

# CONSIDERATIONS SUR LES RELATIONS DU CANCER SUR COL RESTANT AVEC LE CANCER SUR COL TENANT

par

Docteur RAFAMANANANTSOA Simon

Chirurgien Gynécologue

Dans cette étude, nous nous sommes efforcé de dégager les traits particuliers qui puissent permettre de différencier le cancer sur col restant du cancer sur col tenant, cherchant à nous faire avec notre Maître le Professeur HUGUIER, « d'une certaine opinion que nous avons du cancer sur col restant, une opinion certaine ».

Tout d'abord, qu'il nous soit permis de préciser que le vrai cancer sur col restant est un cancer cervical survenant au moins 3 ans après une hystérectomie subtotale. C'est ainsi que BRUNSCHWIG n'accepte pas de classer une malade dans les cols restants à moins de 3 ans après son hystérectomie subtotale laquelle doit être non suivie de métrorragies pendant les 18 premiers mois.

De tels critères permettent d'éliminer les résurgences, les métastases d'un cancer endométrial, les cancers restés sur col, les épithéliomas intra-épithéliaux (E.I.E.) qui, comme l'on sait actuellement peuvent évoluer très longtemps pendant des années avant de laisser sur le col un cancer interstitiel, posant ainsi un problème de diagnostic différentiel ardu, presque insoluble entre un cancer resté sur col et un cancer sur col restant.

Les particularités du cancer sur col restant sont donc, si particularités il y a, discutées à la fois du point de vue diagnostique, cancérologique et thérapeutique.

## PROBLEMES DIAGNOSTIQUES

La cancérisation du col restant est d'une fréquence variable selon les auteurs. Lamarque l'estime à 2,07 % ; Ducuing à 2,11 % ; Ponthus et Rochet à 4,2 % ; Laborde, Midoux (institut Gustave Roussy) à 4,6 % ; Baud à la Fondation Curie à 4,6 % ; Dargent à 2,8 % ; pour Moracci par contre, la cancérisation du col restant atteint 23,9 % des cas (23 cas sur 96) — ce qui l'a rendu un défenseur acharné de l'hystérectomie totale.

En général, le cancer sur col restant apparaît à un âge plus avancé que le cancer sur col tenant. Pour Dargent, l'âge moyen d'apparition est de 55 ans (pour 54 cols restants). Pilleron le situe par contre entre 45 et 59 ans pour une série de 118 cas qu'il a étudiés.

Les patientes viennent consulter plus tôt (3 mois après les premiers symptômes) pour une symptomatologie souvent plus nette (métrorragies extrêmement rapprochées). Ainsi Pilleron a dépisté précocement 50 % de ses cas. Il a enregistré de 1950 à 1960 :

— Cancer sur col tenant : 1324 cas.

— *Stade I* : 14 %.

Cancers sur col restant : 118 cas.

— *Stade I* :

— 47 % entre 45 & 59 ans.

— 44 % entre 60 ans et plus,

— 9 % de moins de 45 ans.

Le diagnostic du cancer sur col restant sera conduit et fait comme celui du cancer sur col tenant. C'est un diagnostic à la fois clinique, colposcytologique et biopsique, dont les difficultés ne se rencontrent que dans les formes peu évoluées (formes effritées intra-épithéliales).

Toutefois, sur le plan anatomo-pathologique, l'extension des lésions se répartit de la même façon dans les cancers du col tenant et du col restant, sous réserve qu'il y a moins de faux II et de faux III dans ces derniers.

De l'avis de tous les auteurs, il y aurait plus de risques de sous-coter que de sur-coter les cols restants car les examens extemporanés sur un col de 3 cm de technique difficile et les coupes n'ont pas une sécurité de lecture aussi bonne que les coupes dans la paraffine (Cartier).

Enfin, cancer du col tenant et cancer du col restant peuvent présenter les mêmes pièges quand les biopsies sont trop limitées et périphériques. Ces lésions - pièges sont, soit des microinvasions en bordure d'une plaque d'E.I.E., soit des petites bordures intra-épithéliales à la périphérie de banaux cancers invasifs. Ces lésions sont capables d'induire en erreur tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. C'est

pour cela que l'école de Broca avec Huguier -- à l'opposé du procédé classique de biopsie unique faite en périphérie, à cheval sur les lésions et les tissus sains -- recommande toujours :

- a) les biopsies multiples faites en pleines lésions après repérage de celles-ci sous colposcopie ou par test de Schiller ;
- b) les coupes globales du col, les coupes multiples qui restent les meilleures pour visualiser toutes les affinités lésionnelles du cancer cervical.

En conclusion, d'une façon générale, le cancer sur col restant ne pose pas, à notre avis, de problème diagnostique particulier par rapport au cancer du col tenant ; mais pour le col restant, tout E.I.E. douteux devrait être pris pour un épithélioma invasif, faute de pouvoir amputer le col pour avoir des coupes sériées. L'amputation du col restant gênerait énormément pour reprendre une technique d'exérèse ou de radiations en cas de lésions invasives confirmées. Par ailleurs, en clinique, la difficulté pourrait exister réellement pour différencier un néoplasme viscéral voisin propagé au col restant. L'observation suivante de Huguier illustre bien pareille éventualité : il s'agit d'un néoplasme primitif du sigmoïde accolé au moignon cervical, l'ayant térébré chez une femme qui a subi une hystérectomie subtotale datant d'une dizaine d'années.

#### *MALIGNITE PARTICULIERE DU CANCER SUR COL RESTANT*

On attribue une mauvaise réputation au cancer sur col restant. Carbonet élimine volontiers de cette mauvaise réputation « ce qui peut tenir de la confusion entre les vrais cancers sur col restant et les cancers restés sur le col logiquement plus malins ; et aussi ce qui peut tenir à des détériorations du pronostic, soit opératoires, soit, radiothérapiques à cause des complications viscérales possibles ».

