

CANCER DU SEIN

TRAITEMENT CHIRURGICAL

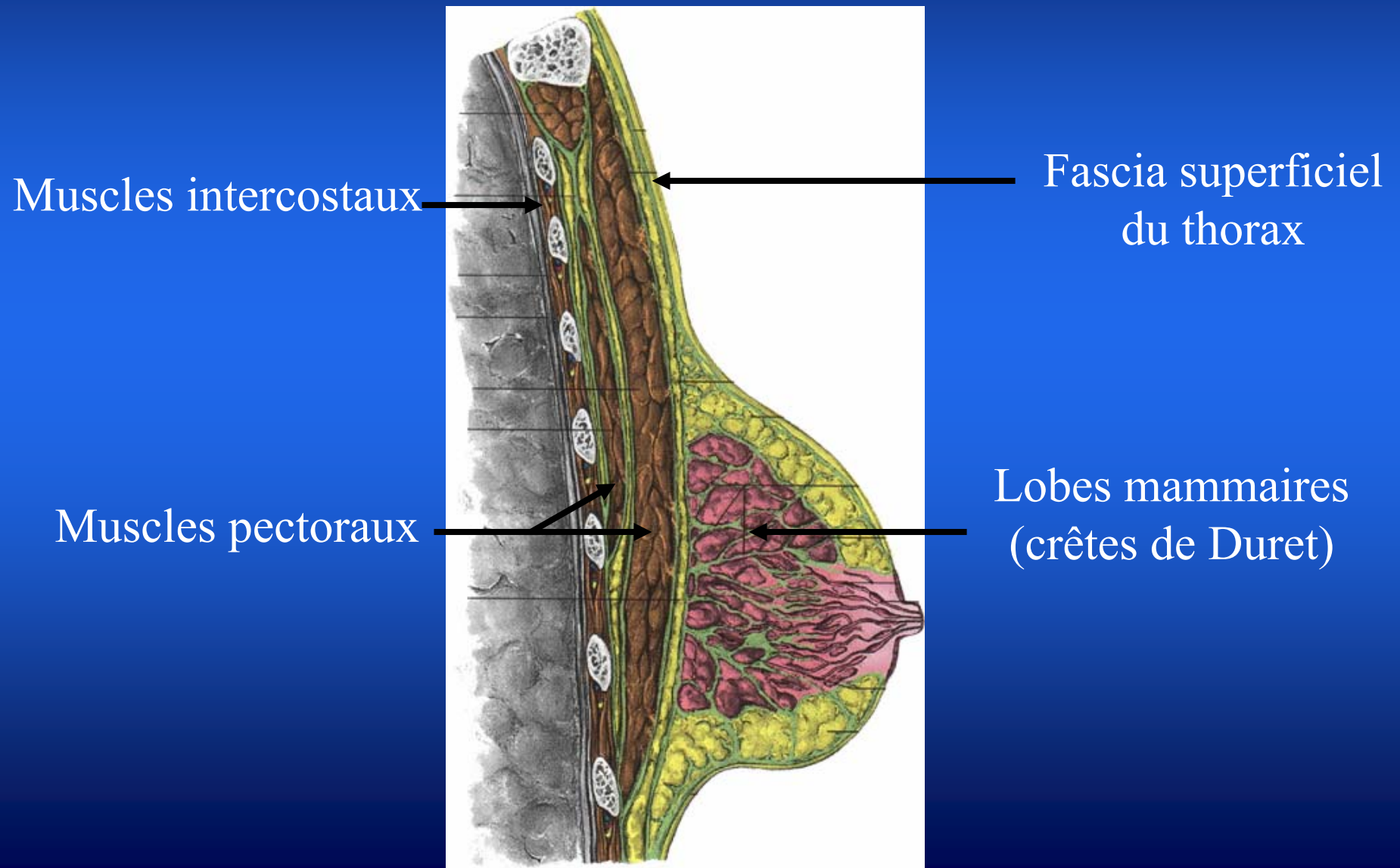
Olivier Bréhant
CHU ANGERS

DESC Viscéral
Poitiers 24-25 juin 2004

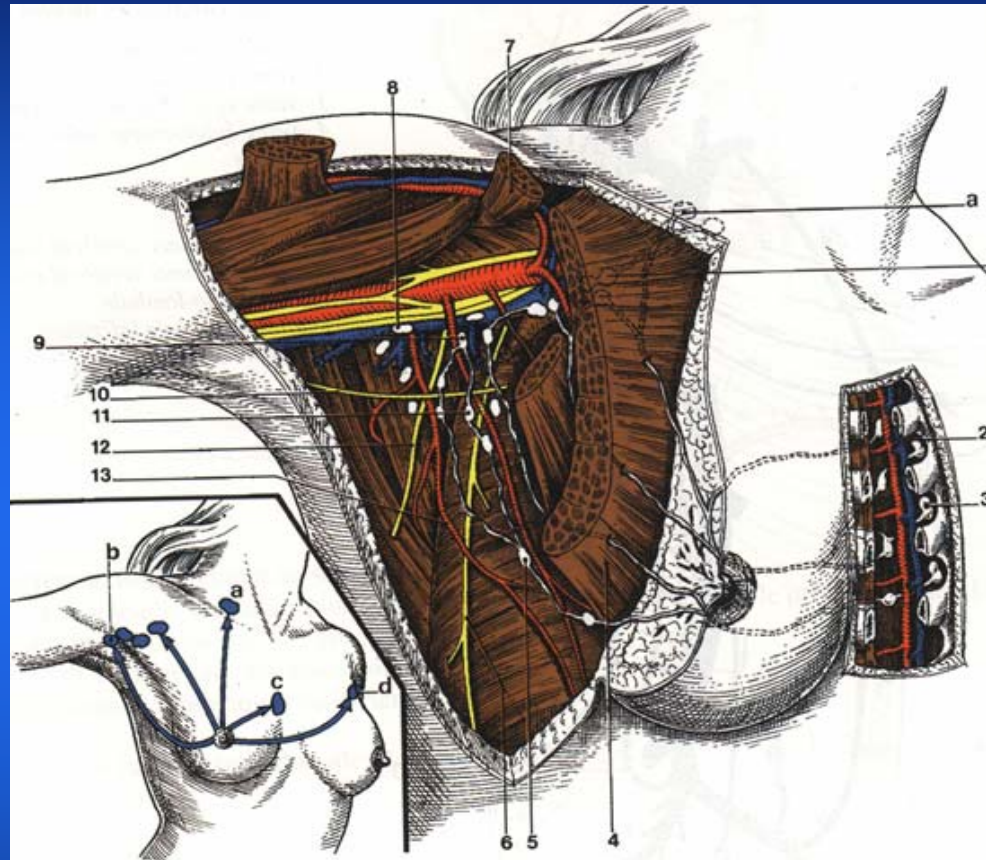
INTRODUCTION

- Cancer fréquent (40 000 nv^x cas/an)
- Cancer grave (12 000 DC/an)
- Traitement loco-régional assuré par la chirurgie associée ou non à la radiothérapie
- Exérèse tumorale
 - Complète
 - Adaptée à la taille tumorale
 - Adaptée au volume mammaire

RAPPEL ANATOMIQUE



RAPPEL ANATOMIQUE



Lymphatiques du sein

a—nœud supra-claviculaire
b—nœuds axillaires
c—nœuds thoraciques internes
d—nœuds axillaires contro-latéraux
 1—nœuds apicaux
 2—*a.* et *v.* thoraciques internes
 3—nœuds para-sternaux
 4—*m.* grand pectoral
 5—nœuds pectoraux

6—*n.* thoracique rond
 7—*m.* petit pectoral
 8—nœuds latéraux et subscapulaire
 9—nœuds centraux
 10—*n.* intercosto-brachial
 11—nœuds subscapulaires
 12—*n.* thoraco-dorsal
 13—*a.* thoraco-dorsale

