



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/19274

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/19274>



### RESEARCH ARTICLE

#### CANCER DE LA VULVE A PROPOS DE 20 CAS

**Douzi Najoua<sup>1,2</sup>, Mamouni Nisrine<sup>1,2</sup>, Erraghay Sanae<sup>1,2</sup>, Bouchikhi Chahrazad<sup>1,2</sup> and Banani Abdelaziz<sup>1,2</sup>**

1. University Mohamed Ben Abdallah of Fez, Faculty of Medecine and Pharmacy Fez.
2. Gynecology and Obstetrics Department I University Hospital Hassan II Fez, Morocco.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 12 June 2024

Final Accepted: 14 July 2024

Published: August 2024

##### Key words:-

Vulvar Cancer, Elderly Woman,  
Vulvectomy

#### Abstract

Vulvar cancer is a rare pathology which represents 3 to 5% of gynecological tumors (1); it mainly affects older women with estrogen deficiency (2). The objective of our study is to describe the epidemiological profile, to report the clinical anatomy, the therapies and the prognosis with a view to discussing them in the light of literature data, and to draw conclusions for better therapeutic charge. Twenty cases of vulvar cancer diagnosed and treated within the obstetrics and gynecology department I, Hassan II university hospital center, Fez, were retrospectively analyzed over a period spread over thirteen years from June 2009 to June 2022. 65% of our patients had an age around 60 years, the perception of a vulvar tumor and the notion of vulvar pruritus were the predominant revealing clinical signs. 60% of patients consulted after a period of 6 months, FIGO stages I and III were predominant with frequency of 40 and 35% respectively. Squamous cell carcinoma is the most common histological type in our study found in 90% of cases. Therapeutically, 80% of cases underwent radical total vulvectomy with bilateral inguinofemoral lymph node dissection followed by radiotherapy in 50% of cases. 4 cases of local recurrences were recorded in our series and 1 case of lymph node recurrence of a vulvar melanoma with distant metastases, 6 cases of death were reported in different tables. In conclusion, raising awareness of the population as well as clinicians about precancerous lesions makes it possible to optimize early diagnosis and promote conservative treatment.

Copyright, IJAR, 2024.. All rights reserved.

#### Introduction:-

Le cancer de la vulve est une pathologie rare qui représente 3 à 5% des tumeurs gynécologiques (1), il touche essentiellement les femmes âgées. Le cancer de la vulve peut être induit dans la majorité des cas par human papilloma virus (HPV), mais il peut survenir également dans d'autres contextes indépendamment de l'HPV(3). Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent et représente 90% des cas (4). Il est précédé par des lésions précancéreuses ou néoplasies intra épithéliales appelées VIN qui peuvent être différenciées associées essentiellement à un lichen scléreux ou indifférenciées associées à une infection à HPV oncogènes (3) et dont l'évolution vers l'invasion pourrait être évitée par leurs diagnostic et leur traitement adéquat. Les mélanomes représentent le deuxième type histologique (5). La chirurgie reste le traitement de choix des cancers vulvaires. Le pronostic dépend principalement du stade initial de la maladie ainsi que du statut ganglionnaire.

**Corresponding Author:- Douzi Najoua**

Address:- University Mohamed Ben Abdallah of Fez, Faculty of Medecine and Pharmacy Fez.

**Materiel Et Methodes:-**

On a réalisé une étude rétrospective portant sur 20 cas de cancer vulvaire pris en charge au sein du service de gynécologie obstétrique I, centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès, pendant une période étalé sur treize ans entre juin 2009 au Juin 2022. Tout dossier incomplet a été exclu de l'étude.

**Resultats:-**

L'âge moyen de nos patientes était 60.6 ans, avec une tranche d'âge allant de 43 ans à 71 ans (figure 1). 85% de nos patientes étaient des multipares (figure 2).