En réalité, la malignité particulière du cancer sur col restant ne peut être conçue qu'en confrontant avec des séries suffisantes, les cancers sur col tenant et ceux sur col restant, des invasions ganglionnaires et paramétriales.

Presque tous les auteurs avec leurs études statistiques ont retrouvé strictement les mêmes proportions de stade I, de stade II, de stade III et de stade IV. A l'institut Gustave Roussy, avec 118 cas sur col restant et 1324 cas sur col tenant (vus pendant 10 ans : de 1950 à 1960), Lacour a constaté paradoxalement moins de stade IV que de stade III. De son côté, à l'hôpital de Manchester, Neal a étudié 197 cancers sur col

restant pour 6 312 cas de cancer sur utérus complet. Il a trouvé les stades I :

- sur col restant : 15,9 %.
- sur col tenant : 6,1 %.

Ces chiffres sont à peu près ceux de la clinique Sheffield, Brunschwig a étudié une série de 702 cancers du col dont 74 sur col restant et a constaté que la répartition des stades est identique dans les 2 cas.

- a) Pour les cols tenants :
  - Stades I et II : 80 %
  - Stade III : 10 %
  - Stade IV : 10 %
- b) Pour les cols restants :
  - Stades III et IV : 20 %
  - Stades I et II : 80 %

Dans une série de 102 cols restants, pendant ces 6 dernières années, Verarghe a eu le même pourcentage de stades I, II, III et IV pour les cancers sur col restant et sur col tenant. Ce même pourcentage des différents stades est aussi retrouvé et confirmé par d'autres auteurs pour les cancers sur col restant à moins de 3 ans, à 3 ans et au-delà de 3 ans pour 46 cas colligés par Lacour à l'Institut Gustave Roussy.

A noter aussi la faiblesse relative de l'invasion ganglionnaire dans les cancers sur col restant. Verarghe n'a trouvé que 7 ganglions envahis sur 263 prélevés chez 24 malades. A en croire que l'hystérectomie sub-totale antérieurement pratiquée ait quelque peu bouleversé la circulation lymphatique du pelvis. Une étude lymphographique du petit bassin avant et après hystérectomie pourrait dans l'avenir infirmer ou confirmer notre hypothèse.

Pour étudier le potentiel de malignité des cancers sur col restant et de ceux sur col tenant, Brunschwig et Meigs ont utilisé pour leurs cas (74 cas sur col restant et 1 000 cas sur col tenant) la classification anatomo-clinique suivante :

*Classe A* : après étude anatomo-pathologique, cancer tout à fait confiné au col ; pas d'invasion hors du col.

*Classe B* : cancer dans la voûte du vagin ou dans le segment inférieur de la matrice ; paramètres négatifs et ganglions négatifs.

*Classe C* : invasion des paramètres sans métastases ganglionnaires.

*Classe CN* : cancer dans les lymphatiques du paramètre avec ganglions positifs dans le paramètre.

*Classe D* : ganglions à la périphérie du pelvis, ganglions obturateurs iliaque externe, hypogastrique, iliaco-rectal et souvent on voit des ganglions positifs avec des paramètres négatifs. Tout est contrôlé au microscope.

*Classe DC* : paramètres envahis et ganglions à la périphérie du bassin.

*Classe E* : invasion contrôlée au microscope de la vessie et du rectum ou des deux à la fois.

*N.B.* — Il ne s'agit pas d'une impression microscopique. Bien souvent, on soupçonne qu'il y a invasion, mais ne pas classer E si le microscope ne montre pas une invasion certaine des organes voisins.

*Classe EN* : invasion de la vessie ou du rectum ou des deux à la fois avec ganglions positifs à la périphérie.

*Classe F* : invasion de chaque côté ou d'un côté ou collée contre les muscles de la paroi ou les vaisseaux de la paroi.

*Classe FN* : invasion accolée contre la paroi avec les ganglions séparés.

*Classe AC* : biopsie positive antérieurement irradiée. Pièce négative.

Cette classification anatomo-clinique très détaillée aurait permis à ses auteurs d'avoir une bonne statistique très claire, évitant les confusions entre les différents stades d'invasion avec des séries de quelques centaines de cas. Pour eux, la classe CN serait le stade le plus malin aussi bien pour le col restant que pour le col tenant.

Quant aux formes histologiques, près de 50 % des cancers sur col restant sont des épithéliomas anaplasiques et glandulaires et cette fréquence est retrouvée par la plupart des auteurs après un choix sévère des dossiers pour éliminer toute résurgence ou métastase d'un cancer endométrial. Noter que ces formes anaplasiques et glandulaires sont particulièrement malignes. Pilleron a été très déçu par les résultats obtenus après curiethérapie :

12 cols non stérilisés sur 20 cas d'anaplasiques ;

... 5 cols non stérilisés sur 6 cas de glandulaires.

... A l'opposé, 3 cas non stérilisés pour 11 épidermoïdes. Par ailleurs, ces formes anaplasiques et glandulaires sont très lymphophiles ; le même auteur a constaté 5 ganglions envahis sur 14 anaplasiques et 1 ganglion envahi sur 5 glandulaires, alors qu'il n'a eu qu'un ganglion envahi sur 10 cas dans les épidermoïdes.

## TRAITEMENT

Qu'il soit sur col tenant ou qu'il soit sur col restant, le cancer cervical ne varie guère son traitement, lequel a été récemment l'objet du congrès de Chirurgie de 1964. Ce traitement dans ses grandes lignes, fait appel :

- à la radio-chirurgie pour l'Ecole Française ;
- aux agents physiques pour les Anglo-Saxons ;
- uniquement à la chirurgie pour l'Ecole Américaine de Brunschwig.

