# Désescalade thérapeutique dans le traitement chirurgical du cancer du sein

Pierre AZUAR

2022

Avant 1968 : HALSTED

Umberto VERONESI, étude sur traitement conservateur

## Consensus de 1980 :

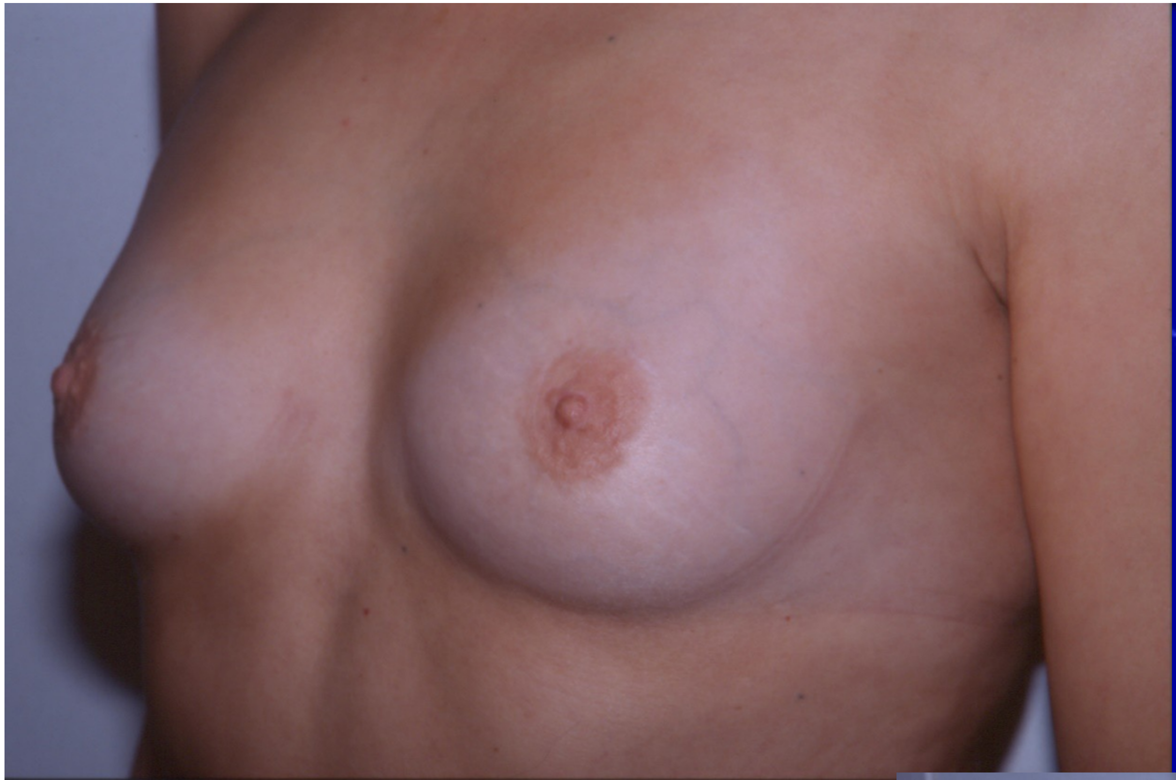
Traitement conservateur T<3cm

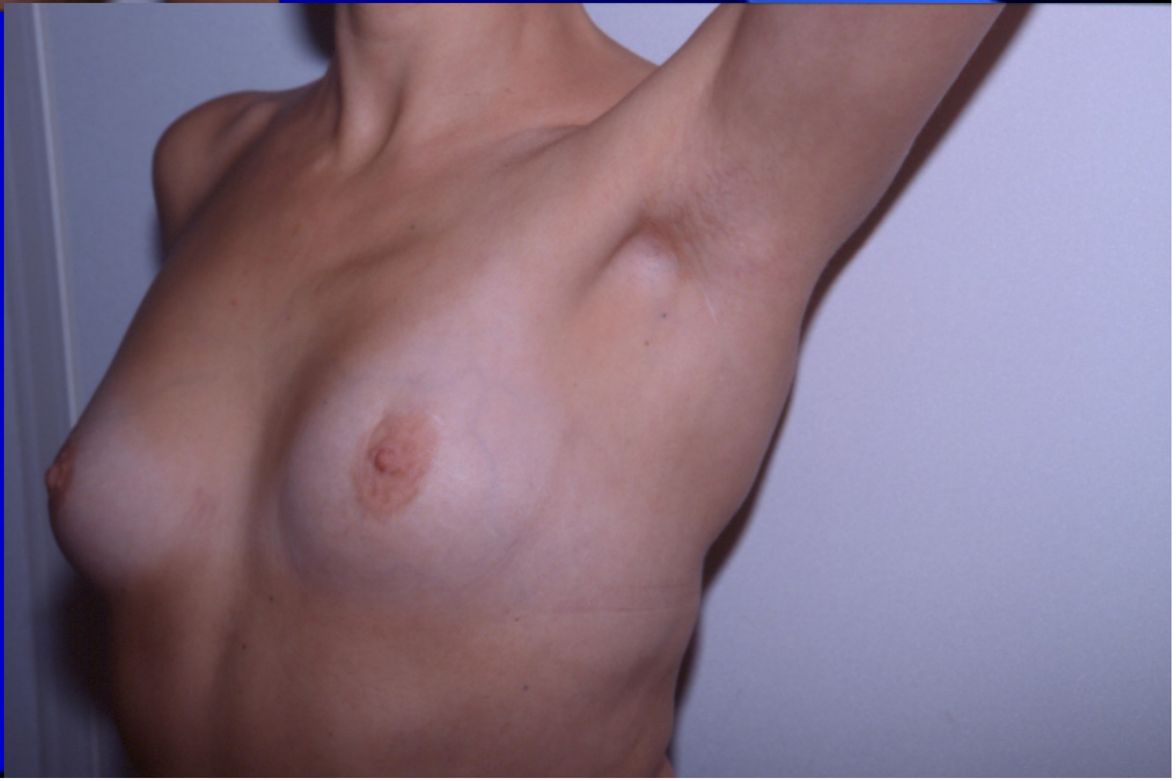
Exérèse chirurgicale de la tumeur le temps thérapeutique le plus important et le plus efficace pour le controle local et la guérison

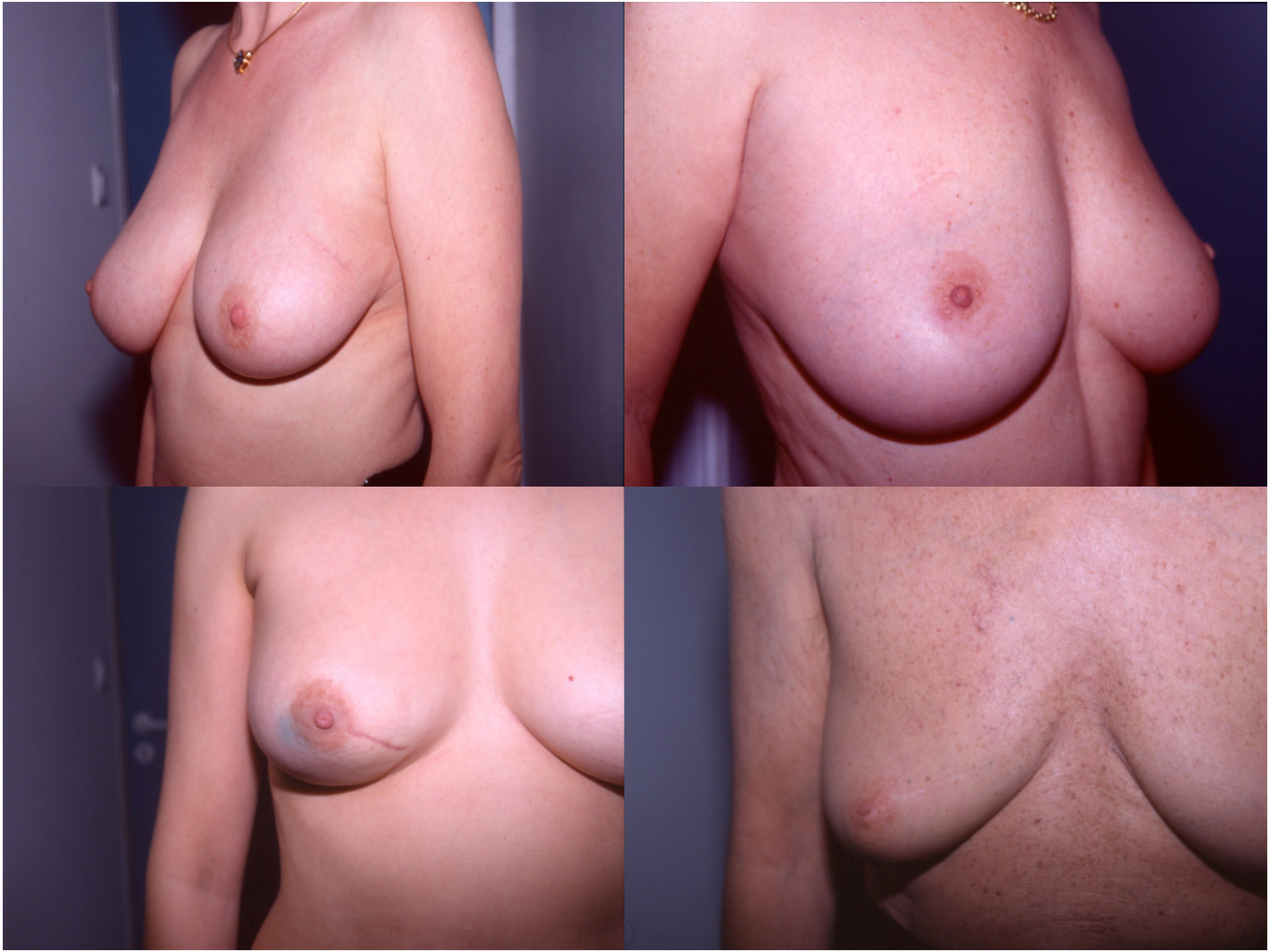
# 2 objectifs du traitement conservateur :

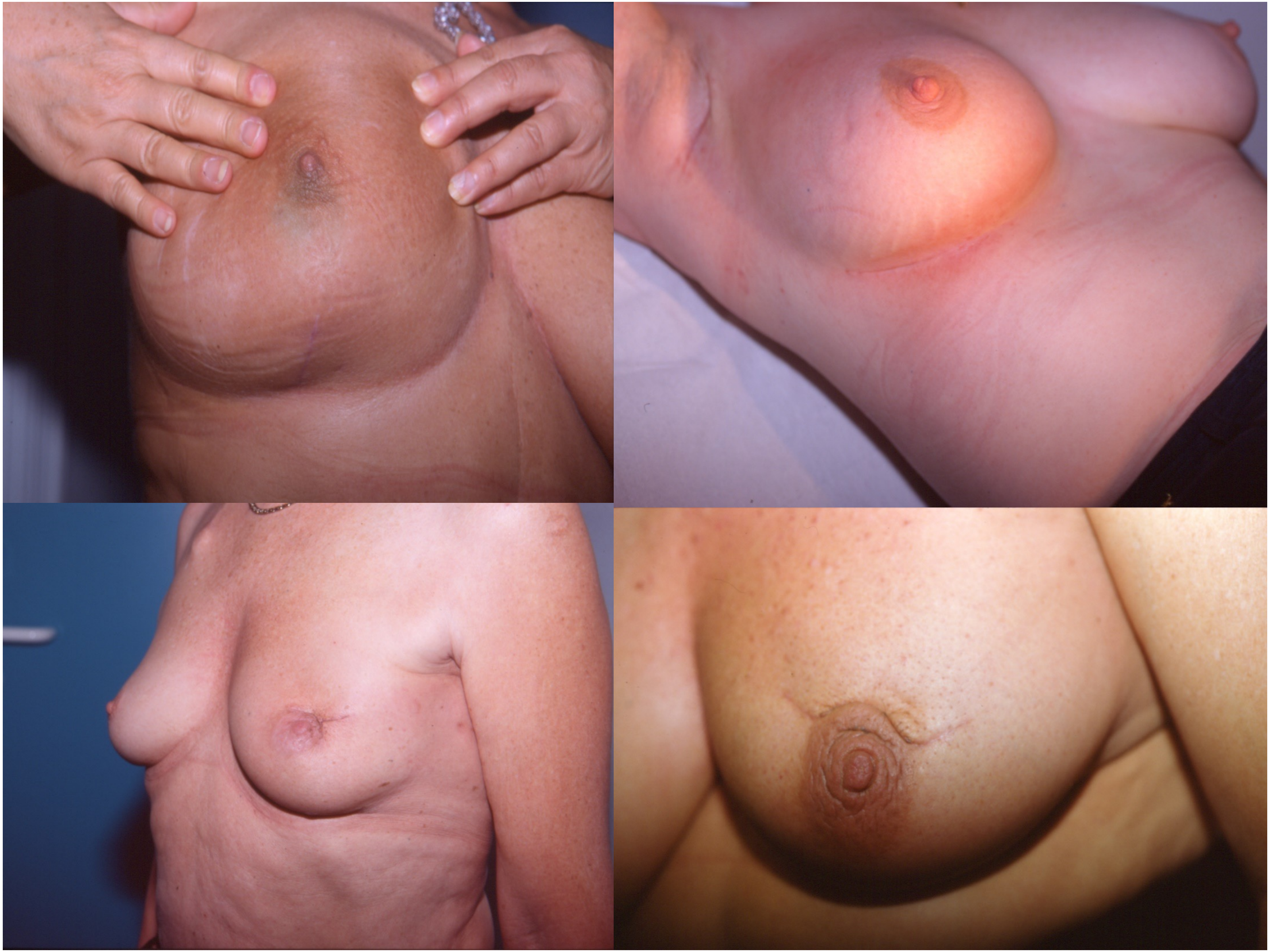
- Taux de survie, idem mammectomie,
- Bon résultat esthétique.

En 2022 > 70% de traitements conservateurs









# L’exérèse glandulaire doit avoir ses marges en tissu sain

Décollement cutanéo glandulaire et pré-pectoral préalable

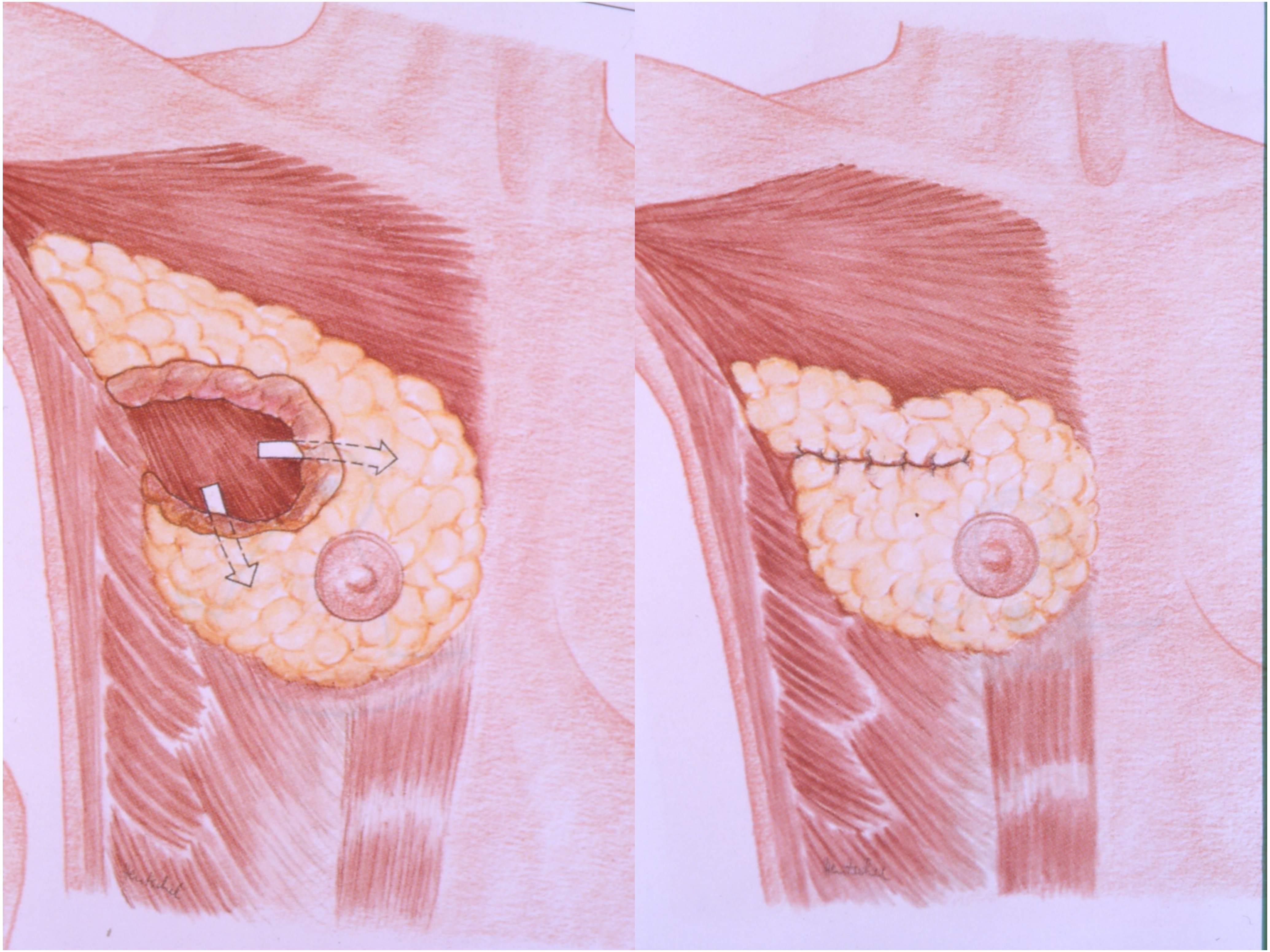
Section des berges au bistouri froid à 10 mm des contours de la tumeur palpée

Si hameçon : 10 à 15 mm au-delà du siège de l’hameçon

Agrafes vasculaires dans le lit tumoral pour complément d’irradiation

Pièce repérée

- Fils dans les 3 dimensions de l’espace
- Marquer au bleu la face antérieure
- L’extemporanée – La radio de la pièce

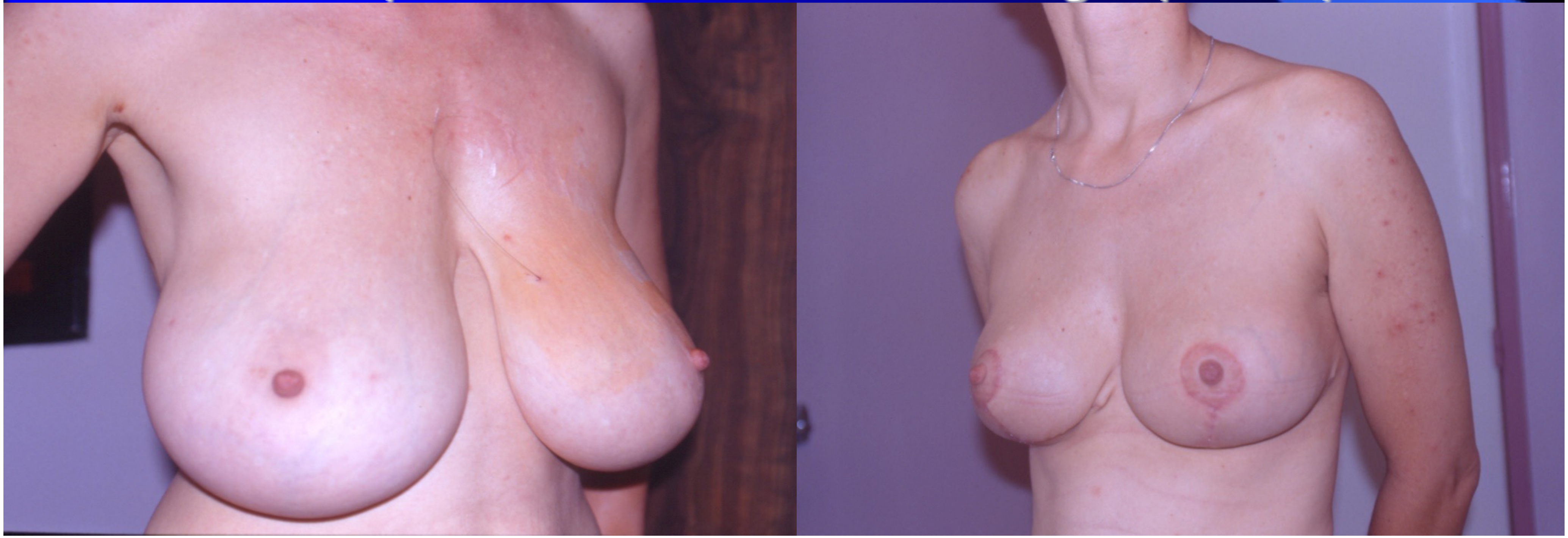


# La chirurgie Oncoplastique

Est à individualiser

De la RMI ou RMS après mammectomie

Utilise en chirurgie carcinologique conservatrice des techniques dérivées de la chirurgie plastique



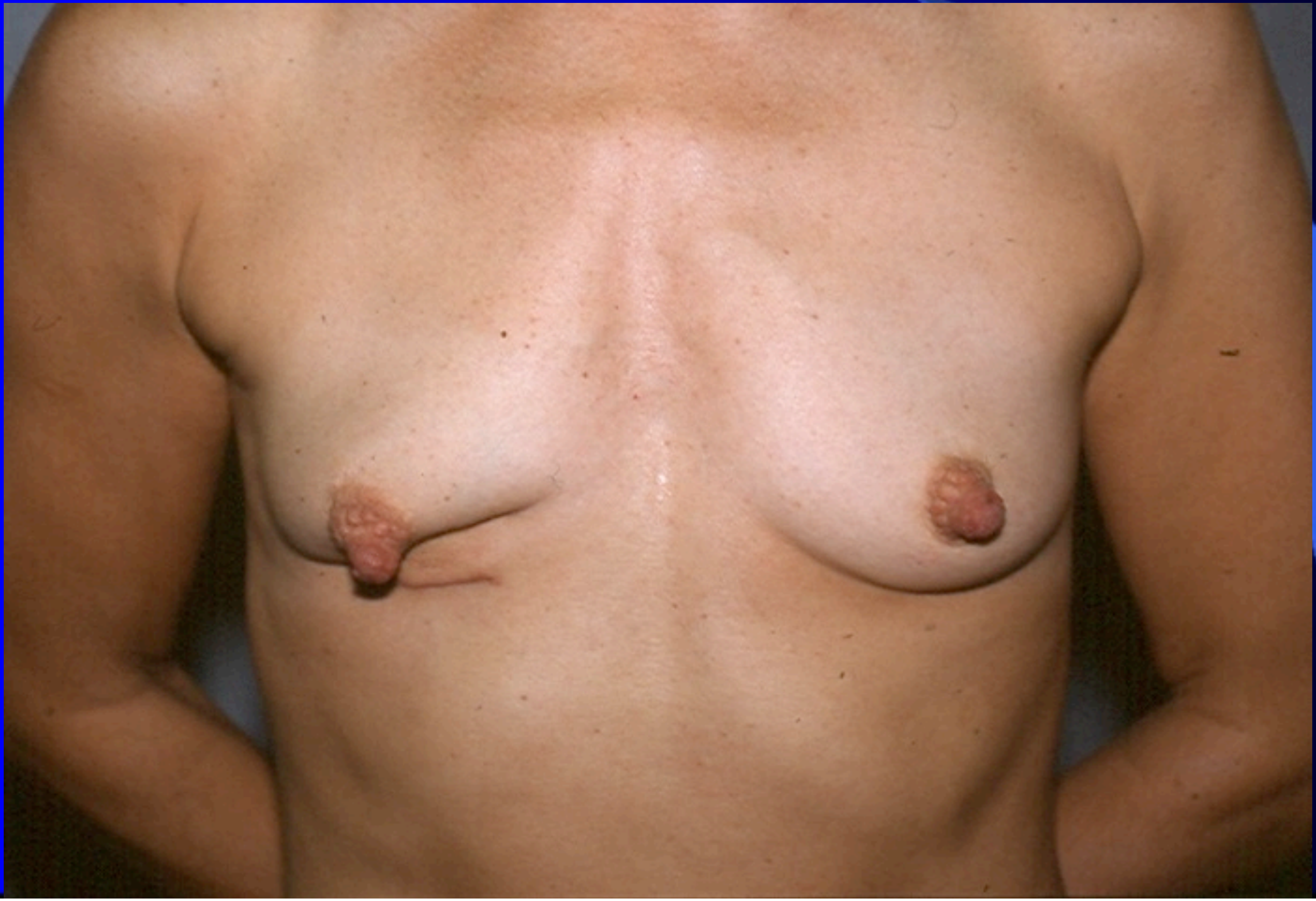
# L’ oncoplastie  est issue de 2 spécialités chirurgicales :

* Doit permettre les exérèses larges

* Réduire les séquelles de la chirurgie d’exérèse

Associée à l’évaluation des ganglions sentinelles et à la radiothérapie

# Si traitement conservateur et séquelles importantes, le traitement secondaire de ces séquelles est difficile surtout après radiothérapie



# Consultation pré-opératoire :

Le type de chirurgie conservatrice oncoplastique est fonction de

* L’ importance de la résection, de l’ asymétrie et de la malposition de l’aréole,

* Du siège, segment 3,

* Du rapport taille tumorale/taille sein.

# Etendre les indications du traitement conservateur à des lésions traitées par mammectomie :

* tumeurs centrales superficielles

* cancers > 3cm

* lésions quadrants inférieurs

# La chirurgie oncoplastique permet un traitement conservateur

Dans les tumeurs centrales superficielles rétro-aréolaires :

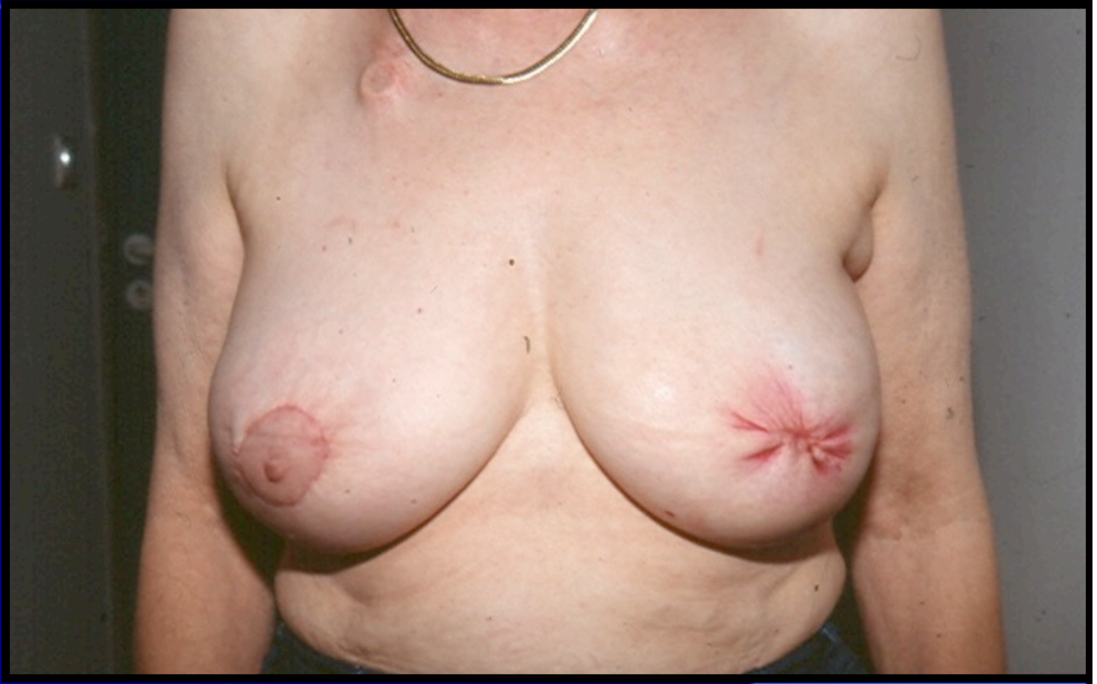
- Si tumeur à moins de 2cm de la PAM risque d’envahissement de la PAM 75%
- Remodelage du sein
- Plastie de symétrisation
- PAM reconstruite sous AL après la radiothérapie

