

TRAITEMENT CONSERVATEUR DU CANCER DU SEIN: PLACE DE L'ONCOPLASTIE

A. EL MAHFOUDI, A. ABOULFALAH, H. ABBASSI*

*Service de gynécologie obstétrique « A ». Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI, Marrakech

ملخص

إن العلاج الاحتفاظي أصبح العلاج المختار لسرطان الثدي، و يهدف إلى ضمان نفس حظوظ البقاء على قيد الحياة و المراقبة الموسمية كما هو الشأن بالنسبة للعلاج الجذري مع الاحتفاظ بكل الثدي. بين سنتي 2003 و 2008 استفادت 45 حالة سرطان الثدي بمصلحة أمراض النساء و الولادة بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش من العلاج الاحتفاظي. كان معدل السن هو 49 سنة (36 / 67 سنة). معدل أجل الاستشارة الطبية كان 7 أشهر و كان الورم يتموضع في جل الأحيان في الربع الأعلى الجانبي (13 حالة)، و قد كان السرطان القوي الإيجابي هو الأكثر ترددا في 39 حالة (86.8 %). حسب التصنيف (TNM) للاتحاد العالمي لمحاربة داء السرطان، انتان و ثلاثون مريضة كن مصابات بسرطان مصنف T2؛ و 13 مصنف T3. استفاد كل المرضى من العلاج الجراحي المحافظ (31 علاج محافظ تقليدي 14 جراحة تجميل. تم تقييم 44 حالة خلال 12 شهرا (1 سنة / 4 سنوات) ، رجوع المرض موضعيا لوحظ عند مريضتين (4.4 %) خضعتا لاستئصال الثدي الاستراكي، بينما انتقل المرض عند مريضتين (4.4 %) و النتائج الجمالية كانت مرضية في 44.1 % و سيئة في 11.1 %.

الكلمات الأساسية: العلاج المحافظ لسرطان الثدي- جراحة تجميلية- النتائج الجمالية.

Résumé Le traitement conservateur est devenu le traitement de référence pour le cancer du sein, il a pour but d'assurer les mêmes chances de survie et de contrôle local que le traitement radical tout en préservant l'intégrité de la glande mammaire. Entre 2003 et 2008 ; quarante cinq cas de cancer du sein ont bénéficié d'un traitement conservateur au service de gynécologie obstétrique "A" du CHU Mohammed VI Marrakech. La moyenne d'âge a été de 49 ans (36-67ans). Le délai moyen de consultation a été de 7 mois et le nodule a été le premier symptôme révélateur dans 43 cas, siégeant le plus fréquemment au niveau du quadrant supéro-externe (13 cas). Le carcinome canalaire invasif a été le plus fréquent et ce dans 39 cas (86.8%). Selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC), trente deux malades avaient des tumeurs classées T2 tandis que 13 des tumeurs étaient classées T1. Toutes les malades ont bénéficiées d'un traitement conservateur (31 traitements conservateurs classiques et 14 oncoplastie). L'évolution à court et à moyen terme a pu être appréciée chez 44 patientes avec un recul moyen de 12 mois (6 mois- 4 ans), 2 malades ont présenté une récurrence locorégionale, une du groupe zonectomie et une du groupe oncoplastie ce qui a nécessité deux mastectomie de rattrapage. Deux patientes (4.4%) du groupe zonectomie ont développé des métastases à distance. Les résultats esthétiques ont été satisfaisants dans 44.1% des cas et mauvais dans 11.1% des cas.

