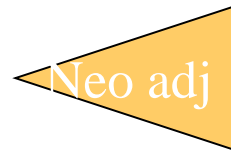


Principes de la chirurgie sénologique

Objectifs de la chirurgie

- ✓ (Assurer le diagnostic)
- ✓ Participer au traitement loco-régional du cancer
- ✓ Recueillir des éléments de pronostic
- ✓ Evaluer la réponse au ttt neo adj.
- ✓ Conserver ou restaurer la morphologie du sein



Historique



Mastectomie
radicale
Halsted

1882

- 1928 : Statistique en recherche clinique
- 1940 : Etude contrôlée randomisée

Premières études sur
la **RTE** en adjuvant
de la chirurgie

-
Baclesse et al. 1960

1970s

GS : description de la
technique

-
Giulliano et al 1994

1994

Equivalence
Mastectomie VS
conservation +
RTE

-
Veronési et al 2002
Fischer et al 2002

2000

GS : Goldstandard
cancer du sein
débutant

-
ASCO Lyman et al 2005
Saint Paul de Vence 2005

2005

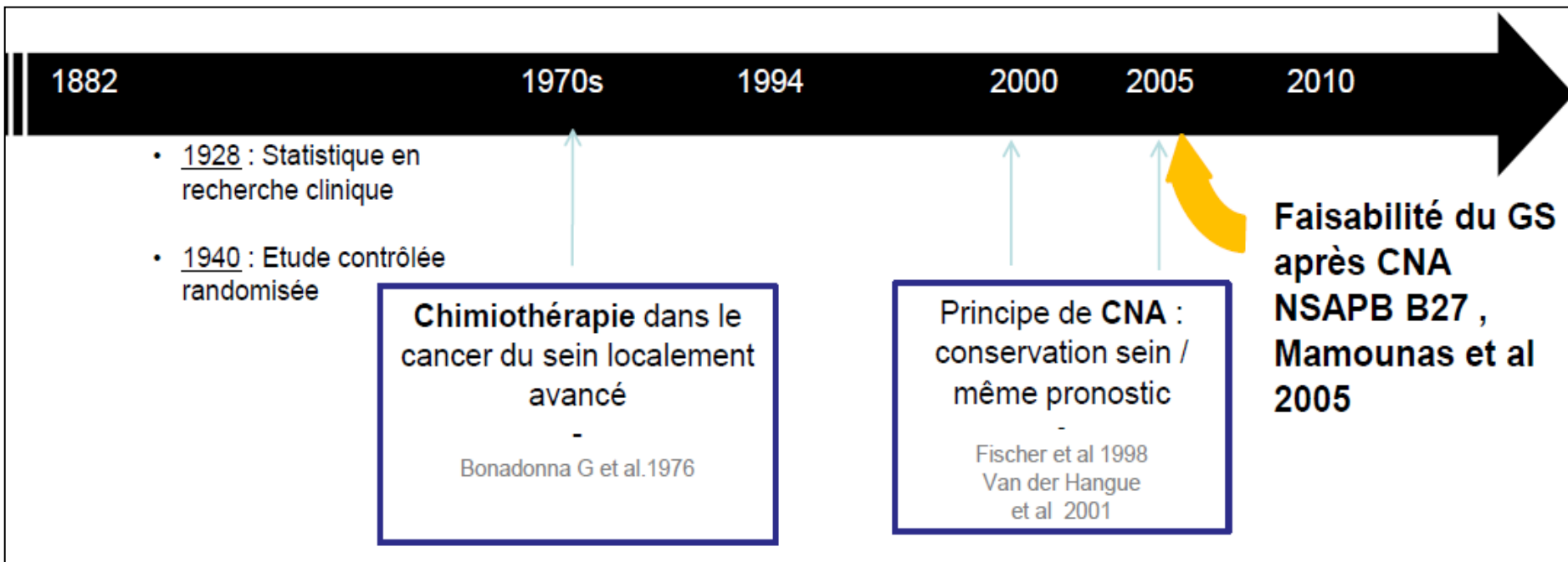
Equivalence
GS négatif vs
curage

-
Veronési et al 2010
Krag et al 20 NSAPB B32
2011

2010



Historique



Chirurgie ou chimio première?

- Stade FIGO
- Statut ganglionnaire
- Histologie initiale et immunohistochimie : HER2+ et TN
- Age de la patiente (enquête oncogénétique/ oncogériatrique)
- Comorbidités
- Bilan d'extension

Patiente souvent vue en premier par le chirurgien qui doit être capable d'anticiper la stratégie thérapeutique

Traitement conservateur ou radical?

Zonectomie

Mastectomie

Tumorectomie

Quadrantectomie

Mastectomie partielle

Oncoplastie

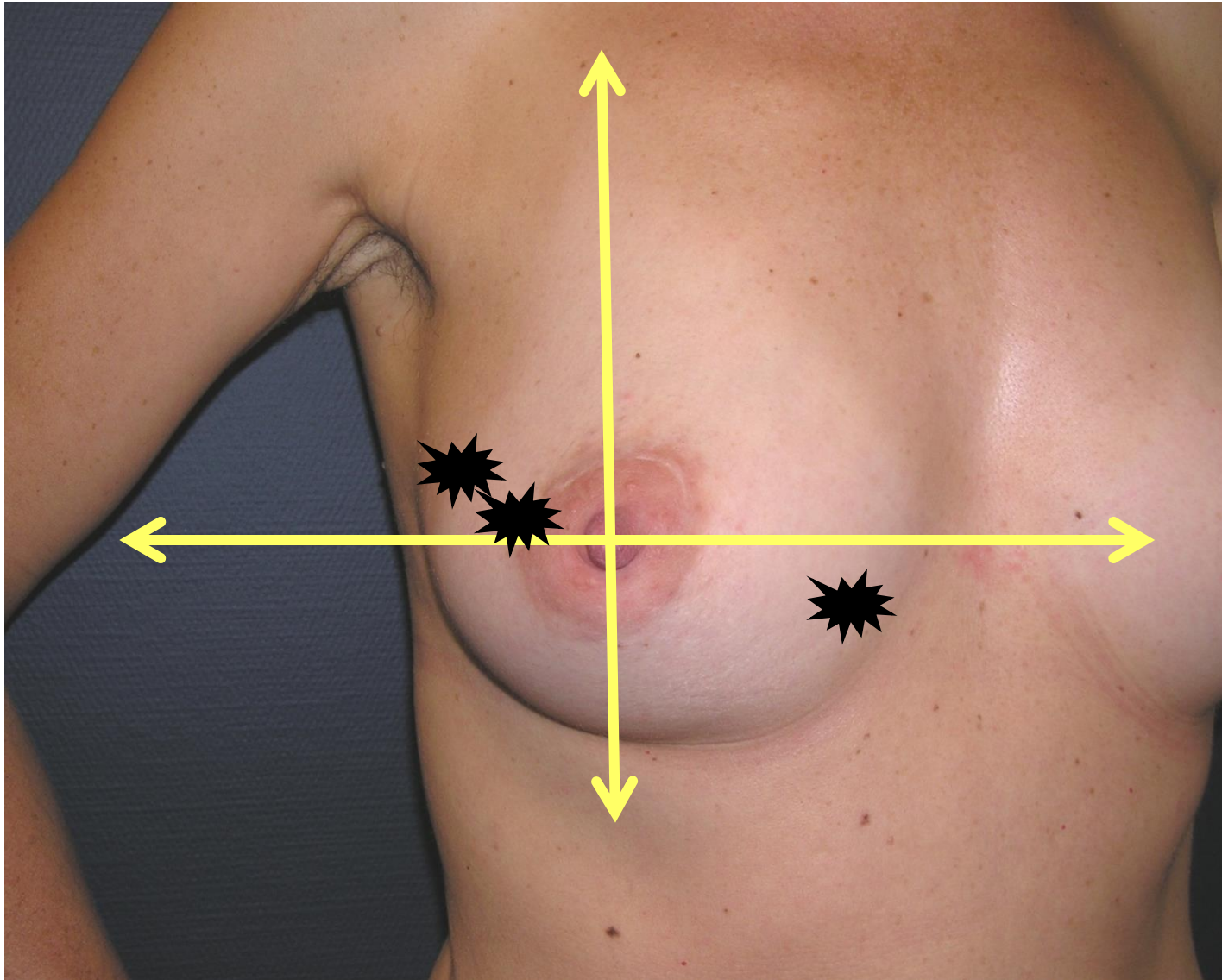
Pamectomie

- Chirurgie de l'aisselle : GS vs curage axillaire
- Reconstruction primaire / secondaire

Traitement conservateur ou radical?