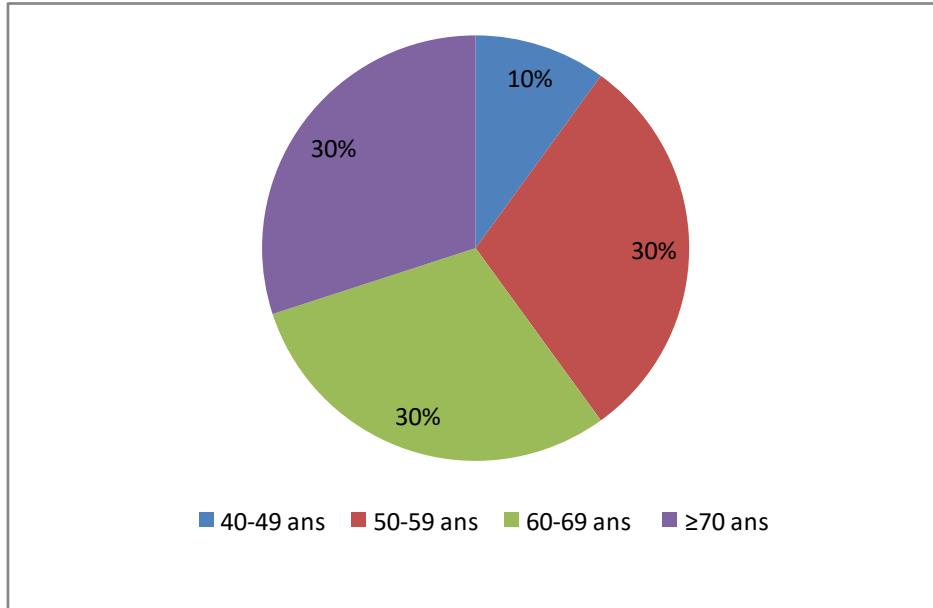


Figure 1:- Tranches d'âge.

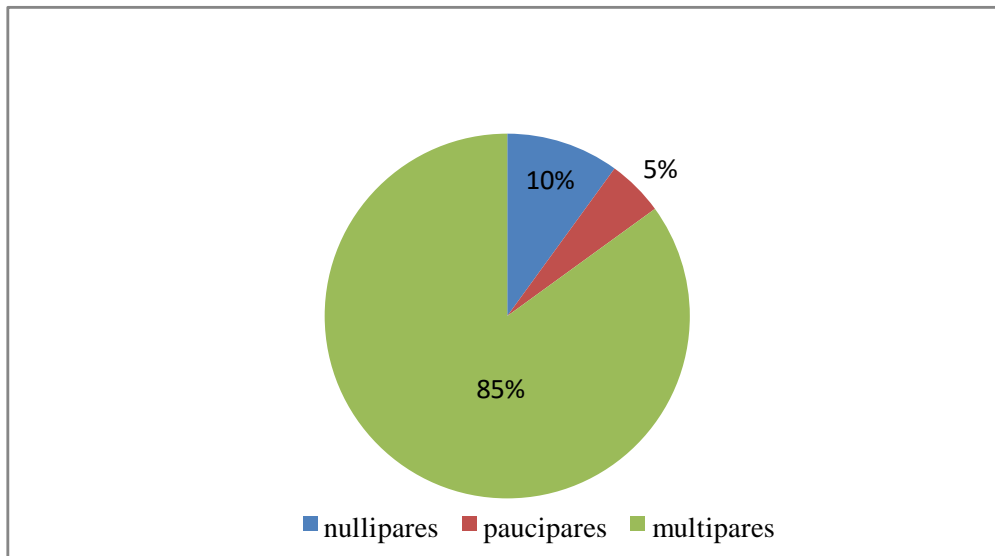
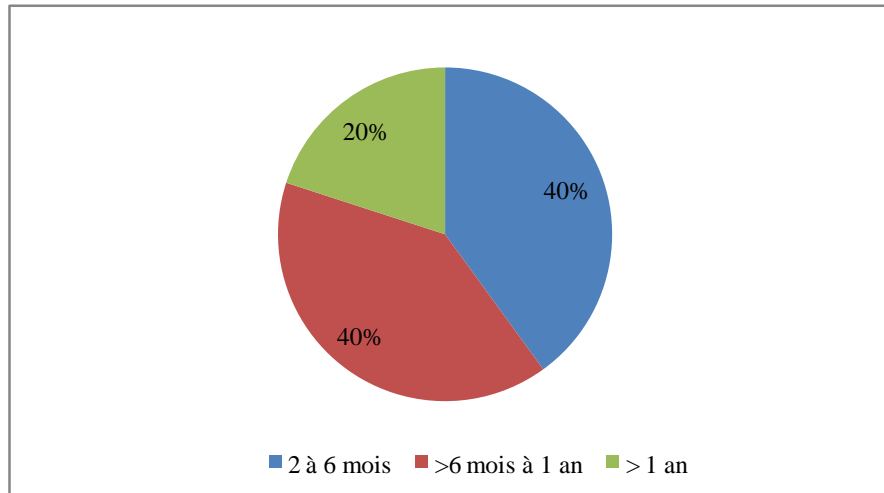


