

Traitement chirurgical

Objectifs de la chirurgie dans le cancer du sein

- Assurer le diagnostic le plus complet possible
- Recueillir les différents facteurs de pronostic
- Participer au traitement curatif loco-régional du cancer du sein
- Conserver ou restaurer une morphologie correcte du sein

Rappel historique

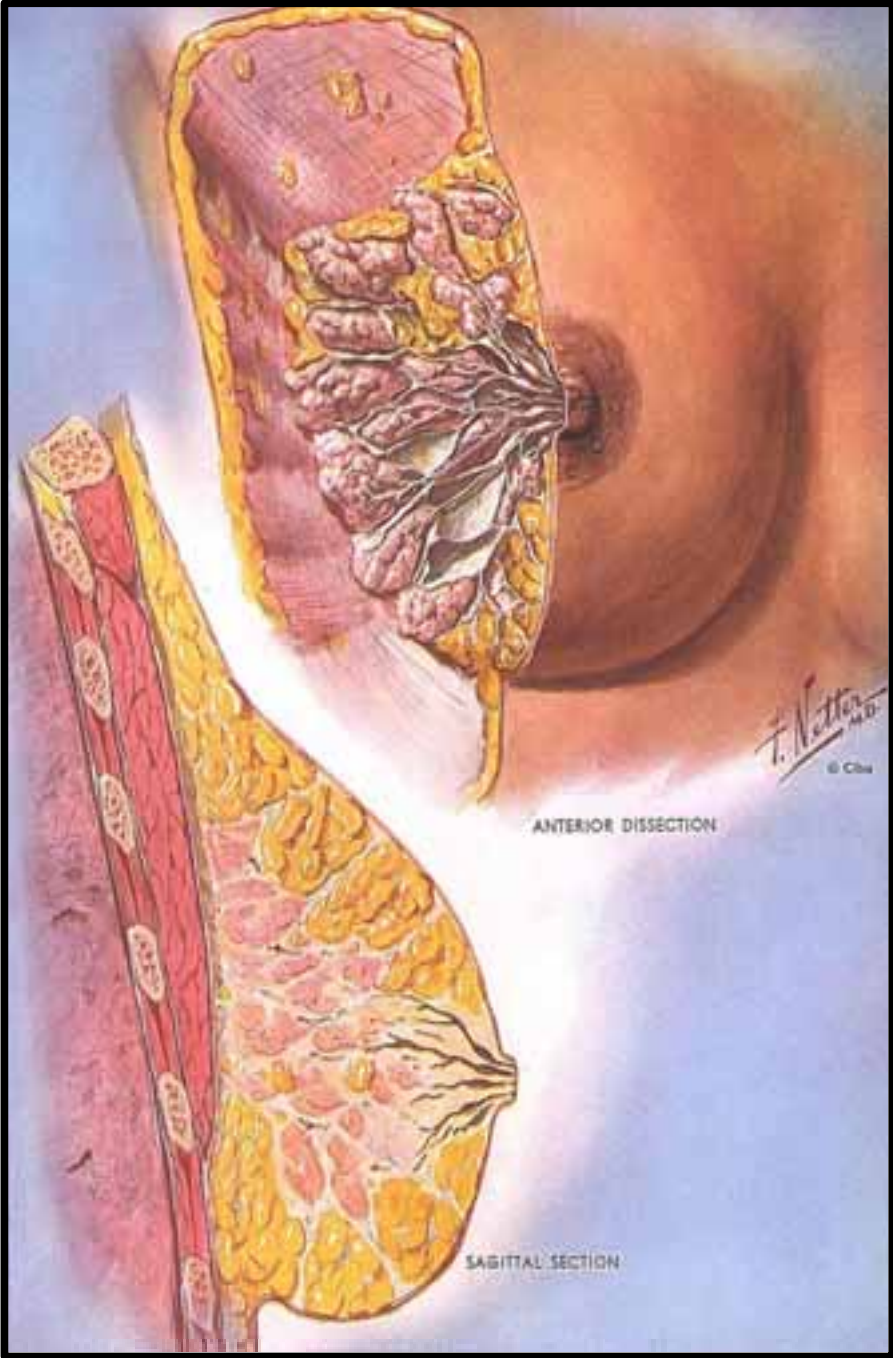
Chirurgie super-
radicale
↓

Chirurgie radicale
↓

Chirurgie
conservatrice

D
E
S
E
S
C
A
L
A
D
E

T
H
E
R
A
P
E
U
T
I
Q
U
E



Chirurgie supra-radical

- 1894 : HALSTED

Cancer du sein = maladie loco-régionale

Exérèse en bloc des muscles pectoraux, ganglions axillaires et sus-claviculaires, ensuite on ajoute l'exérèse des ganglions mammaires internes

Chirurgie supra-radical et terriblement mutilante



Chirurgie radicale

(autorisée par les progrès de la radiothérapie)

- 1948 : PATEY : conservation du grand pectoral et exérèse du petit pectoral
- 1972 : MADDEN : conservation des deux muscles pectoraux.

