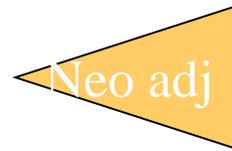


Principes de la chirurgie sénologique

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

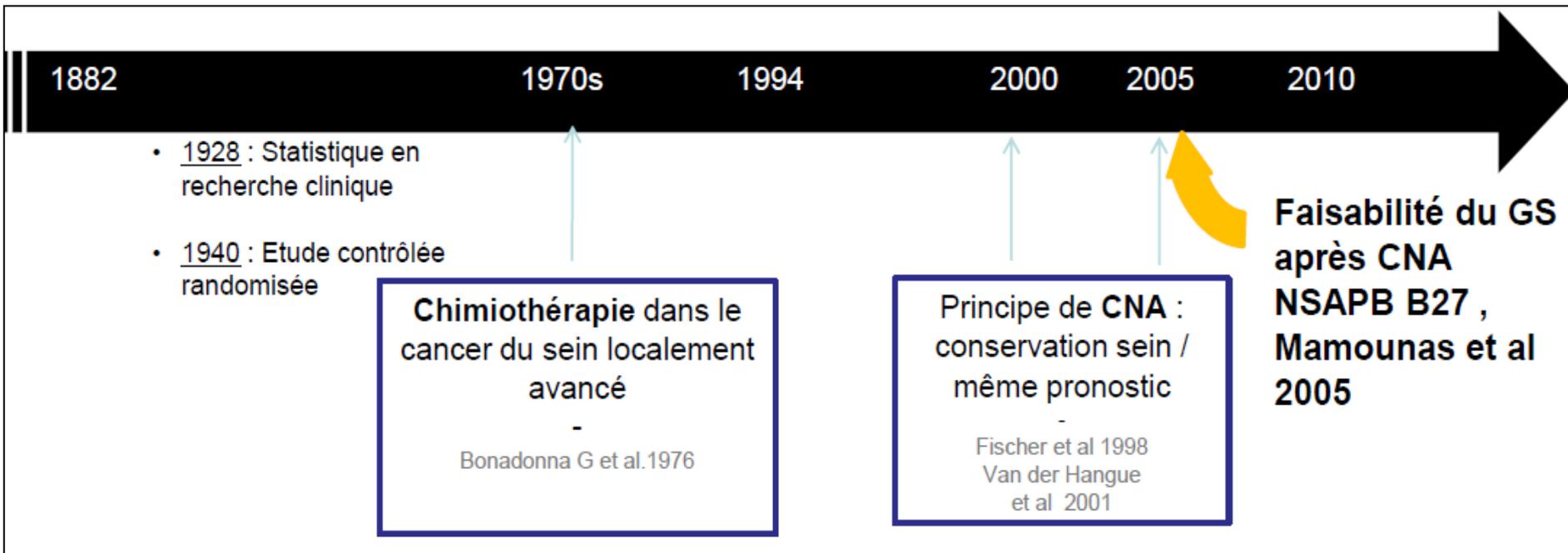
Equivalence
GS négatif vs
curage

-
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

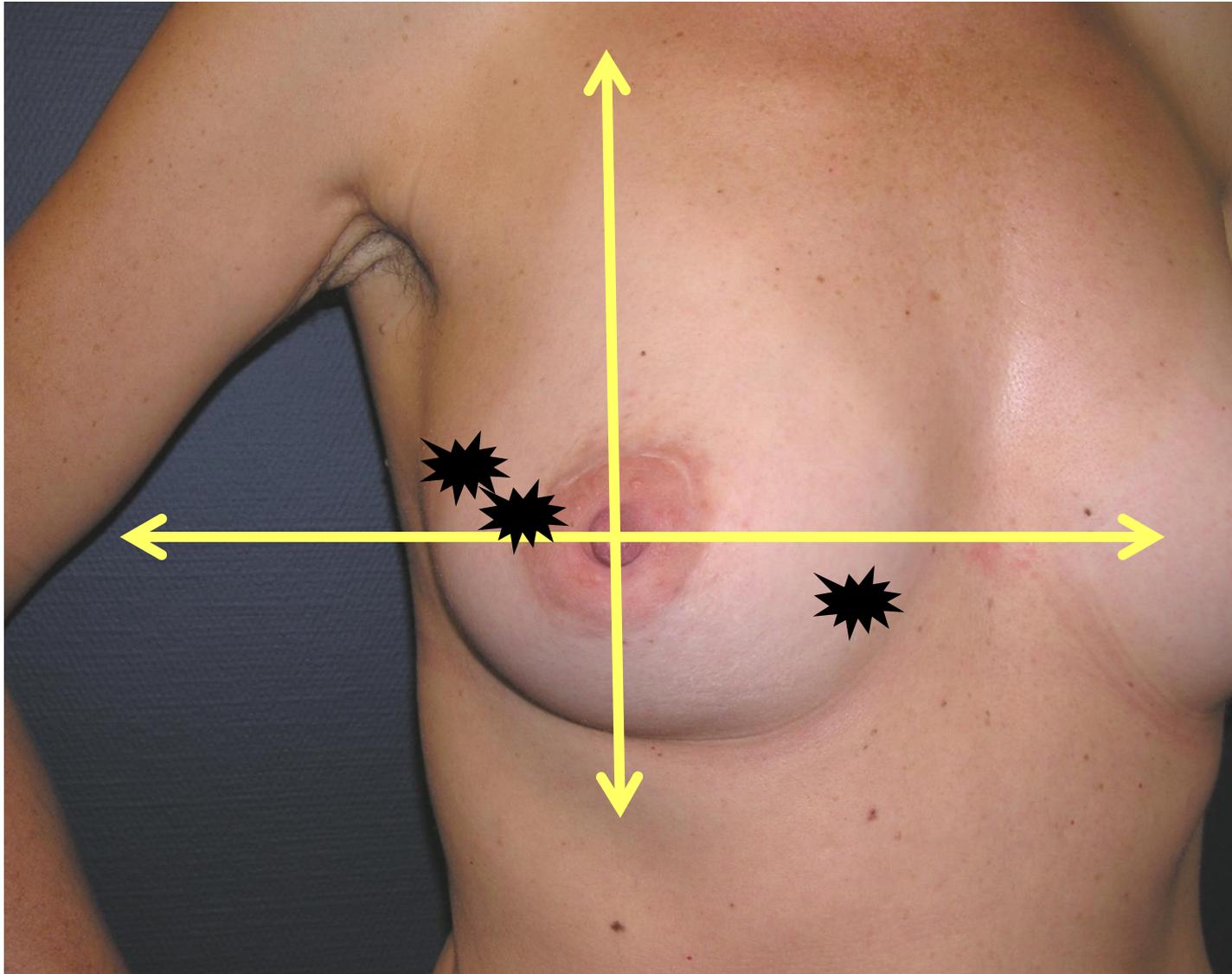
Pamectomie

- 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



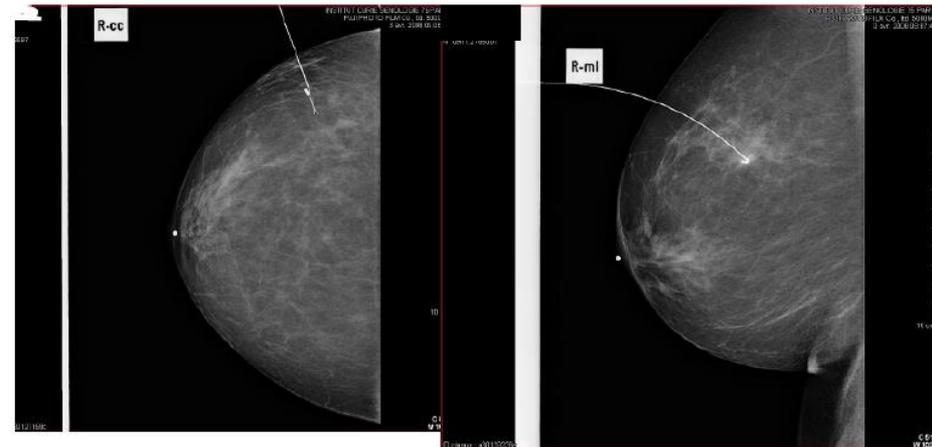
Mastectomie obligatoire

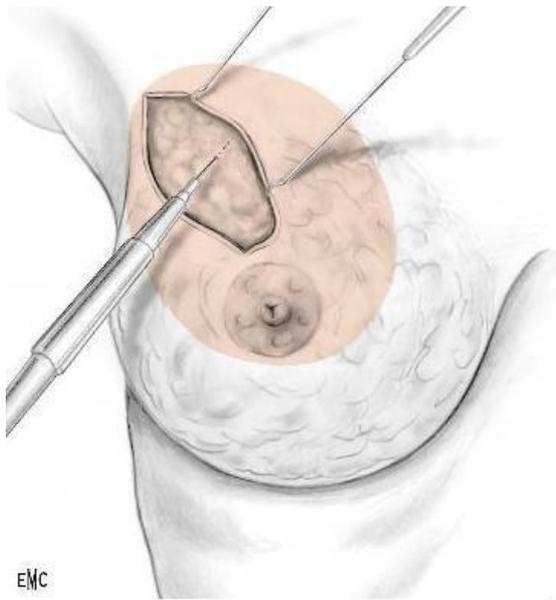
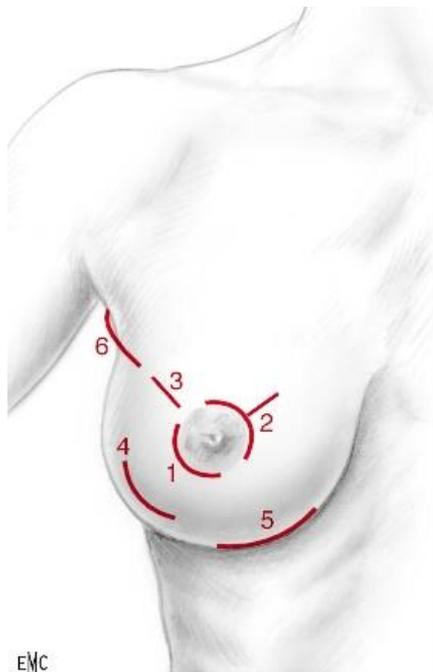
- Pas de conservateur possible
- Multicentricité
- T4