# Tumeurs centrales superficielles rétro-aréolaires :

**Pamectomie :**

**Correction de**

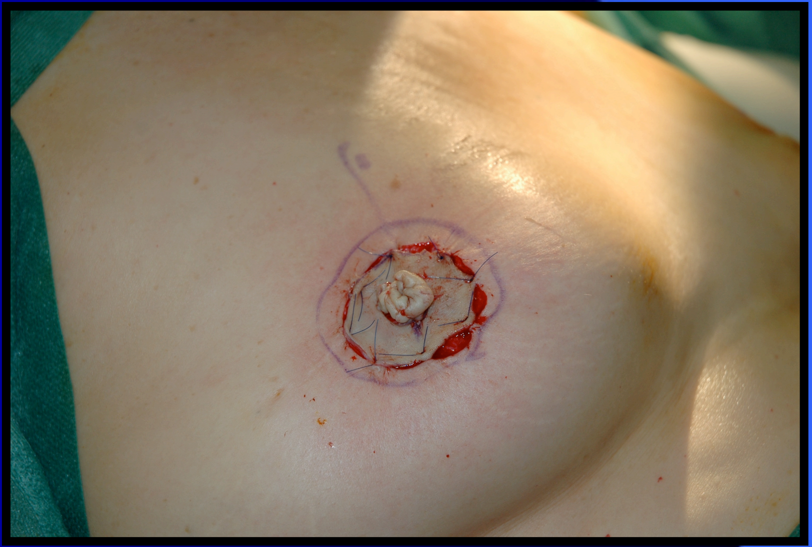
**l’asymétrie mammaire :**

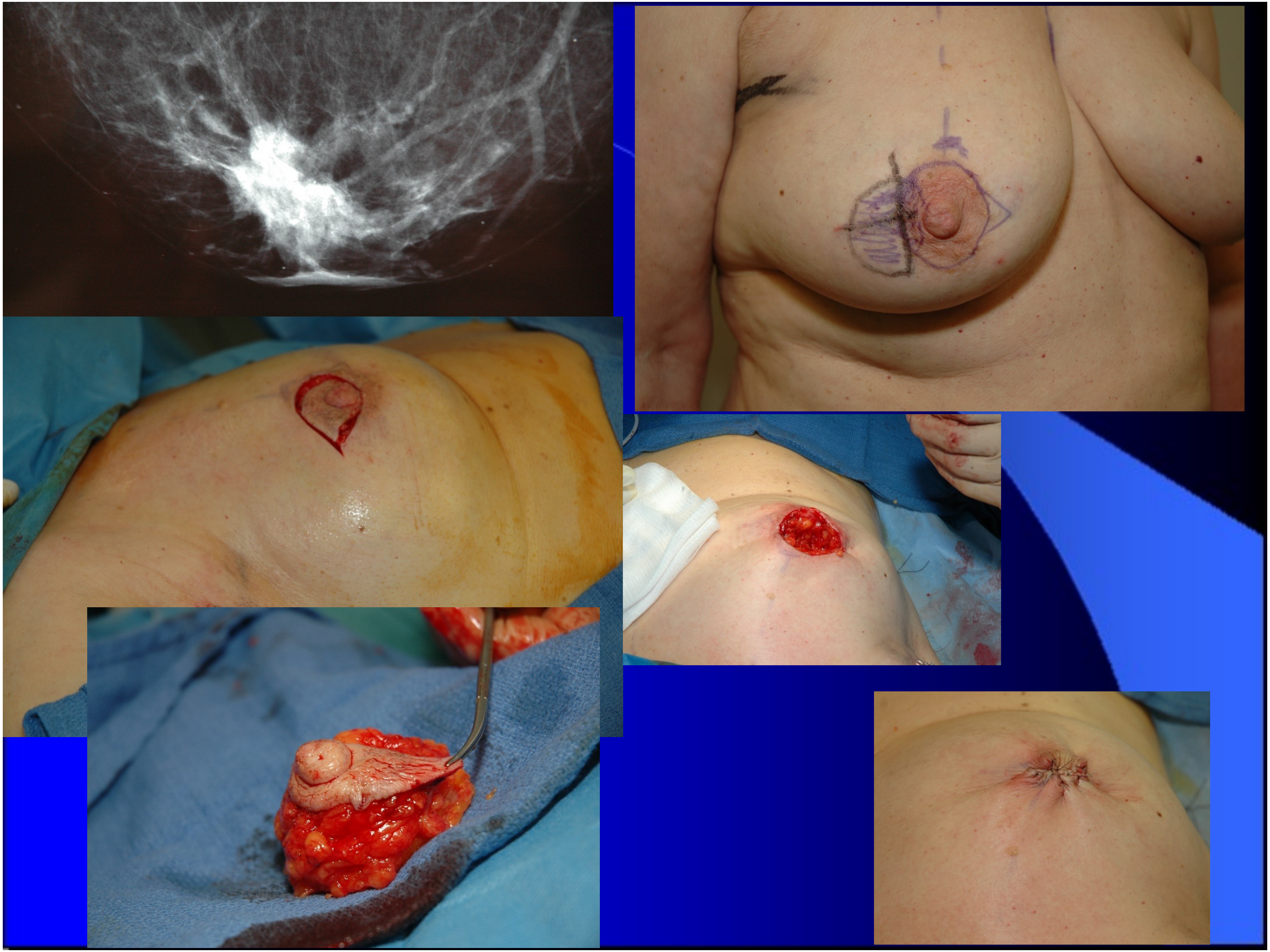


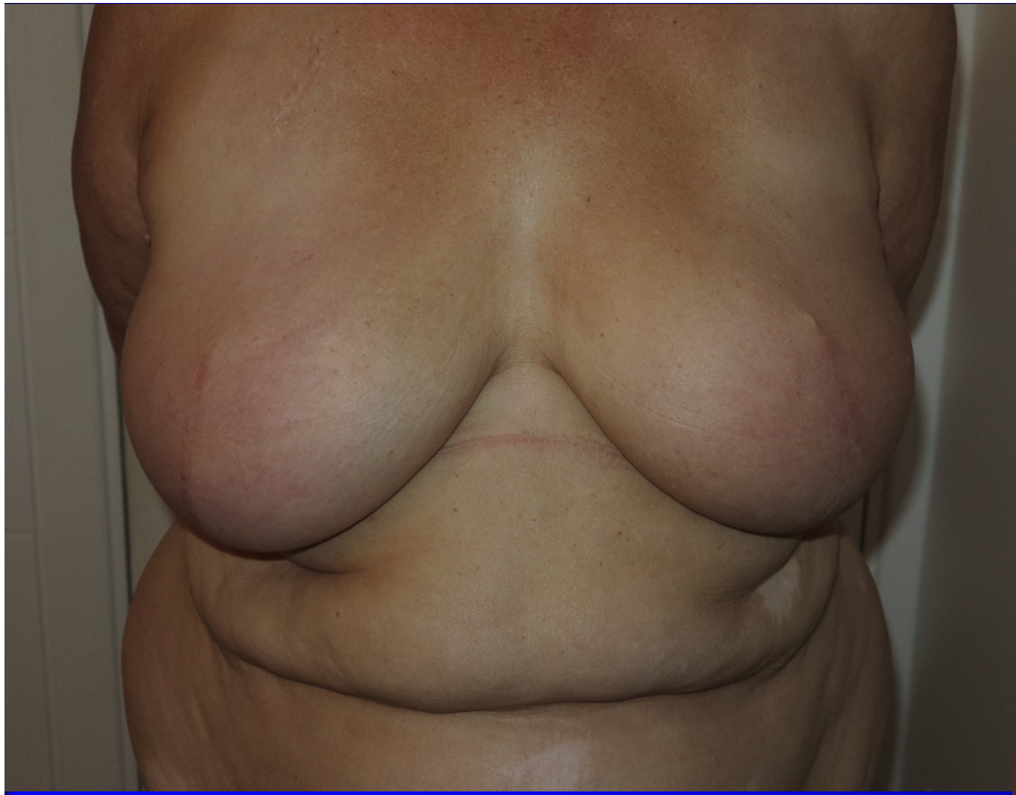
**Reconstruction de la PAM,**

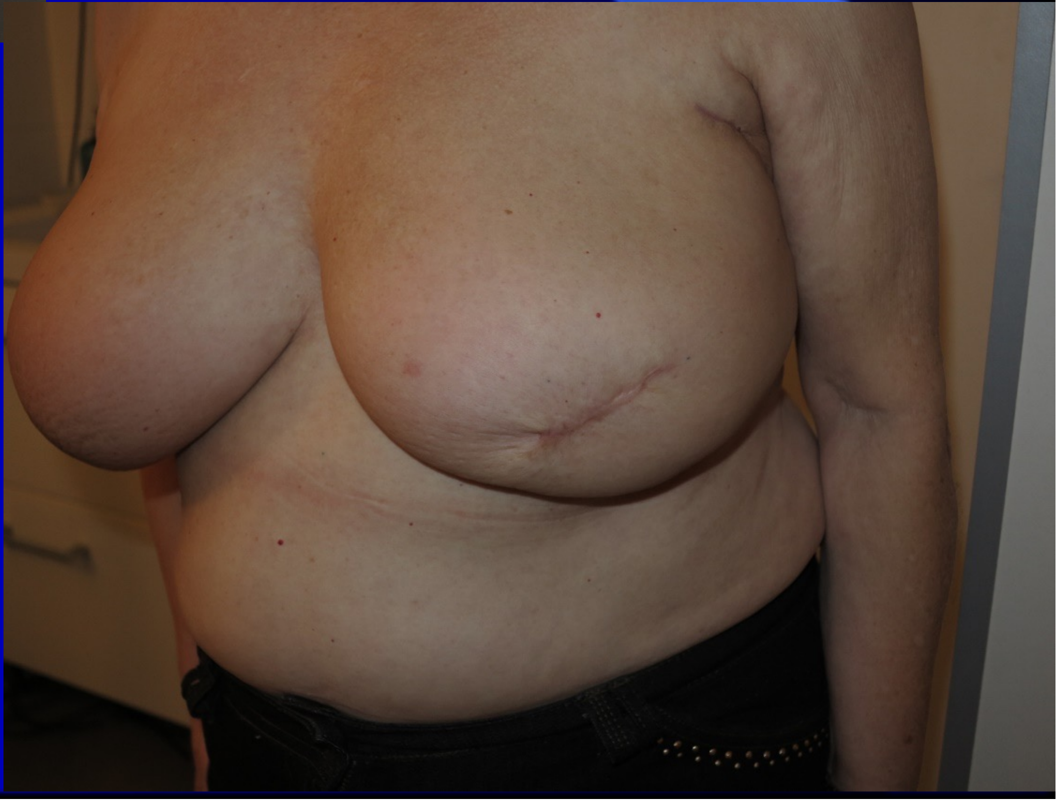
**3 mois après la fin**

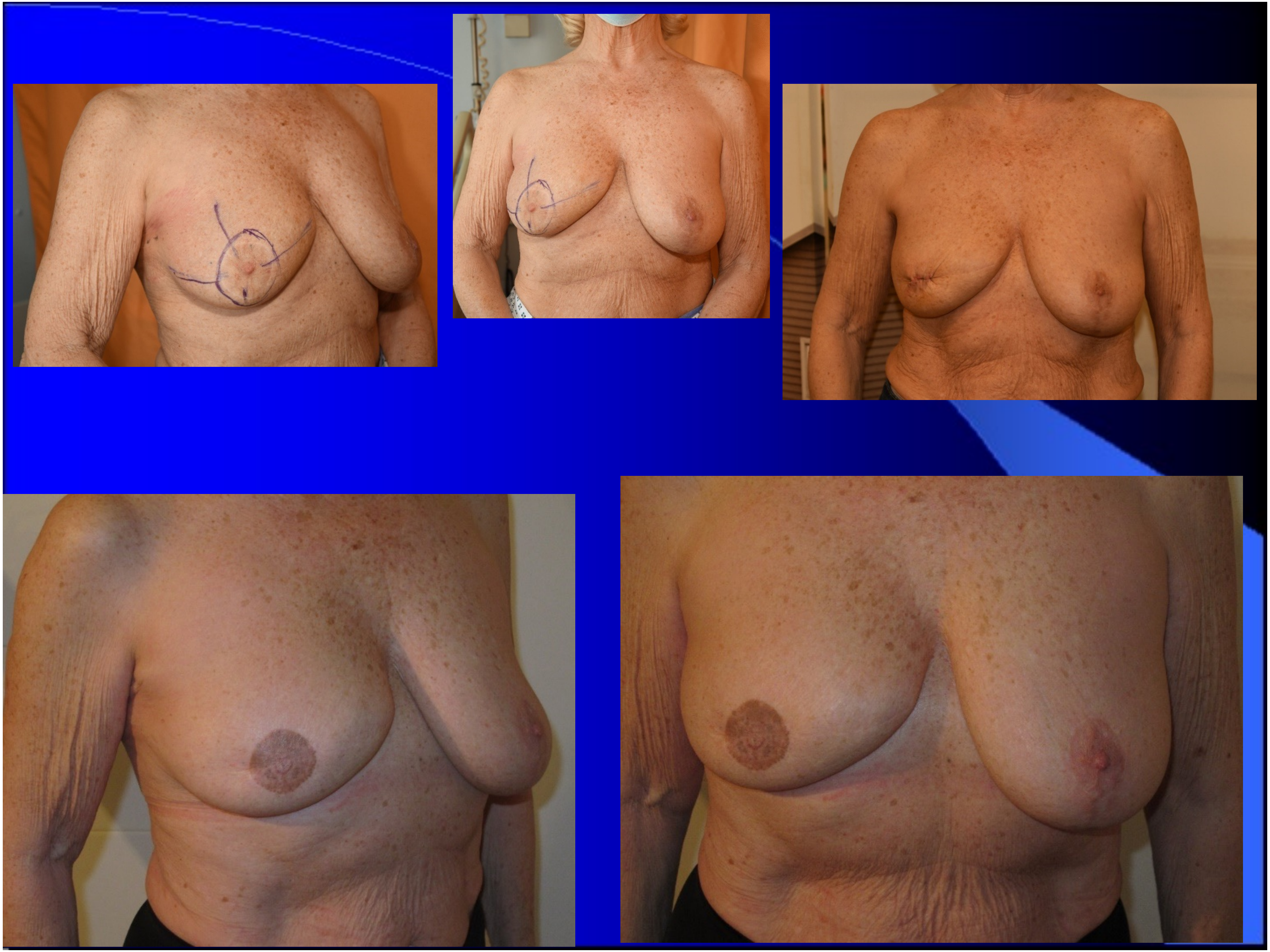
**de la radiothérapie:**











# La chirurgie oncoplastique permet un traitement conservateur

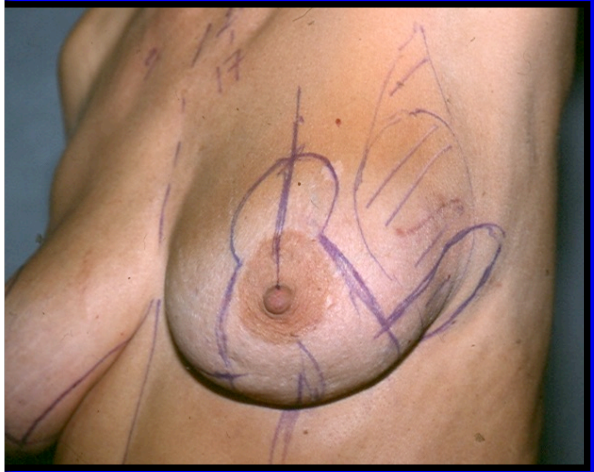
Dans le cancer du sein de plus de 3cm

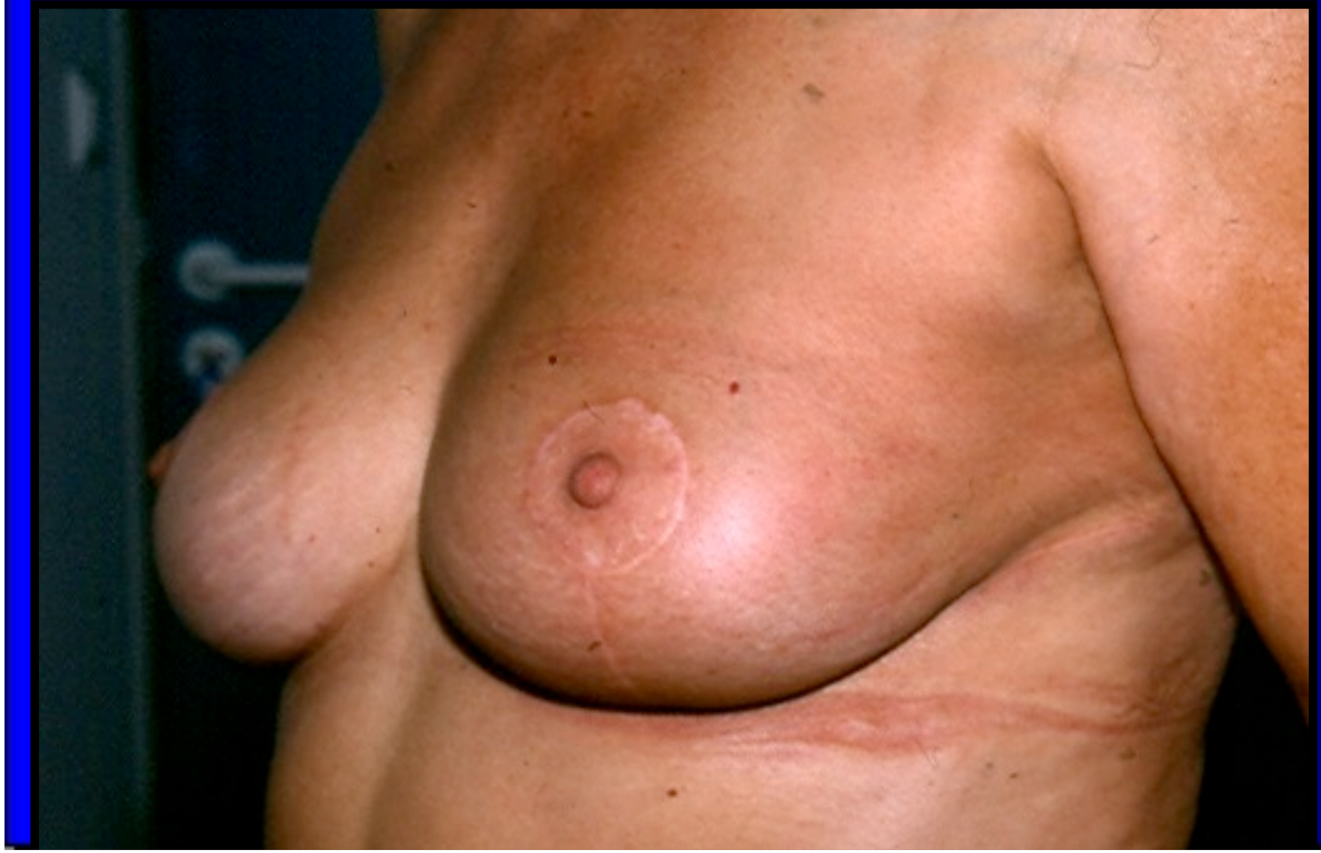
- Résection large in sano
- Réduire le taux de récidive locale
- D’améliorer les résultats esthétiques
- D’étendre les indications du traitement conservateur à des lésions jusqu’alors traitées par mammectomie dans le strict respect des principes carcinologiques

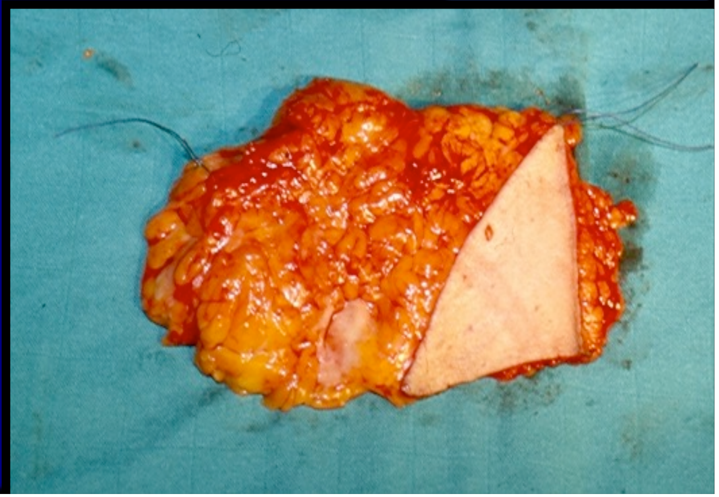
# MAC KISSOCK

Pour tumeur du

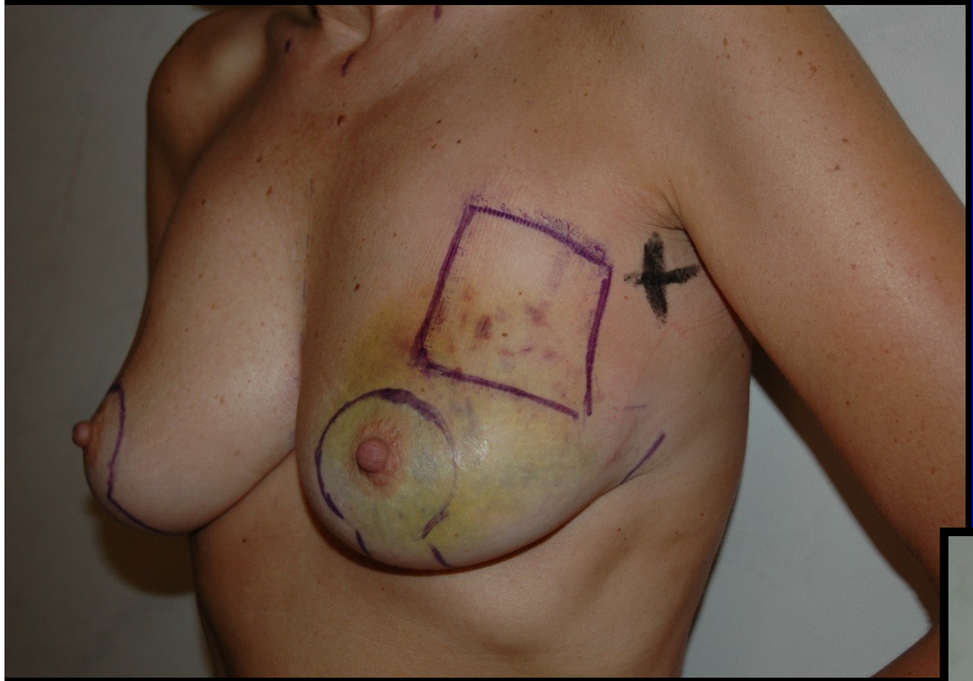
quadrant supéro-externe,
quadrant inféro-externe,
quadrant inféro-interne :