- Rapport volume tumeur / volume sein (NAC)
- Multifocalité / multicentricité
- Localisation tumeur(s)
- Clinique
- Relecture radiologique
 - +/- complément d'imagerie (angiomammo/ IRM)
 - Statut ganglionnaire (échographie axillaire)
- Désir de la patiente

Multifocalité / multicentricité



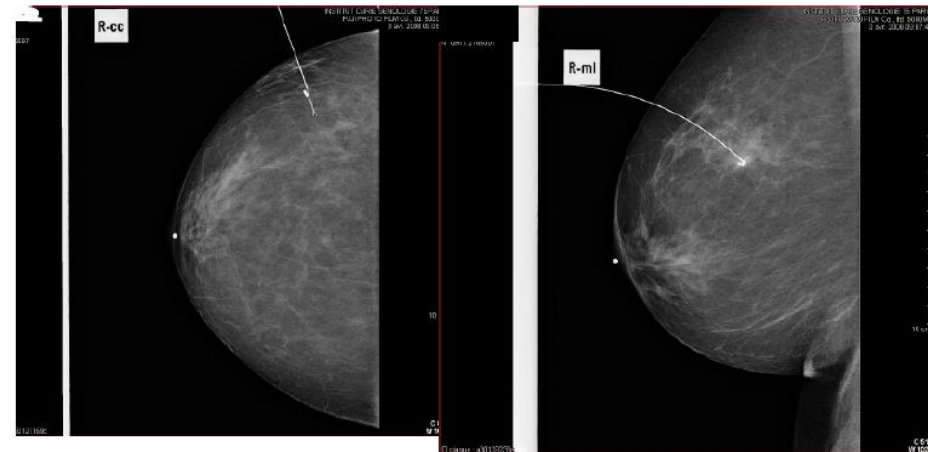
Mastectomie obligatoire

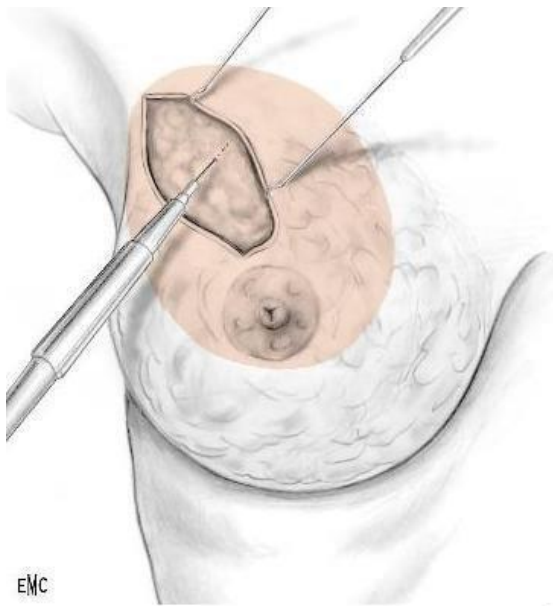
- Pas de conservateur possible
- Multicentricité
- T4
- Contre indication à la radiothérapie (RMI possible)
 - ATCD d'irradiation en mantelet / p53
 - Récidive après ttt conservateur +/-

ONCOPLASTIE+++

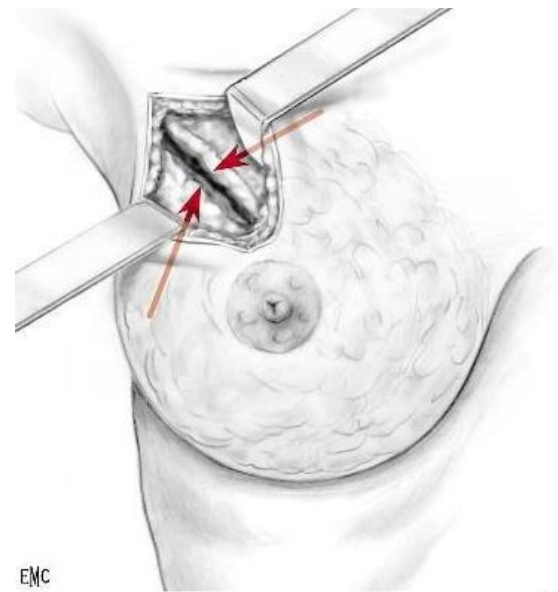
Chirurgie

- Reperage ?
 - Oui si non palpable stereo /echo
 - Multiple si lésions multifocales ou Micro étendues
- Radiographie de pièce ?
 - Oui si clip ou microcalcification
- Extempo des berges ?
 - Oui pour lésion nodulaire



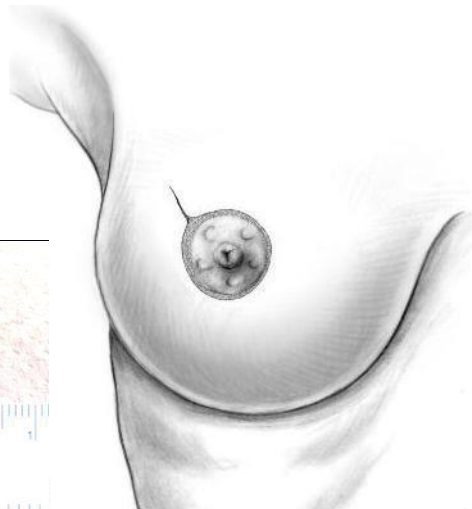
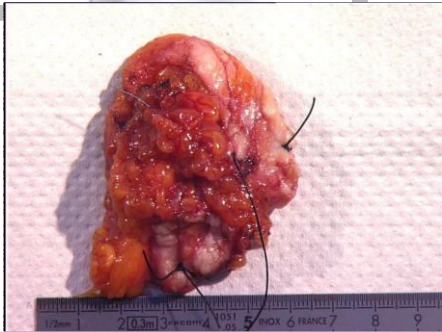


A

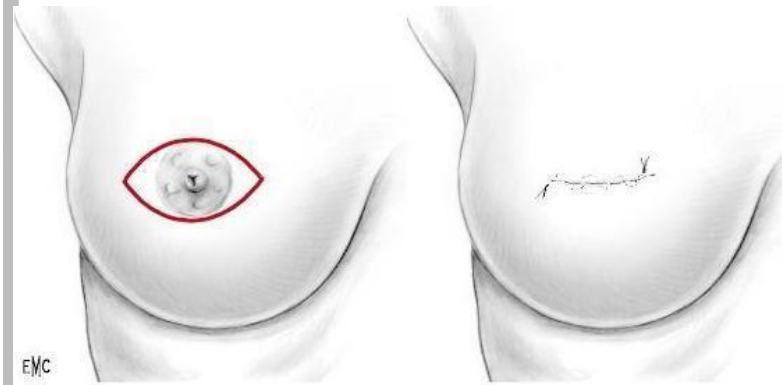


B

EMC



C

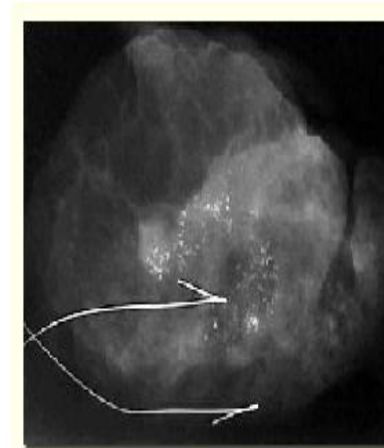


EMC

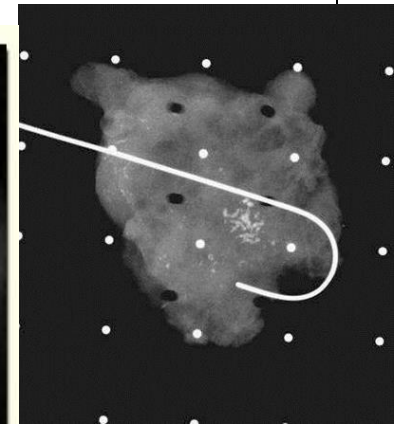
D

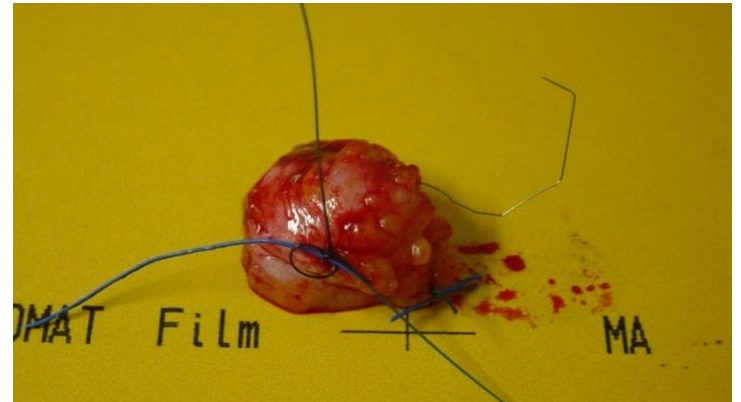
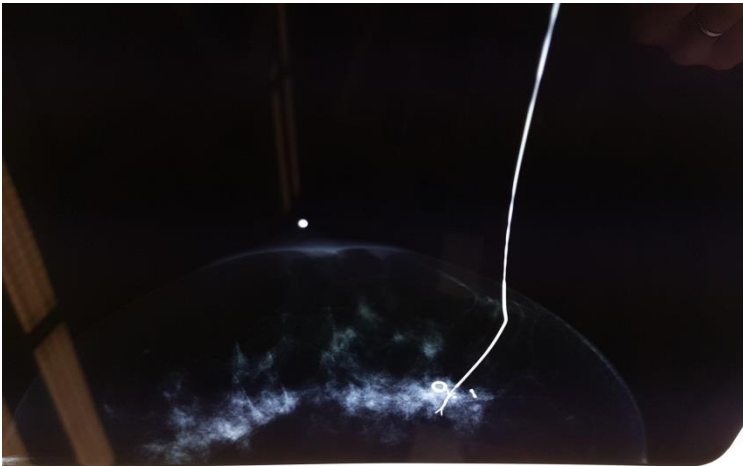
Technique chirurgicale tumorectomie

- Incision directe, péri-aréolaire ou au niveau d'un sillon mammaire +/- exérèse d'un lambeau cutané
- Décollement cutanéoglandulaire, puis exérèse **jusqu'au plan du muscle pectoral**
- Radiographie de pièce si lésion non palpable avec repérage préopératoire
- Examen extemporané de la pièce possible si nécessaire, notamment pour l'étude des berges (pièce orientée par des fils et adressée en anatomopathologie)
- +/- Recoupes
- Clipage des berges du lit tumoral
(au moins 4 clips dont 1 sur le muscle pectoral)
- Plastie glandulaire

