

# Vulve

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des Réseaux Régionaux de Cancérologie Bourgogne - Franche-Comté (**ONCOBFC**) et Grand Est (**RRCGE**), en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **24 janvier 2020**.

## 1. Généralités

- Les cancers invasifs de la vulve sont peu fréquents, représentant **moins de 5 % des cancers gynécologiques**. Ce chapitre concerne les **carcinomes épidermoïdes de la vulve**.
- Ils surviennent le plus souvent chez des **femmes âgées de plus de 70 ans** mais il existe un **premier pic entre 40 et 60 ans**.
- Les **facteurs de risque** sont :
  - les **infections à Papillomavirus oncogènes (HPV)**
  - le **tabac**, retrouvé plutôt chez les femmes plus jeunes
  - les **néoplasies intra-épithéliales de la vulve (VIN)**
  - certaines **dermatoses** responsables d'une irritation cutanée et d'un prurit chronique, au premier rang desquelles le **lichen scléreux de la vulve (LSV)**
  - une immunodépression (infection HIV, HSV...), un traitement immunomodulateur.
- Les **circonstances de découverte ne sont pas spécifiques**.
- Le stade **fréquemment avancé de la maladie chez des femmes dont l'état général est plus ou moins altéré rend le traitement difficile**.
- La présence fréquente de **comorbidités** est à prendre en compte avant toute décision thérapeutique.
- L'évolution des cancers vulvaires reste **longtemps locorégionale** : les métastases ganglionnaires sont précoces.

### 1.1. Néoplasies intra-épithéliales de la vulve (VIN)

(Bornstein, 2016)

#### 1.1.1. Anatomico-pathologie

##### 1.1.1.1. VIN de bas grade

- Non pris en compte dans ce chapitre.
- Lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL) : VIN1, condylome plan.
- Faible risque de progression.

##### 1.1.1.2. VIN de haut grade

- **VIN classiques : lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL) : VIN 2 ou 3**, maladie de Bowen, syndrome clinique de papulose Bowenoidé
  - liées à HPV 16
  - expression de P16 en immunohistochimie
  - risque de progression vers un carcinome épidermoïde
  - formes multicentriques : vagin, col.
- **VIN indifférenciées :**
  - non liées à HPV
  - risque de progression/association avec un carcinome épidermoïde ou verruqueux
  - association possible avec un lichen scléreux atrophique ou hyperplasique vulvaire.

#### 1.1.2. Prise en charge des VIN de haut grade

##### 1.1.2.1. Chirurgie

- Vulvectomie partielle superficielle avec marges macroscopiques de 3 mm et pièce idéalement fixée sur support et orientée.
- Vulvectomie totale superficielle.

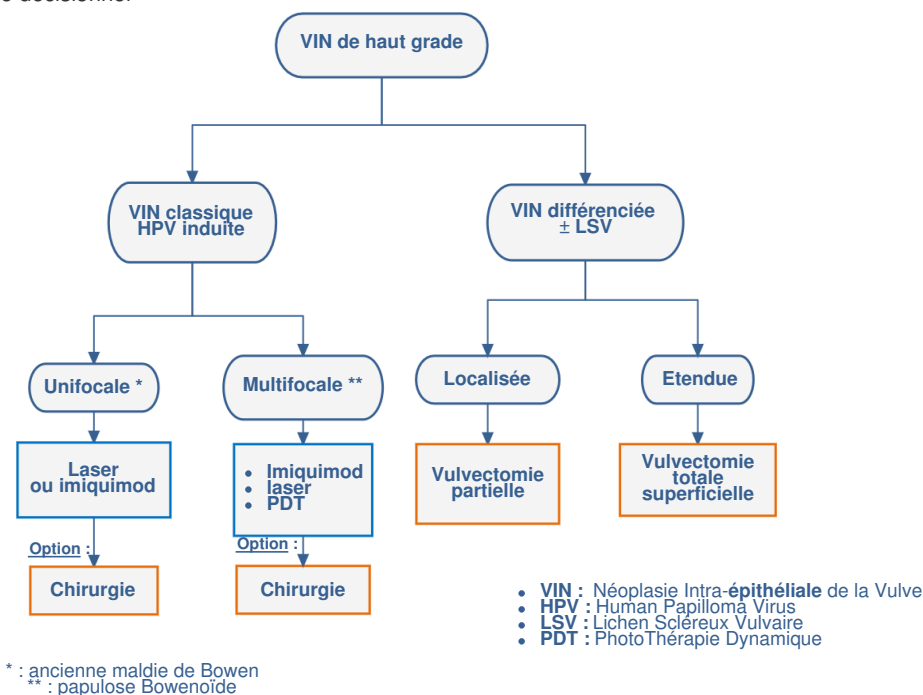
##### 1.1.2.2. Imiquimod (ALDARA® 5 % crème)

- Instauration progressive pour une meilleure tolérance jusqu'à 3 fois par semaine (posologie optimale) pendant 4 mois.
- Vérifier l'observance.
- En cas d'échec thérapeutique ou de réponse incomplète : biopsie(s) impérative(s).

### 1.1.2.3. Vaporisation au laser CO2

- Traitement jusqu'à une profondeur maximale de 2 mm.

### 1.1.2.4. Arbre décisionnel



## 1.2. Lichen scléreux vulvaire (LSV)

(Kirtschig, 2016)

- Le traitement du LSV nécessite un traitement de longue durée par dermocorticoïdes de classe forte :
  - clobétasol (DERMOVAL®)
  - bétaméthasone (DIPROLENE®)
- La réponse au traitement doit être contrôlée à 3 mois, en cas de réponse thérapeutique incomplète : biopsie(s) impérative(s).