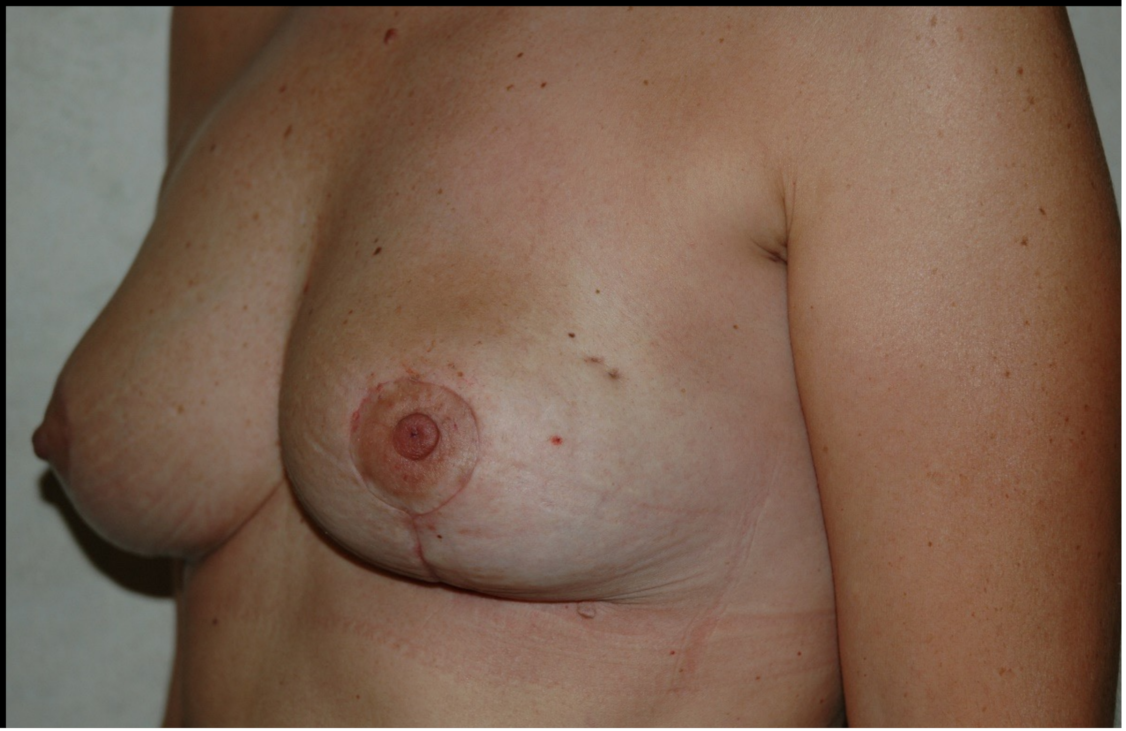


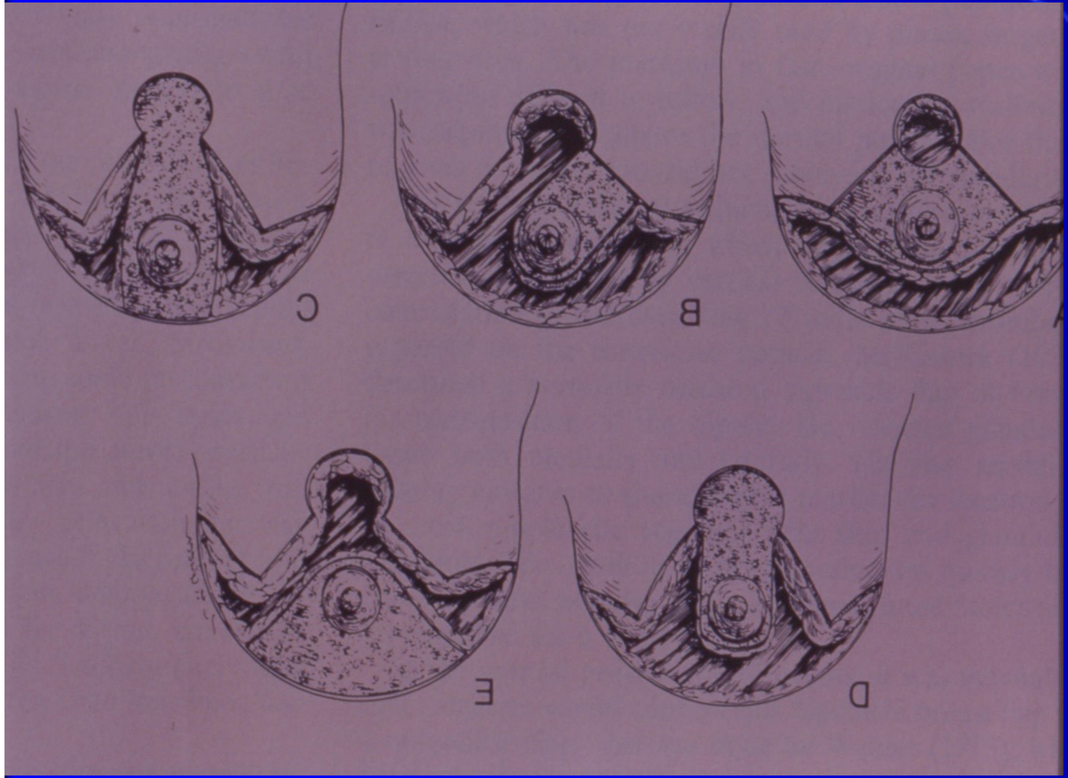


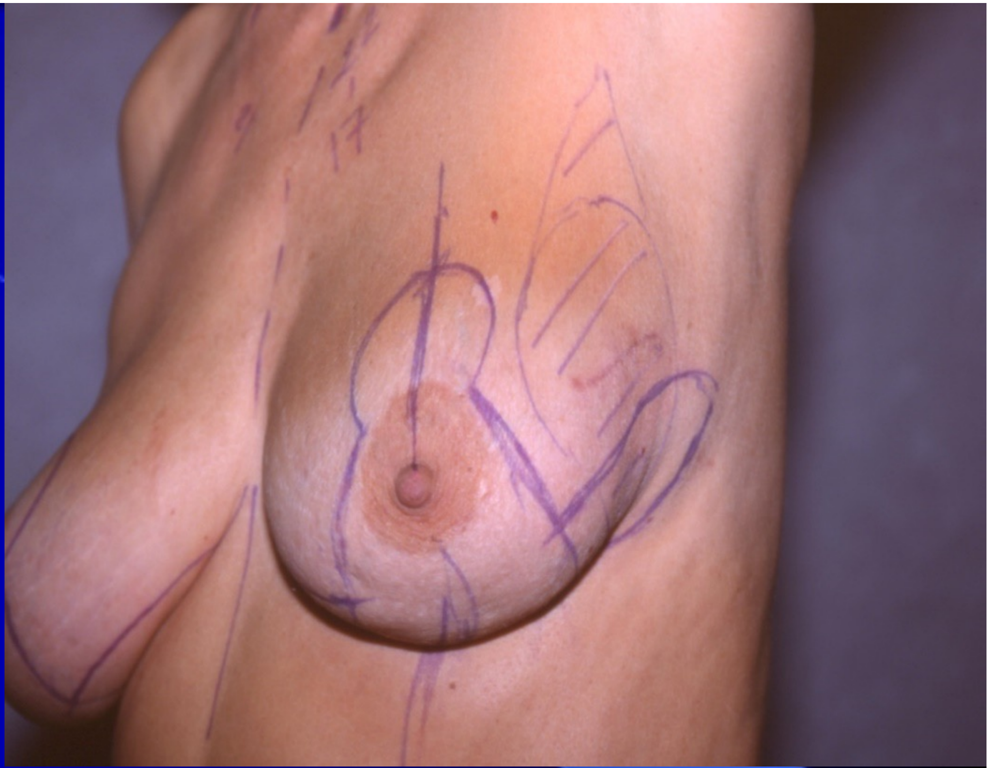


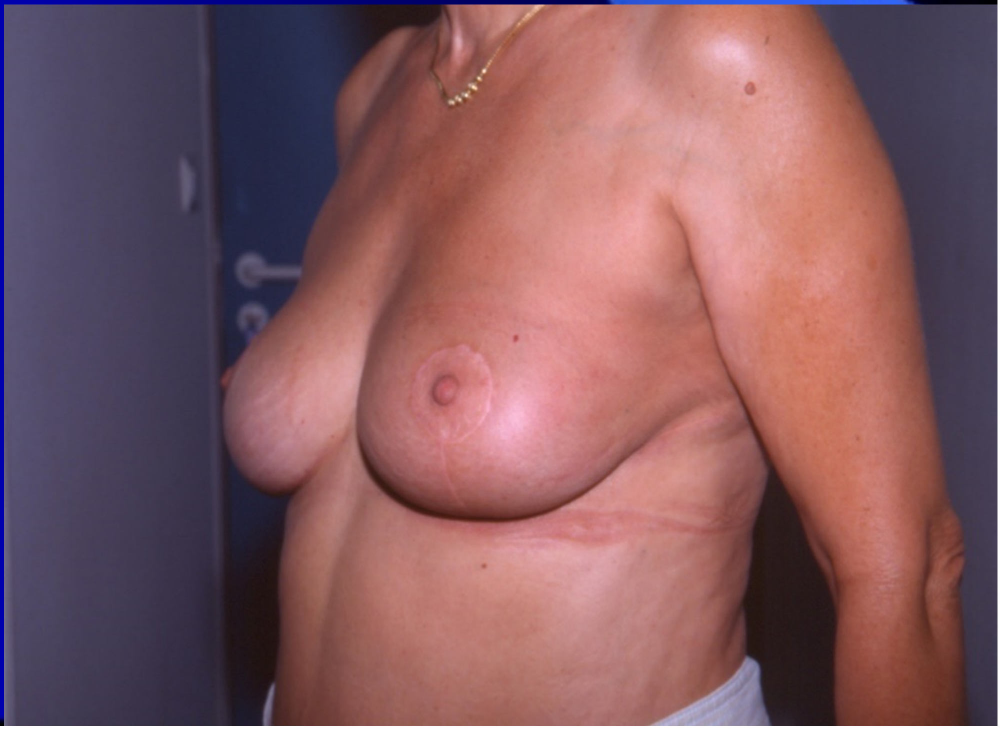
# MAC KISSOCK

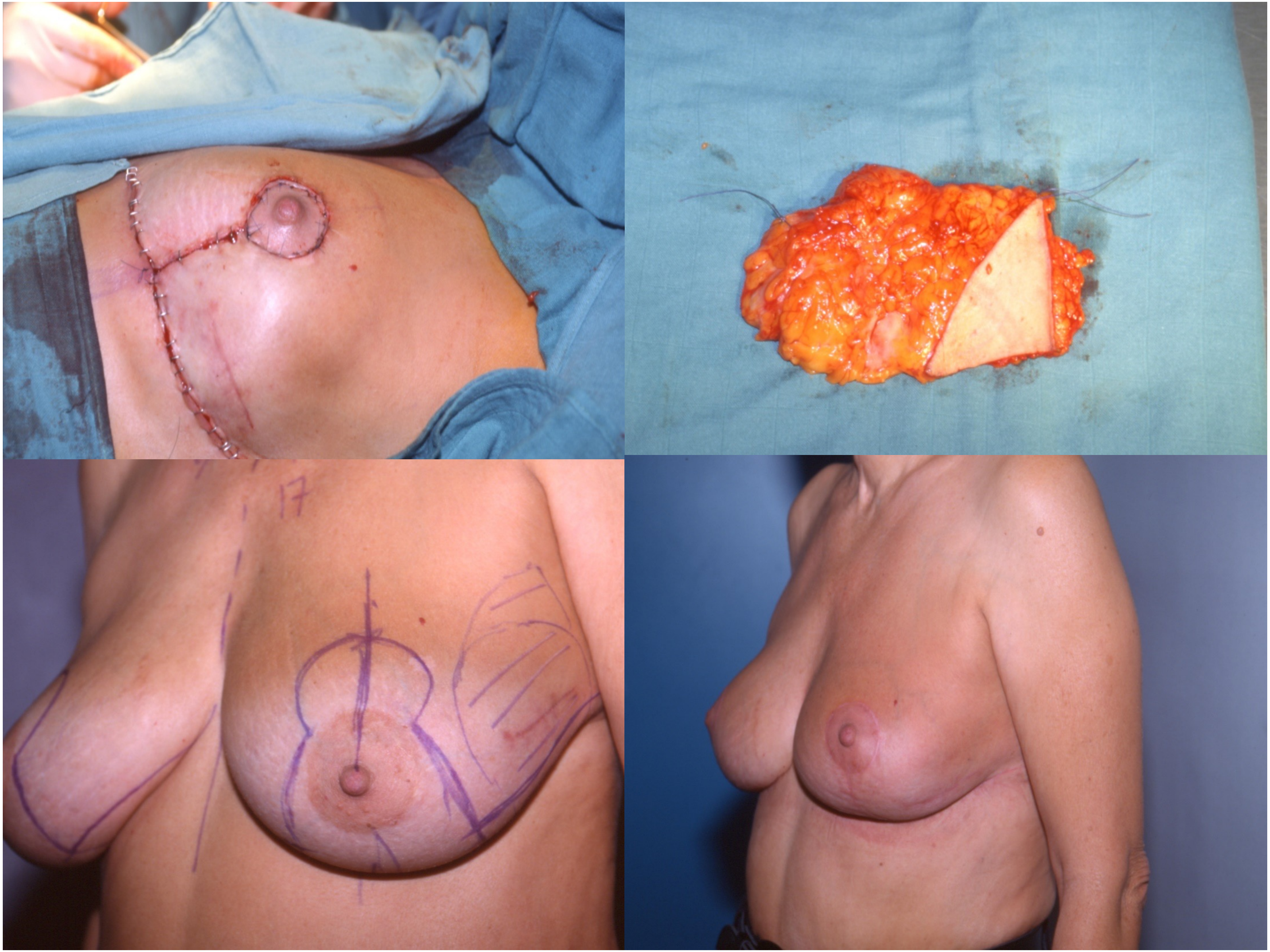




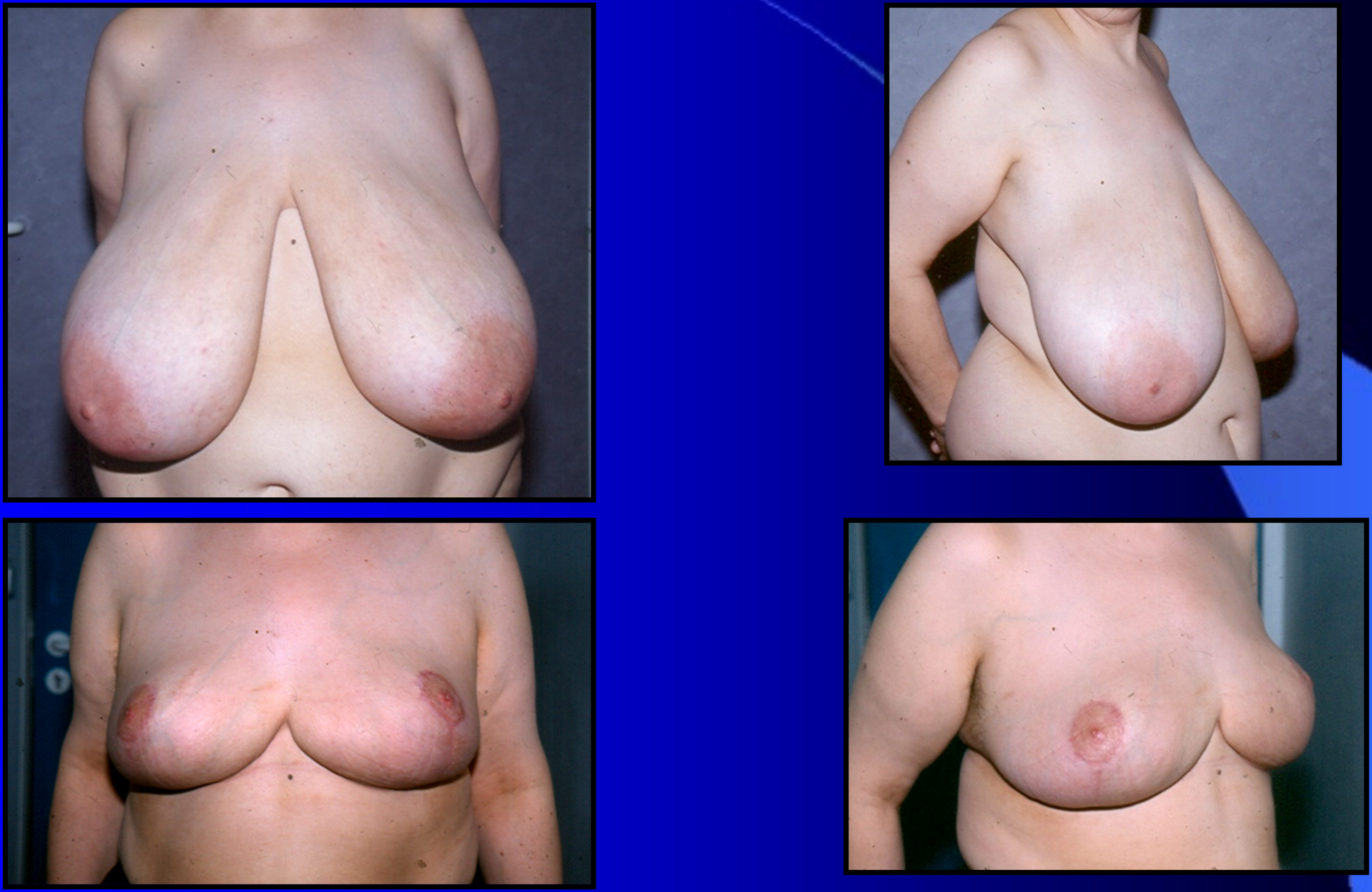

C
B
A
E
D





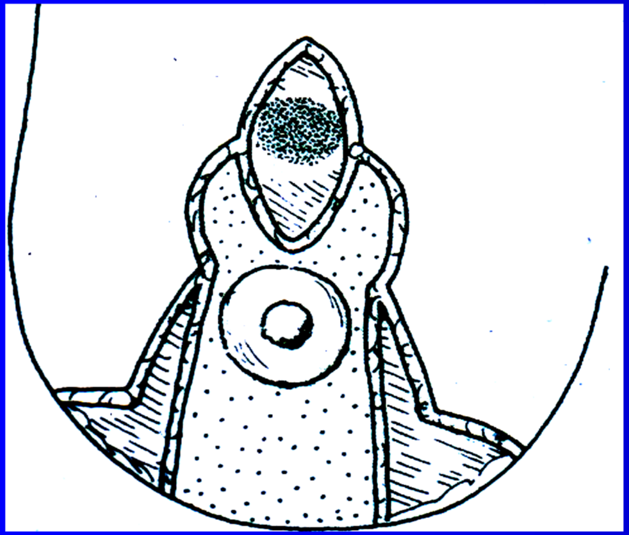

17

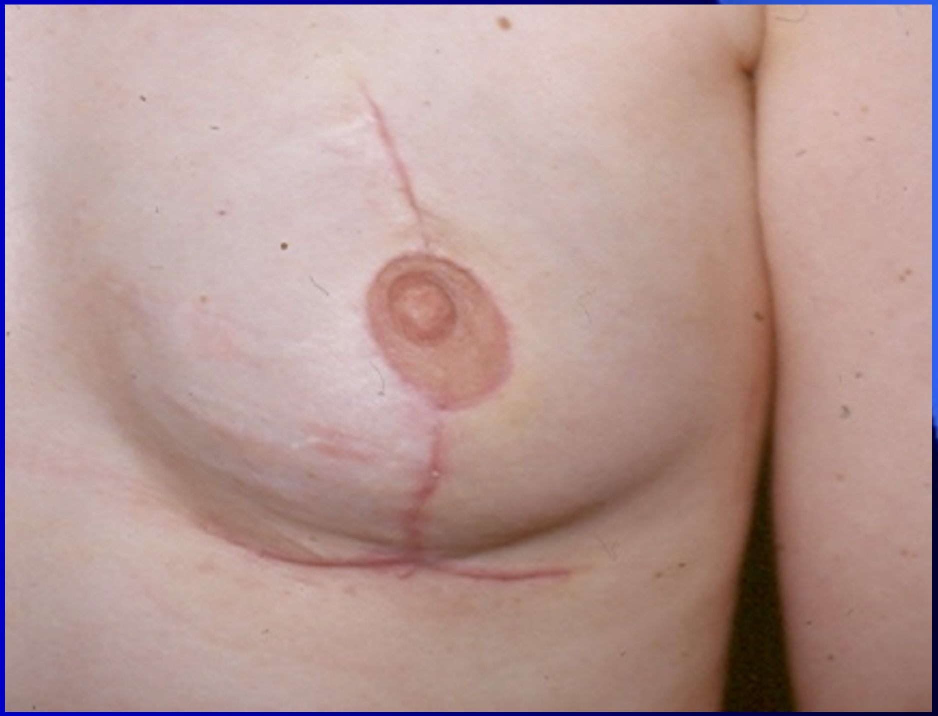
# Si gigantomastie et tumeurs inférieures : THORECK

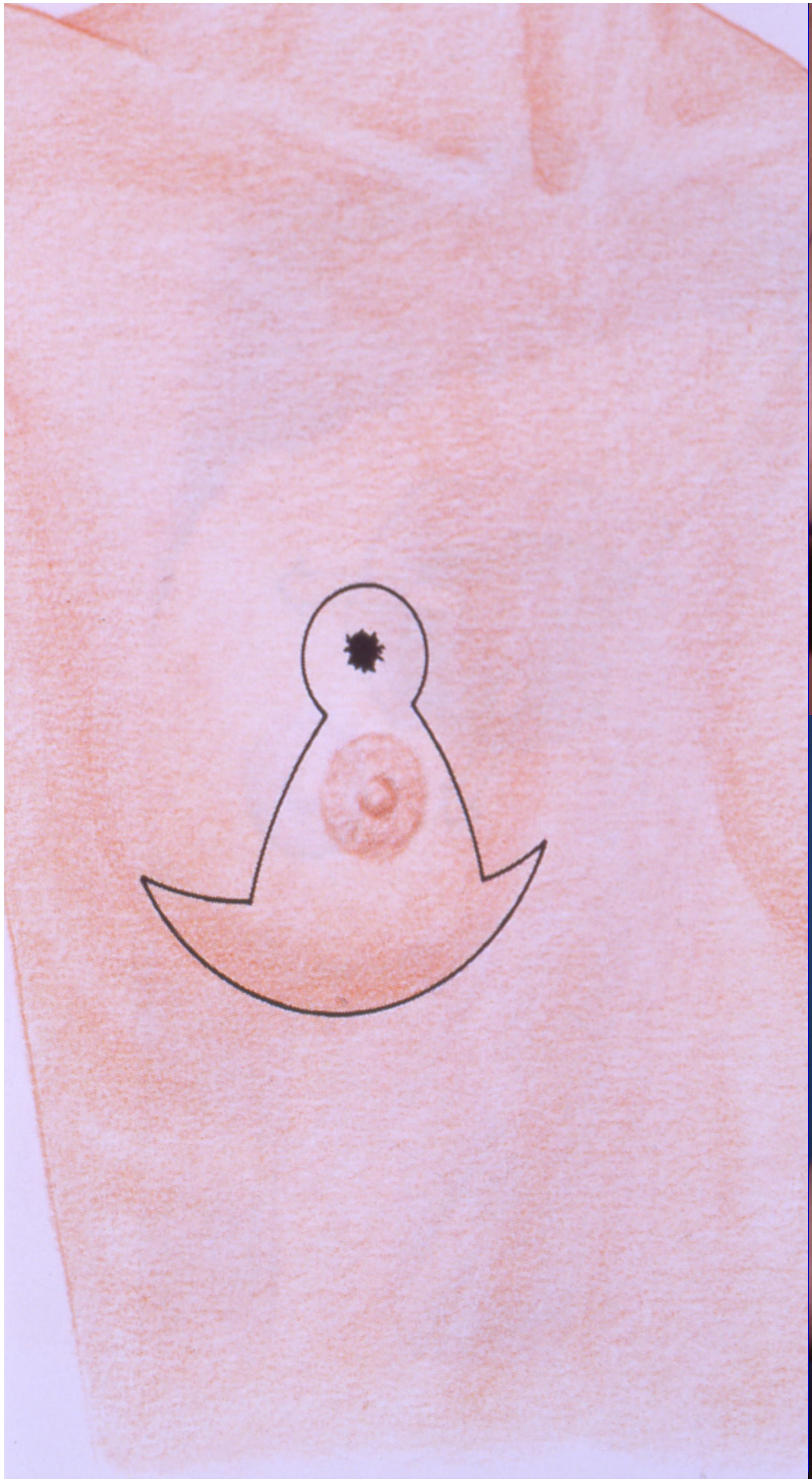


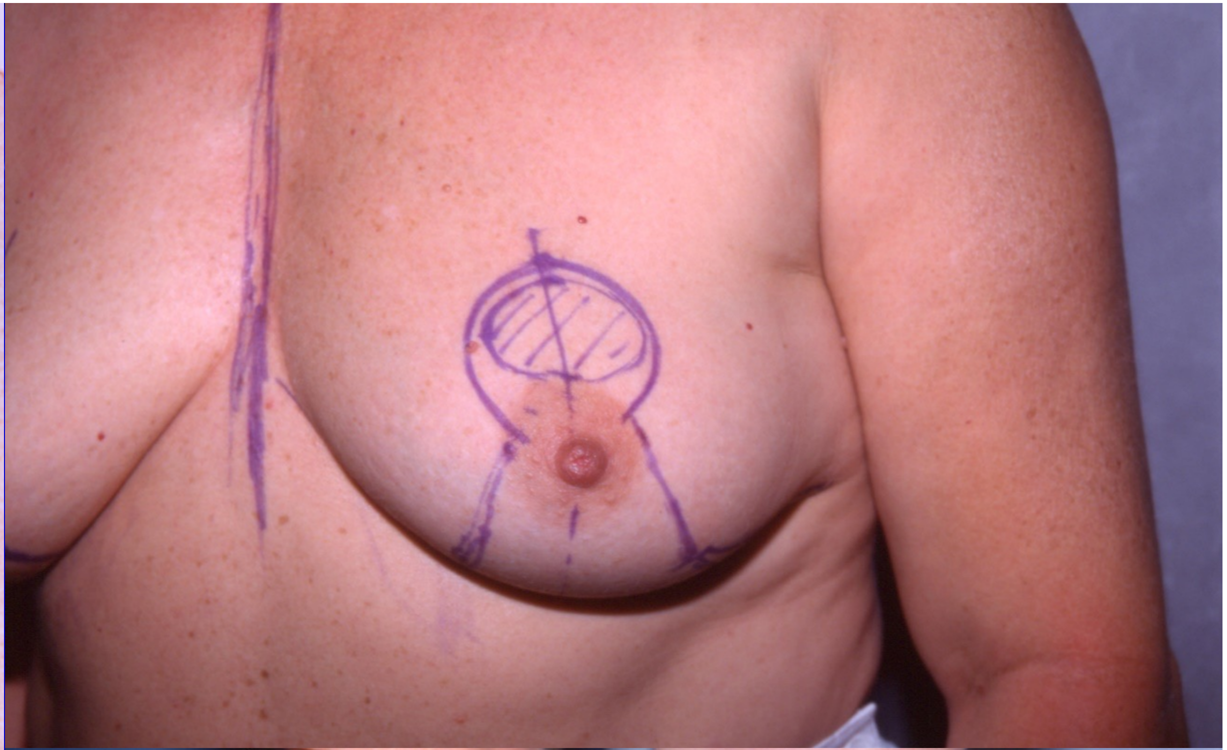
# Tumeurs des quadrants supérieurs :

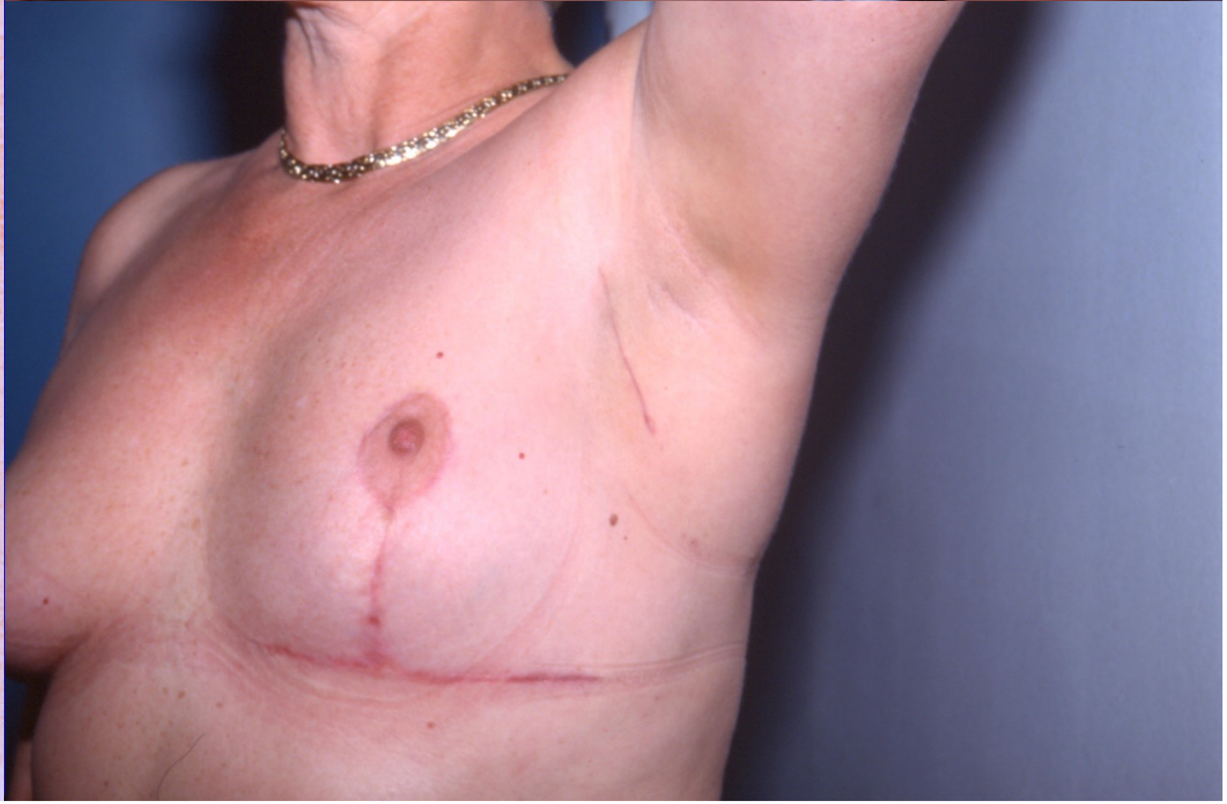
**Jonction des quadrants supérieurs : Robbins, Moufarrége**

