

Chirurgie de rattrapage des cancers du sein localement évolués et des récidives locales agressives

P. Rouanet

Introduction

Définis par un volume tumoral important, les cancers du sein localement évolués et les récidives locales agressives associent un groupe hétérogène de malades comportant des pronostics très variables. Du point de vue de la technique chirurgicale, leur dénominateur commun est la nécessité de réaliser des résections locales étendues nécessitant une couverture pariétale avec du matériel autologue, le plus souvent des lambeaux musculo-cutanés. Qualifiée de maladie inopérable par les techniques classiques de mastectomie, la littérature confirme que la primeur thérapeutique est donnée aux traitements systémiques pour combattre la maladie micrométastatique (1). Dans ces conditions, quelle peut être la place d'un traitement local chirurgical agressif?

Histoire naturelle – Individualisation de ce groupe de patientes

Le volume tumoral de ces lésions sous-entend le risque de maladie métastatique et donc la notion de maladie systémique. Dès 1969, Fisher (2) publiait une relation directe entre la taille tumorale et l'envahissement ganglionnaire :

les tumeurs de plus de 5 cm avaient un taux d'envahissement de 63 % avec le plus souvent plus de quatre ganglions métastatiques (65 %) et un pronostic à 10 ans inférieur à 20 % alors que les patientes N- présentaient une survie à 10 ans de 65 % mais un taux de récidives locales de 24 %. Downey *et al.* (3) confirmaient ces données à propos de 38 femmes opérées de résection pariétale large, l'infiltration ganglionnaire était le premier facteur pronostique des re-récidives locales et de la survie à long terme. Les combinaisons thérapeutiques actuelles, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie, ont permis d'améliorer le pronostic de ces patientes sans pouvoir gommer l'impact pronostique de l'envahissement ganglionnaire.

Ces chiffres démontrent clairement l'hétérogénéité pronostique de ce groupe de cancers du sein pour lequel l'envahissement ganglionnaire permet de distinguer grossièrement les sous-groupes extrêmes que sont les tumeurs à agressivité purement locale des lésions à pronostic général.

À partir du fort volume tumoral parfois associé à la fixité pariétale, trois groupes de patientes peuvent s'individualiser cliniquement :

– Les maladies inflammatoires définies par les signes classiques que sont l'œdème cutané, la rougeur, la présence de nodules de perméation. La vitesse de prolifération peut s'apprécier par la rapidité d'installation de l'histoire clinique, la prise en masse du sein ou l'existence d'adénopathies axillaires synchrones. Le recueil des facteurs pronostiques associe des tumeurs indifférenciées, à fort index mitotique, souvent non hormonosensibles. Ces tumeurs inflammatoires ont un pronostic systémique, la chirurgie agressive doit rester d'indication exceptionnelle.

– Les cancers du sein localement évolués au diagnostic se caractérisent par un fort volume tumoral isolé. L'anamnèse confirme la lenteur d'évolution et le caractère dissimulé de la découverte de la maladie. Ces patients consultent tard soit par crainte, par ignorance ou par déni. La biologie s'accorde à la lenteur d'évolution clinique en associant des récepteurs hormonaux présents et un faible index de prolifération.

– Les récidives locales agressives sont caractérisées par leur volume tumoral important associé à l'infiltration de la paroi thoracique ou du sternum. Elles associent les récidives pariétales mais aussi les récidives ganglionnaires, surtout mammaires internes. Leur pronostic s'individualise en fonction de l'intervalle libre les séparant de la fin du traitement initial. Faneyte *et al.* (4) proposent la barrière pronostique à 2 ans. Au-delà d'un intervalle supérieur à 2 ans, le taux de survie à 5 ans passe de 58 % en cas de résection R0 à 28 % en cas de résection R1.