## 2. Anatomico-pathologie

- Les cancers primitifs de la vulve sont de nature histologique variée. Parmi les tumeurs épidermoïdes (dont les précurseurs sont les VIN classiques HPV induites et les VIN indifférenciées non HPV induites), on distingue les :
  - carcinomes épidermoïdes
  - carcinomes verruqueux.
- La pièce opératoire doit être idéalement fixée sur un support et orientée.
- Le compte-rendu anatomico-pathologique de la **pièce opératoire** doit comporter :
  - type histologique - différenciation
  - infiltration : mesure de la pénétration tumorale à partir du derme papillaire jusqu'à la limite profonde de l'envahissement tumoral
  - limites de la pièce avec marge minimale en mm
  - emboles lymphatiques
  - étude immunohistochimique : P16 (indicateur d'une origine virale HPV)
- Le compte-rendu anatomico-pathologique **ganglionnaire** doit comporter :
  - technique d'analyse anatomico-pathologique des ganglions sentinelles
  - nombre de ganglions prélevés et/ou envahis par curage (si bilatéral)
  - effraction capsulaire ganglionnaire et taille des plus gros ganglions.

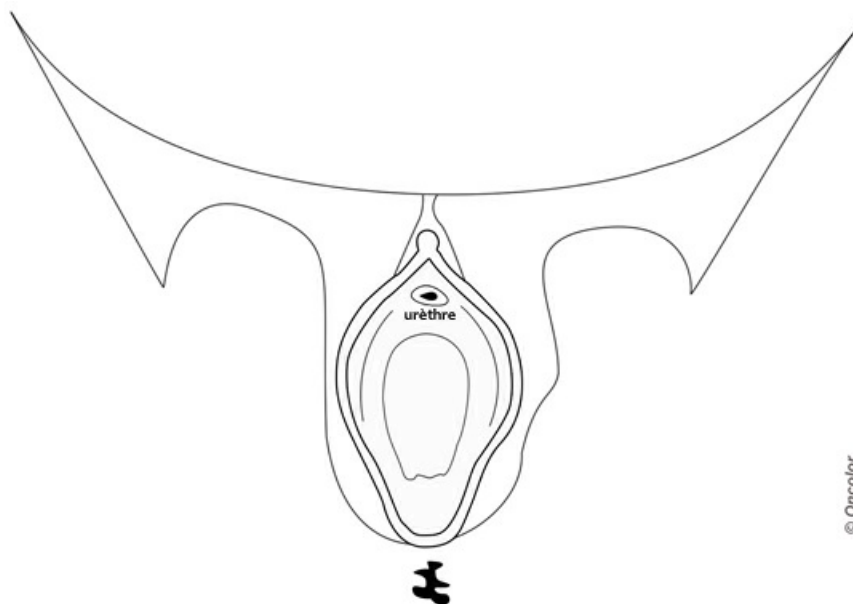
## 3. Bilan initial

### 3.1. Bilan clinique

- Un examen clinique conjoint, à chaque fois que possible (chirurgien référent et radiothérapeute) éventuellement sous anesthésie générale est un préalable pertinent avant présentation en RCP :
  - **examen soigneux de l'ensemble de la vulve** (la maladie peut être multifocale, pouvant associer des lésions invasives et des lésions de néoplasies intra-épithéliales (VIN)).
  - **caractéristiques de la lésion vulvaire** : localisation côté D ou G, antérieur, postérieur/taille/distance par rapport à

la ligne médiane/mobilité par rapport aux plans sous-jacents/extension de voisinage : méat urétral, marge anale, paroi vaginale.

- **examen du col (frottis pour cytologie et/ou test HPV), du vagin et de la marge anale et du canal anal.**
- biopsie de la lésion et éventuellement recherche d'HPV pour examen anatomo-pathologique : PUNCH  $\geq$  4 mm. L'exérèse biopsie est à éviter. Elle peut compromettre la suite des traitements.
- **examen des aires ganglionnaires** : inguinales, 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 cytoponction est à proposer en cas de ganglion inguinal suspect.
- **un schéma de la lésion et des aires ganglionnaires et des photographies doivent être réalisés.**  
Vous pouvez télécharger ce [schéma](#) à un plus grand format en PDF.



D'après " Techniques chirurgicales - Gynécologie, EMC, 41-890, Leblanc E., Narducci F., Boukerrou M., Querleu D., Chirurgie du cancer de la vulve. 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés."



### 3.2. Bilan paraclinique

- Il est adapté en fonction des caractéristiques tumorales et locorégionales.
- Il comprend :
  - **biopsie** de la lésion pour examen anatomo-pathologique
  - **colposcopie** (en cas d'anomalie cervicale)
  - **selon la localisation de la tumeur : uréthro-cystoscopie, anoscopie**, rectoscopie
  - **échographie inguinale avec cytoponction ou microbiopsie ganglionnaire** si adénopathies inguinales suspectes cliniques et/ou IRM
  - **imagerie injectée en coupes** : exploration des chaînes ganglionnaires pelviennes et lombo-aortiques et de précision sur l'extension locale :
    - **TDM thoraco-abdomino-pelvien** pour le bilan d'extension ganglionnaire lombo-aortique et lésions secondaires viscérales
    - **IRM pelvienne** (si possible dès le stade T1A) pour le bilan d'extension tumoral local et ganglionnaire pelvien (Cf. [protocole](#)).
  - **TEP scanner à partir du stade T2** .

### 3.3. Bilan d'opérabilité

- Evaluation précise des **comorbidités** (par exemple : risque thrombo-embolique, obésité, diabète...).
- Consultation **anesthésique** (score ASA).
- Evaluation **oncogériatrique** : si score G8 <14.

## 4. Classifications

### 4.1. Classification TNM du cancer de la vulve (8ème édition - 2018)

#### 4.1.1. Tumeur primitive (T)

<b>T1</b>	Tumeur limitée à la vulve ou au périnée
<b>T1a</b>	≤ 2 cm avec invasion stromale ≤ 1 mm <sup>[1]</sup>
<b>T1b</b>	>2 cm ou avec invasion stromale >1 mm <sup>[1]</sup>
<b>T2</b>	Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du tiers inférieur du vagin ou de l'anus
<b>T3</b>	Envahissement tumoral du haut urètre, des 2/3 supérieurs du vagin, de la vessie, de la muqueuse rectale ou du pelvis

1. ↑ <sup>1,0</sup> et <sup>1,1</sup> La profondeur de l'envahissement est définie par la mesure de la tumeur de la jonction stroma-épithélium de la papille dermique adjacente la plus superficielle au niveau d'invasion le plus profond.

