

**CANCER VULVAIRE : UN CAS OBSERVE ET OPERE AU CHU FIANARANTSOA**  
*A CASE OF VULVAR CANCER DIAGNOSED AND OPERED AT THE UHC FIANARANTSOA*

RAKOTOVAO A<sup>1</sup>, FANANTENANTSOA R<sup>1</sup>, RAKOTOMAHENINA H<sup>2</sup>,  
RABARIJAONA M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>: Service de Chirurgie viscérale, CHU Tambohobe, Fianarantsoa

<sup>2</sup>: Service Maternité, CHU Tambohobe, Fianarantsoa

**RESUME**

Les auteurs rapportent un cas de cancer de la vulve chez une patiente de 45 ans, G3P3 et sans autre antécédent particulier. La tumeur de la vulve évoluait depuis environ deux ans et aurait été traitée de façon clandestine. Arrivé au service d'oncologie, elle avait reçu une chimiothérapie puis une vulvectomie totale à visée palliative, réalisée sous anesthésie générale. L'évolution postopératoire était favorable avec un suivi de un an avant de la perte de vue.

**Mots-clés:** cancer, chimiothérapie, chirurgie, vulve.

**SUMMARY**

Authors report a case of vulvar cancer in a 45-year-old female patient, G3P3, with no other antecedents. The tumor of the vulva occurred for about two years and had been treated by clandestine and insufficient surgery. When she arrived at the oncology department, she received chemotherapy and then a total palliative vulvectomy, performed under general anesthesia. The postoperative outcome was favorable with a follow-up of one year. Acceptable scar was observed in three months after surgical procedure. Despite local advanced stage of tumor, surgery was an acceptable solution for patient's daily life., during one year, patient was lost of view after

**Keywords:** cancer, chemotherapy, surgery, vulva.

**INTRODUCTION:**

Le cancer de la vulve est rare. En Europe, il représente 3 à 5% des cancers gynécologiques. L'incidence annuelle est estimée à 2 à 3 pour 100000 femmes [1]. C'est une pathologie de la femme ménopausée. Cependant, des séries publiées ont rapporté des cas de cancers vulvaires développés chez des patientes jeunes et enceintes [2]. Le type histologique est dans 90% des cas un carcinome épidermoïde se développant après une infection HPV ou sur un lichen scléreux et pour les 10% restants un mélanome malin, un adénocarcinome de la glande de Bartholin ou un carcinome basocellulaire [3]. Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde vulvaire diagnostiqué et traité dans notre service de chirurgie au CHU Tambohobe Fianarantsoa.

**OBSERVATION**

Il s'agissait d'une patiente de 45 ans 3<sup>e</sup> pare, et 3<sup>e</sup> geste, se présentant dans le cadre d'une consultation pour tumeur vulvaire. Dans ses antécédents on n'a retrouvé aucun problème particulier à part une tuméfaction vulvaire qui ne cesse d'augmenter de volume depuis aux moins 2 ans. Elle aurait consulté un médecin qui aurait opéré la tumeur mais sans analyse histologique. Les suites opératoires auraient été transitoirement favorables puis la tuméfaction réapparaissait. Elle était hospitalisée au service de l'oncologie du CHU Tambohobe Fianarantsoa et avait reçu une chimiothérapie qui aurait permis une réduction tumorale. A l'examen clinique, on observait une grosse lésion vulvaire bourgeonnante non inflammatoire, indolore d'au moins 12 cm de diamètre occupant toute la région périnéale (Fig 1). En même temps, la tumeur avait une odeur de nécrose très marquée, malgré une antibiothérapie à base d'amoxicilline et de métronidazole. La palpation des aires ganglionnaires était négative. Une biopsie de cette lésion était alors réalisée. L'examen histologique concluait la présence d'un carcinome épidermoïde (Fig 2). La discussion multidisciplinaire avec l'oncologue radiothérapeute, le chirurgien et le gynécologue a conduit à réaliser une vulvectomie palliative. L'intervention a été sous anesthésie générale. Une vulvectomie totale avec une marge de 10mm sans curage ganglionnaire inguinale a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples. La patiente a quitté l'hôpital à J7 post-opératoire. Au contrôle de 3 mois, elle avait une cicatrisation acceptable (Fig 1). L'évolution était favorable après 1



Figure 1: Aspect macroscopique de la tumeur avant et après chirurgie (Macroscopical before and after surgery)

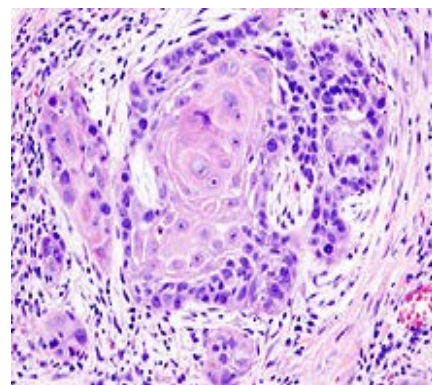


Figure 1: Aspect microscopique de la tumeur (carcinome épidermoïde) (Microscopical view of the neoplasia (epidermoïd carcinoma) Hématéine Eosine x 40)

an de recul, puis elle n'était plus revenue au contrôle.