Mots clés traitement conservateur du Cancer du sein - Chirurgie oncoplastique - résultat esthétique

Abstract The breast conserving therapy (BCT) has become a standard strategy for breast cancer, it was proved that, it could give the same results in terms of global survival and local control as the radical treatment with an acceptable cosmetic results. From 2003 to 2008, 45 cases of breast cancer underwent a conservative treatment at the Department of Obstetrics & Gynecology "A" in the university center of Marrakesh. The mean age of the patients was 49 years (36-67 years). The mean delay of consultation was 7 months and the nodule was the most revealing sign in 43 cases that is localized the most cases in the level of the supero-external quadrant (13 cases). The tumors were invasive ductal carcinoma in 39 cases (86.8%). According to TNM classification, the tumors were T2 in 32 cases and T1 in 13 cases. All the patients underwent a breast conserving therapy (31 classical BCT, 14 BCT with Oncoplastic surgery). Only 44 were evaluated after a mean recession of 12 months (6months-4 years), 2 patients presented local recurrence (4.4%) how underwent a remedial mastectomy. 2 patients (4.4%) developed distant metastasis. The cosmetic outcomes were satisfying in 44.1% of the cases and bad in 11.1% of the cases.

Key words Breast cancer treatment – Oncoplastic surgery– cosmetics results.

Introduction

Le cancer du sein est le premier cancer touchant la femme. Sa prise en charge est multidisciplinaire, en France 42 000 nouveaux cas on été déclarés en 2006, ce qui correspond au risque de survenue d'un cancer chez près de 1 femme sur 10 [1]. Le traitement conservateur par tumorectomie suivie de radiothérapie donne des résultats équivalents à ceux de la mastectomie, en termes de survie globale et de survie sans récidiives [2]. Le traitement conservateur est donc un standard dans le traitement des tumeurs mammaires; Comme le démontre les études concernant les tumeurs de moins de 4 et 5 centimètres, infiltrantes [3]. La chirurgie oncoplastique, associant larges tumorectomie et comblement de la perte de substance par différente procédé

de chirurgie plastique, permet d'améliorer les résultats esthétiques [4]. La chirurgie plastique fait présent partie intégrante du traitement du cancer du sein, d'où terminologie : chirurgie oncoplastique.

Matériels et méthodes

Ce travail se fixe comme buts: D'avoir une estimation du profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostique des patientes à qui on peut proposer ce mode de traitement, d'évaluer le traitement conservateur du cancer du sein effectué dans notre service, de comparer la qualité d'exérèse entre la chirurgie oncoplastique et la chirurgie d'exérèse classique dans le traitement chirurgical

conservateur des tumeurs mammaires, de mettre le point sur les indications, les intérêts, les avantages, les difficultés et les limites de cette modalité thérapeutique qui se fixe comme ambition, d'assurer la guérison tout en conservant l'organe et sa valeur esthétique. Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les dossiers des patientes suivies pour un cancer du sein dans le service de gynécologie obstétrique "A" du CHU Mohammed VI de Marrakech. Sur une série de 306 patientes; colligés durant une période de 6 ans allant de janvier 2003 à décembre 2008. Quarante cinq patientes ont été incluses dans cette étude, et qui ont bénéficié d'un traitement conservateur avec ou sans oncoplastie.

Résultats et analyse

Le traitement conservateur a constitué 15% de l'ensemble des cancers du sein traités pendant la durée de notre travail de 2003 à 2008, dont 14 patiente (31.1%) ont subi une oncoplastie (figure 01).

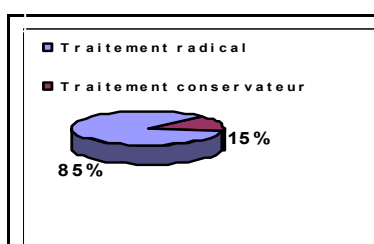


Figure 1 : Place du traitement conservateur dans le cancer du sein.