#### 4.1.2. Ganglion régional (N)[1]

<b>Nx</b>	Statut ganglionnaire non évaluable
<b>N0</b>	Pas de métastase ganglionnaire
<b>N1a</b>	1 à 2 ganglions lymphatiques, chacun <5 mm
<b>N1b</b>	1 ganglion lymphatique ≥ 5 mm
<b>N2a</b>	≥ 3 ganglions lymphatiques métastatiques, chacun ≤ 5 mm
<b>N2b</b>	≥ 2 ganglions lymphatiques métastatiques ≥ 5 mm
<b>N2c</b>	Ganglions lymphatiques métastatiques avec extension extra-capsulaire
<b>N3</b>	Ganglions lymphatiques métastatiques fixés ou ulcérés

1. ↑ Examen anatomo-pathologique

#### 4.1.3. Métastases à distance (M)

<b>Mx</b>	Statut métastatique à distance non évaluable
<b>M0</b>	Pas de métastase à distance
<b>M1</b>	Métastases à distance

### 4.2. Classification FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique) 2018

FIGO (2018)		TNM
<b>Stade I</b>	Tumeurs limitées à la vulve et au périnée Pas de métastase ganglionnaire	
<b>Stade IA</b>	tumeurs ≤ 2 cm limitées à la vulve ou au périnée et invasion stromale ≤ 1 mm <sup>[1]</sup> Pas de métastase ganglionnaire	<b>T1aN0M0</b>
<b>Stade IB</b>	tumeurs >2 cm limitées à la vulve ou au périnée ou invasion stromale >1 mm <sup>[1]</sup> Pas de métastase ganglionnaire	<b>T1bN0M0</b>
<b>Stade II</b>	Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du tiers inférieur du vagin ou de l'anus Pas de métastase ganglionnaire	<b>T2N0M0</b>
<b>Stade III</b>	Tumeur (quelle que soit la taille) avec envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anus et métastase ganglionnaire régionale unilatérale	
<b>Stade IIIA</b>	métastase(s) d'un ou deux ganglions <5 mm ou d'un ganglion >5 mm	<b>T2N1aM0</b> <b>T2N1bM0</b>
<b>Stade IIIB</b>	métastases ≥ 3 ganglions <5 mm ou métastases ≥ 2 ganglions >5 mm	<b>T2N2aM0</b> <b>T2N2bM0</b>
<b>Stade IIIC</b>	métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire	<b>T2N2cM0</b>
<b>Stade IV</b>	Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale, des 2/3 supérieurs du vagin ou du pelvis	<b>T3</b>
<b>Stade IVA</b>	métastases ganglionnaires fixées, ulcérées	<b>T3N3M0</b>
<b>Stade IVB</b>	métastases à distance	<b>T3N3M1</b>

1. ↑ <sup>1,0</sup> et <sup>1,1</sup> La profondeur de l'envahissement est définie par la mesure de la tumeur de la jonction stroma-épithélium de la papille dermique adjacente la plus superficielle au niveau d'invasion le plus profond.

## 5. Informations minimales pour enregistrement d'un dossier de cancer de la

## vulve en RCP

- Date de naissance
- Statut OMS ± score de Balducci (en cas de consultation en oncogériatrie) ou score G8
- Comorbidités incidentes ± score ASA
- Poids et taille
- Dimensions tumorales (schéma) ± document photographique
- Type histologique et tout compte-rendu anatomo-pathologique (hyperexpression de la P16, option détection d'HPV)
- Imagerie
- Compte-rendu opératoire
- Proposition de consultation de préservation de la fertilité pour les femmes de moins de 40 ans.

## 6. Moyens thérapeutiques

- La stratégie du traitement des cancers de la vulve doit tenir compte de la topographie de la tumeur, du caractère uni- ou plurifocal de la tumeur, du risque élevé d'envahissement ganglionnaire mais également des comorbidités.
- Un passage en RCP est nécessaire avant toute décision thérapeutique.

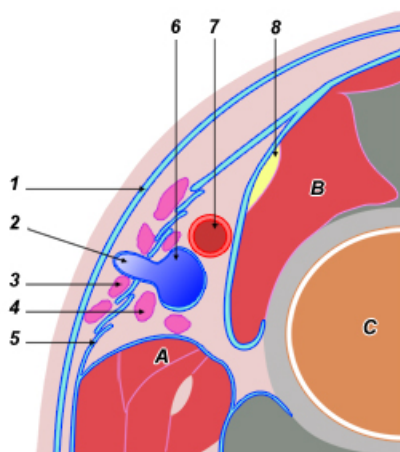
### 6.1. Chirurgie

(Butler, 2010 ; Courtney-Brooks, 2010 ; Le T, 2007 ; Levenback, 2012 ; Pecorelli, 2009 ; Van der Zee, 2008)

(Arvas, 2018 ; Bedell, 2019 ; Gamsimli, 2018 ; Micheletti, 2018 ; Pleunis, 2018 ; Raimond, 2019 ; Te Grootenhuys, 2019)