- Contre indication à la radiothérapie (RMI possible)
 - ATCD d'irradiation en mantelet / p53
 - Récidive après ttt conservateur +/-

ONCOPLASTIE+++

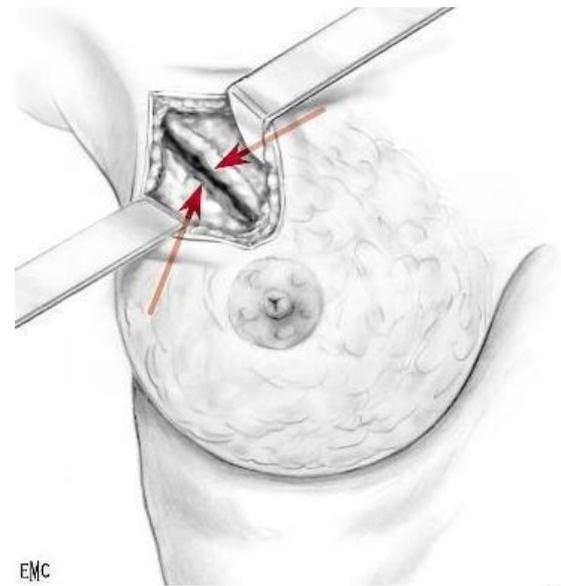
Chirurgie

- 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



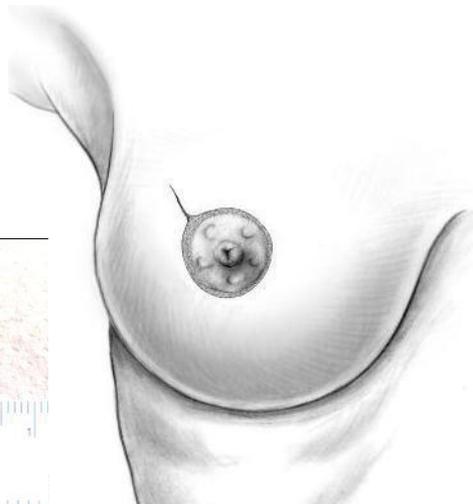
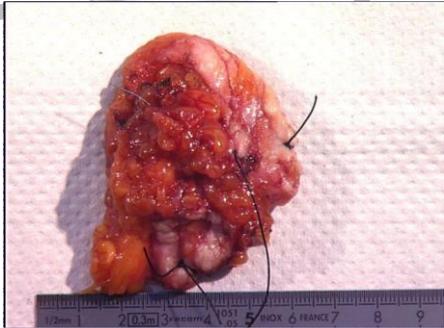


A

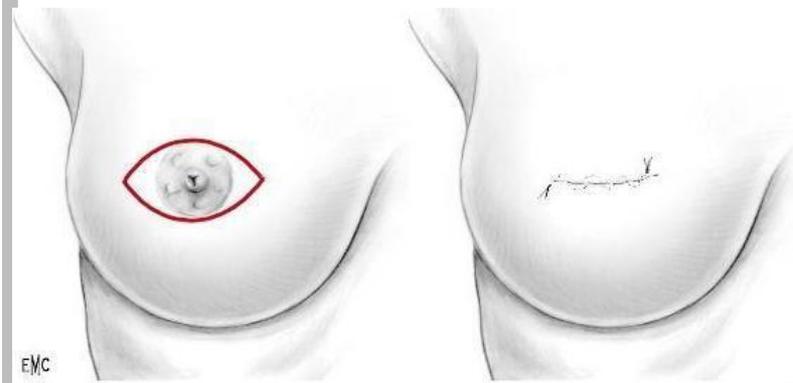


B

EMC



C

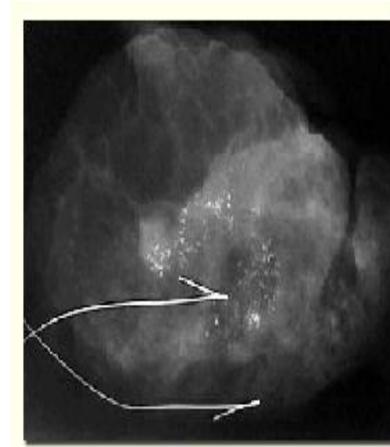


EMC

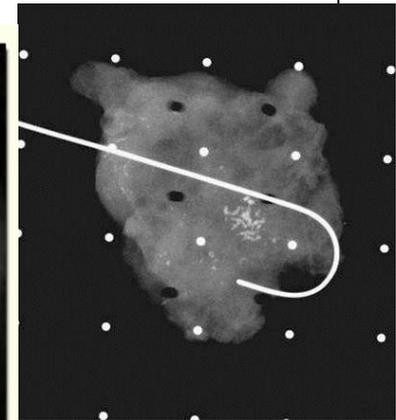
D

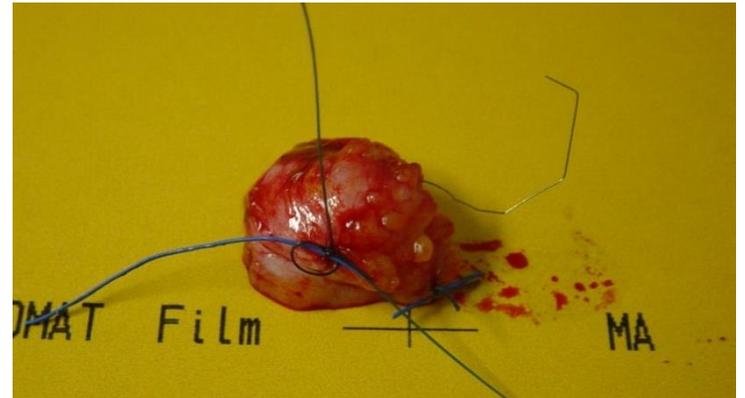
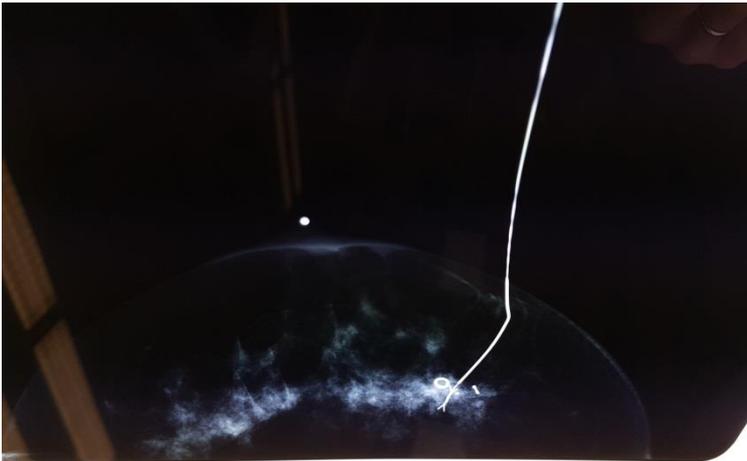
Technique chirurgicale tumorectomie