Figure 2:- Répartition des malades selon la parité.

16 de nos patientes sont ménopausées, avec un âge moyen de ménopause de 50 ans. Les quatre patientes restantes étaient en périmenopause. Aucune patiente n'avait une histoire de pathologie néoplasique gynécologique. La recherche de l'HPV n'a pas été faite dans notre étude. 4 patientes étaient suivies pour hypertension artérielle, 2 patientes étaient diabétiques et un cas avec un antécédent de tuberculose

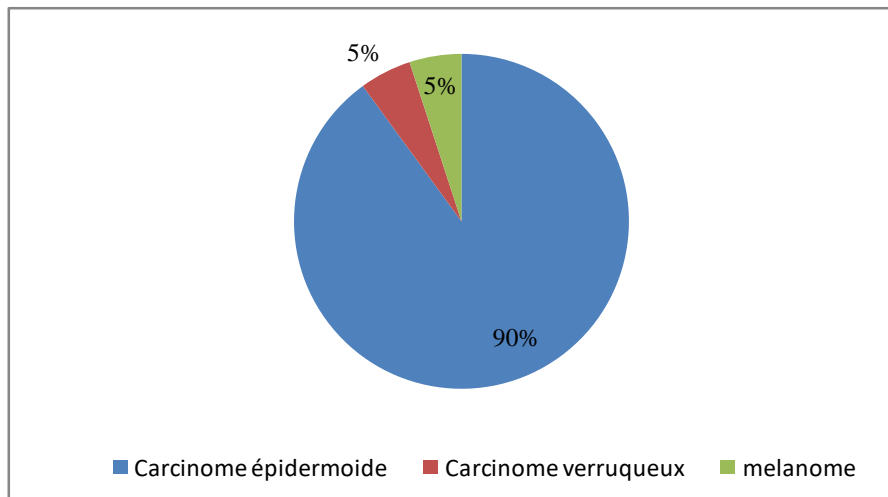
pulmonaire.

Le prurit vulvaire et la sensation d'une tumeur vulvaire par les patientes étaient les principaux éléments motivant la consultation. Ainsi 95% des patientes ont consultés pour tumeur vulvaire, le prurit vulvaire était retrouvé chez 50% des cas. La douleur périnéale était observée dans 30% des cas, le saignement au contact de la lésion vulvaire était observé chez 2 patientes soit 10%. Le délai de diagnostic oscillait entre 2 mois et plus de 1 an comme le montre la figure 3, dans notre série, 60 % des patientes ont consulté après un délai de 6 mois.