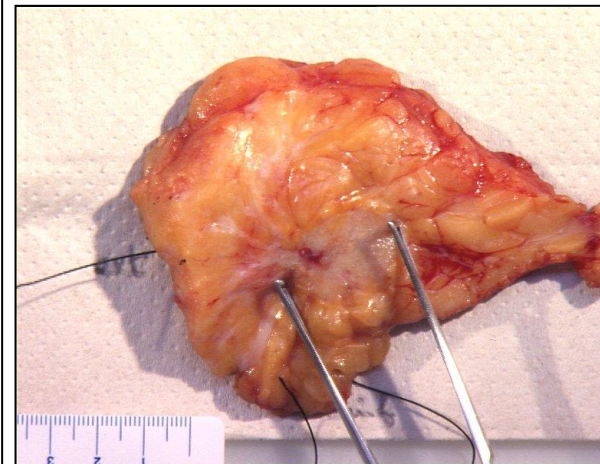
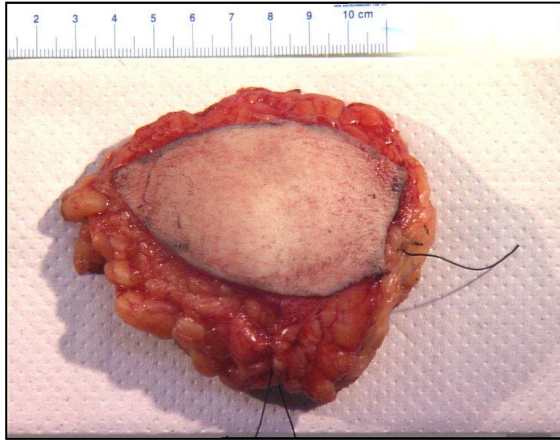


Radiographie de pièce opératoire





Mastectomie partielle: pièce macro



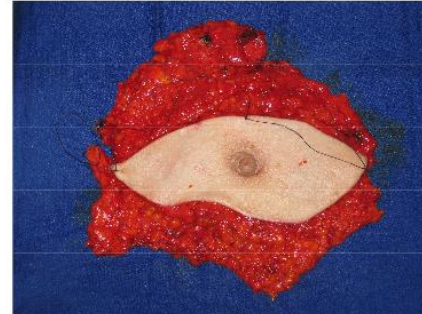
Marges macroscopiques

Exérèse glandulaire du tissu sous-cutané au fascia pré pectoral avec une zone de tissu sain latéral de 1 cm (macroscopique ou radiologique) autour de la lésion

Marges microscopiques

- **CCIS** : marges ≥ 2 mm de tissu sain
- **Infiltrant** : absence de cellules tumorales sur les berges glandulaires encrées

Technique chirurgicale : mastectomie totale



Le creux axillaire : GS

- Indication à **un GS axillaire** :

Lésion infiltrante

Tumeurs unifocales (ou 2 lésions dans le même quadrant)

<5cm

N0 clinique ou cytoponction négative

- **possible en cas de** :

Après NAC

Antécédent de chirurgie et/ou radiothérapie mammaire sans chirurgie axillaire préalable

- **GS et lésions intracanalaires = pour le risque d'infiltrant associé+++**

micro-invasion avérée ou suspectée sur la biopsie

masse associée

mastectomie

en cas d'oncoplastie pour lésion étendue

Le creux axillaire : et le CA?

- **Si micrométastases ou cellules tumorales isolées : pas de reprise**
- **Si macrométastases : pas (plus) toujours!**

Abstention possible (+/- RT axillaire):

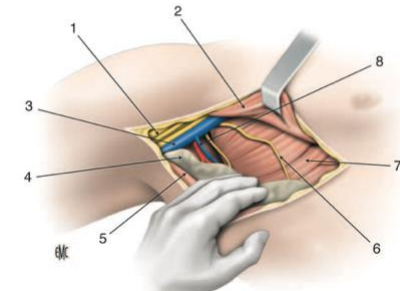
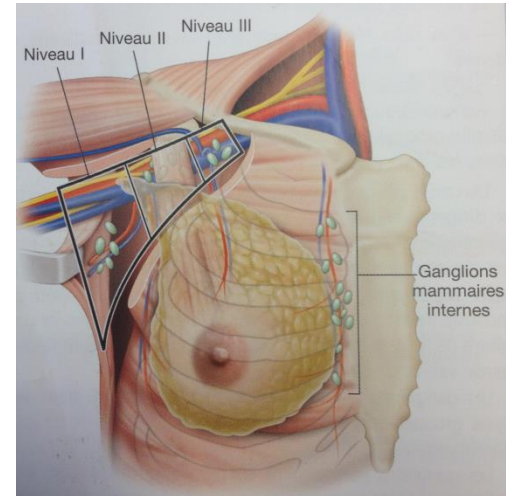
- Traitement conservateur
- pT1-pT2
- Radiothérapie postopératoire
- Indication de traitement médical (hormonothérapie et/ou chimiothérapie et/ou anti HER2) adjuvant
- Pas de rupture capsulaire
- ≤ 2 GS+
- Pas de chimiothérapie néoadjuvante

