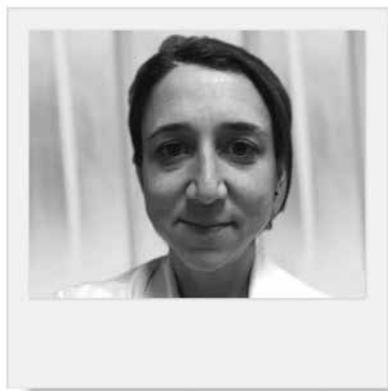


Traitement chirurgical des VIN

RÉSUMÉ : La dernière classification de l'*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD)* date de 2004 et ne parle de VIN (*vulvar intraepithelial neoplasia*) qu'en cas de dysplasie sévère [1]. On distingue les dysplasies d'origine virale (*human papilloma virus [HPV]*) – que l'on nomme VIN classiques et qui sont les plus fréquentes – et celles d'origine non virale, dites "différenciées", essentiellement développées sur lichen scléreux.

L'examen vulvaire devrait idéalement se faire sous colposcopie et toute lésion atypique justifie une biopsie. En cas de lésion d'origine virale, il faut systématiquement penser à explorer le col et le vagin sous colposcopie, ainsi que l'anus. L'évolution vers un cancer de type carcinome épidermoïde n'est pas fréquente, mais cette possibilité justifie des biopsies, une surveillance et un traitement adapté. Le traitement repose sur trois options qui sont : le laser en cas de lésion non suspecte confirmée à la biopsie, la chirurgie en cas de lésion suspecte à la biopsie ou cliniquement, l'imiquimod pour les lésions non suspectes d'origine virale.



→ E. GUILLOT, J. SEROR,
R. ROUZIER
Hôpital René Huguenin,
Institut Curie, SAINT-CLOUD.

Les néoplasies intraépithéliales de la vulve (*vulvar intraepithelial neoplasia*), classiquement désignées par l'acronyme VIN, sont des lésions précancéreuses de la vulve. Les néoplasies vulvaires ont été identifiées comme une des 12 néoplasies dont l'incidence augmente dans les pays développés. Les néoplasies vulvaires intraépithéliales (VIN) et invasives augmentent de 2,4 % par an, essentiellement chez les femmes jeunes. Les VIN représentent 57 % des néoplasies vulvaires et sont en réalité plus fréquentes que les carcinomes invasifs. Elles correspondent à deux entités anatomopathologiques : les VIN liées au papillomavirus humain (HPV) ou VIN classiques, et les VIN survenant dans un contexte d'hyperplasie épithéliale ou de lichen, et qui ne sont pas liées au HPV. L'association entre les VIN et le papillomavirus humain (HPV) a été bien établie.

>>> Les VIN classiques peuvent être séparées en deux catégories :

– VIN condylomateuses, volontiers multifocales, touchant les femmes jeunes, fumeuses, très liées au HPV (*fig. 1*) ;

– VIN indifférenciées, basaloïdes, avec des lésions uniques souvent bien limitées, touchant des femmes plus âgées (*fig. 2*).

Ces deux formes ont un potentiel invasif certain, même si celui des VIN condylomateuses semble plus faible. L'ensemble des données de la littérature s'accorde sur le fait que les récurrences de VIN sont significativement plus fréquentes si les



FIG. 1 : VIN classique avec début d'infiltration.

LE DOSSIER HPV



FIG. 2: VIN classique.

berges sont atteintes, sans que cela ne modifie le risque évolutif. Il n'est donc nécessaire de réaliser des traitements chirurgicaux larges et très invalidants pour prévenir le risque de cancer [2, 3].

