généralement facile, confirmé par l'histologie et doit être précoce seul garant d'un traitement précoce et efficace pouvant améliorer la survie et le bon pronostic des patientes.

Le traitement adopté dans la plupart des cas est la vulvectomie totale avec un curage ganglionnaire bilatéral. Ce traitement radical est source de complications nombreuses. D'où l'intérêt d'une thérapeutique conservatrice et d'un diagnostic plus précoce.

Son pronostic est souvent redoutable en raison de stade avancé auquel consultent les patientes.

Le but de cette étude rétrospective, portant sur 9 cas de cancer de la vulve colligés au service de gynéco-obstétrique I CHU HASSAN II FES entre 2009 et 2013 est de rapporter l'épidémiologie, l'anatomo-clinique, la thérapeutique, et le pronostic en vu de les discuter à l'aide d'autres travaux scientifiques.

# Matériel et Méthode

## I-MATERIEL :

Notre étude rétrospective porte sur 9 cas de cancer de la vulve diagnostiqués et traités au service de gynéco-obstétrique I CHU Hassan II Fès entre 2009 et 2013.

## II-LES OBSERVATIONS CLINIQUES :

### Patiente n°1 :

Mme I.Z âgée de 70 ans, mariée, grande multipare(G10P10), ménopausée depuis 30ans, sans antécédents pathologique notable.

#### Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remontait à 05 mois avant sa consultation par l'apparition d'une tuméfaction de la grande lèvre gauche sans signe associé.

Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

#### L'examen gynécologique :

Présence d'une tuméfaction ulcéro bourgeonnante au dépend de la grande lèvre gauche de 6cm avec extension au clitoris sans autres signes associés.

#### Biopsie vulvaire :

Carcinome épidermoïde bien différencié de la vulve mature et invasif

#### Bilan d'extension :

TDM TAP : sans particularité

Tumeur classée cT2N0M0

#### Bilan préopératoire :

Un bilan préopératoire est réalisé est sans particularité.

Geste chirurgical :

La patiente a bénéficié d'une vulvectomie bilatérale avec curage inguinal superficiel droit et gauche.

Les suites opératoires : Les suites opératoires étaient simples pour la patiente.

L'étude anatomopathologique :

Carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant et infiltrant de la grande lèvre gauche. Les limites de résection chirurgicales sont saines.

Curage ganglionnaire : 17-/17N

Tumeur classée pT1bN0

Traitement adjuvant :

La patiente était candidate à une radiothérapie mais elle est décédée avant la consultation

## Patiente n°2 :

Mme Z.S 70 ans, mariée, G5P5, ménopausée depuis 20ans sans antécédents pathologique notable.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 2ans avant sa consultation par l'apparition d'un prurit vulvaire aggravé par l'apparition d'une tuméfaction de la grande lèvre gauche.

L'examen gynécologique : Présence d'une tuméfaction ulcéro bourgeonnante au dépend de la grande lèvre droite de 7cm avec ADP inguinale droit dure, fixe de 3cm

Biopsie vulvaire : Carcinome épidermoïde moyennement différencié de la vulve

Bilan d'extension : TDM TAP : Processus tumoral vulvaire avec extension locale ganglionnaire et à distance pulmonaire

Tumeur classée cT2N1M1.

Geste chirurgical : La patiente n'a pas été opérée décision d'une radiothérapie mais la patiente est décédée avant le début de la radiothérapie.

## Patiente n°3 :

Mme A.Z âgée de 65 ans multipare G6P6, ménopausée depuis 12 ans, diabétique et hypertendue depuis 2 ans mal suivie.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 05 mois avant sa consultation, par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire sans signes associés.

L'examen gynécologique : L'examen trouve une lésion ulcéro-bourgeonnante au dépend de la grande et les petites lèvres droite, sans envahissement du méat urétéral ni de la muqueuse vaginale, avec présence d'une ADP inguinale de 3 cm droite.

Biopsie vulvaire : Carcinome épidermoïde bien différencié mature de la vulve

Bilan d'extension : TDM TAP : Poly adénopathies inguinale bilatérales mesurant de 10à 30mm le reste est sans anomalies.

La tumeur classée cT2N1M0

Geste chirurgical : La patiente a bénéficié d'une vulvectomie totale avec curage inguinal superficiel bilatéral.

L'étude anatomopathologique : Carcinome épidermoïde moyennement différencié kératisant et infiltrant la vulve de 4,5 cm de grand axe les limites de résection étaient saines, Curage ganglionnaire 5N+ avec effraction capsulaire. Tumeur classée pT1N2c Mx.

Les suites opératoires : Les suites opératoires ont été marquées par une infection des plaies inguinales avec lâchage des sutures qui ont été reprises après traitement de l'infection et dessèchement des plaies.

Traitement adjuvant : La patiente est décédée avant le début de la radiothérapie.

## Patiente n°4 :

Mme F.K âgée de 70 ans, grande multipare G16P16, ménopausée depuis 15ans, sans antécédents médico-chirurgicaux ou familiaux notable.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 04 mois avant son admission, par l'apparition d'une tuméfaction de la grand lèvre gauche sans signes associés.

L'examen gynécologique : L'examen trouve une lésion vulvaire de hémivulve gauche de 6/4cm sans ADPs.

Biopsie vulvaire : Carcinome bien différencié de la vulve.

Bilan d'extension : TDM TAP : sans particularité. La tumeur classée T2N0M0

Le geste chirurgical : La patiente avait bénéficié d'une vulvectomie totale avec curage inguinale superficiel bilatéral.

Les suites opératoires : Les suites opératoires ont été marquées par une infection des plaies inguinales avec lâchage des sutures qui ont été reprises après traitement de l'infection et dessèchement des plaies.

L'étude anatomopathologique : Carcinome épidermoïde moyennement différencié kératinisant et infiltrant la vulve de 3cm.

A droite:9N-/9N. A gauche:7N-/7N.

La tumeur est située à 24mm de la limite supérieure, 17mm de la limite droite, 15mm de la limite gauche, 8mm de la limite profonde.

Absence d'embole vasculaire

Tumeur classée pT1bN0

Traitement adjuvant : Irradiation 4 champs 46Gy, la patiente a été revue en consultation avec bonne évolution clinique.

## Patiente n°5 :

Mme M.F âgée de 60 ans, G14P12 sans antécédents pathologique notable ménopausée depuis 10 ans.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 1ans avant sa consultation, par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire avec prurit sans signes associés.

L'examen gynécologique : Tuméfaction vulvaire ulcéro bourgeonnant de l'hémi vulve gauche sans envahissement clitoridien ni du méat urétral, pas d'ADP clinique décelable

Biopsie vulvaire : Carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant vulvaire

Bilan d'extension : TDM TAP : sans particularité, La tumeur classée T2N0M0

Le geste chirurgical : Vulvectomie totale avec curage inguinale superficiel bilatérale.