- 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

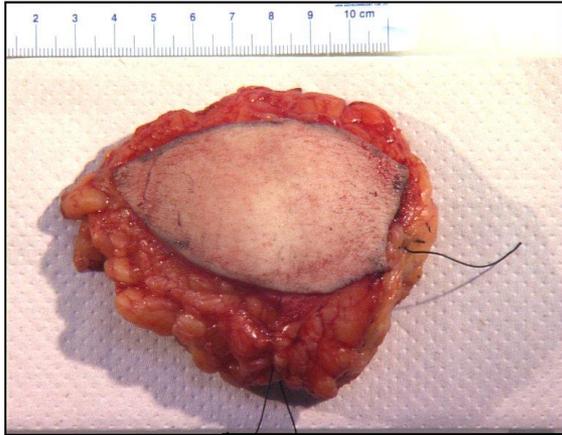


Radiographie de pièce opératoire





Mastectomie partielle: pièce macro

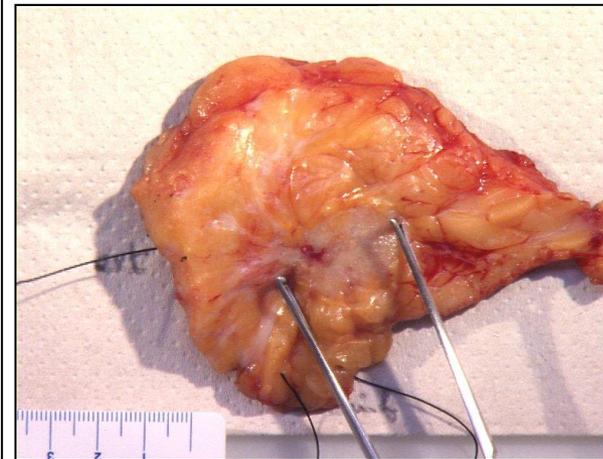


Marges macroscopiques

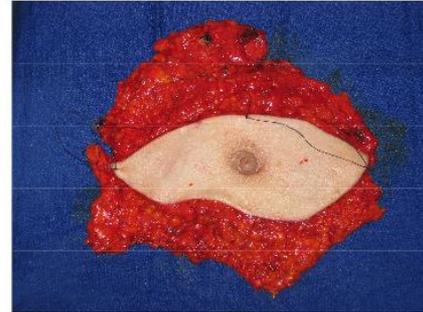
Exérèse glandulaire du tissu sous-cutané au fascia pré pectoral avec une zone de tissu sain latéral de 1 cm (macroscopique ou radiologique) autour de la lésion

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):

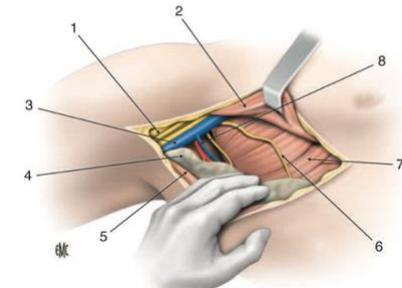
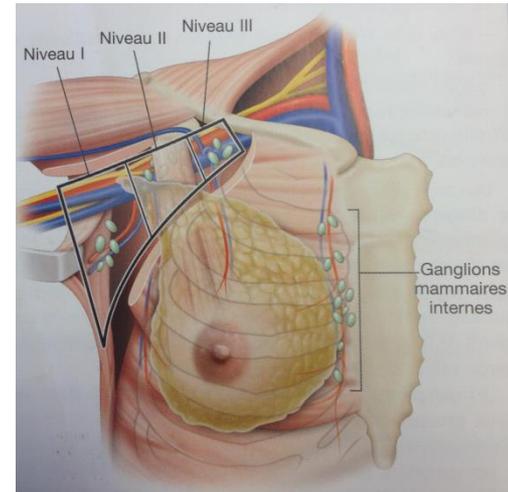
- Traitement conservateur
- pT1-pT2
- Radiothérapie postopératoire
- Indication de traitement médical (hormonothérapie et/ou chimiothérapie et/ou anti HER2) adjuvant
- Pas de rupture capsulaire
- ≤ 2 GS+
- Pas de chimiothérapie néoadjuvante