- **Chirurgie vulvaire** : l'objectif est la réalisation de l'exérèse radicale des lésions en passant à distance (berges saines, marges histologiques supérieures à 3 mm)
  - la vulvectomie totale
  - l'exérèse large conservatrice (vulvectomie partielle) - pièce orientée
  - l'utilisation des techniques de chirurgie reconstructrice est à envisager avant toute chirurgie
  - des marges inférieures sont acceptées en cas de proximité des lésions par rapport au méat urétral et à l'anus entre autres
  - l'exentération pelvienne est à envisager en cas d'atteinte du 1/3 supérieur du vagin et/ou d'atteinte des organes de voisinage
  - les reprises chirurgicales se discutent pour des exérèses non *in sano* ou avec une marge saine inférieure à 3 mm (Te Grootenhuys, 2018) ; en cas de présence de VIN, elles doivent se discuter.
- **Geste ganglionnaire** :
  - la procédure du ganglion sentinelle par méthode combinée colorimétrique et isotopique est recommandée au-delà du stade IA jusqu'au stade IB <4 cm et en l'absence d'adénopathie prouvée (Covens, 2015)
    - le vert d'indocyanine comme traqueur dans la procédure de ganglion sentinelle est utilisable dans le cadre d'études
    - si la lésion est à moins de 1 cm de la ligne médiane, l'évaluation ganglionnaire par la technique du ganglion sentinelle doit être réalisée des 2 côtés
    - si le ganglion sentinelle n'est pas retrouvé (échec d'identification) d'un côté alors le curage ganglionnaire inguino-fémoral de ce côté est indiqué
    - en cas de ganglion sentinelle positif, pas de curage systématique (à discuter en RCP)
    - si micrométastase ganglionnaire unique à l'examen définitif, pas de reprise par curage sous réserve d'un bilan d'extension complet (option : pas de geste ganglionnaire controlatéral)
  - la lymphadénectomie fémoro-inguinale des groupes superficiels et profonds (± isolement du ganglion rétro-crural de Cloquet) uni- ou bilatérale selon la stadification (8 ganglions minimum) :
    - à partir du stade IB >4 cm
    - si lésion à moins de 1 cm de la ligne médiane, l'évaluation ganglionnaire doit être réalisée des 2 côtés
    - en cas d'atteinte ganglionnaire unilatérale (une micrométastase), une lymphadénectomie fémoro-inguinale controlatérale est recommandée.

## Lymphadénectomie inguino-fémorale



**I.** Coupe de la cuisse passant par le haut du triangle de Scarpa.

1. Fascia de Camper; 2. veine saphène interne; 3. ganglions superficiels; 4. ganglions profonds; 5. fascia cribriformis; 6. veine fémorale commune; 7. artère fémorale commune; 8. nerf crural.

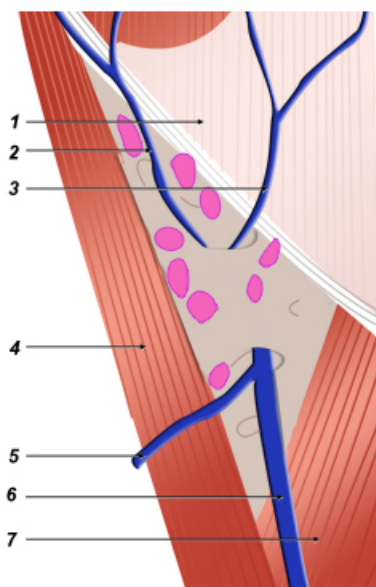
A : pectiné; B : psoas; C : fémur.

**II.** Ganglions superficiels.

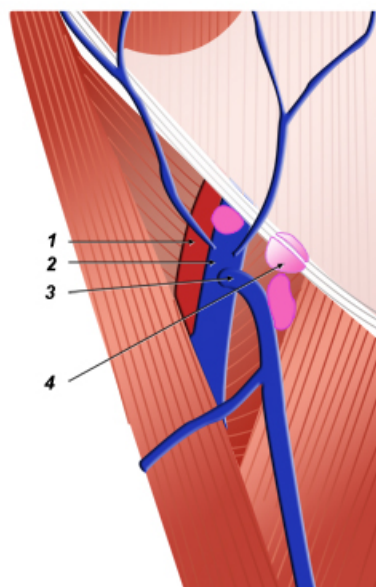
1. Aponévrose du grand oblique; 2. veine circonflexe iliaque superficielle; 3. veine épigastrique superficielle; 4. couturier; 5. veine saphène antérieure; 6. veine saphène interne; 7. long abducteur.

**III.** Ganglions profonds.

1. Artère fémorale commune; 2. veine fémorale commune; 3. crosse de la veine saphène; 4. ganglion de Cloquet.



**II**



**III**

© Oncolor



A partir de « Techniques chirurgicales - Gynécologie, EMC, 41-890, Leblanc E., Narducci F., Boukerrou M., Querleu D., Chirurgie du cancer de la vulve. 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.»

Vous pouvez télécharger ces [schémas PDF](#) dans un plus grand format.



## 6.2. Radiothérapie

### 6.2.1. Irradiation pelvienne externe

- Radiothérapie conformationnelle 3D (photons et parfois mixage avec électrons (irradiation inguinale) ou avec modulation d'intensité (résultats dosimétriques supérieurs)) (Chapman, 2016).
- Des recommandations de contourage sont parues en 2012 et 2017 (Kim, 2012 ; Gaffney, 2017).
- **Radiothérapie postopératoire :**
  - **Volumes cibles :** vulve et/ou aires ganglionnaires inguinales ± pelviennes (iliaques internes, externes et obturatrices)
  - **Facteurs de risque de rechute locale :**
    - présence de lésions précancéreuses à proximité de la berge (Te groohtentuis, 2019 ; Dudley, 2019)
    - profondeur >5 mm
    - taille >4 cm
    - présence d'emboles (LVSI)
    - atteinte de la marge ou marge proche (NCCN, 2019).