Les suites opératoires : Les suites opératoires ont été marquées par une infection des plaies inguinales avec lâchage des sutures qui ont été reprises après traitement de l'infection et dessèchement des plaies.

L'étude anatomopathologique : Carcinome épidermoïde bien différencié, et infiltrant de la vulve.

Les limites périphériques et profondes de résection chirurgicale sont saines. Curage ganglionnaire dt:4N-/4N.ghe:6N-/6N. pT1bN0.

Traitement adjuvant : Radiothérapie (Irradiation par 4champs à base 50 Gy). Avec bonne évolution clinique.

## Patiente n°6 :

Mme I.Z âgée de 70 ans, mariée G9P8, sans antécédents pathologique notable. Ménopausée depuis 30 ans

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 7 mois avant sa consultation, par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire gauche sans signes associés.

L'examen gynécologique : Tuméfaction vulvaire ulcéro bourgeonnant de l'hémi vulve gauche sans envahissement clitoridien ni du méat urétral, avec présence d'ADNP de 2cm gauche mobile.

Biopsie vulvaire : Carcinome épidermoïde bien différencié.

Bilan d'extension : TDM TAP : RAS.

La tumeur classée T2N0M0

Geste chirurgical : Vulvectomy avec curage inguinal superficiel bilatéral (basset modifié).

L'étude anatomopathologique : Carcinome épidermoïde très bien différencié, kératinisant et infiltrant de la grande lèvre gauche. Les limites de résection chirurgicale sont saines.

Curage ganglionnaire dt:10N-/10N.ghe:5N-/5N. pT1bN0.

Traitement adjuvant : Pas d'irradiation vu l'âge. La patiente encore vivante.

## Patiente n°7 :

Mme B.M âgée de 70 ans, G12P12, sans antécédents pathologiques notables, ménopausée depuis 25 ans.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 1ans avant sa consultation, par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire sans signes associés.

L'examen gynécologique : Tuméfaction vulvaire ulcéro bourgeonnant de l'hémi vulve gauche sans envahissement clitoridien ni du méat urétral, pas d'ADP clinique décelable

Biopsie vulvaire : Carcinome épidermoïde bien différencié est infiltrant de la vulve

Bilan d'extension : TDM TAP= absence d'anomalie abdomino pelvienne notamment périnéale. La tumeur classée T2N0M0

Le geste chirurgical : La patiente avait bénéficié d'une vulvectomie totale avec curage inguinal superficiel bilatéral.

Les suites opératoires : Les suites opératoires ont été marquées par une infection des plaies inguinales avec lâchage des sutures qui ont été reprises après traitement de l'infection et dessèchement des plaies.

L'étude anatomopathologique : Carcinome épidermoïde bien différencié mature et infiltrant, classé PT1N1Mx.

A droite : 3N-/3N. A gauche : 1N+/6N sans effraction capsulaire La tumeur est située à distance des limites périphériques. La tumeur est située à 4 mm de la limite profonde.

Traitement adjuvant : Radiothérapie (Irradiation par 4champs dose totale : 46Gy). La patiente a été perdue de vue.

## Patiente n°8 :

Mme N.F âgée de 79 ans, sans antécédents pathologique, ménopausée depuis 30 ans hypertendue, G4P4.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remontait à 5 mois avant sa consultation, par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire sans signes associés.

L'examen gynécologique : Tuméfaction vulvaire ulcéro bourgeonnant de l'hémi vulve droit sans envahissement clitoridien ni du méat urétral, pas d'ADP clinique décelable

Biopsie vulvaire : Carcinome malpighie bien différencié kératinisant et infiltrant de la vulve

Bilan d'extension : TDM TAP= absence d'anomalie abdomino pelvienne notamment périnéale. La tumeur classée T2N0M0

Le geste chirurgical : La patiente avait bénéficié d'une vulvectomie totale avec curage inguinal superficiel bilatéral.

Les suites opératoires : Sans particularité.

L'étude anatomopathologique : Carcinome épidermoïde bien différencié mature et infiltrant 3cm, classé PT1N0Mx. La tumeur est située à 9mm des limites inférieure et externe, à 4mm de la limite interne, à +1cm de la limite sup et à 3,5mm de la limite profonde. Curage gg dt 6N-/6N, Curage gg ghe 4N-/4N

Traitement adjuvant : La patiente n'as pas été irradié vu l'âge.

La patiente est en bonne évolution clinique.

## Patiente n°9

Mme L.Y âgée de 64 ans, mariée, G9P9, ménopausée à l'âge de 52 ans. Connu hypertendue depuis 3 ans sous Inhibiteur calcique avec mauvaise observance thérapeutique.

### Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remontait à 1ans avant sa consultation, par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire sans signes associés.

### L'examen gynécologique :

Aspect atrophique de la vulve, avec présence d'une tumeur d'aspect bleuâtre ferme faisant 3/2 cm au niveau du clitoris. L'examen des aires ganglionnaires a trouvé de multiples ADP centimétriques et fixes inguinales bilatérales.

### Biopsie de la lésion clitoridienne :

Prolifération fusocellulaire faite de cellules atypiques exprimaient fortement l'anticorps anti Melan A, anti PS100. Le CD117 était négatif :

### Le geste chirurgical :

Vulvectomie totale avec curage inguinal superficiel bilatéral.

### L'étude anatomopathologique :

Mélanome vulvaire avec curage ganglionnaire superficiel 2N+/7 à droite et 1N+/4 à gauche.

### Evolution :

L'évolution a été marquée par l'apparition de multiples lésions sous cutanées au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen et au niveau du

thorax, un avis dermatologique a conclu leur rapport avec des métastases cutanées.