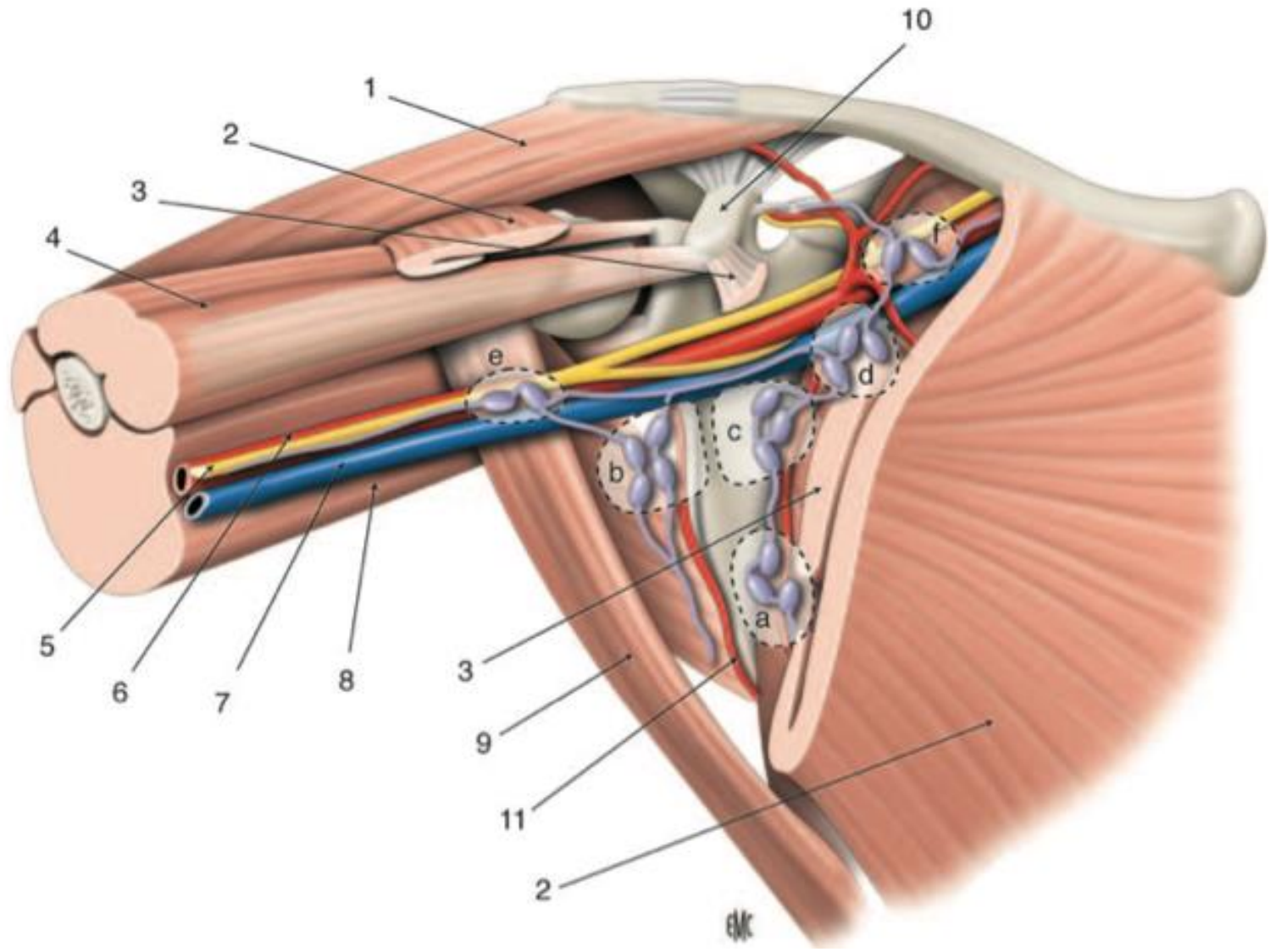


Anatomie lymphatique

Curage axillaire

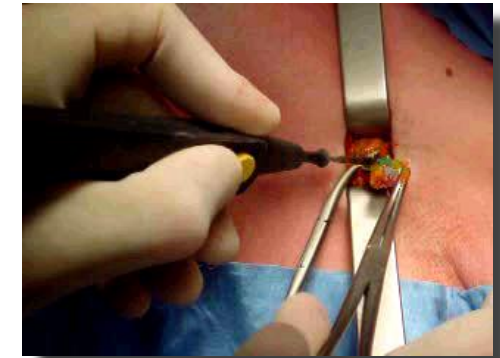
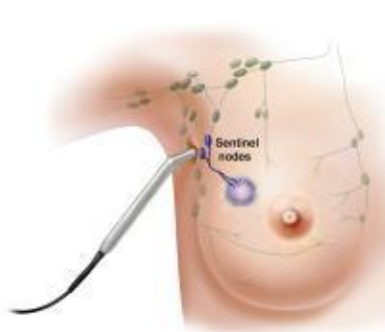
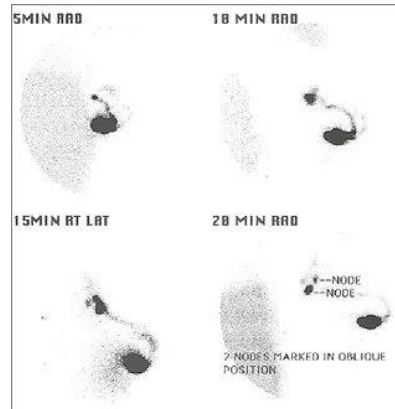
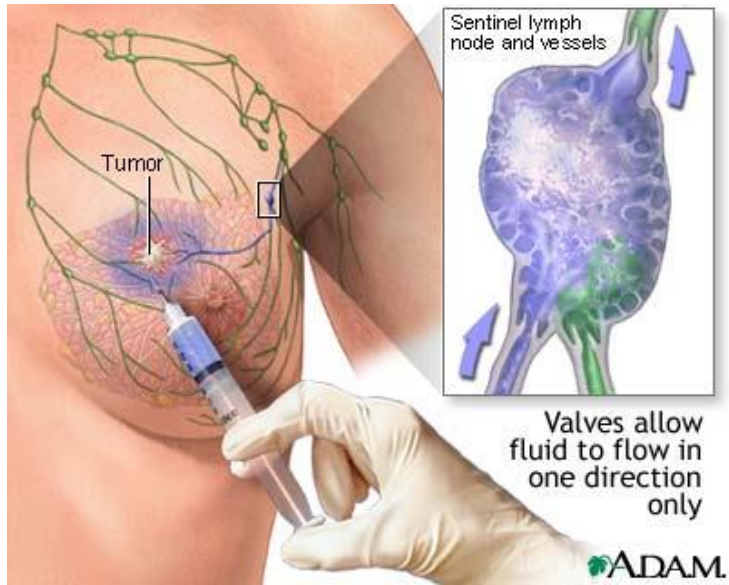
- 3 niveaux de Berg
 - Niveau 1: sous le bord externe du petit pectoral
 - Niveau 2: sous le petit pectoral
 - Niveau 3: sous la fosse sous-claviculaire
- Repères du curage
 - En interne: nerf du grand dentelé
 - En profondeur: pédicule du grand dorsal
 - En haut: bord inférieur de la veine axillaire



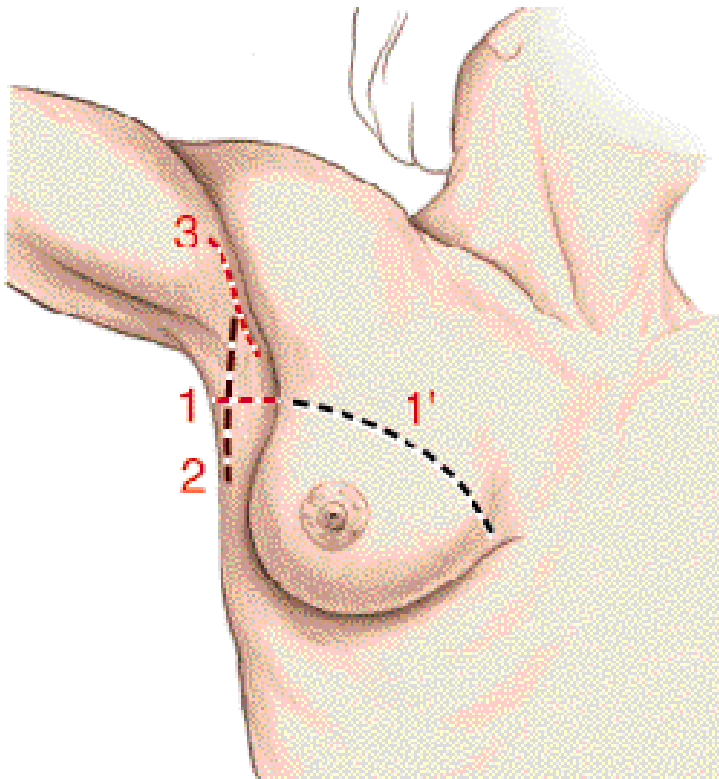




Ganglion sentinelle



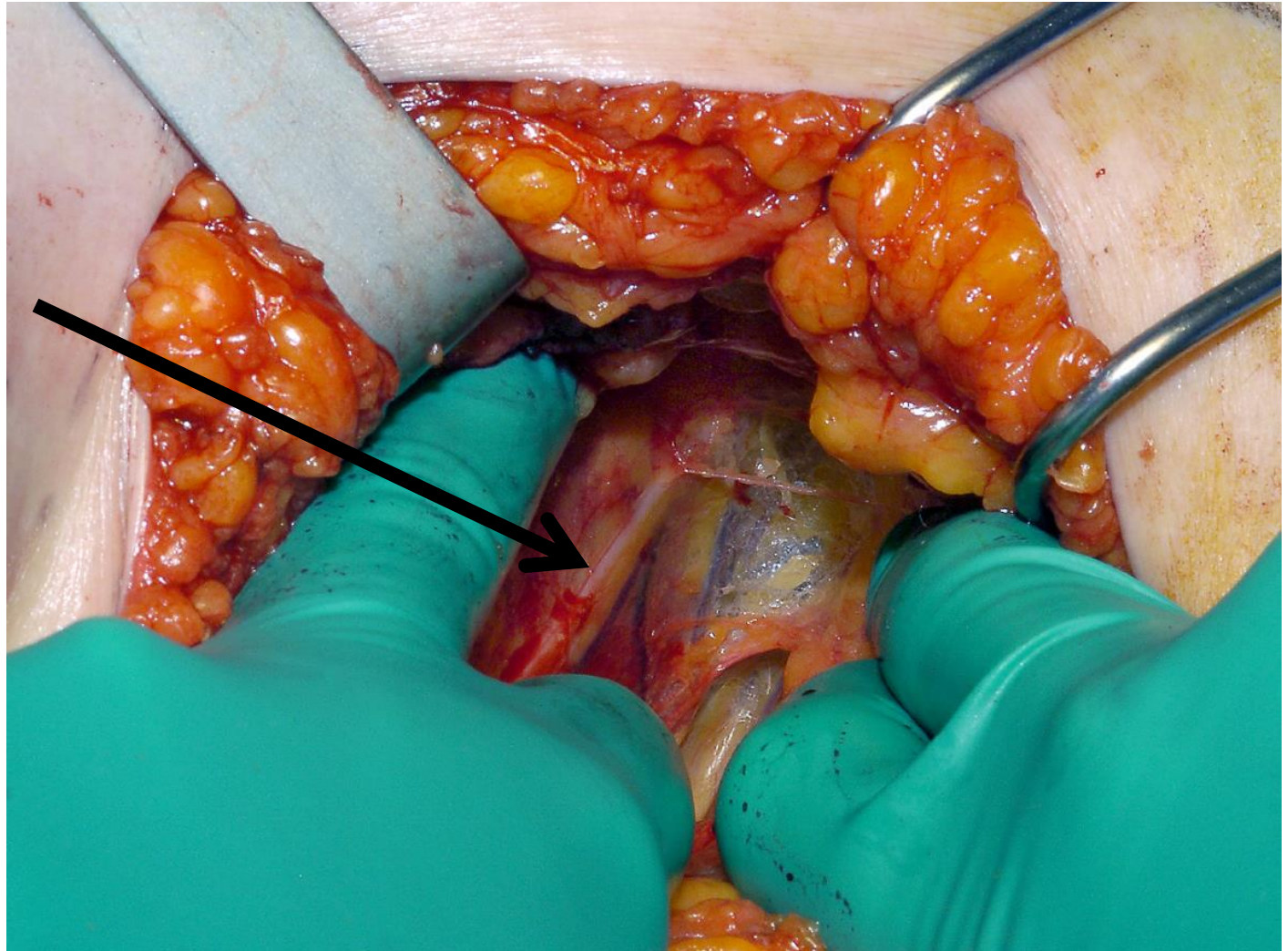
Chirurgie axillaire : Incision(s)