>>> **Les VIN différenciées** sont moins fréquentes que les VIN classiques (fig. 3). Ces VIN, non HPV-induites, surviennent sur des affections dermatologiques d'évolution chronique atteignant préférentiellement les organes génitaux externes. Le lichen scléreux vulvaire (LSV), dans sa forme atrophique ou



FIG. 3: VIN différenciée sur lichen scléreux.

hyperplasique, est la dermatose la plus fréquemment associée au carcinome épidermoïde. La VIN différenciée se développe dans un contexte d'inflammation chronique et d'hyperplasie épithéliale, et forme la lésion précancéreuse. Macroscopiquement, les VIN différenciées se présentent sous la forme d'une lésion leucoplasique fixée, infiltrée ou ulcérée, résistante au traitement du lichen. Si le lichen est diagnostiqué et traité correctement, le risque de transformation maligne n'est que de 5 % environ. Le mécanisme de dégénérescence est encore inexpliqué [4-6]. 9 % des patientes ayant un lichen scléreux vulvaire symptomatique développeront une VIN différenciée d'après Carlson *et al.* [6]. Il n'existe pas de régression spontanée de ces lésions. L'évolution se fait toujours vers le cancer. Par conséquent, leur constatation impose la chirurgie d'exérèse complète afin de rechercher des signes de micro-invasion, voire d'invasion franche.

Diagnostic

Ces lésions sont souvent révélées par un prurit, voire des douleurs (60 % des patientes), mais elles peuvent être asymptomatiques et découvertes lors d'un examen clinique systématique [2]. Seules les biopsies affirment le diagnostic ; elles sont donc nécessaires au diagnostic en raison du caractère très divers des aspects cliniques : les lésions sont plus ou moins en relief et leur couleur va du blanc au brun, en passant par le rouge et le gris. Il est ainsi licite de biopsier toute lésion vulvaire pigmentée ou en relief, en particulier après la ménopause.

L'examen vulvaire se fait au mieux sous colposcopie. L'application prolongée d'acide acétique à 3 à 5 % – quelques minutes sont en effet nécessaires car les lésions sont kératinisées – blanchit encore les lésions et peut aider au diagnostic. Le bleu de toluidine permet de mieux préciser les limites lésionnelles, mais il est peu

utilisé en pratique courante. Lors d'un geste opératoire, il permet d'adapter au mieux la zone de résection.

Les biopsies sont réalisables en consultation sous anesthésie locale à la Xylocaine 1 %, précédée ou non d'une anesthésie de contact par Emla. Elles peuvent être effectuées à l'aide d'un bistouri froid (lame 11) ou d'un bistouri circulaire (*punch biopsy*) de 3 à 5 mm de diamètre.

Si le diagnostic de VIN commune est posé, il est indispensable, étant donné leur origine virale, de rechercher des lésions cervicales et/ou anales associées. L'arrêt du tabac doit être fortement encouragé.

Traitement chirurgical

Le traitement de ces lésions est obligatoire étant donné leur risque de transformation maligne. Il comporte trois options : la chirurgie, la destruction par laser et le traitement local par immunomodulateur. Nous développerons dans cet article le traitement chirurgical.

1. Vulvectomie superficielle

La chirurgie des VIN consiste en une vulvectomie superficielle, c'est-à-dire en l'ablation de la peau seule et de la partie toute superficielle du tissu sous-cutané (maximum 5 mm). Cette exérèse peut être partielle, centrée sur les lésions, ou totale, emportant toute la vulve en superficie. Il est indiqué de réaliser cette chirurgie pour les carcinomes *in situ* (stade FIGO 0) et micro-invasif (stade FIGO IA), sans geste ganglionnaire associé. Les marges macroscopiques doivent être de 5 mm au minimum (fig. 4).

Ces caractéristiques seront bien évidemment adaptées à la localisation des lésions et les marges pourront être réduites pour les lésions proches de l'urètre, de l'anus ou du clitoris. Le principal enjeu de la chirurgie est, tout en procurant des



FIG. 4 : Vulvectomy partielle superficielle antérieure.

résections suffisantes avec des marges adéquates, de ne pas compromettre excessivement la fonction de la vulve. Dans ce but, le chirurgien doit avoir constamment à l'esprit deux objectifs : respecter les diamètres et la souplesse de la vulve. Pour cela, toutes les sutures doivent être réalisées si possible dans le sens procurant un élargissement des diamètres : l'exérèse d'une lésion juxtahyménéale située sur le rayon de 6 heures devra, par exemple, comporter une excision en fuseau vertical mais une suture horizontale. Dans la même optique, des procédés de chirurgie plastique avec des lambeaux de glissement ou des lambeaux de rotation pourront être réalisés.