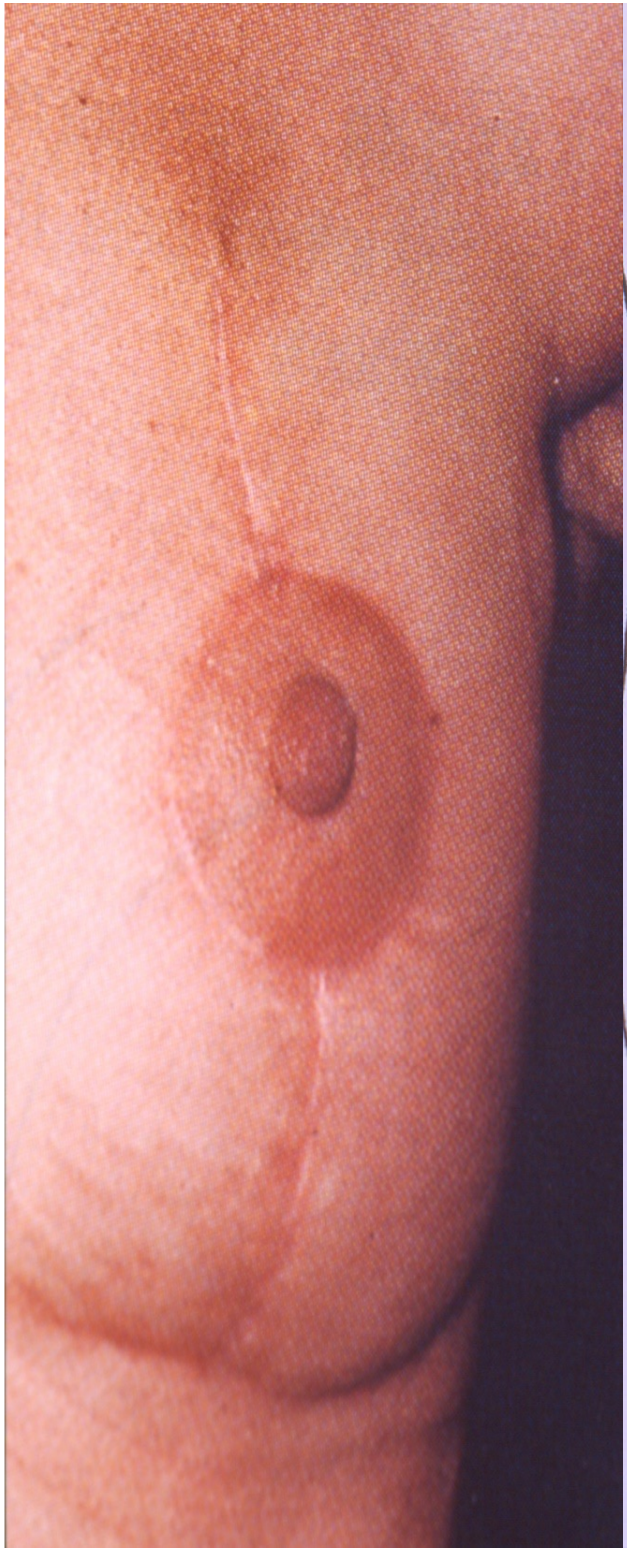


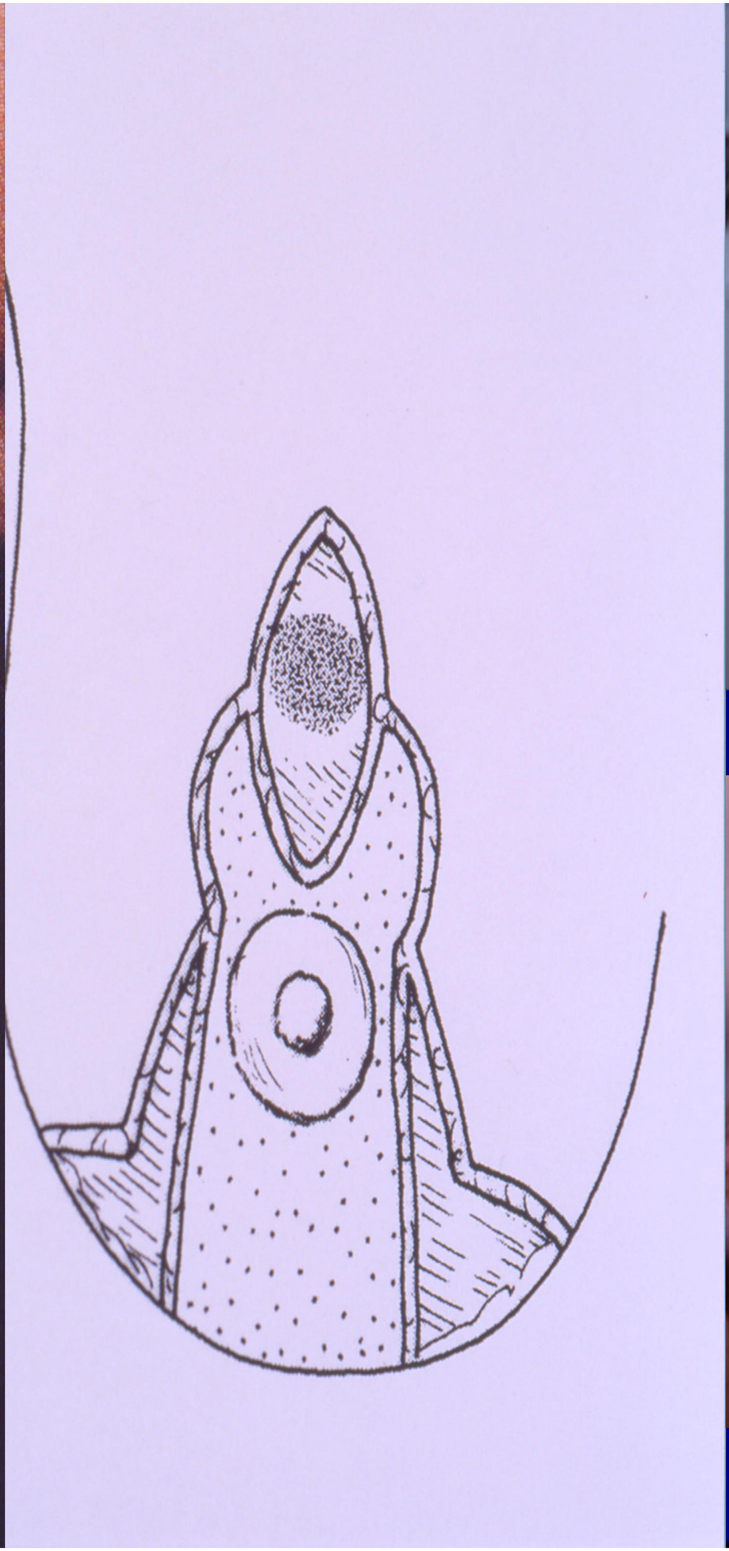


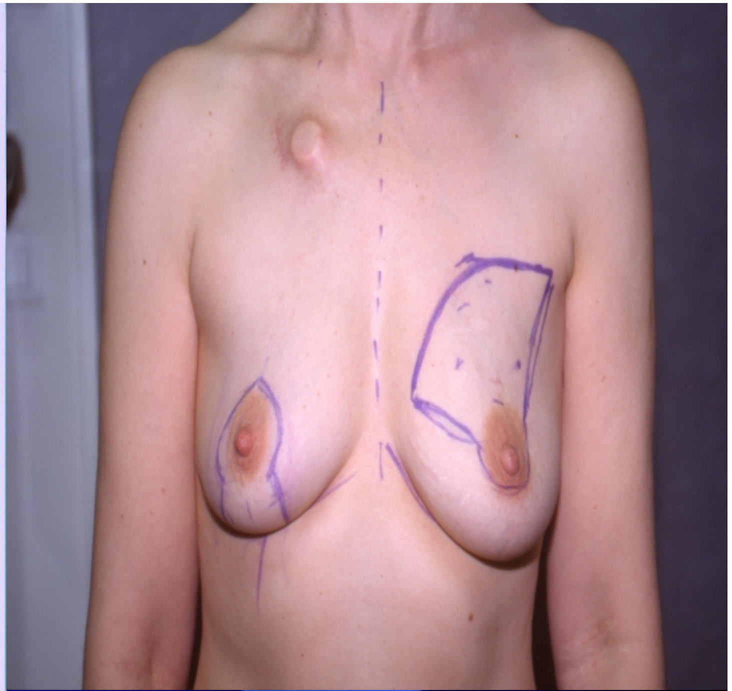


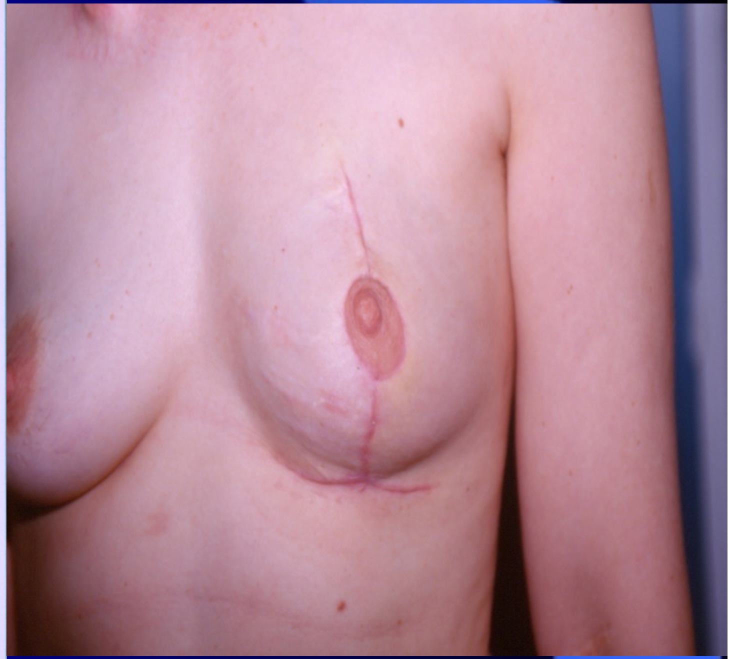


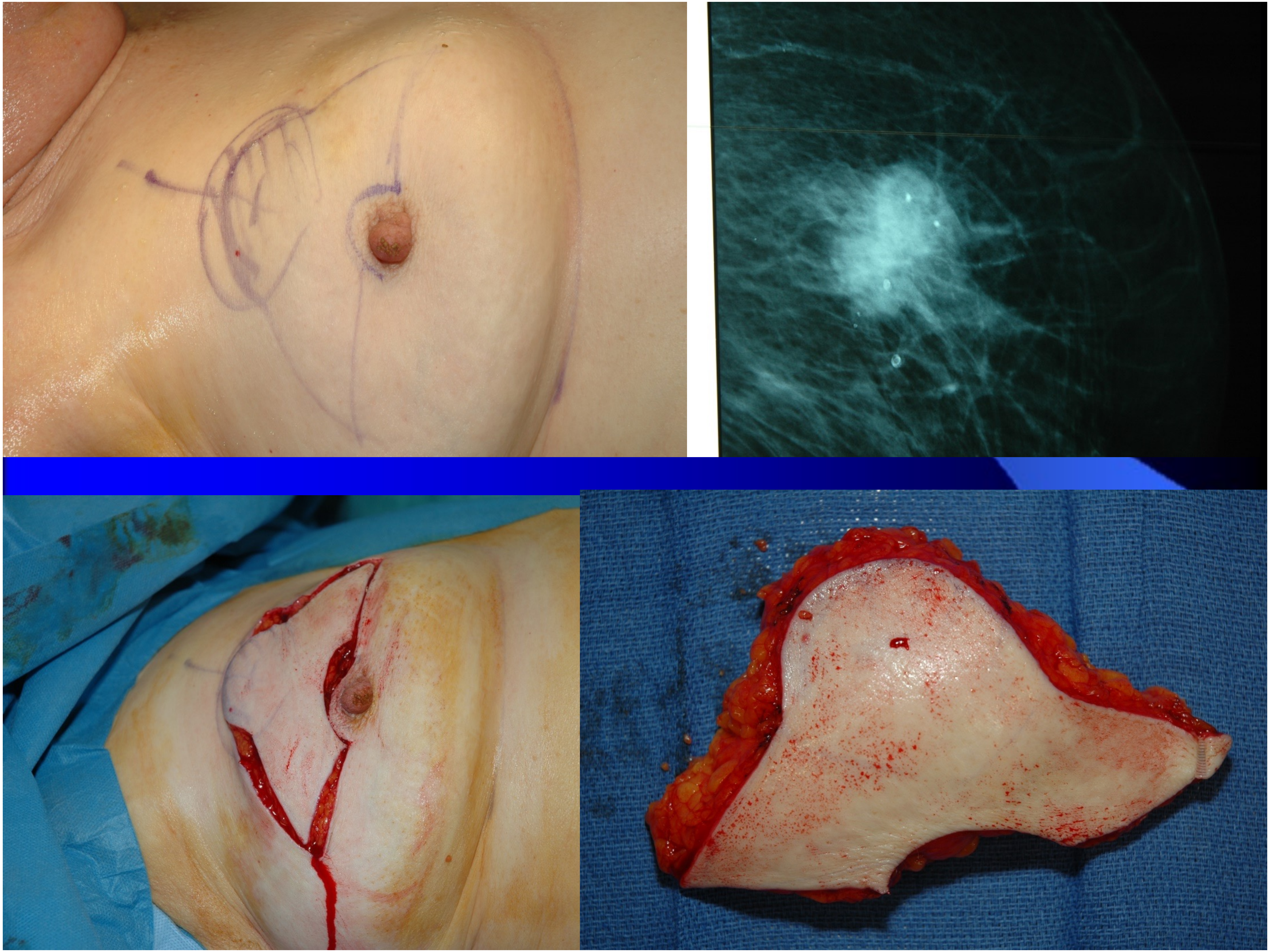


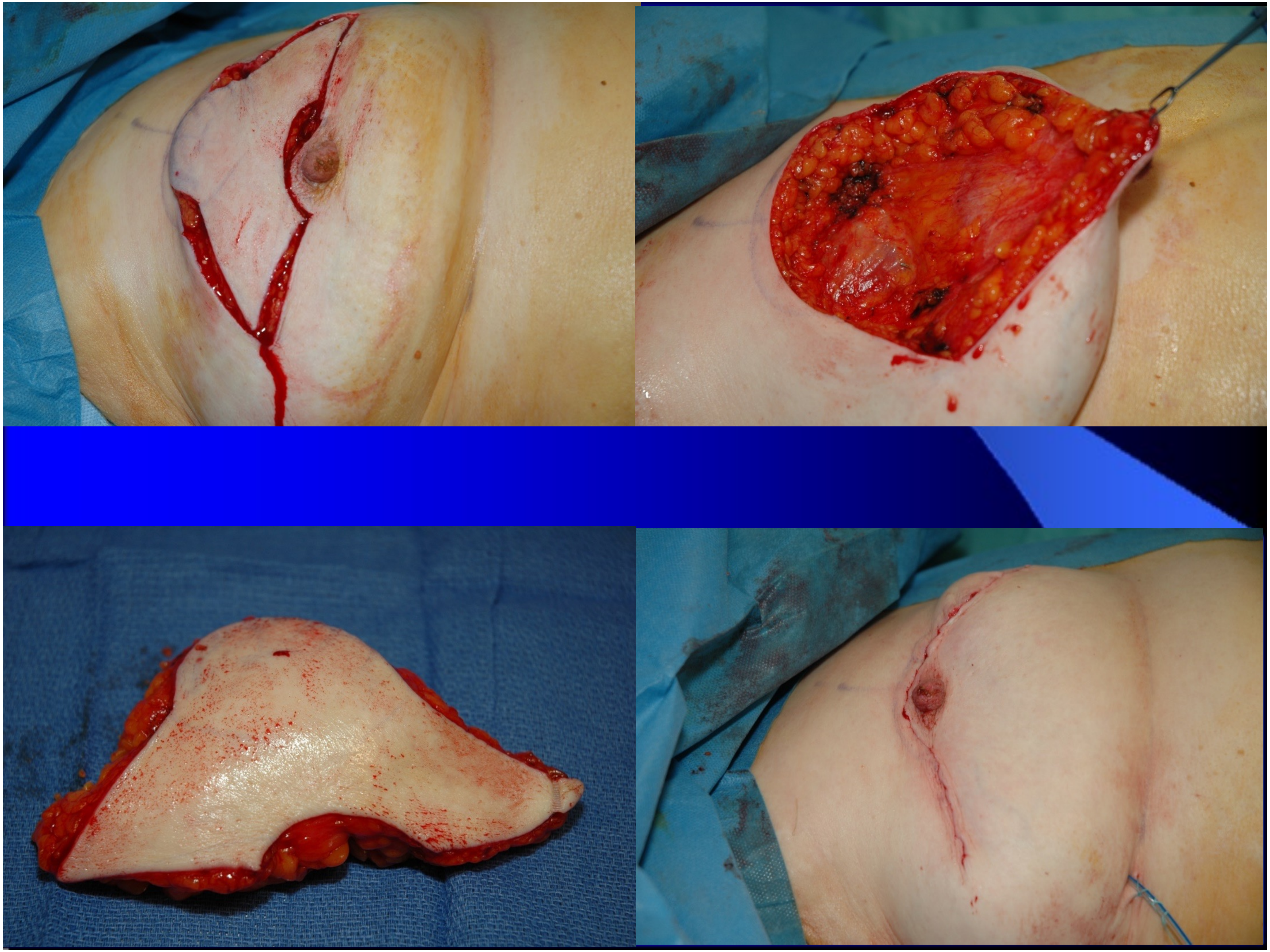


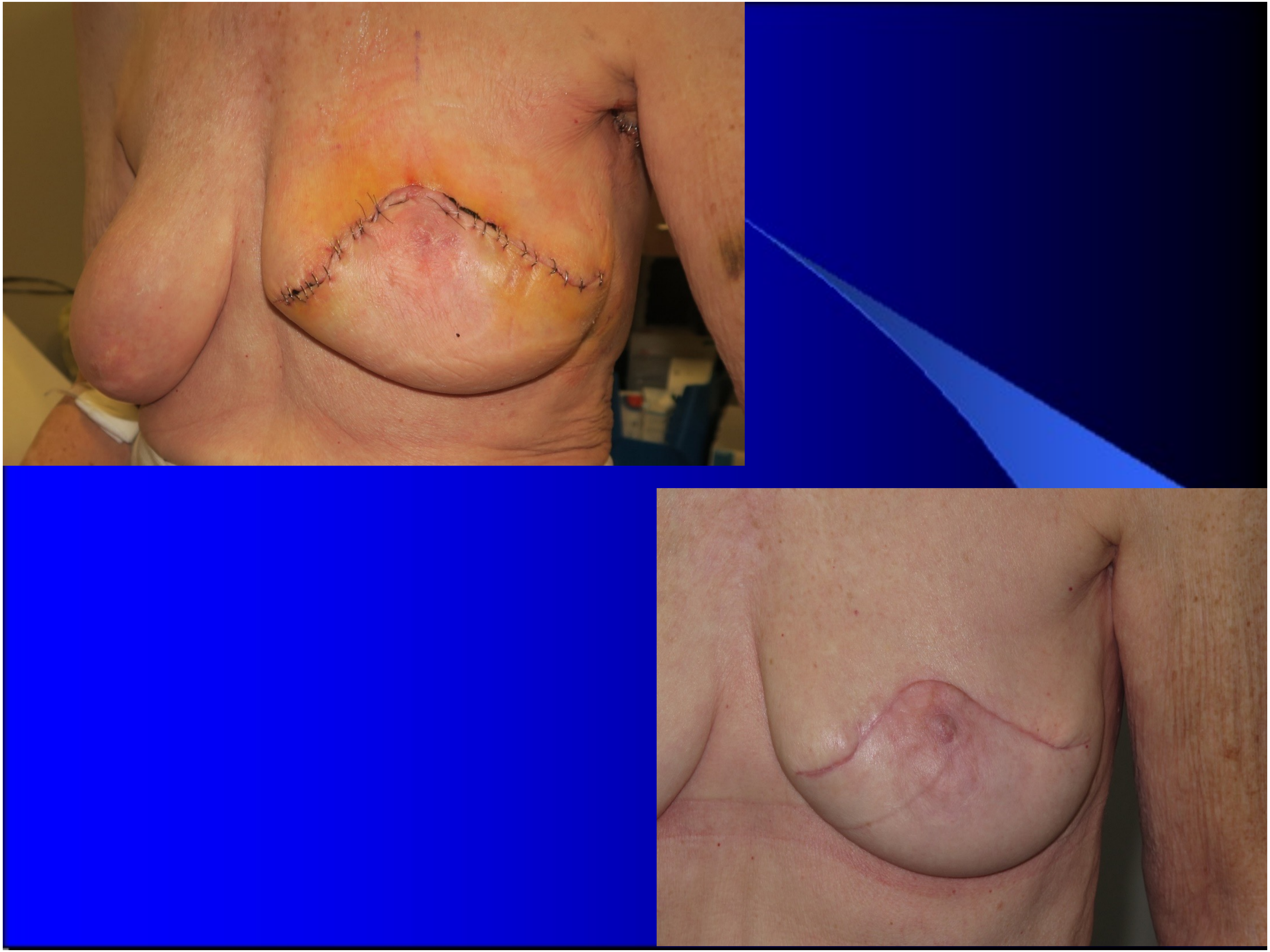




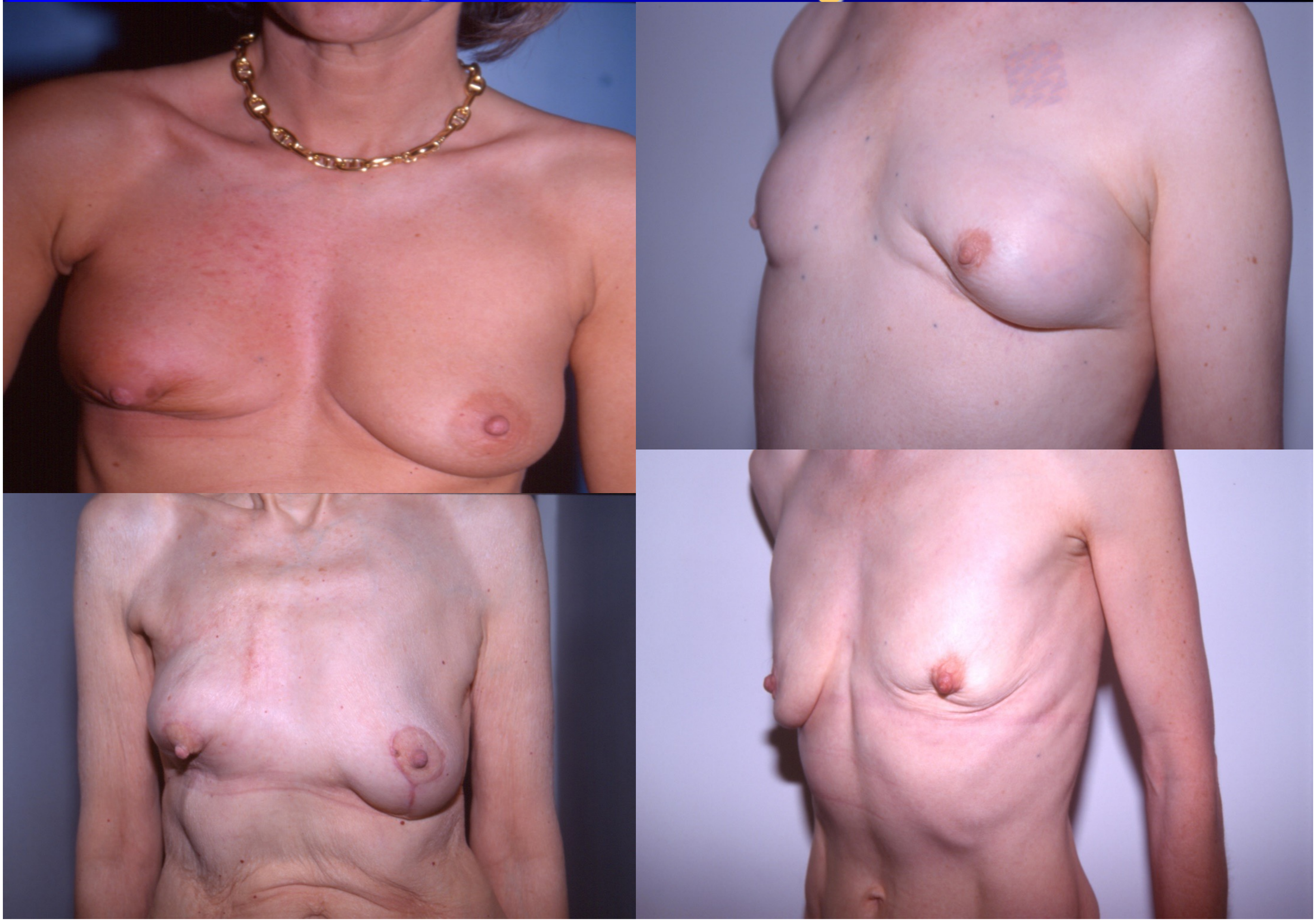


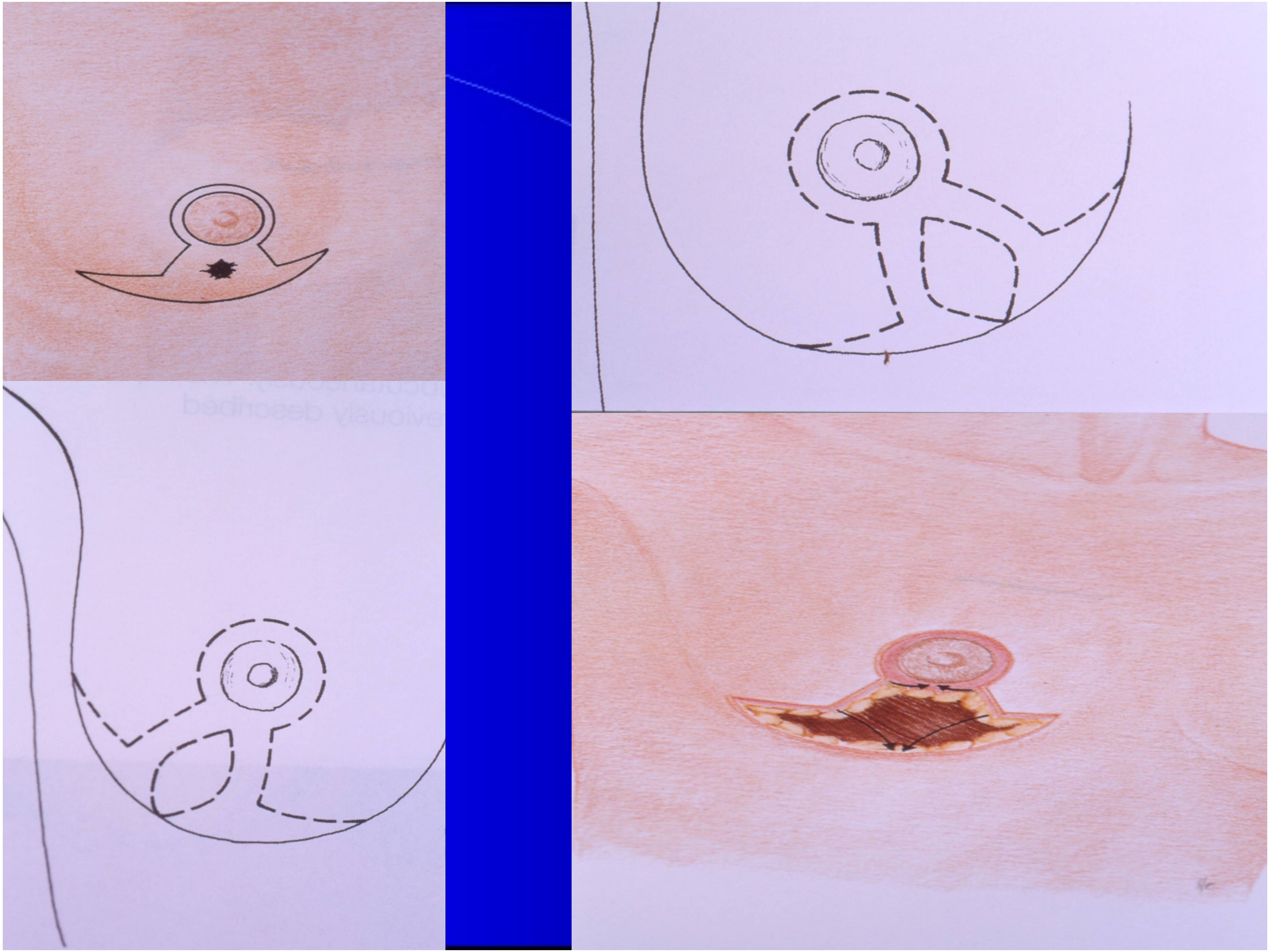


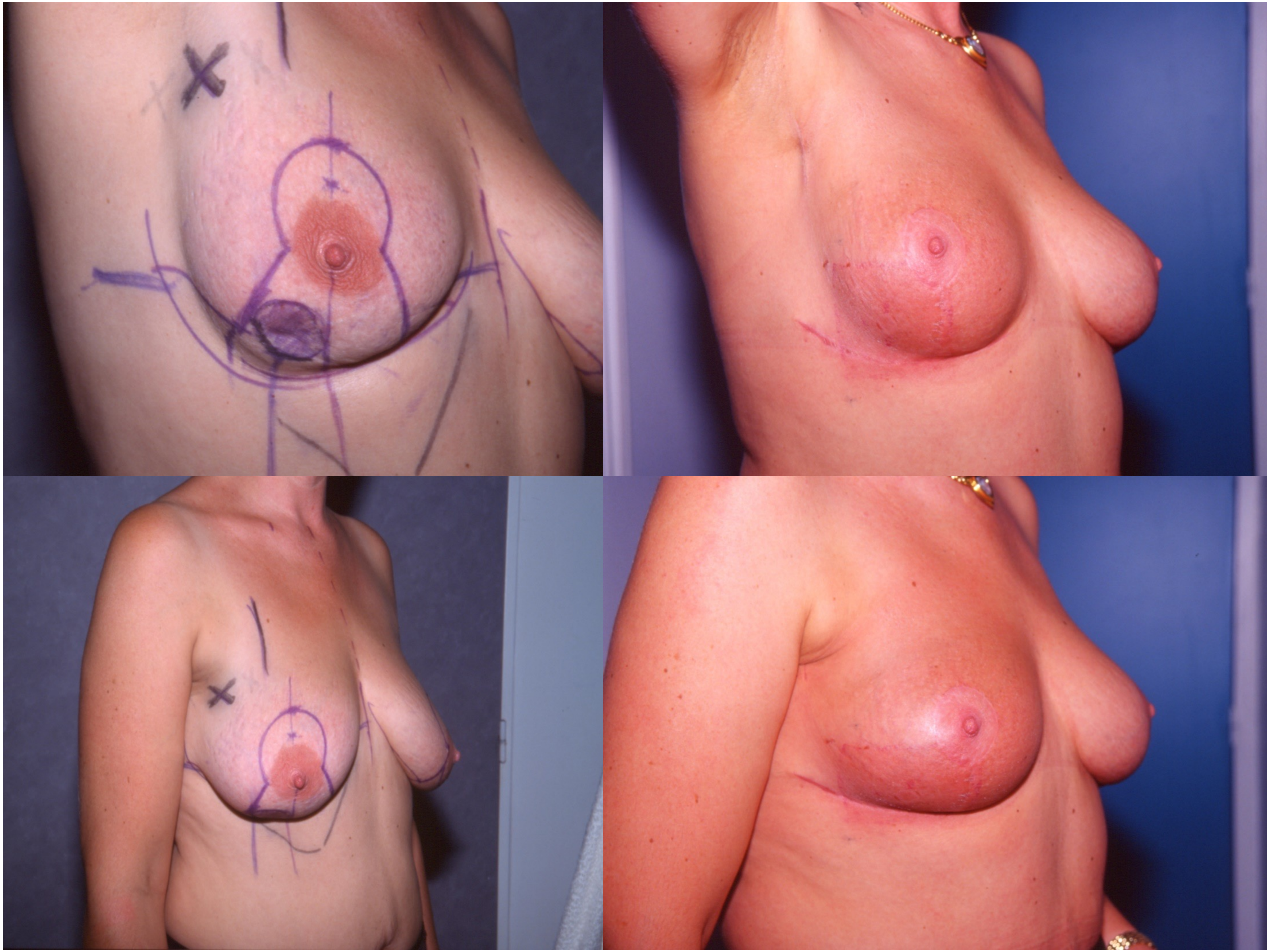


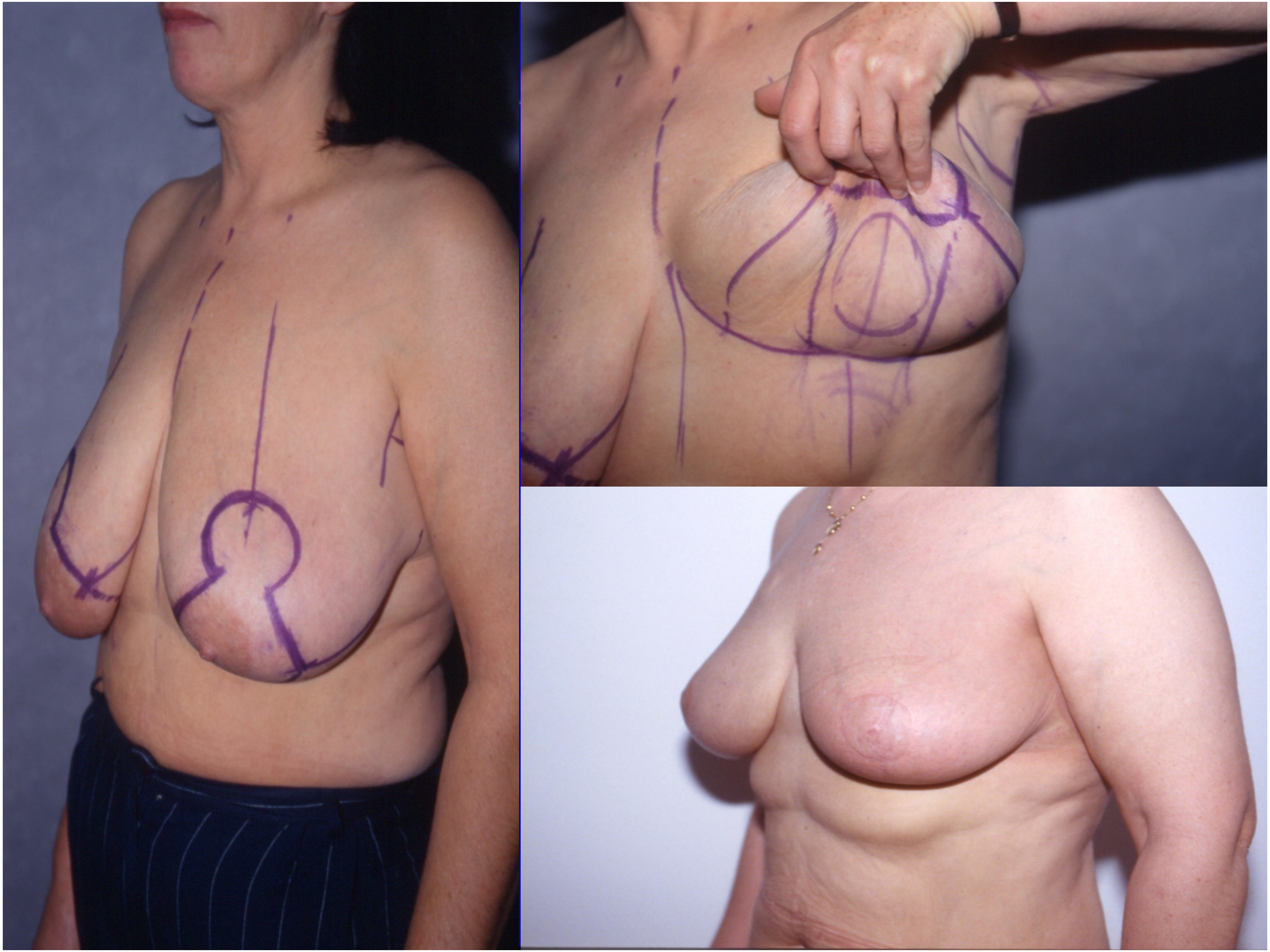


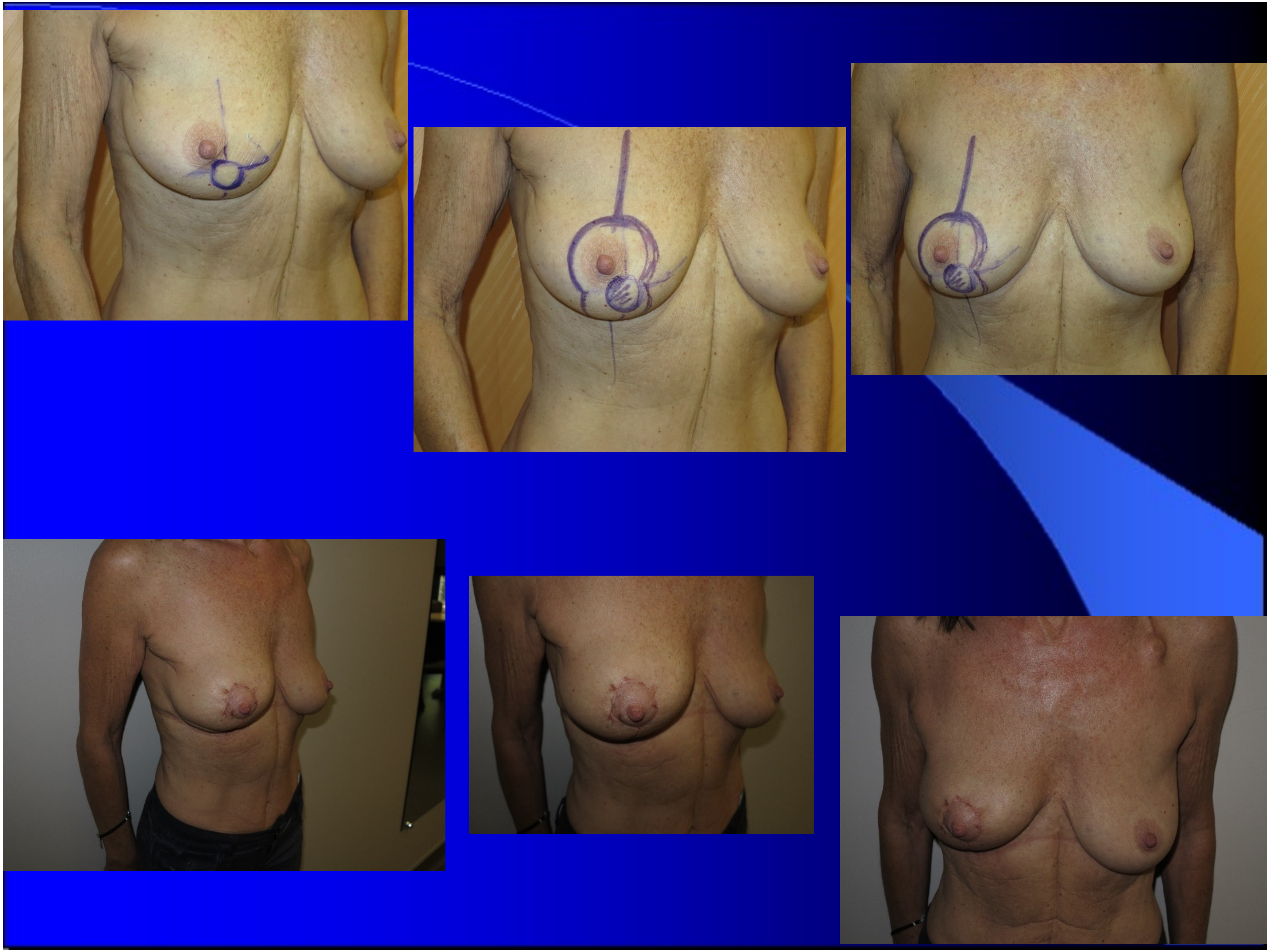
# Dans les lésions du segment 3





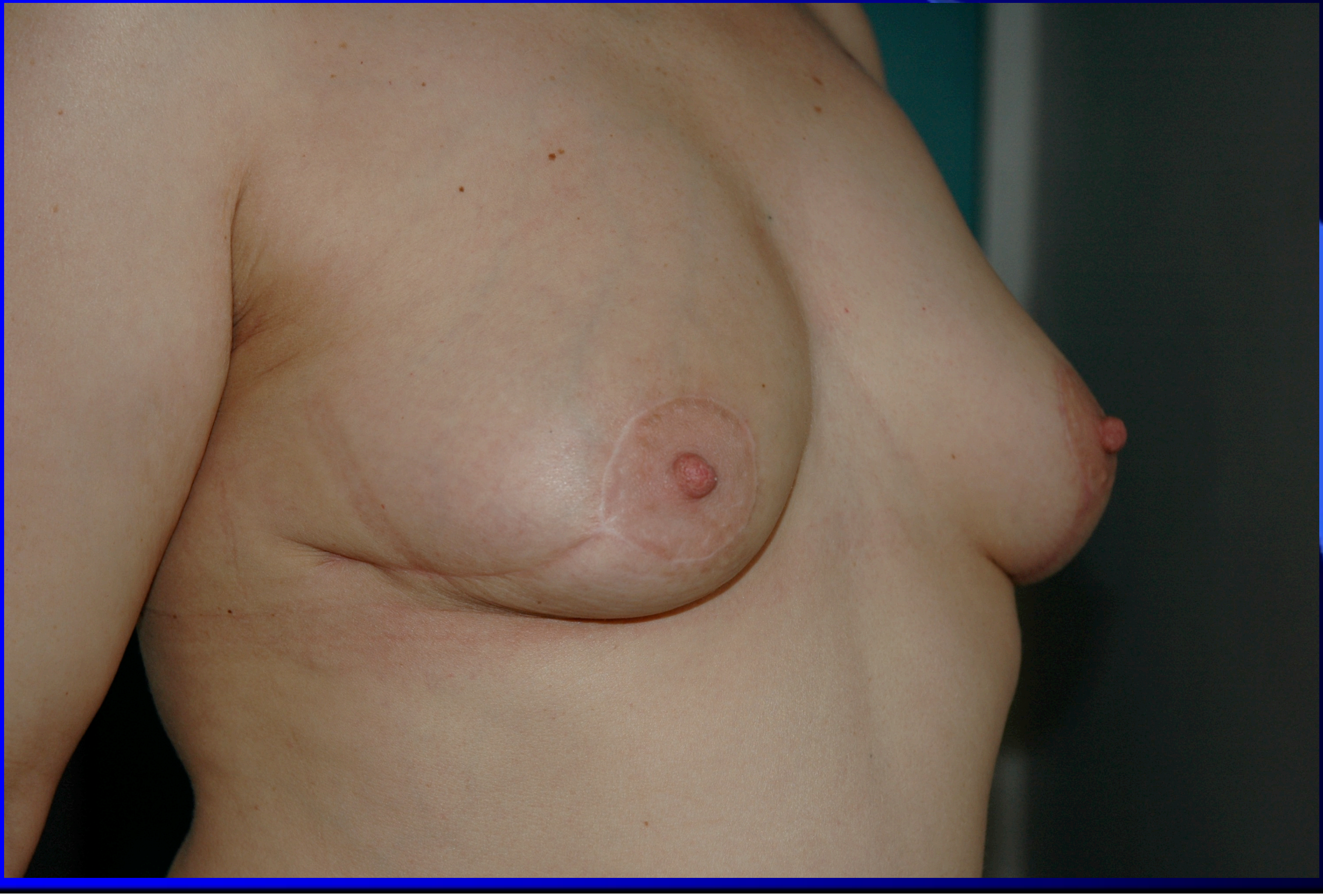


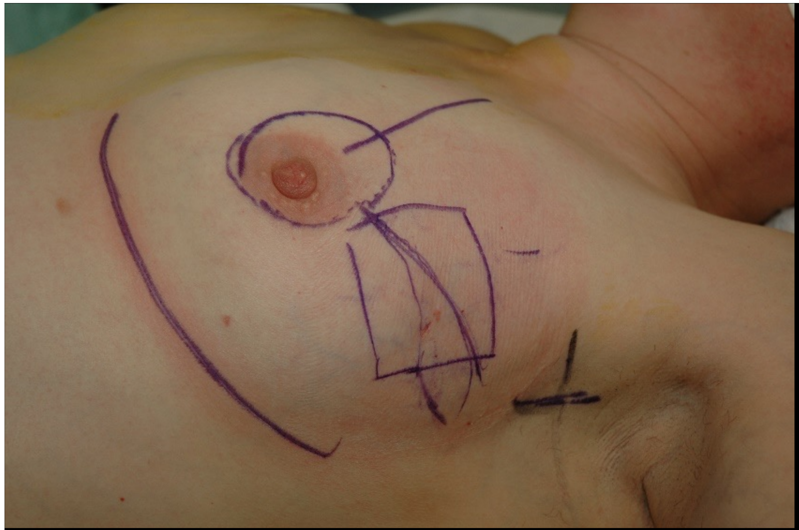


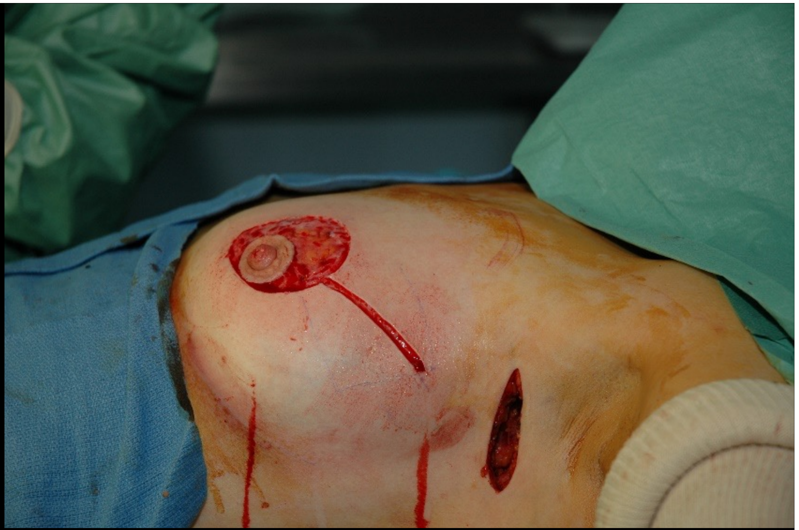


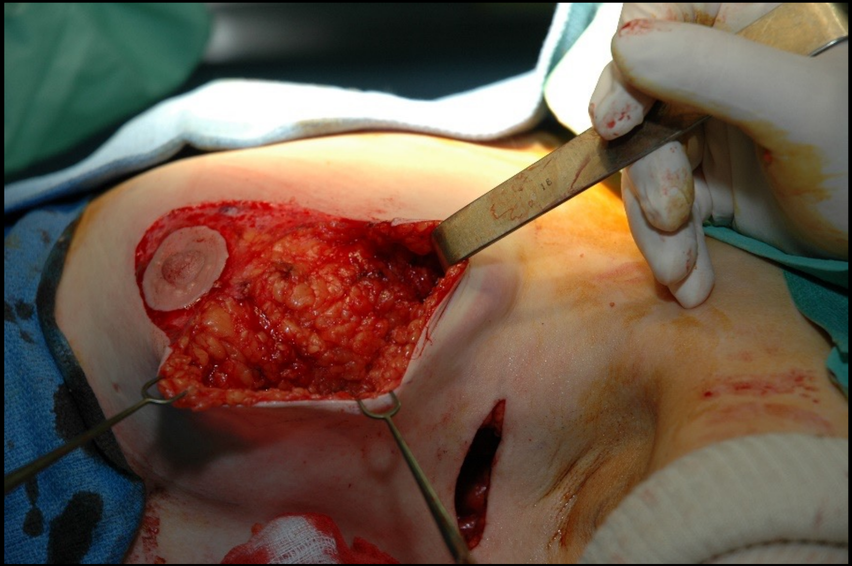
# AUTRES TECHNIQUES

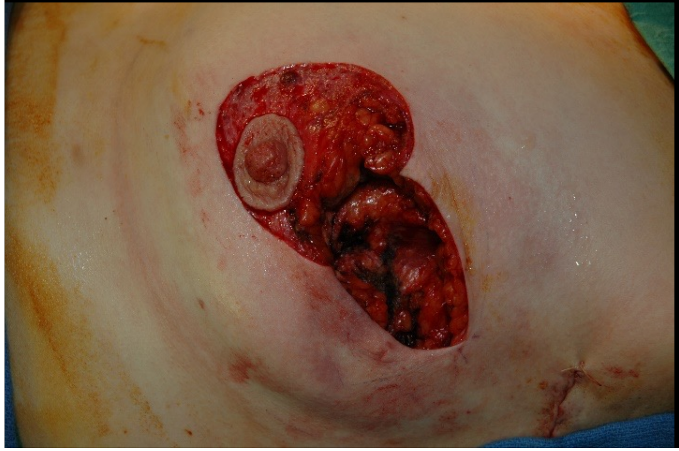
# Remodelage unilatéral, mobilisation des lambeaux glandulaires