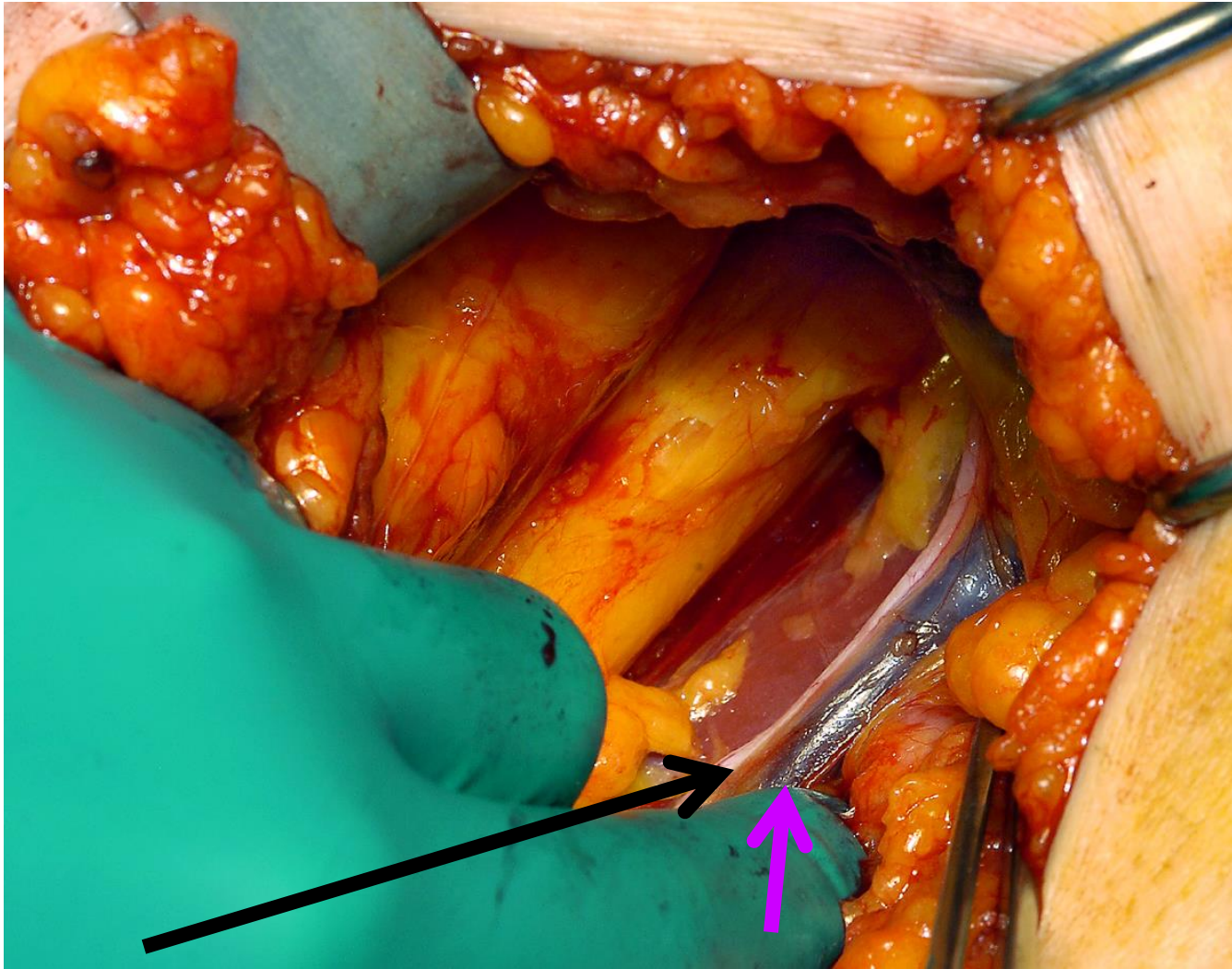


1. Incision horizontale (1'incision en continuité d'une tumorectomie supéro-externe ou d'une mammectomie)
2. Incision verticale
3. Incision rétro-pectorale

Curage axillaire

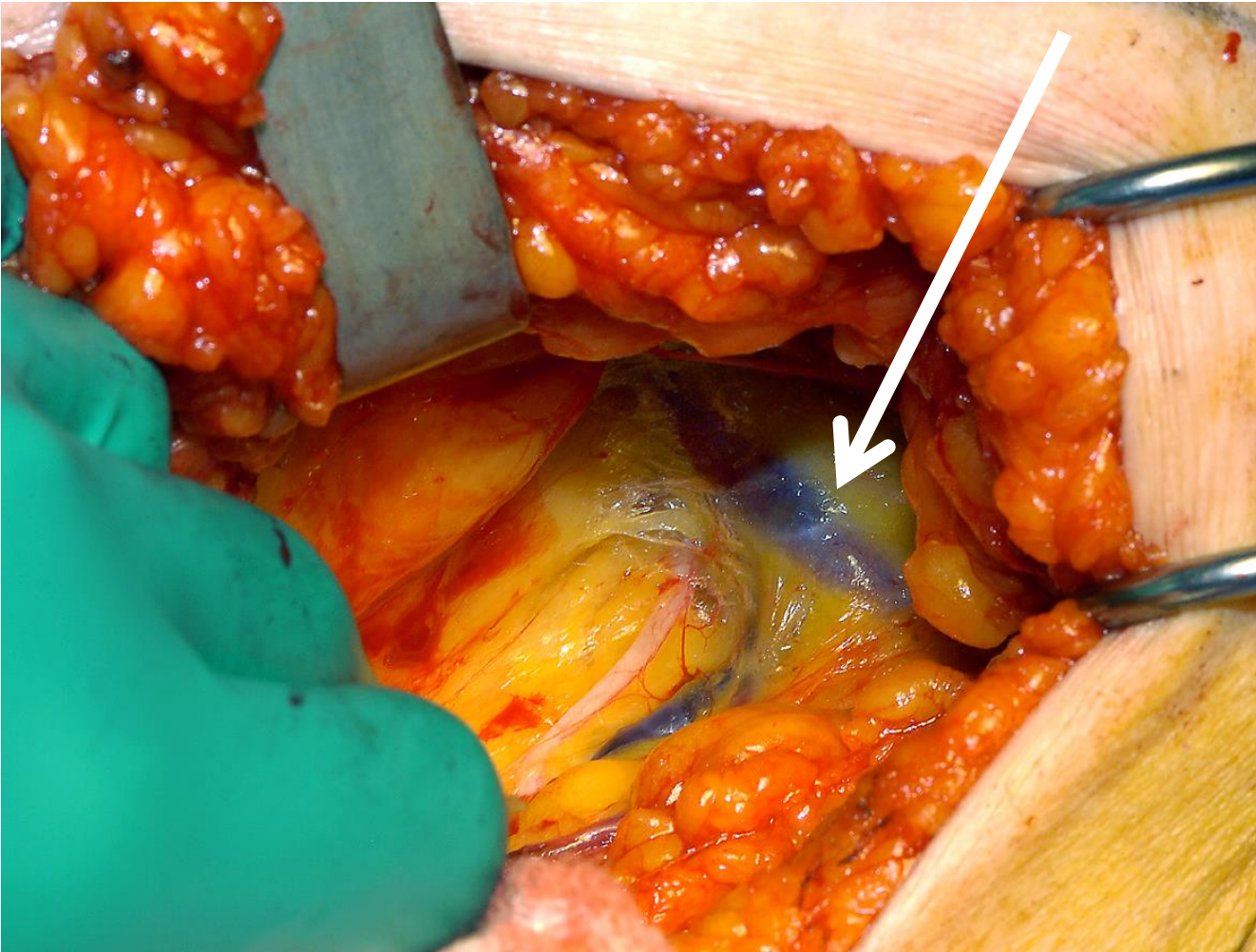
Nerf dentelé





Nervus thoracicus major et suu pediculu vasculare

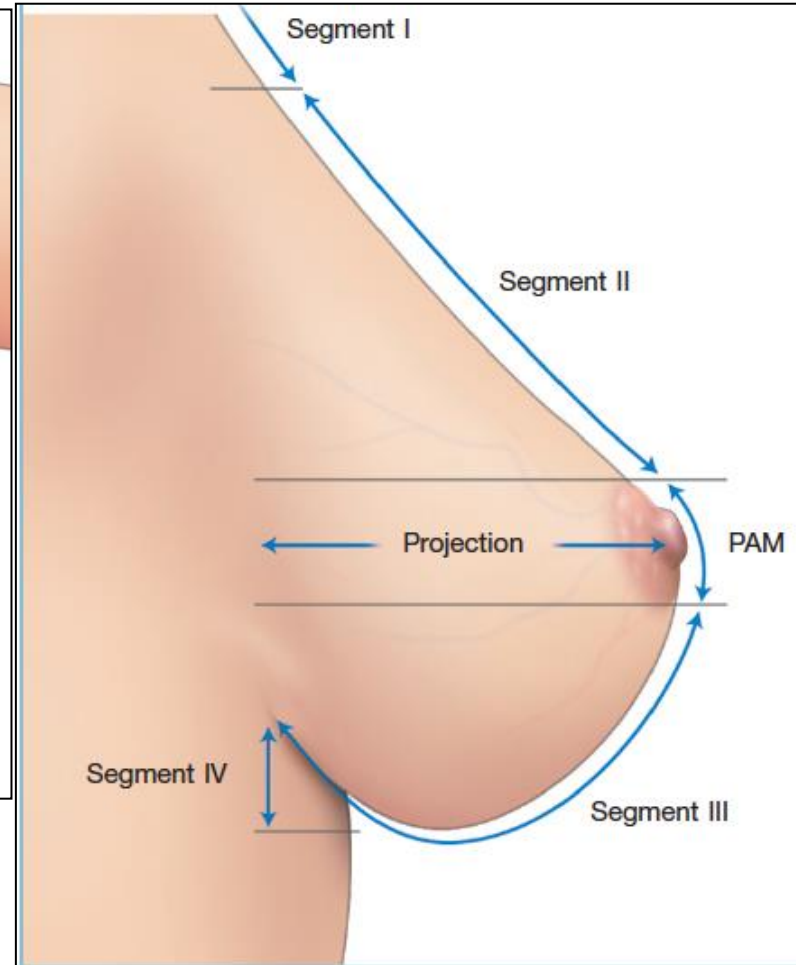
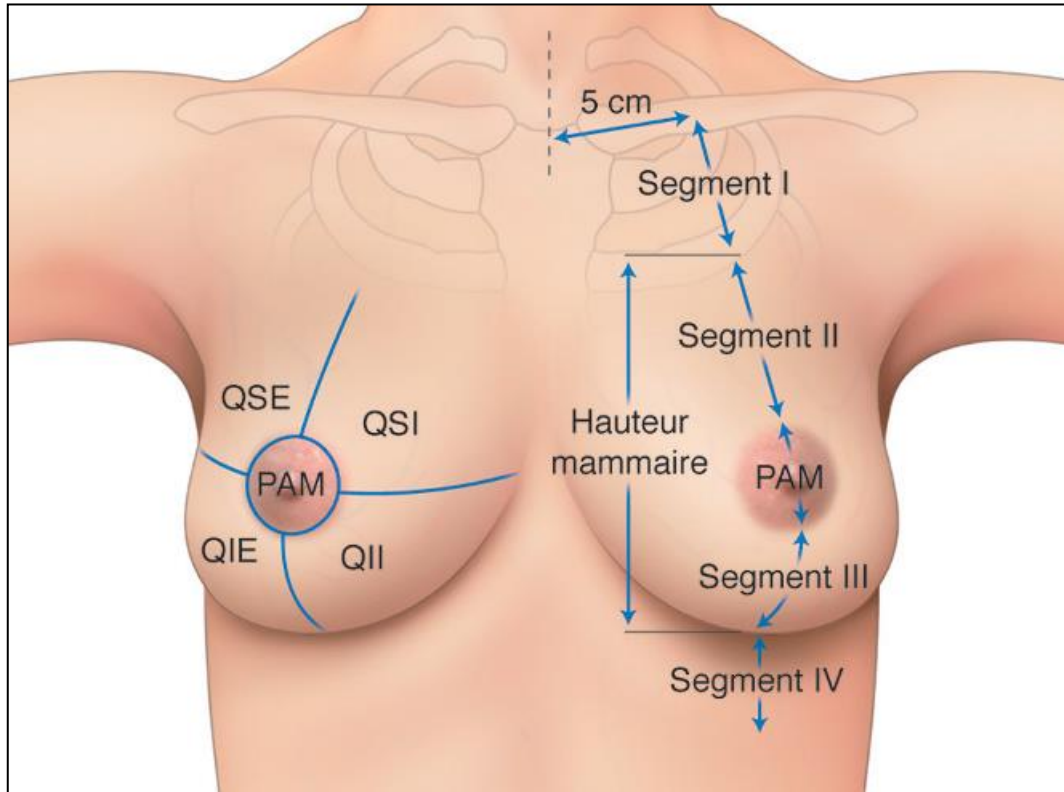
Veine axillaire