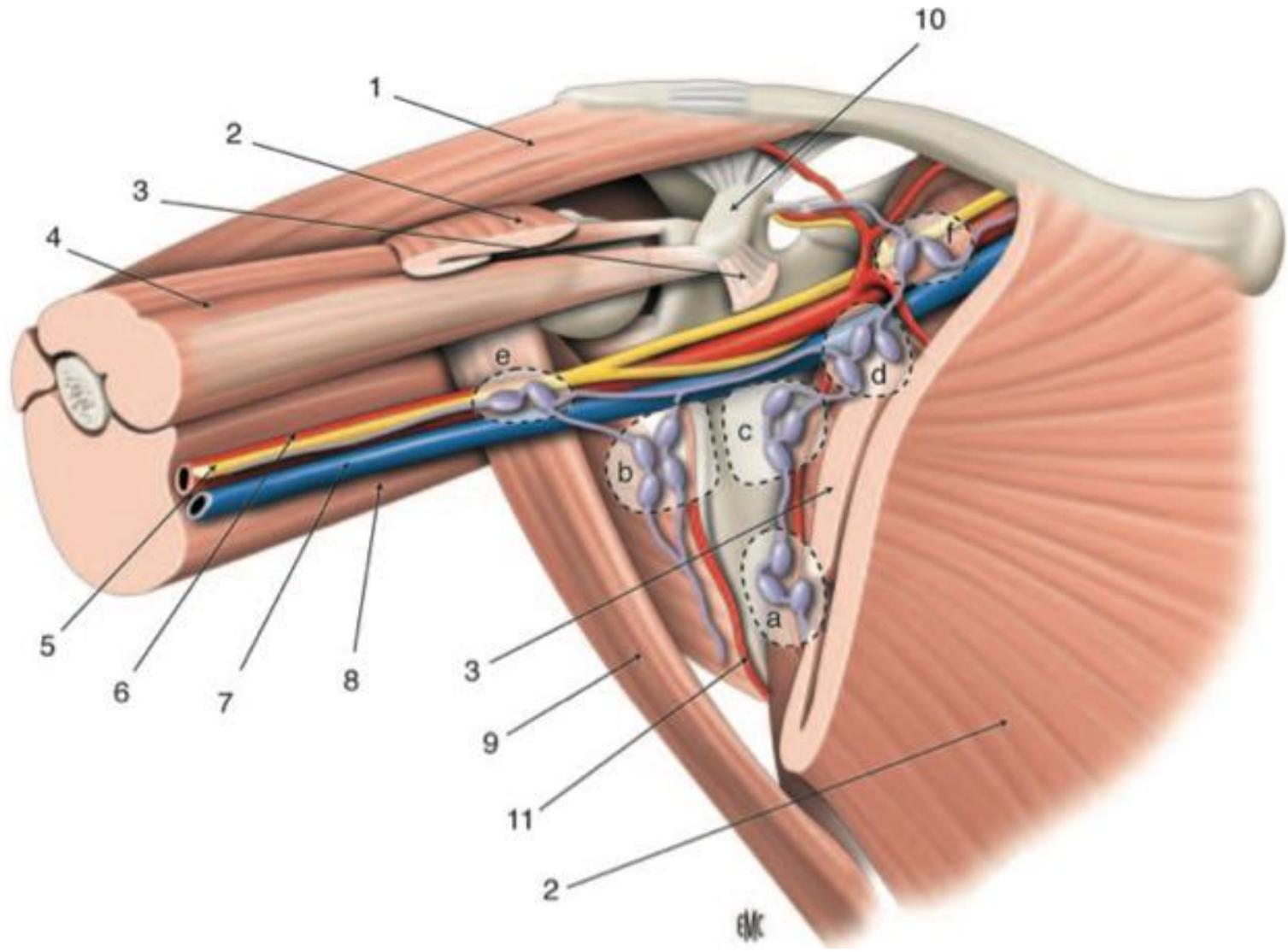


Anatomie lymphatique

Curage axillaire

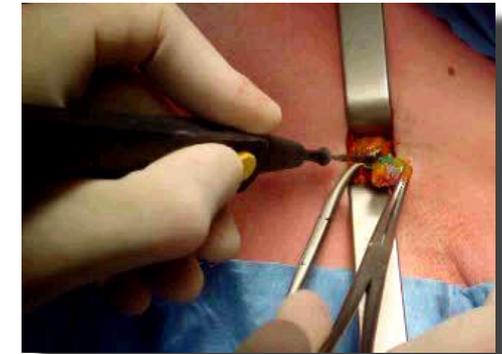
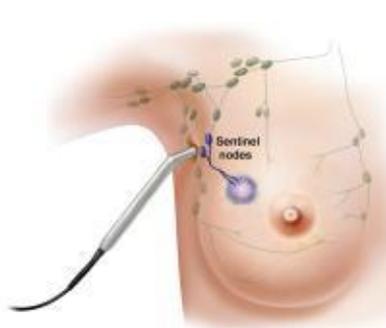
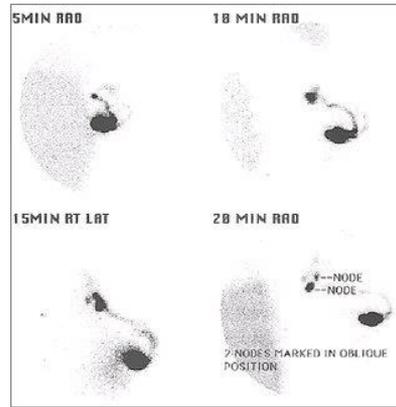
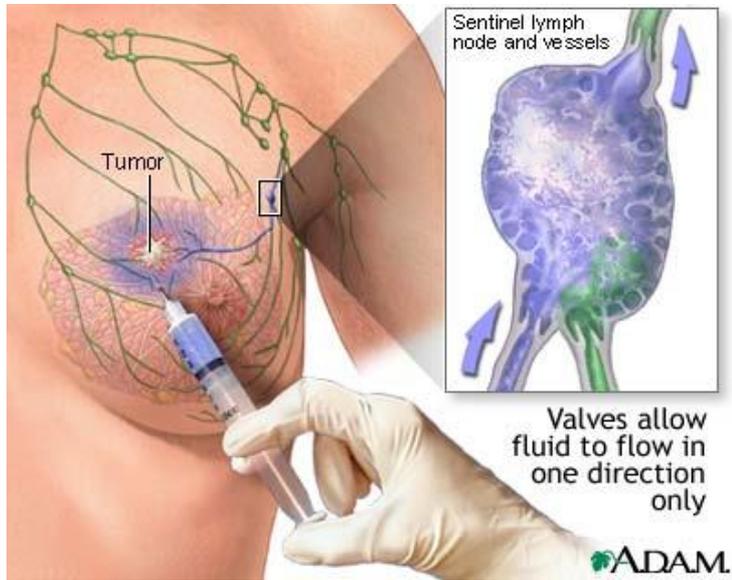
- 3 niveaux de Berg
 - Niveau 1: sous le bord externe du petit pectoral
 - Niveau 2: sous le petit pectoral
 - Niveau 3: sous la fosse sous-claviculaire
- Repères du curage
 - En interne: nerf du grand dentelé
 - En profondeur: pédicule du grand dorsal
 - En haut: bord inférieur de la veine axillaire



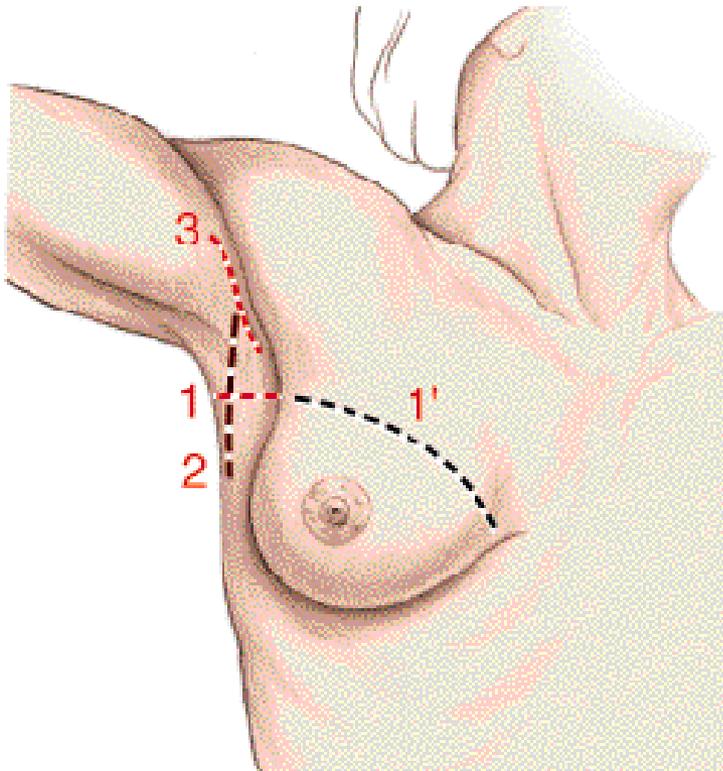




Ganglion sentinelle



Chirurgie axillaire : Incision(s)

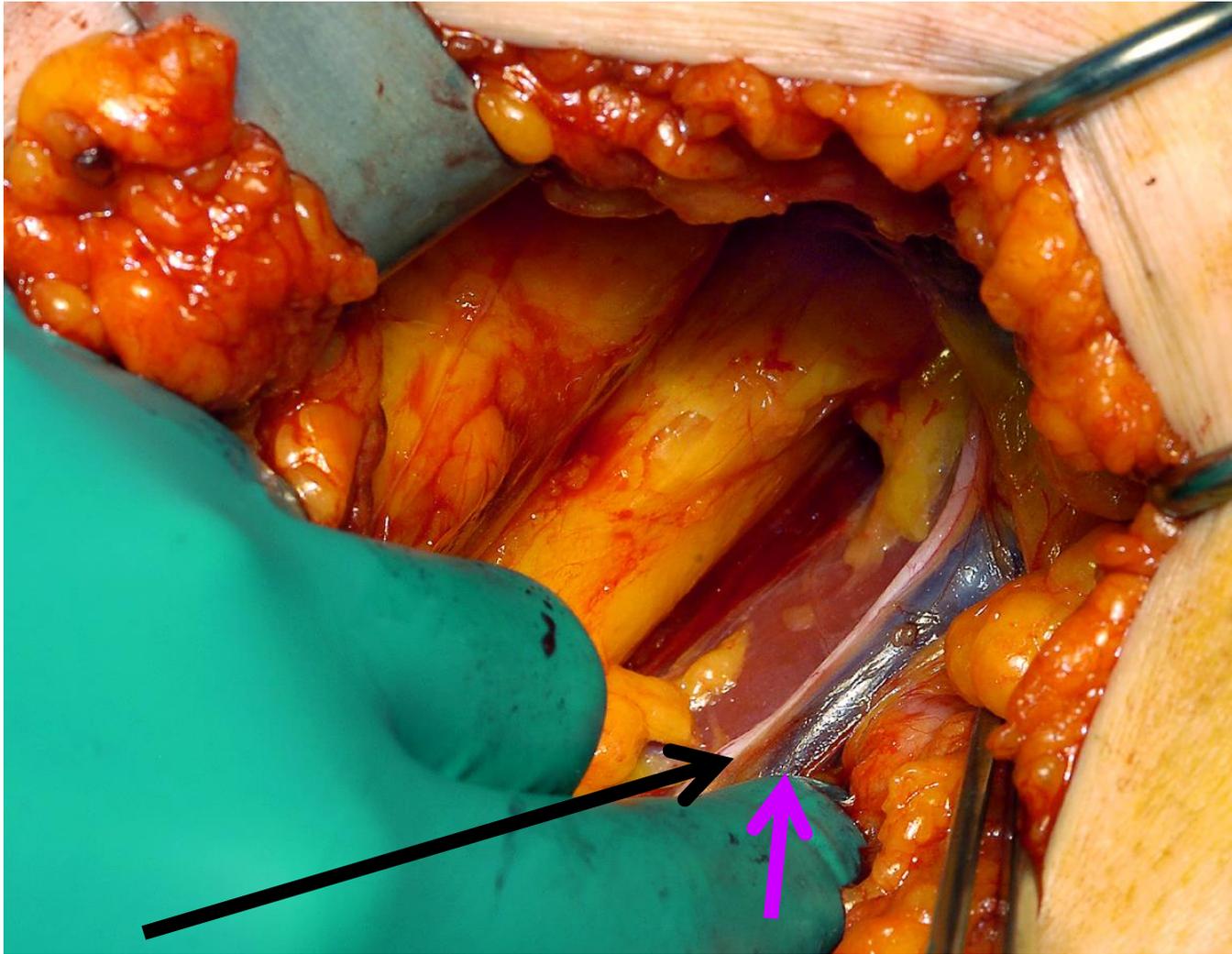


1. Incision horizontale (1'incision en continuité d'une tumorectomie supéro-externe ou d'une mammectomie)
2. Incision verticale
3. Incision rétro-pectorale