Toutefois, certains points particuliers méritent d'être précisés en ce qui concerne le cancer sur col restant -- ces précisions intéressant à la fois la radiothérapie et le traitement chirurgical.

## LA PHYSIOTHERAPIE

Pour le traitement par les rayons, selon Pichard, les techniques d'irradiations externes, aujourd'hui cobalthérapeutiques, sont absolument identiques, qu'il s'agisse de cols restant ou tenant.

Par contre, la curiethérapie est particulière du fait de l'absence de cavité corporelle en cas de col restant ; elle est pratiquement systématique et pré-pératoire pour Huguier à l'hôpital Broca. Elle comporte deux temps :

- l'un vaginal qui lui est banal et identique au cancer sur col tenant ;
- l'autre cervical qui est le seul point de la technique d'irradiation particulier au col restant.

Tout d'abord, pour qu'il soit possible, faut-il que le moignon cervical soit suffisamment long pour accepter un foyer radifère (sauf pour le cas de cols effacés ou de cols détruits par le cancer). La mise en place ne pose pas de difficultés. Si une petite dilatation est nécessaire, elle doit être effectuée avec beaucoup de prudence et de douceur.

La contention de cette sonde radifère est par contre délicate, car elle est encore plus instable que les sondes longues qui remontent dans la cavité corporelle et a tendance plus encore à descendre dans la cavité vaginale. Aussi, le tamponnement doit-il être particulièrement soigné et pour le faciliter, il est nécessaire de séparer les deux temps cervical et vaginal.

La répartition spatiale de l'énergie est peu différente de l'application sur col tenant ; la zone d'action est plus plate mais elle couvre

habituellement le volume cible, du moins chaque fois qu'une sonde radifère aura pu être mise en place dans le moignon cervical.

Il est entendu que seuls les stades I et II limités à la partie proximale du paramètre pourront être « couverts » par la zone d'action du radium. Pour les cas plus étendus, il semblerait plus logique d'élargir cette zone d'action du radium par l'association d'une irradiation externe, même à titre pré-opératoire. Mais nous tombons là dans un problème qui n'est pas spécial au col restant.

Les doses varient en fonction du nombre de foyers qui ont pu être mis en place dans le col et dans le vagin ; elles vont de 25 à 40 mcd dans les cas de vagin ample (60 mcd, dose moyenne pour col tenant).

Il est à noter que l'étalement de la dose est plus long lorsque l'application est effectuée en deux temps, ce qui nous paraît avantageux pour le col restant où les risques de radio-lésions et de radio-nécroses peuvent paraître plus élevés du fait des rapports anatomiques particuliers que le moignon cervical peut contracter avec la vessie, le grêle et le sigmoïde.

C'est une des raisons pour lesquelles il nous semble logique, chaque fois que nous le pouvons, de faire l'application curiéthérapique en deux temps. En somme, la technique radiothérapique des cancers sur col restant ne pose guère de problèmes particuliers lesquels sont en principe sensiblement les mêmes que ceux de col tenant. En pratique, le problème qui pourra se poser habituellement est une question de place :

En cas de col permettant l'introduction du tube de radium, on peut alors faire l'application à la fois intra-cervicale et pré-cervicale en un seul temps.

- Pour le col restant avec un moignon ou un bourgeon très volumineux, on a recours à quatre olives dont deux olives internes avec deux tubes à 20 mg de radium et deux olives externes à un tube. Lorsqu'il manque l'appoint du tube intra-cervical, il y a lieu d'augmenter légèrement les doses.

Il est incontestable que la forme du colpostat est très importante, de même que sa contention, si bien que son indication majeure est avant tout l'envahissement des culs-de-sac latéraux ; pour bien irradier ceux-ci, préférer la position verticale des tubes par rapport à la malade.

En cas de propagation importante sur le vagin, certains préfèrent une irradiation pré-cervicale contemporaine ou secondaire à une irradiation des parois.

Par ailleurs, à la clinique de Sheffield, depuis ces quinze dernières années, Neal a traité tous les cancers sur col restant par télé-cobalthérapie. La plupart des cas ont eu un traitement mixte, curiéthérapie suivie de cobalthérapie ou de thérapie à haut voltage.

*LES COMPLICATIONS DE LA RADIOTHERAPIE  
DANS LE CANCER SUR COL RESTANT*

On croyait jadis qu'elles sont plus fréquentes et plus redoutables que celles du cancer sur col tenant. On sait aujourd'hui qu'elles ne sont ni fréquentes, ni redoutables quand elles surviennent. Grâce aux techniques nouvelles d'irradiation, on peut confier les cancers sur col restant aux radiothérapeutes sans arrière-pensée aucune.

Dans la prophylaxie de ces accidents, une notion est fondamentale au point de vue de la curiéthérapie, c'est celle du volume cible dans le colpostat qui, pour un col restant, est à peu près la moitié du volume cible de l'utérus intact. Les doses sont forcément à réduire de moitié pour éviter les catastrophes : 60 mcd étant la dose moyenne pour un

col tenant, celle du col restant est donc de  $\frac{60}{2}$  30 mcd. A la clinique de Sheffield, Neal a pu augmenter les doses sans danger en mettant devant le rectum un écran de tungstène.