Bilan d'extension :

TDM TAP : localisations secondaires, ganglionnaires, péritonéales, surrenaliennes gauches et cutanées

Traitement adjuvant :

La décision thérapeutique a été de mettre la patiente sous chimiothérapie à base de cisplatine ou carboplatine. La patiente a été perdue de vue

**Tableau1 : Le résumé des 9 observations cliniques**

Observation	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Age	70	70	65	70	60	70	70	79	64
ATCD med-chir	RAS	RAS	HTA, diabète	RAS	RAS	RAS	RAS	HTA	HTA
ménopause (année)	30 ans	20 ans	18 ans	15 ans	10 ans	30 ans	25 ans	30 ans	12 ans
Parité/gesteté	G10P10	G5P5	G6P6	G16P16	G14P12	G9P8	G12P12	G4P4	G9P9
Début de symptomatologie	5 mois	2ans	5mois	4 mois	1 ans	7 mois	1 ans	5 mois	5 mois
Motif de consultation	tuméfaction	Prurit tuméfaction	tuméfaction	tumefaction	Prurit tuméfaction	prurit tuméfaction +	Prurit tuméfaction	prurit tuméfaction +	Tuméfaction
aspect macroscopique	UB	ulcéro-bourgeonnant	UB	bourgeonnante	UB	UB	UB	B	Lésion noire bleutée
Siège	grande lèvre gauche	Hemi-vulve droite	grande lèvre droite	grande lèvre gauche	grande lèvre gauche	grande lèvre gauche	grande lèvre gauche	grande lèvre droite	Clitoris
lésions associées	Absence	absence	absence	Absence	absence	Absence	absence	absence	Absence
ADP	0	1 ingui droite	1 ingui droite	0	0	1 ingui gauche	1 ingui gauche	0	Multi ADP inguin bilat
TNM	T2N0M0	T2N1M1	T2N1M0	T2N0M0	T2N0M0	T2N1M0	T2N1M0	T2N0M0	T2N1M0
Bilan d'extension	TDM TAP: RAS	TDM TAP: META PULMONAIRE	TDM TAP: RAS	TDM TAP: META PULMONAIRE SURENALIENNE					
Geste chirurgical	VT CGIB	aucun geste	VT CGIB	VT CGIB					
Tumeur	carcinome épidermoïde bien différencié	carcinome épidermoïde moyen différencié de la vulve	carcinome épidermoïde bien différencié	Mélanome					
Ganglion	dt10N-/10N.ghe:7N-/7N		dt 5N+/9.ghe:3N-/3N avec effraction	dt:9N6/9N.ghe:7N-/7N	dt4N-/4N.ghe6N-/6N	dt:10N-/10N.5N-/5N	dt3N-/3N.ghe1N+/6Nss effraction	dt6N-/6N.ghe:4N-/4N	Dt 2N+/7GHE : 1N+/4
Classification	pT1bN0		pT1bN2c	pT1bN0	pT1bN0	pT1bN0	pT1bN2c	pT1bN0	
TTT adjuvant	décédée avant la radiothérapie	décédée avant la radiothérapie	décédée avant la radiothérapie	irradiation 4champs 46gy	irradiation 4ch 50gy	pas d'irradiation	irradiation 4 champs 46gy	pas d'irradiation	Chimiothérapie
Complications			infection de plaies inguinales	infection de plaies inguinales	infection de plaies inguinales	infection de plaies inguinaux	infection de plaies inguinales		
Evolution	Décédée	décédée	Décédée	Vivante	Perdue de vue	vivante	Perdue de vue	Vivante	Perdue du vue

# Discussion

## 1. Epidémiologie :

### 1.1. Fréquence :

Le cancer de la vulve est une affection gynécologique rare, il représente 3 à 5% des cancers génitaux de la femme [1.2]. Selon une étude récente faite en 2012 par l'institut national d'oncologie de Rabat, 77% des patientes atteintes de ce cancer étaient des femmes ménopausées [3].

Le cancer de la vulve est donc plus fréquent après la ménopause, ceci peut être dû, chez la femme ménopausée, à l'atrophie vulvaire associée au prurit et à toutes les lésions qui en découlent, à savoir l'érosion de la muqueuse, la surinfection et la leucoplasie sur lesquelles va se greffer ce cancer.

### 1.2. Age au moment du diagnostic :

L'âge est le principal facteur de risque des cancers vulvaires, qui surviennent classiquement chez les femmes âgées. C'est une affection de la 6<sup>ème</sup> décennie, l'âge moyen de diagnostic est de 65 ans, mais on la rencontre fréquemment chez des femmes beaucoup plus âgées : environ 35% des patientes ont plus de 70 ans [1].

D'après une étude rétrospective réalisée à Tunis, portant sur 11 cas de cancer vulvaire chez des femmes ménopausées, l'âge moyen de survenue est de 67 ans [4].

Les résultats de notre série rejoignent celles de la littérature, avec un âge moyen au moment du diagnostic de 68 ans.

### 1.3. Facteurs favorisants:

#### 1.3.1. Age de la ménopause:

L'insuffisance ostrogénique chez la femme ménopausée est un facteur favorisant de la survenue de ce cancer. En effet c'est une affection qui se déclare longtemps après la ménopause, mais également avec une plus grande fréquence chez des femmes qui ont eu une imprégnation ostrogénique écourtée ou diminuée: femmes castrées, puberté tardive, ménopause précoce [5].

L'âge moyen de la ménopause chez les femmes ayant eu un cancer vulvaire est de 44 ans pour Hewitt [6].

Dans notre série L'âge moyen de la ménopause est de 46 ans.

#### 1.3.2. Infection à HPV :

Parallèlement aux facteurs hormonaux, des facteurs viraux ont été évoqués, notamment le groupe des Papillomavirus.

Dans une récente méta-analyse [7], la prévalence du papillomavirus était de 36% dans le cancer vulvaire, de 76% dans les néoplasies intra-épithéliales de la vulve (VIN), de 72% dans le cancer vaginal, et de 93% dans les néoplasies intra-épithéliales vaginaux.

On pensait que l'incidence des cancers invasifs augmenterait parallèlement à celle des néoplasies intra-épithéliales quand ces femmes seraient plus âgées. Cette augmentation n'a jamais été réellement observée tout du moins chez les femmes âgées. L'une des hypothèses est que le risque de dégénérescence des VIN HPV induites soit plus faible et que la majorité des cancers de la vulve ait une autre origine que l'HPV [6].

Plusieurs études épidémiologiques ont montré qu'en Europe et en Amérique du Nord, les carcinomes épidermoïdes invasifs survenaient dans

deux tiers à trois quarts des cas sur des néoplasies intra-épithéliales non HPV induites [8.9], expliquant aussi la relative stabilité de l'incidence des carcinomes épidermoïdes invasifs. La notion d'antécédent de condylome et le nombre des partenaires sexuels sont des facteurs de risque de survenue des cancers vulvaires invasifs HPV induit, notamment les cancers épidermoïdes, mais les condylomes vulvaires histologiquement bénins liés à une infection à HPV non oncogène (HPV 6 et 11) n'ont pas d'évolution cancéreuse [1].

Dans notre série, vu le coût onéreux de ces techniques aucune de nos patientes n'a bénéficié de la recherche directe HPV,

### 1.3.3. Lésion précancéreuses (néoplasie intra épithéliales)

Le terme de NIE est un terme histologique qui désigne des atypies cytologiques et architecturales restant localisées à l'épithélium.

