
Critères organisationnels

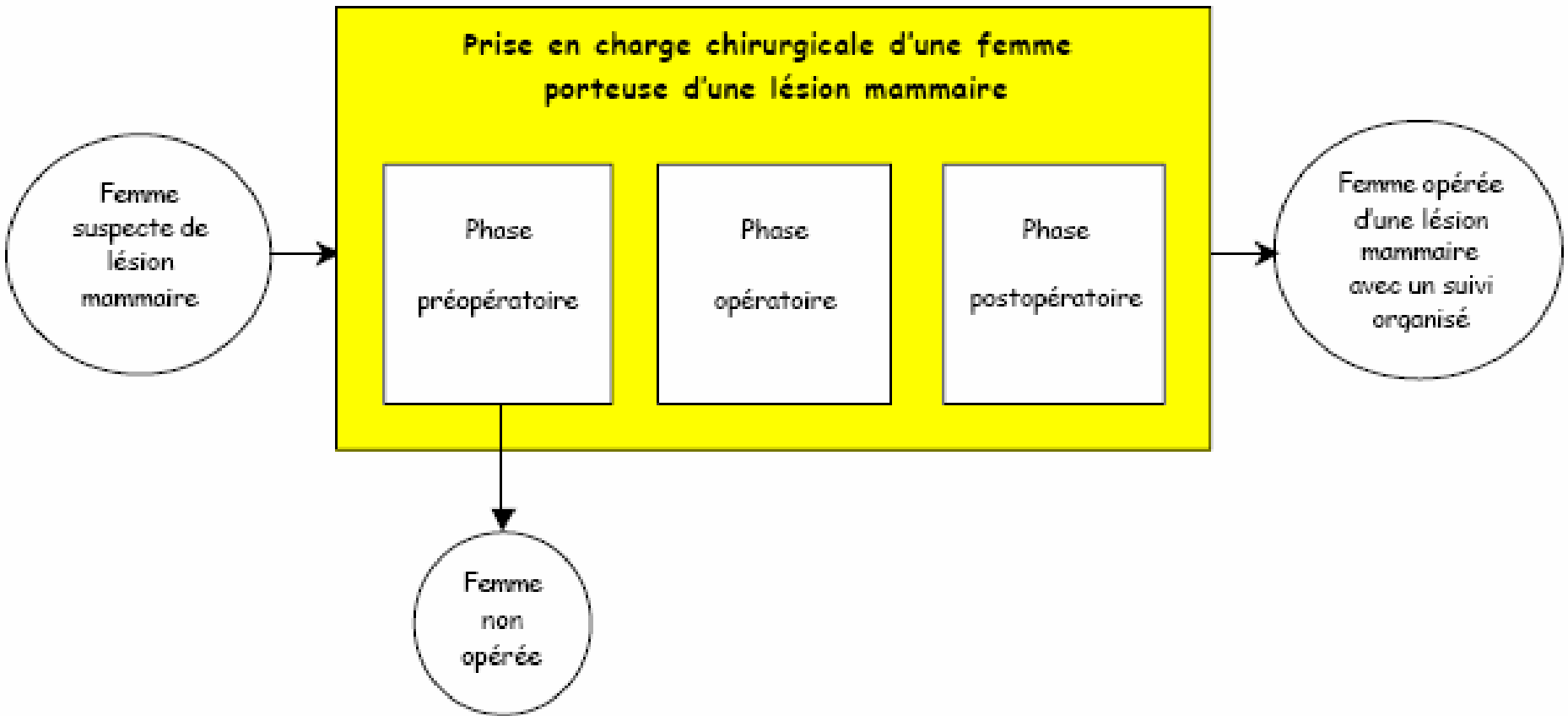
de la Chirurgie des Lésions Mammaires

Kevin KRAFT
Journées DESC-SCVO
Poitiers - Juin 2007

Motivations

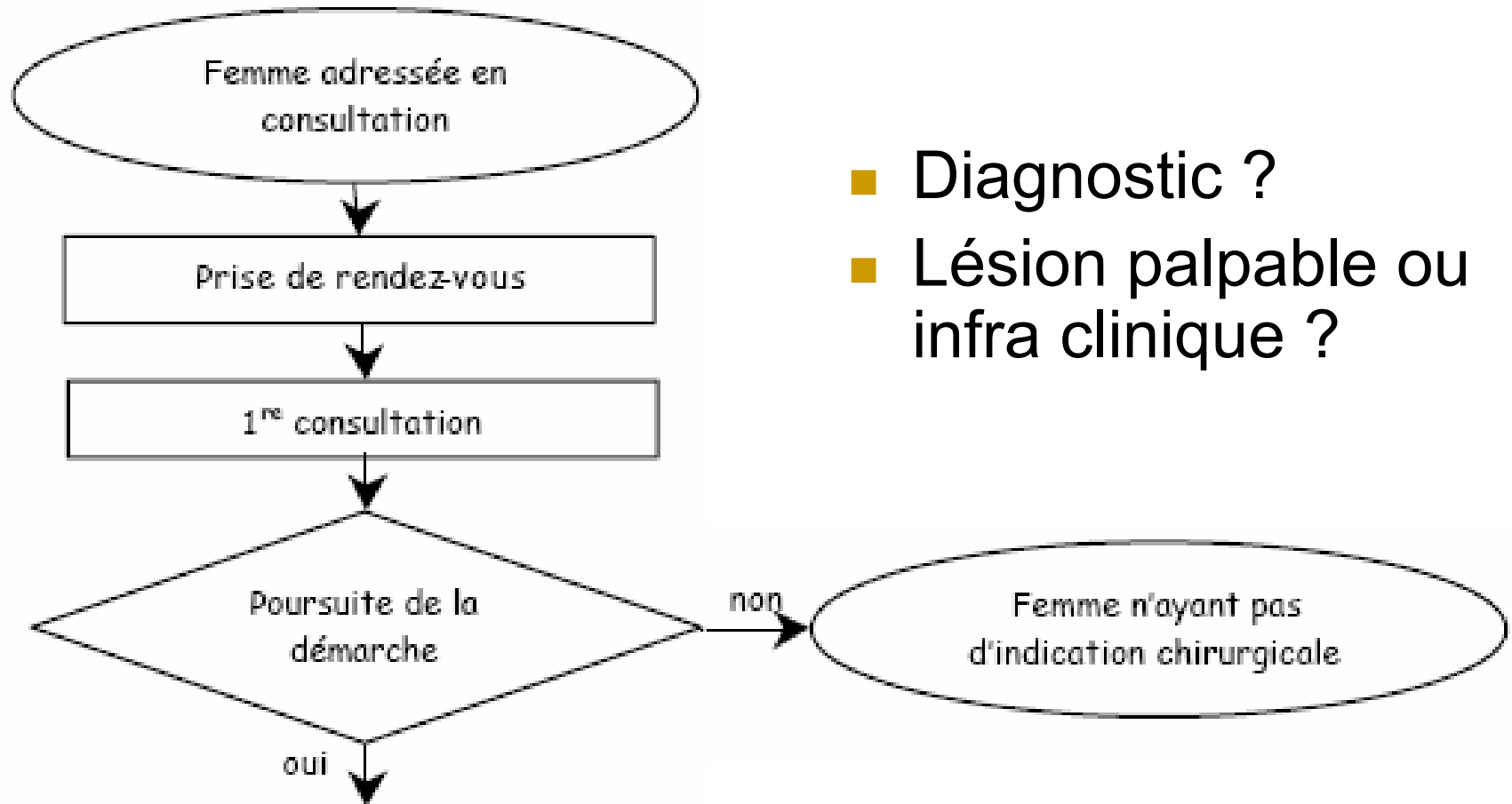
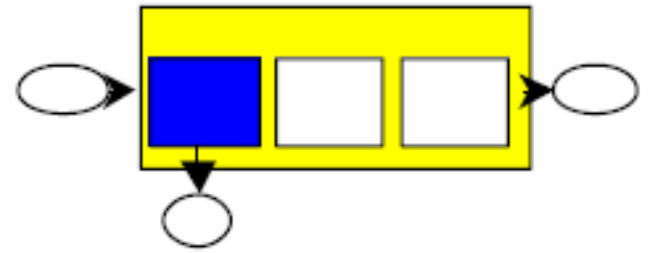
- **Épidémiologiques : priorité de Santé Publique**
 - Cancer du sein = **1er cancer féminin**, incidence = 10%
 - Gravité potentielle élevée : décès avant 65 ans = 40%
- **Politiques : HAS, ANAES, DRASS**
 - Programme national de lutte contre le cancer
 - Rôle dans la qualité de la prise en charge : **quotas ++**
- **Médicales :**
 - **Dépistage +++** : qualité de la prise en charge en aval
 - Multiplicité des professionnels concernés