Dans des cas de résection étendue ou de localisation très défavorable, des greffes pourront être nécessaires. L'administration préalable d'imiquimod peut permettre une réduction des lésions de VIN classique, ce qui autorise ensuite une chirurgie plus limitée, et

donc moins délabrante [7]. De même, un traitement par laser pourra être associé à la chirurgie sur des zones de VIN non suspectes d'être invasives. Cependant, c'est avec le laser que les plus forts taux de récurrence sont observés (jusqu'à 45 % pour Wallbillich *et al.*) [8].

Les pièces d'exérèse doivent être orientées et au mieux épinglées sur un liège, de manière à être fixées sans rétraction préalable. En cas de berges atteintes, le risque de récurrence est de l'ordre de 50 % [9], ce qui doit faire discuter une reprise opératoire, lorsqu'elle est possible.

Les sutures peuvent se faire au fil résorbable ou non selon le choix du chirurgien. En cas de résection étendue nécessitant des décollements larges pour la fermeture, et en particulier lorsque des lambeaux sont réalisés, un drainage aspiratif ou filiforme est indiqué. La localisation vulvaire est caractérisée par des difficultés de cicatrisation, il s'agit,

en effet, d'une zone humide, facilement colonisée par les germes d'origine vaginale ou anale et qui, de plus, est soumise à des tractions et à des pressions. Les désunions de suture ou les infections du site opératoire sont donc fréquentes. Des soins locaux biquotidiens sont nécessaires. En cas de désunion des sutures, une cicatrisation dirigée est souvent préférable à une tentative de reprise.

2. Technique de lambeaux de reconstruction locaux

Du fait de la richesse du réseau pudendal, la peau fessière ou celle du sillon génitocrural se prête à l'utilisation de lambeaux d'avancement cutanéograsseux locaux et permet des exérèses larges associées à une fermeture cutanée sans tension. Chaque défaut latéral sera traité séparément par un lambeau homolatéral. Au niveau de la fourchette vulvaire, deux lambeaux prélevés de chaque côté seront suturés ensemble sur la ligne médiane. Les lambeaux au hasard admettent une longueur limitée à 1,5 fois la largeur du pied, les lambeaux à vascularisation axiale peuvent dépasser 3 sur 1.

Les plasties V-Y sont très sûres car leur mobilisation laisse une vaste surface d'apport vasculaire profond. Le principe est simple : un triangle, dont le bord médial est le défaut vulvaire, est tracé, libéré sur ses deux autres angles, puis mobilisé en direction médiane (fig. 5) : la base comble le défaut, le site donneur est suturé au niveau de la pointe. L'axe



FIG. 5 : Lambeau V-Y.

LE DOSSIER HPV

du triangle peut être centré sur la face interne de la cuisse, utilisant le territoire vasculaire du *gracilis*, ou sur le pli fessier, utilisant le territoire vasculaire du grand fessier (*gluteus maximus*). Ces plasties s'adaptent à toutes les dimensions, du simple défaut latéral aux vastes pertes de substance latérales et éventuellement bilatérales. La sûreté de ce lambeau tient à la vaste base d'implantation qui porte sur la totalité du triangle, ainsi qu'à l'absence de vastes décollements.

