

INDICATIONS CHIRURGICALES DANS LE CANCER DU SEIN

I - RAPPEL DE LA CLASSIFICATION CLINIQUE DES CANCERS DU SEIN

A - TUMEUR PRIMITIVE

Tx ► non déterminé

To ► pas de signe de tumeur primitive

Tis ► carcinome in situ : carcinome intra canalaire ou lobulaire in situ ou Maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable.

T1 ► tumeur inférieure ou égale à 2 cm (+ grande dimension)

a	0,1 - 0,5 cm
b	0,5 - 1 cm
c	1 - 2 cm

T2 ► tumeur entre 2 et 5 cm

T3 ► tumeur supérieure à 5 cm

T4 ► tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau
paroi thoracique = côtes, muscles intercostaux ou grand dentelé
mais pas grand pectoral

a	paroi
b	peau
c	les deux
d	cancer inflammatoire

B - ADENOPATHIES REGIONALES

Nx ► appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire

No ► absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional

N1 ► ganglions axillaires homolatéraux mobiles

N2 ► adénopathies axillaires homolatérales fixées entre elles ou à une autre structure anatomique

N3 ► adénopathie sous claviculaire homolatérale ou sus claviculaire ou mammaire interne

C - METASTASES A DISTANCE

Mx ► détermination impossible de l'extension métastatique

Mo ► absence métastase

M1 ► métastase à distance

II - METHODES

SEIN

- tumorectomie
- mastectomie partielle ou zonectomie + remodelage du sein
- mastectomie totale
- mastectomie totale avec reconstruction immédiate

CREUX AXILLAIRE

- pas de curage
- prélèvement du ganglion sentinelle
- curage classique

GANGLION SENTINELLE

▶ La présence ou l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire demeure le principal facteur pronostique en cas de cancer invasif.

Il est indépendant des autres facteurs pronostiques comme

- ▶ taille de la tumeur
- ▶ jeune âge de la patiente
- ▶ grade histologique élevé
- ▶ présence d'embols vasculaires péri-tumoraux

▶ dans deux séries américaines, il existe une relation entre présence ou absence de N+, nombre de N+ et survie

▶ Le taux d'envahissement ganglionnaire est proportionnel à la taille de la tumeur

▶ Le curage axillaire (10 ganglions) est la technique de référence. C'est un facteur pronostic et thérapeutique

▶ Mais le bénéfice du curage sur la survie globale est controversé pour les tumeurs de petite taille

▶ Le curage axillaire est négatif dans 70% des cas si la tumeur est de petite taille

▶ Morbidité du curage :

- ▶ douleurs
- ▶ dysesthésies
- ▶ lymphœdème

▶ Les ganglions axillaires reçoivent 85% du drainage lymphatique du sein.

▶ L'envahissement est séquentiel de bas en haut. Ganglion sentinelle = 1 à 3 ganglions

▶ L'étude du ganglion sentinelle a deux objectifs

- ▶ rechercher l'atteinte métastatique ganglionnaire par l'étude histopathologique des premiers ganglions
- ▶ éviter un curage si le ganglion sentinelle négatif

- ▶ Technique mixte
 - ▶ colorimétrique (bleu patent) injecté en péri aréolaire quelques minutes avant l'incision. Repérage du ou des ganglions colorés.
 - ▶ isotopique par injection de technétium 99m en péri tumoral ou péri aréolaire la veille de l'intervention. Repérage per opératoire de la radioactivité grâce à un sonde de détection fortement collimatée. (Vérification de l'absence de radio activité résiduelle).

- ▶ Anatomopathologie
 - ▶ macroscopique EHE
 - ▶ immunohistochimie

- ▶ Evaluation de la technique
 - ▶ taux d'identification: nombre de patientes opérées et nombre de ganglions sentinelles repérés (idéal 100%)
 - ▶ taux de faux négatif (ganglion sentinelle négatif et curage positif environ 9%)

- ▶ Indications
 - ▶ T1 et T2 inférieur à 3 cm
 - ▶ sans adénopathie clinique
 - ▶ sans métastase

- ▶ Contre indications
 - ▶ adénopathies palpables
 - ▶ allergie au bleu
 - ▶ chirurgie axillaire
 - ▶ antécédents de chimio
 - ▶ grossesse

III - INDICATIONS CHIRURGICALES

A - CARCINOME IN SITU

- 1) CCIS ou micro invasif (foyer inférieur ou égal à 1 mm)
 - ▶ Petite lésion en imagerie
 - ▶ tumorectomie simple + radiothérapie
 - pas de curage. Clips dans le lit tumoral
 - ▶ Lésion étendue, foyers multiples ou berges non saines après traitement conservateur
 - ▶ mastectomie totale avec éventuellement reconstruction immédiate
 - ▶ en cas de micro invasion ou pour les lésions étendues
 - ▶ ganglion sentinelle est proposé
 - ▶ si micrométastase sur le ganglion sentinelle et CCIS pur, pas de curage

- 2) Mastopathie avec atypies : hyperplasie canalaire avec atypie, néoplasie lobulaire avec atypie
 - ▶ reprise chirurgicale mais pas de curage, pas de ganglion sentinelle

B - CANCER INVASIF NON INFLAMMATOIRE ET NON METASTATIQUE

T1 à T4

No - N1

Mo

1/ Sur le sein en fonction du siège, et du volume de la tumeur et du sein ++

- ▶ chirurgie conservatrice avec repérage du lit cicatriciel par des clips
- ▶ mastectomie totale

2/ Un mot sur les berges :

- ▶ la pièce doit être orientée
- ▶ la distance entre la tumeur et les berges doit être précisée sur le compte-rendu anatomopathologique.
- ▶ pas de consensus sur la marge mais pas supérieur à 5 mm

3/ Sur le creux axillaire

- ▶ tumeur inférieure à 3 cm, unifocale, No : ganglion sentinelle
- ▶ autres cas : curage
- ▶ Si refus de curage : radiothérapie du creux axillaire dose minimale 50 Gy

C - CAS PARTICULIERS

- 1) ▶ Ganglions axillaires métastatiques sans cancer primitif découvert (IRM négatif):
 - ▶ curage et recherche des récepteurs sur ganglions
- 2) ▶ Cancer bilatéral
 - ▶ chaque cancer est traité comme un cancer unique
- 3) ▶ Cancer et grossesse
 - ▶ indications chirurgicales identiques sauf si indication de chimiothérapie
- 4) ▶ Cancer de la femme âgée
 - ▶ traitement habituel
- 5) ▶ Cancer du sein chez l'homme
 - ▶ même traitement mais toujours mastectomie totale
 - ▶ éventuellement : ganglion sentinelle
- 6) ▶ Ecoulement mamelonnaire unicanalaire
 - ▶ si bilan mamo et écho négatif :
 - exérèse du canal et parenchyme adjacent (pyramidectomie)
 - ▶ si cancer: mastectomie

- 7) ► maladie de Paget (diagnostic histologique par biopsie mamelonnaire)
- ▶ si adénocarcinome dans le sein : mastectomie curage
 - ▶ si absence d'anomalie clinique ou radiologique ou rétro aréolaire : mastectomie centrale + curage ou ganglion sentinelle
 - ▶ si inopérable: hormonothérapie radiothérapie

D - RECIDIVES

- ▶ Après traitement conservateur:
mastectomie discuter la reconstruction immédiate
- ▶ Axillaire: chirurgie itérative
- ▶ Paroi thoracique : chirurgie + ou - radiothérapie
- ▶ Après traitement pour CCIS : mastectomie (+ curage si invasif)