**DISCUSSION:**

Cette étude sur le cancer vulvaire a permis de mettre en évidence que cette tumeur est rare, vu le faible nombre de cas recueillis. La patiente était relativement jeune. Les cancers de la vulve, peu fréquents, représentent moins de 1% de l'ensemble des cancers génitaux de la femme [1;3]. Dans notre étude ce faible taux ne reflète pas le nombre exact de cancer vulvaire car plusieurs patientes ont tendance à recourir aux traitements traditionnels à cause du problème financier et de l'ignorance. De plus cette partie du corps est encore un sujet tabou rendant difficile sa prise en charge. Dans la majorité des cas, il touche les femmes ménopausées de plus de 60 ans sur une muqueuse ca-

**Correspondance:** Dr RAKOTOMAHENINA Hajanirna  
Adresse : CHU- Tambohobe—Fianarantsoa  
Email : rakotomaheninahj@gmail.com

rencée en œstrogènes, mais peut toucher également les sujets jeunes [3]. La néoplasie vulvaire intraépithéliale (VIN) classique associée au carcinome était retrouvé chez 77% des patients de moins de 50 ans contre 13% des plus âgées sur une série de 13176 patientes suivies pour VIN (74%) ou cancer invasif (26%) aux Etats-Unis en 2006 [4]. Notre cas est conforme à la littérature concernant la possibilité de jeune âge des patientes. Ceci est due à la forte exposition des jeunes aux infections génitales, en particulier par le papilloma virus humain (HPV), et la pratique de partenaires sexuels multiples [5]. La baisse de l'immunité cellulaire observée pendant la grossesse pourrait jouer un rôle dans l'évolution invasive de ces lésions au cours de la gestation [2]. D'autres facteurs de risque de VIN classique ont été rapportés : partenaires sexuels multiples, antécédents de condylomes ou de néoplasie cervicale de haut grade, tabagisme, déficit immunitaire : une patiente séropositive pour le VIH a 4 fois plus de risque d'être infectée par l'HPV [5]. Notre cas avait le même type histologique que la plupart des cas observés dans la littérature pour les lésions vulvaires. Un examen clinique soigneux et complet est nécessaire associant, la palpation des aires ganglionnaires fémorales, et d'une colposcopie afin d'éliminer des lésions cervicale et/ou vaginales pré ou invasive associées. Ainsi, face à toutes lésions suspectes tel qu'une fissure, ulcération, ou une surélévation non liées à une infection, une biopsie est indispensable [6]. Notre patiente était vue à un stade tardif, car la tuméfaction était indolore et négligée. Le retard de prise en charge est favorisé également par le respect excessif du tabou et de l'intimité. Le traitement de la tumeur vulvaire est avant tout chirurgical, mais la radiothérapie a été progressivement intégrée dans le protocole thérapeutique dans les 20 années [7]. La vulvectomie totale radicale avec curage ganglionnaire bilatéral monobloc en une incision unique est le traitement chirurgical de référence du carcinome vulvaire [7-8]. Les curages inguinaux ne seront réservés qu'aux patientes présentant un ganglion sentinelle positif [9-10]. Notre patiente a été traitée par une vulvectomie totale associée à une chimiothérapie adjuvante avec suite post-opératoire simple. Nous n'avons pas retrouvé de récurrence tumorale localement ou à distance après des examens clinique et paraclinique de contrôle des patientes dans la première année.

#### CONCLUSION

Le cancer vulvaire est une tumeur peu fréquente chez le sujet jeune. Le problème financier et le respect excessif du tabou retardent la prise en charge de cette pathologie. La chirurgie et la chimiothérapie peuvent donner de bons résultats. La reprise de l'activité familiale après la chirurgie est possible une fois la cicatrisation vulvaire acquise.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Sanguin S, Danon E, Bizakowski M, Goudry J, Fauvet R. Cancer de la vulve : enquête de pratique de la prise en charge chirurgicale en France. Faut-il se diriger vers des centres de références ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:363-9.
- [2] Fowler W C Jr, Currie J L, Walton L A. Squamous cell carcinoma of the vulva in pregnancy. *Gynecol Oncol* 1991;41:74-7.
- [3] Van der Velden J, Van Lindert A C, Gimbrere C H, Oosting H, Heintz A P. Epidemiologic data on vulvar cancer : comparison of hospital with population based data. *Gynecol Oncol* 1996;62:379-83.
- [4] Judson P L. Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 2006;107:1018-22.
- [5] Howley P M. Role of the human papillomavirus in human

cancer. *Cancer Res* 1991;51:5019-22.

- [6] Crosbie E J, Slade R J, Ahmed A S. The management of vulval cancer. *Cancer Treat Rev* 2009;35:533-9.
- [7] Mansouri S, Naim A, Moukhliissi M, Tawfik N, Bouchbika Z, Benchikroun M et al. Place de la radiothérapie seule par rapport à la chirurgie et la radiothérapie dans les cancers vulvaires localement évolués. *Can Rad* 2011 ;15:573-640.
- [8] Hacker N F, Van der Velden J. Conservative management of early vulvar cancer. *Cancer* 1993;71:1673-7.
- [9] Rodier J F, Janser J C, Routiot, David E, Ott G, Schneegans O et al. Sentinel node biopsy in vulvar malignancies : a preliminary feasibility study. *Oncol Reprod* 1999;6:1249-52.
- [10] Levenback C, Coleman R L, Burke T W, Bodurka Bwers D, Wolf J K, Gershenson D M. Intraoperative lymphatic mapping and sentinel node identification with blue dye in patients with vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2001;83:276-81.