Curage axillaire

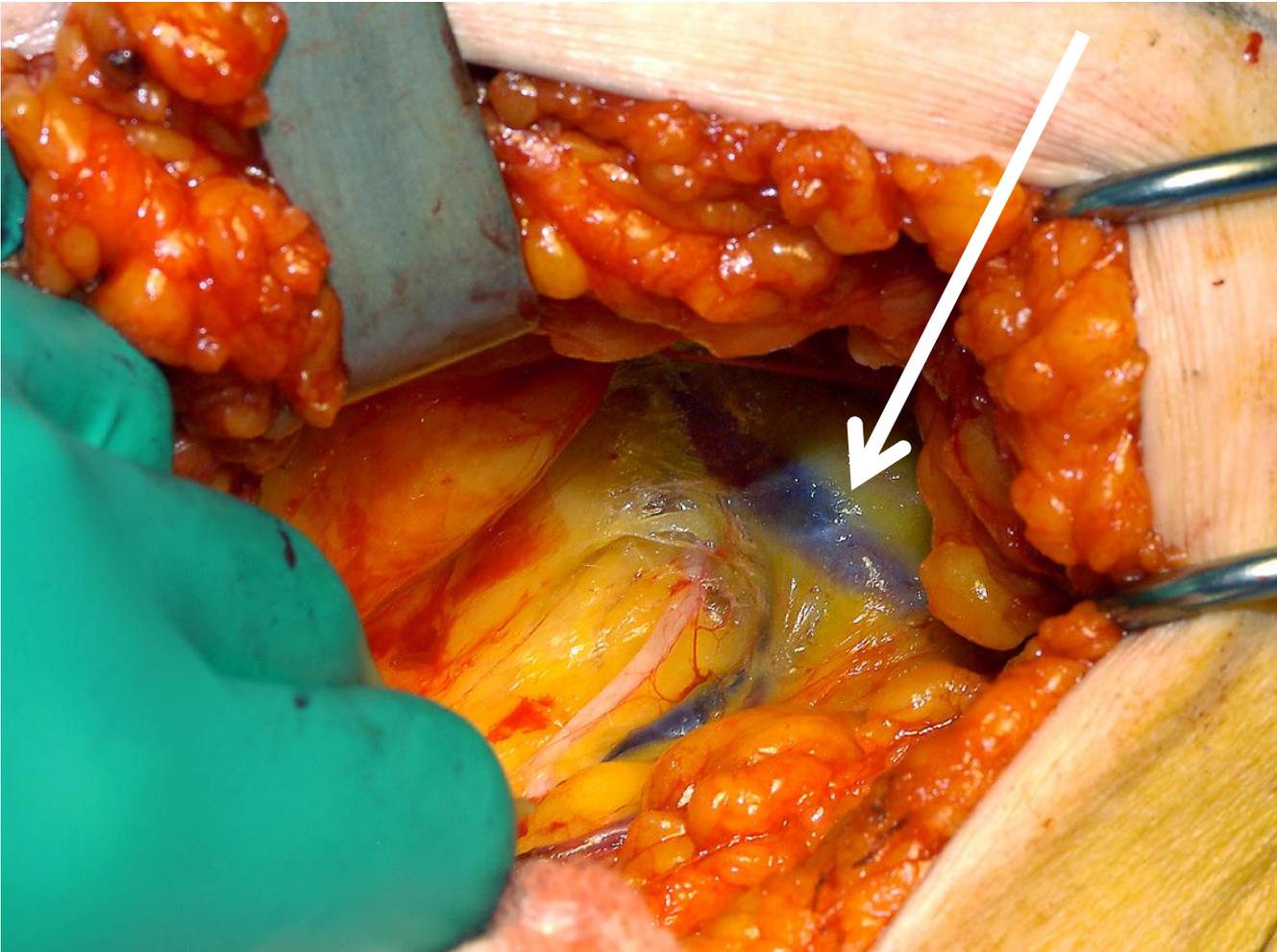
Nerf dentelé





Nerf grand dorsal et son pédicule vasculaire

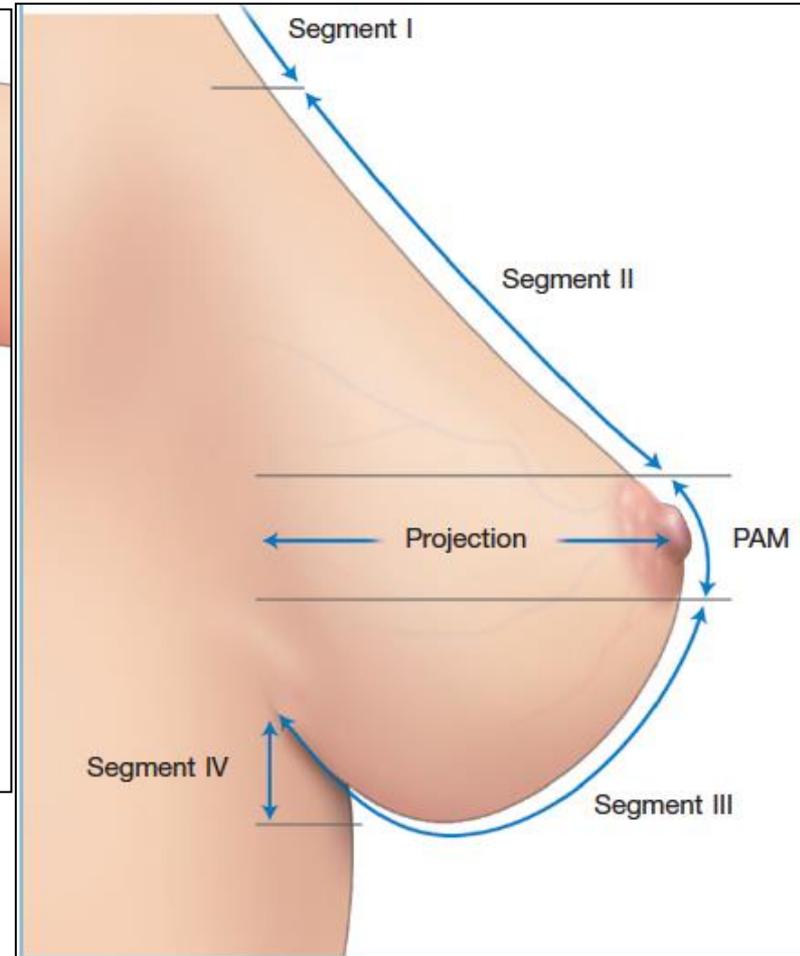
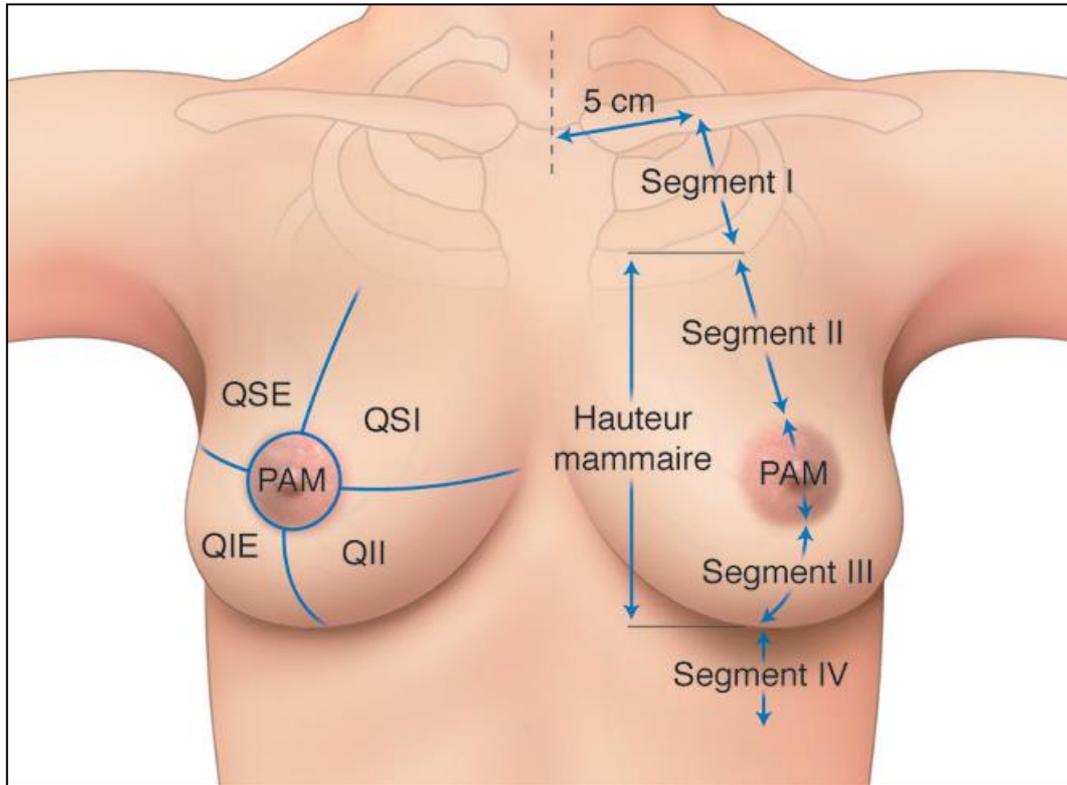
Veine axillaire