- **Indications d'irradiation vulvaire :**
  - si marge positive et reprise locale impossible : radiothérapie
  - si marge négative, T >4 cm ou T2 ou T3, et N négatifs : irradiation vulvaire ± aires inguinales (NCCN, 2019)
  - si marge proche : reprise locale ou à défaut radiothérapie :
    - à moduler selon présence d'autres facteurs de risques
    - si marge ≥ 3 mm et stade I (Bedell, 2019) et N- et absence de facteurs de risques : surveillance possible
  - si atteinte ganglionnaire avec stade >I, marge <8 mm et présence d'embolies ou si infiltration en profondeur >5 mm avec présence d'embolies.
- **Irradiation des aires inguinales sans aires pelviennes :**
  - si stade I, N-, unilatéral : option curage ou radiothérapie inguinale controlatérale. La surveillance controlatérale se discute en particulier si la tumeur est bien latéralisée (+ d'1 cm de la ligne médiane), <4 cm, N0 au TEP.
  - si marge négative, T >4 cm ou T2 ou T3, et N négatifs : irradiation vulvaire ± aires inguinales (NCCN, 2019)
- **Irradiation des aires inguinales + pelviennes :**
  - Standard : à partir de 2N+
  - Option : à partir de 1N+ ou standard si + rupture capsulaire ou taille ≥ 2 mm (NCCN, 2019).
- **Doses :**
  - Lit opératoire avec marge négative ou aire ganglionnaire non atteinte : 45-50 Gy en 5 semaines (NCCN, 2019)
  - Marge positive : ≥ 54-56 Gy (Viswanathan, 2013 ; Chapman, 2016) jusque 66 Gy
  - Marge proche : ≥ 50 Gy ou 54-56 Gy si autre facteur de risque
  - Sur ganglion inguinal N+ sans rupture : 50-55 Gy (NCCN, 2019)
  - Sur ganglion inguinal N+ avec rupture capsulaire : 54-64 Gy (NCCN, 2019)
  - Avec chimiothérapie concomitante de potentialisation (1,8 Gy/fraction) à partir de 2N+ et 1N+ de taille ≥ 2 mm.
- **Irradiation tumeur en place :**
  - **Volumes cibles :**
    - GTV et vulve en totalité
    - Aires inguinales et pelviennes : remontant au moins 5 cm au-dessus de l'atteinte la plus basse, limite supérieure minimum au niveau du pied des sacro-iliaques.
  - **Indications (NCCN, 2019)**
    - T2 >4 cm (ou avec atteinte de l'urètre, du vagin ou de l'anus) ou T3
    - Avec adénopathies d'emblée (prouvées par cytoponction si possible).
  - **Doses :**
    - Vulve et adénopathies en place : 59,4-64,8 Gy en 33-36 fractions
    - N0 : 45-50 Gy
    - Avec chimiothérapie concomitante en l'absence de contre-indication
    - Réévaluation :
      - si rémission clinique ± biopsies : surveillance possible
      - si résidu clinique ou biopsie :
        - si non opérable : complément RTE (70 Gy) ± chimiothérapie si possible
        - si opérée et berge négative : surveillance
        - si opérée et berge positive : reprise chirurgicale ou complément RTE (70 Gy) et/ou chimiothérapie.

### 6.2.2. Curiethérapie

- Curiethérapie interstitielle
- En complément de la radiothérapie externe en fonction de l'évaluation des marges histologiques d'exérèse
- Tumeur en place : à discuter en début de prise en charge.

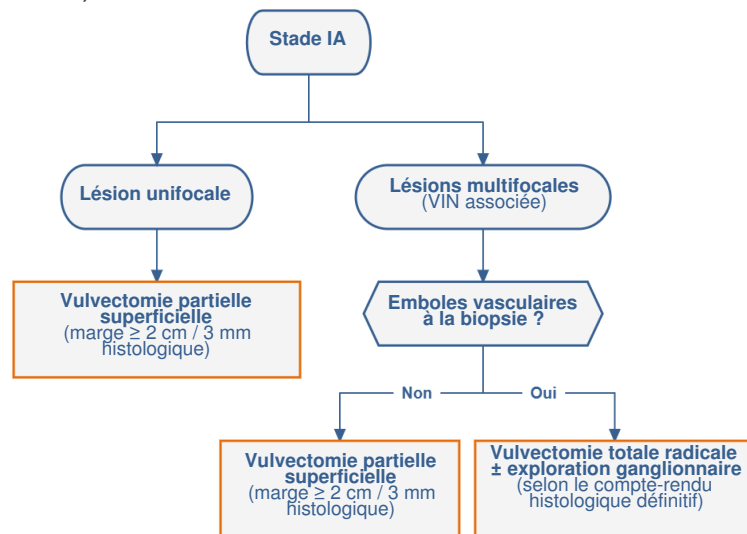
## 6.3. Chimiothérapies

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

## 7. Prise en charge thérapeutique

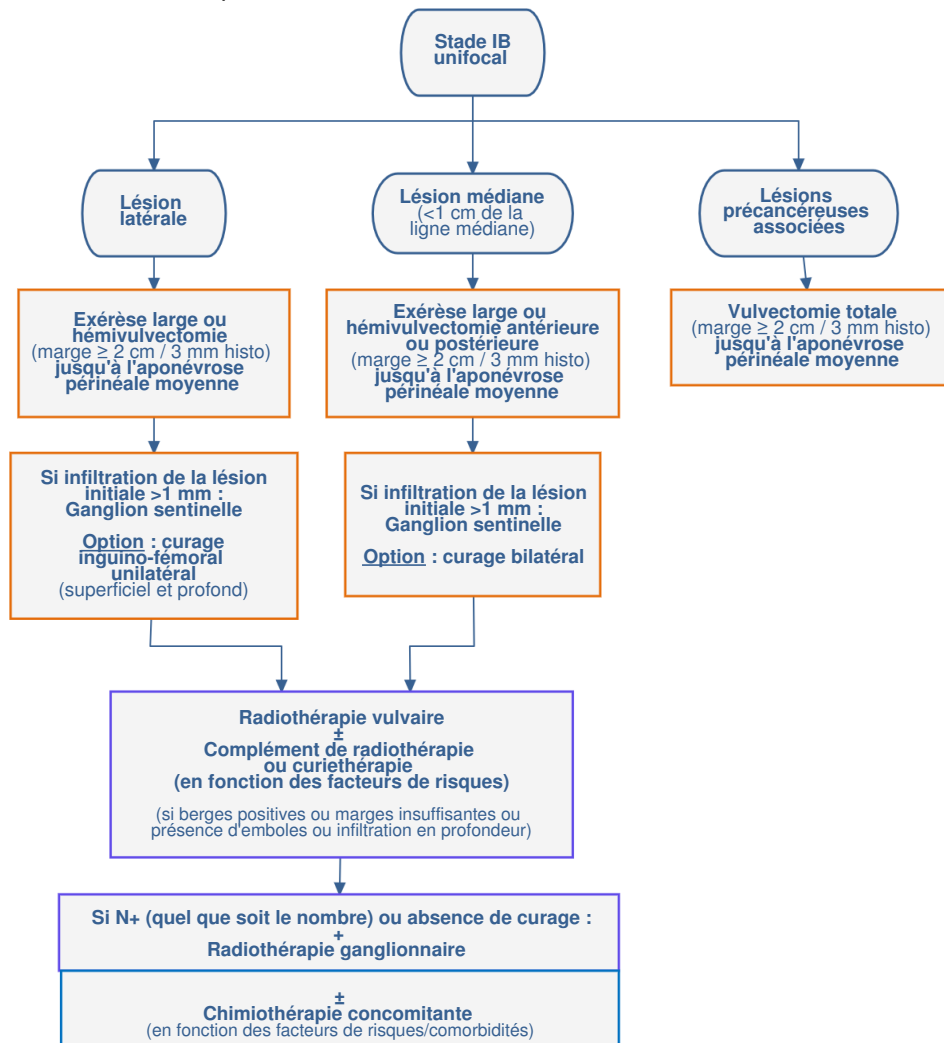
- Passage en RCP avant toute thérapeutique.