Dans les antécédents familiaux, une de nos patientes avait une sœur 1^{er} degré traitée pour cancer du sein, confirmé histologiquement. L'âge des ménarches était compris entre 12 et 16 ans avec une moyenne de 13.1 ans. Presque 53% des patientes ont eu une puberté après l'âge de 13 ans. Les contraceptifs oraux étaient le moyen contraceptif le plus utilisé chez 55.6% des cas, les multipares représentaient 60%. Le délai moyen à la consultation été de 7 mois et la découverte d'un nodule mammaire par autopalpation était le motif de consultation le plus fréquent (95,6%). On a noté la prédominance de l'atteinte du sein gauche avec un taux de 64.6% (29 patientes). Le QSE était la localisation la plus fréquente chez 13 patientes (28.8%). Selon la classification TNM de l'Union Internationale contre le cancer 1987 (UICC) ; 32 malades (71.1%) avaient des tumeurs classés T2 et 13 malades avaient des tumeurs T1 (26.7%). Aucune n'avait une adénopathie palpable cliniquement, ni de métastases décelables. Pour un diagnostic positif, l'examen extemporané a été réalisé chez 21 patientes soit 46.7% des cas. Dans 23 cas (51.1 %) on a

pratiqué une biopsie au trocrot, alors qu'une biopsie opératoire n'a été réalisée que chez 1 patiente. Le carcinome canalaire infiltrant a constitué la forme histologique principale, il a été retrouvé chez 40 patientes soit 89 % des cas. L'étude du grade histopronostique a montré la prédominance du grade II chez 75.6 % des cas, suivi du grade III avec 17.8% et puis le grade I avec 4.4% des cas. La chirurgie a consisté en un traitement conservateur classique (zonectomie) dans 31cas (68.8%) et une oncoplastie chez 14 patientes (31.2%). Cette chirurgie a été associée à un curage ganglionnaire axillaire dans 43 les cas 45 %, par évidemment axillaire chez 42 patientes 93.3% et une seule de nos malade 2.2% avait bénéficiée d'un ganglion sentinelle. Dans le groupe traitement conservateur classique, Les techniques utilisées étaient une quadrectomie dans 35.4% des cas (n=11) pour les tumeurs supérieur à 3cm et une tumorectomie dans 64.6% des cas (n=20) ou la taille de la tumeur était inférieure à 3cm. Dans le groupe oncoplastie, On a réalisé une réduction mammaire associant une mammopexie chez quatre patientes dont la tumeur siégeait dans les quadrants inférieures. Un recentrage de la plaque aréolo mammelonnaire chez 6 patientes qui avaient un degré de ptose modérée avec une cicatrice péri aréolaire et lambeau glandulaire. Une seule patiente a bénéficié d'un lambeau du grand dorsal dont la tumeur siégeait au QSE. Et on a réalisé un lambeau glandulaire isolé chez 3 patientes. La moyenne des marges d'exérèse était supérieure dans le groupe oncoplastie avec des marges de 2.5 cm versus 1.9 cm dans le groupe traitement conservateur sans oncoplastie avec un (p=0.2) non significatif vue la taille de l'échantillon (tableau I).

Tableau I : tableau comparatif de la qualité d'exérèse entre les 2 groupes.

	Avec oncoplastie	Sans oncoplastie	p
N	14	31	
Marge (cm)	2.51 (0.4-4)	1.95 (0.3-2.75)	0.200*
Poids (g)	97.7 (15-285)	95.4 (0-3.5)	0.798*

*Wilcoxon Rank sum test

Les limites de résection étaient envahies sur plus de 3mm chez 06 patientes soit (13.3%) des cas, quatre du groupe traitement conservateur seul et deux du groupe oncoplastie, complétées par des recoupes ou exérèse secondaire in sano qui se sont révélées indemnes, alors qu'elles étaient saines chez 39 de nos patientes soit 86.7 % des cas. Chez 55.6% des patientes, le curage n'a pas ramené de ganglions métastatiques, alors que chez 19 patientes un envahissement ganglionnaire a été constaté avec un nombre