Les complications radiques, quand elles surviennent, sont à traiter comme celles sur col tenant. Pour le col restant, celles du stade II sont le plus graves : rectites hémorragiques, dystrophies muqueuses tardives, fistules recto-vaginales. Thoyer - Rozat a vu une sténose intestinale d'origine radique de 20 cm chez une malade que Taillefer avait fait irradier pour un col restant. Il est recommandé de ne pas biopsier ces lésions de peur d'aggraver les accidents, sauf s'il y a récurrence associée.

Certains pensent que la meilleure prophylaxie de ces accidents radiques reste le renoncement à toute irradiation sur le col restant et ils se contentent à tous les stades de la chirurgie qui leur a donné d'excellents résultats (Brenier - Brunschwig).

*LE TRAITEMENT CHIRURGICAL*

Seul ou associé à la physiothérapie, le traitement chirurgical comporte les mêmes indications que pour le cancer sur col tenant, sous réserve de quelques difficultés techniques particulières pour la chirurgie du cancer sur col restant.

Scali nous trace comme suit les grandes lignes de ces difficultés telles qu'elles se présentent dans l'ordre à l'opérateur :

1° L'exposition du champ opératoire pelvien permettant d'attaquer la dissection nécessite un temps préalable de libération et de dégagement viscéral pour défaire certaines péritonisations ou cloisonnements péritonéaux. Il faut en particulier, réaliser un bon dégagement de la



margelle du bassin, une exposition correcte de la fosse para-rectale et une vue topographique de l'ensemble des viscères pelviens restants, avant d'en obtenir un repérage plus précis encore au cours de la dissection.

2° Pour contrôler l'extension clinique, il est opératoirement utile de comparer l'estimation du stade clinique à l'extension apparente au cours de l'intervention. Un toucher vaginal ou un toucher rectal à ventre ouvert peuvent ainsi apporter des renseignements précieux et permettent parfois de préciser la nature fibreuse post-opératoire ou néoplasique de certaines infiltrations.

3° L'ablation de reliquats annexiels peut parfois créer quelques petites difficultés parce qu'ils sont mal identifiables ou masqués. Si l'on a un doute sur la persistance d'un reliquat annexiel, il vaut toujours mieux reprendre en situation haute la ligature du pédicule lombo-ovarien au-dessus du détroit supérieur.

4° Le lymphadénectomie n'offre généralement aucune particularité du fait de l'intervention antérieure.

5° Le repérage du pédicule utérin n'est pas toujours évident en raison de la sclérose et de son atrésie fonctionnelle. Le trajet de l'artère ombilicale permettra de le repérer plus facilement. La dissection des paramètres sus et sous-utérinaux et des pédicules de la corne vésicale peut parfois être plus difficile à cause du remaniement cicatriciel qui peut exister à ce niveau. Plus que jamais dans cette dissection, le guide doit être l'urètre qu'il faut suivre fidèlement tout en ménageant son adventice. Il peut arriver que dans ces manœuvres intéressantes l'atmosphère cellulo-fibreuse du moignon cervical, on puisse regretter de ne pas avoir la possibilité d'une traction solide sur le tube génital. En réalité, le moignon cervical est en général suffisamment étoffé pour que l'on puisse le saisir en disposant deux fortes pinces sur ses bords latéraux. En principe, dans la chirurgie du cancer, il vaut mieux faire porter ses ligatures et ses sections sur des tissus situés à leur place normale et au niveau d'élection que sur des tissus artificiellement étirés pour ne pas risquer en fin de compte de fausser quelque peu l'élargissement de l'opération.

6° Le dégagement postérieur de la pièce n'offre généralement pas de difficultés particulières au cancer sur col restant. Si l'on prend soin de bien repérer le moignon cervical et de bien garder le contact du mur rectal en se souvenant de l'angle aigu du corps ano-rectal, il est nécessaire de descendre assez bas pour bien dégager les ligaments vagino-utéro-sacrés et de faire à leur niveau une exérèse suffisamment large.

7° Le temps de dégagement antérieur et clivage intra-vésico-vaginal.

En définitive, ces manœuvres peuvent être la principale difficulté à contrôler en raison de la tendance fréquente de la vessie à coiffer le moignon cervical. Or, il faut à tous prix savoir où commence la vessie. Dans ce but, on peut s'aider d'un cathérisme prudent avec un instrument rigide qui donnera le contact de son bord postérieur ; on peut aussi gonfler la vessie ce qui relève généralement mieux ses limites. De toute façon, il est généralement indiqué de commencer ce dégagement vésical un peu en arrière du point où l'on a repéré l'extrémité postérieure de l'organe. A cause des adhérences au col, le démarrage de ce clivage peut être relativement difficile ; une bougie introduite dans le vagin permet de repérer le mur vaginal ; on peut mieux encore se servir d'un doigt introduit dans la cavité vaginale et contrôler mieux ainsi les difficultés topographiques. Dans certains cas, il convient d'entreprendre et amorcer ce clivage, non point sur la ligne médiane, comme on a, dans l'immense majorité des cas, l'habitude de le faire, mais latéralement et périphériquement au niveau des lames ou ligaments sagittaux inter-vésico-vagineux en liant ceux-ci par petits pédicules étagés au-dessous de l'urètre, en se méfiant, bien sûr de la présence toute proche de la vessie. On arrive ainsi assez souvent à amorcer de chaque côté ce clivage, quitte à terminer par la zone qui pourrait paraître assez difficile à séparer, la zone médiane. Mais, à ce moment-là en cas de difficultés sérieuses, nous voulons surtout insister sur l'intérêt de la voie basse où l'on peut pratiquer ces décollements par voie périnéale, soit en commençant au niveau de la fourchette vulvaire, soit en commençant plus haut au tiers inférieur ou à mi-hauteur du vagin ; en tous cas tout dépend de la longueur de l'étoffe vaginale que l'on entend emporter dans l'exérèse.

