

La chirurgie

QUADRANTECTOMIE OU TUMORECTOMIE : LES TRAITEMENTS CONSERVATEUR DU SEIN

La quadrantectomie et la tumorectomie sont devenues les traitements de référence pour les tumeurs de petite taille ou dans certains cas après une chimiothérapie première (chimiothérapie néoadjuvante).

L'étude milanaise (confirmée par des études américaines) publiée une première fois en 1981 et après 20 ans de suivi, confirme qu'il n'y a pas de différence de survie entre le groupe des patientes traité par quadrantectomie/tumorectomie et curage axillaire suivis de radiothérapie et le groupe de patientes traité par une mastectomie radicale selon Halsted.

LA «SKIN SPARING MASTECTOMY» (SSM) ET LA «SKIN AND NIPPLE SPARING MASTECTOMY» (SNM)

Malgré l'augmentation importante de traitements chirurgicaux conservateurs, la mastectomie reste le traitement le plus approprié pour des tumeurs de grande taille ou multicentriques, en cas de récurrence ou en cas de tumeurs de taille moyenne mais dans des seins de petits volumes. Dans environ 25% des cas la mastectomie reste le traitement de choix.

La mastectomie d'épargne cutané «skin sparing mastectomy» (SSM) peut être proposée dans certains cas. La conservation de la peau améliore la qualité de la reconstruction du sein permettant des cicatrices plus discrètes et le maintien de la forme du sein plus naturelle. Souvent la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) est excisée à cause du risque de récurrence plus élevé en cas de conservation.

La plaque aréolo-mamelonnaire contribue de manière importante à l'aspect et l'identification du sein. Son ablation est souvent ressentie comme une mutilation.

Dans certains cas sélectionnés, sa conservation peut être proposée («skin and nipple sparing mastectomy» SNM). Parfois on y associe une radiothérapie intraopératoire de type IORT (voir page 22).

LA CHIRURGIE DU CREUX AXILLAIRE

Le curage axillaire

L'atteinte ganglionnaire est un facteur pronostique important (et qui va donc avoir une influence majeure sur la décision de traitement). Jusqu'à la validation de la technique du ganglion sentinelle, le curage axillaire était la règle. Il est toujours effectué dans le cas où les ganglions sont cliniquement atteints et dans le cas d'une métastase du ganglion sentinelle (ce dernier cas de figure est actuellement débattu). Il s'agit d'une lymphadénectomie infra et rétro-pectorale.

Il est admis que le curage ganglionnaire des niveaux I et II est suffisant, permettant d'apporter les informations utiles quant au traitement systémique. En renonçant à la dissection du niveau III, on diminue le nombre et l'intensité des lymphoedèmes des membres supérieurs (gros bras).

Les complications liées au curage axillaire telles que gros bras, douleurs ou encore paresthésies à des degrés différents, sont rapportées dans environ 25 % des cas.

Le ganglion sentinelle

Depuis les années '90, la biopsie du ganglion sentinelle est devenue le traitement de référence pour la stadification de l'aisselle. Il s'agit de mettre en évidence le premier filtre d'une éventuelle métastase.

Un traceur (le Tc99, rarement un colorant nommé Blue Dye) est injecté quelques heures avant l'intervention en péri-tumoral et en périaréolaire. Il migrera par les vaisseaux lymphatiques vers le premier relais ganglionnaire drainant la région de la tumeur primaire. Le/les ganglions rendus radioactifs sont repérés grâce à la sonde Geiger, excisés et analysés en peropératoire par le pathologiste.

Si le ganglion sentinelle n'est pas métastatique, il est admis avec un taux de faux négatif de 6 à 12 %, que les autres ganglions axillaires seront également libres de métastases. La prévision du ganglion sentinelle a été améliorée grâce à une analyse pathologique plus en détail que l'analyse des ganglions axillaires lors du curage.

Cette méthode apporte un grand avantage pour les patientes puisque les complications telles que paresthésies et lymphoedèmes du bras sont plus rares (5% des cas versus 25% des cas après curage axillaire).

Actuellement cette méthode a fait ses preuves en cas de tumeurs de grande taille, en cas de multifocalité et dans certains cas après chimiothérapie primaire (néoadjuvante). Sa pertinence est discutée dans les cancers multicentriques.

En revanche, dans le cas d'une néoplasie localement avancée ou d'une atteinte axillaire clinique, le ganglion sentinelle ne peut être tentée et un curage axillaire doit être effectué.

La nécessité d'un curage axillaire après un SLN métastatique fait l'objet de discussions

En cas de présence de cellules tumorales isolées ou en cas de micrométastase (0,2 à 2 mm), il est recommandé de surseoir au curage axillaire.

Un envahissement supérieur à 2 mm (macrométastase) divise les experts :

- Ceux qui recommandent de renoncer dans ce cas au curage axillaire mettent en avant que la récurrence axillaire est un événement rare (< 1%), que la chirurgie n'est pas curative et que les études n'ont pas montré de bénéfice sur la survie dans le cas du curage complet. Le phénotype biologique de la tumeur est considéré comme un facteur pronostique bien plus important.
- Ceux qui sont en faveur du curage axillaire après une macrométastase argumentent que la connaissance du nombre de ganglions atteints aura une influence sur le choix du traitement systémique.