

Chirurgie du cancer du sein Référentiel validé en mars 2009

**Les modifications de la réunion du
27 octobre 2010 apparaissent en jaune**

Chirurgie

Mammectomie radicale modifiée

Mammectomie totale emportant la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) et associée à un curage axillaire complet (limité par le bord inférieur de la veine axillaire en haut, le muscle grand dorsal en dehors et en profondeur, le muscle grand dentelé en dedans, et limité aux 2 premières étapes de Berg). Respect du pédicule du grand dorsal (scapulaire inférieur) et du nerf du grand dentelé. Pour avoir une valeur pronostique, le curage doit comporter au **minimum 10 ganglions**. **Si un curage comporte moins de 5 ganglions, une reprise chirurgicale doit être discutée.**

Mastectomie partielle et curage

Mastectomie partielle emportant la tumeur en totalité avec des berges macroscopiquement saines, et le cas échéant recoupes glandulaires. L'exérèse est effectuée sur toute l'épaisseur du tissu mammaire jusqu'au plan musculaire. Pièce orientée dans l'espace (fils, clips et ou schéma), non morcelée.

La mastectomie partielle doit permettre un contrôle local satisfaisant pour un résultat esthétique correct :

L'objectif à atteindre est une marge de tissus sain de 3mm au moins en cas de carcinome infiltrant (canaulaire ou lobulaire) et de 5mm en cas de carcinome *in situ*.

Les décisions de reprise chirurgicale des cas limites seront discutés en RCP.

L'oncoplastie doit dicter la voie d'abord. L'exérèse de la peau en regard de la tumeur n'est indispensable que s'il existe un envahissement cutané. En cas de voie d'abord indirecte la mise en place de clips sur le site tumoral est recommandée pour faciliter la conduite du traitement radiothérapique et la surveillance.

Le **curage axillaire** doit comporter l'ablation du tissu cellulo-ganglionnaire axillaire compris entre la veine axillaire en haut, le grand dorsal en dehors et le grand dentelé en dedans. Il doit comporter **au moins 10 ganglions** (si un curage comporte moins de 5 ganglions, une reprise chirurgicale doit être discutée).

La technique du **ganglion sentinelle** doit être proposée à des patientes informées, si elle est réalisée par des équipes formées à cette pratique en suivant les recommandations : voir le chapitre "Ganglion sentinelle".

Accès aux documents de l'ANAES (Octobre 2002) "Technique du ganglion sentinelle dans le cancer du sein - Rapport d'étape" : rapport (90 pages - Format PDF) et synthèse (10 pages - Format PDF).

Accès au SOR "Cancers du sein non métastatiques - Standards, Options et Recommandations (SOR) en cancérologie [2001] : rapport intégral (342 pages - Format PDF) et rapport abrégé (49 pages - Format PDF).

Reconstruction mammaire

Elle fait l'objet d'un chapitre séparé.

Recommandations pour la pratique du ganglion sentinelle (hors essai clinique)

Préalables

Tout chirurgien qui pratique la technique du GS doit avoir validé son apprentissage (courbe d'apprentissage, tutorat, enregistrement des cas). La procédure est réalisée dans une équipe qui a rédigé des procédures chirurgicale, anatomopathologique et isotopique communes.

Indications

La procédure sentinelle est proposée, après information éclairée de la patiente, en cas de cancer infiltrant unifocal histologiquement prouvé sans adénopathie axillaire palpable : T0 et T1 N0 ~~et en cas de carcinome canalaire *in situ* nécessitant une mastectomie.~~

et T2 ≤ 30 mm

Pour les carcinomes *in situ*, se référer au référentiel de l'INCa validé par le Réseau.

La taille et la focalité sont évaluées par le bilan préopératoire clinique, radiologique et un prélèvement radioguidé qui est conseillé.

Dans les autres cas, il est recommandé l'inclusion dans un protocole évalué et/ou une analyse pluridisciplinaire (RCP).

cytologique ou histologique pré opératoire est obligatoire.

