

RÉFÉRENTIELS DE L'AP-HP

Référentiel Cancer de la vulve

Juin 2016

Sommaire

Préambule	3
Classification FIGO 2009 du cancer la vulve	4
Classification TNM du cancer de la vulve (7 ^{ème} édition 2009)	5
I. Anatomopathologie	9
II. Bilan initial	10
A - L'examen clinique	
B - Bilan paraclinique	
C - Bilan d'opérabilité	
III. Moyens thérapeutiques	11
A - Chirurgie	
B - Radiothérapie	
C - Curiethérapie	
D - Chimiothérapie	
IV. Prise en charge thérapeutiques des patientes médicament opérables	12
A - Stade IA (FIGO 2009)	
1. Chirurgie	
B - Stade IB UNIFOCAL (FIGO 2009)	
1. Chirurgie	
2. Radiothérapie	
C - Stade I MULTIFOCAL et stade II (FIGO 2009)	
1. Chirurgie	
2. Radiothérapie	
D - Stade III (FIGO 2009)	
E - Stade IVA (FIGO 2009)	
F - Stade IVB (FIGO 2009)	
V. Prise en charge thérapeutiques des patientes médicament inopérables	15
A - Stade IB UNIFOCAL (FIGO 2009)	
B - Stade IB MULTIFOCAL ET STADE II (FIGO 2009)	
C - Stade III (FIGO 2009)	
D - Stade IVA (FIGO 2009)	
E - Stade IVB (FIGO 2009)	
VI . Surveillance	16
Références	17
Rémerciements	19

Préambule

Ce référentiel constitue le résultat de réflexions menées au sein du groupe de travail Sein Gynécologie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) auquel a participé l'ensemble des services et des centres experts impliqués dans la prise en charge des cancers de la vulve. Les propositions thérapeutiques qui découlent de cette réflexion servent de supports aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Avertissements

Si vous n'êtes pas un professionnel de santé : les référentiels sont mis à votre disposition à titre d'information. Ils servent de guide à l'équipe médicale. L'information qui y apparaît ne peut en aucun cas se substituer au diagnostic ou à la proposition de traitement fait par un médecin. Tous les cas sont uniques et votre situation ne correspond pas obligatoirement, à une des situations présentées dans ces référentiels.

Si vous êtes un professionnel de santé : l'utilisation des référentiels mis à votre disposition s'effectue sous votre responsabilité sur le fondement des principes déontologiques de l'exercice de la médecine. Ils vous sont communiqués au titre d'informations qu'il vous appartient d'utiliser dans le cadre d'un dialogue avec le patient et en fonction de son état pathologique.

Classification FIGO 2009 du cancer de la vulve

Stade I	Tumeur limitée à la vulve et au périnée. Pas de métastase ganglionnaire
Stade I A	Tumeurs ≤ 2 cm limitées à la vulve ou au périnée et invasion stromale ≤ 1 mm Pas de métastase ganglionnaire
Stade I B	Tumeurs >2 cm limitées à la vulve ou au périnée ou invasion stromale >1 mm Pas de métastase ganglionnaire
Stade II	Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement de structures périnéales adjacentes (1/3 inf de l'urètre et/ou 1/3 inf du vagin et/ou de l'anus). Pas de métastase ganglionnaire
Stade III	Tumeur (quelle que soit la taille) avec ou sans envahissement de structures périnéales adjacentes (1/3 inf de l'urètre et/ou 1/3 inf du vagin et/ou de l'anus) et métastase ganglionnaire régionale unilatérale
Stade III A	Métastase(s) d'un ou deux ganglions <5 mm ou d'un ganglion >5 mm
Stade III B	Métastases ≥ 3 ganglions <5 mm ou métastases ≥ 2 ganglions >5 mm
Stade III C	Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
Stade IV	Envahissement tumoral d'autres structures régionales (> 2/3 urètre, > 2/3 vagin) ou à distance
Stade IV A	Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées
Stade IV B	Métastases à distance incluant les ganglions pelviens

D'après FIGO cancer report 2015. Hacker NF, Eifel PJ, van der Velden J. Cancer of the vulva. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Oct;131 Suppl 2:S76-83.