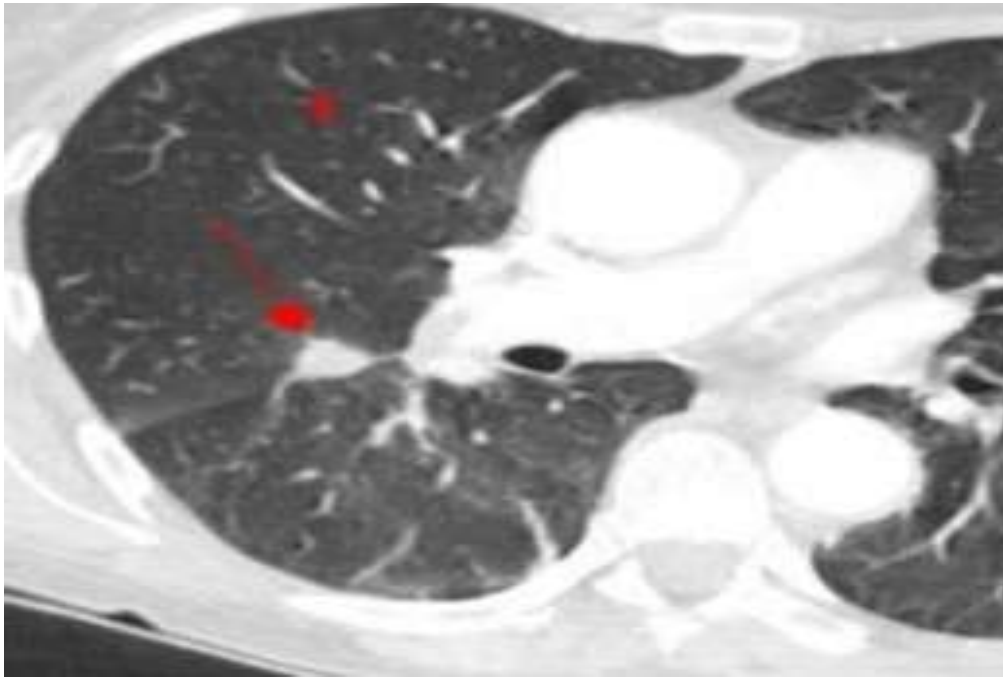
**Figure 3:-** Le délai de la consultation.

L'examen clinique a objectivé que 2 patientes avaient une taille tumorale entre 1-2 cm dans son plus grand axe, 10 patientes avaient une taille tumorale entre 2-4 cm, 6 patientes avaient une taille tumorale à l'admission entre 4-6cm et 2 patientes avaient une taille tumorale dépassant 6 cm. Quant à l'extension locorégionale, on a noté 4 cas d'envahissement du méat urétral (tiers inférieur de l'urètre), deux cas d'extension au tiers inférieur du vagin et trois cas d'extension à la commissure postérieure sans envahissement de la muqueuse anale. La perception d'adénopathies inguinales a été notée chez 7 patientes (soit 35%), bilatérale chez trois patientes alors qu'elle était homolatérale à la tumeur chez quatre patientes (soit 20%). Les aires ganglionnaires inguino-femorales étaient libres chez 13 patientes (soit 65%). Le frottis cervico vaginal a été réalisé chez 40% de nos patientes, revenant normal dans 2 cas, et d'aspect inflammatoire dans le reste des cas avec absence de lésions intra épithéliales notées sur les différents prélèvements et absence de modifications cellulaires en faveur d'une infection à HPV. La biopsie vulvaire étant réalisée chez toutes les patientes revenant en faveur d'un carcinome épidermoïde dans 90% des cas, tandis qu'un seul cas de mélanome vulvaire et un cas de carcinome verruqueux ont été notés (figure 4).