 - Variabilité des pratiques chirurgicales et des chirurgiens

Critères organisationnels

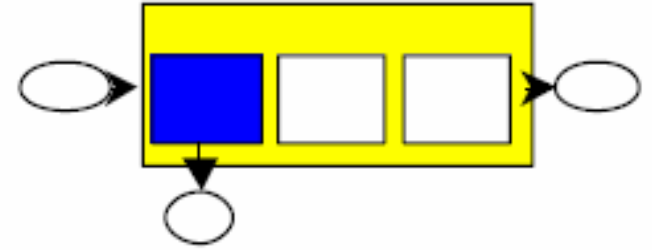



Exemple de prise en charge

Phase pré opératoire

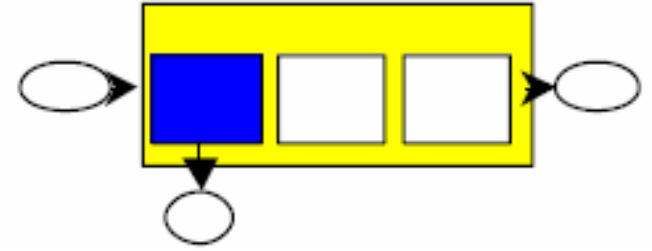


Première consultation



- Prise de Rendez-vous :
 - délai < 3 semaines
- 1^{ère} Consultation  constitution DM
 - Anamnèse : ATCD, (perso, fam), HdM, THS
 - Clinique : taille (si palpable), ADP => **schéma séno**
 - Imagerie : mammo avec au – 2 incidences +/- écho
 - Sur négato dédié à la mammo + loupe radio
 - Comparaison des interprétations, CR avec **classif° ACR**
 - Information donnée :
 - synthèse diagnostique, justification d'EC de complément
 - options thérapeutiques, RCP