Cependant, c'est le terme d'intervention de Patey qui a été consacré par l'usage

Avènement de la chirurgie conservatrice

Postulat de FISHER :

Une chirurgie conservatrice avec des marges de résection saines et associée à une radiothérapie permet un taux de survie équivalent à une mastectomie radicale

**Différentes
approches
conservatrices**

Quadrantectomie définie par Veronesi

= ôter la tumeur avec une marge de sécurité macroscopique de 2 cm minimum (= ablation d'un quadrant)

+ exérèse de la peau et de l'aponévrose du grand pectoral en regard de la tumeur, d'abord jugé obligatoire et ensuite facultative.

Tumorectomie

= exérèse de la tumeur avec une marge de sécurité

+ prélèvements à distance appelés recoupes, permettant d'avoir une carte de géographie du sein

Incisions

- Incision en regard de la tumeur, toujours en cas d 'œdème cutané, doit s 'inscrire dans un tracé de mastectomie
- Incision esthétique si pas de contre-indication carcinologique (ex : incision périaréolaire ou au niveau du sillon sous-mammaire)

Chirurgie des lésions non palpables

- Pose des problèmes techniques spécifiques
- Requiert encore plus que pour les lésions palpables une coordination optimale

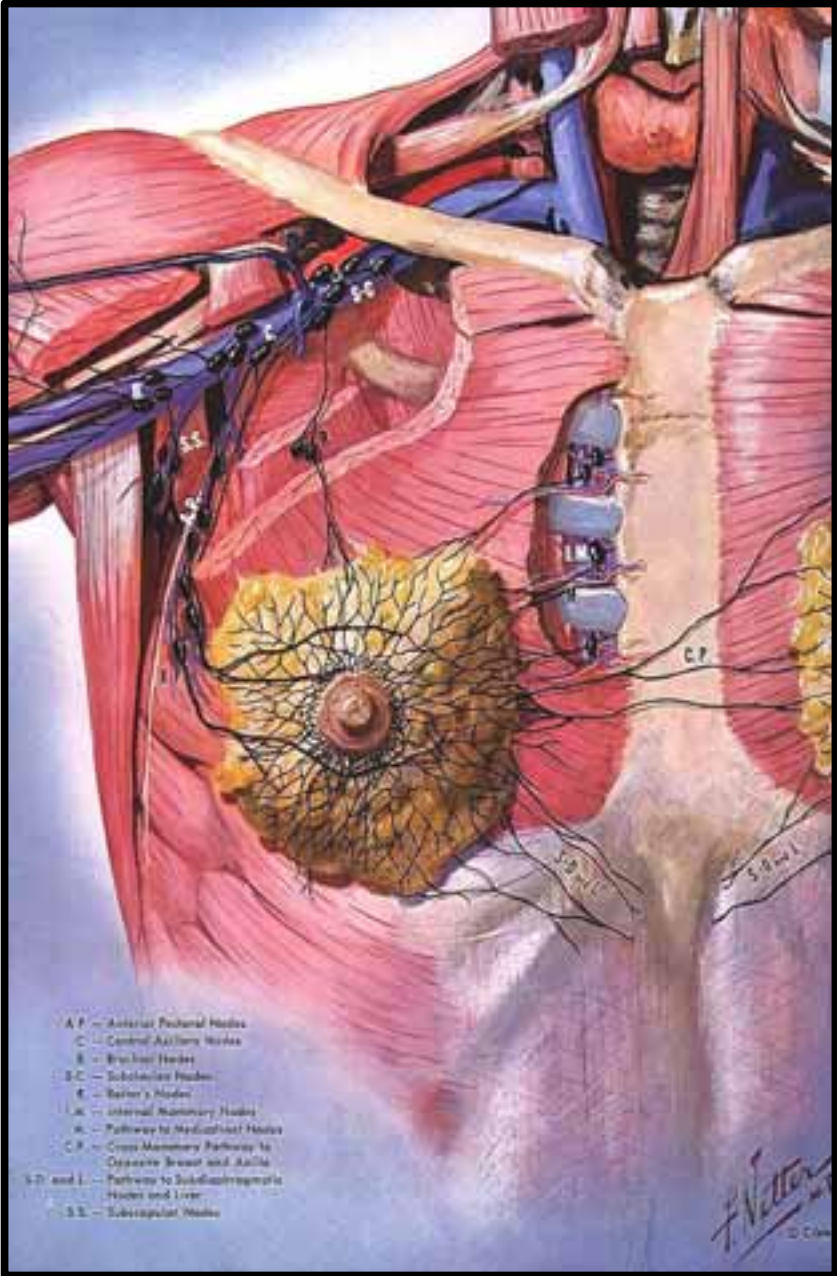
Radiologue

Pathologiste

Chirurgien

Indications de mastectomie

- Sein inflammatoire après une chimiothérapie néoadjuvante
- Récidive après traitement conservateur
- Tumeurs très volumineuses (rapport taille de la tumeur/taille du sein)
- Carcinomes canauxaires in situ diffus (score de Van Nuys : 10,11,12)
- Maladie de Paget et beaucoup de lésions centrales
- Cancers multifocaux multicentriques
- Traitement curatif et/ou préventif chez les patientes porteuses de mutations génétiques