TRAITEMENT LOCOREGIONAL DU CANCER DU SEIN

CHIRURGIE

```
graph TD; A[CHIRURGIE] --> B[SEIN]; A --> C[GANGLIONS]
```

SEIN

- Conservateur
 - tumorectomie
- Radical
 - mastectomie

GANGLIONS

- Curage axillaire
- Technique du ganglion sentinelle

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Chirurgie radicale

- ✿ Mastectomie totale de Halsted

- *Halsted Ann Surg 1894:20,497*

- ✿ Mastectomie radicale modifiée Patey

- *Patey Br J Cancer 1948:2,7-13*

- ✿ Patey modifiée par Madden

- *Madden Ann Surg 1972:175(5),624-634*

Chirurgie conservatrice

- ✿ Quadrantectomie

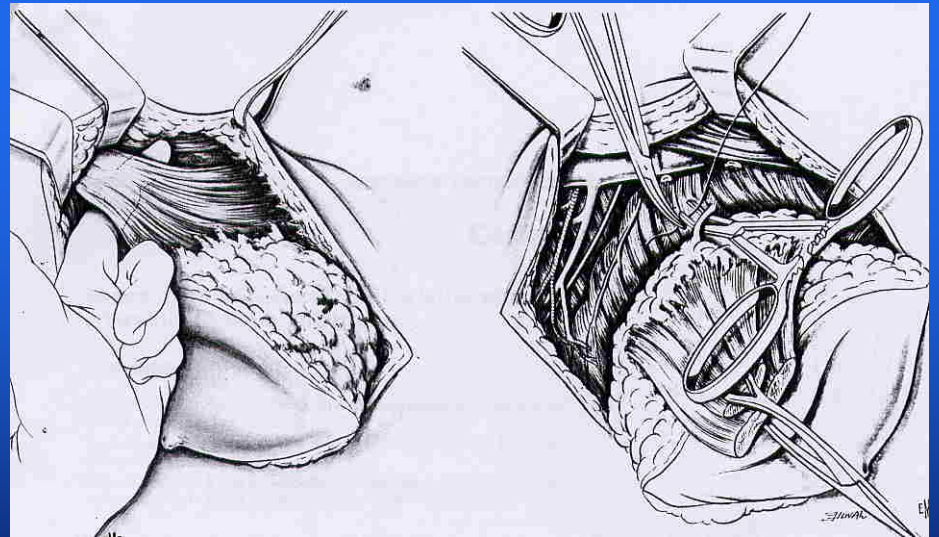
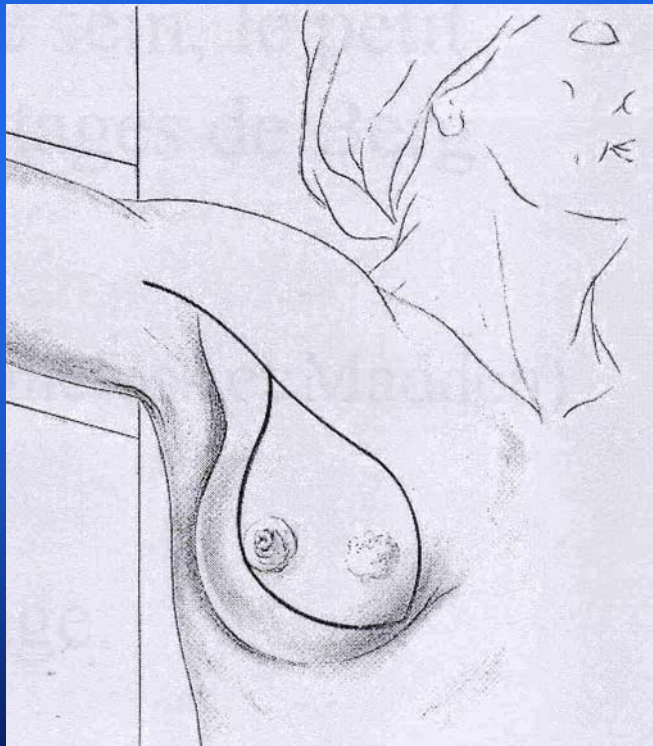
- *Veronesi Eur J Cancer Clin Oncol 1986:22(9),1085-9*