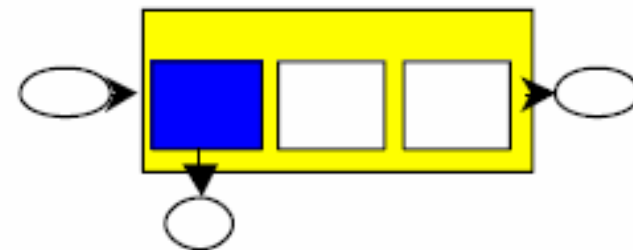
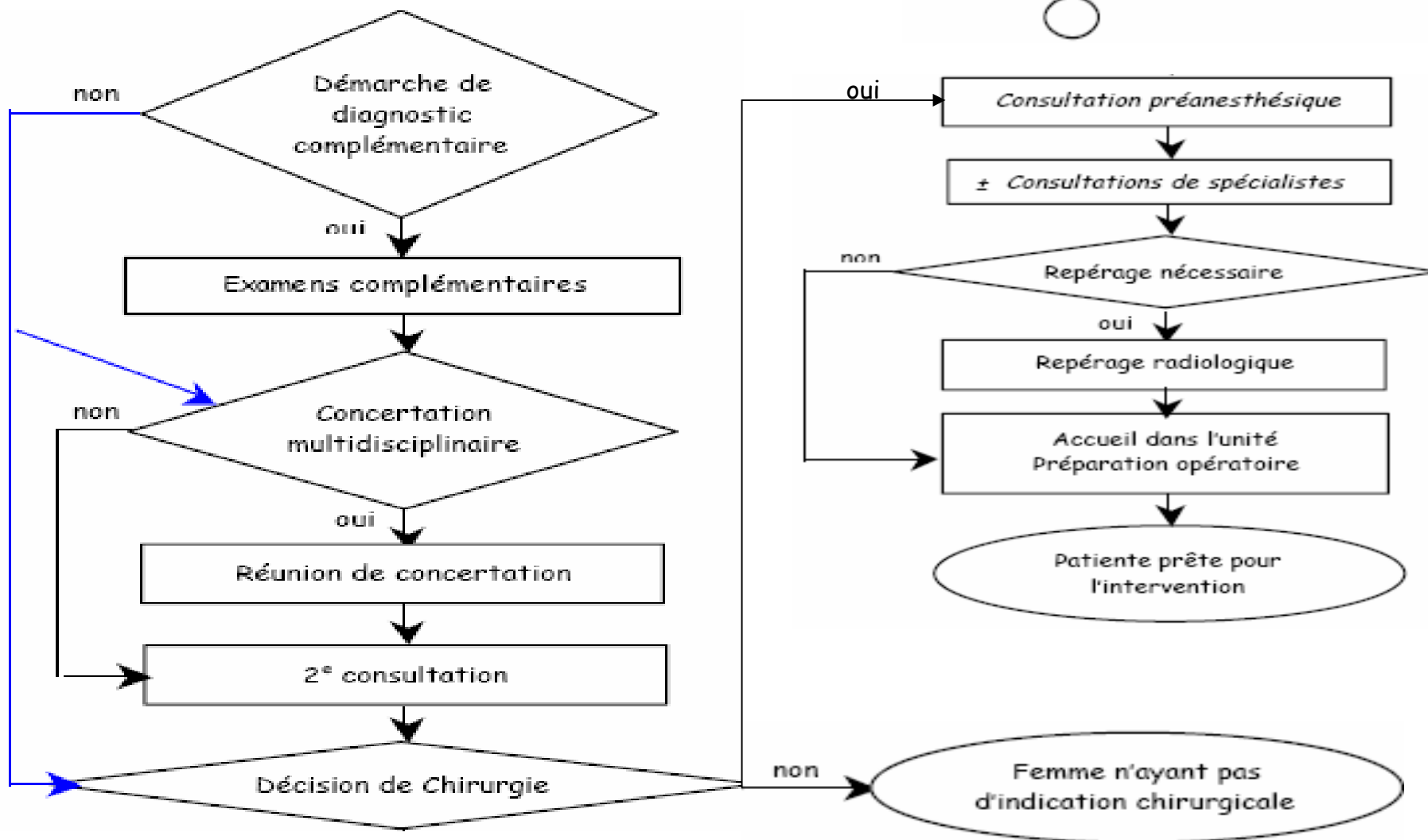
Première consultation