### 7.1. Stade IA (FIGO 2018)



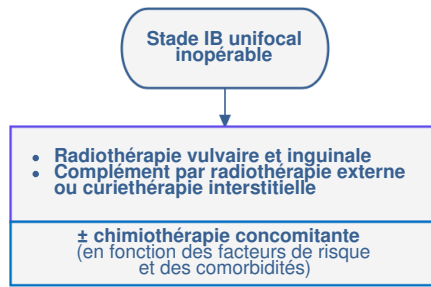
### 7.2. Stade IB unifocal (FIGO 2018)

#### 7.2.1. Patientes médicalement opérables



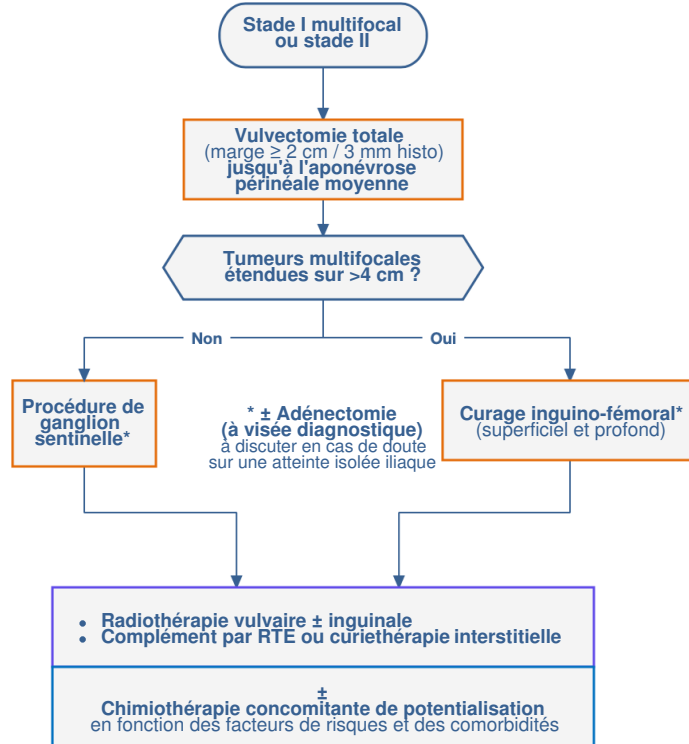
#### 7.2.2. Patientes médicalement inopérables