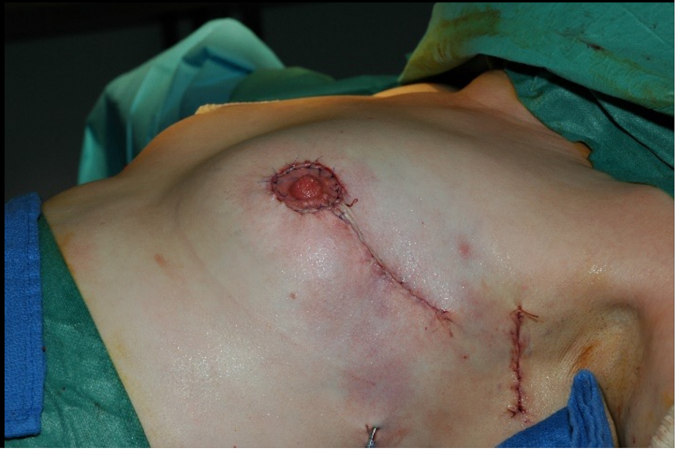


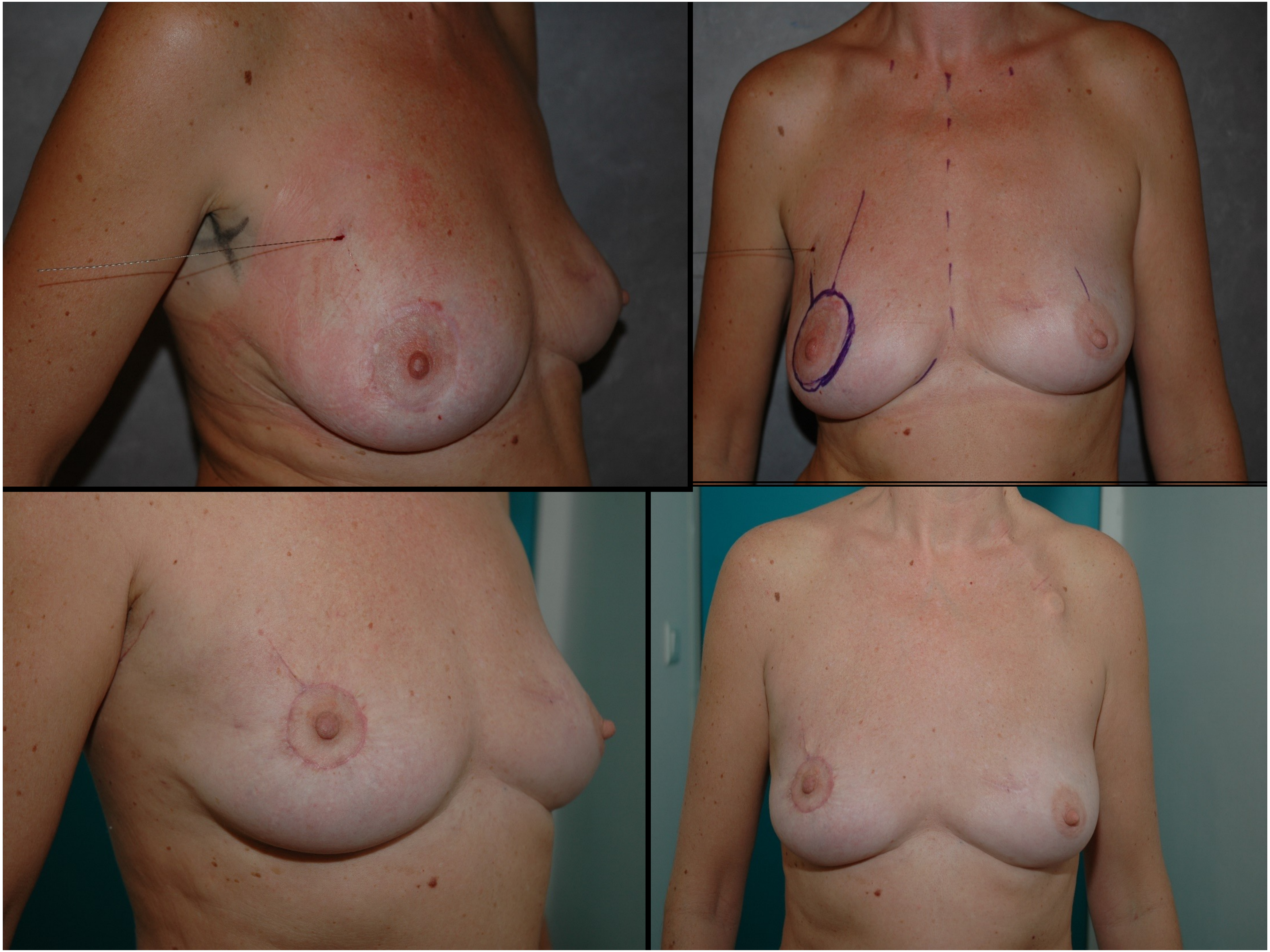


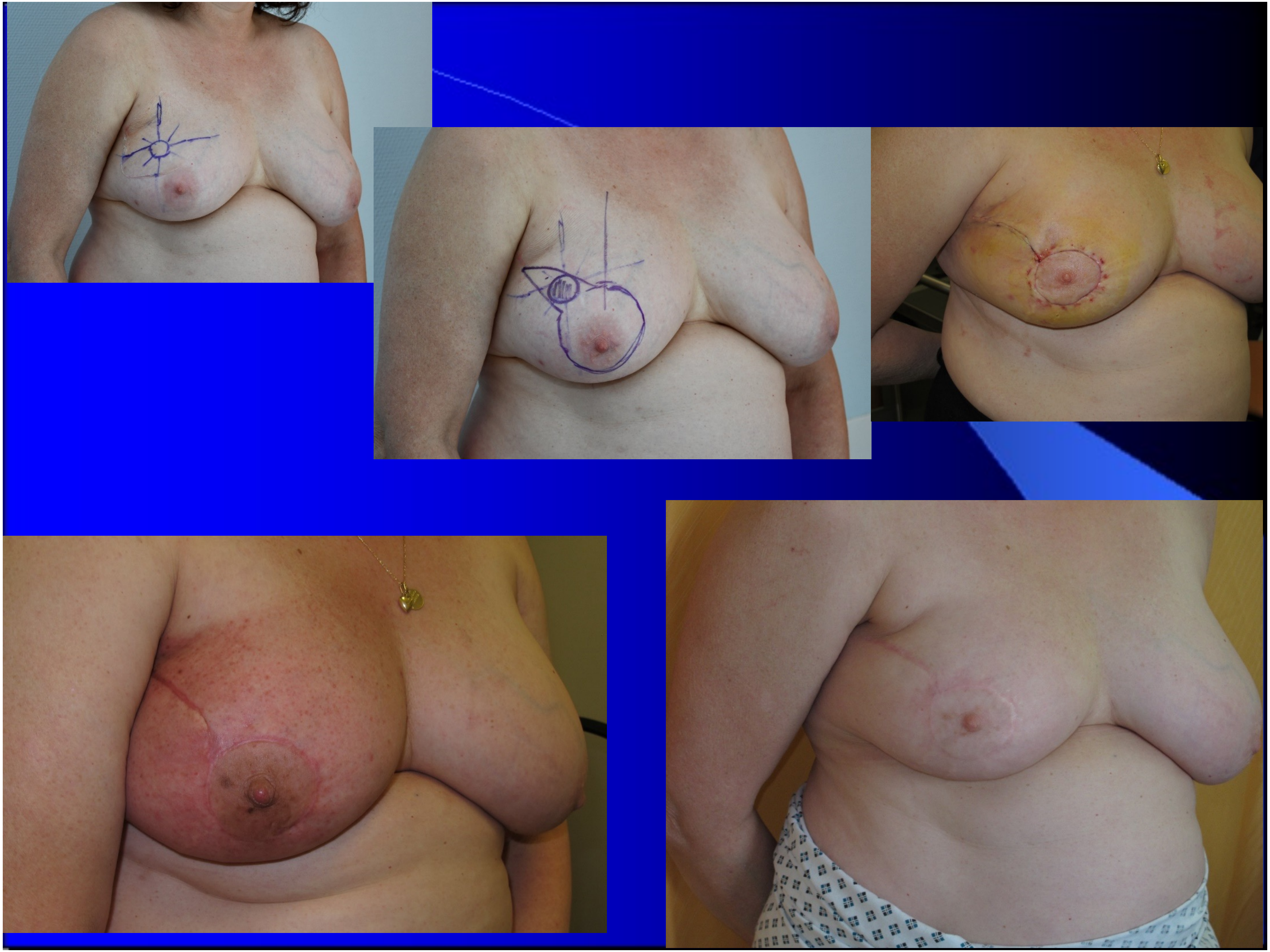


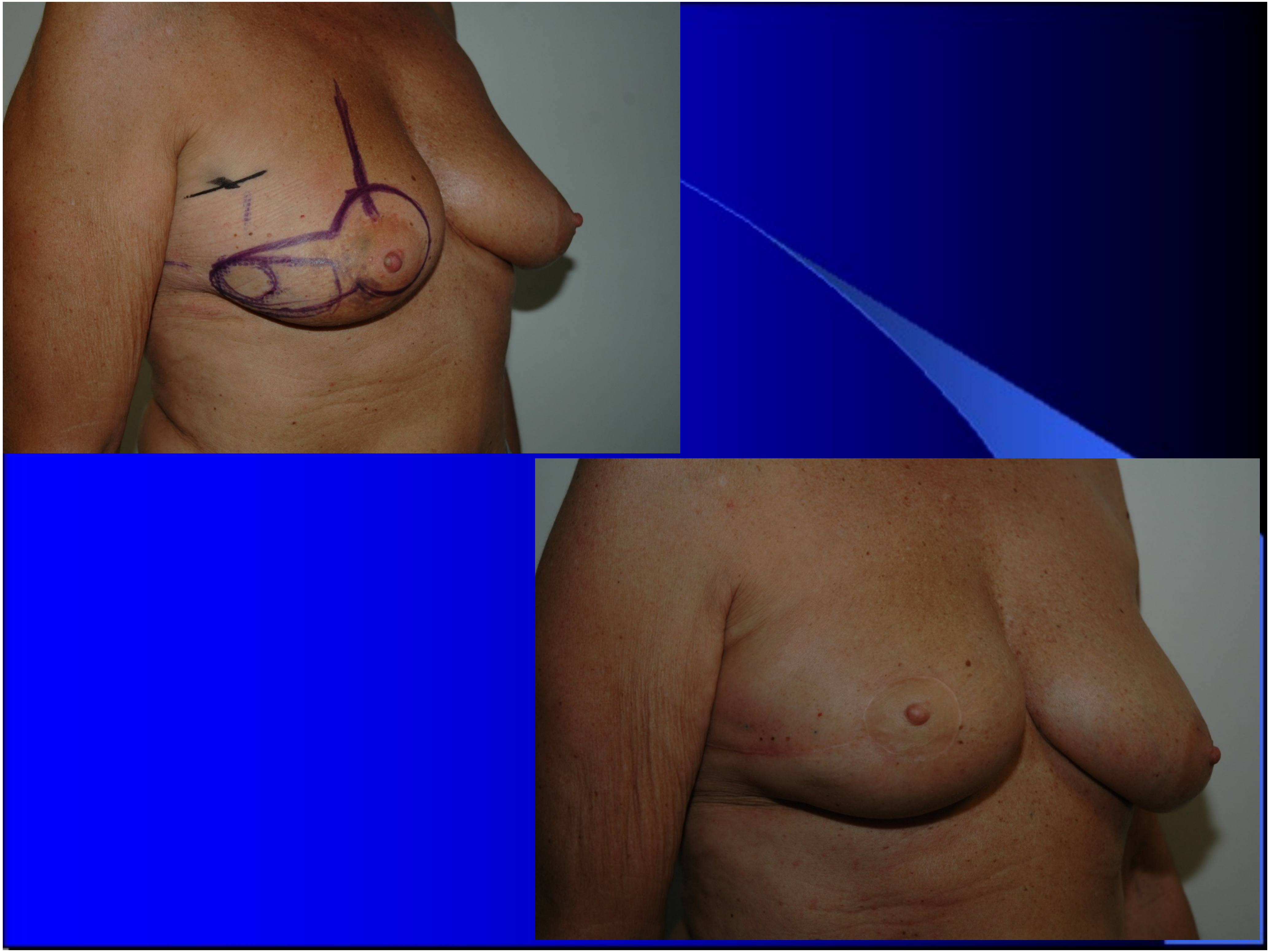


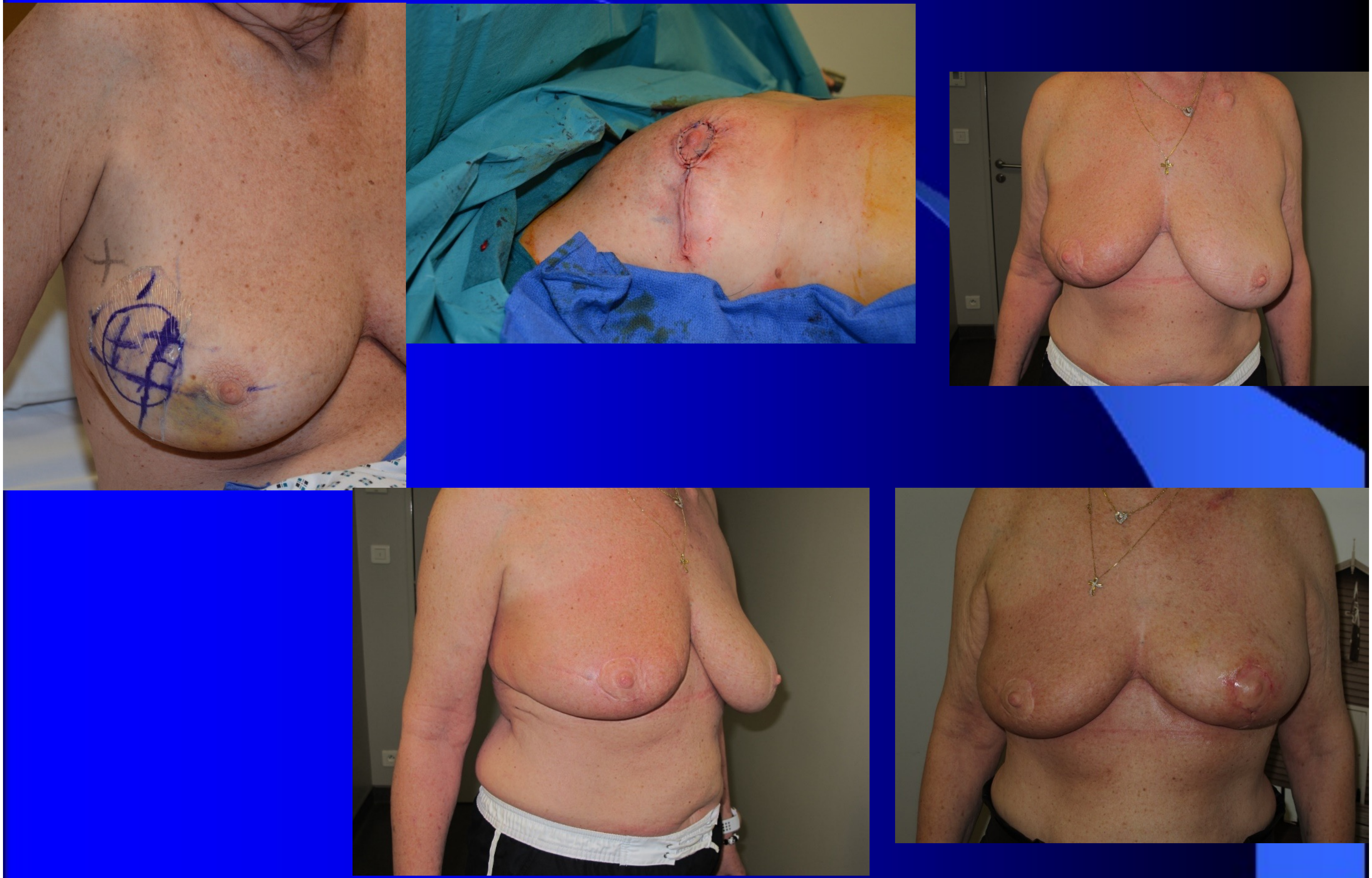


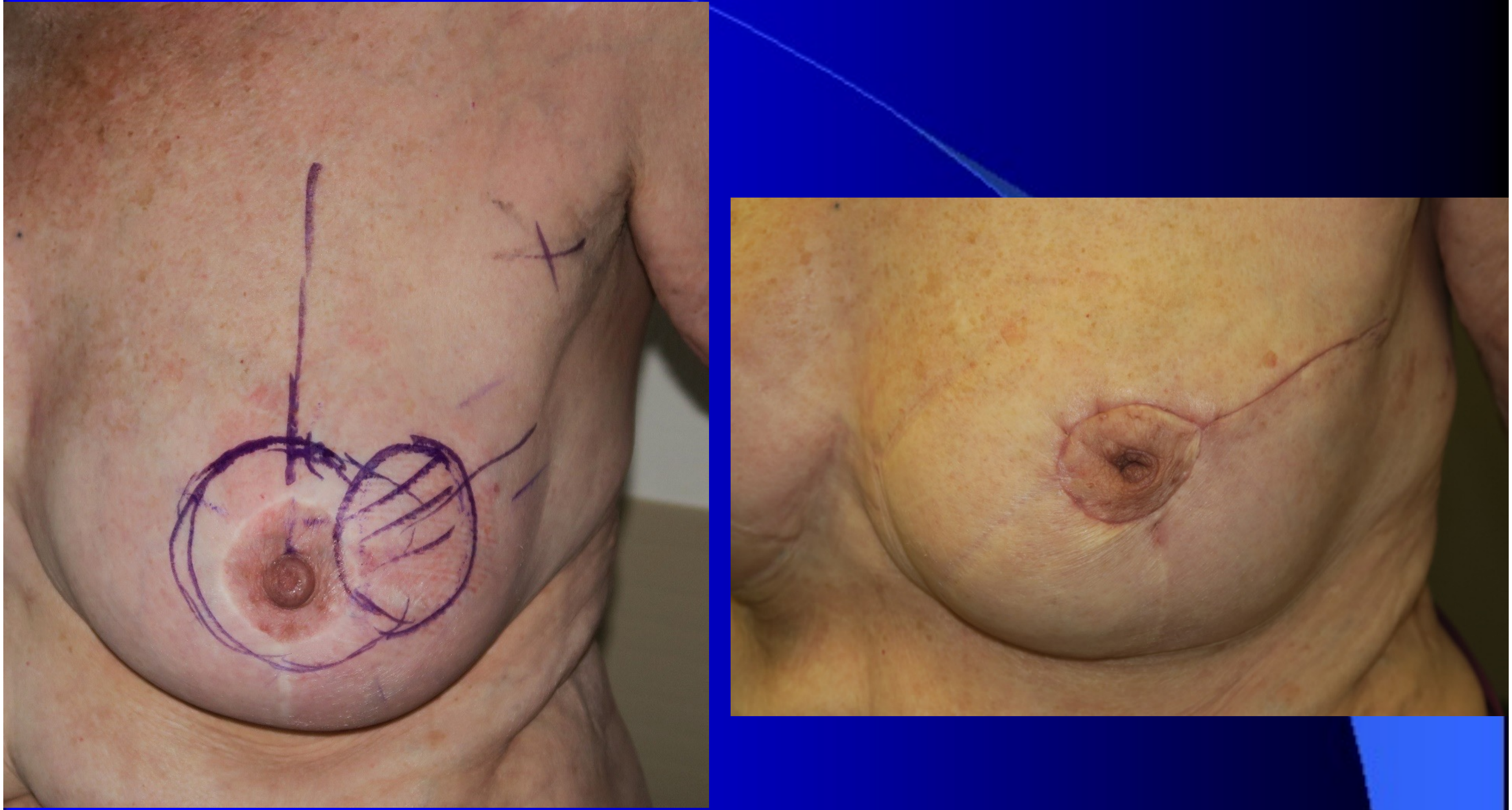


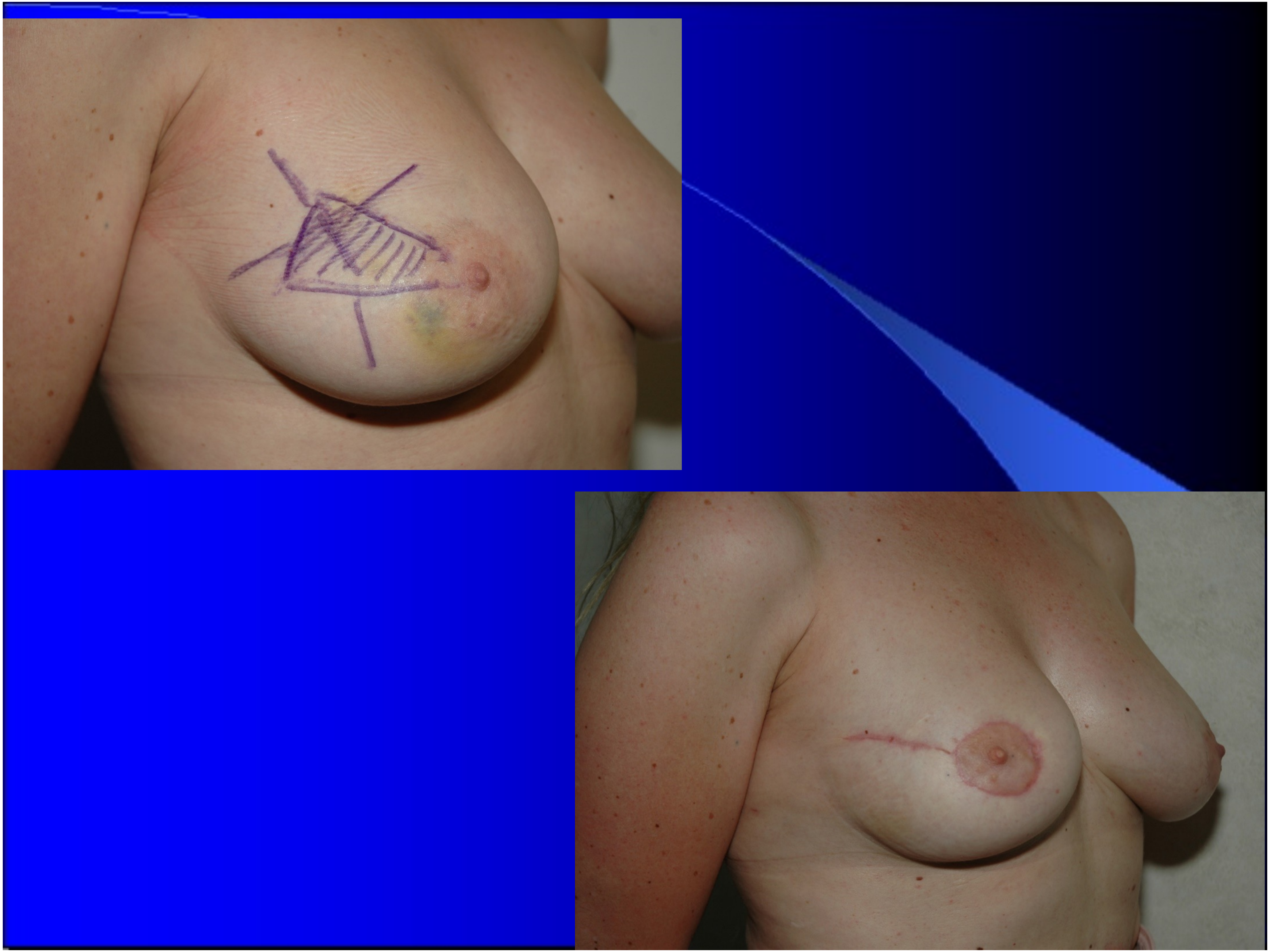


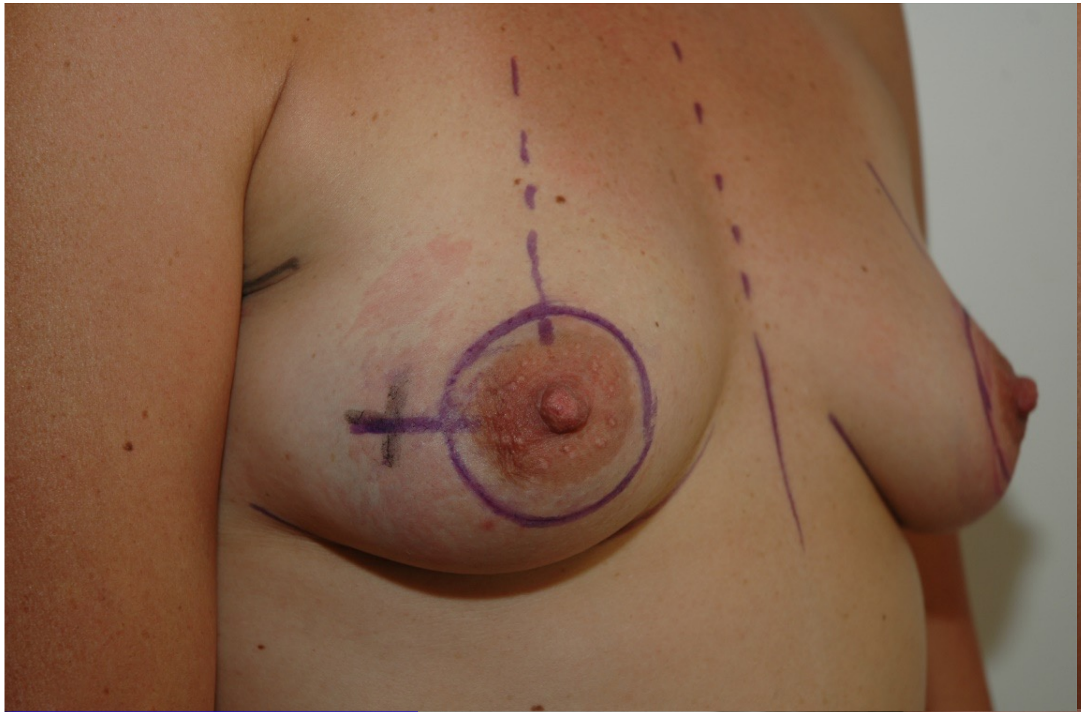


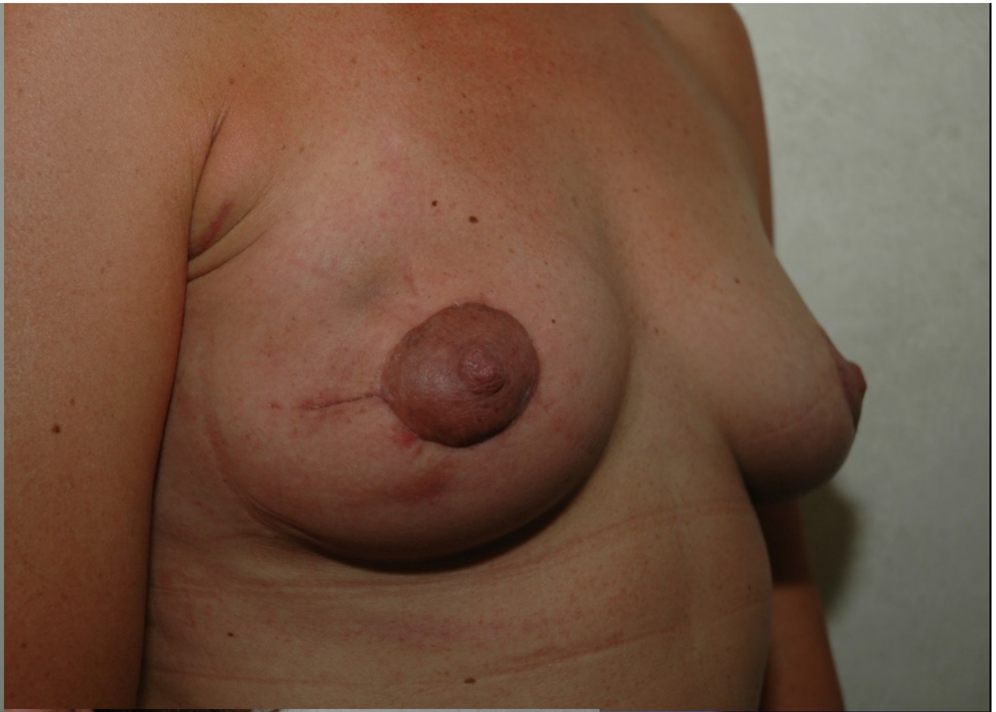


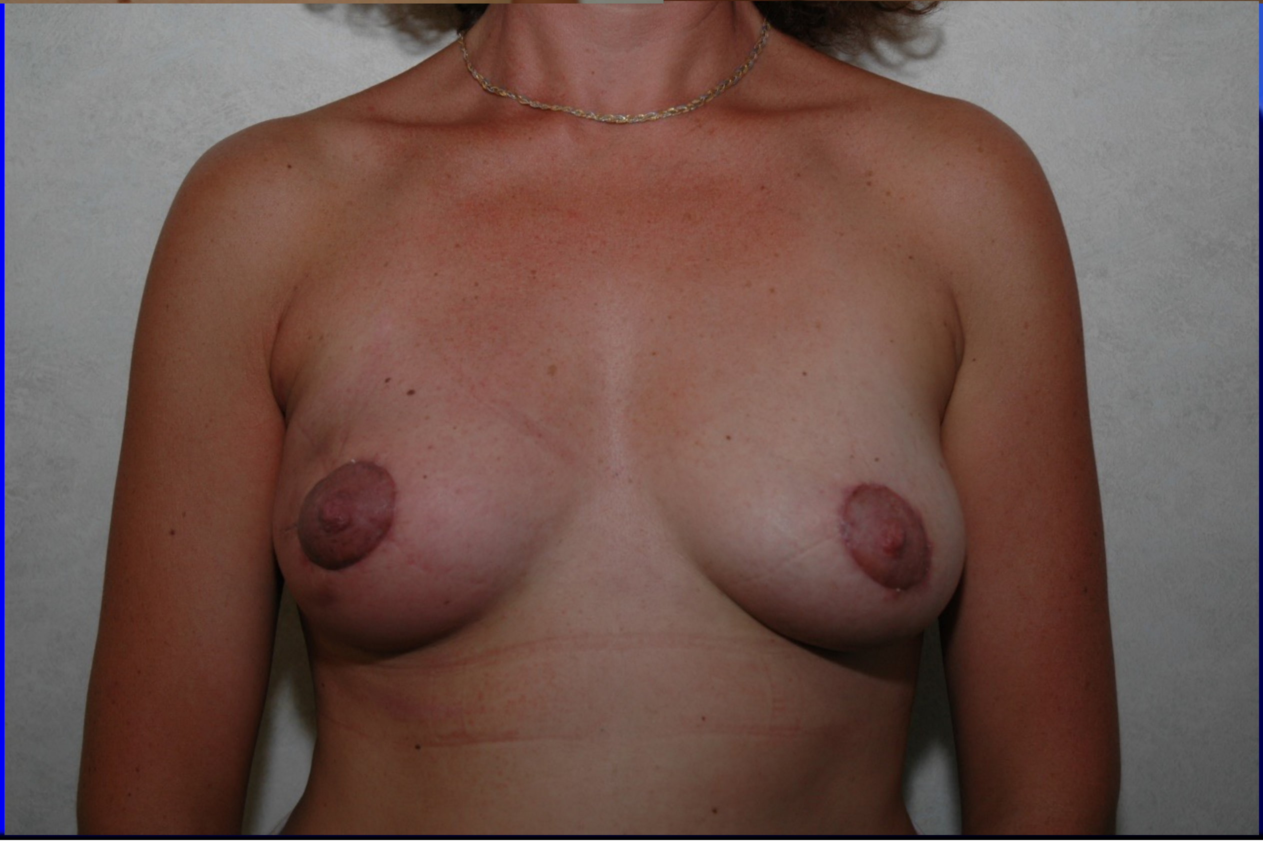


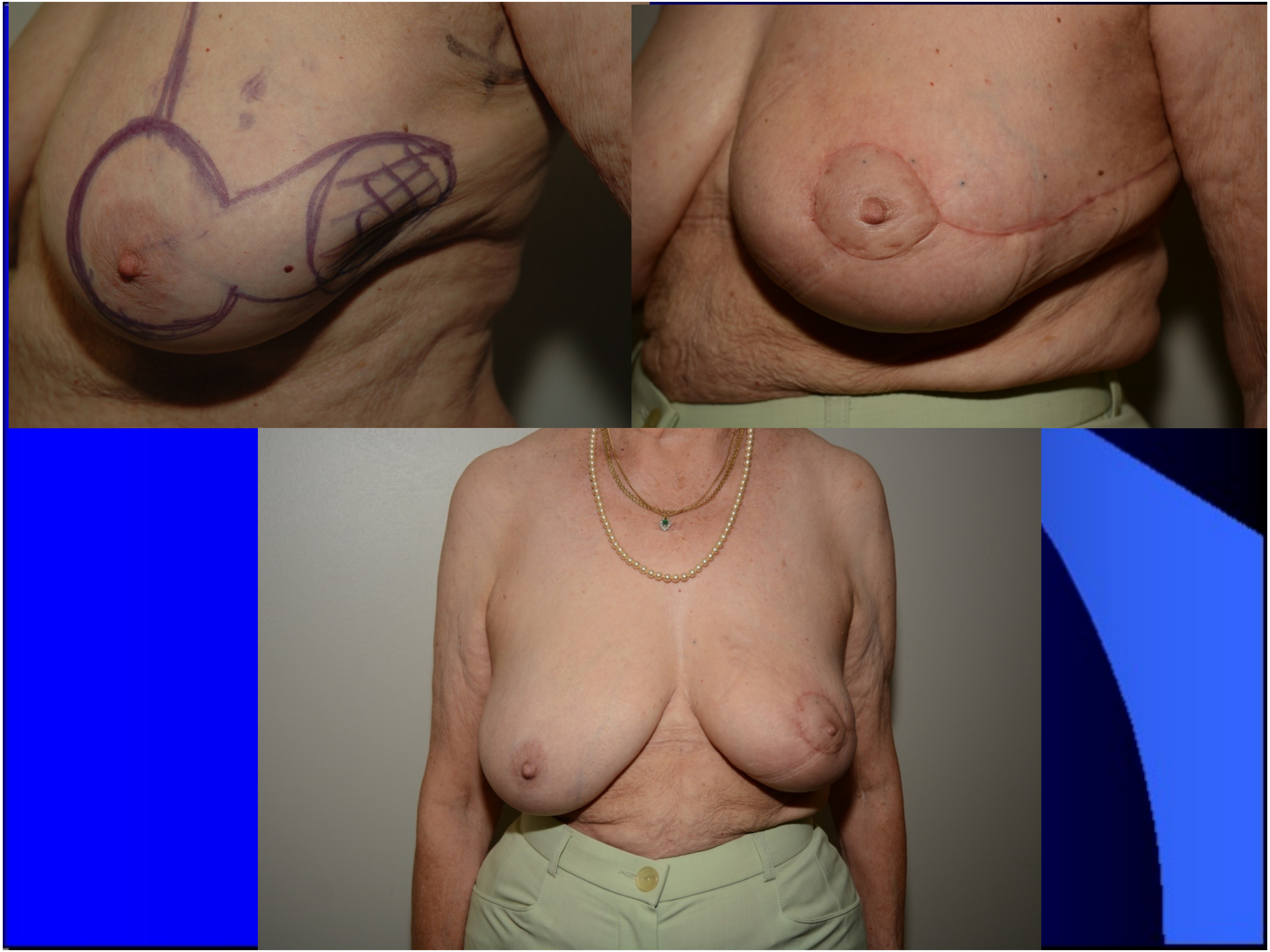


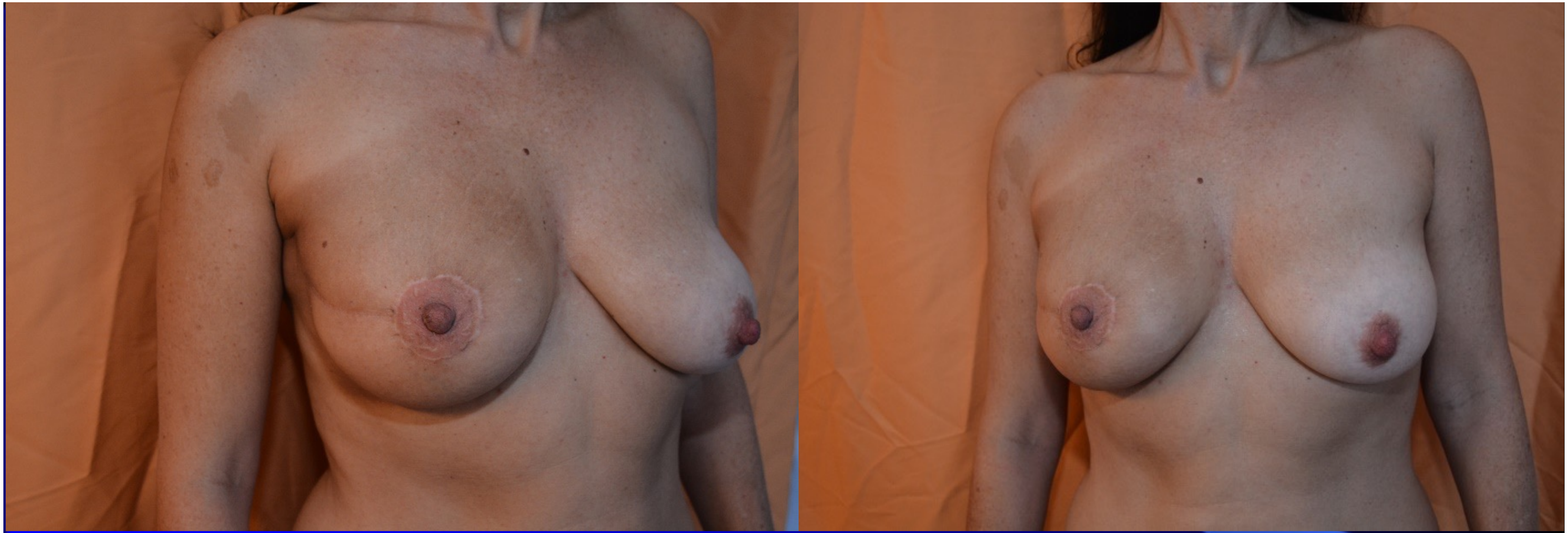


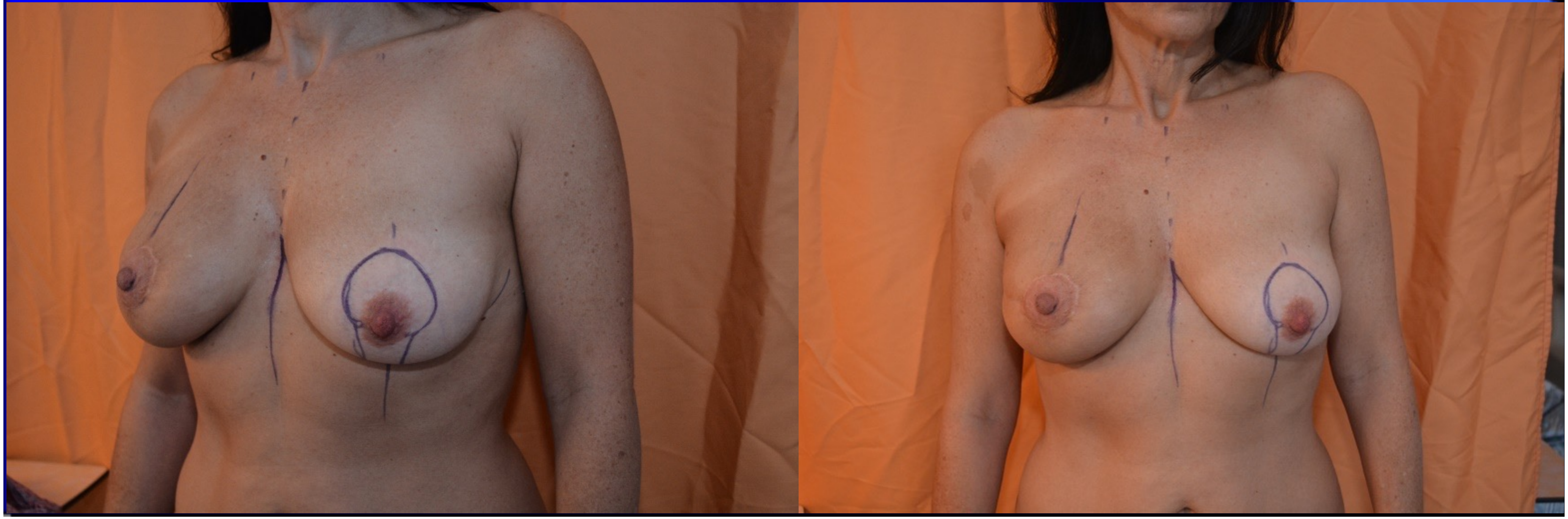


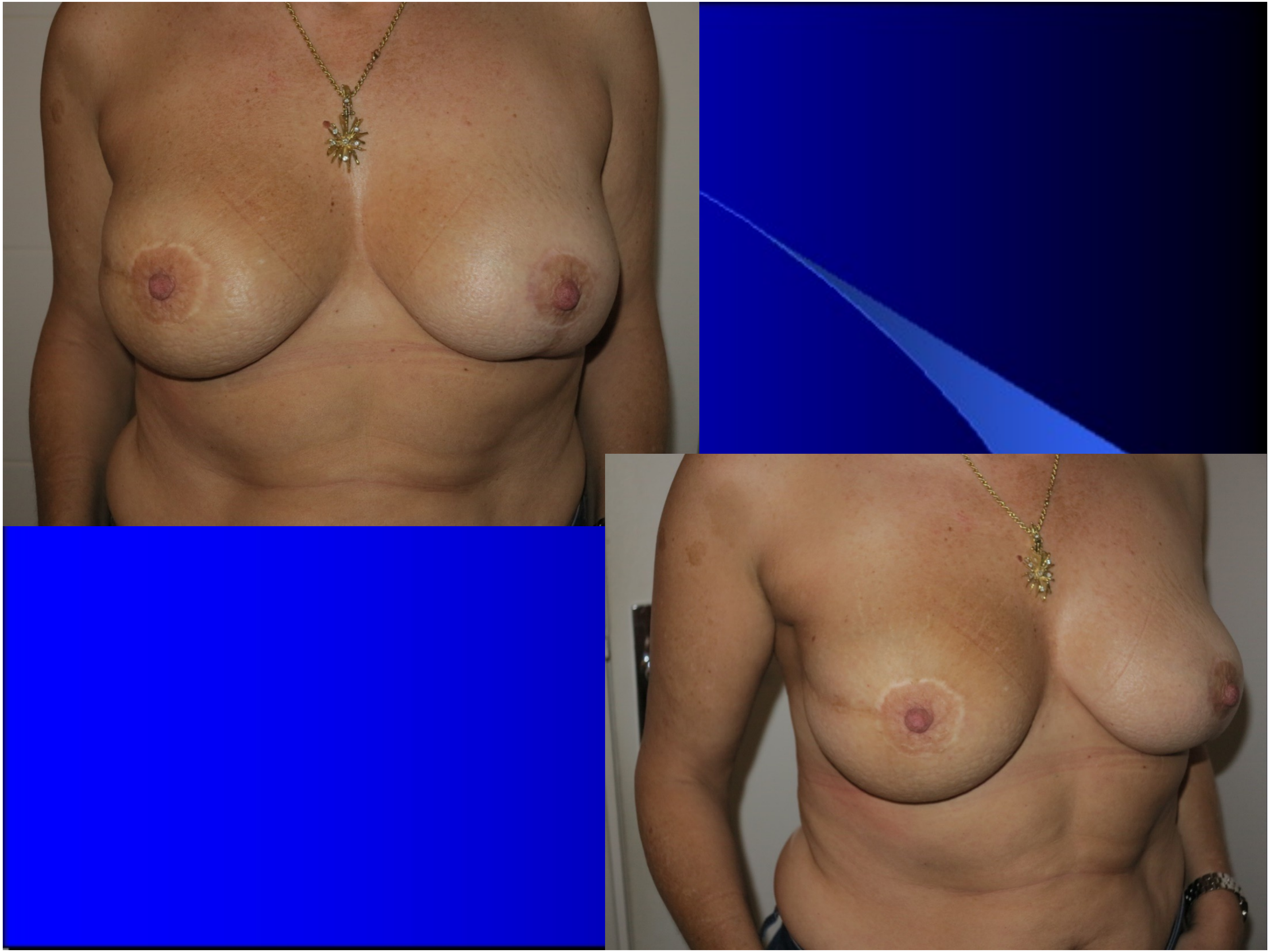












**Ces techniques ont une sécurité carcinologique :**

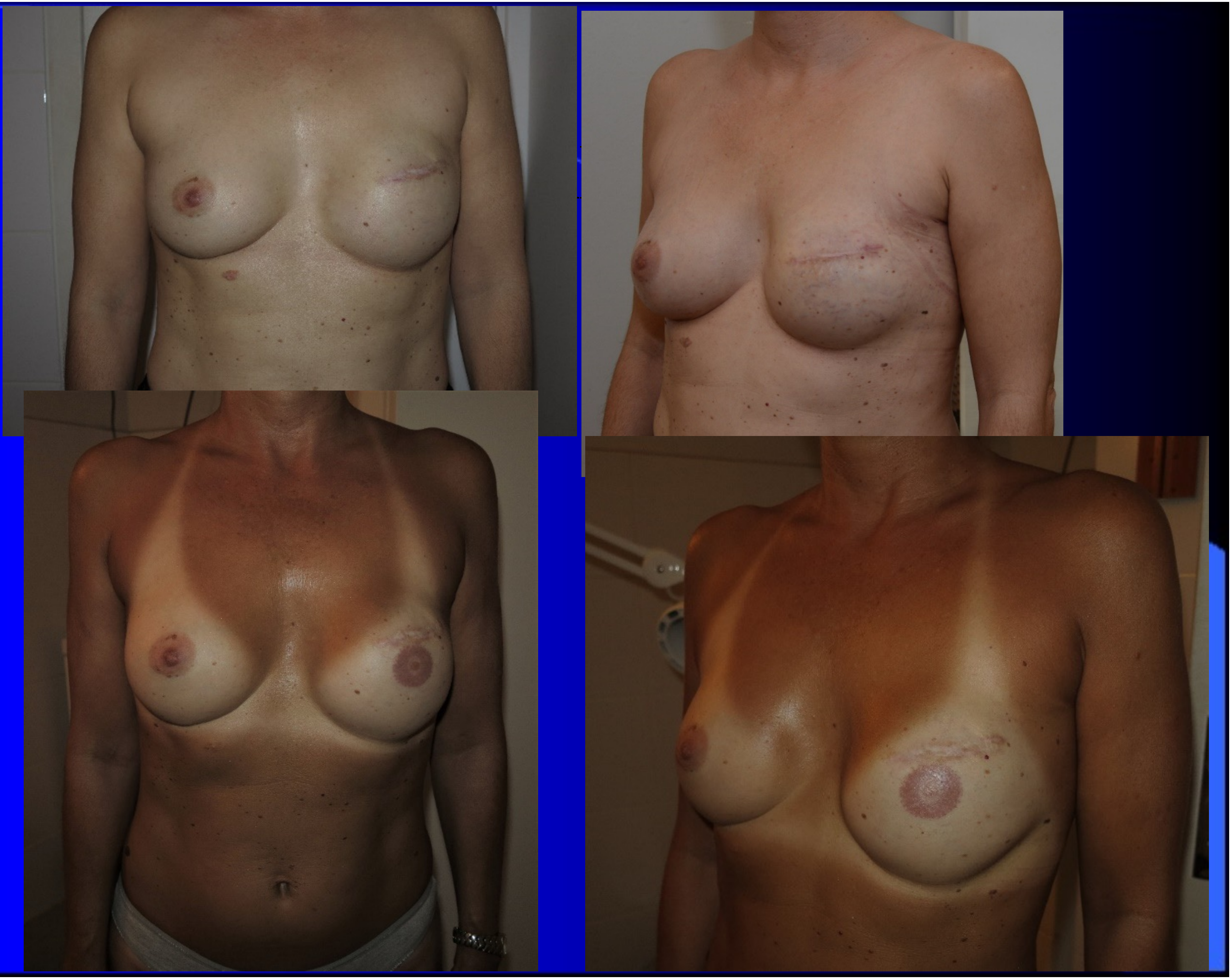