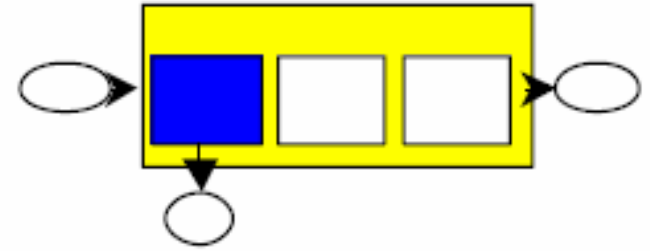
□ Conclusion

- Synthèse de tous les éléments => stade TNM
- Stratégie guidée par CR mammographie :
 - ACR 1 : normale
 - ACR 2 : anomalies bénignes
 - ACR 3 : anomalies probablement bénigne
=> probabilité malignité < 5%
 - ACR 4 : anomalie suspecte
=> probabilité malignité de 10 à 50%
 - ACR 5 : anomalie évocatrice de cancer
=> probabilité malignité > 95%

Prise en Charge



Stratégie

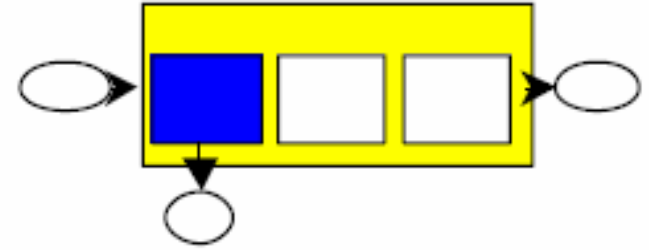


- Indication chirurgicale : type d'intervention fonction biopsie
- Surveillance (ACR 3 +/- 2) : fréquence, mode ?
- Nécessité d'EC/RCP → 2^{ème} consultation
 - Nature & date des examens, avec consentement éclairé
 - RdV pour la 2^{ème} cs donné, délai < 3 semaines
- Délai maximal [diagnostic-traitement] < 4 semaines

Critères organisationnels

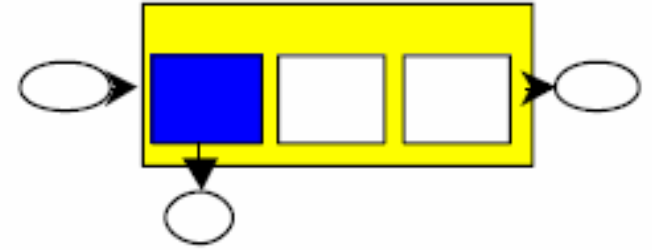
- 3.1 La prise des rendez-vous complémentaires est assurée par l'établissement ou par le secrétariat du chirurgien.
- 3.2 Les examens radiologiques complémentaires (hors IRM), sont réalisables dans un délai de 7 jours.
- 3.3 Un rendez-vous de microbiopsie ou de cytoponction est accessible dans un délai de 2 semaines.

Biopsie : si ACR 4-5



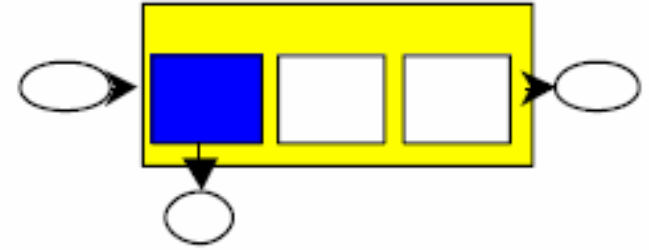
- Éviter cytoponction
=> **micro ou macro biopsie**
- Nodule palpable :
 - Percutanée sous écho
 - Chirurgicale si pas de cible radio
- Lésion infra clinique :
 - Sur table stéréotaxique avec mammotome
 - Dans les 4 quadrants
- Lésion ACR 3 : surveillance ou biopsie fonction RCP
- **Si carcinome : Ganglion sentinelle et/ou curage**

Autres EC



- Échographie bilatérale pour seins de densité III-IV
- **IRM** : + gadolinium avec clichés dynamiques
 - Grosse tumeur avec ttt néo-adjuvant
 - Suspicion : récurrence, multifocalité, multicentricité
 - ADP axillaire métastatique sans primitif retrouvé
 - Asymétrie de densité suspecte
 - Biopsie négative avec clinique suspecte (VPN > 98%)*
- Bilan d'extension si tumeur infiltrante : RP, écho abdo, CA15.3 et ACE, +/- scinti os
- TEP scan : ? Loc° mammaire interne ?