Classification TNM du cancer de la vulve (7^{ème} édition 2009)

T1	Tumeur limitée à la vulve/au périnée
T1a	<2cm avec invasion stromale ≤ 1 mm
T1b	>2cm ou invasion stromale >1 mm
T2	Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anus
T3	Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale ou du pelvis
Nx	Statut ganglionnaire non évaluable
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1a	Métastase(s) d'un ou deux ganglions <5 mm
N1b	Métastase d'un ganglion >5 mm
N2a	Métastases de 3 ganglions ou plus <5 mm
N2b	Métastases de 2 ganglions ou plus >5 mm
N2c	Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
N3	Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées
Mx	Statut métastatique à distance non évaluable
M0	Pas de métastase à distance
M1	Métastases à distance

I. Anatomopathologie

Les cancers primitifs de la vulve sont de nature histologique variée :

- les tumeurs épithéliales (90 %) : carcinomes épidermoïdes, verruqueux, basocellulaires
- les tumeurs glandulaires : maladie de Paget vulvaire
- les adénocarcinomes, carcinomes de la glande de Bartholin
- les tumeurs mésenchymateuses : léiomyosarcome, rhabdomyosarcome, angiosarcome, liposarcome
- les tumeurs mélanocytaires : mélanome cutané ou muqueux
- les lymphomes
- les tumeurs neuroendocrines
- les schwannomes malins.

Le compte-rendu anatomo-pathologique de la pièce opératoire doit comporter :

- le type histologique différenciation (grade histologique)
- l'infiltration : mesure de la pénétration tumorale à partir du derme papillaire jusqu'à la limite profonde de l'envahissement tumoral
- les limites de la pièce avec marge minimale en mm
- les embolies lymphatiques.

Le compte-rendu anatomo-pathologique ganglionnaire doit comporter :

- la technique d'analyse anatomopathologique des ganglions sentinelles
- le nombre de ganglions prélevés et/ou envahis par curage (si bilatéral)
- l'effraction capsulaire ganglionnaire et la taille des plus gros ganglions
- la taille de la plus grosse métastase ganglionnaire

Pour faciliter la mise en place de la préservation de fertilité :

- l'équipe en charge du traitement oncologique adresse le plus tôt possible, idéalement lors de la consultation d'annonce, le(la) patient(e) à l'équipe en charge de la préservation de la fertilité
- l'équipe en charge de la préservation de la fertilité s'organise pour donner, sous 48h au maximum en cas d'urgence, tout au long de l'année, un rendez-vous.

II. Bilan initial

A. L'examen clinique

L'examen clinique initial soigneux devra préciser :

- la recherche de multifocalité
- le côté droit ou gauche, antérieur, postérieur/taille/mobilité par rapport aux plans sous-jacents/ extension de voisinage : méat urétral, marge anale, paroi vaginale
- l'examen du col (frottis avec recherche de lésion HPV), du vagin et de la marge anale (éventuel frottis) et du canal anal
- l'examen des aires ganglionnaires : inguinale, rétro crurale, sus-claviculaire. La fiabilité de l'examen clinique est faible : en particulier le caractère fréquemment surinfecté du cancer vulvaire augmente le risque de faux positifs. La ponction cytologique, au besoin écho guidée, peut être utile pour préciser le diagnostic préopératoire
- un schéma de la lésion et des aires ganglionnaires doit être réalisé (il est particulièrement utile en cas de traitement néoadjuvant par radiochimiothérapie concomitantes).