#### a. Néoplasies intra épithéliales HPV induites :

Les NIE HPV induites correspondent à deux entités, toutes les deux liées à une infection à HPV oncogène (HPV 16 ++ en

France). Elles partagent un même aspect histologique correspondant à une NIE indifférenciée sévère, mais différent par leur présentation clinique et leur évolution [1].

##### a.1 Maladie de Bowen :

La maladie de Bowen (MB) survient essentiellement chez la femme ménopausée. Elle se manifeste cliniquement comme une lésion unique fixe blanche (leucoplasique) ou rouge (érythroplasique), bien délimitée en périphérie. L'aspect érythroplasique était appelé autrefois érythroplasie de Queyrat [1].

Plus rarement, la lésion peut prendre un aspect de plaque pigmentée ou bigarrée. Elle s'étend progressivement de façon centrifuge. En l'absence

de traitement spécifique, elle évolue lentement mais inexorablement vers un CE vulvaire invasif, si la patiente vit suffisamment longtemps.

Le diagnostic d'une MB nécessite une biopsie, si possible sur la zone la plus épaisse ou verruqueuse, et doit faire pratiquer un bilan d'extension de l'infection à HPV sur le col, le vagin et de l'anus, à la recherche de lésions du même type. La recherche de l'HPV au sein de la lésion n'a pas d'intérêt pour la prise en charge de cette affection.

#### a.2 Papulose bowénoïde :

La papulose bowénoïde (PB) est une entité qui a été décrite par Wade et Kopf en 1978 des sujets jeunes. Elle est caractérisée par des lésions cliniques et évolutives proches des condylomes, avec au plan histologique une image de NIE3 comparable à celle de la MB (d'où le nom de « papulose bowénoïde »). L'augmentation de la fréquence des NIE3 HPV induites de la femme jeune est probablement due en partie à une meilleure reconnaissance de ces PB. Les facteurs de risque de développer une PB sont la multiplicité des partenaires sexuels, les antécédents de condylome, le tabagisme et la présence d'une immunodépression sous-jacente. Les lésions sont polymorphes, multiples, à type de macules ou de papules à surface plane ou verruqueuse, de couleur rose, blanche ou brune, plus ou moins disséminées sur la vulve. Elles sont souvent multifocales, s'étendant sur la région périnéale et péri anale. Cependant, malgré l'image histologique inquiétante, l'évolution de ces lésions est essentiellement bénigne, avec des régressions spontanées possibles. Une transformation en carcinome invasif est cependant à craindre quand ces lésions surviennent sur un terrain immunodéprimé ou persistent au-delà de la ménopause. Certains aspects cliniques, réalisant des nappes verruqueuses extensives et confluentes, doivent plus particulièrement faire craindre une évolution invasive [1].

b. Néoplasies intra épithéliales non HPV induites :

Les NIE non HPV induites surviennent sur des affections dermatologiques d'évolution chronique. Il s'agit essentiellement du LS, mais quelques cas ont été rapportés sur des lichens plans génitaux d'évolution chronique. Le LS est une affection dermatologique dont l'origine et l'incidence sont inconnues.

Elle atteint avec prédilection les organes génitaux externes et évolue en l'absence de traitement vers une atrophie vulvaire réalisant l'aspect de kraurosis vulvae. Cet état favorise l'apparition de lésions précancéreuses sous forme de plaques leucoplasiques plus ou moins verruqueuses ou érythro leucoplasiques fixes. En l'absence de traitement, ces lésions précancéreuses peuvent évoluer vers un carcinome épidermoïde invasif dans environ 5 % des cas. Mais inversement, environ 70 % des CE vulvaires surviennent en Europe et Amérique du Nord sur un LS non ou mal traité. Le diagnostic repose sur l'examen histologique (biopsie) de toute lésion suspecte survenant sur un LS vulvaire (LSV) [1].

Aucune des patientes de notre série n'avait présenté ce type de lésions.

1.3.4. Autres :

L'intoxication tabagique semble favoriser la survenue des néoplasies intra-épithéliales HPV induites (risque relatif (RR): 4,65), mais peu ou pas celle des carcinomes épidermoïdes invasifs (RR : 1,19) [1] puisque leur cause principale est d'origine non HPV induite. L'immunodépression cellulaire, et tout particulièrement l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, favorise l'apparition des carcinomes invasifs chez des femmes jeunes, dû à la persistance d'une infection à HPV oncogène favorisée par l'immunodépression [11].

Aucun de ces facteurs n'est présent chez nos patientes.

## 2. Etude clinique :

### 2.1. Motif de consultation :

Pour la plupart des auteurs, l'apparition d'une tuméfaction vulvaire est le principal signe révélateur d'un cancer vulvaire [3.4.12.13]

Dans notre étude, l'apparition d'une tuméfaction vulvaire était le motif de consultation chez toutes les patientes de notre série.

Tableau n° 2: répartition en fonction des signes d'appel selon les auteurs.

Auteurs	Tumeur vulvaire	Prurit	saignement	Douleurs
Doh [12]	91,10%	55,60%	33,30%	71,10%
Zaidi [3]	95%	73%	-	45%
Mahjoub [4]	72,70%	27,30%	27,30%	-
Chebraoui[13]	73,90%	7,60%	7,60%	4,40%
Notre série	100%	55,5%	-	-

### 2.2. Signes fonctionnels :

Les notions cliniques concernant le cancer vulvaire ont peu évolué. Le prurit, l'apparition d'une tuméfaction vulvaire et les leucorrhées restent les signes cliniques essentiels rapportés par les malades [7].

Ceci a été retrouvé aussi par l'étude de Alouani C.E [14] faite sur 30 femmes traitées pour carcinome vulvaire à la région de Marrakech, Les signes cliniques ont été dominés par le prurit vulvaire, les leucorrhées et la tuméfaction vulvaire.

Dans notre série 55,5% des patientes ont présenté un prurit, et toute les patientes se sont présentées par une tuméfaction vulvaire.

Selon une étude rétrospective portant sur une série de 83 patientes traitées pour un cancer de la vulve, l'institut national d'oncologie de Rabat trouve que La symptomatologie clinique était dominée par un prurit dans 73 % des cas, une tuméfaction vulvaire dans 95 % des cas, des douleurs pelviennes dans 45 % des cas, et des leucorrhées dans 21 % des cas [5].