Le recours de toutes ces manœuvres de dissection ou de repérage par voie basse rend, pour nous, encore plus impératif que dans les Wertheims pour cancers sur col tenant, l'installation des membres inférieurs de l'opérée sur des appuis permettant une exposition conjointe des champs opératoires abdominal et périnéal.

L'exposé de toutes ces petites difficultés et de tous ces artifices techniques risquerait de faire croire que la chirurgie pour cancer sur col restant pose des problèmes nettement plus ardues, plus difficiles à résoudre que ceux de la chirurgie du cancer sur col tenant. En fait, il n'en est rien et bien souvent cette intervention se passe exactement, à peu de chose près de la même façon que les Wertheims pour cancer du col sur utérus complet.

Certes, il peut arriver qu'un débutant dans cette chirurgie puisse être gêné par l'absence du corps utérin et se trouve quelque peu désarmé dans ses dissections de ne pas pouvoir se servir de repère et de la traction sur l'utérus. C'est là en fait une erreur de jugement car il existe un principe qu'on doit toujours avoir en vue dans la chirurgie du cancer. Ce principe veut que l'on ne doit pas tant tenir compte

de ce que l'on retire mais bien de ce que l'on laisse et qu'on laisse des organes essentiels : urètres, vessie, rectum : on laisse aussi le tissu cellulaire restant et c'est peut-être la limite que l'on se donne dans cette exérèse fibro-celluleuse qui peut être l'élément le plus difficile à apprécier. De toute façon, il faut absolument rejeter l'idée que la chirurgie du cancer sur col restant est une chirurgie difficile, pleine d'aléas. Aussi doit-on en tout réfuter l'opinion de ceux qui croient pouvoir récuser pour des raisons de techniques opératoires cette entreprise chirurgicale.

En somme, la chirurgie du cancer sur col restant est pratiquement comparable à celle du cancer sur col tenant, sauf les quelques détails techniques précisés par Scali : leurs indications opératoires restent les mêmes. Toutefois, le choix de la voie d'abord, indiquée essentiellement par la résistance et l'âge de la malade est très important, plus encore peut-être pour le cancer sur col restant. Si bien que, chez les femmes très obèses et fragiles, la plupart des auteurs préfèrent à la voie abdominale une voie périnéo-vaginale associée à une lymphadénectomie ou même à une ovariectomie par voie sous-péritonéale. C'est là une intervention bénigne aux suites bien tolérées.

Dans certains cas, le décollement vésical s'avère difficile nécessitant une bonne résection vaginale. L'artifice de Scali consiste à remplir la vessie qui, une fois gonflée, se présente et se décolle mieux, tout en permettant d'apercevoir facilement ses blessures éventuelles. Brunschwig ouvre la vessie d'une façon délibérée dans la ligne médiane pour mieux la disséquer. D'autres, pour faciliter au maximum les différents temps opératoires travaillent à deux équipes par voies vaginale et abdominale selon l'excellente technique mise au point par Huguier dans le but de cerner de toutes parts la vessie et le rectum pour les libérer facilement. D'autres jugent enfin indispensable de faire des prélèvements extemporanés sur les adhérences vésicales : et au lieu de s'obstiner à disséquer au plus près une vessie déjà envahie, ils ont volontiers recours à une pelvectomie antérieure. Ces envahissements peuvent exister même avec une cystoscopie négative. C'est dans la perspective d'une telle éventualité qu'il est sage de prévenir toujours la malade que l'on pourrait être amené à faire une intervention plus large sur la vessie.

#### *Choix des méthodes thérapeutiques et résultats*

Il est désormais admis à l'école Broca du Professeur Huguier de traiter le cancer sur col restant comme un cancer sur col tenant par l'association radio-chirurgicale suivante :

Stades I & II relativement limités : curiethérapie préalable suivie d'intervention (lymphadéno-colpo-trachélectomie élargie) :

*Stade III* : cellulectomie totale.

*Stade IV* : cellulectomie totale et exantération.

Quant à l'E.I.E. sur col restant, Huguier pense plus prudent de ne pas pratiquer la simple amputation biopsique du col ; il recommande de faire d'emblée une trachélectomie élargie (lymphadénectomie avec colpo-trachélectomie élargie raisonnablement en dedans et au-dessus des urètres afin de réduire pratiquement totalement les risques urétraux post-opératoires). La simple amputation du col, une décision d'exception selon Huguier, ne devrait être décidée que dans les lésions pures d'E.I.E. après confrontation directe du chirurgien, de l'anatomopathologiste et du cytologiste.

Brunschwig et son école par contre, ne traitent le cancer sur col restant, quel qu'en soit le stade (voir classification de Brunschwig précitée) que par la chirurgie seule. Sur 74 cas tous opérés, ils ont eu 41 survies, soit 55 % (contre 57 %, taux de survie pour le cancer sur col tenant).

A l'Institut Gustave Roussy, Lacour et son équipe associent les rayons et la chirurgie selon le schéma thérapeutique suivant :

*Stade I* : radium vaginal (plus radium endocervical si col cathétérisable) suivi d'une colpo-cervicectomie avec lymphadénectomie.

*Stade II* : curiethérapie suivie de cobalthérapie pré-opératoire (4 000 r). La chirurgie sera alors indiquée selon les résultats de ce traitement. Lorsque les paramètres sont relativement sèches ou lorsqu'il n'existe que des lésions de sclérose discrètes, une colpo-cervicectomie avec lymphadénectomie sera faite. Au contraire, si l'induration existante au stade de l'examen initial s'est étendue ou si la sclérose est plus marquée, Lacour récuse la chirurgie, refusant à disséquer un urètre dans des zones qui ont reçu des doses de radiations de l'ordre de 7 à 1 000 r (ces doses pouvant être facteurs de fistules dans les suites opératoires). Dans ce cas-là, il complète la cobalthérapie pour donner une dose uniforme de 5 à 6 000 r.