Techniques opératoires

Résections thoraciques

Les résections pariétales intéressent surtout la paroi thoracique antérieure, que ce soient les résections costales ou les résections sternales. Les résections inférieures à 5 cm² avec une exérèse emportant moins de trois côtes antérieures ou moins de la moitié du sternum n'imposent pas de reconstruction de la rigidité pariétale (5, 6). Au-delà de ces limites, l'utilisation de matériaux synthétiques s'impose pour rigidifier la paroi et éviter l'apparition de volets thoraciques avec le risque de respiration paradoxale (fig. 1). Ce sont des matériaux rigides, inertes et malléables, sous forme de plaques pour la plupart ; il s'agit essentiellement du polytétrafluoroéthylène (Goretex®) non rigide, du polypropylène (Marlex®) rigide, du polyéthylénetrophélate (Mersilène®), voire de plaque résorbable telle que le polyglactine (Vicryl®). Plusieurs études ont montré que ces différentes plaques ont une efficacité équivalente dans la restauration de la rigidité pariétale thoracique (6, 7). Les résections pulmonaires associées sont rares, le plus souvent atypiques de contiguïté, exceptionnellement réglées. L'appréciation des marges prédictives de résection est difficile, plusieurs auteurs soulignent la sécurité d'avoir 2 cm macroscopiques pour éviter une résection R1.

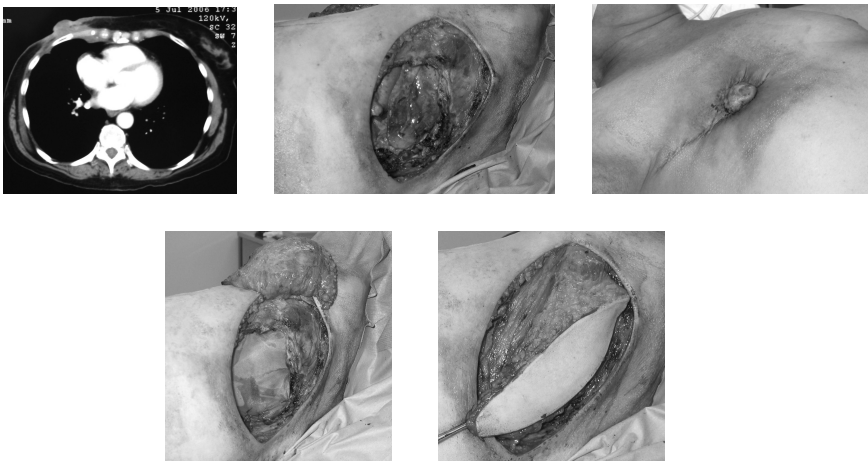


Fig. 1 – Récidive pariétale agressive après mastectomie : résection pariétale, plaque de Mersilène® ; lambeau de grand dorsal.

Les risques du renforcement pariétal profond par les matériaux synthétiques sont l'infection ou la douleur chronique. Dans certains cas où il n'est pas nécessaire d'utiliser un recouvrement cutané par lambeaux et où existe un risque infectieux, nous avons rigidifié la paroi en utilisant la palette désépidermée d'un grand dorsal suturée au plan osseux (8) (fig. 2).

Recouvrement pariétal

Problématique avant l'utilisation des lambeaux musculo-cutanés (LMC), les défauts pouvaient être comblés par transposition du sein controlatéral ou par l'utilisation d'épiplooplastie greffée (9). La confection des lambeaux musculo-cutanés pédiculés de grand dorsal ou de grand droit a transformé les suites cicatricielles de ces interventions tant pour la durée d'hospitalisation, la