B - Bilan paraclinique

Il comprend :

- la biopsie de la lésion pour examen anatomo-pathologique
- une colposcopie (en cas d'anomalie cervicale)
- selon la localisation de la tumeur : urétroscopie ± cystoscopie, anoscopie (parenté HPV du carcinome épidermoïde du canal anal), rectoscopie
- une échographie inguinale avec cytoponction ganglionnaire si (et seulement si) adénopathies inguinales suspectes cliniques et/ou sur l'IRM
- une imagerie injectée en coupes : exploration des chaînes ganglionnaires pelviennes et lombo-aortiques avec la précision sur l'extension locale
- une IRM pelvienne pour le bilan d'extension tumoral local et ganglionnaire pelvien
- une TEP dans les formes localement avancées (T2, T3, T4 ou adénopathie inguinale)
- à défaut une TDM thoraco-abdomino-pelvienne peut être proposée pour le bilan d'extension ganglionnaire lombo-aortique et la recherche de lésions secondaires viscérales.

C - Bilan d'opérabilité

Il comprend :

- l'évaluation précise des comorbidités (par exemple : risque thromboembolique, obésité, diabète...)
- la consultation d'anesthésiologie (score ASA)
- l'évaluation oncogériatrique (score de Balducci), échelle de screening G8, et si justifié, consultation onco-gériatrique.

III. Moyens thérapeutiques

A - Chirurgie

Les différentes procédures opératoires sont :

- la vulvectomy totale
- l'exérèse large conservatrice avec marge centimétrique (vulvectomy partielle) et une pièce orientée
- l'utilisation des techniques de chirurgie reconstructrice
- l'exentération pelvienne
- la procédure du ganglion sentinelle par méthode combinée colorimétrique et isotopique uni ou bilatérale
- la lymphadénectomie inguino-fémorale des groupes superficiels (uni ou bilatérale selon la stadification).

B - Radiothérapie

Radiothérapie externe (RTE)

Radiothérapie conformationnelle 3D (RC 3D) avec ou sans modulation d'intensité.

La radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) doit être privilégiée en cas de RTE étendue au pelvis et incluant les aires inguinales.

- volumes cibles : vulve, les aires ganglionnaires inguinales ± chaînes iliaques externes en fonction du stade tumoral
- dose de 45 à 50 Gy en 5 semaines avec ou sans une chimiothérapie concomitante de potentialisation (1,8 à 2 Gy par fraction)
- en cas de radiothérapie exclusive, la dose sera de 66 à 70 Gy sur le volume cible tumoral (PTV T). La dose aux ganglions (PTV N) sera fonction de l'atteinte macroscopique.

C - Curiethérapie

Curiethérapie interstitielle en bas débit pulsé (PDR) selon les recommandations du GEC-ESTRO.

En complément de la radiothérapie externe en fonction de l'évaluation des marges histologiques d'exérèse ou sur tumeur en place.

Dose de 10 à 15 Gy.

D - Chimiothérapie

Sels de platine ± 5FU (selon avis cardiologique et/ou néphrologique si besoin).

IV. Prise en charge thérapeutique des patientes médicalement opérables

DISCUSSION DE CHAQUE CAS EN RCP AVANT TOUTE MISE EN ROUTE D'UNE THERAPEUTIQUE

A- Stade IA (FIGO 2009)

1. Chirurgie

Lésion unifocale : vulvectomy partielle superficielle passant au moins 2 cm (dans la mesure des possibilités anatomiques) en dehors de la lésion (8 mm histologiques après fixation). Si la lésion est proche de l'urètre, une résection de 1 cm est acceptable sans préjudice sur la continence.

Lésions multifocales (VIN associée) : vulvectomy totale superficielle.

Attention : dans l'éventualité, très rare dans ces formes précoces, de la présence d'embolies vasculaires dans les biopsies préopératoires, la vulvectomy ne doit pas être superficielle. L'évaluation ganglionnaire doit être reconsidérée à la lumière du compte rendu histologique définitif.

Le risque de métastases ganglionnaires étant infime, il n'y a aucune indication à réaliser un curage ganglionnaire ni un prélèvement du ganglion sentinelle.