RCP

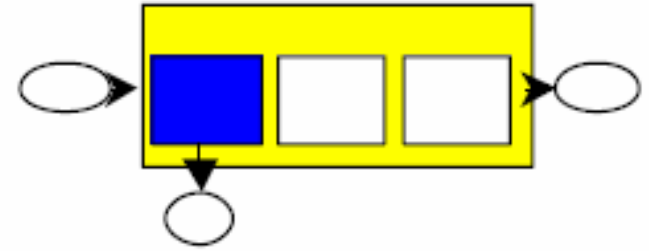


- Hebdomadaire, résultats consignés et justifiés
- Constitution :
 - **RCP sénologie diagnostique*** : au - radiologue expert, chirurgien sénologue et si possible anapath
 - **RCP gynéco-sénologie**** : au – chirurgien sénologue, oncologues (RT et CT), radiologue expert et anapath
- Indispensable si** :
 - **Image infra clinique** : surveillance, biopsie ou chir ?
 - **Lésion > 3 - 4 cm** => chirurgie conservatrice possible ?
Traitement pré opératoire ? Bilan d'extension ?
 - **Avis discordants** entre chirurgien et radiologue
 - **CAT complexe** : tumeur inflammatoire ; métastatique d'emblée

*www.oncocentre.org

** ANAES 2002

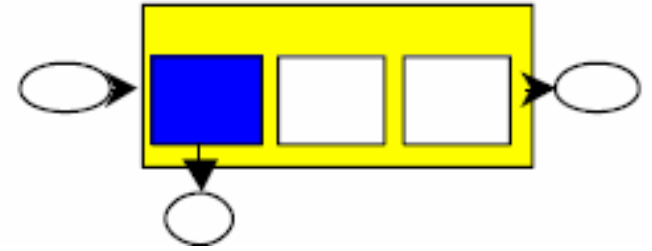
2^{ème} consultation



■ Information

- Résultats : EC (biopsie ++), RCP
 - Probabilité bénin/malin
 - Abstention : pourquoi, modalités de surveillance
 - **Stratégie chirurgicale :**
 - Ttt conservateur ou non
 - Ganglion sentinelle ou curage
 - +/- avis d'un chirurgien plasticien (oncoplastie)
 - +/- organisation repérage pré opératoire
 - +/- organisation ttt néo-adjuvant (CT, HT) : selon RCP
-

Repérage



- Lésion infra clinique
- Bénignité incertaine sur la biopsie
 - Cicatrice radiaire, hyperplasie atypique
 - IRM suspecte (=> scanno-guidée)

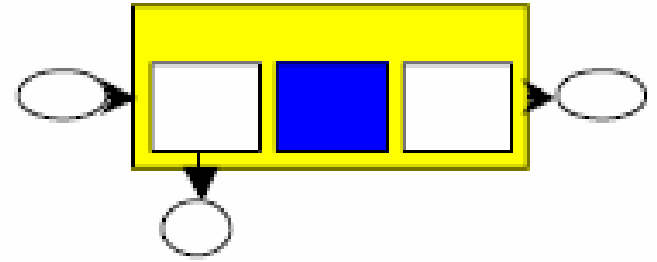
Critères organisationnels

- 5.1 Les modalités de repérage préopératoire sont définies en concertation entre l'équipe chirurgicale et l'équipe radiologique.
- 5.2 Le repérage est assuré par un radiologue qui a une pratique fréquente de cette technique.
- 5.3 Le radiologue qui réalise le repérage dispose de l'ensemble du dossier d'imagerie.