*** risque de récidive locale < 10% à 5 ans,**

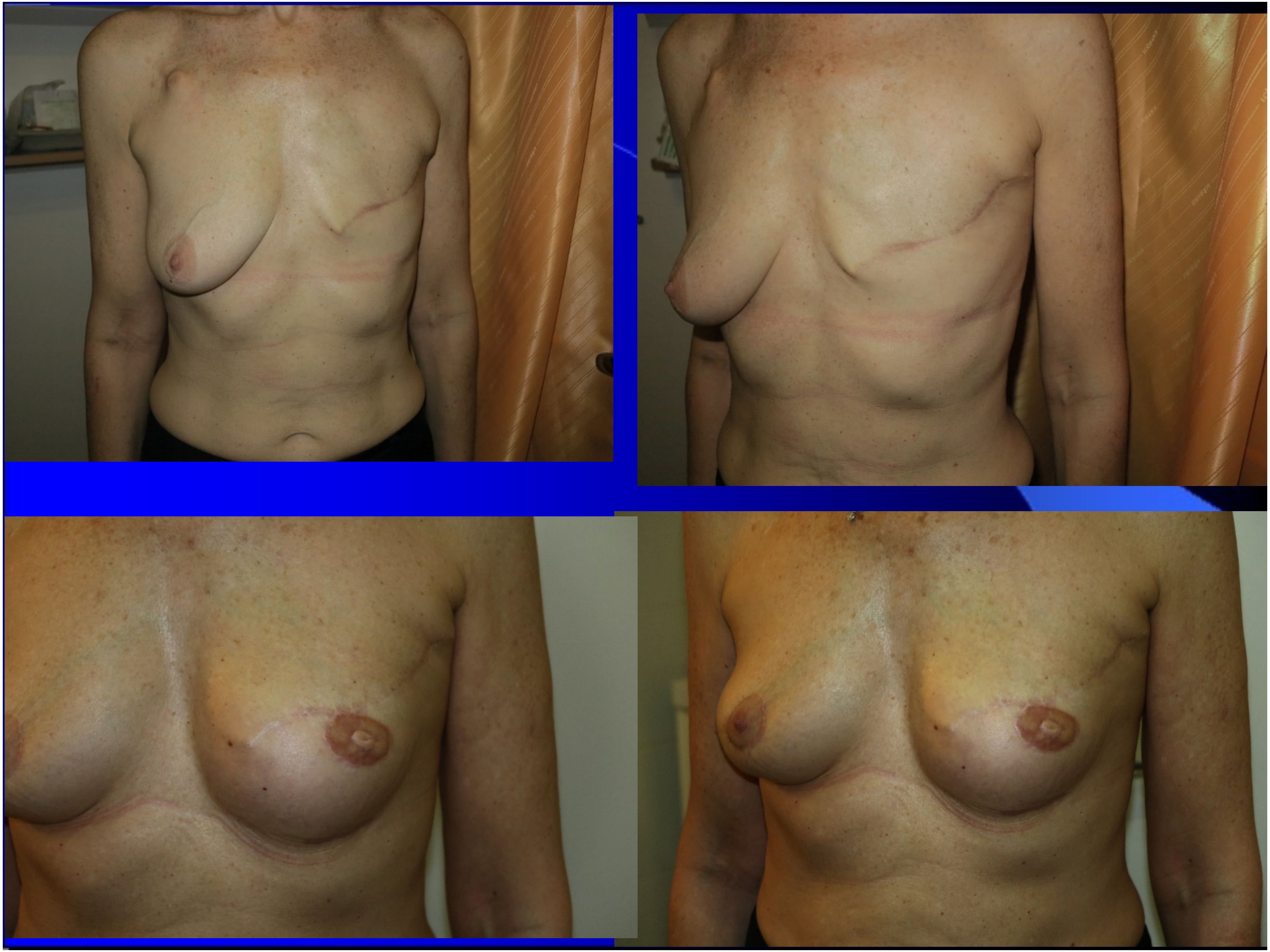
*** la survie sans récidive identique .**

# SI MASTECTOMIE TOTALE

SKIN SPARING MASTECTOMY
NIPPLE SKIN SPARING
MASTECTOMY

RMI RMS





Symétrisation du sein opposé : en un temps ou à distance

3% de cancers occultes sein opposé

# Mais :

Résultats imparfaits et « retouches chirurgicales » à distance sont nécessaires .

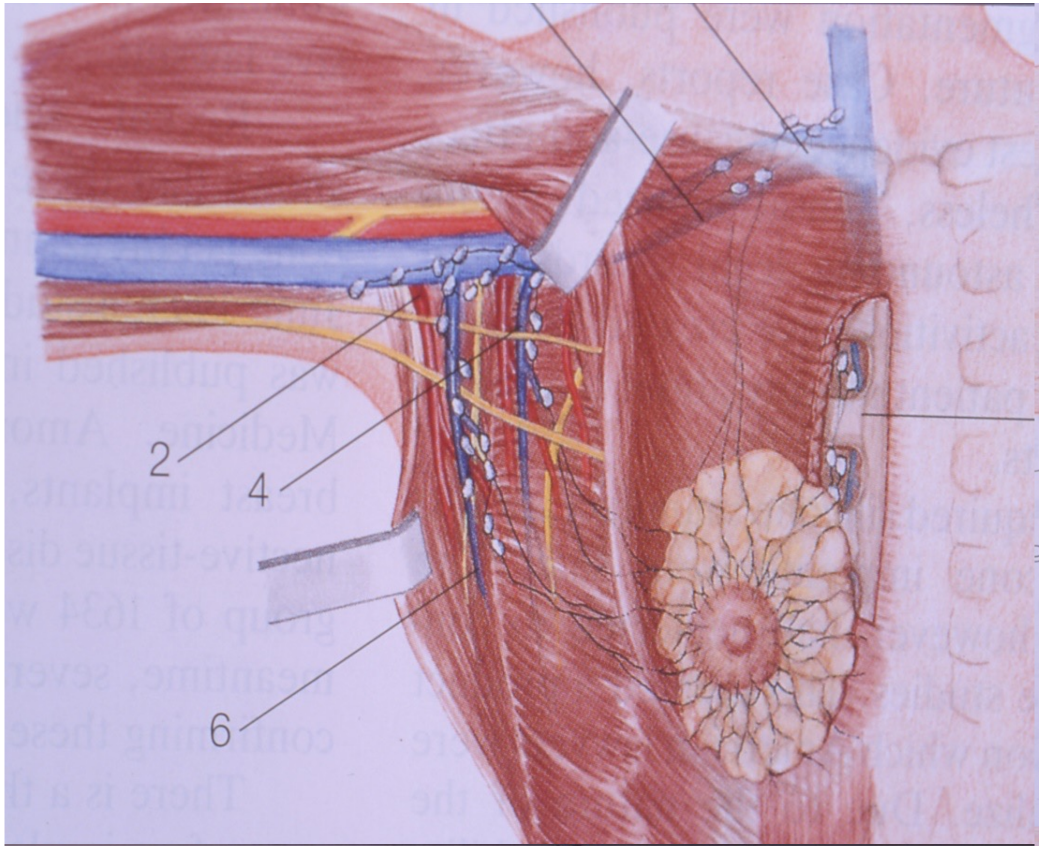
Évaluation des résultats esthétiques difficile,

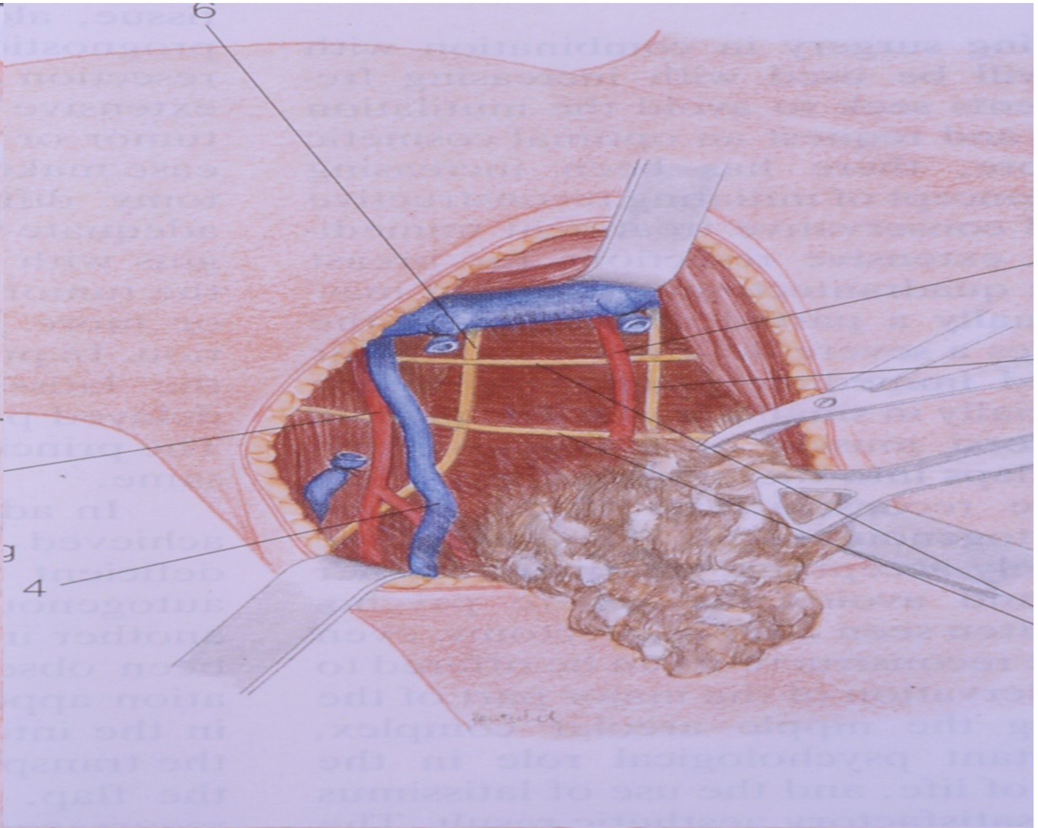
Excellents 43% patientes

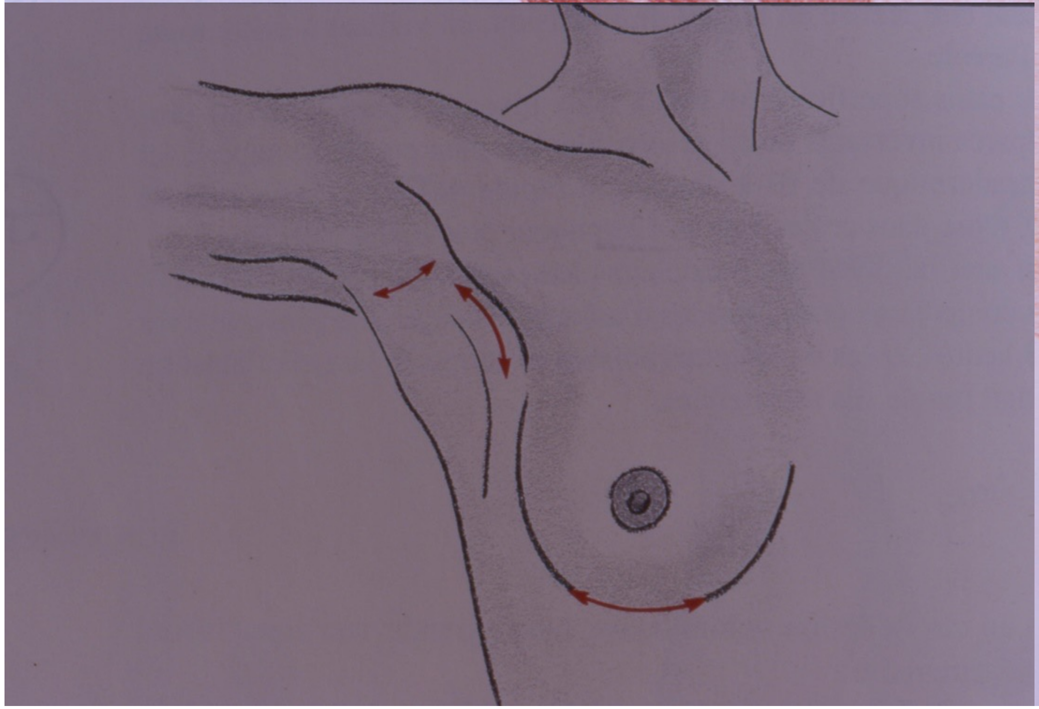
24% opérateurs

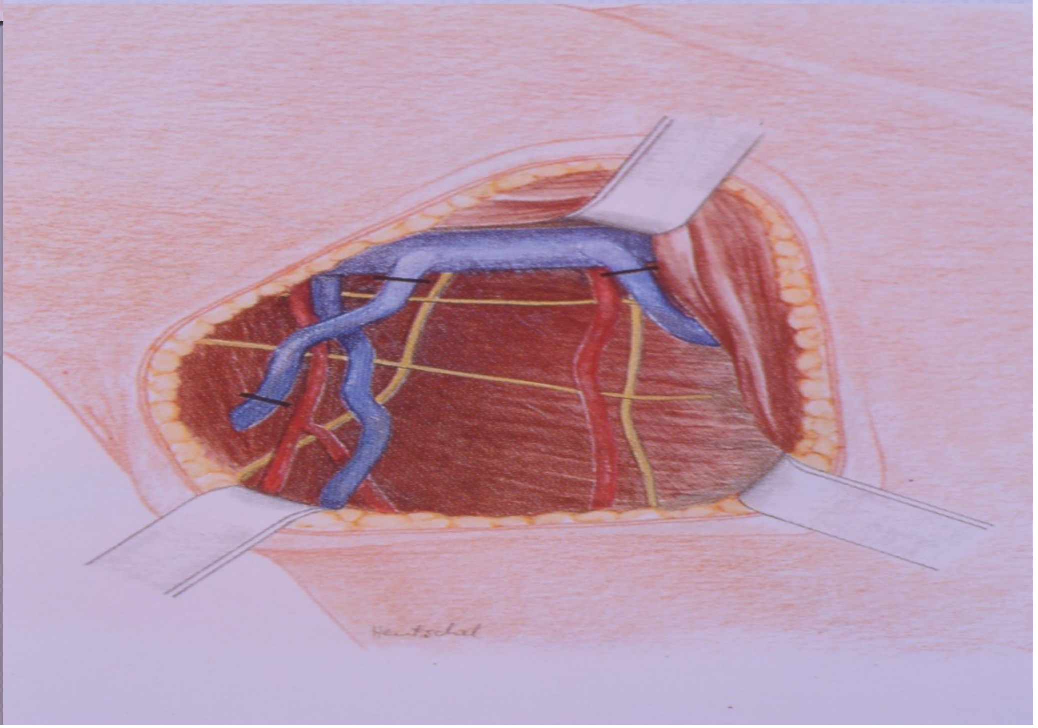
# Le curage axillaire était le gold standard

