

71

Étude des berges radiologiques au bloc opératoire dans le traitement conservateur du cancer du sein : évaluation carcinologique et médico-économique

D. Quaranta*, T. Ibraï, Y. Fouché, I. Raoust, J.C. Machiavello, C. Maestro, C. Chapellier et B. Flipo
Centre Antoine Lacassagne, 06189, Nice

Sujet de l'étude

L'obtention de marges saines dans le traitement conservateur du cancer du sein est connue comme facteur pronostic fondamental. Mais obtenir ces marges saines dès la primochirurgie permettant d'éviter les réinterventions est un challenge quotidien qui nécessite souvent une logistique importante (transport des pièces en radio ou au laboratoire ; ou déplacement du pathologiste immobilisé sur place). Il s'agit de la première étude prospective, continue, monocentrique dont le but est d'envisager une alternative à l'examen extemporané (BE) des pièces. Nous avons évalué le bénéfice d'une procédure radio de pièce opératoire instantanée au moyen de matériel dédié, positionné en salle d'opération, dans la prise en charge des patientes présentant un cancer du sein, tant sur le plan oncologique que sur le plan organisationnel et médico-économique.

Matériel et méthode

Cent vingt patientes de 32 à 84 ans (âge médian = 63 ans) ont été incluses. Les types histologiques comportaient des carcinomes *in situ* (11 %), canaux infiltrants (60 %), lobulaires (16 %), et mixtes (13 %). Les lésions étaient palpables dans 43 % des cas ; et non palpables dans 57 % [1] des cas. Les lésions dont la mammographie préopératoire était peu ou pas informative ont été également incluses pour une évaluation plus complète.

Chaque cas a fait l'objet d'une procédure comprenant une radio de pièce immédiate en salle avec un Faxitron® (F), notant la taille lésionnelle, ses limites radiologiques latérales, inférieure et supérieures, ainsi que l'heure exacte de réalisation. Puis la pièce est adressée en radiologie conventionnelle pour contrôle en cas de besoin ; et en histo-extemporanée (BE) systématique. Pour chacun des deux examens, nous avons noté le délai de réponse et les éventuelles recommandations de recoups chirurgicales.

L'objectif principal était la corrélation entre les berges radiologiques peropératoires en salle et, les berges radiologiques conventionnelles [2], et surtout histologiques définitives [3] permettant une chirurgie plus souvent *in sano* d'emblée.

Les objectifs secondaires étaient en premier lieu de comparer la fréquence des recoups immédiates effectuées grâce à la radio peropératoire en salle, *versus* les autres moyens de contrôle des berges [4] et surtout la BE ; puis le bénéfice médico-économique de cette procédure. Le bénéfice en termes de qualité de vie lié aux réinterventions évitées fera l'objet d'une évaluation ultérieure.

Résultats

Le diamètre moyen des pièces de tumorectomies est de 50 mm. L'image apparaît sur l'écran en salle en 90 secondes. Le F a été contributif dans 96 % des cas. Sa lecture a été suivie de recoupe immédiate dans 52,5 % des cas. La BE a demandé 17 % de recoups dont 11 % étaient déjà réalisées au vu du F, soit 6 % de recoups complémentaires. Après contrôle histologique définitif, 2 % des patientes ont nécessité une reprise chirurgicale secondaire pour marges au contact ou atteintes.

Le délai moyen entre l'exérèse de la pièce radiographiée en salle et la réponse de la BE était de 41 minutes.

Conclusion

La procédure de radiographie immédiate en salle, au moyen d'un matériel dédié, de lésions palpables ou non, [1] permet l'obtention de marges saines dans 94 % des cas. Dans notre série, la BE aurait donc permis d'éviter une reprise chirurgicale secondaire dans seulement 6 % des cas. Cette procédure a en outre le mérite d'associer cette démarche – qualité carcinologique à un circuit court qui permet d'« économiser » un temps d'occupation de salle d'environ 40 minutes par rapport à nos procédures antérieures. Nous pouvons encore améliorer nos résultats et cibler les cas relevant de cette indication. Cette série prometteuse semble pouvoir être généralisée, sous réserve de poursuivre cette démarche de validation et d'en confirmer les chiffres.

Références

1. Muttalib M, Tisdall M, Scawn R (2004) Intra operative specimen analysis using faxitron microradiography for excision of mammographically suspicious, non palpable breast lesions. *Breast* 13: 307-15
2. Carmichael AR, Ninkovic G, Bopara R (2004) The impact of intra operative specimen radiographs on specimen weights for wide local excision of breast cancer. *Breast* 13: 325-8
3. Davis KM, Hsu CH, Bouton ME et al. (2011) Intra operative ultrasound can decrease the re excision lumpectomy rate in patients with palpable breast cancers. *Am Surg* 77: 720-5
4. Gupta A, Subhas G, Dubay L (2010) Review of re excision for narrow or positive margins of invasive and intraductal carcinoma. *Am Surg* 76: 731-4