*Stade III* : ici, 2 groupes sont à distinguer :

a) le groupe des stades III sans retentissement sur l'appareil urinaire, sans dilatation urétérale, est à traiter uniquement par les radiations : radiothérapie en premier et cobalthérapie en second. Actuellement, les radiothérapeutes préfèrent commencer par le cobalt à dose uniforme pour tout le petit bassin et faire ensuite une surimpression par curiethérapie permettant ainsi peut-être, un étalement plus commode et plus complet, ainsi qu'une dosimétrie meilleure.

b) dans le groupe des stades III urinaires, Lacour et son équipe de Gustave Roussy font du radium vaginal et une exploration chirurgicale, car les stades urinaires traités uniquement par les radiations leur ont

donné des résultats tellement catastrophiques que 90 % des malades sont mortes au bout de 5 ans. Ils font une chirurgie à la demande, une chirurgie qui peut aller d'une cervicectomie avec lymphadénectomie à l'exentération plevienne antérieure ou postérieure (1 exentération antérieure sur 15 malades opérées de cancer sur col restant de 1957 à 1960).

*Stade IV* : les mêmes auteurs font toujours du radium associé chaque fois que faire se peut à une exentération pelvienne.

Voici un tableau comparatif des résultats qu'ils ont obtenus suivant les stades entre 2 séries contemporaines de cancers sur col restant et de cancers sur col tenant :

Cancers sur col restant	Cancers sur col tenant
<i>STADE I :</i> Survie à 3 ans : 83 % Survie à 5 ans : 75 %	<i>STADE I :</i> Survie à 3 ans : 87 % Survie à 5 ans : 81 %
<i>STADE II :</i> Survie à 3 ans : 62 % Survie à 5 ans : 50 %	<i>STADE II :</i> Survie à 3 ans : 70 % Survie à 5 ans : 60 %
<i>STADE III :</i> Survie à 3 ans : 45 % Survie à 5 ans : 33 %	<i>STADE III :</i> Survie à 3 ans : 49 % Survie à 5 ans : 33 %
<i>STADE IV :</i> Survie : AUCUNE. 7 cas : 7 décès	<i>STADE IV :</i> Survie à 5 ans : 8 % 08 cas sur 1050

Il n'existe donc pas de différence notable dans les résultats thérapeutiques des cancers sur col restant et tenant. Toutefois, aucune survie n'a été enregistrée au stade IV pour le cancer sur col restant.

Pendant la période de 1951 à 1963 à la fondation Curie, Taillefer et Pilleron ont eu à traiter 72 cancers sur col restant dont ils ont éliminé 8 cas qui n'avaient pas les 3 ans de recul nécessaires et 2 cas « in situ ». Parmi les 62 cas de cancers authentiques sur col restant, la majorité des traitements consistait en physiothérapie ; dans cet ensemble de 62 cas, ils ont eu 18 interventions pour récidives. Il y a eu en particulier 4 colpo-cervicectomies, 4 pelvectomies, et des interventions diverses qui disent bien la gravité des cas : radio-nécrose partielle étendue, une exérèse pour métastases vulvaires, dégâts d'électro-coagulation palliative, etc. Les résultats éloignés de cette statistique relativement courte sont détaillés comme suit :

a) pour les malades qui ont été opérées d'emblée :

Stade I	: 19 cas
guérison	: 16 cas
perdues de vue	: 1 cas
- décès	: 2 cas

b) En ce qui concerne les récurrences, les résultats sont catastrophiques :

*Stade I* : 1 seule survie à 1 1 2 an,

*Stade II* : 2 survies avec 1 récurrence à 2 ans et 1 récurrence à 4 ans.

C'est au cours des récurrences au stade II que ceux de l'équipe de la fondation Curie ont eu les complications les plus meurtrières dans les suites opératoires : fistules multiples, en particulier vésico-vaginales, anurie post-opératoire, sub-occlusion post-opératoire, contusion du nerf obturateur non réséqué, infarctus mortel. Forts de leur expérience, ils estiment que la chirurgie, tout au moins dans les stades I et II, doit permettre d'avoir les mêmes résultats que la physiothérapie et de ne pas aggraver la mortalité ou la morbidité.

D'ailleurs, les statistiques montrent que dès que le cancer du col dépasse les limites assignées par l'anatomo-pathologie habituelle, dès qu'il y a invasion du tissu cellulaire en dehors des paramètres, des ganglions habituellement enlevés, le pronostic est d'une gravité exceptionnelle.

Après curiethérapie, Pilleron et ses collaborateurs opèrent d'emblée les stades I par sécurité, la chirurgie permettant de contrôler les aires ganglionnaires d'une manière précise, et de mettre en œuvre une thérapeutique de complément par les rayons.

Les malades des stades II sont d'abord traitées par curiethérapie et cobalthérapie. Quand elles sont aux 3 4 de leur traitement physiothérapique, c'est-à-dire avec 3 500 r reçus au niveau du bassin, une nouvelle décision s'impose après un nouveau bilan :

- cas opérable dans de bonnes conditions : radiothérapie anti-inflammatoire éventuelle et colpo-cervicectomie ;
- cas où la radiothérapie semble avoir de bonnes chances de guérison et où l'acte opératoire n'est pas souhaitable pour une cause ou une autre : traitement continu par physiothérapie ;
- cas où le radiothérapeute pense qu'il ne peut pas y avoir de rétrocession acceptable, valable, par le traitement physique : chirurgie d'exérèse large évitant la gravité des radio-lésions et de leurs troubles (intervention faite avant toute récurrence).