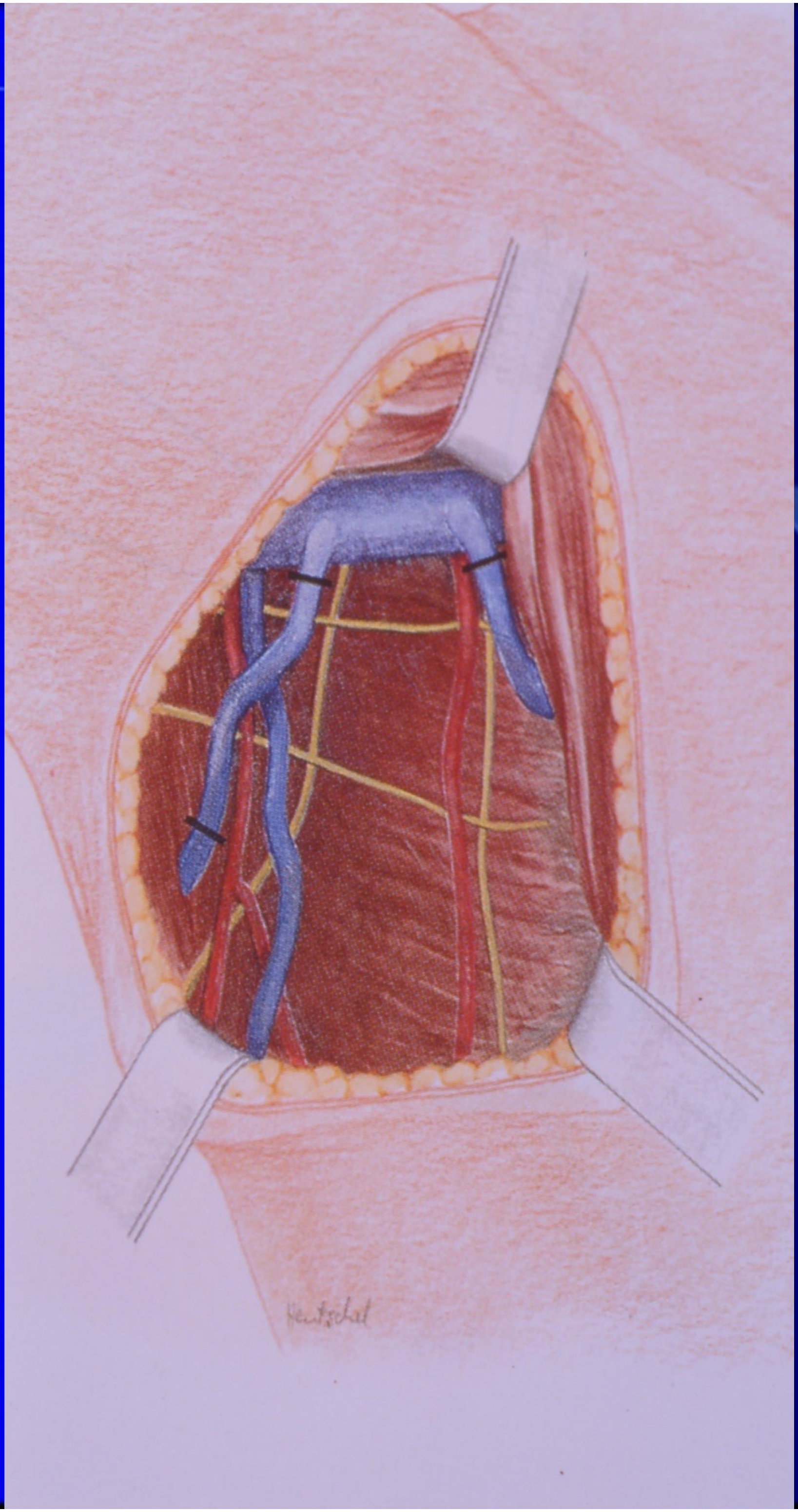
> 40 % des patients N0 cliniques sont N+
11 % des N1 ou N2 sont N-


2
4
6


6
4
Hentschel

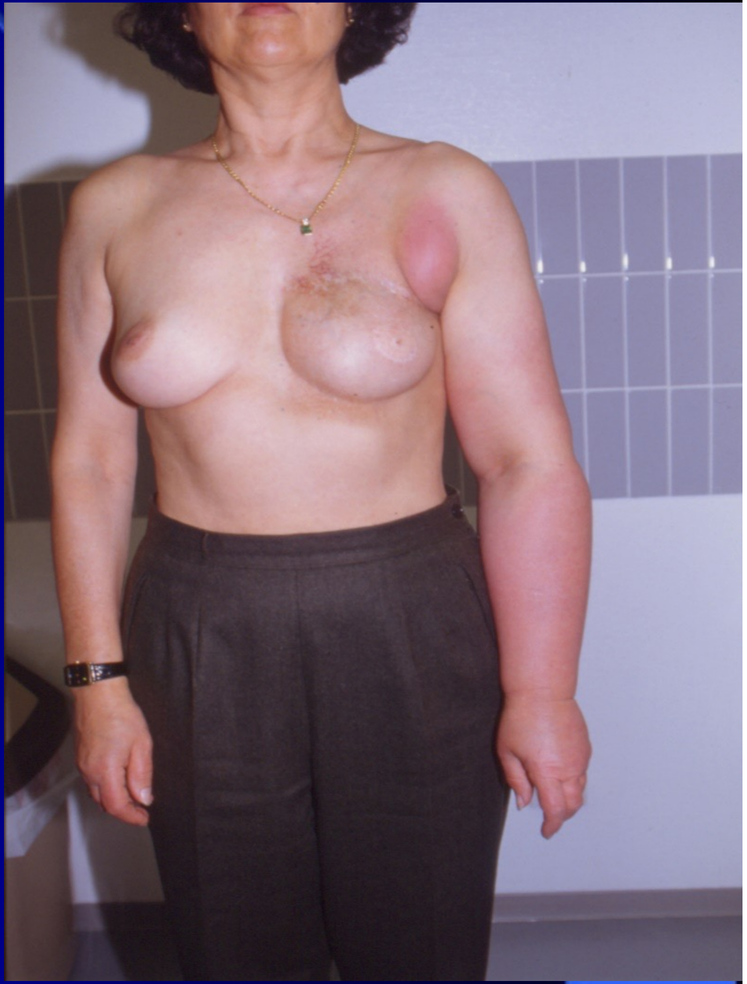


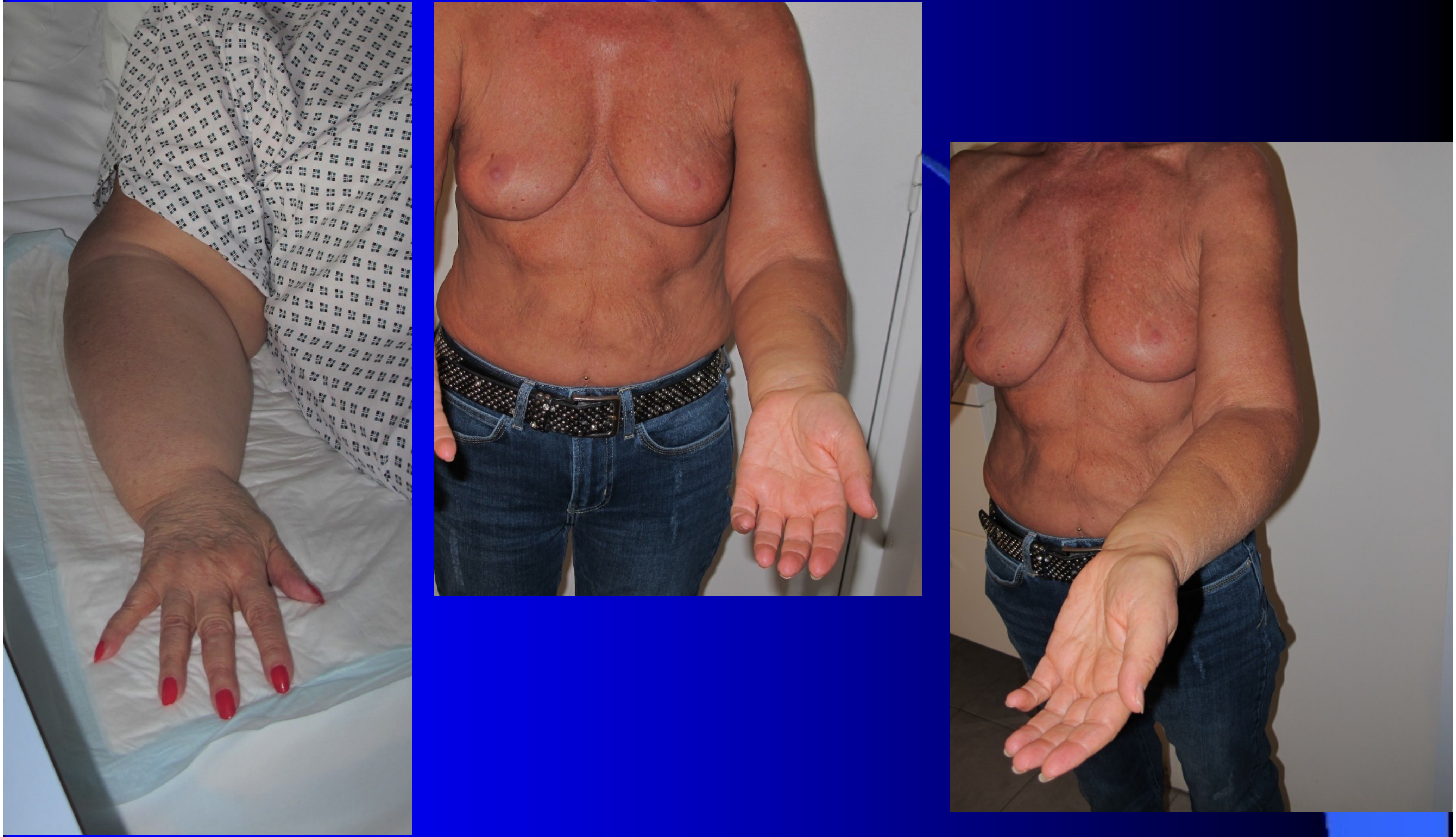

Hentschel


Hentschel

# Complications du curage axillaire

| | |
|---|---|
| Retard de cicatrisation locale | 2 à 8 % |
| Infection | |
| Lymphorrhée excessive | 15 à 30 % |
| Lymphocèles | 5 à 50% |
| Troubles sensitifs du bras | 20 à 30% |
| Bride rétractile | 30% |
| Raideur – fatigabilité | 8 à 40% |
| Douleur | 15 à 30% |
| Lymphoedème | 8 à 40% |

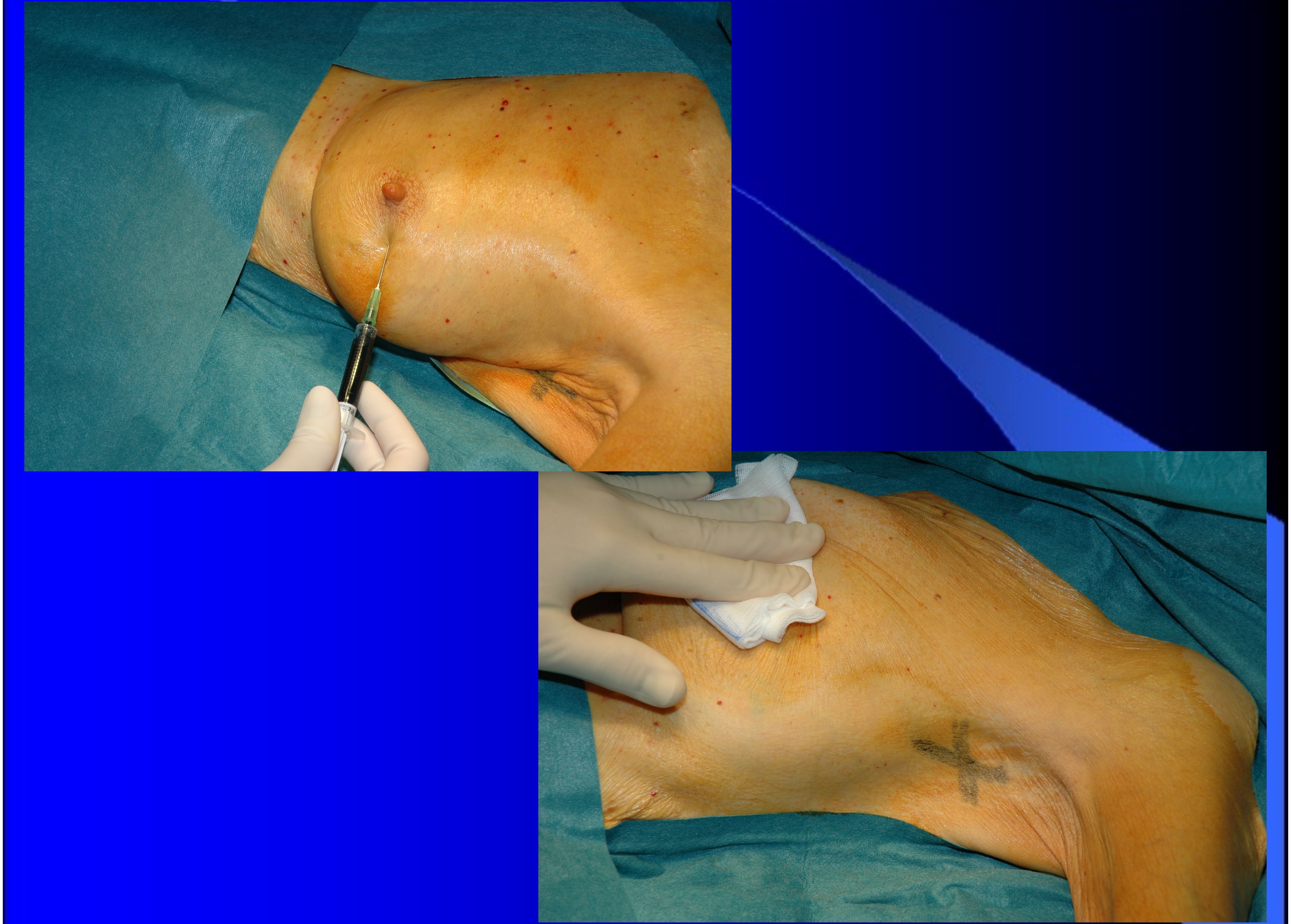




# Le taux d'envahissement ganglionnaire dans les

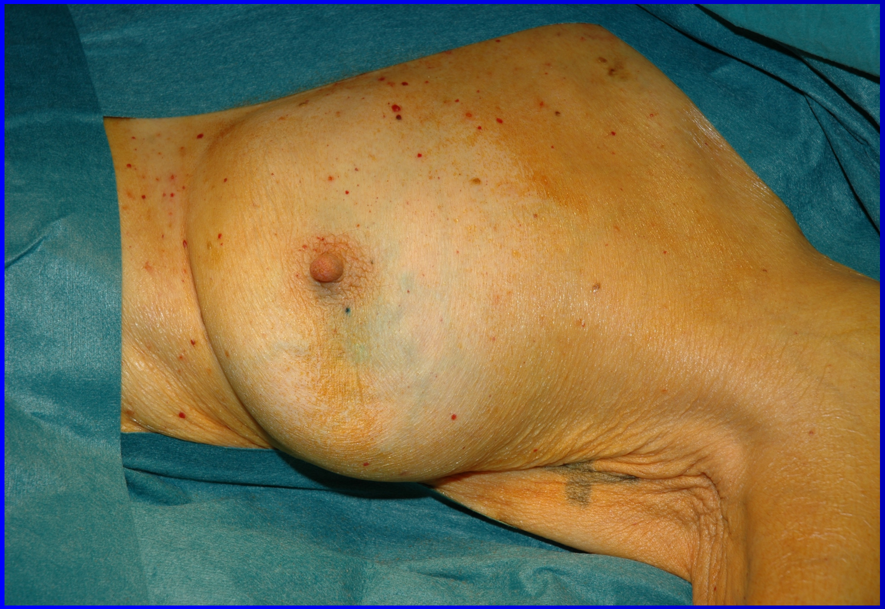
# T1 est de 18,8 %

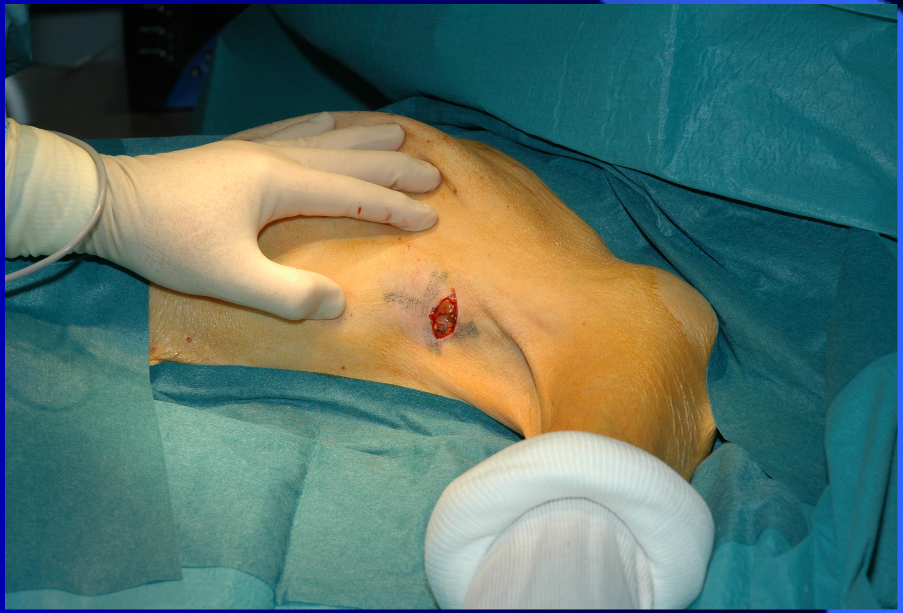
# La biopsie du ganglion sentinelle a remplacé le curage axillaire



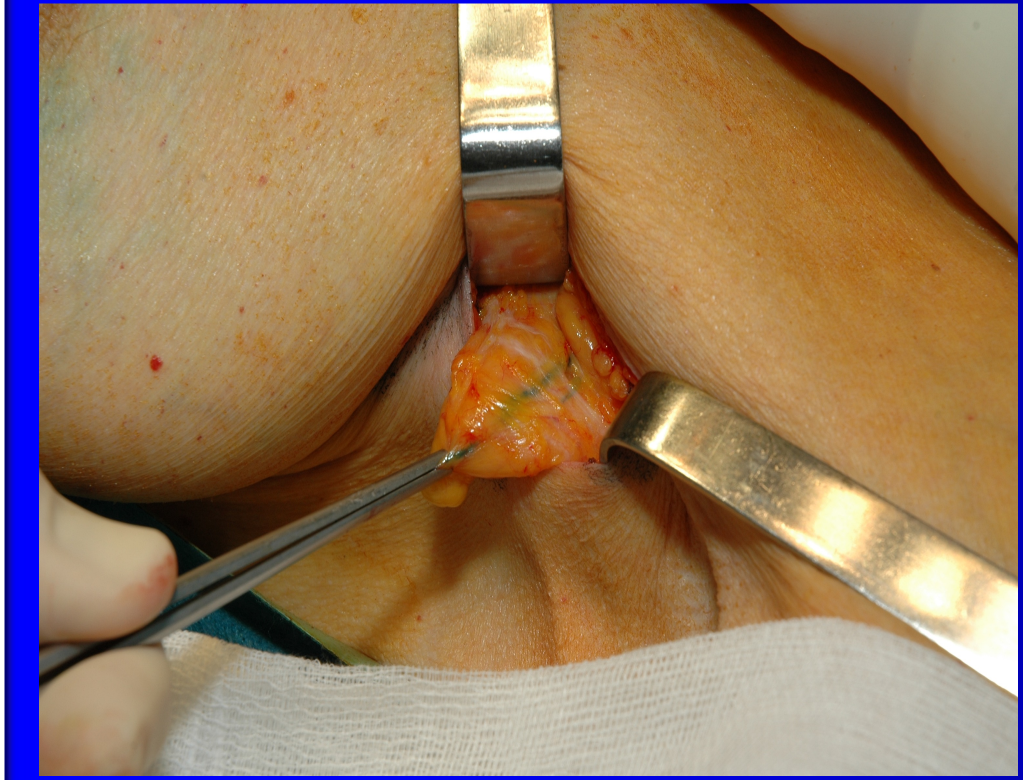
# Avant la tumorectomie

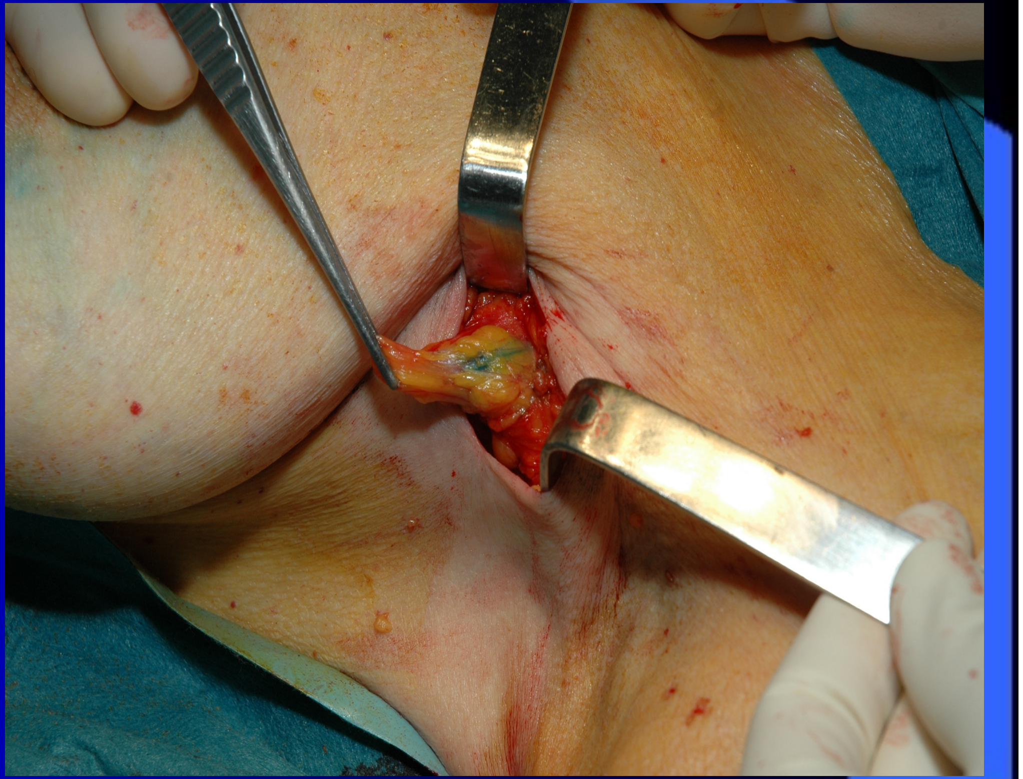
- *Incision transversale de l'aisselle* basse
  Racine des poils



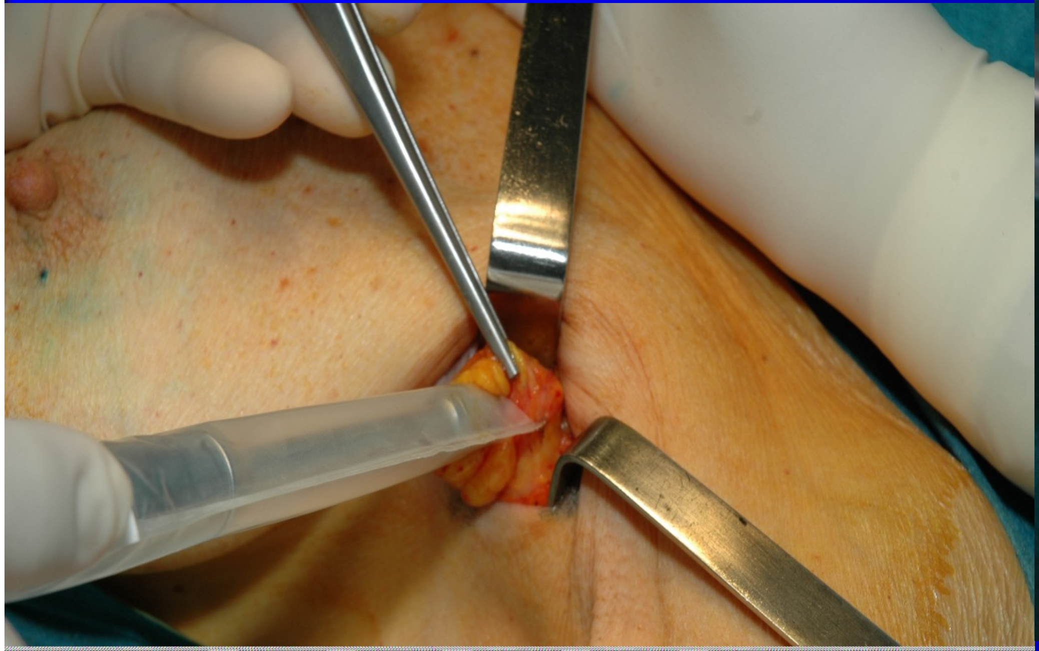


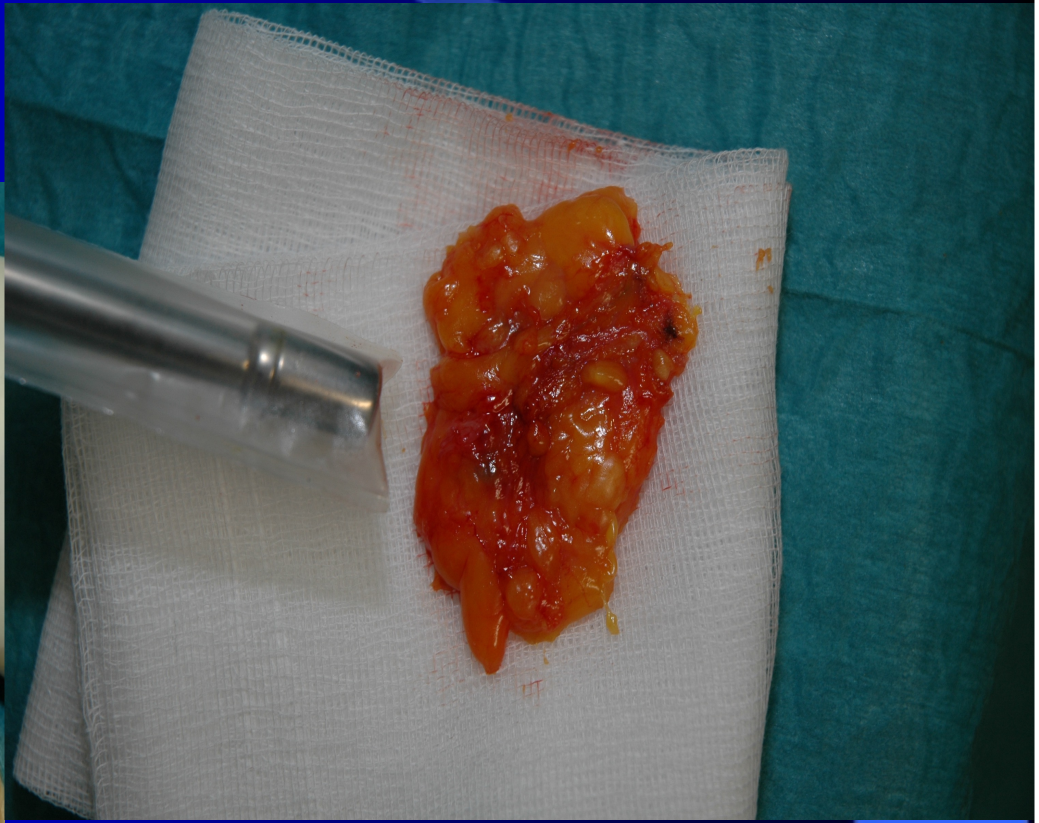
- Suivre le cheminement du Bleu dans le canal lymphatique





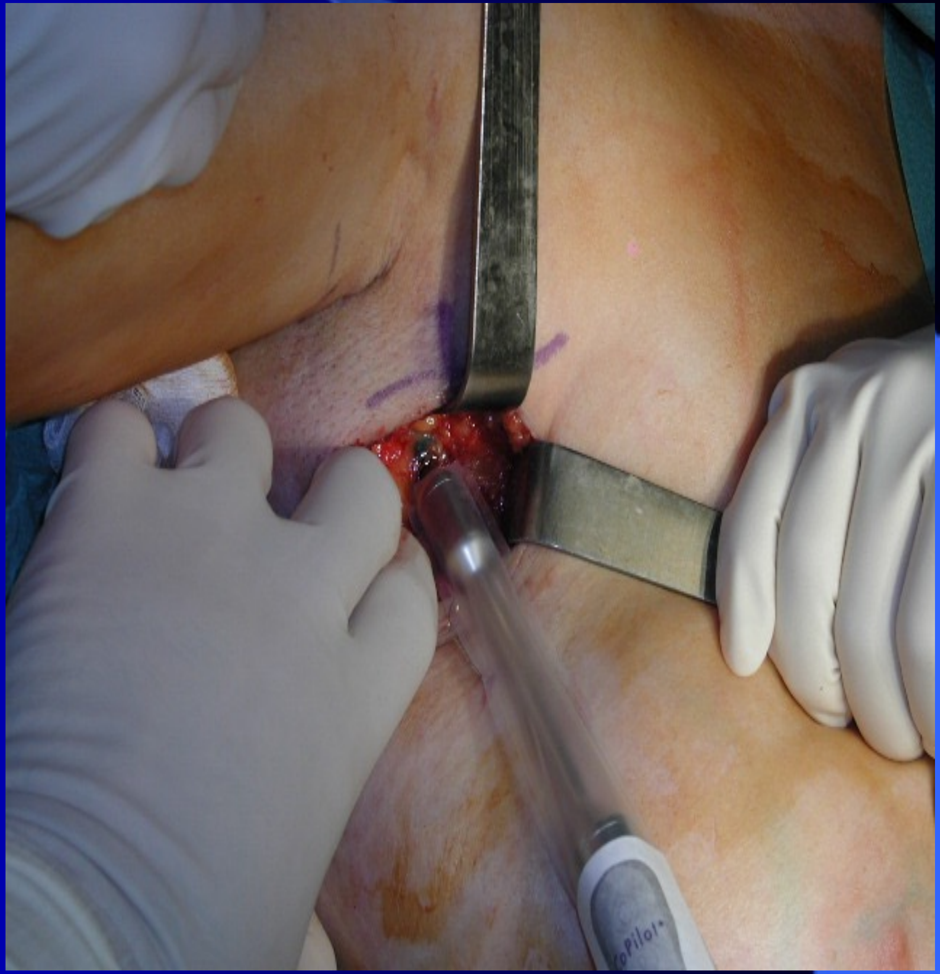
- Si ganglion Bleu repéré ou pas de Bleu visible avec le comptage élevé de la sonde

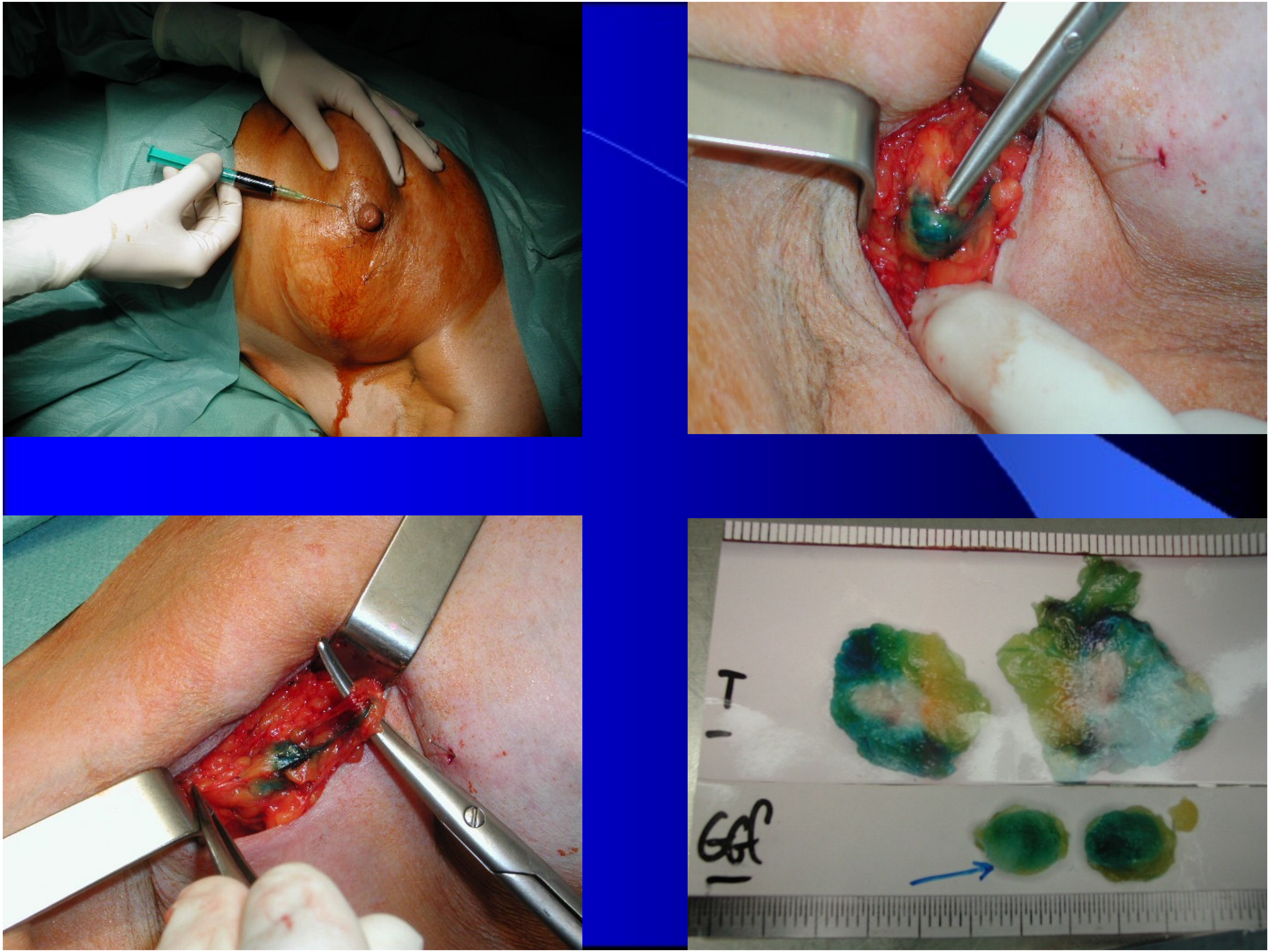




# Les radios colloïdes

- Colloïde marqué au technétium 99,
- Sonde à détection de rayonnement gamma transcutanée,
- Coûteuse, service de méd. Nucléaire,
- Pas de réaction allergique connue.