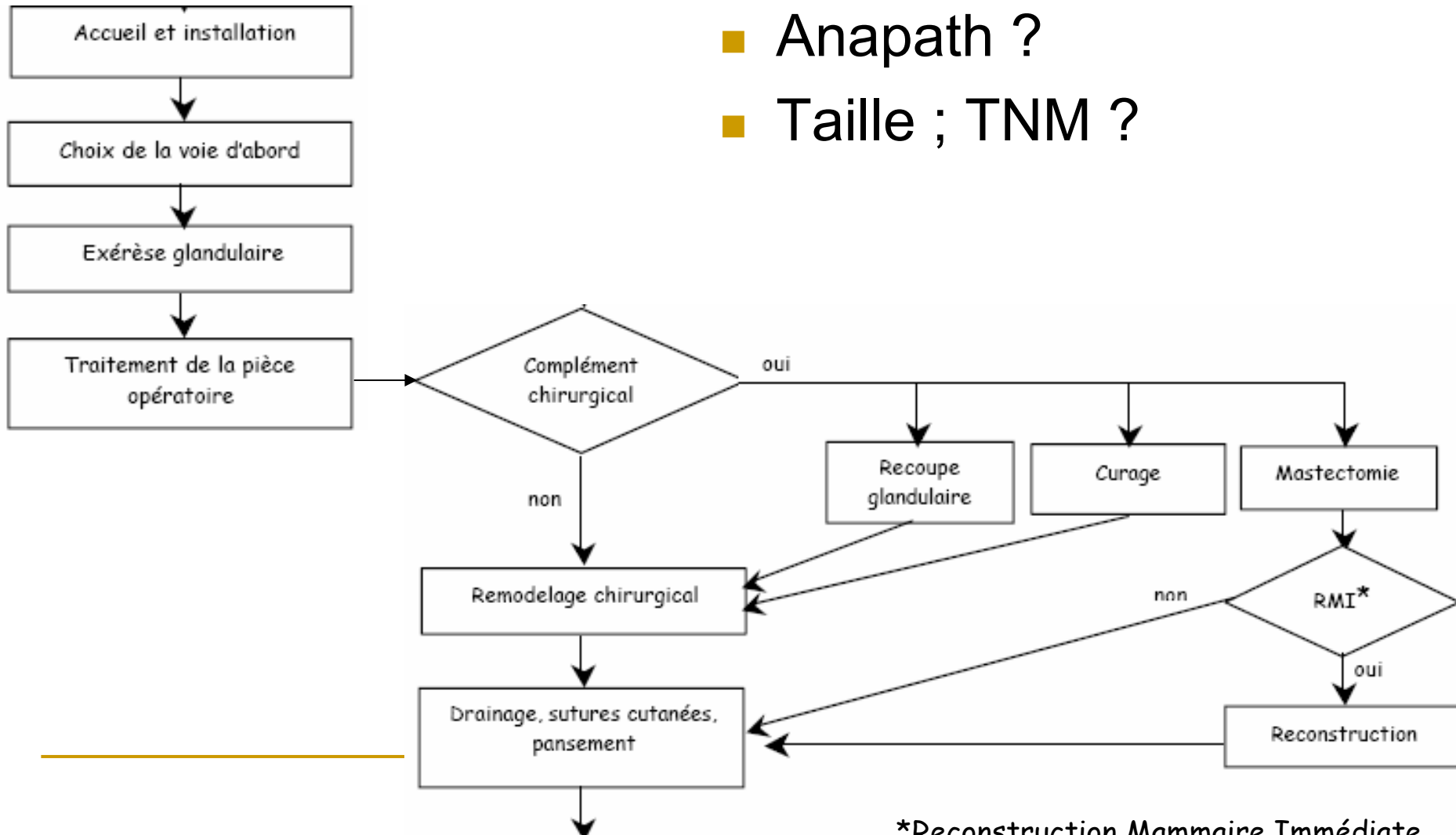
Critères individuels

- 5.1 Le repère métallique est placé moins de 24 heures avant l'intervention.
- 5.2 La distance entre l'extrémité du repère métallique et la lésion est inférieure ou égale à 10 mm.
- 5.3 Des clichés orthogonaux sont réalisés.

Phase opératoire

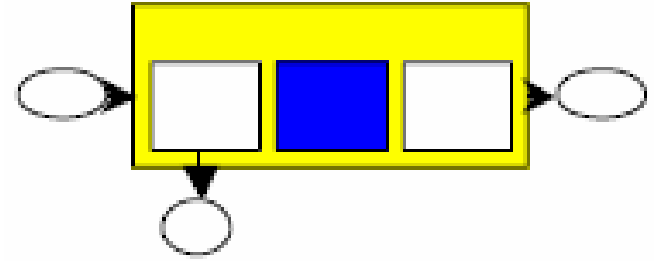


- Anapath ?
- Taille ; TNM ?



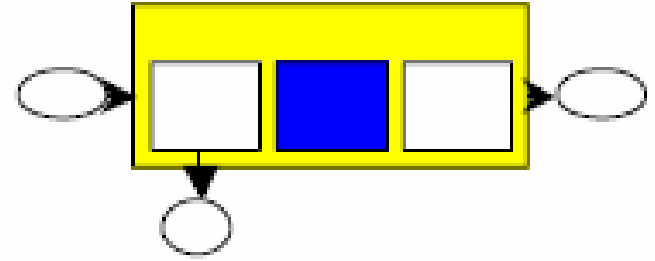
*Reconstruction Mammaire Immédiate

Intervention



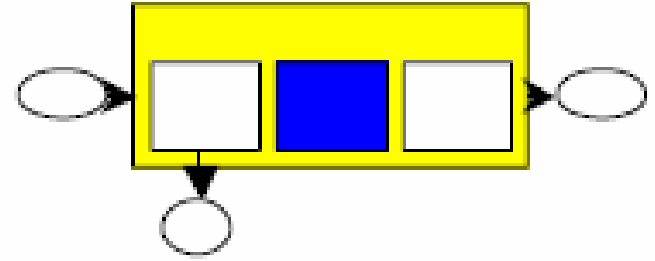
- Incision : topographie
- Lésion palpable : **Taille ?**
 - < 3 cm : tumorectomie
 - marges > 3 mm si bénin, > 1 cm si malin
 - > 3 cm : mastectomie (technique de Patey)
 - +/- conservation étui cutané (reconstruction immédiate)
- Lésion infra clinique :
 - Zonectomie après repérage, marges > 5 mm, pièce < 30 g
 - **Radio de la pièce** systématique (Faxitron®) +/- recoupes
 - Délai obtention des radio prédéfini (<15 min)
- Remodelage glandulaire systématique