de ganglions envahis compris entre 1 et 24 ganglions, la rupture capsulaire a été notée dans 8 cas. Comme traitement adjuvant, dix huit patientes (40%) ont reçues le protocole FEC 100, quatre patientes (8.9%) le protocole AC 60, quatorze patientes (31,1%) le protocole FAC60, trois patientes (6,7%) 3FEC100+3 Taxotère, et 6 patientes (17,8%) n'ont reçu aucune chimiothérapie. l'hormonothérapie par le tamoxifène a été indiquée chez 13 patients (28,9%), chez 5 patientes (11,1%) par un anti aromatase. Une radiothérapie externe du sein par cobalthérapie en postopératoire a été réalisée chez 44 patientes soit 97.7% des cas avec une dose totale de 50 grays en 16 séances. L'étalement/fractionnement a été classique; à raison de 2 grays par séance et 5 séances par semaine. Aucune patiente n'a reçue une curiethérapie. L'évolution à court et à moyen terme a pu être appréciée avec un recul moyen de 12 mois et des extrêmes entre 6 mois et 4 ans. Après le traitement chirurgical, une malade a été perdue de vue (2.2%). Ainsi 44 malades ont été évaluables. Toutes les malades ont été en contrôle local 3 mois après la fin du traitement. Au cours de l'évolution, 2 malades ont présenté une récurrence locorégionale, une du groupe zonectomie et une du groupe oncoplastie ce qui a nécessité une mastectomie de rattrapage. Deux patientes (4.4%) du groupe zonectomie ont développé des métastases à distance. Ainsi, le taux de survie globale à 2 ans a été de 95 % avec un taux de survie sans maladie a été de 88,6%. Les résultats esthétiques ont été satisfaisants dans 44.1% des cas et mauvais dans 11.1% des cas.

Discussion

Le traitement conservateur du cancer du sein a été proposé initialement dans les années 1960–1970 en Europe [5]. Il associe une exérèse de la tumeur, le traitement des adénopathies axillaires et une irradiation du sein conservé. Ce traitement conservateur est actuellement le traitement de référence des cancers du sein T1 et T2 de petite taille, non inflammatoires. Ce traitement doit répondre à trois conditions : Une survie identique à celle obtenue par la mastectomie, un risque de récurrence locale faible, un résultat esthétique satisfaisant. L'exérèse des tumeurs mammaires par techniques d'oncoplastie permet une exérèse plus large des lésions mammaires, dont l'importance en termes de diminution des risques de récurrence locale est démontrée [6,7]. Le recours à une mastectomie secondaire est significativement diminué par rapport à la zonectomie classique, argument supplémentaire en faveur de la chirurgie oncoplastique. La chirurgie oncoplastique permet d'obtenir une satisfaction de la majorité des patientes. Le développement de la chirurgie oncoplastique permettra dans l'avenir

de diminuer encore les séquelles du traitement conservateur en remodelant au mieux le sein et en évitant les déformations post-thérapeutiques importantes. Les techniques de comblement glandulaire utilisant des décollements et des lambeaux glandulaires avec transposition de la plaque aréolo-mammelonnaire et plastie mammaire permettent de conserver une forme satisfaisante au sein avec des rapports volume de tumorectomie/volume du sein assez élevés. Tout doit être fait lors du temps initial pour limiter au maximum les séquelles du traitement conservateur et en tout cas éviter les séquelles sévères, qui seront très difficilement corrigées par une chirurgie simple. L'intérêt d'une chirurgie oncoplastique peut être en outre de transformer une potentielle séquelle importante en une séquelle mineure, qui sera corrigée facilement, à distance, par lipomodélage du sein. En cas de chirurgie première, elles permettent de réaliser de larges tumorectomies, afin d'obtenir une exérèse tumorale complète. Un remodelage unilatéral est associé à un recentrage de l'aréole. Clough et l'équipe de l'institut Curie [8], qui pratiquent la chirurgie oncoplastique depuis plusieurs années, ont rapporté une étude prospective portant sur 101 patientes ayant bénéficié de cette approche technique. Le but de cette étude était l'évaluation de la qualité oncologique et esthétique de l'exérèse chez des patientes présentant de grosses tumeurs (32 mm). Le recul moyen est important : 3,8 ans. Le poids moyen du spécimen d'exérèse était de 222 grammes. Dans 10,9 % des cas, les marges chirurgicales étaient atteintes, ce qui a nécessité six mastectomies complémentaires. Les résultats cosmétiques ont été jugés insuffisants dans seulement 12 % des cas. Nos et l'équipe de l'institut Curie [9] rapportent une série rétrospective de grosses tumeurs des quadrants inférieurs (32,5 mm) portant sur 50 patientes traitées par chirurgie oncoplastique bilatérale. Les marges étaient saines dans 90 % des cas, avec un poids moyen de la pièce opératoire de 270 grammes. Avec un recul médian de 48 mois, le taux de récurrence locale à 5 ans était de 7%, le taux de survie sans récurrence était de 81 %, et le taux de survie globale était de 97%; 85 % des patientes étaient satisfaites du résultat cosmétique. Kaur et son équipe [10] ont rapporté, très récemment, une étude prospective comparant le taux de marges saines entre chirurgie oncoplastique et zonectomie. Le nombre de patientes dans chacun des bras était de 30. Le volume d'exérèse était supérieur dans le groupe chirurgie oncoplastique par rapport au groupe zonectomie : 200,18 cm³ versus 117,55 cm³ (p = 0,016). Les marges étaient négatives dans 25 cas (83,3 %) du groupe chirurgie oncoplastique contre 17 (56,6 %) dans le groupe zonectomie (p = 0,05). L'évaluation cosmétique des résultats n'a pas été réalisée.