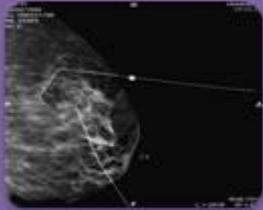
COMPLICATIONS

- 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

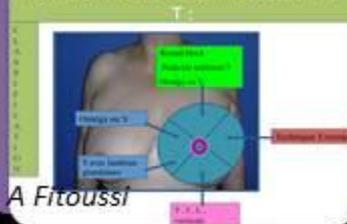


- Bilan lésionnel préopératoire exhaustif
- Repérage précis des lésions infra cliniques



- Morphologie
- Densité de la glande
- Décision partagée

Technique utilisée selon la localisation



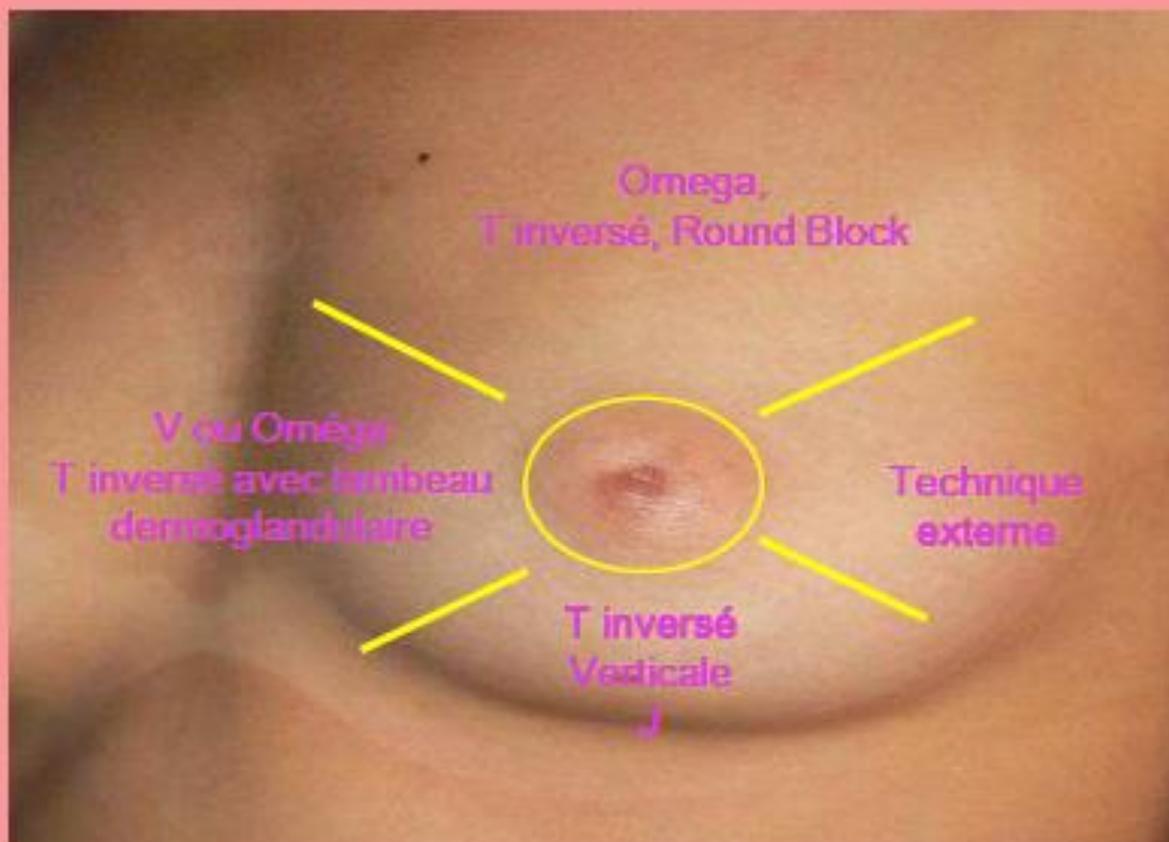
Maitrise des techniques chirurgicales:

- Atlas des techniques
- DIU
- Double équipe



Connaissance des traitements anti tumoraux:

- NAC/ HT
- Prise en charge multidisciplinaire

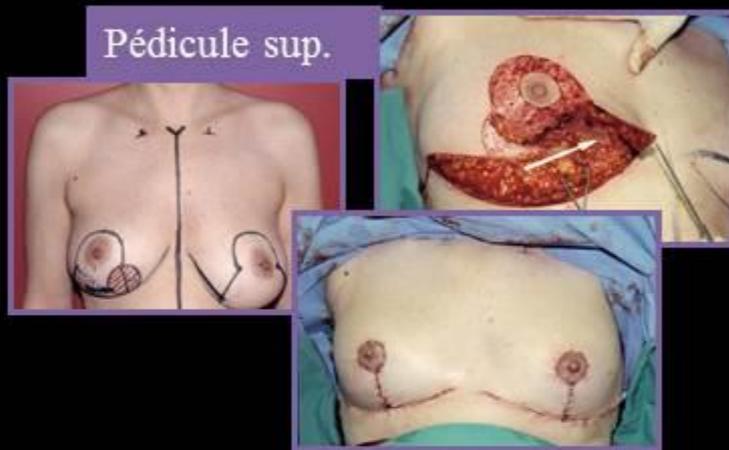


Résumé des techniques d'oncoplastie

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

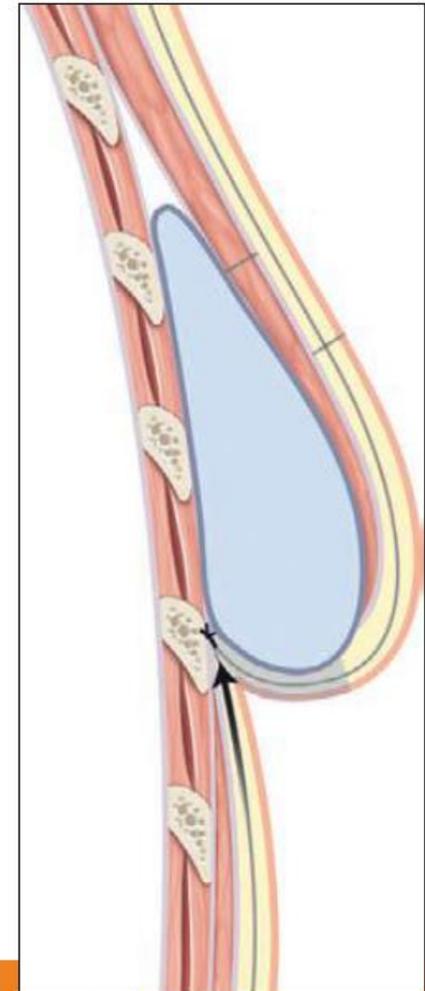
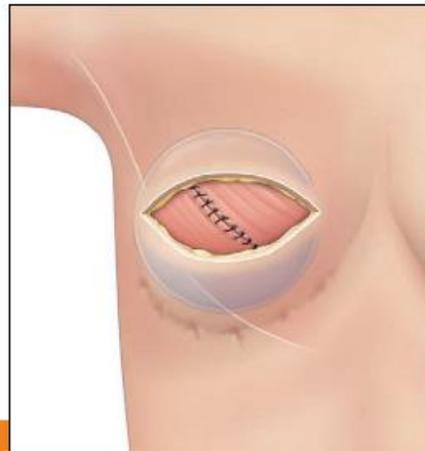
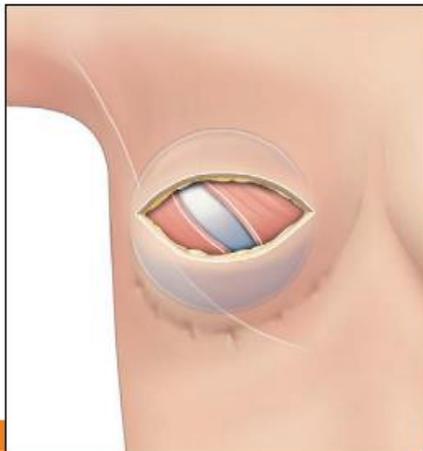
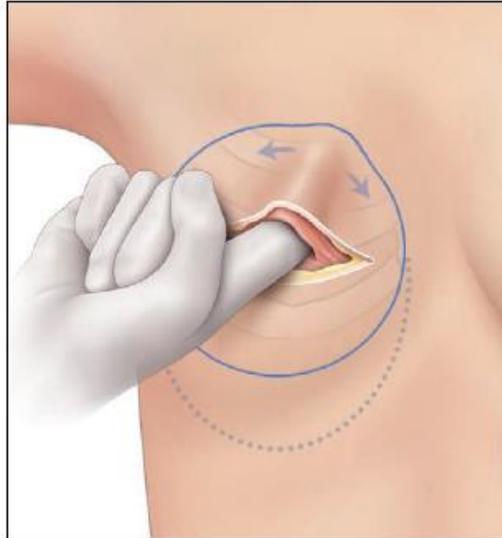
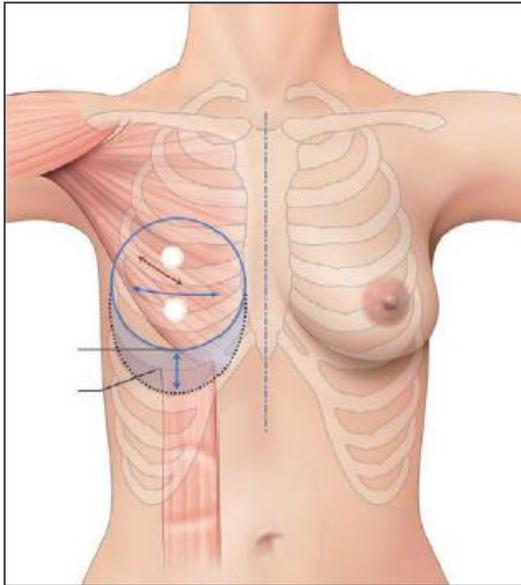
Secondaire

- 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

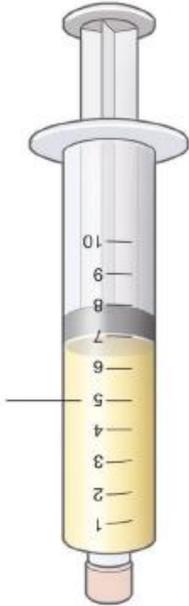
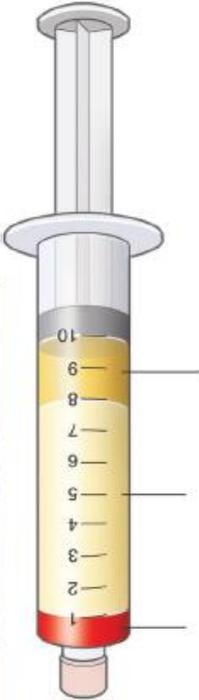
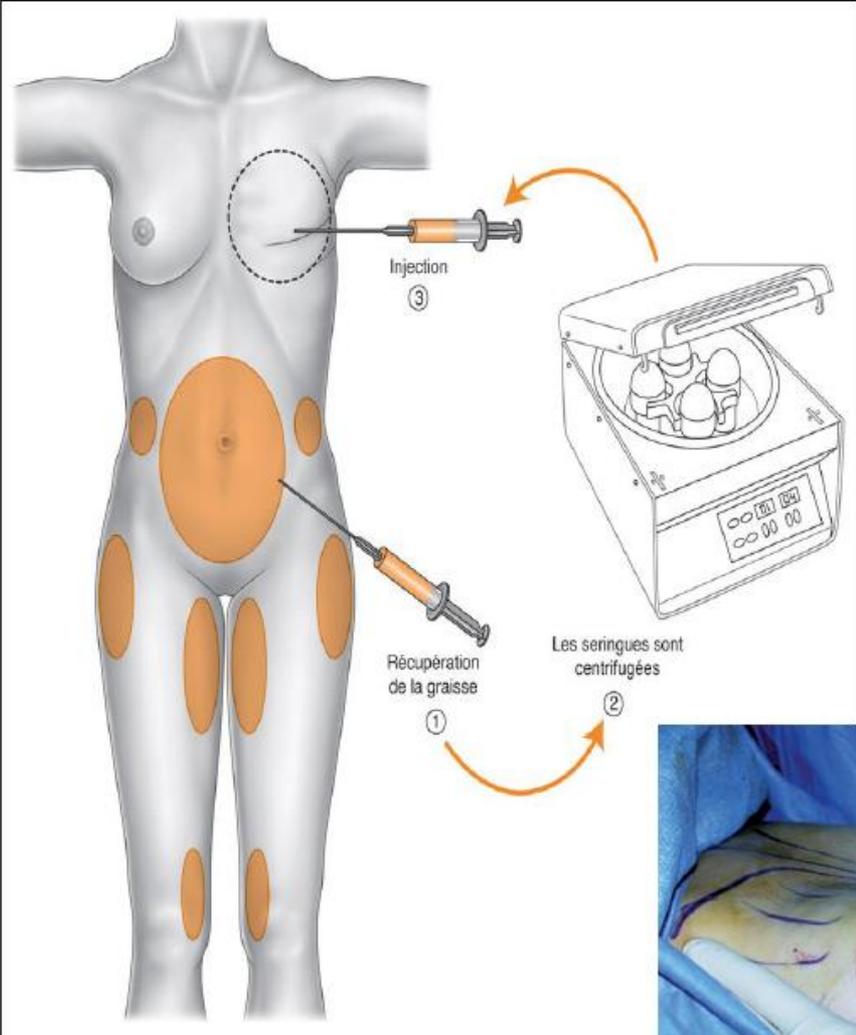


