

Evolution de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein

Service de chirurgie sénologique, plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpitaux Civils de Colmar

Dr Gapp-Born Elodie, chirurgien sénologue

Dr Robert Emeric, chirurgien plasticien

Dr Schohn Thomas, chirurgien plasticien

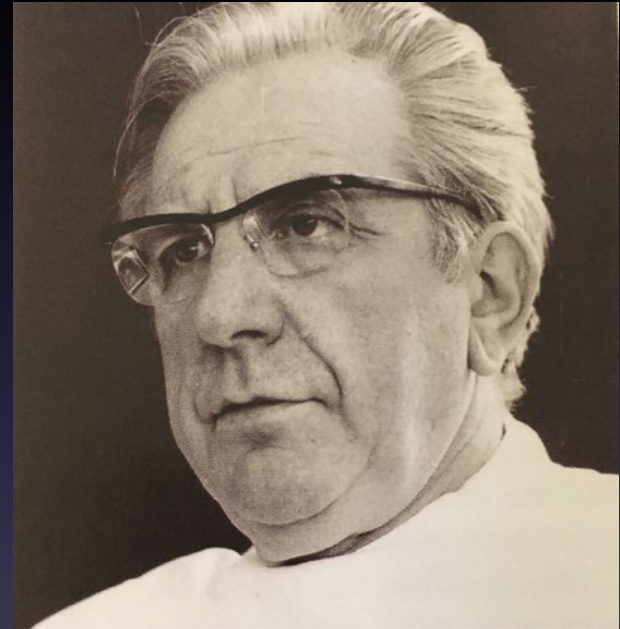
Dr Weitbruch Delphine, chirurgien sénologue



© Marie-Kathrin

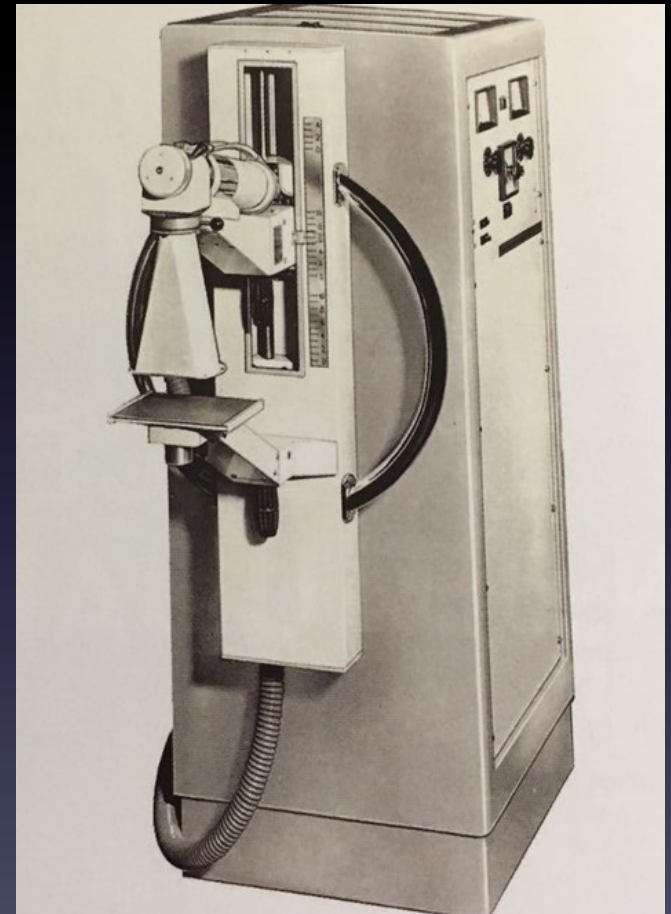
La naissance de la sénologie

C'est à la faculté de médecine de Strasbourg qu'est née une nouvelle discipline, la « sénologie ». Créée par le Pr Charles Marie Gros dans les années 1960, elle a constitué une révolution dans la manière de dépister et soigner les maladies du sein.



1. Invention du sénographe

Les outils du diagnostic étant alors limités à l'examen clinique et la biopsie, le Pr C.M Gros va concevoir un appareil radiologique spécialement adapté au sein, qu'il nomme « sénographe », lequel sera mis en service **en 1966**: la mammographie devient un examen de référence pour le diagnostic. L'Europe, les Etats-Unis, l'Amérique du sud adoptent le sénographe.