B - Stade IB UNIFOCAL (FIGO 2009)

1. Chirurgie

Vulve

- Vulvectomy partielle avec, dans la mesure des possibilités anatomiques, 2 cm de marges macroscopiques (8 mm histologiques) jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne :
 - o si lésion latérale : exérèse large ou hémi-vulvectomy
 - o si lésion médiane (<1 cm de la ligne médiane) : exérèse large ou hémi-vulvectomy antérieure ou postérieure.
- Vulvectomy totale en cas de lésions précancéreuses multifocales associées.
- Collaboration avec une équipe de chirurgie reconstructrice pour l'utilisation de lambeaux de couverture.

Ganglions inguinaux

L'infiltration de la lésion initiale >1 mm fait poser l'indication d'une évaluation et/ou d'un traitement ganglionnaire :

- recherche du ganglion sentinelle en première intention si la lésion mesure moins de 4 cm
 - o méthode combinée radio-isotopique et colorimétrique. Les indications doivent être raisonnées et les conditions de recherche bien respectées. Le chirurgien devra être entraîné à la recherche du ganglion sentinelle (pour un autre organe)
 - o pas d'indication dans les cancers du clitoris (risque de récurrence inguinale)
 - o dans les tumeurs médianes, l'évaluation ganglionnaire par la technique du ganglion sentinelle doit être réalisée des 2 côtés
 - o si le ganglion sentinelle n'est pas retrouvé (échec d'identification) d'un côté alors un curage ganglionnaire inguino-fémoral homolatéral est indiqué.
- curage inguino-fémoral (superficiel et profond) homolatéral si lésion latéralisée. La positivité extemporanée ou du résultat définitif fait envisager un traitement ganglionnaire controlatéral. De même qu'un curage bilatéral doit être envisagé si la lésion est située à moins de 1 cm de la ligne médiane.

2. Radiothérapie

Vulve

En cas de berges positives ou de marges < 8 mm et en l'absence de possibilité de reprise chirurgicale, en cas d'emboles ou d'infiltration en profondeur > 5 mm : RTE vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 15 Gy sur les berges positives ou insuffisantes.

Aires ganglionnaires pelviennes et inguinales

Si lymphadénectomie positive quel que soit le nombre de N+ ou en l'absence de curage :

- radiothérapie pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy en privilégiant la RCMI
- discuter chimiothérapie concomitante de potentialisation en fonction des facteurs de risques et des comorbidités. En cas de chimiothérapie associée, privilégier le fractionnement de 5 fois 1.8Gy/ semaine.

C - Stade I MULTIFOCAL ET STADE II (FIGO 2009)

1. Chirurgie

Vulve

Vulvectomie totale avec, dans la mesure des possibilités anatomiques, 2 cm de marges macroscopiques élargie jusqu'à l'aponévrose périnéale moyenne.

Collaboration avec une équipe de chirurgie reconstructrice pour l'utilisation de lambeaux de couverture.

Ganglion inguino fémoraux

Curage inguino-fémoral superficiel et profond.

A priori pas d'indication au ganglion sentinelle.

2. Radiothérapie

Vulve ± territoires ganglionnaires

En cas de berges positives ou de marges histologiques <8 mm et en l'absence de possibilité de reprise chirurgicale, en cas d'emboles ou d'infiltration en profondeur >5 mm : RTE périnéale 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 15 Gy sur les berges positives ou marges insuffisantes.

Aires ganglionnaires pelviennes et inguinales

Si lymphadénectomie positive ou absence de curage : privilégier la RCMI pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy en fractionnement classique de 5 fois 1.8 ou 2 Gy par semaine.

Discuter une chimiothérapie concomitante de potentialisation en fonction des facteurs de risques et des comorbidités. En cas de chimiothérapie associée, privilégier le fractionnement de 5 fois 1.8Gy/ semaine.