Anatomo-pathologie



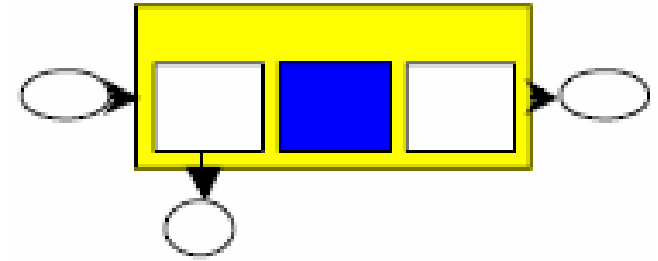
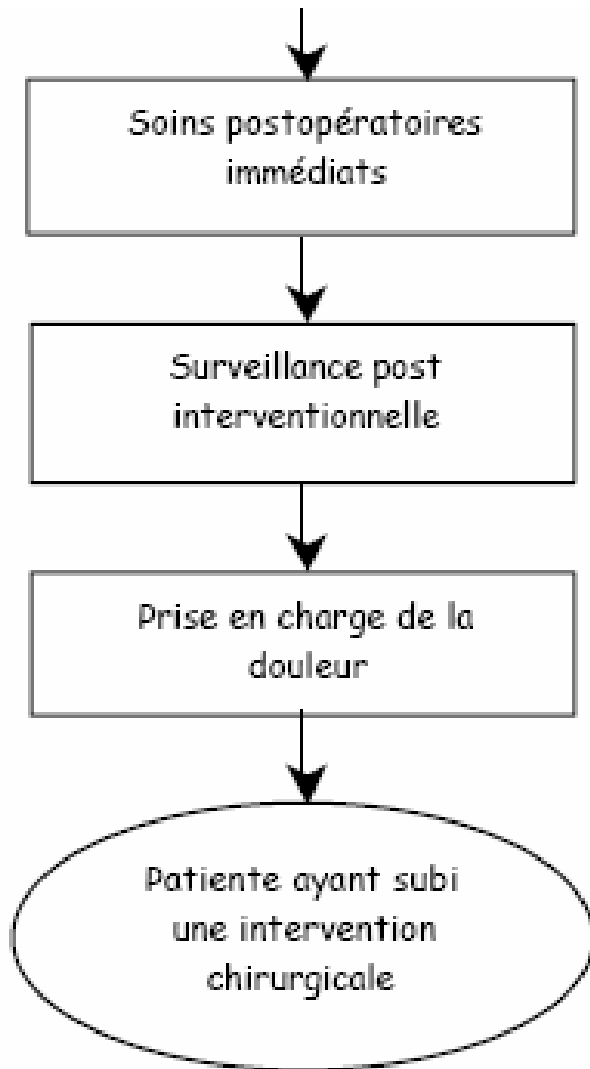
- **Pièce confiée intacte** avec :
 - **orientation tridimensionnelle**
 - latéralité, résultats EC
- Anapath disposant d'un cryostat
- Lésion palpable :
 - Extempo pour diagnostic, taille, marges
- Lésion infra clinique :
 - Avec **radio** pièce opératoire +/- recoupes
 - Extempo nuisible et inutile

Complément chirurgical



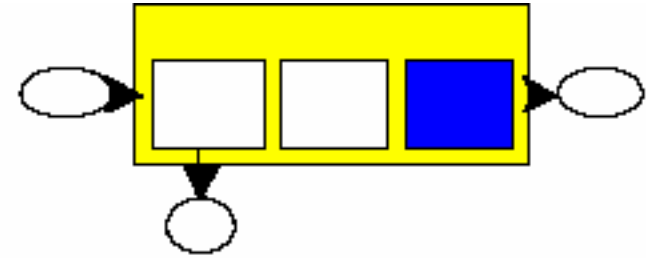
- Recoupe :
 - Du lit de tumorectomie : MC°, marges
 - Avec orientation et radio de la pièce opératoire
- Curage axillaire : programmé selon histologie pré-op
 - Lors du traitement primaire de la tumeur, incision distincte
 - Majorité K invasifs du sein, sauf localement avancés et M+
 - Niveau 1 et 2 de Berg, ≥ 10 ggl°
- Ganglion sentinelle  anapath pré-op certaine
 - K infiltrant unifocal <20mm N0 ; micro-infiltrant +/- Cis ht gde
 - **Expérience ++** (>30 prélèvements suivi de curage)
 - 1^{er} temps => avant exérèse glandulaire
 - Curage axillaire si **extempo** +