2. Combat pour un traitement conservateur

En 1972 a lieu le premier congrès international sur les thérapeutiques non mutilantes du cancer du sein

Jusqu'en 1973, la mastectomie radicale était le traitement de référence du cancer du sein, quelque soit la patiente, indépendamment de la taille ou du type de cancer. Une étude comparative de la mastectomie versus traitement conservateur est initié en 1973, des données préliminaires suggérant l'absence de différence de survie.

Les résultats définitifs de l'étude ont été publiés par Véronési en 2002 dans le New England Journal confirmant ces données, **après un suivi de 20 ans des patientes**

« Tout au long de sa pratique, Charles Marie Gros a voulu une médecine du sein à visage humain...**soigner implique le partage.** Il importe de faire bénéficier les patientes des avancées techniques sans se laisser gouverner par la technicité. **Si chaque cancer du sein est différent, c'est d'abord parce que chaque femme malade est unique.** On ne soigne pas un cancer du sein, mais une femme dans la totalité de son être et en se préoccupant des effets de sa maladie sur sa manière de vivre, son environnement affectif, relationnel et professionnel »

« La naissance de la sénologie » par Dominique Gros, Les saisons d'Alsace, 71, printemps 2017

Riche de ces enseignements, la sénologie se veut aujourd'hui une spécialité multidisciplinaire, impliquant à la fois les chirurgiens sénologues, chirurgiens plasticiens, les radiologues, oncologues, radiothérapeutes, médecins nucléaires, anatomopathologistes, oncogénéticiens, ainsi que les attachés de recherche clinique, pharmaciens...

Evolution de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein

Que fait on actuellement?

Dr GAPP-BORN Elodie

Service de sénologie, Hôpitaux Civils de Colmar



© Marie-Kathrin

Epidémiologie

- 58968 nouveaux cas estimés en 2017 (InCA)
- Diminution du taux incidence et de la mortalité entre 2005 et 2012
- Reste le cancer le plus fréquent chez la femme en France

- LES cancers du sein: diversité des types de cancer
- Diversification des techniques chirurgicales
- Et comme on ne traite pas un cancer mais une personne: prise en charge de plus en plus personnalisée et multidisciplinaire
 - Chirurgie du sein
 - Chirurgie du creux axillaire

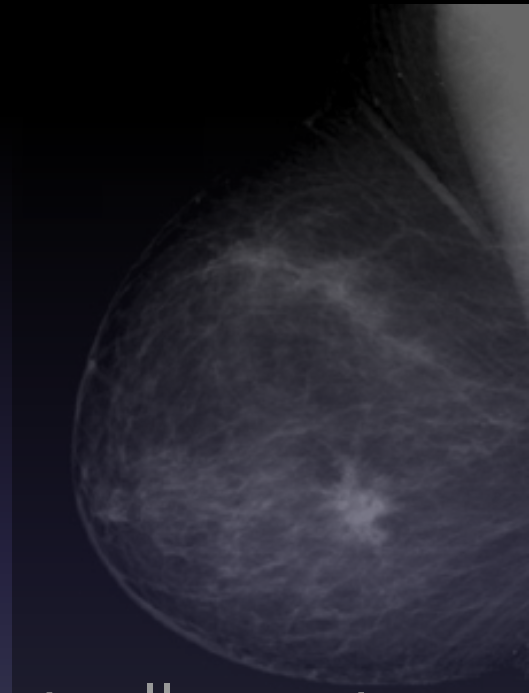
La chirurgie du sein

- Le sein a souvent été mutilé dans l'histoire
 - Les Amazones
 - Sainte Agathe
- Il l'est toujours aujourd'hui: mastectomie
- Mais, les techniques ont évoluées et surtout les indications diminuent
- Aujourd'hui:
 - \approx 20-30 % de mastectomie



Cette évolution ne repose pas que sur les chirurgiens sénologues...

- Radiothérapeutes
- Radiologues:
 - Dépistage de plus en plus précoce (actuellement lésion infra – centimétrique voir de quelques mm)
, place de l'IRM mammaire



- Oncologues:

- Chimiothérapie néo-adjuvante
- Pas de modification du pronostic
- Diminution voir disparition complète de la lésion
- Dans tous les cas: le traitement chirurgical s'adapte au volume tumoral restant
- Mais toutes les patientes ne sont pas éligibles à une Chimiothérapie néo-adjuvante (selon les caractéristiques du cancer)



- Nos patient(e)s:

- Pourquoi?