D - Stade III (FIGO 2009)

Vulve

Deux situations doivent être envisagées concernant le traitement de la vulve :

- l'exérèse est possible d'emblée, le traitement doit alors comporter :
 - o une vulvectomie totale radicale et élargie
 - o en cas de berges atteintes ou de marges <8 mm, discussion au cas par cas : soit une reprise chirurgicale, soit une irradiation complémentaire, principalement en fonction du caractère focal ou non de l'atteinte des berges.
 - o la collaboration avec une équipe de chirurgie reconstructrice est recommandée.
- l'exérèse est impossible d'emblée : indication d'un traitement néoadjuvant:
 - o radiothérapie si possible associée à une chimiothérapie. Nécessité d'une discussion en RCP et d'une consultation chirurgicale avant toute mise en route du traitement néoadjuvant
 - o à l'issue de ce traitement, trois possibilités se dessinent en fonction de l'évaluation à 4 semaines après la radiothérapie :

- régression clinique complète : des biopsies dirigées sont réalisées sur d'éventuelles zones suspectes. Si les biopsies sont négatives, en l'absence de chirurgie, un complément de RTE est possible (66 à 70 Gy). Une exérèse est réalisée en cas de résidus microscopiques, guidée par les prélèvements préopératoires.
- régression partielle rendant la tumeur accessible à une exérèse chirurgicale : l'exérèse de la zone tumorale doit être large, radicale en profondeur. Si les berges d'exérèse sont inférieures à 5 mm, on peut discuter une radiothérapie complémentaire conduite jusqu'à une dose totale de 65 Gy ou une curiethérapie.
- régression insuffisante pour permettre une exérèse complète de la tumeur : la seule possibilité restante est de compléter la radiothérapie.

Ganglions inguinaux

Si l'exérèse vulvaire a été possible d'emblée : curage inguino-fémoral bilatéral sauf cas d'adénopathie fixée.

Pour les tumeurs de la ligne médiane (du clitoris en particulier) avec suspicion d'atteinte iliaque au scanner (drainage direct possible), il est justifié, en l'absence d'atteinte inguinale évidente (Cf. bilan paraclinique) de pratiquer une exploration iliaque des adénopathies suspectes. En cas de traitement néoadjuvant: irradiation inguino-iliaque puis réévaluation.

E - Stade IVA (FIGO 2009)

- Soit association radio-chimiothérapie concomitante (ARCC) préopératoire à la dose de 45 à 50 Gy en 5 semaines (5 fois 1.8 Gy/semaine) associée à du 5FU et/ou des sels de platine (en fonction des comorbidités), puis chirurgie.
- Soit chirurgie première à type d'exentération avec procédé de reconstruction par lambeau.
- Si berges positives ou marges <8 mm (5 mm pour l'urètre) ou emboles ou infiltration en profondeur >5 mm : RTE vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par curiethérapie interstitielle (ou RTE) à la dose de 15 Gy sur les berges positives ou insuffisantes.
- Si lymphadénectomie positive ou absence de curage :
 - o privilégier la RCMI pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy
 - o discuter la chimiothérapie concomitante en fonction des facteurs de risques et des comorbidités. En cas de chimiothérapie associée, privilégier le fractionnement de 5 fois 1.8Gy/ semaine.

F - Stade IVB (FIGO 2009)

Chimiothérapie palliative.

RTE palliative symptomatique.

Prise en charge précoce au sein d'une unité de soins palliatifs.

V - Prise en charge thérapeutique des patientes médicalement inopérables

A - Stade IB UNIFOCAL (FIGO 2009)

RTE vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 15 Gy dans le lit tumoral.

Privilégier la RCMI pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy selon un fractionnement classique.

Une chimiothérapie concomitante de potentialisation est rarement retenue, fonction des facteurs de risques et des comorbidités.

B - Stade IB MULTIFOCAL ET STADE II (FIGO 2009)

RTE vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines et complément par RTE ou curiethérapie interstitielle à la dose de 15 Gy dans le lit tumoral.

Privilégier la RCMI pelvienne et inguinale 45 à 50 Gy selon un fractionnement classique.

Une chimiothérapie concomitante de potentialisation est rarement retenue, fonction des facteurs de risques et des comorbidités.

