



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/6138
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/6138>



RESEARCH ARTICLE

CONSERVATIVE TREATMENT OF BREAST CANCER, EXPERIENCE OF THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF THE AVICENNE MILITARY HOSPITAL.

Mohammed Lahkim, Mohammed Es-said Ramraoui, Mohammed Jaouad Fassi Fihri, Ahmed Elguezzar,
 Ahmed Elkhader, Rachid El Barni and Abdessamad Achour.
 Service de chirurgie générale, hopital militaire Avicenne, 40000, Marrakech, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 22 October 2017
 Final Accepted: 24 November 2017
 Published: December 2017

Key words:-

Breast cancer, Breast-conserving
 treatment, Limits of excision, Local
 recidivism.

Abstract

Breast cancer is currently the most common cancer in women, and is a major diagnostic and therapeutic problem. The radio-surgical conservatrice therapeutic management has become a standard for most tumors : stages I and II. Furthermore, the use of preoperative treatment extends the indications of conservative treatment which was initially limited to tumors less than 3cm, unifocal, and non-inflammatory to larger tumors.

Our study reports 20 patients cases of breast cancer, collected at the surgical department's of the military hospital avicenne marrakech's , over a period of 2 years from january 2015 to december 2016 who underwent conservative treatment.

Copy Right, IJAR, 2017,. All rights reserved.

Introduction:-

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde et pose un véritable problème diagnostique et thérapeutique. Le traitement conservateur radio-chirurgical est devenu un standard pour la plupart des tumeurs stade I et II du cancer du sein [1].

Les buts de ce travail sont d'évaluer les indications d'une chirurgie conservatrice pour un cancer du sein et décrire les modalités techniques, d'étudier l'impact de ce traitement sur la survie sans récurrence et sans métastase et déterminer les facteurs pronostiques et d'évaluer les résultats anatomiques et esthétiques.

Matériels Et Méthodes:-

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de chirurgie générale de l'hôpital militaire Avicenne sur une période de deux ans entre 2015 et 2016, durant laquelle 60 cas de cancer du sein chez la femme ont été pris en charge et dont 20 cas ont bénéficié d'un traitement conservateur.

Résultats:-

Durant la période de notre étude 60 cas de cancer du sein ont été pris en charge dans notre service dont 20 patientes ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice, soit une fréquence de 33,33%.

L'âge moyen des patientes était de 53 ans avec des extrêmes allant de 24 à 82 ans et 40% de patientes âgées de moins de 45 ans.

L'âge moyen des premières règles était de 14,5 ans. Parmi les 20 patientes, 15 étaient ménopausées (soit 75%) dont aucune n'a reçu un traitement hormonal substitutif et 5 étaient encore en activité génitale (soit 25%).

55% de nos patientes prenaient une contraception hormonale de type oestroprogestatif.

74% de nos patientes étaient multipares dont 44% avaient plus de trois enfants. L'âge de la première grossesse était inférieur à 30 ans chez 90% des patientes.

L'allaitement a été mentionné chez 75% des patientes cependant la durée n'a pas été précisée dans notre étude.

Aucun antécédent personnel ou familial de cancer du sein n'a été noté chez nos patientes. Par contre on note deux cas de tumeur bénigne et un cas de cancer de l'ovaire.

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes est la première consultation varie entre 1 et 5 mois avec une moyenne de 2,75 mois. La découverte d'un nodule du sein était le motif de consultation le plus fréquent avec 14 cas (soit 70%) suivi de la mastodynie dans 3 cas, un cas d'écoulement mamelonnaire et un cas de découverte fortuite lors d'une mammographie de dépistage.

Le sein droit était le plus atteint avec une fréquence de 55%, le sein gauche chez 40% des patientes et un seul cas de localisation bilatérale. Le quadrant supéro-externe était le plus atteint avec une fréquence de 40%. La taille moyenne des nodules était de 2,68cm avec des extrêmes allant de 2 à 4cm.

La répartition de la taille tumorale clinique selon la classification TNM de l'UICC est représentée dans le tableau suivant:

<i>Taille tumorale</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
T0	0	0%
T1	6	30%
T2	10	50%
T3	1	20%
Non précis	3	15%
total	20	100%

Les tumeurs diagnostiquées étaient fixées chez 70% par rapport au plan cutané. L'examen des aires ganglionnaires a objectivé la présence d'adénopathies axillaires homolatérales chez 6 patientes soit 30% des cas.