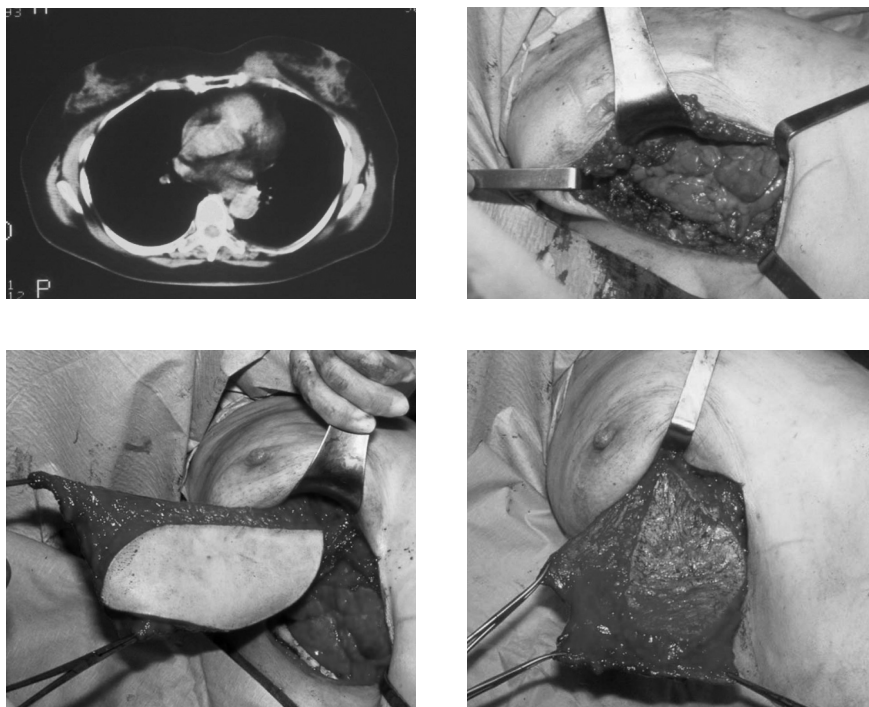


Fig. 2 – Récidive ganglionnaire mammaire interne : résection pariétale sterno-costale consolidée par lambeau de grand dorsal désépidermé.

morbidité ou les suites fonctionnelles à long terme (10, 11). Le lambeau de grand dorsal est robuste, fiable techniquement, facile à réaliser (12). Le lambeau de grand droit permet des recouvrements plus larges au prix d'une morbidité plus lourde. Leurs contre-indications absolues dépendent des séquelles chirurgicales antérieures au niveau de leurs pédicules principaux : curage axillaire agressif pour le grand dorsal, sternite radique importante pour le grand droit.

Indications

Chirurgie agressive de première intention

Elle est devenue exceptionnelle et ne se conçoit que pour des formes histologiques très particulières : sarcome de bas grade, tumeur desmoïde. Le faible index de prolifération de ces tumeurs autorise des résections curatives d'emblée.

Chirurgie de clôture après traitement d'induction

Le recueil des facteurs pronostiques sur biopsie associé à un bilan d'extension complet et exhaustif de la maladie permet de sélectionner les femmes candidates à une chirurgie de clôture agressive. La notion de réponse au traitement d'induction est capitale pour établir le pronostic. Les non-répondeuses gardent un pronostic excessivement grave alors que les répondeuses peuvent bénéficier d'une chirurgie à visée curative. Dans le premier cas, l'indication du geste chirurgical doit intégrer en plus du pronostic carcinologique des notions telles que la prise en charge symptomatique du résidu tumoral ou l'impact sur la qualité de vie. La nécessité d'une résection macroscopiquement complète et de suites opératoires simples reste l'objectif principal de l'acte. Pour les patientes répondeuses, le chirurgien doit se poser la question de réséquer simplement le résidu tumoral visible ou de réséquer les tissus initialement pathologiques. Dans cette situation, l'apport de l'examen extemporané des marges est discutable car la mise en évidence de dépôts tumoraux épars est toujours sous-estimée. L'appréciation du bénéfice-risque de la chirurgie à réaliser est capitale pour décider de la stratégie opératoire.

Chirurgie des récurrences isolées

Caractérisée par les antécédents thérapeutiques avec notamment la notion d'irradiation antérieure, la résection doit être obligatoirement large (2 à 5 cm de marge macroscopique) (4), avec un recouvrement toujours par LMC autologue (5, 6, 10). La radiodystrophie ou l'existence de nodules de perméation imposent des marges macroscopiques supra-centimétriques (fig. 3). En cas de doute entre tissu fibreux radique et tissu tumoral, le chirurgien ne doit pas hésiter à réaliser des examens extemporanés ciblés. Une récurrence ganglionnaire associée peut remettre en cause l'utilisation d'un LMC en fonction de sa topographie, axillaire pour le grand dorsal, mammaire interne pour le grand droit. Enfin, on peut schématiser l'indication chirurgicale en fonction de l'intervalle libre (± 2 ans), à savoir que plus il est long, plus l'indication d'une chirurgie agressive s'impose (13).