- Le sein = symbole de féminité, de maternité, de séduction, de plaisir....organe non vital mais primordial avec un attachement psychique variable. A l'heure actuelle: la poitrine caractérise plus que jamais l'apparence féminine

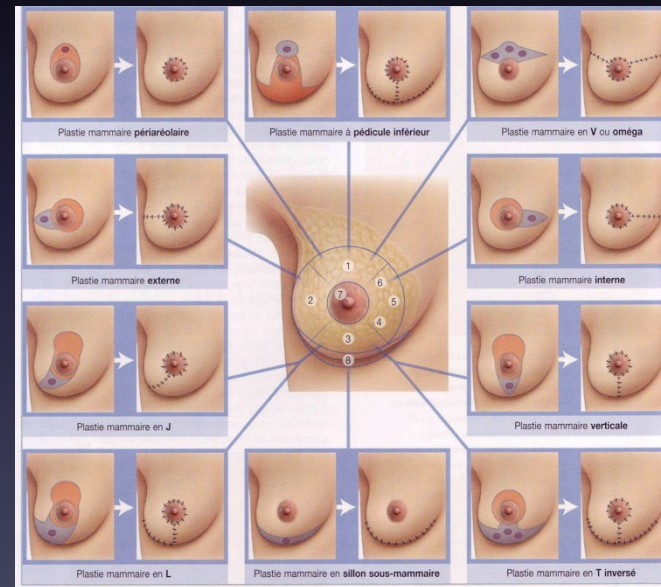
- Résultat esthétique est souvent aussi important que le résultat carcinologique



- **Chirurgiens plasticiens:**

- **Technique d'oncoplastie**

- À chaque zone des incisions adaptées
- Le moins de déformations
- Résultat esthétique le plus proche de l'état antérieur
- Réflexion taille tumeur/taille poitrine



- **Reconstruction mammaire immédiate**

Aujourd'hui...

- La chirurgie du sein \approx 70-80% de traitement conservateur
 - Réalisable avec berges saines
 - Contre indiqué si:
 - Refus de la patiente
 - Exérèse non carcinologique
 - Plusieurs foyers tumoral dans le sein
- Avec des gestes d'oncoplastie qui permettent d'aller plus loin dans la conservation de la glande mammaire
- Pour un résultat esthétique acceptable par la patiente
- Avec la même sécurité carcinologique

Quand ne faut il pas faire de désescalade?

- Il persiste des indications de traitement radical des cancers infiltrant et in situ
 - Souhait des patientes
 - Formes trop étendues ne permettant pas d'obtenir des marges saines
 - La chirurgie prophylactique (mutation BRCA)

La chirurgie du creux axillaire

◆ Première désescalade



• Procédure du ganglion sentinelle:

– Pourquoi aller vers le GS:

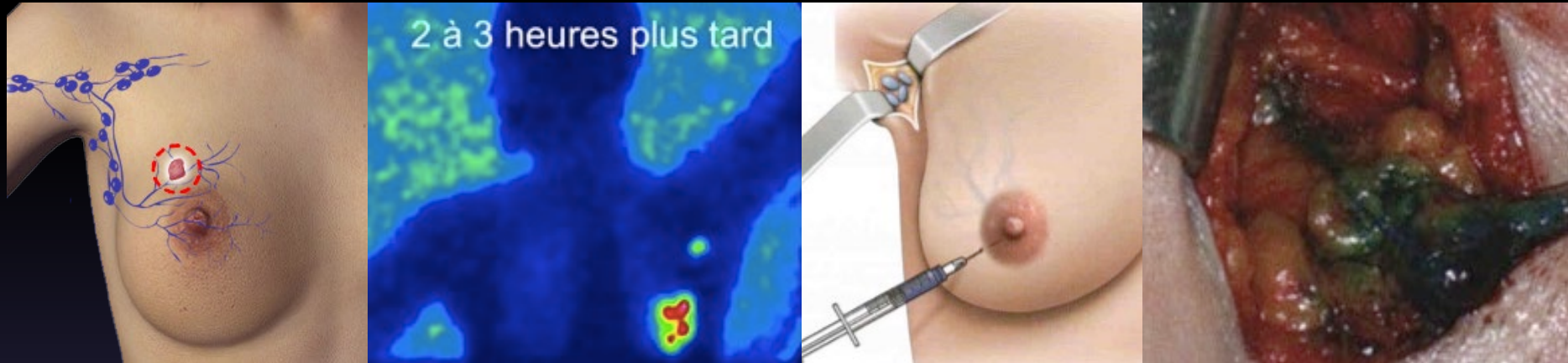
- Le lymphoedeme: esthétique, gêne fonctionnelle, point d'entrée d'infection
- Peur du risque d'apparition (1/10 en cas de curage)