Indications

Quelques notions aident à déterminer la proposition thérapeutique :

- La région clitoridienne, étant donné sa fonction sexuelle, doit être préservée au maximum. Les lésions clitoridiennes ou périclitoridiennes doivent être traitées préférentiellement par imiquimod, puis laser, pour que l'anatomie et la fonction soient préservées [10].
- Si les lésions sont multiples et/ou étendues, la chirurgie n'est pas le traitement de choix étant donné le risque de séquelles douloureuses ; risque qui est majoré quand les sutures lâchent.
- La zone de la fourchette vulvaire doit rester souple pour être indolore pendant les rapports.
- Le traitement initial par imiquimod est licite quelle que soit la localisation, uniquement en cas de VIN classique d'origine virale, et sous réserve que des biopsies aient exclu l'existence d'une zone d'infiltration.

● Pour une lésion latérale unique permettant une suture sans tension, la chirurgie est le traitement de choix, précédée ou non d'un traitement par imiquimod.

● Pour des lésions latérales multiples, l'imiquimod peut obtenir une réduction des lésions, dont la destruction est obtenue ensuite par une association de laser et de chirurgie.

● Pour des lésions de la fourchette vulvaire, un lambeau d'avancement vaginal peut permettre une fermeture sans tension et procure une zone d'appui solide et indolore pendant les rapports.

Surveillance

Les récurrences sont fréquentes, de l'ordre de 30 % tous traitements confondus et atteignant jusqu'à 50 % des cas, en particulier en l'absence de résection complète avec berges atteintes ou en cas de lésions multifocales [11, 12]. Une surveillance tous les 6 mois, puis annuelle conjointe entre le chirurgien et le dermatologue, doit être organisée.

Bibliographie

1. SIDERI M, JONES RW, WILKINSON EJ *et al*. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med*, 2005;50:807-810.
2. VAN SETERS M, VAN BEURDEN M, DE CRAEN AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. *Gynecol Oncol*, 2005;97:645-651.
3. JONES RW, ROWAN DM. Spontaneous regression of vulvar intraepithelial neoplasia 2-3. *Obstet Gynecol*, 2000;96:470-472.
4. VILMER C, CAVELIER-BALLOY B, NOGUES C *et al*. Analysis of alterations adjacent to invasive vulvar carcinoma and their relationship with the associated carcinoma: a study of 67 cases. *Eur J Gynaecol Oncol*, 1998;19:25-31.
5. POWELL JJ, WOJNAROWSKA F. Lichen sclerosus. *Lancet*, 1999;353:1777-1783.
6. CARLSON JA, AMBROS R, MALFETANO J *et al*. Vulvar lichen sclerosus and squamous cell carcinoma: a cohort, case control, and investigational study with historical perspective; implications for chronic inflammation and sclerosis in the development of neoplasia. *Hum Pathol*, 1998;29:932-948.
7. FREGA A, SESTI F, SOPRACORDEVOLE F *et al*. Imiquimod 5% cream versus cold knife excision for treatment of VIN2/3: a five-year follow-up. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2013;17:936-940.
8. WALLBILICH JJ, RHODES HE, MILBOURNE AM *et al*. Vulvar intraepithelial neoplasia (VIN 2/3): comparing clinical outcomes and evaluating risk factors for recurrence. *Gynecol Oncol*, 2012;127:312-315.
9. JONES RW, ROWAN DM, STEWART AW. Vulvar intraepithelial neoplasia: aspects of the natural history and outcome in 405 women. *Obstet Gynecol*, 2005;106:1319-1326.
10. CHAN JK, SUGIYAMA V, TAJALLI TR *et al*. Conservative clitoral preservation surgery in the treatment of vulvar squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol*, 2004;95:152-156.
11. HILLEMANN P, WANG X, STAEHLE S *et al*. Evaluation of different treatment modalities for vulvar intraepithelial neoplasia (VIN): CO(2) laser vaporization, photodynamic therapy, excision and vulvectomy. *Gynecol Oncol*, 2006;100:271-275.
12. FEHR MK, BAUMANN M, MUELLER M *et al*. Disease progression and recurrence in women treated for vulvovaginal intraepithelial neoplasia. *J Gynecol Oncol*, 2013;24:236-241.

Remerciements au Dr Sophie Berville-Levy (gynécologue, Hôpital Tarnier) pour les photos.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.