Après classification TNM, on note une prédominance des tumeurs classées T2 retrouvées chez 50% des patientes et des tumeurs T3 chez 20% des cas.

La mammographie était réalisée chez 16 cas soit 80% et a montré des lésions suspectes de malignité chez 14 patientes et deux cas d'image d'allure bénigne.

L'échographie mammaire a été réalisée chez 15 patiente soit 75% avec des critères de malignité chez 10 patientes et des adénopathies axillaires chez 6 cas.

Le couple mammographie-échographie réalisé chez 11 cas a permis d'établir une classification ACR de toutes les tumeurs. Ainsi, 63% ont été classés ACR 5, 27% classés ACR et 9% classés ACR 3.

Le diagnostic histologique a été réalisé en préopératoire chez 16 patientes. Ainsi, 70% des patientes ont bénéficié d'une biopsie et qui a confirmé la présence de cellules malignes de type carcinome infiltrant chez toutes ces patientes. Deux autres patientes ont bénéficié d'une cytoponction confirmant le caractère malin dans un seul cas.

L'examen extemporané a été réalisé chez 4 patientes soit 20%.

Le bilan d'extension n'a objectivé aucune métastase au moment du diagnostic.

Les récepteurs hormonaux étaient positifs dans 75% des cas et le statut HER quant à lui variait entre le score 0 et le score 2 chez 8 de nos patientes.

Le dosage du marqueur biologique CA15-3 a été demandé pour toutes les patientes permettant ainsi une surveillance postopératoire.

Les patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur sont au nombre de 20 soit 100% des cas. Les volumes de résections homolatéraux à la tumeur étaient de 20g en moyenne. Le curage axillaire a été effectué chez toutes les patientes. Dans 68% des cas par la réalisation d'une incision directe du creux axillaire et dans 32% des cas par l'incision de plastie mammaire.

L'étude de nos marges de résection met en évidence des marges saines dans 65% des cas. Il existait une atteinte des berges dans 35% des cas, soit 7 patientes et qui ont été reprises par une mastectomie et une par tumorectomie.

Les tumeurs classées grade I SBR était de 5%, grade II de l'ordre de 45% et grade III 30%.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours. Les complications précoces étaient un hématome chez 30% des patientes, une lymphocèle chez 45% des patientes, une surinfection chez 10% des patientes et des troubles sensitifs dans 20% des cas.

La complication tardive la plus fréquente était le lymphodème dans 20% des cas.

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie adjuvantes accompagnant la chirurgie. Quant à l'hormonothérapie, elle a été prescrite dans 75% des cas.

Nous avons relevé 5 cas présentant des malformations modérées, et 3 présentant une asymétrie mammaire. Pour les autres patientes, le recul n'est pas suffisant pour juger les séquelles.

Discussion:-

Dans le monde, la fréquence du cancer du sein est variable selon les pays, les taux les plus bas sont ceux des pays asiatiques et africains (l'indice au Japon ; 10 cas pour 100000 habitants) et les plus élevés sont les pays occidentaux [1].

Au Maroc, à partir de l'an 2000, le cancer du sein est devenu le premier cancer chez la femme avec une incidence de 27,69/100000 femmes qui est relativement proche de celle des pays du Maghreb [2]. Selon les statistiques de l'institut national d'oncologie de Rabat, le cancer du sein représente 55% des cancers gynécologiques et 17% de tous les cancers [3].

Le traitement conservateur du cancer du sein associe une chirurgie mammaire conservatrice consistant en une exérèse tumorale large emportant la tumeur ainsi qu'une marge de tissu mammaire avoisinant macroscopiquement saine à une chirurgie des ganglions 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 répond à trois objectifs : une survie identique à celle obtenue par la mastectomie, un risque de récurrence locale faible et un résultat esthétique satisfaisant [4].

La chirurgie oncoplastique se définit quant à elle, comme l'utilisation de techniques de chirurgie plastique lors du traitement conservateur du cancer du sein. L'exérèse tumorale est corrélée à un geste plastique de comblement du défaut glandulaire pour préserver la morphologie du sein et améliorer les résultats esthétiques [4].