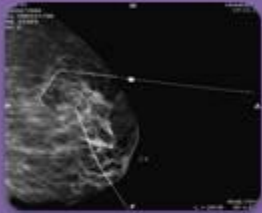
COMPLICATIONS

- Lymphocèle : ponction si symptomatique
- Lymphoedème : Kiné avec mobilisation précoce mais pas de drainage précoce +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique
ATTENTION RECIDIVE
- Brides axillaires : Kiné précoce++
- Troubles sensitifs: (nerfs perforants intercostaux)
 - Hypoesthésie,
 - Hyperesthésie
 - Paresthésies
- Plaies nerveuses
 - Nerf du grand dentelé : douleur de l'épaule/ déformation omoplate
 - Nerf grand dorsal : limitation adduction et rotation interne bras

Oncoplastie



POSER UNE INDICATION D'ONCOPLASTIE

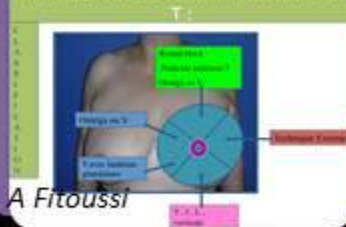


- Bilan lésionnel préopératoire exhaustif
- Repérage précis des lésions infra cliniques



- Morphologie
- Densité de la glande
- Décision partagée

Technique utilisée selon la localisation



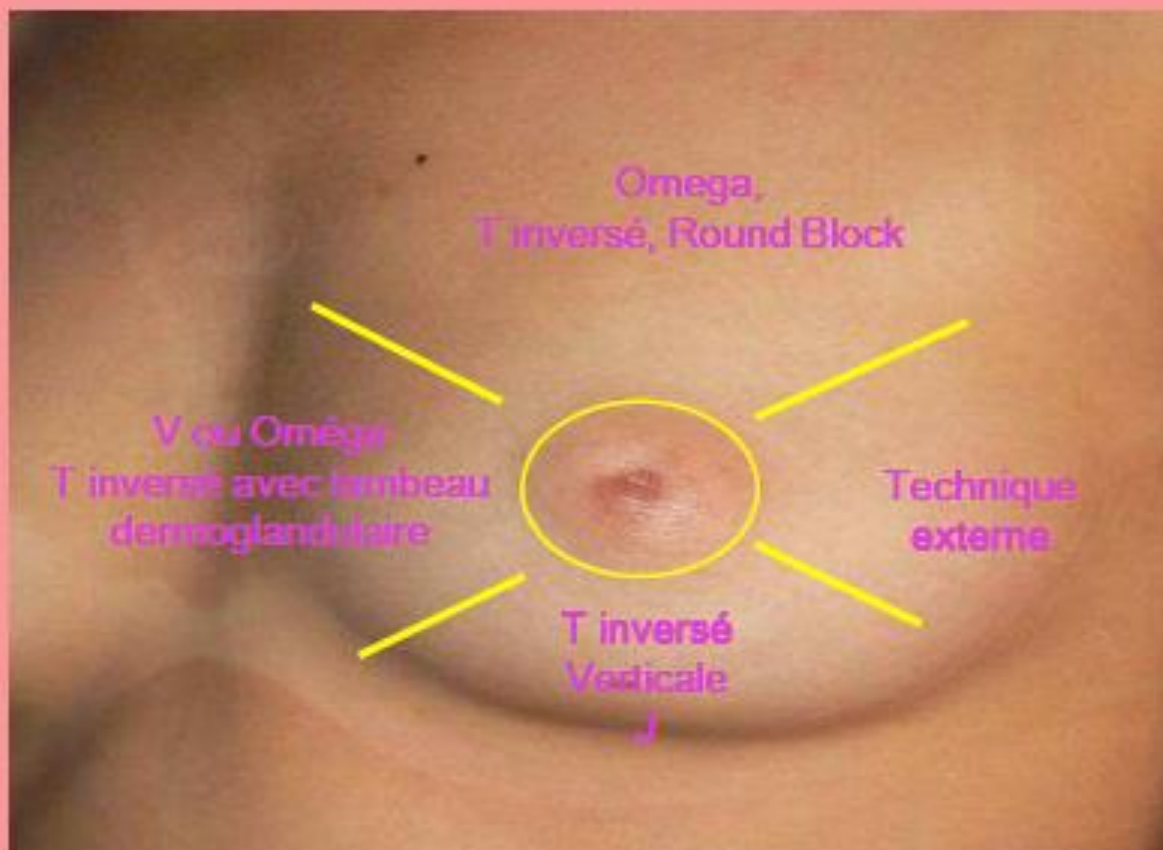
Maitrise des techniques chirurgicales:

- Atlas des techniques
- DIU
- Double équipe



Connaissance des traitements anti tumoraux:

- NAC/ HT
- Prise en charge multidisciplinaire

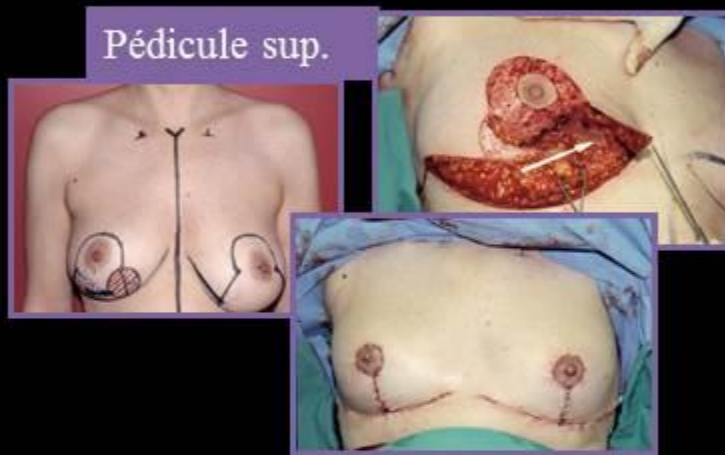


Résumé des techniques d'oncoplastie

Toutes les techniques permettent une prise en charge par rayon des cancers du sein.
A chaque localisation correspond une technique opératoire retrouvée dans ce schéma.

DES TECHNIQUES POUR CHAQUE LOCALISATION!

- Techniques issues de la chirurgie esthétique



- Ou adaptées à la cancérologie



DES TECHNIQUES POUR CHAQUE LOCALISATION!