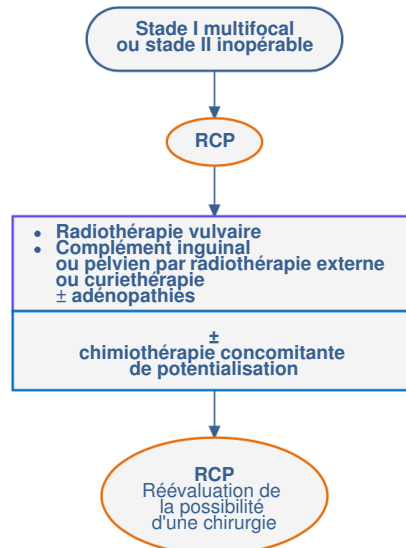


### 7.3. Stade I multifocal et stade II

#### 7.3.1. Patientes médicalement opérables

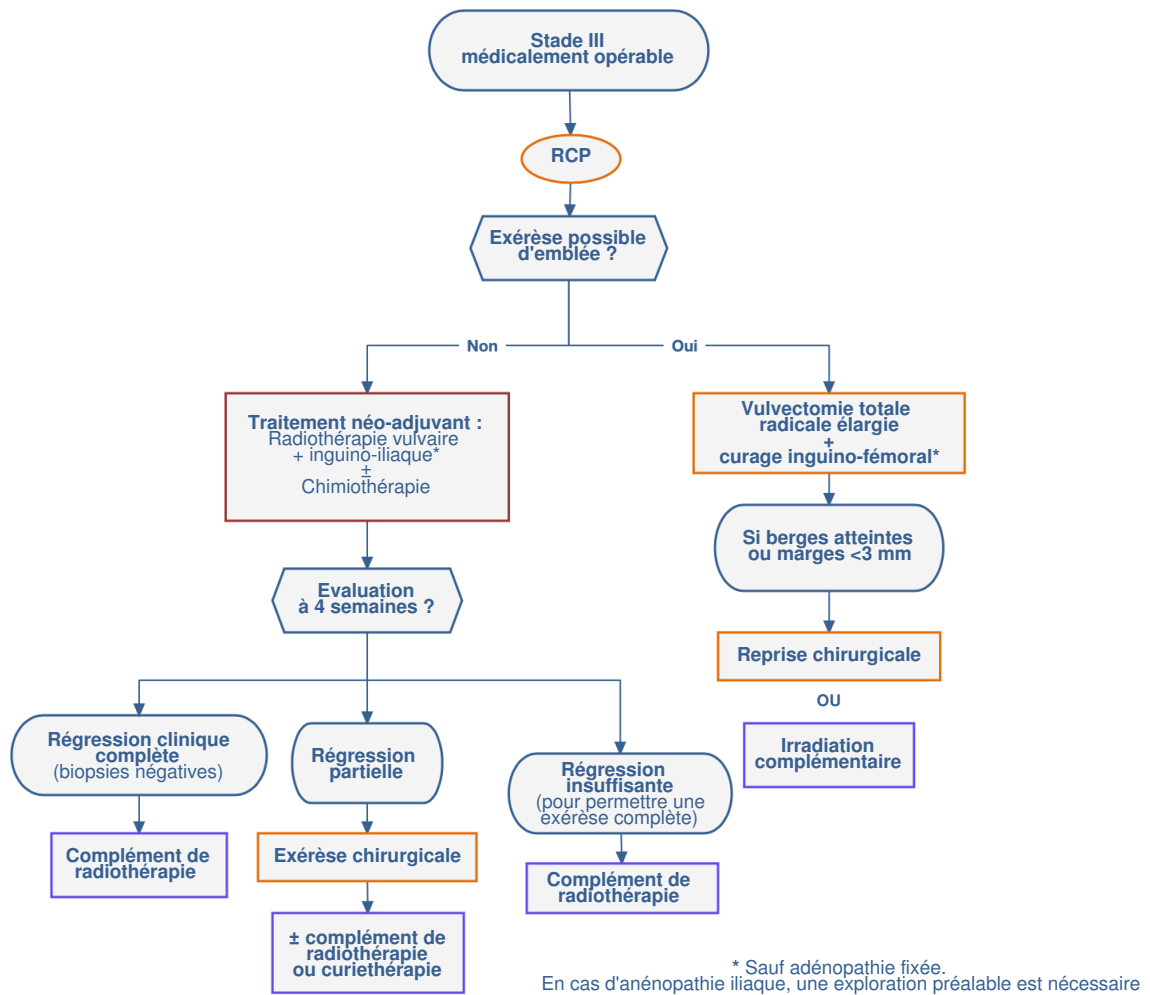


#### 7.3.2. Patientes médicalement inopérables

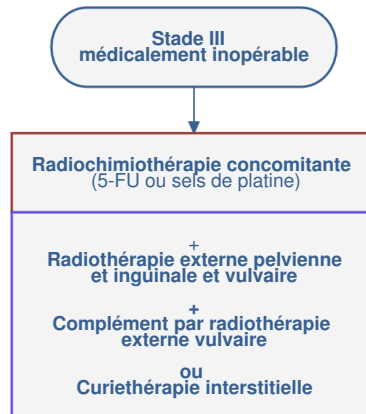


### 7.4. Stade III (FIGO 2018)

#### 7.4.1. Patientes médicalement opérables



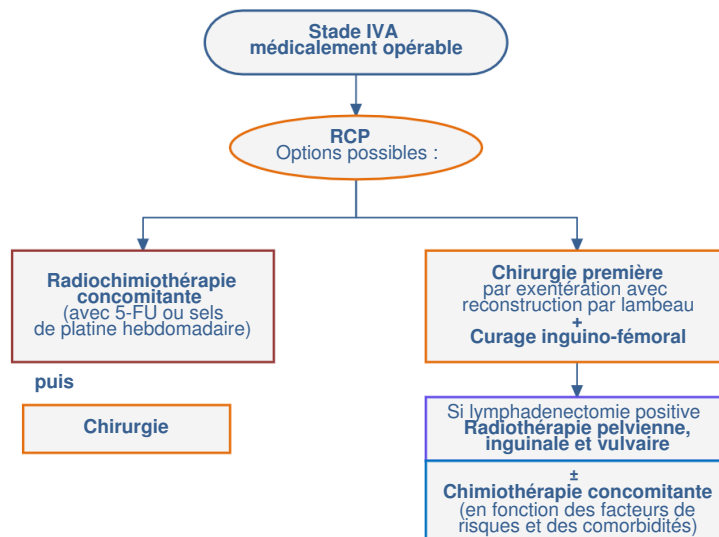
#### 7.4.2. Patientes médicalement inopérables



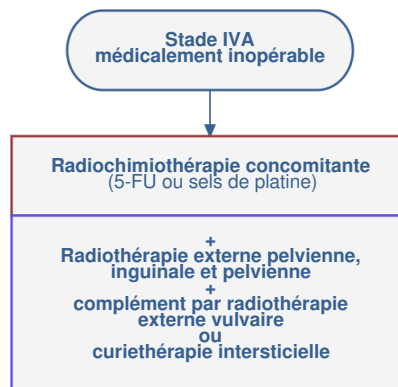
### 7.5. Stade IV (FIGO 2018)

#### 7.5.1. Stade IVA

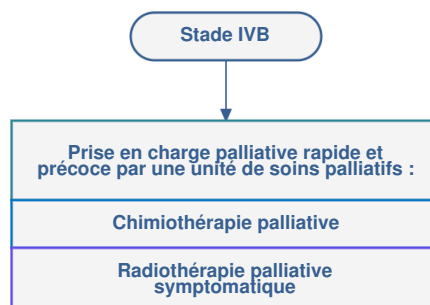
##### 7.5.1.1. Patientes médicalement opérables



#### 7.5.1.2. Patientes médicalement inopérables



#### 7.5.2. Stade IVB



## 8. Surveillance

(Gordinier, 2003 ; Gonzalez, 2005)

- 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 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.
- **Scanner TAP** en fonction du stade initial et des facteurs de risque.
- **VIN** : surveillance rapprochée tous les 4 à 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans.

## 9. Protocole IRM

- Gel endo-vaginal
- 3 plans T2 petit champ, coupes fines, hautes résolutions couvrant vulve et vagin
- Axial T2, ganglions comprenant les creux inguinaux et remontant jusqu'aux veines rénales
- Injection de gadolinium dynamique axiale
- Diffusion et acquisition dynamique.