Classiquement, le traitement conservateur est proposé pour des tumeurs dont le diamètre est inférieur à 3cm. Cependant, deux études randomisées [5,6] portant sur des lésions allant jusqu'à 5cm ont montré que les taux de survie étaient identiques après traitement conservateur et mastectomie. La difficulté est d'ordre technique : il est plus souvent impossible d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant après tumorectomie large pour des lésions de cette taille, sauf en cas de sein très volumineux. En effet, une tumorectomie de très gros volume entraîne un risque élevé de déformation mammaire [7]. Dès les années 1987, certaines équipes européennes ont proposé de réaliser un traitement préopératoire afin de réduire le volume tumoral, pour ensuite faire bénéficier la patiente d'un traitement

conservateur. La chimiothérapie néoadjuvante est actuellement le plus souvent proposée pour un traitement à visée de réduction du volume tumoral mais la radiothérapie et l'hormonothérapie préopératoire sont également possibles. Cependant, tout traitement préopératoire nécessite un examen clinique précis (dimensions tumorales et distance tumeur-mamelon), un bilan radiologique mammographie-échographie est également nécessaire afin de préciser qu'il s'agit bien d'une tumeur unifocale et de pouvoir ultérieurement évaluer la réponse au traitement. Certaines caractéristiques histologiques et biologiques de la tumeur doivent être connues avant de débiter le traitement, car elles pourront être modifiées par celui-ci : la microbiopsie ou un drill biopsie sont systématiques [7].

La radiothérapie préopératoire a été le premier traitement à visée cytoréductrice proposé en cas de cancer du sein volumineux. Une étude de V.Doridot [8] a démontré qu'en cas de réponse tumorale suffisante, cette irradiation préopératoire permet un traitement conservateur du sein, en effectuant une tumorectomie large du reliquat à l'issue de l'irradiation.

A l'institut Curie, une irradiation préopératoire est proposée aux patientes de plus de 65 ans atteintes d'une tumeur unifocale avec des récepteurs hormonaux RH+ de 3 à 7cm sans microcalcifications étendues. Une évaluation clinique et radiologique est ensuite effectuée 15 jours après la fin de l'irradiation afin de déterminer la suite du traitement local. Une réponse majeure est définie par une régression tumorale de plus de 50% ; ce qui concernait 85% des patientes de cette série [9]. Dans 77% des cas, un traitement chirurgical conservateur a pu être proposé six semaines après l'irradiation.

Plusieurs essais ont montré que les taux de conservation mammaire pouvaient être augmentés grâce à une chimiothérapie néoadjuvante. L'analyse de la littérature montre des chiffres de conservation mammaire après chimiothérapie néoadjuvante proche de 50% [9,10]. Cependant, cette chimiothérapie première n'apporte pas de bénéfice de survie par rapport à une chimiothérapie postopératoire [9,10]. La chimiothérapie comprend 4 à 6 cycles selon les protocoles. L'intervention est programmée un mois après la dernière cure. En cas de réponse tumorale partielle ou complète, autorisant un traitement conservateur, une tumorectomie et un curage axillaire sont alors pratiqués. Dans le cas contraire, une mastectomie reste le traitement standard, même s'il est parfois possible de délivrer une radiothérapie préopératoire de rattrapage, un mois après la dernière cure. Le taux de réponse clinique est alors de 60%, permettant encore le plus souvent un traitement conservateur [11].

Le tamoxifène est la molécule la plus étudiée dans l'hormonothérapie. Une analyse rétrospective chez 199 patientes âgées de 50 à 70 ans qui ont reçu une hormonothérapie néoadjuvante a montré un taux de conservation mammaire de 54% pour les femmes ayant une tumeur opérable d'emblée et de 44% pour celle ayant une tumeur localement évoluée [12]. Dans notre série aucun traitement néoadjuvant n'a été prescrit.

Un risque de récurrence existe après traitement conservateur. Mais sa survenue n'a pas d'influence sur le taux de survie à 10 ans. La récurrence locale constitue un échec du traitement et impose une nouvelle chirurgie avec souvent une mastectomie dans la mesure où le remodelage glandulaire de la platie mammaire fausse les repères de la tumeur initiale. Ce risque de récurrence locale persiste tout au long de la vie de la patiente. Dans tous les essais randomisés, le taux de récurrence locale après traitement conservateur est compris entre 4 et 8% à cinq ans [13, 14,15]. Trois facteurs de risque de récurrence ont fait l'objet d'un consensus :

1. L'âge : le risque de récurrence mammaire diminue avec l'âge [13]
2. Les emboles tumoraux : leur présence est un facteur de récurrence locale. Il est de 25% à 10 ans contre 8% lorsqu'ils n'existent pas [13,15,16]
3. L'atteinte des limites d'exérèse augmente le taux de risque de récurrence locale. Ce taux est de 28% à dix ans si l'exérèse est incomplète [17].