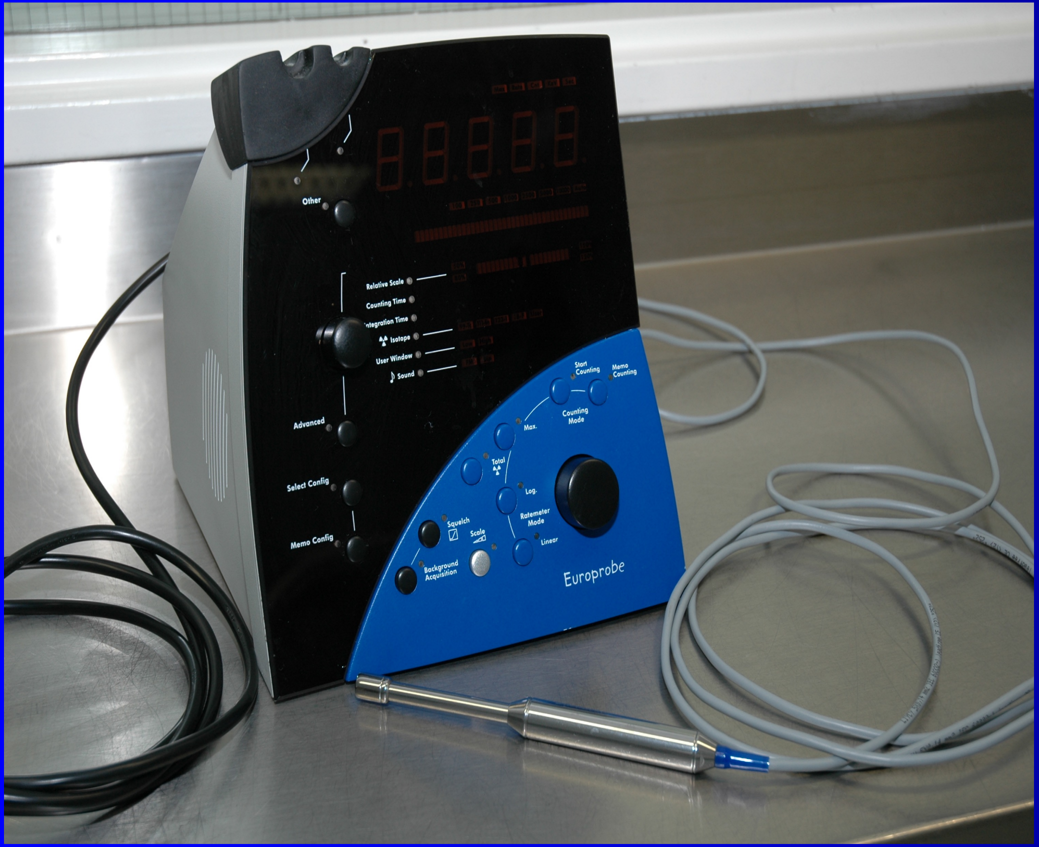



T
GGl

TI > 95%

TFN < 5%

Nombre de ganglion en moyenne 2

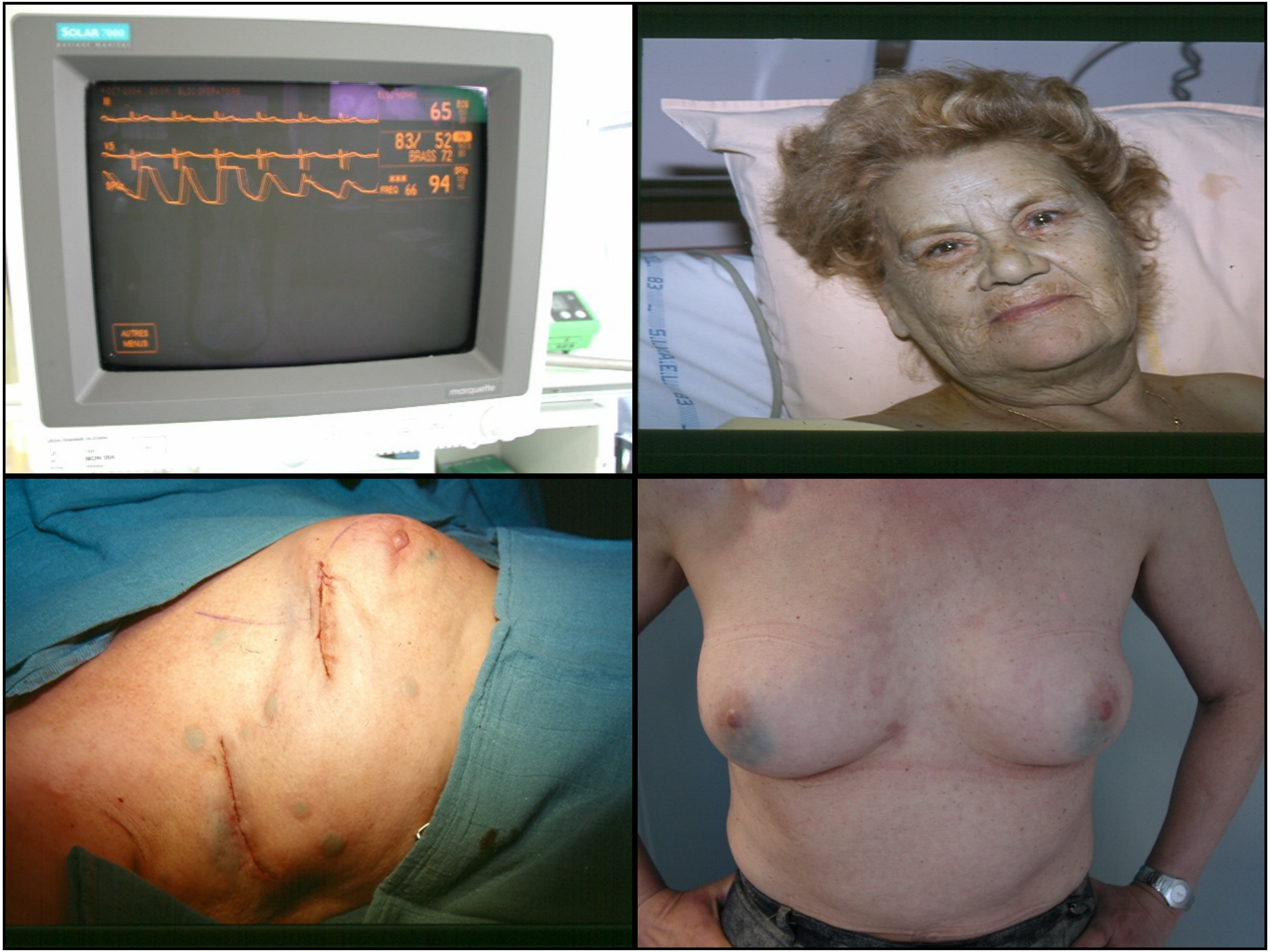


Injection péri aréolaire

TI supérieur (Rodier 2007)

Identification du ganglion MI moins bonne

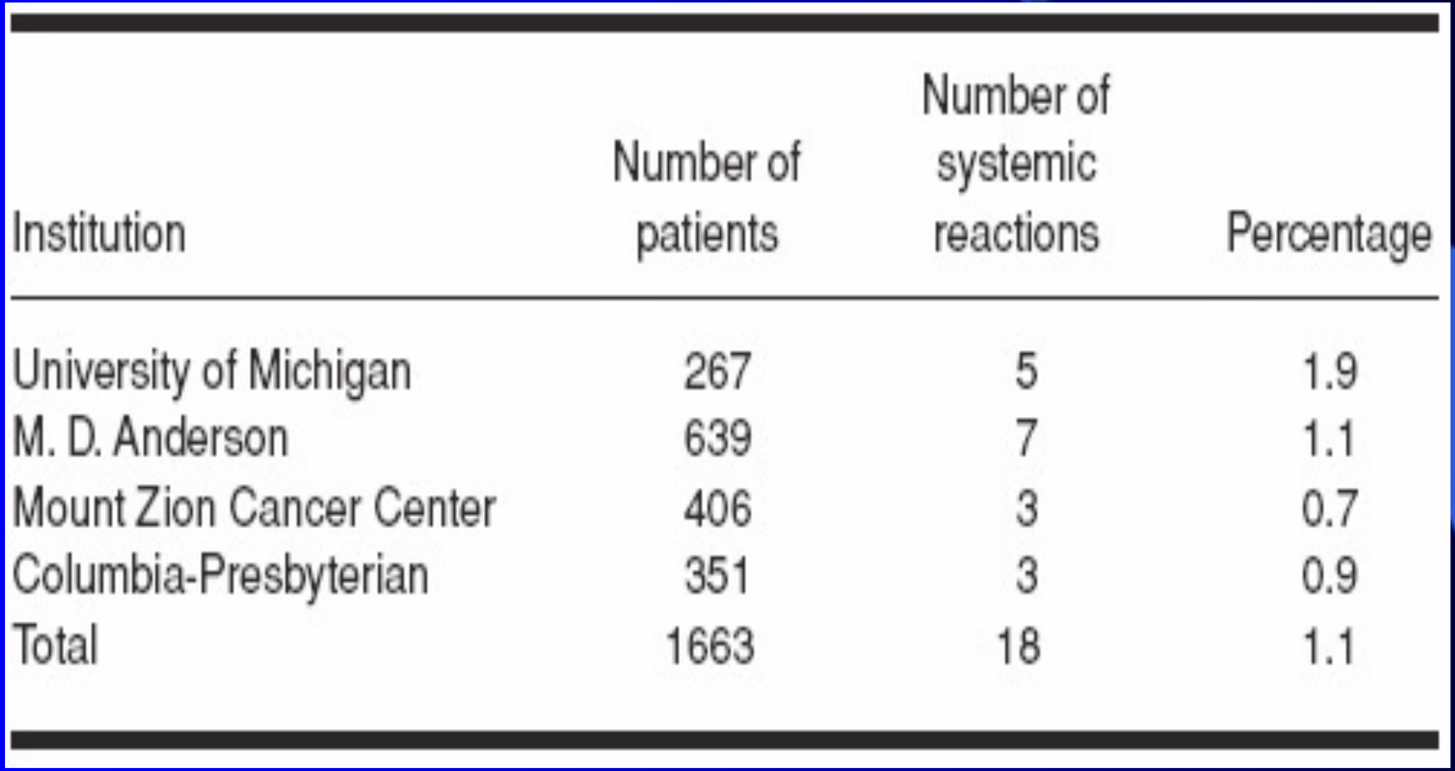
# A-t-on des complications au cours des biopsies du G.S?


SOLAR 7000
patient monitor
65
83/ 52
BRASS 72
FREQ 66
94
AUTRES MENUS
marquette

# Avec G.S

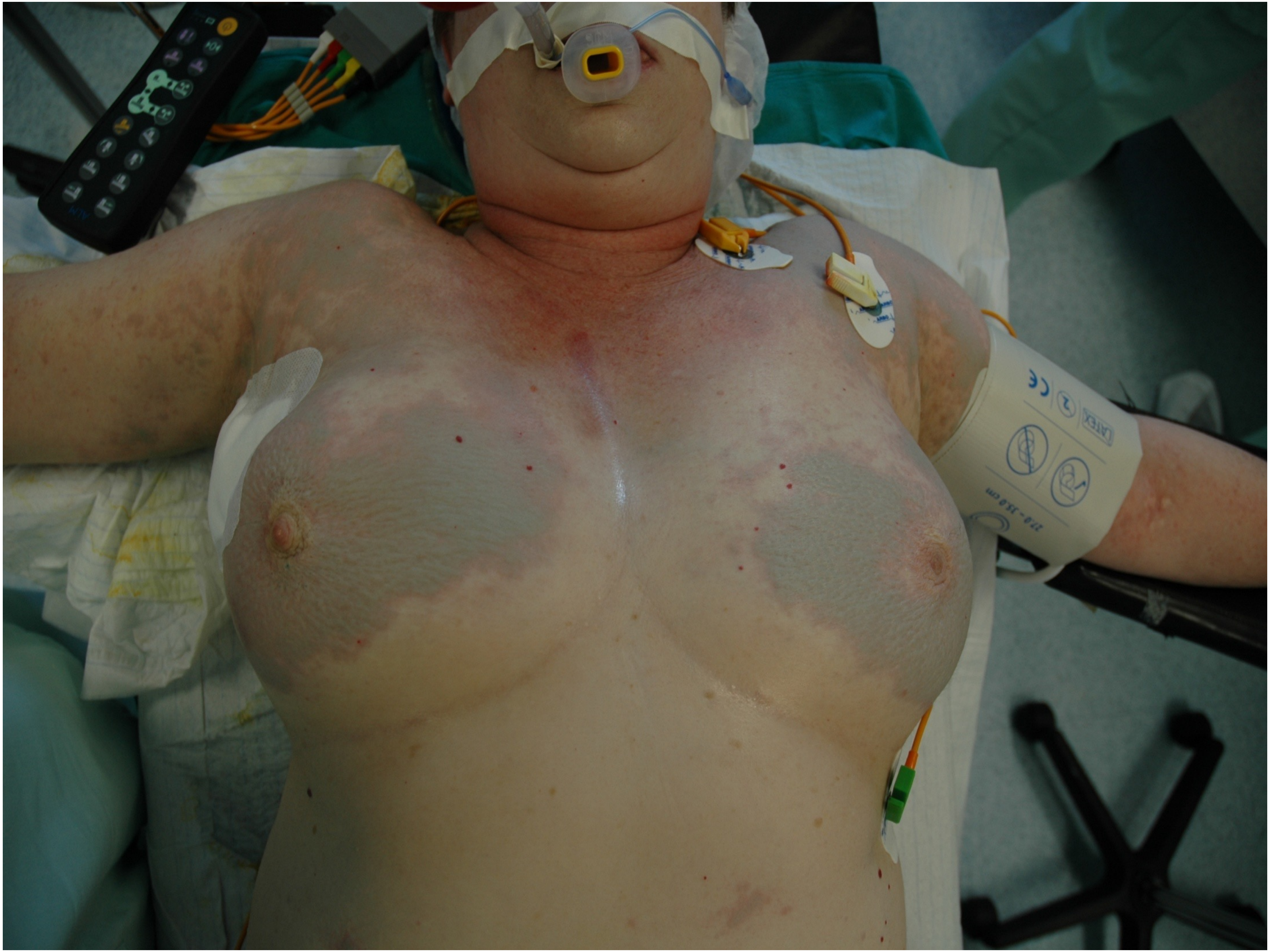
- Morbidité réduite par rapport au C.A
  - Moins de lymphœdème
  - Moins de gonflement
- Mais morbidité non nulle
  - Abcès 1%
  - Lymphocèle 7%
  - Hématome 1,4%
  - Paresthésie axillaire 8,6%
  - Diminution de la sensibilité du membre supérieur 3,8%
  - Risque de lymphœdème de > 2 cm 6,9%

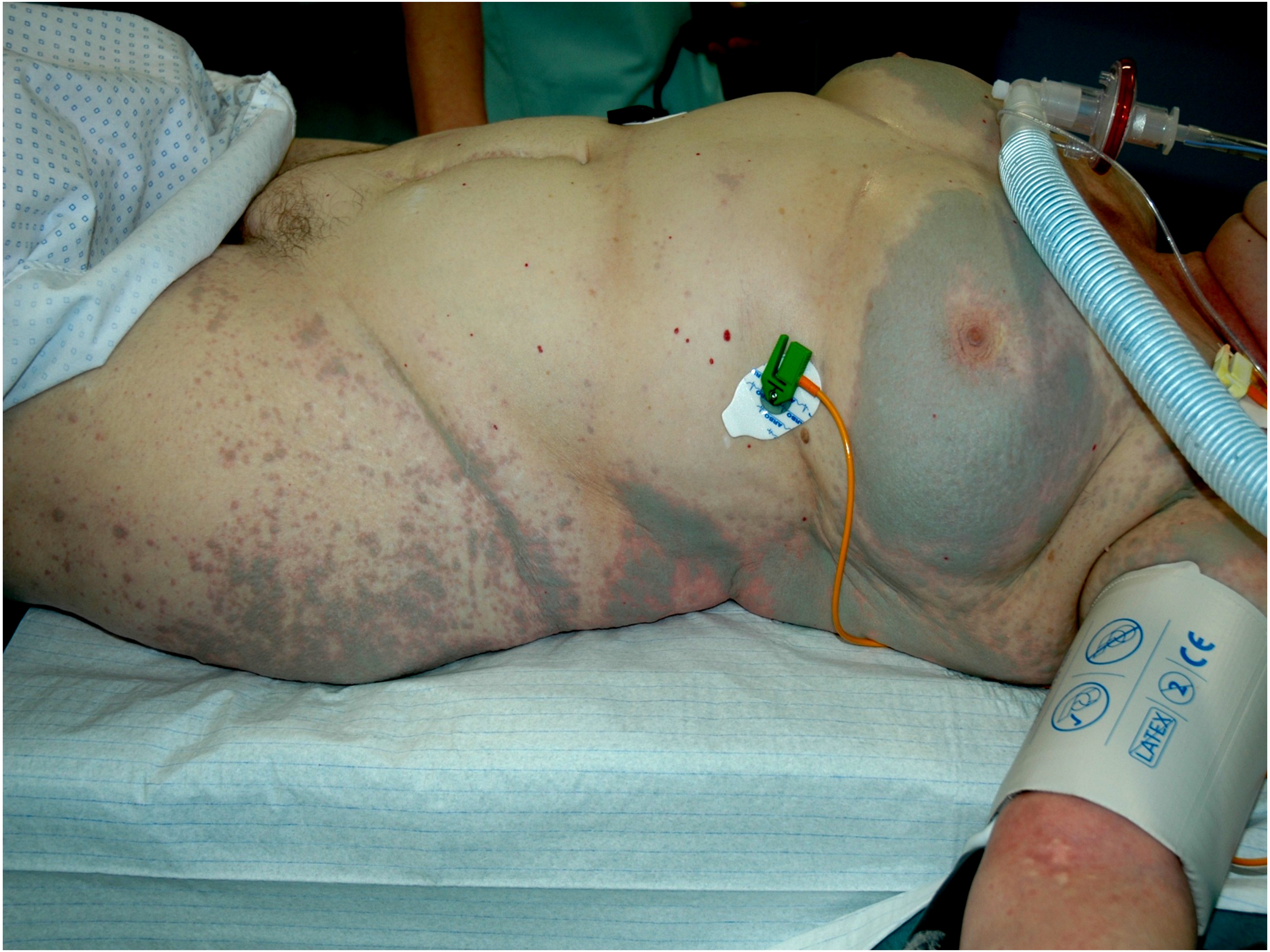
# Taux de réaction allergique



| Institution | Number of patients | Number of systemic reactions | Percentage |
|---|---|---|---|
| University of Michigan | 267 | 5 | 1.9 |
| M. D. Anderson | 639 | 7 | 1.1 |
| Mount Zion Cancer Center | 406 | 3 | 0.7 |
| Columbia-Presbyterian | 351 | 3 | 0.9 |
| Total | 1663 | 18 | 1.1 |

Ian K. Komenaka et al. Allergic Reactions to Isosulfan Blue in Sentinel Lymph Node Mapping The Breast Journal, Volume 11 Number 1, 2005 70-72




CE
2
LATEX

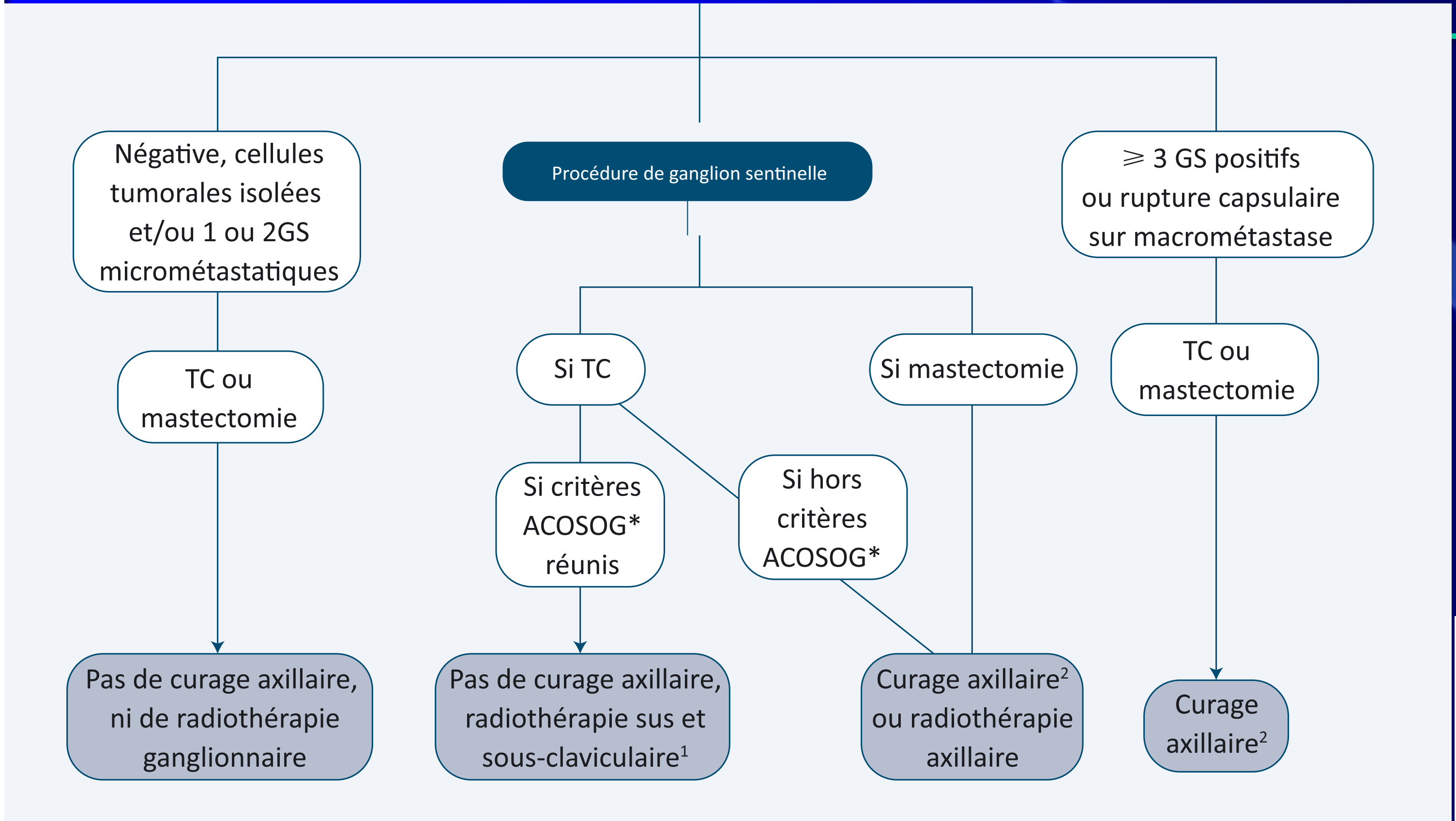
# Pronostic

- Favorable, sans séquelle, dans nos deux cas et ceux décrits dans la littérature

# Le prélèvement va être confié à l'anapath

- L’INTRODUCTION DE LA BGS AU DEBUT DES ANNEES 2000 A REDUIT LES INDICATIONS DU CA

# Indications du CA complémentaire selon le statut histologique du GS:



Procédure de ganglion sentinelle

Négative, cellules tumorales isolées et/ou 1 ou 2GS micrométastatiques

TC ou mastectomie

Pas de curage axillaire, ni de radiothérapie ganglionnaire

Si TC

Si critères ACOSOG* réunis

Pas de curage axillaire, radiothérapie sus et sous-claviculaire[1]

Si hors critères ACOSOG*

Si mastectomie

Curage axillaire[2] ou radiothérapie axillaire

⩾ 3 GS positifs ou rupture capsulaire sur macrométastase

TC ou mastectomie

Curage axillaire[2]

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

OCTOBRE 2021

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX DES CANCERS DU SEIN INFILTRANTS NON MÉTASTATIQUES

/ thésaurus

# BGS
# EVITABLE

**Carcinome tubuleux carcinome mucineux**

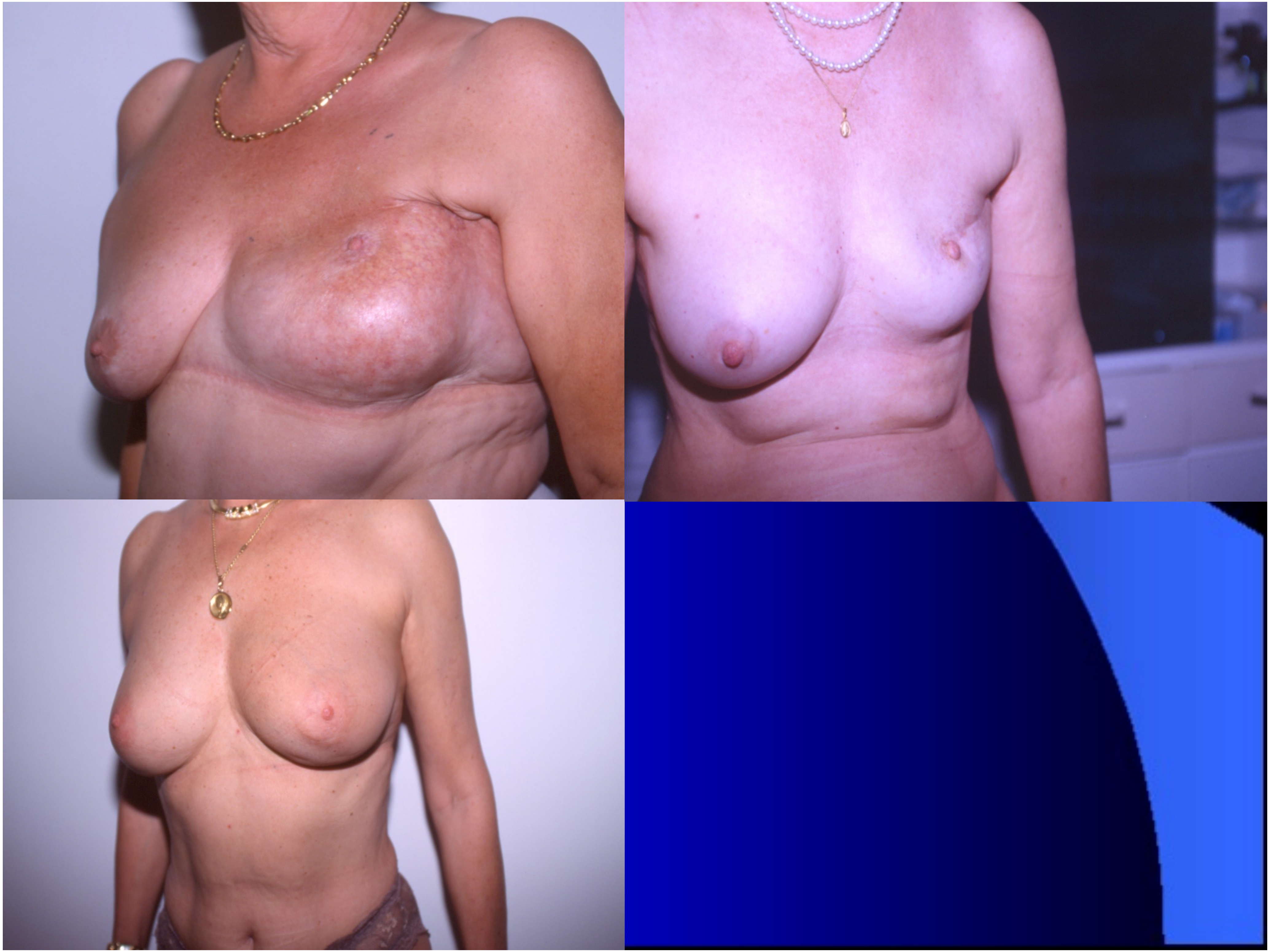
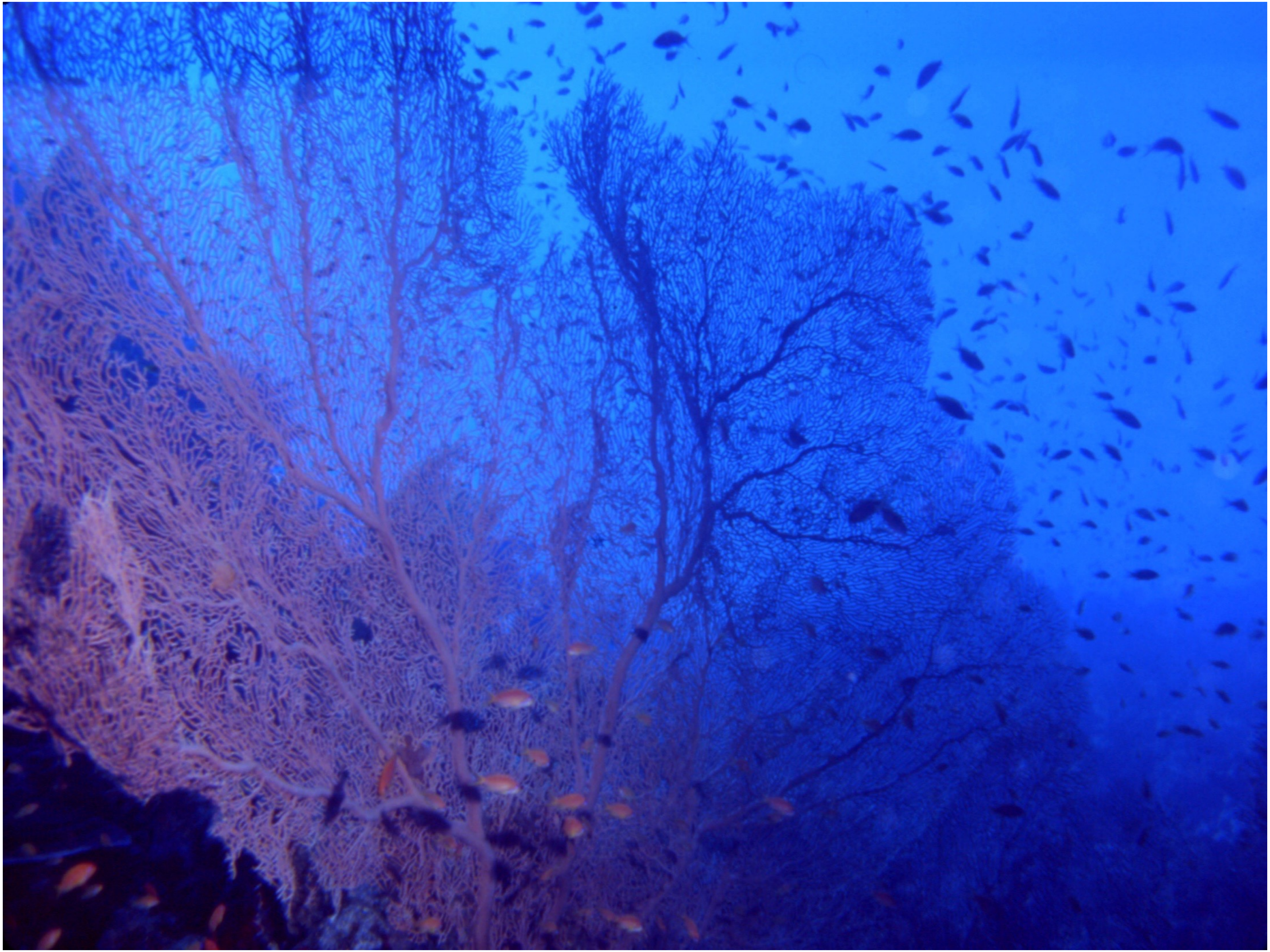
- CANCER pT1a
  N+<10%
  GRADE 1 pT1b
  N+<10%

**« L’exérèse chirurgicale de la tumeur du sein reste le temps thérapeutique le plus important et le plus efficace en terme de contrôle local et de guérison »**

**K. CLOUGH**

Le chirurgien est un facteur du pronostic

Les objectifs de la chirurgie doivent être :

- Cancérologiques
- Et esthétiques