Pour les autres cas, la chirurgie doit être réservée aux récurrences après la physiothérapie. La morbidité et la mortalité risquent d'être

lourdes, mais encouragés par les résultats de la radiothérapie, ils pensent que les efforts des chirurgiens doivent être limités à ces cas, quelle que soit la gravité de l'acte opératoire.

Brunschwig a opéré tous les cancers sur col restant qu'il avait à traiter : 74 cas de 1947 à 1957. Avec le traitement chirurgical exclusif, comme dans les cancers sur col tenant, il a eu des résultats qu'on peut qualifier de très bons :

*stade I* : 70 % de survie, légèrement moins que dans l'utérus intact ;

*stade II* : légèrement meilleure que dans l'utérus intact.

*stades III et IV* : 55,04 % contre 57 % dans l'utérus intact.

Brunschwig a amélioré ses résultats en réunissant les quatre stades, et surtout grâce aux succès de ses pelvectomies dont il a une très grande expérience. Nous pensons qu'il faudrait être très prudent pour l'imiter, car entre d'autres mains, la mortalité pour pelvectomie serait plus grande et l'on risque ainsi de perdre dans la mortalité immédiate ce que l'on essaie de gagner.

A l'exemple de Brunschwig, Brenier a traité aussi ses cas directement par la chirurgie seule : une douzaine de cancers sur col restant. Il a 8 survies dont 5 ont déjà dépassé cinq ans.

A l'opposé des résultats des auteurs américains qui sont interventionnistes exclusifs à 100 pour 100, voici ceux à 5 ans du traitement fait à Manchester's Hospital, résultats envisagés par stades pour cancers sur col restant chez des malades traitées uniquement par radiothérapie et cobaltothérapie :

*Survie à 5 ans :*

*Stade I* : 11 cas sur 17, soit 64,7 % ;

*Stade II* : 22 cas sur 51, soit 43,1 % ;

*Stade III* : 6 cas sur 29, soit 20,6 % ;

*Stade IV* : 0 cas sur 3, soit 0 %.

A la clinique de Sheffield, sur l'ensemble des stades, le pourcentage de survie à 5 ans s'élève à 40 % pour les cols restants (statistiques concernant 25 cols restants contre 1 172 cols tenants).

Enfin d'autres statistiques appartiennent à des auteurs français qui associent volontiers la physiothérapie à une colpo-cervicectomie élargie avec lymphadénectomie.

Robert pour 15 cols restants a enregistré une survie à 5 ans de 10 guérisons pour le stade I, et de 1 guérison pour le stade II.

Loiseau a eu 43 cols restants répartis en :

*stade I* : 17 cas

*stade II* : 11 cas

*stade III* : 15 cas

Pour les stades I & II, toutes ses malades ont été traitées par radium et radiothérapie conventionnelle sauf :

- 2 opérées deux mois après leur curiethérapie ;
- 1 opérée après radium et radiothérapie ;
- 3 opérées également plus tardivement après le même traitement.

Au deuxième trimestre 1964, les stades I & II sont réduits à 22 malades (sur 28). Quant aux stades III, les 15 cas ont un maximum de survie de 10 mois. La majorité des malades sont décédées au bout de 3 mois, 5 mois et 9 mois.

- De son côté, Verarghe a des malades suivies depuis plus de 5 ans :

*stade I* : 6 survies sur 10 malades opérées de plus de 5 ans ;

*stade II* : 11 survies sur 23 malades opérées de plus de 5 ans ;

ce qui fait 17 survies à plus de 5 ans sur 33 cas, soit 51 %.

### CONCLUSION

Ainsi, donc, à la lumière de leurs travaux récents, tous les auteurs pensent que le cancer sur col restant ne diffère guère du cancer sur col tenant, tant sur le plan anatomo-clinique thérapeutique que cancérologique. Et nous nous rallions volontiers à l'opinion autorisée de notre Maître le Professeur Huguier qui affirme « qu'il n'existe pas de différence fondamentale entre des cancers du col restant et ceux du col tenant. Une petite remarque curieuse est l'existence d'une fréquence, peut-être, anormale des formes anatomiques indifférenciées. Mais la seule différence notable, en fait, consiste dans les difficultés un peu plus grandes des techniques tant radiothérapique que chirurgicale. Toutes ces difficultés sont pourtant loin d'être insurmontables. Des artifices chirurgicaux permettent des interventions raisonnables. Une notion est confirmée : la radiothérapie, elle aussi, est possible sans risques viscéraux majeurs ».

Quant à la prévention du cancer sur col restant, nous croyons, plus encore qu'à la surveillance répétée du col laissé en place, à la nécessité pour le chirurgien d'avoir une doctrine en matière d'hystérectomie, et à l'exemple de l'école de gynécologie de l'hôpital Broca, d'opter pour



une attitude totaliste dans toutes les hystérectomies pour affections non malignes, sauf dans des rares exceptions, soit à la demande expresse de la malade de conserver son col qui doit alors présenter une intégrité histo-anatomique confirmée par un triple contrôle clinique, colpo-cytologique et biopsique, soit chez une jeune femme avec col absolument sain chez qui l'on voudrait pour raison psychologique ou autre, sauvegarder un petit cycle menstruel. Il faut faire alors dans ce cas une hystérectomie supra-isthmique avec conservation d'endomètre et d'ovaires. Nous pensons également que, dans les pays en voie de développement, pour les praticiens assez souvent mal équipés en vue du dépistage de l'épithélioma intra-épithélial (E.I.E.), la meilleure prophylaxie du cancer sur col restant demeure le renoncement méthodique à la trop facile hystérectomie subtotalaire qui laisse en place un col en puissance d'être cancéreux avec une chance de 1 à 6 % selon Redon. Et s'il nous est permis d'extrapoler sur le plan de la cancérologie, à partir du jour où personne d'autre ne ferait plus d'hystérectomie subtotalaire, le cancer sur col restant aurait perdu toute chance d'exister.