Fig. 3 – Récidive locale agressive sur sein radique : recouvrement pariétal par TRAM bipédiculé.

Chirurgie de propreté en cas de maladie générale non contrôlée

L'indication d'une chirurgie palliative doit prendre en compte plusieurs symptômes qui sont susceptibles d'altérer la qualité de vie : la douleur, les odeurs émises par la plaie thoracique, les exsudats, le saignement, l'œdème. Les déficits fonctionnels, les répercussions psychologiques et sociales doivent être évalués. La synthèse de ces plaintes peut conduire à une chirurgie de propreté même dans le contexte d'une maladie terminale sous couvert d'un état général conservé. La chirurgie est le moyen le plus rapide et le plus efficace pour avoir une réponse complète... sous réserve de suites opératoires simples! (fig. 4).

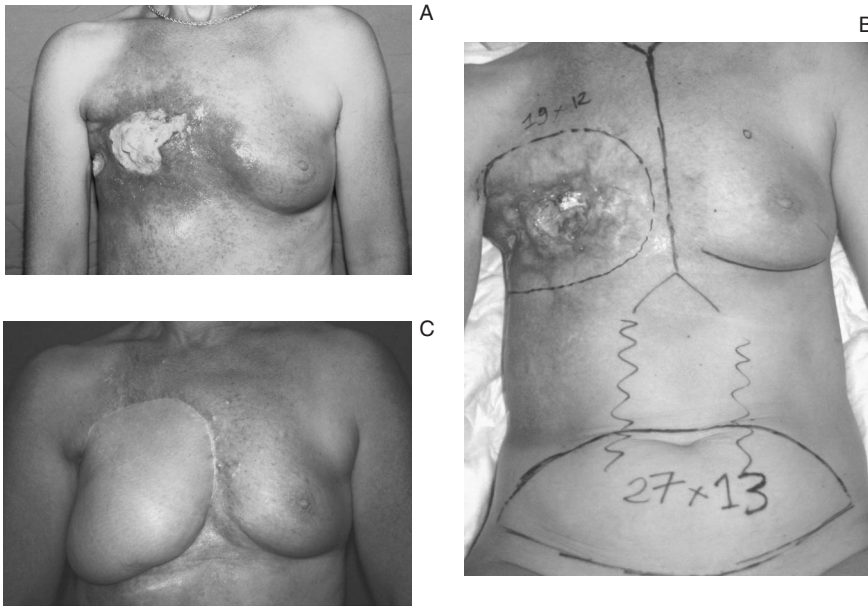


Fig. 4 – Récidive locale agressive après mastectomie. A, B : recouvrement pariétal par TRAM bipédiculé. C : Résultat 26 mois après la chirurgie.

Résultats

Dans toutes les séries publiées, la mortalité opératoire de ces interventions est nulle avec une morbidité faible, toujours inférieure à 15 %. *Weyant et al.* (7) confirment que le risque opératoire est directement lié à une résection pulmonaire associée. Le taux de résection curative R0 varie de 60 à 80 % (4, 7). La survie à 5 ans varie de 20 à 70 % et le taux de re-récidives locales se stabilise autour de 20 %. *Pameijer et al.* (13) ont effectué une méta-analyse de la littérature anglo-saxonne qui confirme, à partir de 400 patientes, un taux de survie à 5 ans de 45 %. À partir de la série du MD Anderson, *Chen et al.* (11) confirment que le taux de survie à 3 ans des résections curatives est de 66 % alors qu'il chute à 8 % en cas de résections palliatives. Pour *Faneyte et al.* (4), il varie de 60 à 20 %. *Chang et al.* (5) publie une série de 113 patients opérés au Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York. La surface pariétale moyenne résequée était de 266 cm² comblée par 157 LMC. 85 % des patientes ont bénéficié d'une reconstruction en un temps sans complications. Pour la même institution, *Shah et Urban* (14) avaient

montré que le taux de survie à 5 ans de ces femmes passait de 57 % en cas de chirurgie première à 19 % si la chirurgie était programmée en cas de non-réponse à la radiothérapie.