NB : une tumeur dont l'évolutivité locale ou le gros volume initial ferait envisager une chirurgie première de morbidité trop aléatoire compte tenu des comorbidités peut faire envisager en RCP l'option d'une radiothérapie première ± potentialisée par une chimiothérapie suivie d'une réévaluation de la possibilité d'une chirurgie.

C - Stade III (FIGO 2009)

ARCC avec 5FU - sels de platine en l'absence de contre-indication.

Privilégier la RCMI pelvienne et inguinale et vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines.

Complément par RCMI ou curiethérapie interstitielle sur le lit tumoral pour porter la dose à 66 - 70 Gy.

D - Stade IVA (FIGO 2009)

ARCC avec 5FU - sels de platine en l'absence de contre-indication.

Privilégier la RCMI pelvienne et inguinale et vulvaire 45 à 50 Gy en 5 semaines.

Complément par RCMI ou curiethérapie interstitielle sur le lit tumoral jusqu'à un niveau de dose de 66 - 70 Gy.

E - Stade IVB (FIGO 2009)

Chimiothérapie palliative.

RTE palliative symptomatique.

Prise en charge précoce au sein d'une unité de soins palliatifs.

VI - Surveillance

Il est préconisé la constitution pour la patiente d'un calendrier de soins (support écrit remis à la patiente).

Examen périnéal et touchers pelviens, palpation ganglionnaire tous les 3 à 4 mois pendant 1 an, puis tous les 6 mois pendant 2 ans.

Surveillance échographique inguinale ± cytologie tous les 4 à 6 mois pendant les 2 premières années.

Chez les patientes n'ayant pas reçu de radiothérapie: survenue d'une récurrence ganglionnaire dans 4,6 à 19 % des cas avec prédominance dans le groupe N+ (31% versus 5 %) majoritairement dans les 2 ans.

Le délai moyen de survenue est de 7 mois. Seules 10 % de ces récurrences sont rattrapables par la chirurgie et/ou la radiothérapie. Leur très mauvais pronostic est illustré par une survie moyenne de 9 mois après la récurrence ganglionnaire.

L'imagerie en coupe est une option en l'absence de traitement par RTE ou 6 à 8 semaines après une radiothérapie exclusive ou une radiochimiothérapie.

Références

- 1) Butler JS, Milliken DA, Dina R, Eccles SA et al. Isolated groin recurrence in vulval squamous cell cancer (VSCC). The importance of node count. *Eur.J.Gynaec.Oncol*,5,2010,510513
- 2) CourtneyBrooks M, Sukumvanich, Beriwal S, Zorn KK et al. Does the number of nodes removed impact survival in vulvar cancer patients with nodenegative disease? *Gynecol.Oncol*,117, 2010,308311
- 3) Le T, Elsugi R, Hopkins L, Faught W, FungKeeFungM. The definition of optimal inguinal femoral nodal dissection in the management of vulva squamous cell carcinoma. *Ann.Surg.Oncol*, 147, 2007, 21282132
- 4) Levenback CF, Ali S, Coleman RL, Gold MA et al. Lymphatic Mapping and Sentinel Lymph Node Biopsy in Women With Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Gynecologic Oncology Group Study. *J ClinOncol*. 2012 Jul 2.
- 5) Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J GynaecolObstet*. 2009;105(2):1034
- 6) Van der Zee AG, Oonk MH, De Hullu JA, Ansink AC, et al. Sentinel node dissection is safe in the treatment of early stage vulvar cancer. *J ClinOncol*. 2008;26(6):8849
- 7) Parthasarathy A, Cheung MK, Osann K, Husain A et al. The benefit of adjuvant radiation therapy in single node positive squamous cell vulvar carcinoma. *Gynecologic Oncology* 2006; 103: 10959
- 8) Oonk MH, Van Hemel BM, Hollema H, de Hullu JA et al. Size of sentinel node metastasis and chances of nonsentinel node involvement and survival in early stage vulvar cancer: results from GROINSSV, a multicentre observational study. *Lancet Oncol* 2010; 11: 646–52 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20537946>).
- 9) Levenback CF, Van der Zee AGJ, Rob L, Plante M et al. Sentinel lymph node biopsy in patients with gynecologic cancers. Expert panel statement from the International Sentinel Node Society Meeting, February 21, 2008. *Gynecologic Oncology* 2009; 114: 1516.
- 10) Gordinier ME, Malpica A, Burke TW, Bodurka DC et al. Groin recurrence in patients with vulvar cancer with negative nodes on superficial inguinal lymphadenectomy. *GynecolOncol*. 2003; 90: 6258
- 11) Gonzalez Bosquet J, Magrina JF, Gaffey TA, Hernandez JL et al. Long term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva. *GynecolOncol*. 2005; 97: 82833