Dans 20 à 30% des cas, le TC s'accompagne de séquelles liées à la chirurgie et à l'irradiation [18] . Les séquelles consistent essentiellement en une asymétrie de volume ou une asymétrie de position de l'aréole (41.9% des cas dans notre série); une déformation du sein par perte de substance glandulaire ou rétraction cutanée (9.4% de nos cas); une cicatrice élargie, rétractile et inesthétique ou encore une bride cicatricielle. L'évaluation des résultats esthétiques peut être standardisée par l'utilisation de classifications des séquelles esthétiques du TC. [18] . Ces classifications sont proposées comme guide pour aider les chirurgiens à planifier la reconstruction du sein.

Conclusion:-

Le choix de la chirurgie conservatrice, lorsque les indications sont bien posées, constitue un appoint supplémentaire dans les méthodes chirurgicales de traitement du cancer du sein. Cependant ces indications doivent être réfléchies et le résultat carcinologique doit être mis en avant, afin d'obtenir des limites de résection saines et pour garantir une meilleure survie sans récurrence.

Conflits d'intérêts:-

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références:-

1. Ferlay J et al. (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006 HC, InVS, INCa, et al (2010)
2. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010 P. Kamina ; Atlas d'anatomie humaine. P24 VAN DONGEN JA, BARTELINK H et al
3. Factors influencing local relapse and survival and results of salvage treatment after breast-conserving therapy in operable breast cancer : EORTC trial 10801, breast conservation compared with mastectomy in TNM stage I and II breast cancer. Eur J cancer 1992 ; 28 :801-111
4. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, Steinberg SM, Pierce L et al
5. Ten years results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. N Engl J Med 1995 ;332 :907-11
6. Veronesi U, Volterrani F, Luini A, Saccoczi R et al
7. Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. Eur J cancer 1990 ;26(6) :671-3
8. V. Doridot et al / cancer / Radiothérapie 8 (2004) 21-28 (Elsevier article) Schwartzberg BS, Goates JJ, Keeler SA, Moore JA
9. Use of advanced breast biopsies : review of 150 consecutive biopsies. J Am Coll Surg 2000 ;191 :9-15
10. Mauriac L, Durand M, Floquet A, Debled M et al
11. Neoadjuvant chemotherapy for operable breast carcinoma larger than 3cm a unicenter randomized trial with 124 month follow-up. Ann oncol 1999 ;10 :47-52 Institut Bergonié Bordeaux Groupe Sein (IBBGS) Scholl SM, Pierga JY, Vilcoq JR, Durand JC et al
12. Neoadjuvant vs adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumours considered too large for breast conserving surgery ; preliminary results of a randomised trial :S6. Eur J cancer 1994 ;30 :645-52 Mauriac L, Durand M et al
13. First line tamoxifene for invasive hormonal sensitive non metastatic breast carcinomas in young postmenopausal patients. Breast cancer Res Treat 1999 ;57 :435. Gage I, Schnitt SJ. Troyan SL et al
14. Pathologic margin involvement and the risk of recurrence in patients treated with breast-conserving therapy cancer 1996 ;78 :1921-8 Fowble B, Solin IJ et al
15. Breast recurrence following conservative surgery and radiation : patients of failure prognosis and radiation : patterns of failure, prognosis and pathologic finding from mastectomy specimens with implications of treatment. Radiother oncol. 1988 ;11 :297-303 Mignote H et Bremond A
16. Cancers du sein opérable : notions générales sur les techniques chirurgicales. Encycl. Med. Chir (elsevier, Paris), Gynécologie 1998 ;41 :471-81
17. Helfre S, Ginestet C et Carrie C Techniques d'irradiation du cancer du sein et de ses métastases. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris) 1996 ;871-A-30 :5p J.H. Bijek, JS. Aucouturier et al
18. Lymphocèles axillaires après curage ou prélèvement du ganglion sentinelle en cas de cancer du sein. Bull Cancer 2005 ;92(2) :179-83
19. Clough KB, Nos C, Fitoussi A, Couturaud B, Inguenault C, Sarfati I. Partial reconstruction after conservative treatment for breast cancer: classification of sequelae and treatment options. Ann Chir Plast Esthet. 2008;53(2):88-101