- ✿ Tumorectomie

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Mastectomie totale de Halsted

- *Halsted Ann Surg 1894:20,497*



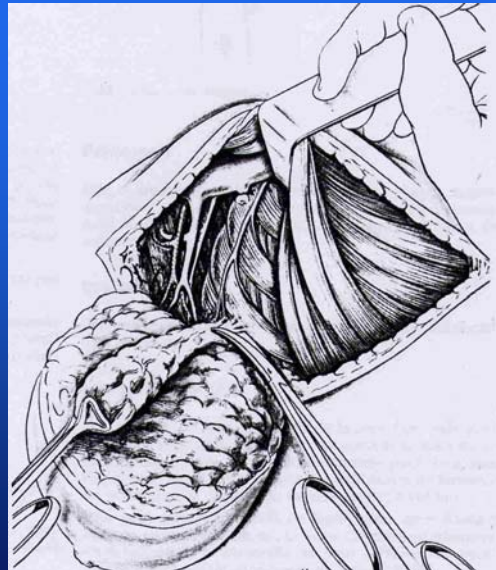
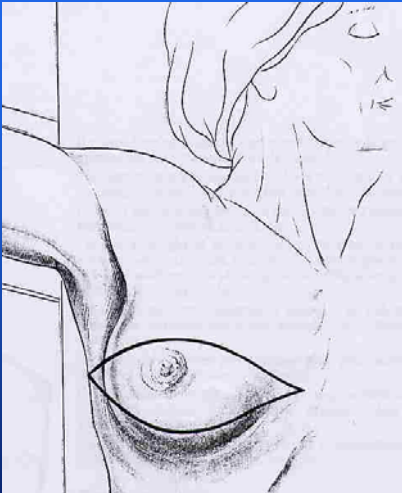
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Mastectomie radicale modifiée Patey

- *Patey Br J Cancer 1948,2:7-13*

Patey modifiée par Madden

- *Madden Ann Surg 1972,175(5):624-634*



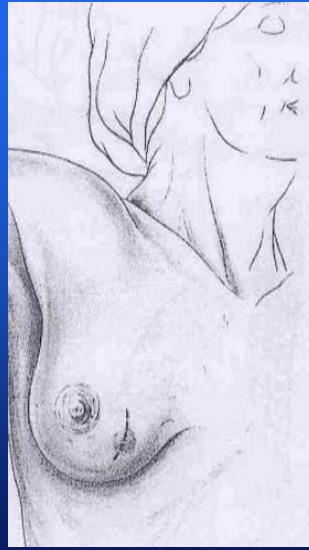
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Chirurgie conservatrice

- Quadrantectomie

- *Veronesi Eur J Cancer Clin Oncol 1986,22(9):1085-9*

- Tumorectomie



CLASSIFICATION TNM-UICC

Taille de la tumeur (T)

- Tx aucune information sur la tumeur
- T0 pas de tumeur primitive
- Tis carcinome in situ
- T1 tumeur de 2 cm ou moins
- T2 tumeur de plus de 2 cm jusqu'à 5 cm
- T3 tumeur de plus de 5 cm
- T4 tumeur étendue à la paroi