\*  
\*  
\*

#### BIBLIOGRAPHIE.

- BOUCARON F. — *Du cancer du col restant*. Thèse Marseille, 7 janv. 1955, n° 1, 70 p.
- BRENIER J.L. — *La place des lymphadéno-colpo-hystérectomies dans la chirurgie du cancer du col utérin aux stades I et II*. Mém. Acad. Chir., 8 mai 1957, 83, n°s 14-15-16, 132-149.
- BRUNSCHWIG A. et DANIEL W. — *Valeur de l'excision pélicienne dans le cancer avancé du col de l'utérus*. Sur. Obst., septembre 1956, 103, n° 3, 337-341.
- BRUNSCHWIG A. et ROESLER E. — *Le traitement chirurgical du cancer du col au Memorial Center de New-York*. Geburtsh. Frauenh., janvier 1957, 17, n° 1, 1-19.
- BRUNSCHWIG A. et DANIEL W.W. — *Le traitement chirurgical du cancer du col récidivant après radiothérapie*. Surg. Gyn. Obst., août 1957, 105, n° 2, 186-190.
- CHEAO-SEANG-LAN. — *L'épithélioma intra-épithélial sur col restant*. J. de Ch. (Paris), 99, n° 3, septembre 1965, p. 141.
- DARGENT M. et MOLLARD P. — *Les problèmes posés par le cancer sur moignon cervical après hystérectomie subtotalaire*. Mém. Acad. Chir., 3-19 février 1959, 85, n°s 4 et 5.
- DODDS J.R. et LATOUR J.P.A. — *Cancer du moignon cervical*. Am. J. Obst. Gyn., février 1955, 69, n° 2, 252-255.
- FUNCK-BRENTANO S., ROBERT H.G. et VAYRE P. — *Les kémentages secondaires après hystérectomie*. Presse méd., 30 juillet 1960, n° 37.
- FUNCK-BRENTANO P. — *Le cancer du col restant*. Revue Méd. Suisse rom., mai 1956, 76, n° 5, 135-140.

- BRUNCK-BRENTANO P. et ROUX G. — *Le cancer du col utérin aux stades 0 et I*. Rapport au 57ème Congrès Français de chirurgie, Paris, 1955.
- GOMEZ-GOMEZ L. — *Etude du cancer du col restant après l'hystérectomie subtotale*, Mém. Ass. Et., 21 avril 1955, n° 29, 62 p.
- HAHN G.A. — *Le cancer du moignon cervical : causes du retard dans le traitement*, Am. J. Obst. Gyn., février 1956, 71, n° 2, 417-429.
- HUGUIER J. — *L'épithélioma intra-épithélial du col utérin, Diagnostic et traitement*, Presse méd., 73, n° 54, 18 décembre 1965, p. 3117.
- HUGUIER J. — *L'épithélioma intra-épithélial du col utérin, Diagnostic et traitement*, Presse méd., 73, n° 56, 25 décembre 1965, p. 3249.
- IRWIN R.A. — *Cancer du moignon cervical*, Canada Méd. Ass. J., mai 1954, 70, n° 5, 561-564.
- KRITTER H. — *Radium Roentgentherapie — Télécobaltothérapie dans le cancer du col de l'utérus*, Encycl. Méd. Chir. Gyn. H. 3 — 1962, n° 593, A 30.
- MAGENDIE J. et CHAUVERGNE J. — *Hystérectomie totale ou subtotale, La pathologie du col restant*, J. Méd. Bordeaux, août 1959, n° 8, p. 898.
- MICHEL BECHET R. et ROBERT H.G. — *Les cellulor-lymphadénectomies dans les cancers de l'utérus*, Congrès de chirurgie, Paris, 1954.
- MIDOUX J. (Mlle). — *Etude statistique des cancers sur moignon de col après hystérectomie subtotale*, Thèse Paris, 1959.
- MORRACI E. — *La pathologie du col restant*, Gynec. prat., 1960, 11, n° 3, 217-230 (Bibliogr.).
- MUSELET. — *Problèmes du col restant*, Encycl. Méd. Chir. Gyn. H. 3 — 1961 C, 589-592 (3ème fiche).
- REDON H. et LACOUR J. — *Le cancer du col utérin, Traitement chirurgical, Indications thérapeutiques*, Encycl. Méd. Chir. Gyn. H. 3 — 1960, 597 C 10 et 597 C 30 et C 59, 2 — 1962, 598 A 10, 598 A 50.
- SCHRIMPF H. — *Le cancer du moignon du col de l'utérus*, Zbl. Gyn., 1956, 78, n° 8, 289-293.
- TAILHEFER A. — *L'apogée du traitement des cancers du col utérin*, Mém. Acad. Chir., janvier 1959, 85, nos 1-2-3, 58-59.
- TAILHEFER A. et PILLERON J.P. — *Résultats de la colpolystérectomie élargie avec évidement ganglionnaire systématique pour cancer du col utérin : 219 opérations*, Mém. Acad. Chir., 12-19 novembre 1958, 84, nos 28-29, 893-900.

Travail original effectué dans la clinique gynécologique  
de la faculté de Médecine de Paris

HOPITAL BROCA

Chef du Service :

Professeur JACQUES HUGUIER

Titulaire de la chaire de Gynécologie à la Faculté.