Post-op immédiat



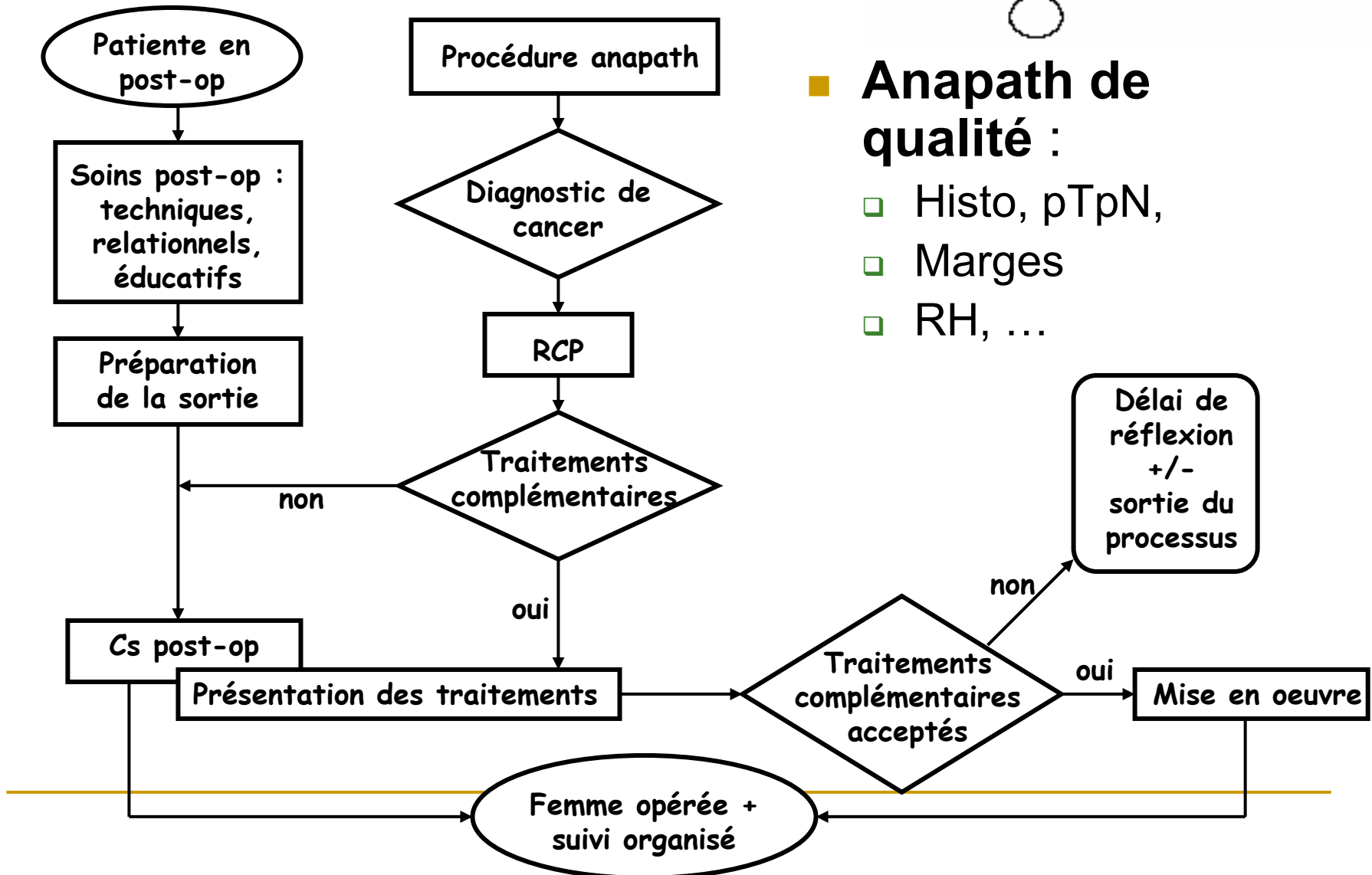
- Drain systématique si
 - Mastectomie
 - +/- Curage axillaire
- Protocoles post-op :
 - Douleur
 - Soins locaux/généraux
- +/- soutien psychologique

Phase post-opératoire

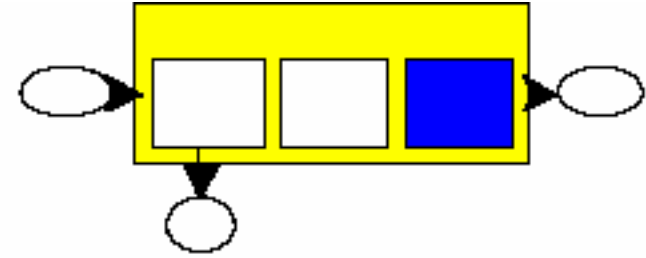


■ Anapath de qualité :

- Histo, pTpN,
- Marges
- RH, ...



Surveillance



- Lésion bénigne :
 - Consultation systématique (complication, esthétique)
 - **Mammographie dans les 6 mois si micro calcification**
- Lésion maligne :
 - Demande ALD sous 15 jours
 - Stratégie élaborée en RCP avec :
 - Information éclairée → livret, liste associations
 - RdV d'EC et TTT complémentaires organisés
 - Dossier médical complet à disposition du thérapeute :
 - CT débutée avant j30 si RT asso
 - RT débutée dans les 8 semaines si pas de CT adjuvante
 - Consultation de fin de TTT prévue

Conclusion

- Biopsie pré opératoire le plus souvent
 - **Chirurgie spécialisée** avec une formation :
 - Générale en chirurgie mammaire (avec techniques de reconstruction, lésions infra-clinique)
 - +/- en Chirurgie Plastique = **oncoplastique**
 - RCP +++
 - Quotas en cancérologie = frein aux pratiques « sauvages »
-

Bibliographie

- Recommandations de l'ANAES :
 - Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention
 - Octobre 2002
 - www.oncocentre.org
 - Référentiel de prise en charge des cancers du sein (juin 2006)
 - RCP de sénologie diagnostique et de gynéco-sénologie (janvier 2006)
-