Les conditions pour pratiquer un traitement conservateur concernent à la fois le praticien et la patiente. En effet, la décision thérapeutique doit être prise en accord avec la patiente, informée des conséquences en termes de récurrence, mais également du risque de reprise chirurgicale en cas d'atteinte des berges. Le praticien, quant à lui, doit être expérimenté avec si possible des connaissances en oncoplastie de façon à éviter au maximum toutes séquelles esthétiques qui feraient perdre l'essence même du traitement conservateur.

Conclusion

Le traitement conservateur du cancer du sein associant une radiothérapie est devenu le gold standard pour les tumeurs unifocales, non inflammatoires, moins de 3 cm de diamètre. Les indications de la chirurgie oncoplastique sont des patients pour lesquels le rapport volume des tumeurs par rapport au volume des seins permet la réalisation de la technique, ceci se vise comme but d'améliorer le résultat esthétique.

Références

- 1-A.Fitoussi, B.Couturaud, R.Salmon, Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein, techniques et indications, Springer ISBN-13 978-2-287-71475-7
- 2- B.Fisher, S.Anderson, Ck.Redmond. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. NEJM 1995;333:1456-61
- 3- P.L. Giacalone,N.El Gareh
Traitement locorégional du cancer du sein : jusqu'où peut-on être conservateur ? 27es journées de la SFSPM, Deauville, novembre 2005.
- 4-I.cothier-savey, F.Rimareix. Principe généraux de la chirurgie oncoplastique du sein Annales de chirurgies plastique esthétique(2008)53,102-111
- 5- V.Doridot, C.Nos et Al.Le traitement chirurgical conservateur du cancer du sein Cancer/Radiothérapie 8 (2004) 21–289.
- 6- Smitt MC, Nowels KW, Zdeblick MJ, Jeffrey S, Carlson RW, Stockdale FE, et al. The importance of the lumpectomy surgical margin status in long term result of breast conservation. Cancer1995;76:259–67.
- 7- Tartter PI, Kaplan J, Bleiweiss I, Gajdos C, Kong A, Ahmed S, et al. Lumpectomy margins, re-excision, and local recurrence of breast cancer. Am J Surg 2000; 179:81–5
- 8- Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. Ann Surg 2003; 237: 26-34.
- 9- Nos C,Fitoussi A,Bourgeois D,Fourquet A, Salmon RJ, Clough KB. Conservative treatment of lower pole breast cancers by bilateral mammoplasty and radiotherapy. Eur J Surg Oncol 1998; 24: 508-14.
- 10- Kaur N, Petit JY, Rietjens M et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. Ann Surg Oncol 2005; 12: 539-45.