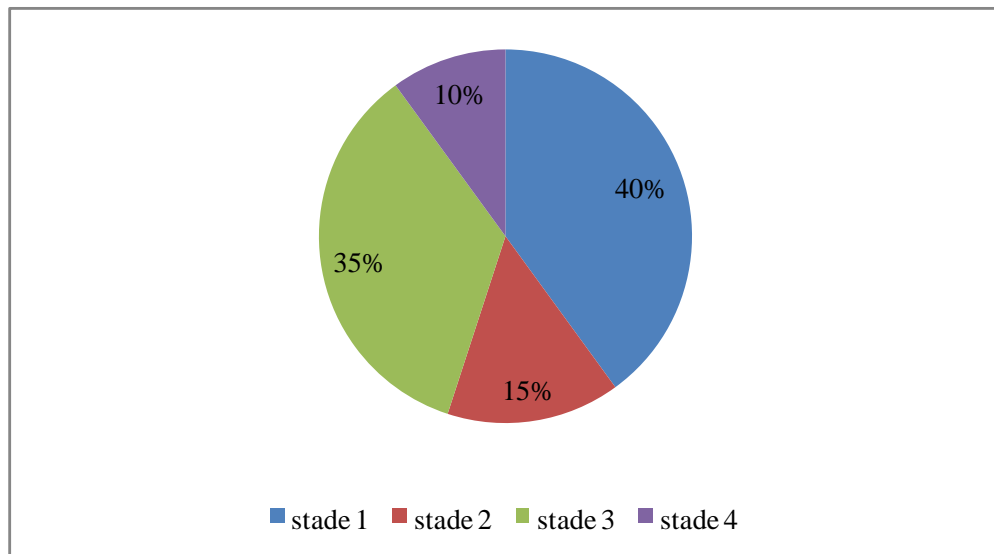
**Figure 4:-** Répartition des cas selon le type histologique.

Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM TAP) a été réalisée dans le cadre du bilan d'extension chez 100% des cas ayant révélé des métastases pulmonaires chez deux patientes (figure 5). Le bilan scannographique des autres patientes n'avait pas révélé d'anomalies notables.



**Figure 5:-** TDM thoracique en coupe axiale objectivant des métastases pulmonaires. Présence de nodules scissuraux.

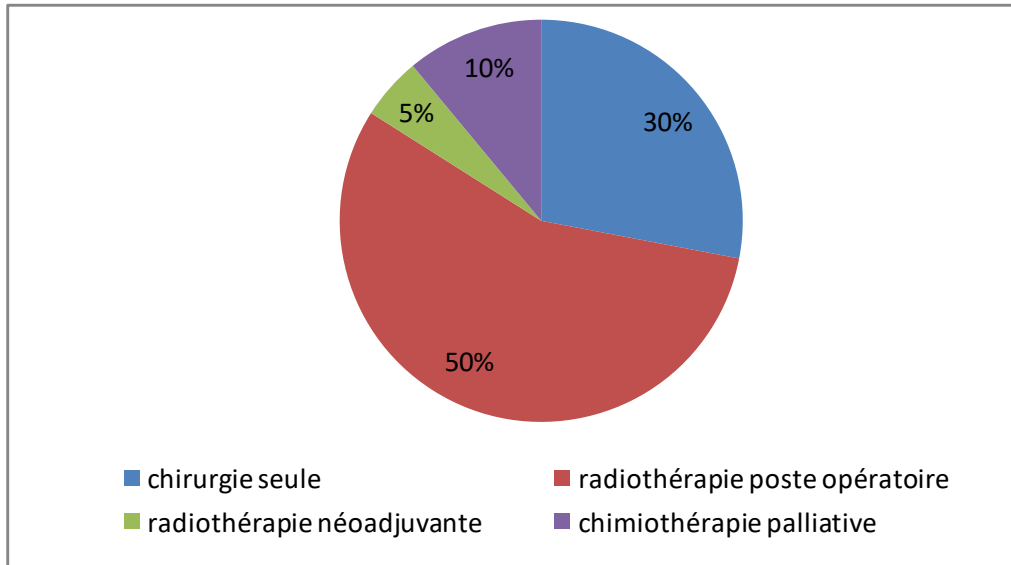
Le stade **I** de FIGO était le plus fréquent avec **8** patientes (40%), suivi du stade **III** avec **7** patientes (35%), puis le stade **II** avec **trois** patientes (15%), et le stade **IV** chez **deux** patientes (10%) (Figure 6).



**Figure 6:-** Répartition des malades selon le stade FIGO 2021.

La vulvécotomie radicale avec curage inguinal bilatéral a été réalisée chez 16 patientes (80%), Le curage inguinal bilatéral superficiel et profond a été pratiqué dans La totalité des cas opérés. La technique du ganglion sentinelle n'a pas été pratiquée chez la totalité de nos patientes opérées. La radiothérapie préopératoire a été proposée pour trois de nos patientes stade II, mais n'était réalisée que chez une seule patiente avec une tumeur localement avancée stade II.