Conclusions et perspectives

La chirurgie pariétale lourde des cancers du sein localement évolués ou récidivants a fait la preuve de sa reproductibilité technique chez les équipes référentes maîtrisant à la fois l'exérèse pariétale large et les différentes techniques de reconstruction pariéto-thoracique. L'utilisation large des lambeaux musculo-cutanés a transformé les suites opératoires de ces patientes, autorisant des indications purement palliatives dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie. Pour les patientes à pronostic incertain, cette chirurgie a parfaitement sa place dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et programmée. Enfin, elle reste le point clé du traitement curatif des tumeurs volumineuses à malignité locale pour lesquelles l'erreur thérapeutique serait de résumer la prise en charge à un traitement purement systémique. En l'absence de facteurs biologiques ou anatomo-pathologiques suffisamment performants pour prédire le risque régional ou systémique de ces femmes, la discussion multidisciplinaire doit toujours inclure une réflexion chirurgicale pertinente.

Références

1. Giordano SH (2003) Update on locally advanced breast cancer. *The oncologist* 8: 521-30
2. Fisher B, Slack NH, Bross IDJ (1969) Cancer of the breast: size of the neoplasm and prognosis. *Cancer* 24: 1071-81
3. Downey RJ, Rusch V, Hsu FI *et al.* (2000) Chest wall resection for locally recurrent breast cancer: is it worthwhile? *J Thorac Cardiovasc Surg* 119: 420-8
4. Faneyte IF, Rutgers EJ, Zoetmulder FA (1997) Chest wall resection in the treatment of locally recurrent breast carcinoma: indications and outcome for 44 patients. *Cancer* 80: 886-91
5. Chang RR, Mehrara BJ, Hu QY *et al.* (2004) Reconstruction of complex oncologic chest wall defects: a 10-year experience. *Ann Plast Surg* 52: 471-9
6. Veronesi G, Scanagatta P, Goldhirsch A *et al.* (2007) Results of chest wall resection for recurrent or locally advanced breast malignancies. *Breast in press*

7. Weyant MJ, Bains MS, Venkatraman E *et al.* (2006) Results of chest wall resection and reconstruction with and without rigid prosthesis. *Ann Thorac Surg* 81: 279-85
8. Rouanet P, Giacalone PL, Pujol H (1994) De-epithelialized latissimus dorsi musculocutaneous flap to reconstruct major chest wall resection after breast carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 20: 687-91
9. Contant CM, van Geel AN, Wiggers T (1996) The pedicled omentoplasty and split skin graft for reconstruction of large chest wall defects. *Eur J Surg Oncol* 22: 532-7
10. Rouanet P, Fabre JM, Tica V *et al.* (1995) Chest wall reconstruction for radionecrosis after breast carcinoma therapy. *Ann Plast Surg* 34: 465-70
11. Chen KN, Yu P (2006) Significance of multidisplinary surgery in chest wall resection and reconstruction for selected patients with breast cancer. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 28: 856-9
12. Rouanet P, Jozwik M, Pujol H (1994) Divided latissimus dorsi musculocutaneous flap for chest wall radionecrosis. *Ann Plast Surg* 33: 418-20
13. Pameijer CR, Smith D, McCahill LE *et al.* (2005) Full-thickness chest wall resection for recurrent breast carcinoma: an institutional review and meta-analysis. *Am Surg* 71: 711-5
14. Shah JP, Urban JA (1975) Full thickness chest wall resection for recurrent breast carcinoma involving the bony chest wall. *Cancer* 35: 567-73

Déclaration de conflits d'intérêts

Auteur	Aucune situation d'intérêt particulière	Participation financière dans le capital d'une entreprise	Contrat consultant, interventions ponctuelles, expertises, conférences, formation	Activité donnant lieu à versement au budget d'une structure	Autres liens Sans rémunération	Sans réponse
Philippe Rouanet	X					