Il semble qu'un nombre non négligeable de cancers vulvaires ne soient pas prurigineux, ceci est peut-être à rapprocher du fait que tous les cancers vulvaires ne sont pas associés à des dystrophies préexistantes, toujours responsables de prurit [5]. Un autre fait clinique, toujours réel et constamment signalé dans les séries publiées, est le retard du diagnostic parfois de plusieurs mois ou années [5]. Dans notre série le délai entre l'apparition des symptômes chez nos patientes et la consultation est de 14mois. Ce retard peut être dû à deux principaux facteurs :

- La pudeur des femmes âgées qui les conduit à repousser le moment de se faire examiner;
- Le fait que le prurit vulvaire est souvent considéré comme banal par le praticien, et le conduit plus à la prescription de topiques locaux, qu'à un examen soigneux de la région vulvaire et à une biopsie des lésions suspectes.

Ces faits sont regrettables car le pronostic est directement lié à la taille de la lésion initiale.

## 2.3. Signes physiques :

### 2.3.1. Inspection :

L'inspection de la vulve met en évidence la lésion bourgeonnante ou ulcérée. Il est important de bien en noter les dimensions et la situation, puis de vérifier l'ensemble des téguments vulvaires à la recherche d'une seconde localisation ou d'une dystrophie associée.

Le plus souvent la lésion siège au niveau d'une lèvre: la grande dans environ 40 % des cas, la petite dans 25 % des cas. La région antérieure avec le clitoris vient ensuite dans 10 à 15 % des cas avec une atteinte du méat urétral dans 4 % des cas. Puis dans 10 % des cas, la région postérieure est concernée, et qui comporte la fourchette, le périnée et l'anus [5].

La coloration noire bleutée ou brune d'une lésion vulvaire évoque le mélanome mais à l'inverse il existe aussi des mélanomes achromiques [5].

### 2.3.2. Palpation de la tumeur :

La palpation permet de déterminer le caractère infiltrant de la tumeur et sa mobilité. Elle précise son extension aux organes de voisinage : vagin, canal anal et sphincter anal, méat urétral et urètre. Cette palpation s'oriente ensuite vers les aires ganglionnaires inguinales.

### 2.3.3. Examen au spéculum et touchers pelviens :

Un examen au spéculum et des frottis cervico-vaginaux doivent éliminer une néoplasie cervicale associée. L'examen clinique doit enfin apprécier l'état général de la patiente en fonction de son âge et des tares éventuelles (obésité, diabète, HTA).

Il faut aussi tenir compte de la possible et fréquente surinfection qui peut provoquer une réaction ganglionnaire purement inflammatoire [5].

L'examen était normal pour nos patientes.

### 3. Etude para clinique :

#### 3.1. Biopsie lésionnelle:

Lors de la découverte d'un cancer vulvaire, la première étape de la prise en charge passe par une biopsie lésionnelle. Cette biopsie doit se faire sur la zone la plus proliférante (en cas d'ulcération, il faut biopsier en périphérie), et elle doit être assez profonde pour permettre une évaluation de la profondeur d'infiltration tumorale [15]. Selon Zaidi [3], la biopsie a permis de poser le diagnostic de cancer vulvaire dans tous les cas.

Dans notre étude la biopsie a permis aussi de poser le diagnostic de cancer vulvaire chez toutes nos patientes de notre série.

Le carcinome épidermoïdes de la vulve est le type histologique le plus fréquent (tableau n° 5), dans notre étude, il représente 88,88% des cas de cancers découverts.

Le même taux a été retrouvé par Delpero [21], Zaidi [3] et Perno [23].

Tableau n°3 : Pourcentage du carcinome épidermoïdes selon les auteurs

Auteurs	Pourcentage des carcinomes épidermoïdes
Amy blair[23]	80 -90%
Alouani[14]	96,66%
chebraoui [13]	92%
Zaidi[3]	100%
Notre série	88,88%

Les mélanomes vulvaires représentent 9% des cancers vulvaires, et de 3% à 5% des mélanomes de la femme. Ils représentent le deuxième cancer vulvaire après les carcinomes épidermoïdes [31].

Dans notre série une patiente avait un mélanome vulvaire.

Tableau 4 : Natures histologiques de la tumeur selon les auteurs.

Histologie (%) Auteurs	Epithélioma épidermoïde (%)	Epithélioma baso-cellulaire (%)	Adénocarcinome (%)	Sarcome (%)	Mélanome malin
Dauplat [36]	90	2,5	1	1 à 3	2
Doh [12]	95,6	-	2,2	2,2	-
Ouguerri [33]	94,6	0,9	0,9	0,9	2,7
Belghmi [34]	95,3	-	3,12	-	1,56
Notre série	88,88	-	-	-	11,11

### 3.2. Bilan d'extension :

En cas de confirmation d'un cancer vulvaire infiltrant, il convient de réaliser un bilan para clinique afin d'apprécier une éventuelle extension tumorale.

L'examen gynécologique associé à une échographie inguino-crurale des tissus mous, une échographie abdomino-pelvienne et une radiographie pulmonaire, peuvent être suffisants en l'absence de signe fonctionnel.

Cytoponction du ganglion suspect [1]. Cohn [16] a montré une sensibilité de 80 % et une spécificité de 96 % de la tomographie à émission

de positons (PET-scan) pour la détection de ganglions inguinaux dans le cadre du bilan d'une tumeur primitive vulvaire [1].

S'il y a une forte suspicion d'évolution métastatique viscérale (tumeur de grande taille, présence de métastases ganglionnaires), un scanner thoraco-abdomino-pelvien est conseillé. Selon l'étendue de la tumeur, ce bilan est complété par une cystoscopie et un examen poétologique.

Toute nos patiente ont bénéficié de scanner thoraco abdomino pelvienne, il a révélé des métastase pour 2patientes pour le reste il était sans particularité.

### 3.3. Extension :

L'extension tumorale des cancers vulvaires se fait selon une évolution locale, mais aussi régionale avec une extension lymphatique qui peut être présente dès des stades précoces de la maladie. En effet, la dissémination du cancer vulvaire est principalement lymphatique, par un drainage vers les aires inguinales [17.18].

Le bilan d'extension pose ainsi deux questions: - L'extension à la région vulvaire et c'est le problème de la plurifocalité des lésions. - L'extension ganglionnaire.

#### 3.3.1. Le risque de multacentricité :

C'est un fait classique des lésions vulvaires, retrouvé dans 20% des cas par Green [19] et dans 25% des cas par Rochet [20]. C'est un des arguments principaux en faveur de la vulvectomie totale.

La plurifocalité est beaucoup plus fréquente en cas de cancers intra-épithéliaux ou invasifs, se développant sur une dystrophie. Il s'agirait d'une

maladie du revêtement cutané vulvaire dans son ensemble et la vulvectomie totale s'en trouve justifiée.

Beaucoup de cancers, à l'inverse, ne répondent pas à cette règle de la multicentricité. Il semble alors s'agir d'une maladie localisée, mais la richesse du réseau lymphatique vulvaire est telle que la sanction chirurgicale se doit malgré tout d'être large [7].