Les deux autres patientes ne se sont pas présentées pour le démarrage du traitement et lors de la réévaluation clinique, la tumeur vulvaire a rapidement évolué avant l'installation de toute thérapeutique. 10 patientes (50%) ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante dont les indications étaient représentées principalement par : tumeur de grande taille supérieure à 4 cm, invasion profonde supérieure à 5 mm, marge chirurgicale étroite, engainement péri nerveux, envahissement vasculaire lymphatique profond, statut ganglionnaire + (N+). Dans notre étude aucune des patientes n'a bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante seule. La chimiothérapie palliative a été proposée pour deux de nos patientes qui avaient une tumeur métastatique d'emblée. (Figure 7)



**Figure 7:-** Répartition des malades selon le traitement instauré.

L'étude histologique de la pièce opératoire était en faveur d'un carcinome épidermoïde dans 15 cas et d'un mélanome vulvaire dans un seul cas. Le suivi clinique de nos patientes a été organisé selon le rythme expliqué dans le tableau 1. Huit de nos patientes n'ont pas présenté de récurrence locale ou à distance après un recul allant de 20 mois à 4 ans, six patientes n'étaient pas joignables. Six cas de décès ont été enregistrés survenant dans différents tableaux : Deux cas sont décédés dans le cadre d'une poursuite évolutive de la maladie, deux cas sont décédés suite à l'évolution vers une récurrence locale puis métastatique et les deux patientes admises en stade IV B ont reçues une chimiothérapie palliative et décédées suite à l'évolution progressive de leur maladie métastatique.

**Tableau 1:-** Rythme du suivi post opératoire.

Années	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> et 5 <sup>ème</sup> année	Au-delà de la 5 <sup>ème</sup> année
Examen clinique	Tout les 3 mois	2 fois/an	1 fois / an

### Discussion:-

Le cancer de la vulve est affection rare et représente 3 à 5% des cancers gynécologiques de la femme (1). Il atteint préférentiellement la femme âgée de plus de 70 ans, mais il existe un premier pic d'incidence entre 40 et 60 ans (6, 7). Dans notre série, on n'a observé que 65% des patientes avaient un âge aux alentours de 60 ans ce qui concorde avec les données de la littérature (8 ; 9). Cette pathologie se développe en principe sur les VIN, soit VIN HPV induite survenant le plus fréquemment chez les patientes jeunes avec un risque d'évolution vers un cancer estimé à 5.7% (10), soit VIN différenciées non induites par l'HPV ou des dystrophies vulvaires chroniques comme le lichen scléreux vulvaire dont l'hypoeostrogenie joue un rôle prédominant et qui surviennent chez des patientes plus âgées (11), le risque de cancérisation est estimé à 32.8% (10). Les manifestations cliniques sont variables, pour la majorité des auteurs, le prurit vulvaire est le symptôme révélateur le plus fréquemment retrouvé (12, 13,14), d'autres symptômes sont aussi observés tel que la découverte d'une tumeur vulvaire, des ulcérations vulvaires, des adénopathies inguinales, un saignement ou de symptômes urinaires. Dans notre série, la sensation d'une tumeur vulvaire et la notion de prurit vulvaire constituaient les motifs de consultation les plus souvent rencontrés. Le diagnostic des cancers vulvaires est souvent posé tardivement en Afrique (2, 15, 16,17), dans notre série, 60% des patientes ont consultés après un délai de 6 mois, ceci est expliqué l'ignorance, la pudeur, ainsi que le bas niveau