## 10. Essais cliniques

Mises à jour via le site HECTOR (Hébergement des essais cliniques et thérapeutiques en oncologie régional) :

- **GASVERT** : Fiabilité de l'utilisation du vert d'indocyanine dans l'évaluation du ganglion sentinelle en chirurgie cancérologique.
  - Status : Ouvert (29-11-2017 - 29-11-2020)
  - Promoteur : Institut de Cancérologie de Lorraine
- **STRONG** : étude de phase 3 randomisée visant à évaluer la sécurité d'emploi, la tolérance et l'efficacité du durvalumab à dose fixe associé au trémélimumab ou au durvalumab en monothérapie chez des patients ayant des tumeurs solides avancées.
  - Status : Clos aux inclusions (17-04-2017 - 26-03-2023)
  - Promoteur : AstraZeneca

## 11. Bibliographie

- Arvas M, Kahramanoglu I, Bese T, Turan H *et al.*  
The Role of Pathological Margin Distance and Prognostic Factors After Primary Surgery in Squamous Cell Carcinoma of the Vulva.  
[Int J Gynecol Cancer. 2018; 28, 623-631.](#)
- Bedell SM, Hedberg C, Griffin A, Pearson H *et al.*  
Role of Adjuvant Radiation or Re-Excision for Early Stage Vulvar Squamous Cell Carcinoma With Positive or Close Surgical Margins.  
[Gynecol Oncol. 2019; 154 , 276-279.](#)
- Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK *et al.*  
The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions.  
[Obstet Gynecol. 2016 ;127:264-8.](#)
- Butler JS, Milliken DA, Dina R, Eccles SA *et al.*  
Isolated groin recurrence in vulvar squamous cell cancer (VSCC). The importance of node count.  
[Eur.J.Gynaec.Oncol ,2010,31:10-513.](#)
- Courtney-Brooks M, Sukumvanich, Beriwal S, Zorn KK *et al.*  
Does the number of nodes removed impact survival in vulvar cancer patients with node-negative disease ?  
[Gynecol.Oncol,2010,117:308-311.](#)
- Covens A, Vella ET, Kennedy EB *et al.*  
Sentinel lymph node biopsy in vulvar cancer: Systematic review, meta-analysis and guideline recommendations.  
[Gynecol Oncol. 2015 ;137:351-61.](#)
- Faul CM, Mirmow D, Huang Q, Gerszten K *et al.*  
Adjuvant radiation for vulvar carcinoma: improved local control.  
[Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;38: 381-9.](#)
- Gasimli K, Straussner M, Schmeil I, Karn T *et al.*  
Impact of Re-Excision of Residual Adjacent Vulvar Intraepithelial Neoplasia (VIN III) and Histological Tumour-Free Margin (hTFM) on Survival in Primary Squamous Cell Carcinoma of Vulva  
[Arch Gynecol Obstet. 2018;298:945-950.](#)
- Gordinier ME, Malpica A, Burke TW, Bodurka DC *et al.*  
Groin recurrence in patients with vulvar cancer with negative nodes on superficial inguinal lymphadenectomy.  
[Gynecol Oncol. 2003; 90: 625-8.](#)
- 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.  
[Gynecol Oncol. 2005; 97: 828-33.](#)
- Kim CH, Olson AC, Kim H, Beriwal S *et al.*  
Contouring international and femoral nodes; how much margin is needed around the vessels ?  
[Pract Radiat Oncol 2012; 2:274-2.](#)
- Kirtschig G.  
Lichen Sclerosus-Presentation, Diagnosis and Management.

[Dtsch Arztebl Int. 2016 ;113:337-43.](#)

- Le T, Elsugi R, Hopkins L, Faught W, Fung-Kee-Fung M.  
The definition of optimal inguinal femoral nodal dissection in the management of vulva squamous cell carcinoma.  
[Ann.Surg.Oncol, 2007; 14:2128-2132.](#)
- 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 Clin Oncol. 2012 ;30:3786-91.](#)
- 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: 151-6.](#)
- Micheletti L, Preti M, Cintolesi V, Corvetto E *et al.*  
Prognostic Impact of Reduced Tumor-Free Margin Distance on Long-Term Survival in FIGO Stage IB/II Vulvar Squamous Cell Carcinoma.  
[J Gynecol Oncol. 2018; 29, e61.](#)
- Oonk MH, Van Hemel BM, Hollema H, de Hullu JA *et al.*  
Size of sentinel-node metastasis and chances of non-sentinel-node involvement and survival in early stage vulvar cancer: results from GROINSS-V, a multicentre observational study.  
[Lancet Oncol 2010; 11: 646–52.](#)
- 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: 1095-9](#)
- Pecorelli S.  
Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium.  
[Int J Gynaecol Obstet. 2009;105:103-4.](#)
- Pleunis N, Leermakers M, van der Wurff A, Klinkhamer P *et al.*  
Surgical Margins in Squamous Cell Carcinoma, Different for the Vulva?  
[Eur J Surg Oncol. 2018; 44 , 1555-1561.](#)
- Raimond E, Delorme C, Ouldamer L, Carcopino X *et al.*  
Surgical Treatment of Vulvar Cancer: Impact of Tumor-Free Margin Distance on Recurrence and Survival. A Multicentre Cohort Analysis From the Francogyn Study Group.  
[Eur J Surg Oncol. 2019; 45, 2109-2114.](#)
- Te Grootenhuis NC, Pouwer AW , de Bock GH , Hollema H *et al.*  
Margin Status Revisited in Vulvar Squamous Cell Carcinoma.  
[Gynecol Oncol. 2019; 154 , 266-275.](#)
- Thomas GM, Dembo AJ, Bryson SC, Osborne R *et al.*  
Changing concepts in the management of vulvar cancer.  
[Gynecol Oncol 1991 ; 42: 9-21.](#)
- 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 Clin Oncol. 2008;26:884-9](#)

## 12. Prise en charge des mélanomes vulvaires et vaginaux

- [Accès au référentiel.](#)