Ce caractère n'était pas présent chez les patientes de notre série.

### 3.3.2. L'envahissement ganglionnaire et à distance :

Les cancers de la vulve se drainent par un premier relais ganglionnaire vers les ganglions inguinaux superficiels. La propagation s'effectue ensuite vers les ganglions inguinaux profonds puis iliaques externes, iliaques primitifs et enfin lombo-aortiques. Les ganglions iliaques internes sont rarement atteints [21]. L'atteinte ganglionnaire est volontiers bilatérale du fait de nombreuses anastomoses sur la ligne médiane. L'atteinte pelvienne isolée est rare. Elle est de 20 à 40% des cas si les ganglions inguinaux sont envahis.

Le taux de survie est de 91 % en 5 ans en l'absence d'atteinte ganglionnaire et chute à 57 % lorsqu'il existe une atteinte ganglionnaire [21].

Au-delà de l'extension ganglionnaire, des métastases sont possibles aux poumons, au foie et aux os. Elles doivent être recherchées par les examens appropriés [7].

#### 4. Stades :

Pour la majorité des auteurs, les patientes atteintes d'un cancer de la vulve consultent le plus souvent à des stades précoces de la maladie (Tableau n°3). Dans notre série, on a noté que 100% des cas étaient au stade II. Ce retard diagnostique s'explique par le retard de consultation.

Tableau n°5 : Répartition des stades de la FIGO selon les auteurs.

Auteurs	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Perno[23]	25%	55,80%	48%	-
Alaouni[14]	13,33%	33,33%	40%	13,33%
Mahjoub[4]	10%	33,70%	10%	10%
Chebraoui[13]	7,10%	24%	31%	19,50%
Notre série	-	100%	-	-

Tableau n°6 : Stadification FIGO (2009) des cancers vulvaires [22].

FIGO	DESCRIPTION
I	Tumeur limité à la vulve
IA	Tumeur ≤ 2cm avec invasion < 1 sans métastase ganglionnaire
IB	Tumeur > 2cm ou avec invasion > 1 sans métastase ganglionnaire
II	Tumeur > 2cm avec extension aux structures périnéales adjacentes (1/3 inf de l'urètre, 1/3 inf du vagin, anus) sans métastase ganglionnaire.
III	Tumeur avec ou extension aux structures périnéales adjacentes (1/3 inf de l'urètre, 1/3 inf du vagin, anus) mais associés à des ganglions inguinaux-fémoraux métastatiques
IIIA1	Une métastase ganglionnaire 5mm
IIIA2	Une ou 2 métastase(s) ganglionnaire(s) < 5mm
IIIB1	≥ 2 Métastases ganglionnaires 5mm
IIIB2	≥ 3 Métastases ganglionnaires < 5mm
IIIC	Ganglions métastatiques avec dépassement capsulaire
IV	Tumeur atteignant les 2/3sup de l'urètre ou les 2/3sup du vagin ou d'autres structures distante
IVA1	Tumeur atteignant la partie haute de l'urètre ou la muqueuse du vagin, de vessie ou de rectum et/ou le pelvis
IVA2	Ganglions inguino fémoraux métastatiques ulcérés ou fixés
IVA3	Toutes métastases à distance y compris ganglion métastatiques pelviennes

## 5. Traitement :

Le cancer de la vulve touche majoritairement la femme âgée, dont l'état général est volontiers fragilisé, ce qui inévitablement influe sur les modalités de prise en charge.

La chirurgie reste le traitement de choix des cancers de la vulve, en particulier dans leurs formes invasives, et comme ces lésions sont lymphophiles, et que l'imagerie actuelle est insuffisante pour définir faiblement un statut ganglionnaire, la lymphadénectomie inguinale, dont l'importance est également modulable, fait partie intégrante de cette prise en charge [15].

Les traitements non chirurgicaux, la radiothérapie et la chimiothérapie adjuvantes sont discutés en fonction des résultats de la chirurgie initiale. Toutefois, l'étendue et l'évolutivité des lésions ainsi que l'état général des patientes, souvent précaire, doivent être pris en compte et finalement moduler les indications relatives de ces trois traitements pour toute lésion primitive ou récidive [15].

### 5.1. Traitement des stades précoces (I, II, III):

Le traitement est conditionné par le diamètre tumoral, le degré d'infiltration du stroma et la localisation précise de la tumeur. Le traitement local tumoral repose sur une exérèse chirurgicale, adaptée à l'extension de la lésion: vulvectomie partielle avec des marges chirurgicales saines macroscopiques de plus de 20mm [15].

En cas de tumeur latérale (à plus de 10mm de la ligne médiane), une hémivulvectomie latérale n'est pas toujours indispensable. Une résection chirurgicale adaptée à l'extension lésionnelle peut être pratiquée à la condition d'avoir des marges chirurgicales saines supérieures à 10mm (idéalement à 20mm) et radicale en profondeur (allant au contact de l'aponévrose périnéale superficielle). Le but est d'avoir une marge histologique de 8mm, valeur qui est retenue classiquement [15;24]. Cependant, une étude récente vient de remettre en question cette donnée, retrouvant un taux de rechute similaire pour des marges de moins ou de plus de 8mm [25].

En cas de tumeur centrale, une hémivulvectomie antérieure ou postérieure selon la localisation de la lésion avec des marges chirurgicales saines supérieures à 10mm sera conseillée. Par ailleurs une vulvectomie totale peut être envisagée lors de présence de lésions précancéreuses multifocales [15].

En cas de lésion de stade IA, le risque de dissémination métastatique lymphatique est voisin de zéro et aucun contrôle ganglionnaire régional n'est requis. Lorsque la profondeur d'invasion dépasse 1mm, il s'agit au moins d'un stade IB (FIGO) et le risque métastatique ganglionnaire devient non négligeable. Ainsi, à ce stade (IB), 10 à 35 % des patientes présentent un envahissement ganglionnaire [15], et un curage ganglionnaire inguinal unilatéral s'impose si lésion > 1 cm de la ligne médiane. En cas de ganglion inguinal homolatéral positif ou de lésion centrale, le curage doit être bilatéral. Un prélèvement d'au moins 7 ganglions par côté devrait être obtenu.

L'excision du 1/3 distal de l'urètre (1-2cm) peut être effectuée sans nuire à la continence. Une incision inguinale séparée de l'excision vulvaire est recommandée.

La technique du ganglion sentinelle semble applicable au cancer de la vulve de stade I uni focal. Le standard reste le curage inguinal [22].

Le traitement des stades II et III est une excision radicale avec 2 cm de marges et un curage inguino-fémoral bilatéral [22].