Chirurgie des aires ganglionnaires : généralités

- Le curage axillaire participe au contrôle local de la maladie
- A l'heure actuelle, l'analyse des ganglions demeure le facteur de pronostic le plus important
- Réflexion :
 - *nombre croissant de tumeur ganglion négatif*
 - *effets secondaires non négligeable du curage axillaire à court, à moyen et à long terme*

Extension ganglionnaire dans le cancer du sein

Elle se fait essentiellement au niveau axillaire et ensuite au niveau mammaire interne et sus-claviculaire

Niveaux anatomiques au niveau du curage axillaire

- Niveau 1 de Berg (étage axillaire inférieur) : comprend les ganglions situés en dehors du petit pectoral
- Niveau 2 de Berg (étage axillaire moyen) : comprend les ganglions situés derrière le petit pectoral
- Niveau 3 de Berg (étage axillaire supérieur) : comprend les ganglions du sommet de l'aisselle en dedans du petit pectoral et se projetant en sous-claviculaire

En règle générale, aux Cliniques St Luc, on effectue un évidement ganglionnaire des niveaux 1 et 2 de Berg. On effectue un évidement plus complet chez les jeunes patientes avec des ganglions macroscopiquement suspects et dont il est possible d'ôter ces ganglions suspects du sommet de la pyramide axillaire

Qualité de l'évidement axillaire

Le nombre de ganglions à prélevé est source d'un débat depuis de nombreuses années

- Lorsque le nombre est trop faible : sous-stadification de la maladie et mauvais contrôle local possible
- Lorsque le nombre est trop élevé : risque de lymphoedème
- Moyenne souvent avancée dans les études : 10 ganglions minimum

!! La valeur informative de l'évidement dépend aussi de la précision et de la qualité de l'analyse pathologique

Complications précoces du curage axillaire

- Douleur membres supérieurs
- Diminution transitoire de la mobilité : abduction, élévation du bras et antépulsion
- Collection lymphocèle
- Complications tardives :
 - *lymphoedème (l'association de la radiothérapie majore le taux de complications)*
 - *séquelles fonctionnelles : diminution de la force musculaire, troubles de la sensibilité, raideurs d'épaule*
 - Selon les études : 5 à 10 % de séquelles
 - Si on rajoute la radiothérapie : 20 à 40 %

Technique du ganglion sentinelle

Objectif principal

Réduire les effets néfastes du curage
axillaire chez les patientes ganglions
négatifs qui pourraient « échapper » à ce
geste

Postulat

Toute tumeur possède un seul ou un groupe de ganglions sentinelles

Ces ganglions sont les ganglions de drainage préférentiel de la tumeur

Procédure technique

- Injection d 'un isotope radioactif au niveau du site tumoral (Technetium 99) la veille de l 'intervention (l 'njection d 'un colorant de type bleu Patant est de plus en plus abandonnée)
- Le jour de l 'intervention, clichés de lymphoscintigraphie
- En peropératoire, repérage du ou des ganglions sentinelles par une sonde gamma

Résultats des principales études

- Identification du ganglion sentinelle dans 92 à 98 % des cas (Giuliano, Veronesi, Krag, Bobin et Cox)
- Taux de faux négatifs : 0 à 11 %

*Pour que la technique puisse être validée, il faut
→ atteindre des taux de faux négatifs inférieurs à 5 %*

Inconnues et problèmes toujours à l'étude

- Traceur optimal ?
- Site d'injection idéal
- Evaluation des causes d'échec de la technique
- Modalités d'apprentissage de la technique chirurgicale
- Problème d'attitude thérapeutique en cas de détection d'un sentinelle de la chaîne mammaire interne
- Analyse extemporanée du ganglion sentinelle + type d'analyse histologique (immunohistochimie, RT PCR)
- Valeur pronostique des micrométastases détectées reste sujet de controverse
- Taille maximale de la tumeur autorisant la technique

Recommandations actuelles pour l'utilisation de la technique du ganglion sentinelle

- **La technique est prometteuse.**
- **Elle nécessite un environnement pluridisciplinaire et une période d'apprentissage pour chaque intervenant**
- **La taille maximale de la tumeur doit être définie (A St Luc, la barrière a été placée à 15 mm)**

RESUME DES PROGRES THERAPEUTIQUES



**“LE PRET A PORTER
STANDARDISE FAIT
PLACE A LA HAUTE
COUTURE
THERAPEUTIQUE !”**

*Pr. M. BERLIERE
(Sept. 2003)*