socioéconomique. Le stade I de FIGO est prédominant dans notre série représentant 40% des cas, suivi du stade III dans 35% des cas puis du stade II avec 15%, le stade IV n'était retrouvé que dans 10% des cas. La biopsie constitue l'examen de référence pour poser le diagnostic, dans notre série, elle a été réalisée chez toutes les patientes et dont le résultat est revenu en faveur d'un carcinome épidermoïde dans 90% des cas, ce qui concorde avec les données de la littérature (18). Le traitement du cancer de la vulve est essentiellement chirurgical, cette chirurgie consiste, dans la plupart des cas, en une vulvectomie totale avec un curage ganglionnaire inguinofemorale bilatérale. Le traitement conservateur, une approche moins mutilante, est à considérer chez les patientes les plus jeunes dans le but de conserver au maximum leur sexualité (19,20, 21). La méthode du ganglion sentinelle est prometteuse et en cours d'évaluation (22). Dans notre série 80% des cas ont bénéficié d'une vulvectomie totale radicale et d'un curage ganglionnaire inguinofemorale bilatérale. 50% des patientes ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante. La radiochimiothérapie concomitante ou la chimiothérapie en situation neoadjuvante trouvent leur place dans les tumeurs localement avancées (23,24). Dans notre étude une seule patiente a bénéficié d'une radiothérapie préopératoire. Pour les tumeurs métastatiques stade IVB, la chimiothérapie à base de platine-taxanes est une indication de choix associé ou non à des thérapies ciblées (24), l'indication a été faite chez deux de nos patientes. Selon the European Society of Gynecological Oncology (ESGO), la surveillance des cancers vulvaires se fait de façon périodique tous les trois à quatre mois pendant les deux premières années puis tous les six mois les troisième et quatrième années (23). Cette surveillance doit être entretenue vu le risque de récurrence qui peut survenir tardivement (23,25). Dans notre série, on a noté quatre cas de récurrence locale vulvopérinéale, et un seul cas de récurrence ganglionnaire d'un mélanome vulvaire avec des métastases à distance. La survie globale à cinq ans est élevée pour les stades localisés et atteint 85%, alors qu'elle est très faible pour les stades métastatiques et ne dépasse pas 5% (26).

### Conclusion:-

Le cancer de la vulve est un cancer rare touchant le plus souvent la femme âgée, toutefois un abaissement de l'âge moyen a été observé, d'où l'intérêt de la couverture vaccinale par le vaccin HPV. La prise en charge précoce des lésions précancéreuses ainsi que la sensibilisation des femmes sur l'importance de l'auto surveillance permettraient de développer une prise en charge thérapeutique plus conservatrice et d'améliorer la survie des patientes.

### References:-

1. Leblanc E, Naruducci F, Boukerrou M, Querleu. Chirurgie Du Cancer De La Vulve. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques Et Médicales Elsevier Sas, Paris, Tous Droits Réservés), Gynécologie, 41-890, 2007;1.
2. Zongo N, Korsaga-Somé N, Banata Gang-Ny A, Ouangré E, Zida M, Ouédraogo As, Et Al. Cancer Of The Vulva In Burkina Faso: A Hospitalbased Case Series. Infect Agent Cancer 2016;11:33.
3. N.F. Hacker et al. Cancer of the vulva Int J Gynaecol Obstet (2015)
4. El Kerroumi M, Ennachit M, Hissane M. Les Cancers De La Vulve : Les Cancers Gynéco-Mammaires. Esp Méd A 2011;177(8):242-246.
5. Boer FL, Ten Eikelder MLG, Kapiteijn EH, Creutzberg CL et al. Vulvar malignant melanoma: Pathogenesis, clinical behaviour and management: Review of the literature. Cancer Treat Rev. 2019 ;73:91-103.
6. Judson, Pl. Trends In The Incidence Of Invasive And In Situ Vulvar Carcinoma. Obstet Gynecol 2006;107(5):1018-22.
7. Jones, R. W. Mclean, Mr. Carcinoma In Situ Of The Vulva: A Review Of 31 Treated And Five Untreated Cases. Obstet Gynecol 1986;68:499-503.
8. Phillippe, E. Charpin, C. Vulve, Pathologie Gynécologique Et Obstétricale 1992 :1-21.
9. Mahjoub, S. Ben Brahim, F. Ben Hmid. Prise En Charge Des Tumeurs Malignes De La Vulve. Tunisie Médicale 2008;12(86):1055-1059.
10. Van De, Nieuwenhof Hp. Massuger, Lfag. Van Der Avoort, Iam. Bekkers, Rlm. Casparie, M. Abma, W. Et Al. Vulvar Squamous Cell Carcinoma Development After Diagnosis Of VIN Increases With Age. Eur J Cancer 2009;45(5):851-6.
11. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, Body G, Levêque J, Et Al. Vulvar Intraepithelial Neoplasia: Classification, Epidemiology, Diagnosis, And Management. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2020;49(9):101801.
12. Deruelle, P. Collinet, P. Thomas, P. Etude Clinique Et Pronostic De 56 Cas De Néoplasie Intra-Epithéliales Vulvaires. Gynécol Obstet Fertil 2005 ; 33 : 755-61.
13. Heintz, M.P. Ansink, A.C. Epidemiology And Etiology Of Squamous Cell Carcinoma Of The Vulva. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993; 48: 111-5.
14. Tyring, K. Vulvar Squamous Cell Carcinoma: Guidelines For Early Diagnosis And Treatment. Am J Obstet