## 5.2. Traitement des stades avancés :

Le problème de leur prise en charge repose sur la possibilité ou non d'une exérèse chirurgicale complète.

Si celle-ci est réalisable dans des conditions satisfaisantes, il est préconisé de réaliser une vulvectomie radicale en profondeur avec marges chirurgicales saines de plus de 20mm. C'est dans ce cadre de chirurgie délabrante qu'il faut savoir utiliser des techniques de reconstruction locale pour diminuer les complications cicatricielles locales. En effet, la chirurgie vulvaire élargie a un risque important de désunions cicatricielles et de retard de cicatrisation. Pour diminuer l'incidence de ces problèmes postopératoires, il faut recourir à des sutures sans tensions (en au moins deux plans) et surtout savoir combler les défauts par des lambeaux musculo-cutanés locaux.

Si une exérèse n'est pas possible dans des conditions satisfaisantes, deux options thérapeutiques sont à discuter : soit une chimiothérapie néo adjuvante à base de cis platine et/ou de bléomycine [26] soit une radiothérapie (jusqu'à 45Gy) avec chimio-potentialisation, complétée éventuellement par une curiethérapie [27].

Il est à noter que ces deux options peuvent éventuellement être associées.

Concernant le traitement des aires ganglionnaires (inguino-fémorales), Le curage inguino-fémoral superficiel et profond reste le standard pour les cancers vulvaires avancés [28.29]. Si ce curage ne montre pas d'atteinte ganglionnaire métastatique ou un seul ganglion métastatique sans rupture capsulaire, une surveillance est proposée [15]. Si une atteinte ganglionnaire métastatique est retrouvée au curage sur plus d'un ganglion, une radiothérapie est préconisée (radiothérapie iliaque et inguinale comportant éventuellement une chimiothérapie concomitante) [30].

En cas de stade IVA, le traitement sera basé sur une irradiation locorégionale avec chimio-potentialisation (si possible) et/ou une exentération pelvienne partielle ou totale selon l'extension de la maladie, l'état général de la patiente et la confirmation de l'absence d'atteinte métastatique à distance (intérêt d'un TEP-scan dans cette situation) [30]. Le geste chirurgical devra comporter un curage inguino-fémoral bilatéral. En cas d'exérèse incomplète, il faudra discuter la réalisation d'une irradiation postopératoire.

En cas d'atteinte métastatique, la qualité de vie de la patiente est à privilégier.

En fonction des symptômes, une intervention de propreté ou une irradiation à visée palliative peuvent être proposées. Sur le plan général, une chimiothérapie à base de sels de platine ( $\pm$ bléomycine) peut être proposée en fonction de l'état physique et des souhaits de la patiente [15].

Dans notre série La vulvectomie totale associée au curage ganglionnaire inguinal superficiel était le traitement le plus utilisé chez nos patientes.

## 6. Pronostic :

La taille tumorale et l'atteinte ganglionnaire sont les principaux facteurs pronostiques du cancer vulvaire, ils sont associés à un moins bon pronostic [22].

Tableau n°7 : Survie à 5ans des patientes atteintes du cancer vulvaire 12

Stades	% De survie à 5ans
I	90%
II	77%
III	50%
IV	18%

Le risque de récurrence après vulvectomie-curage est maximal au cours des 2 premières années et estimé entre 20-50 % selon les données cliniques (stade, type de chirurgie) et histologiques [35].

Elles sont plus fréquentes après une chirurgie limitée et les récurrences ganglionnaires sont plus précoces et de plus mauvais pronostic [15]. Selon Zaidi [3] la rechute locale ou ganglionnaire a été observée dans 50 % des cas. Une rémission complète a marqué l'évolution chez 25 % des cas. Des

métastases à distance ont marqués l'évolution dans 15 % des cas et 10% des patientes sont décédées.

Dans notre étude aucune de nos patientes n'a présenté des récurrences tumorales ou ganglionnaires.

Selon Alouani [14] le taux de recul en consultation était de 22mois, avec un taux de perte de vue de 24%. Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés par Zaidi [3], qui a objectivé un taux de recul de 24mois avec un taux de 20% de pertues de vue.

## Conclusion

Le cancer de la vulve est une affection néoplasique rare touchant les femmes à 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> décade. La plupart des patientes sont des multipares et ménopausées.

Plusieurs facteurs de risque, notamment l'HTA, le diabète, l'obésité, le tabagisme et l'HPV, associés à certaines lésions dystrophiques (LSV) et précancéreuses vulvaires (VIN 3 et condylomes) font le nid d'un développement tumoral malin incontestable. Actuellement, les intérêts se sont focalisés sur le rôle de l'HPV dans la genèse du cancer de la vulve.

Le délai de diagnostic est généralement long. En effet, les femmes consultent souvent à un stade tardif. D'où l'intérêt de la non négligence de tous les symptômes et des lésions vulvaires, et la nécessité d'un examen gynécologique bien fait et complet et il ne faut pas hésiter à avoir recours à la biopsie vulvaire qui fournit le diagnostic de certitude. .

Le traitement est avant tout chirurgical reposant sur la réalisation de vulvectomy pour lesquelles l'obtention de berges saines avec marges d'exérèse suffisantes, est le point clé de leur succès. Les lymphadénectomies inguinales font partie du traitement des carcinomes invasifs. La morbidité de cette chirurgie inguino vulvaire est importante et laisse des séquelles parfois durables et invalidantes. L'utilisation judicieuse de la radio- et/ou de la chimiothérapie participe au succès thérapeutique des formes les plus avancées.

La prévention du cancer de la vulve par le dépistage précoce des groupes à risques et des lésions précancéreuses, demeure le meilleur moyen pour lutter contre cette maladie.

## Bibliographie

- [1] C. Renaud- Vilmer, S. Lasry, A. Labib, B. Cavelier- Balloy. Pathologie maligne vulvaire chez l'adulte. EMC - Gynécologie 2008:1- 27 [Article 510- A- 30].
- [2] Di Saia PJ, Creasman WT. Invasive cancer of the vulva. Clinical gynecologic oncology. 6e ed, Saint Louis: Mosby; 2001.pp. 211- 39.
- [3] H. Zaidi , H. Berhil, H. Chenna, N. Mouhajir, S. El Majjaoui, H. El Kacemi, K. Hassouni, T. Kibdani, B.K. El Gueddari, N. Benjaafar. Cancers primitifs invasifs de la vulve : expérience de l'Institut national d'oncologie de Rabat. 2012 Elsevier Masson SAS. Doi : 10.1016/j.canrad. 2012.07.133.
- [4] Mahjoub S, Ben Brahim F, Ben Hmid R, Zehai D, kallel N, Sebai N, Zouari F. Prise en charge des tumeurs malignes de la vulve. La Tunisie médicale. [Tunis.Med.], 2008, vol.86, n°12, pp.1055- 1059. INIST: 4691.
- [5] ABEL Fabienne. Le cancer de la vulve : étude rétrospective de 201 cas. Thèse en médecine. Nancy (France) n°10/2000.
- [6] Hewitt 1. Cancer de la vulve. Act. Gyn. 6c série. Masson. Paris 1975.
- [7] De Vuyst H, Clifford GM, Nascimento MC, et al. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta-analysis. Int J Cancer 2009; 124(7):1626- 1636.
- [8] Judson PL, Habermann EB, Baxter NN, et al. Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. Obstet Gynecol 2006: 107(5):1018- 1022.