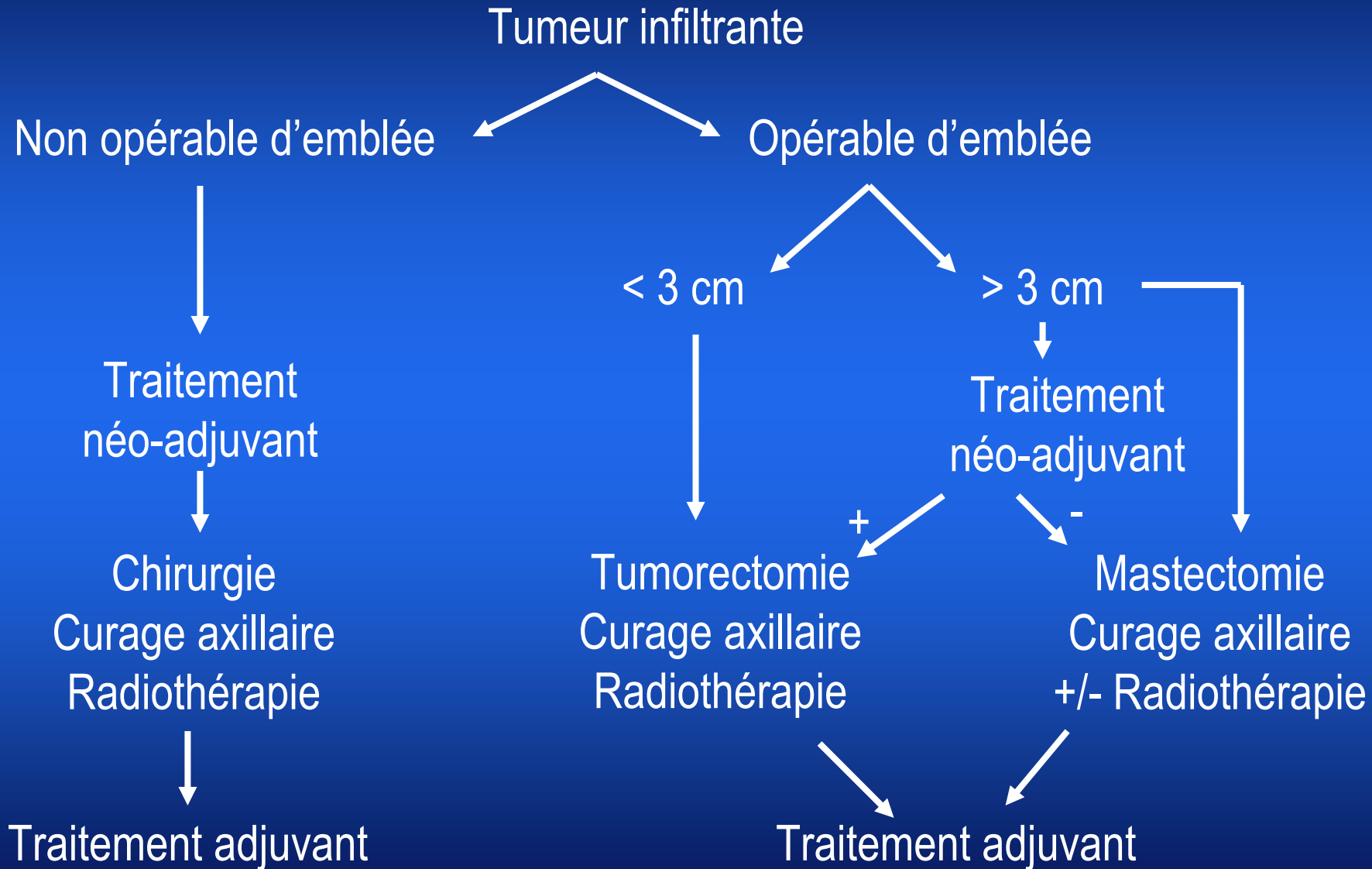
Adénopathies régionales (N)

- Nx aucune information sur les adénopathies
- N0 pas d'adénopathie régionale
- N1 adénopathie homolatérale mobile
- N2 adénopathie homolatérale fixée
- N3 adénopathie homolatérale mammaire interne

Métastases (M)

- Mx aucune information sur les métastases
- M0 pas de métastase
- M1 métastase à distance (y compris ADP sus-claviculaire)