– Définition: 1ers relais ganglionnaires recevant la lymphe provenant d'un organe (donc d'une tumeur)

– Adapté à la pratique dans le cancer du sein en 1994 (Giuliano)

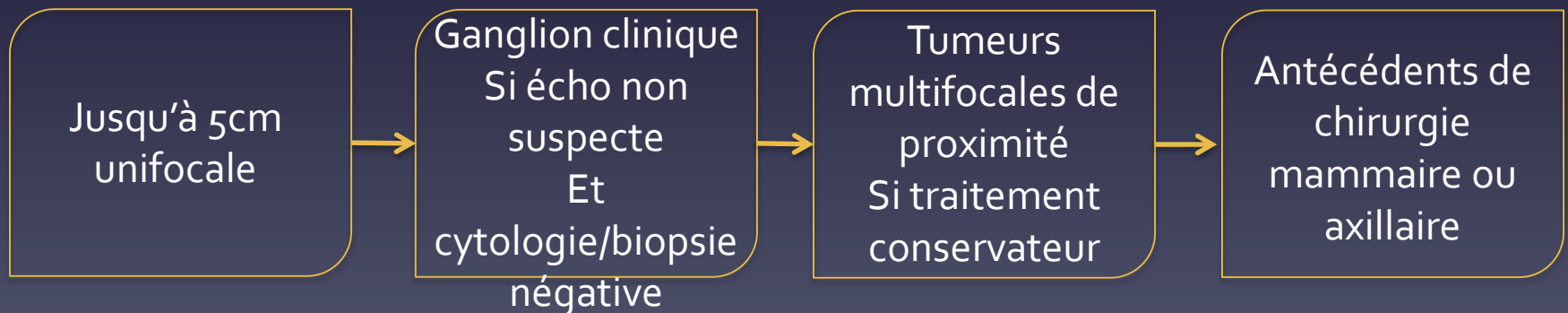


Concept:



- Technique efficace
- Permet de diminuer le taux de lymphoedeme

- Indications initiales du GS:
 - Petite tumeur < 3 cm, No
 - Sein non cicatriciel
 - Pas d' ATCD de radiothérapie ni chimiothérapie
- Evolution





- Cas particuliers:

- Multicentriques: non recommandé pour le moment (taux de faux-négatifs trop important)
- Après chimiothérapie néo-adjuvante: Oui sous certaines conditions

- ◆ **2ème désescalade:**

↓ nb curage après GS

On va encore plus loin... désescalade dans les durées d'hospitalisation

- Hospitalisation traditionnelle courte
- Unité de chirurgie ambulatoire
- Possible car:
 - Chirurgie courte
 - Souvent conservatrice (sans drainage)
 - Pas ou Peu douloureuses (anesthésie locorégionale per opératoire)
 - Avec pas ou peu de complications per/post opératoires

Chirurgie ambulatoire

- Possible que si accord du patient
- Information claire
- Avantages pour la patiente:
 - Moins d'anxiété
 - Moins d'infection nosocomiale
 - Moins d'accidents thrombo-emboliques
 - Participation active dans la prise en charge
- Avantages pour l'établissement
 - Réduction des coûts
 - Organisation de service



Chirurgie ambulatoire

- Actuellement:
 - traitement conservateur / ganglion sentinelle
 - Mastectomie? Curage axillaire?



Conclusion

- La désescalade concerne beaucoup de patientes
- Vigilance dans certaines situations
 - Les tumeurs > 5 cm
 - Statut ganglionnaire
 - Échec de technique
 - Pas de GS chez la femme enceinte
 - En cas de nombreuses co-morbidités
- Le futur
 - Les carcinomes in situ de bas grade ?