VULVA STAGING DIAGRAM

UNIT _____

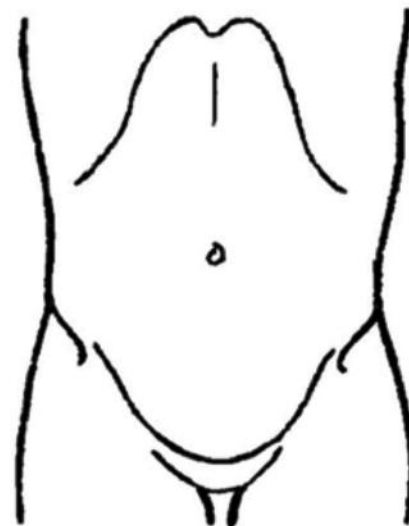
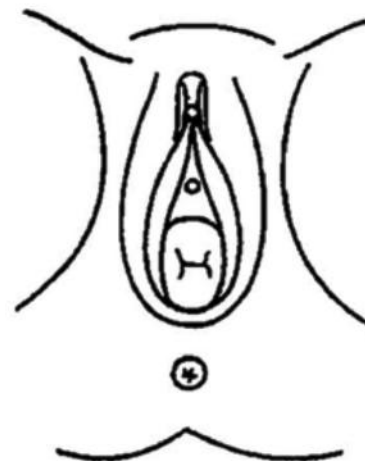
CHART NO. _____

SURNAME _____

GIVEN NAME _____

D.O.B. _____

HEALTH CARE PLAN NO. _____



SITE: _____

HISTOLOGY: _____

New

Recurrence

Follow-up

D'après FIGO cancer report 2015. Hacker NF, Eifel PJ, van der Velden J. Cancer of the vulva. Int J GynaecolObstet. 2015 Oct;131 Suppl 2:S76-83.

Remerciements

aux professionnels ayant participé à la rédaction de ce référentiel :

DELPECH Yann, coordonnateur

ALEXANDRE Jérôme,
ANTOINE Martine,
BATS Anne-Sophie,
BELKACEMI Yazid,
BENBARA Amélie,
BORGHESE Bruno,
BRICOU Alexandre,
CAHEN-DOIDY Laurence,
CHABBERT-BUFFET Nathalie,
CHIS Carmen,
COHEN HAGUENAUER Odile,
DARAÏ Emile,
DE CREMOUX Patricia,
DURDUX Catherine,
ESPIÉ Marc,
FERNANDEZ Hervé,
FUMAGALLI Ingrid,
GLIGOROV Joseph,
HENNEQUIN Christophe,
LAURENT PUIG Pierre,
LECURU Fabrice,
LE MAIGNAN Christine
MEDIONI Jacques,
MORERE Jean-François,
NGO Charlotte,
PUJADE-LAURAIN Eric,
SELLE Frédéric,
SOUBRIER Florent,
SPANO Jean-Philippe,
TEIXEIRA Luis,
THOMASSIN-NAGGARA Isabelle,
TOURNIGAND Christophe,
TOUBOUL Emmanuel,
UZAN Catherine,
ZELEK Laurent.

Service cancer de la DOMU – AP-HP