- Gynecol 2003; 189: 517-23.
15. Eke Ac, Alabi-Isama Li, Akabuike Jc. Management Options For Vulvar Carcinoma In A Low Resource Setting. *World J Surg Oncol* 2010;8:94.
  16. Xavier, D. Richer, P. Anatomie Clinique De L'appareil Génital Féminin. *Encycl Méd Chir Gynécologie*, 2003, 10-A-10.
  17. Sedki. A, Cancer De La Vulve A Propos De 7cas Colligés En 3ans A La Maternité Souissi A Rabat. Thèse Doctorat Médecine, Rabat, 2001,N°29, 68 Pages.
  18. Renaud-Vilmer. C, Lasry. S, Labib. A, Cavelier-Balloy, B. Pathologie Maligne Vulvaire Chez L'adulte. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques Et Médicales Elsevier Sas, Paris, Tous Droits Réservés), Gynécologie*, 510-A-30,2008;2.
  19. Belghmi, D. Cancer De La Vulve. Thèse Méd Casablanca 2000 ; N°374
  20. Danino, M.A, O. Trost, P. Trouilloud, Malka J. Techniques Chirurgicales Des Curages Ganglionnaires Inguinaux. *Encycl Médi Chir, Techniques Chirurgicales- Chirurgie Plastique Reconstructrice Et Esthétique* 2006 ; 45-142-C
  21. Panici P, B. S.Basile, F. Plotti, L. Muzii, Et Al. Single Agent Cisplatin Chemotherapy In Surgically Resected Vulvar Cancer Patients With Multiple Inguinal Lymph Node Metastases, *Gynecol Oncol*, 2005 ; 96 : 227-31.
  22. Levenback ,C. Burke, Tw. Gershenson, Dm. Morris, M. Malpica, A. Ross, Mi. Intraoperative Lymphatic Mapping For Vulvar Cancer. *Obstet Gynecol* 1994;84:163-7.
  23. Oonk Mhm, Planchamp F, Baldwin P, Bidzinski M, Brännström M, Landoni F, Et Al. European Society Of Gynaecological Oncology Guidelines For The Management Of Patients With Vulvar Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2017;27(4):832–7.
  24. Deppe G, Mert I, Belotte J, Winer Is. Chemotherapy Of Vulvar Cancer: A Review. *Wien Klin Wochenschr* 2013;125(6):119–28.
  25. Klapdor R, Hillemanns P, Wölber L, Jückstock J, Hilpert F, De Gregorio N, Et Al. Outcome After Sentinel Lymph Node Dissection In Vulvar Cancer: A Subgroup Analysis Of The Ago-Care1 Study. *Ann Surg Oncol* 2017;24(5):1314–21.
  26. Hill-Daniel J, Roett Ma. Genital Cancers In Women: Vulvar Cancer. *Fp Essent* 2015; 438: 31–43 [Pmid: 26569049].