

Chirurgie des sarcomes utérins

Stéphane Guillon
Pierre Meeus

Règles communes

- Chirurgie en bloc
 - ✓ La morcellation ou l'effraction tumorale sont corrélées à une augmentation du risque de rechute locale, à distance et à une diminution de la survie globale
 - ✓ Une reprise chirurgicale ou un traitement adjuvant (RTE, chimio..) ne permet pas d'améliorer le pronostic des patientes chez lesquelles une morcellation a été constatée
- La voie d'abord électorale est la laparotomie médiane
 - ✓ Pour les lésions de moins de 8 cm une prise en charge par laparoscopie peut se discuter sous couvert des précautions recommandées: pas d'effraction de la tumeur et extraction protégée
- L'hystérectomie totale avec salpingectomie +/- ovariectomie est la règle pour les formes localisées
- Concept de la chirurgie de cytoréduction complète CC0 (Sarcomatose, atteinte annexielle, localisation ganglionnaire, rechute...)

Règles communes

- **Formes localement avancées et rechutes**
 - Si une chirurgie de cytoréduction R0 est envisageable elle peut être discutée car elle donne un bénéfice aux patientes
 - Seules les chirurgies complètes donnent un bénéfice aux patientes
 - Intégration de la qualité de vie après chirurgie au moment de sa discussion
- **Formes métastatiques**
 - Si une chirurgie de cytoréduction R0 est envisageable elle peut être discutée car elle donne un bénéfice aux patientes
 - Le traitement synchrone des métastases doit être réalisé soit par approche conventionnelle soit par ablathérapie en RI

Type	LMS	SSE	Ht grade/indifférencié	Adénosarcome
Hystérectomie	En bloc	En bloc MIS possible si stade I (<8cm?)	En bloc	En bloc élargie si atteinte du col Conservatrice si IA peut être discuté
Annexectomie	Si > périménopause	Si > périménopause conservation cas sélectionné (+++) NB: préservation fertilité non consensuelle	Si > périménopause Avant si R+ doit être discuté	Si > périménoapuse Avant bénéfice non démontré

Chirurgie ganglionnaire

LMS

SSE

Ht grade ou indifférencié

Adénosarcome

Pas de lymphadénectomie systématique;
Adénectomie des adénopathies vues au bilan radiologique ou lors de l'exploration chirurgicale

Pas de lymphadénectomie systématique; Adénectomie des adénopathies vues au bilan radiologique ou lors de l'exploration chirurgicale

20% d'atteinte ganglionnaire
Lymphadénectomies controversées mais indication à l'ablation des adénopathies visualisées par le bilan radiologique ou lors de l'exploration chirurgicale

3% d'atteinte ganglionnaire
Pas de lymphadénectomie systématique;
Adénectomie des adénopathies vues au bilan radiologique ou lors de l'exploration chirurgicale