Contre indications absolues

Lésion multifocale/chimiothérapie ;

(tumeurs multiples espacées de 4 cm ou plus).

Traitement pré-opératoire du cancer (chimiothérapie, hormonothérapie ou radiothérapie).

Contre indications relatives

Antécédent de chirurgie mammaire ou axillaire

Technique

La technique n'est actuellement pas standardisée, mais l'on s'accorde à recommander la mise en oeuvre d'une technique combinée, isotopique et colorimétrique.

Les doses, modalités, et sites d'injection sont spécifiés dans l'équipe, par l'isotopiste et le chirurgien.

Un examen cytologique ou/et histologique peropératoire peut être pratiqué, avec l'objectif d'essayer de limiter le nombre de réinterventions en cas de GS positif.

L'examen histopathologique définitif fait appel à des coupes sériées et à une analyse immunohistochimique des GS.

Résultats

L'envahissement ganglionnaire, même micrométastatique, fait poser l'indication d'un curage ganglionnaire complémentaire. Les cas de cellules isolées doivent être discutés en RCP.

Lorsque, après analyse anatomopathologique, la taille de la tumeur est légèrement supérieure, l'indication n'est pas modifiée.

L'échec d'identification de ganglion sentinelle fait poser l'indication d'un curage.

Le creux axillaire doit être palpé afin d'associer l'adénectomie de tout ganglion dur ou macroscopiquement suspect.

Information de la patiente

Il est recommandé que toutes les patientes qui bénéficient d'une procédure sentinelle soient informées des limites de nos connaissances, des risques (faux négatif, réaction allergique, rémanence du colorant bleu).

Surveillance

Le creux axillaire sera surveillé avec la même périodicité que le sein.

Recommandations pour la reconstruction mammaire (RM)

Il existe à ce jour **6 techniques** opératoires validées de reconstruction du sein :

- prothèse mammaire seule d'emblée
- prothèse mammaire après expansion cutanée
- lambeau de muscle grand dorsal avec prothèse
- lambeau de muscle grand dorsal sans prothèse dit "autologue"
- lambeau de muscle grand droit de l'abdomen (TRAM)
- lambeau cutanéograisseux de l'abdomen microanastomosé (DIEP).

Ces techniques diffèrent entre elles par la lourdeur de l'intervention, les risques de complications et d'échec (plus nombreux en cas de tabagisme) et la qualité du résultat esthétique. Elles nécessitent toutes une bonne expérience de la part du chirurgien ; certaines demandent en outre une compétence spéciale (DIEP) ou un environnement hospitalier adapté (TRAM).

La reconstruction du sein peut être réalisée selon **2 modalités** au mieux 6 à 12 mois après la fin des traitements complémentaires (radio ou chimiothérapie) en cas de reconstruction secondaire. On parle alors de reconstruction mammaire secondaire (RMS). La reconstruction mammaire immédiate (RMI) est réalisée en même temps que la mastectomie.

Indications de la RMS : chaque femme peut bénéficier d'une RMS quel que soit le stade de la maladie. Seuls doivent être pris en compte dans la décision, la motivation et l'état général de santé, car la reconstruction chirurgicale est une nouvelle épreuve physique et morale pour la patiente. Le chirurgien qui va pratiquer la reconstruction doit avoir connaissance de l'histoire de la maladie et informer les praticiens impliqués dans la surveillance.

Indications de la RMI : on admet généralement qu'une RMI peut être proposée à toute femme qui ne devrait pas subir de radiothérapie postopératoire, car la radiothérapie altère fortement la qualité de toute reconstruction. Les indications idéales sont : mastectomie prophylactique, carcinome intracanalair étendu, récurrence après traitement conservateur. La mastectomie est totale avec ou sans préservation de l'étui cutané mais avec toujours ablation de la PAM. Cependant, une radiothérapie postopératoire prévisible n'est pas une contre-indication absolue à la RMI. Si une radiothérapie est finalement nécessaire après l'analyse histologique du sein, son efficacité n'est pas altérée par la présence de l'implant mammaire. La patiente doit néanmoins être prévenue du risque élevé de coque périprothétique.