INDICATIONS



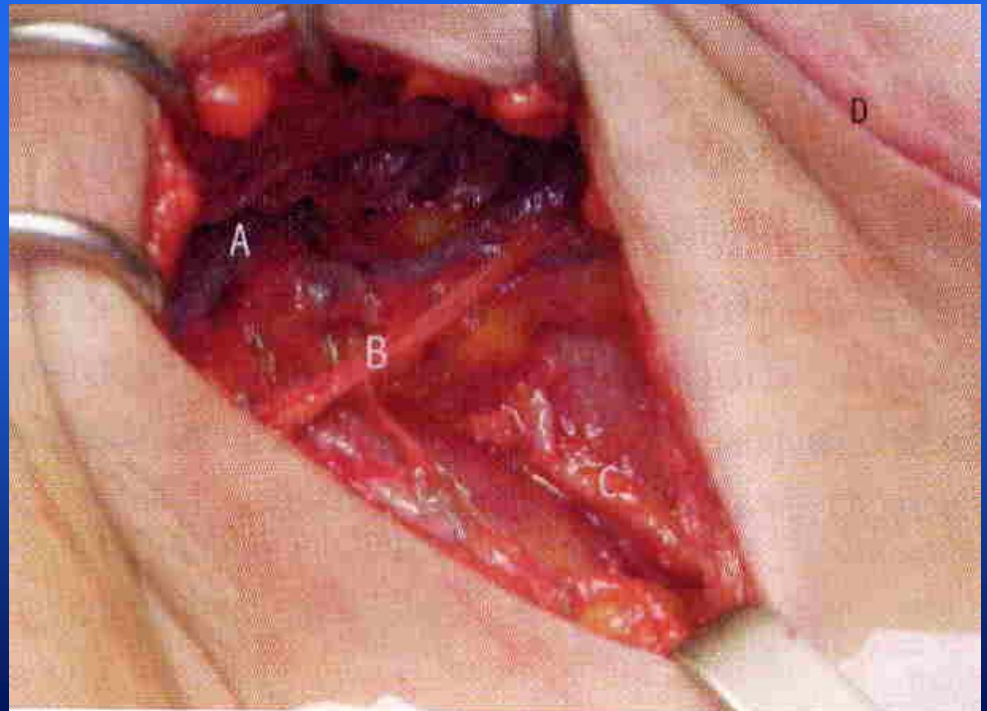
CURAGE AXILLAIRE

Fait partie du traitement de référence

Monobloc / Incision séparée

Respecter

- Sous-veineux axillaire
- n. du grand dentelé
- n. du grand dorsal
- rameau perforant du 2^{ème} n. intercostal



CURAGE AXILLAIRE

Envahissement=Facteur pronostic indépendant

Objectifs

- Pronostic : détermination du stade
- Thérapeutique :
 - contrôle loco-régional
 - diminution du risque de récurrence axillaire

		Récidive axillaire à 10 ans
Sans curage axillaire		18%
Avec curage axillaire	N+	3%
	N-	1%

CURAGE AXILLAIRE

Jusqu' à 70% de N- pour les T1 et T2

50% des patientes N- ont une morbidité en rapport avec le curage

Keshtgar World J Surg 2001,25:761-66

Complications

• A court terme :

- Lymphocèle
- Infection post-op
- Douleur

• A long terme :

- Lymphoedème
- Dysesthésie axillaire
- Diminution des mouvements du bras
- Douleur

GANGLION SENTINELLE

Recherche et prélèvement du ou des premiers ganglions drainant la tumeur primitive

1977 : 1ère utilisation dans le cancer de la verge *Cabanas Cancer 1977,39:456-466*

1992 : mélanome *Morton Arch Surg 1992,127:392-399*

1993-94 : sein *Krag Surg Oncol 1993,2(6):335-339; Giuliano Ann Surg 1994,220:391-401*

Objectifs

- Rechercher atteinte métastatique axillaire
- Eviter CA si GS -

Indications *ANAES 2002 La technique du ganglion sentinelle dans le cancer du sein*