- Tumeurs centrales



Mammoplastie de type round block



Mammoplastie de type Thorek

RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Immédiate = dans le même temps opératoire

- MT pour CCIS étendu
- Absence d'emblée de traitement conservateur
- 2^{ème} traitement chirurgical (récidive d'un 1^{er} traitement conservateur ou MT pour reprise des marges)
- Mastectomie prophylactique

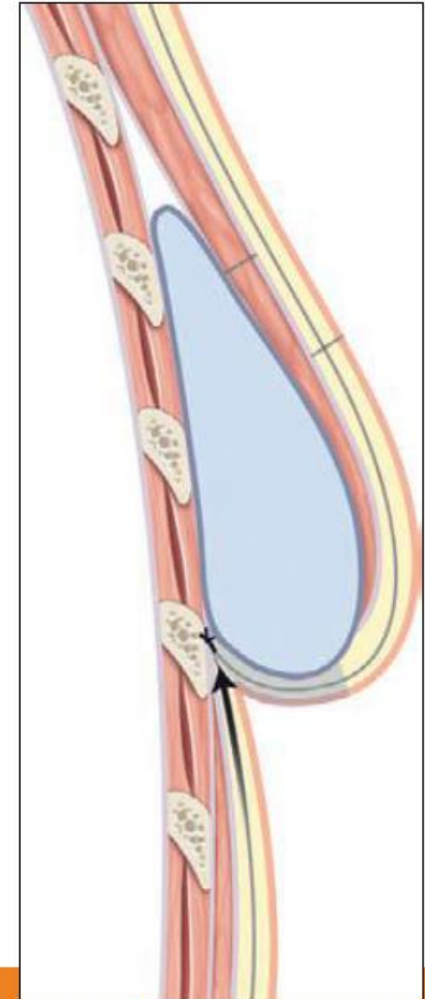
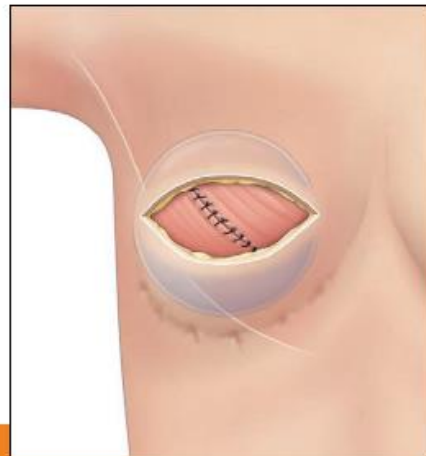
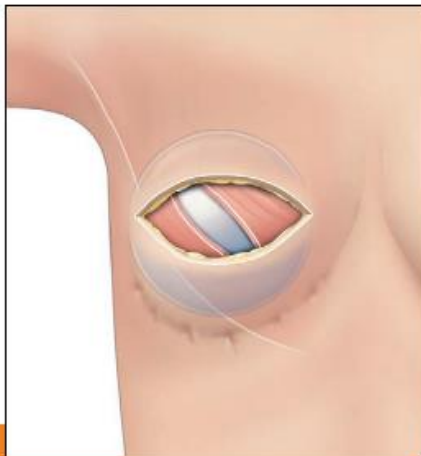
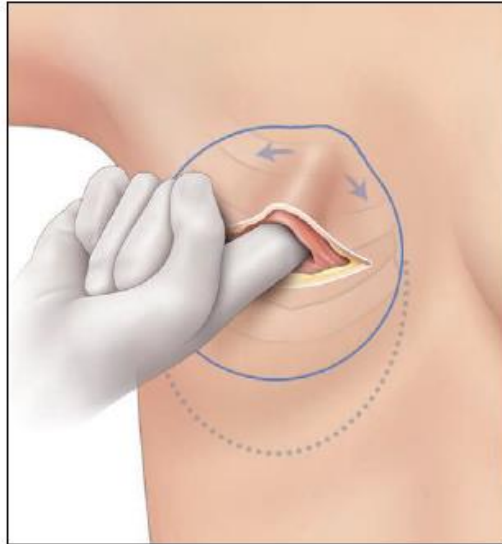
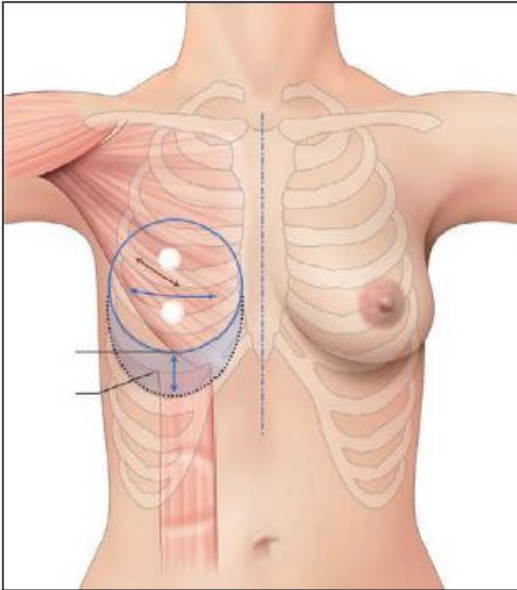
Secondaire

- 6 mois à 1 an après l'arrêt des traitements (hors hormonothérapie)
- 2 ans pour la reconstruction par lipomodélage (D'après les recommandations de l'HAS de 2015)
- 3 entités à reconstruire = Nécessité de plusieurs interventions successives (au minimum 2 interventions)
 - Volume
 - Peau
 - Plaque aréolo-mamelonnaire

Reconstruction à visée plastique uniquement

→ Perte de toutes les fonctions du sein: sensitive/sexuelle et allaitement

Reconstruction par prothèse





RMI par prothèse droite

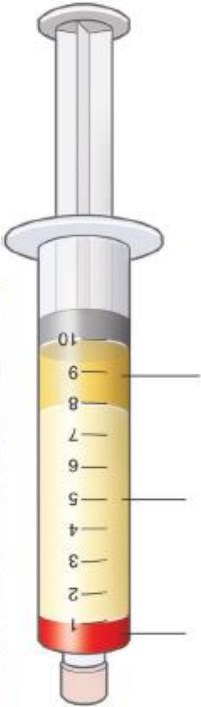
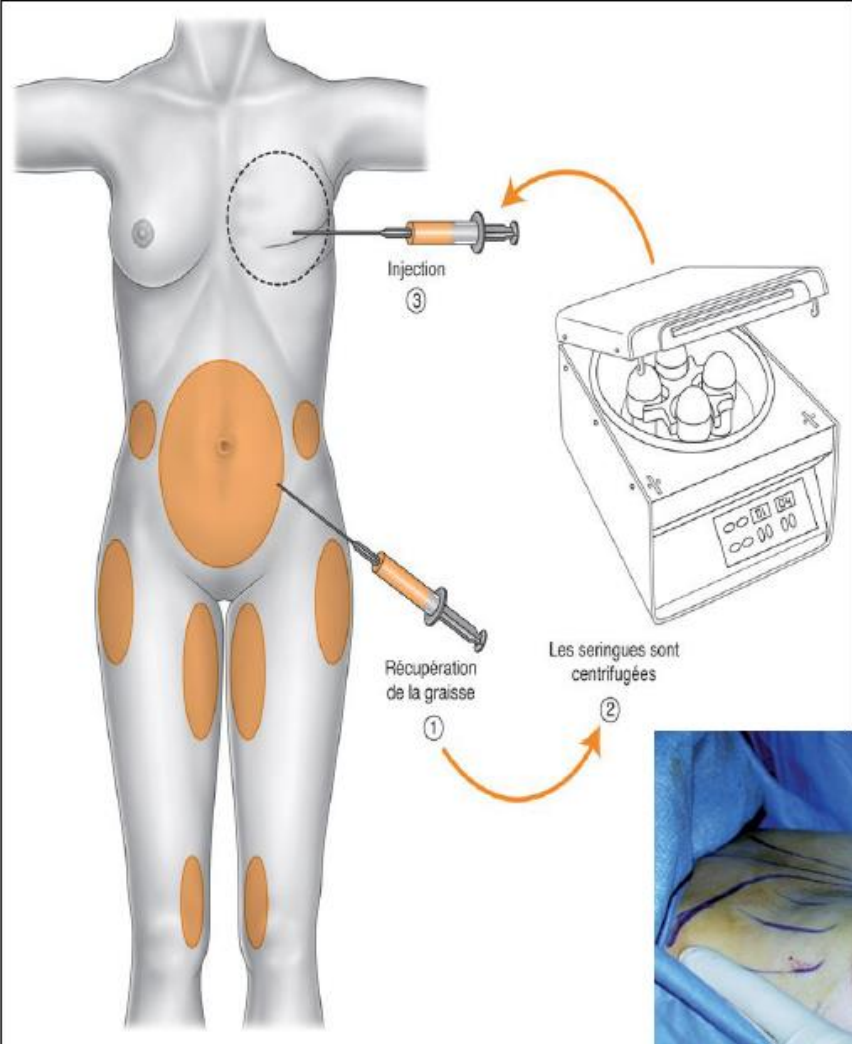