- [9] Akerman G, Dussour C, Haddad B, et al. Epidemiology of vulvar intra-epithelial neoplasias. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35(12):1251- 1256.
- [10] Renaud- Vilmer C., Cavelier- Balloy B., Porcher R., Dubertret L. Vulvar lichen sclerosus: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease *Arch. Dermatol.* 2004 ; 140 : 709- 712.
- [11] Elit L., Voruganti S., Simunovic M. Invasive vulvar cancer in a woman with human immunodeficiency virus: case report and review of the literature. *Gynecol. Oncol.* 2005 ; 98 : 151- 154.
- [12] Doh A.S, Kalsa J.M, Shasha W. Le cancer de la vulve à Yaoundé (Cameroun). *Gynécologie, Revue du gynécologue*, 1995 ; 3, 4 :220- 223.
- [13] Chebraoui Y. Cancer de la vulve: à propos de 338 cas.Thèse médicale n° 149/2007, Rabat.
- [14] C.E Alouani, A.E Omrani, A. Benhmidoune, A. Tahri. Profil des cancers vulvaires dans la région de Marrakech. Elsevier Masson SAS 2010 ( Doi : 10.1016/j.canrad.2010.07.568).
- [15] P. Mathevet Approches thérapeutiques actuelles dans les cancers vulvaires. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Volume 41, numéro 6 pages 519- 525 (octobre 2012), (Doi : 10.1016/j. jgyn.2012.03.01).

- [16] Cohn D.E, Dehdashti F, Gibb R.K, Mutch D.G, Rader J.S, Siegel B.A, et al. Prospective evaluation of positron emission tomography for the detection of groin node metastases from vulvar cancer *Gynecol. Oncol.* 2002 ; 85 : 179- 184;
- [17] Gotlieb W.H. The assessment and surgical management of early-stage vulvar cancer *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003 ; 17 : 557- 569.
- [18] Yoder B.J., Ruffomy I., Massoll N.A., Wilkinson E.J. Stage IA vulvar squamous cell carcinoma: an analysis of tumor invasive characteristics and risk *Am J Surg Pathol* 2008 ; 32 : 765- 772.
- [19] Green TH. Carcinoma of the vulva. A reassessment. *Obstet Gynecol* 1978 ; 52 ; n° 4 : 462 - 469.
- [20] Rochet Y. Les cancers de la vulve : Diagnostic et traitement. *Gaz Méd Fr* 1979 ; 77 ; n° 5 :1031- 1036.
- [21] C. Roy, S. Tetekpor, M.- F. Bellin. Imagerie dans l'étude des métastases ganglionnaires des tumeurs génito-urinaires pelviennes de l'adulte. *EMC - RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE : Génito-urinaire - Gynécoobstétricale- Mammaire:1- 2, 2006* [Article 34-625- D- 10].
- [22] Chahin Achtari, Pierre- Alain Brioschi, Yves Brunisholz, Patrick Petignat. Recommandations pour la prise en charge des cancers gynécologiques : Stratégies de diagnostic, de traitement et de surveillance. Groupement romand de la société suisse de gynécologie et d'obstétrique. Edition 2010.

- [23] Perno M, Guillemin F, Hoffstetter S, Carolus J.M. La curiethérapie a-t-elle une place dans le traitement des carcinomes de la vulve ? Ann. Médicales de Nancy et de l'est, 1996, 35 :113- 116.
- [24] Chan J.K., Sugiyama V., Pham H., Gu M., Rutgers J., Osann K. , et al. Margin distance and other clinico-pathologic prognostic factors in vulvar carcinoma: a multivariate analysis Gynecol Oncol 2007 ; 104 : 636- 641.
- [25] Groenen S.M., Timmers P.J., Burger C.W. Recurrence rate in vulvar carcinoma in relation to pathological margin distance Int J Gynecol Cancer 2010 ; 20 : 869- 873.
- [26] Domingues A.P., Mota F., Durão M., Frutuoso C., Amaral N., de Oliveira C.F. Neoadjuvant chemotherapy in advanced vulvar cancer. Int J Gynecol Cancer 2010; 20: 294- 298.
- [27] Shylasree T.S., Bryant A., Howells R.E. Chemoradiation for advanced primary vulval cancer Cochrane Database Syst Rev, 2011 ;(4 : CD003752).
- [28] Hallak S., Ladi L., Sorbe B. Prophylactic inguinal-femoral irradiation as an alternative to primary lymphadenectomy in treatment of vulvar carcinoma. Int J Oncol 2007.
- [29] van Der Velden J., Ansink A. Primary groin irradiation vs primary groin surgery for early vulvar cancer Cochrane Database Syst Rev 2000.
- [30] De Hullu J.A., van der Zee A.G. Surgery and radiotherapy in vulvar cancer Crit Rev Oncol Hematol 2006; 60 : 38- 58.

- [31] C. Renaud- Vilmer, S. Lasry, A. Labib, B. Cavelier- Balloy. Pathologie maligne vulvaire chez l'adulte. EMC - Gynécologie 2010 [Article 510-A- 30]. )
- [32] DAUPLAT.J ,GIRAUD.B : Le cancer invasif de la vulve  
Encycl. Méd, chir, paris, gynécologie,520 A 10,12-1983.
- [33] OUGUERRI LAILA. Cancer de la vulve(a propos de 112 cas).  
Thèse.Méd. casa ,1996 ,204
- [34] BELGHMI D. Cancer de la vulve. thèse Méd Casablanca 2000 ; N°374
- [35] Gonzalez Bosquet J, Magrina J.F, Gaffey T.A, Hernandez J.L, Webb M.J, Cliby W.A, et al. Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva. Gynecol. Oncol. 2005; 97 : 828- 833.
- [36] DAUPLAT.J ,GIRAUD.B : Le cancer invasif de la vulve Encycl. Méd, chir, paris, gynécologie,520 A 10,12-1983