- T1 (<2cm), T2 <3 cm
- N0, M0
- Tumeur unifocale

2 étapes, 2 méthodes

TECHNIQUE DU GANGLION SENTINELLE

Méthode isotopique *ANAES 2002 La technique du ganglion sentinelle dans le cancer du sein; Cox Ann Surg 1998,225(5):645-651*

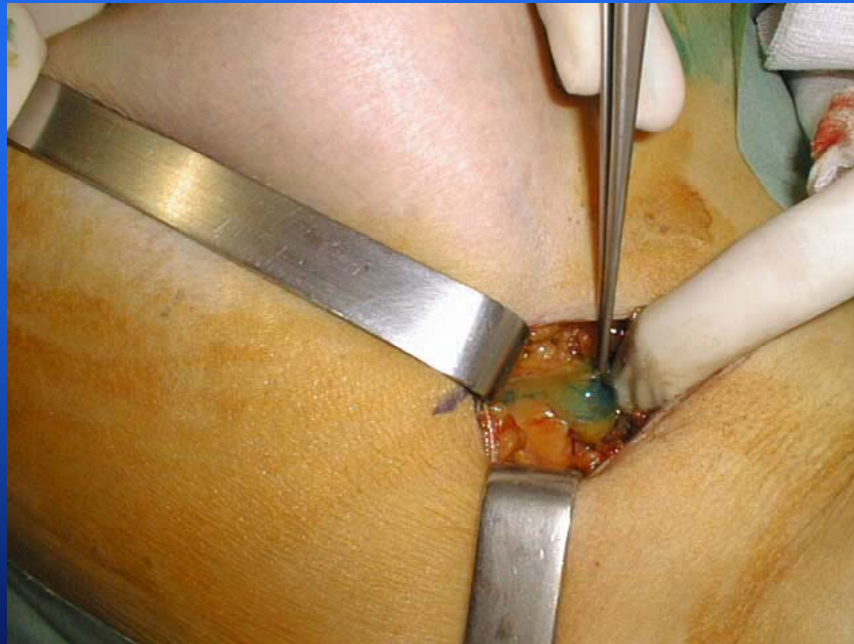
- Injection péri-tumorale/péri-aréolaire H-2/24
 - Nanocolloïdes ^{99m}TC
 - Détection per-op sonde gamma



TECHNIQUE DU GANGLION SENTINELLE

Méthode au bleu

- Injection pérítumorale/périaréolaire qq min av chir
 - bleu-patent ou bleu isosulfan
 - Détection per-op ganglion coloré



EVALUATION DE LA TECHNIQUE

Taux d'identification (100% ?), Taux de FN (0% ?)

Métanalyse *Fraile Ann Oncol 2000, 11(6):701-705*

- 18 études comparatives 1996 à 1999, 2569 patientes
- TI 66 à 100%
- TFN 0 à 17% (9%)

Faisabilité dans le cancer du sein

Importance de l'apprentissage du chirurgien

Attente des résultats des études randomisées

Association des 2 techniques

	TI	TFN
Méthode au bleu	75-95%	8,79-19%
Méthode isotopique	69-96%	4-9,1%
Association	86-100%	0-13%

CHIRURGIE DE RECONSTRUCTION

Immédiate ou différée

Techniques

- Prothèses
- Lambeaux pédiculés
- Lambeaux libres micro anastomosés

Avantages/Inconvénients

- RMI : atténue la mutilation+++ , possibilité d'interférence avec ttt complémentaire
- RMD : + simple, période de mutilation

CONCLUSION

Le cancer du sein est une pathologie fréquente et grave dont l'incidence augmente actuellement.

Plusieurs techniques ont été décrites depuis 1894.

Une « désescalade » chirurgicale s'est produite afin de limiter les complications et la mutilation des patientes.

La technique du ganglion sentinelle a montré sa faisabilité.

Des études prospectives randomisées sont nécessaires afin d'améliorer la prise en charge de ces cancers, prise en charge qui doit rester multidisciplinaire.