RM2 par prothèse



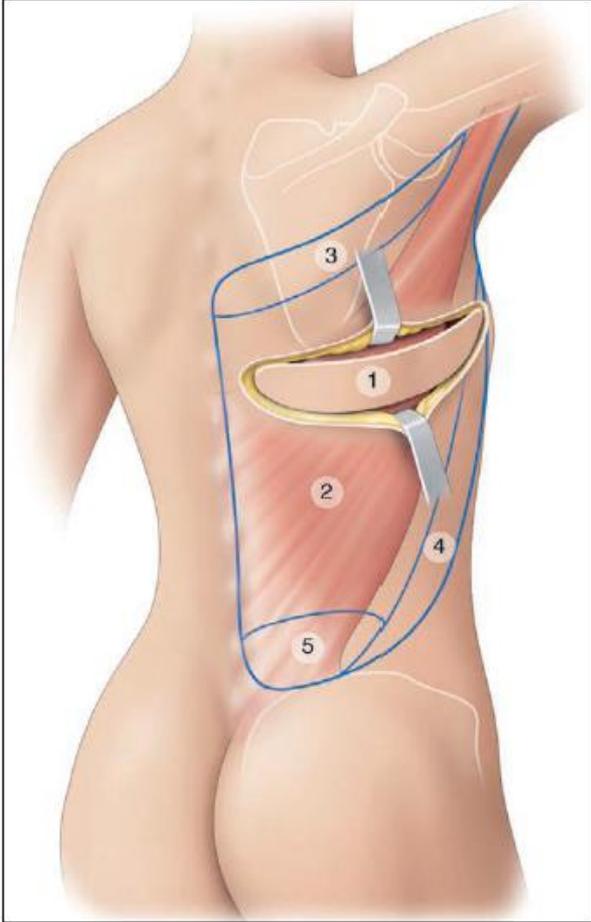
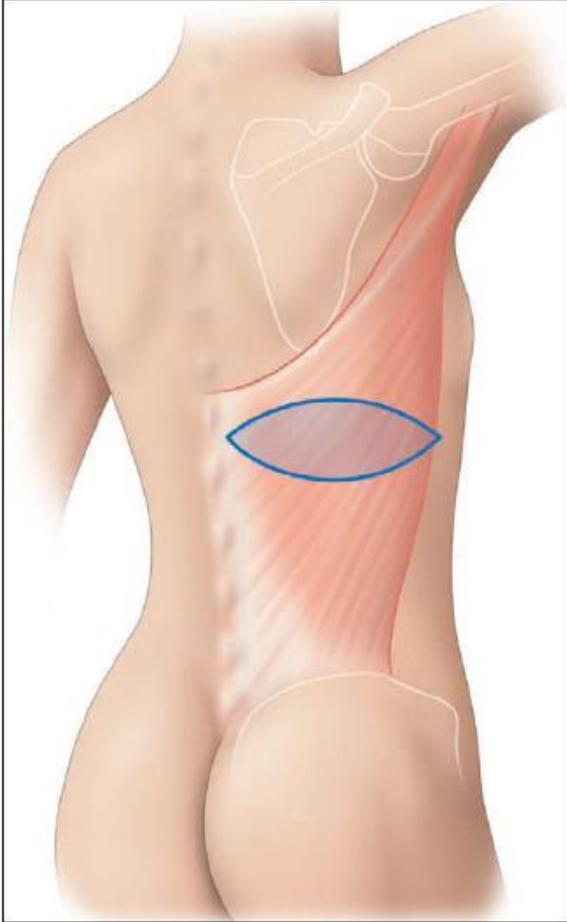
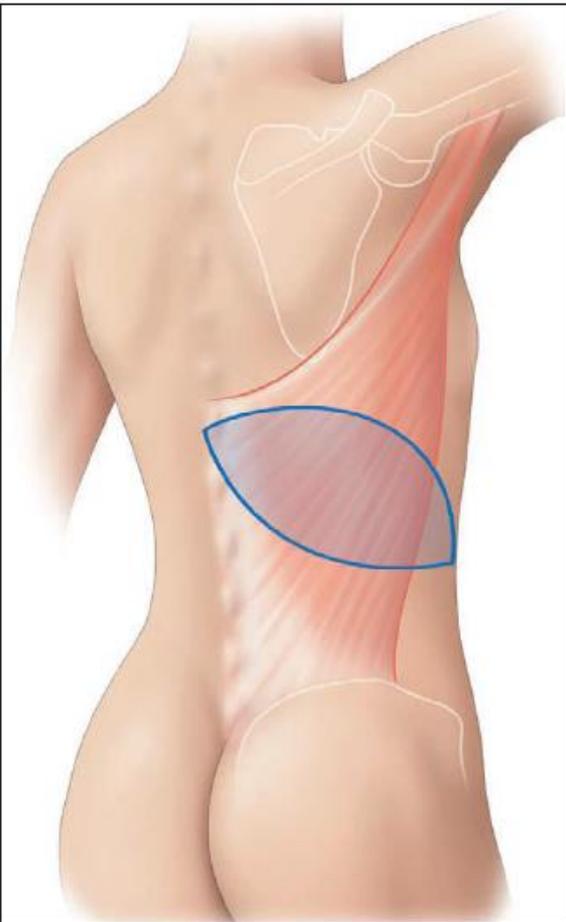
RMI par prothèse gauche et
réduction controlatérale

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

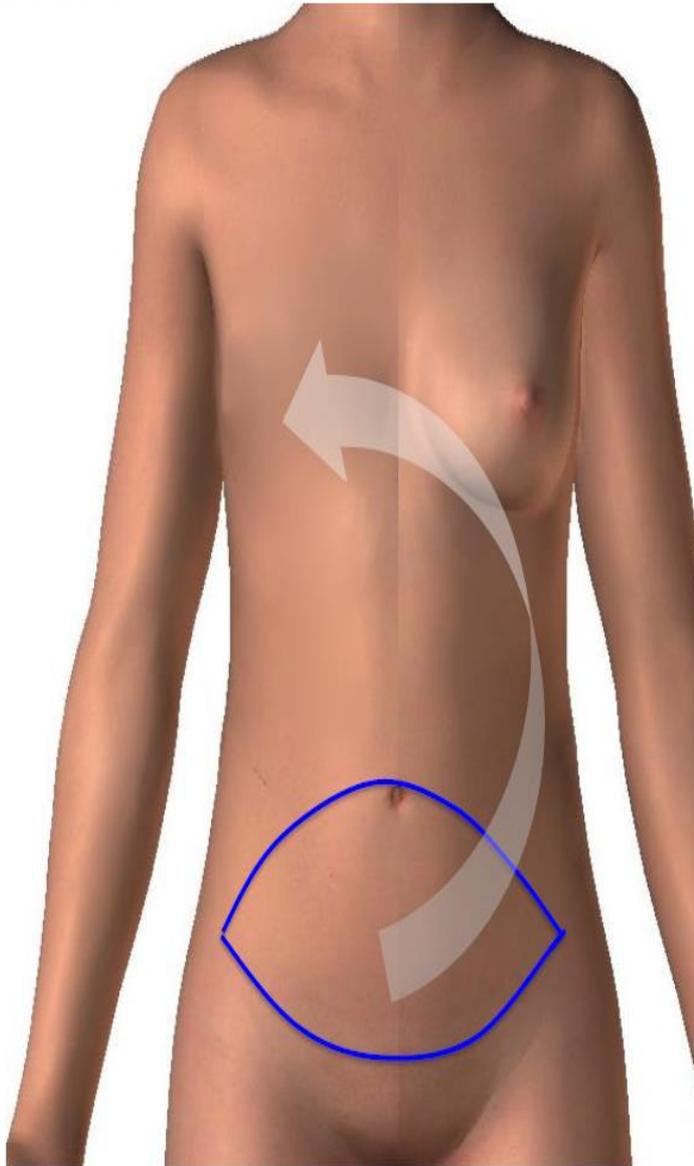


Schéma anatomique

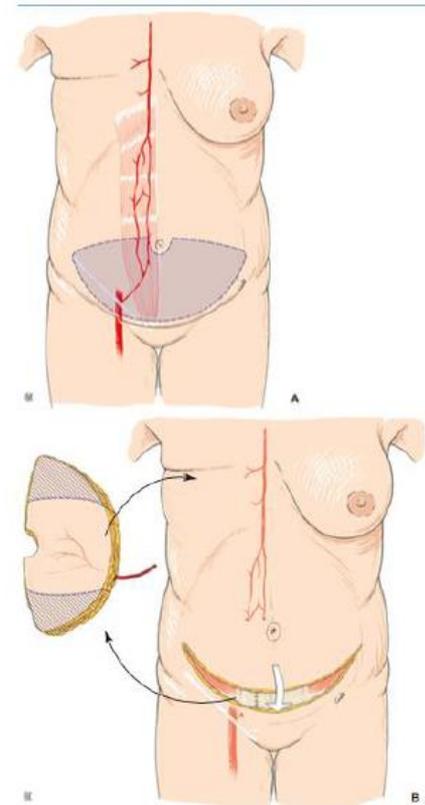


Figure 10. Le lambeau libre de step inférieur (gauche) profond (sur le côté) ou profond (gauche) sur-ombilical (au centre) aux dépens du péritoine épigastrique inférieur profond (A, B).

RM immédiate par DIEP





RMI par lambeau de DIEP



RM2 par lambeau de DIEP



Complications