RM2 par prothèse



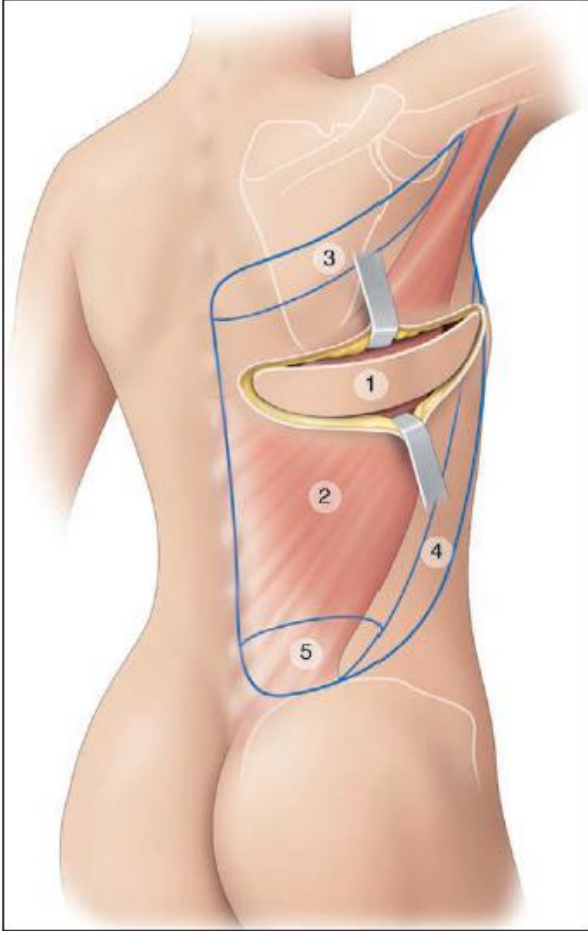
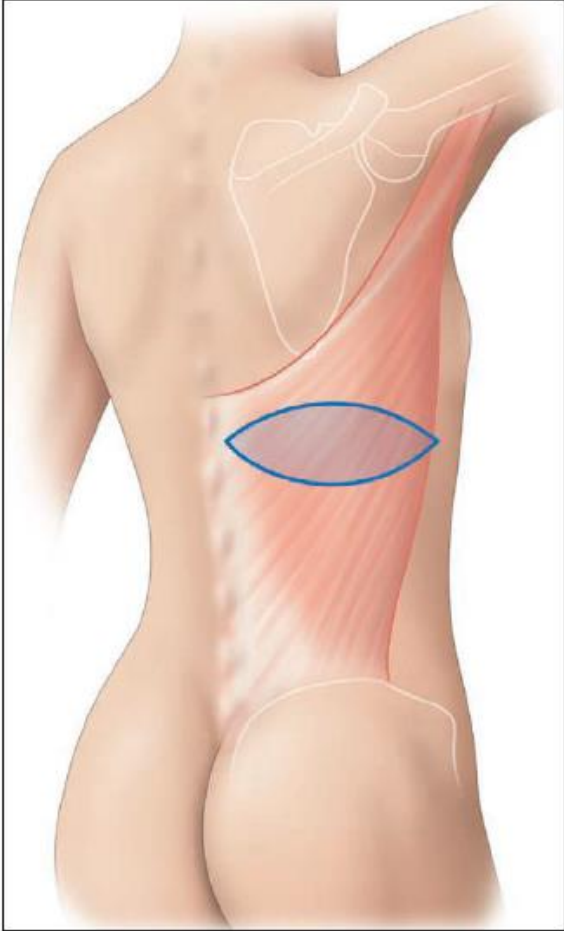
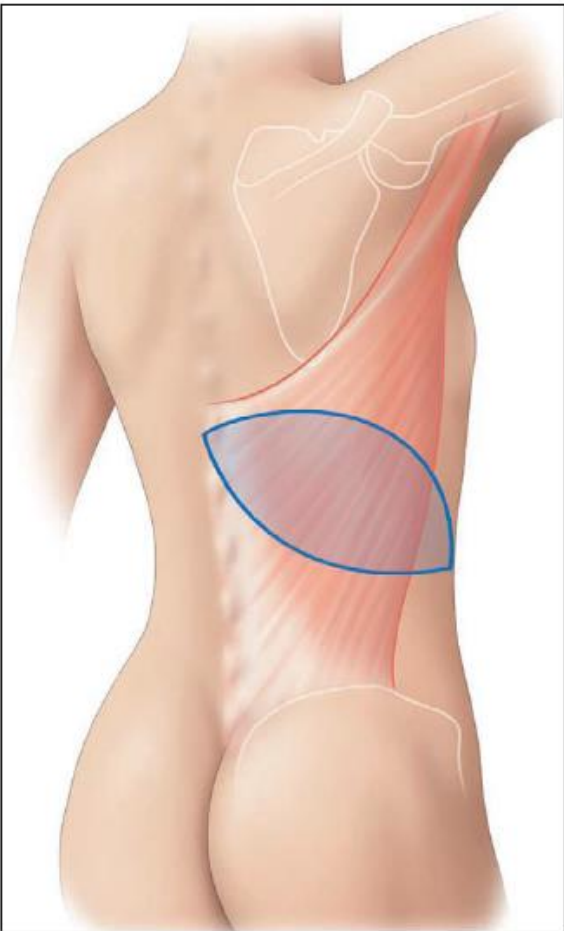
RMI par prothèse gauche et
réduction controlatérale

Lipomodélage





Lambeau musculo-cutané de grand dorsal





Mastectomie et RMI par lambeau de grand dorsal



Mastectomie et RMI par lambeau de grand dorsal + lipomodelage secondaire





RM2 par lambeau de gd dorsal

Lambeau abdominal

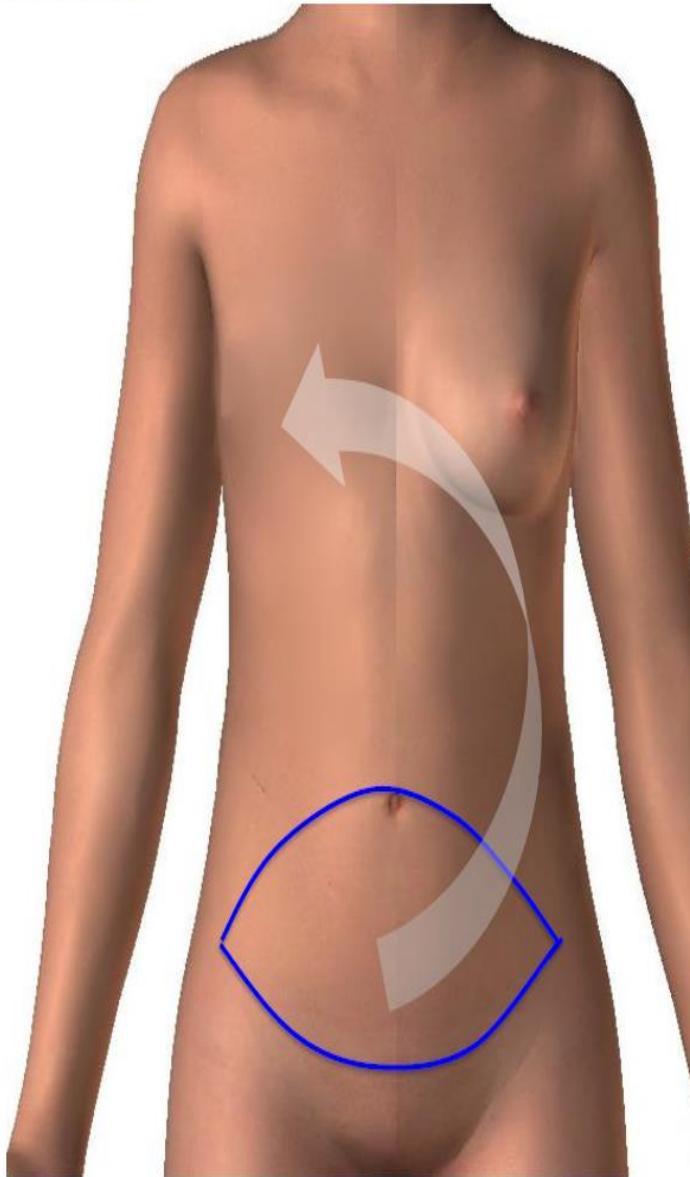


Schéma anatomique

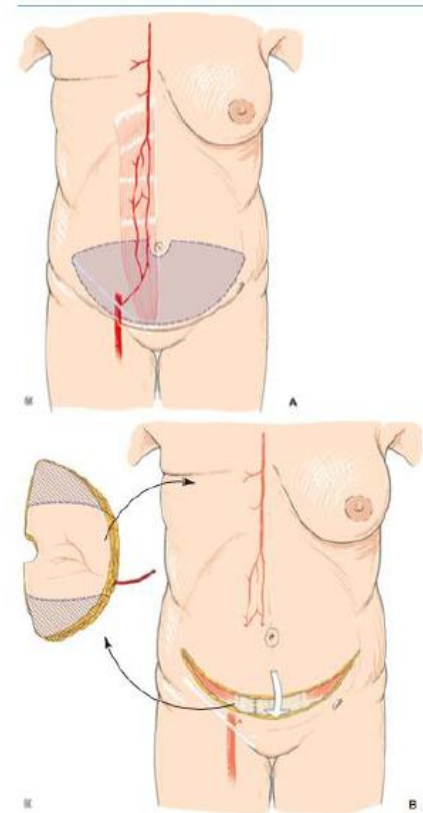


Figure 10. Le lambeau libre de step inférieur (gauche) profond (sur le côté) ou profond (sur l'ombilic) au niveau des dépendances de l'artère épigastrique inférieure profonde (A, B).

RM immédiate par DIEP

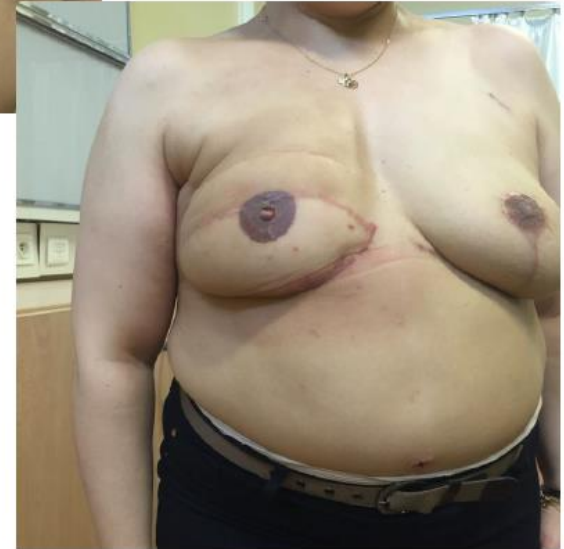




RMI par lambeau de DIEP



RM2 par lambeau de DIEP



Complications

