



Chirurgie palliative des cancers du sein

Dr MARTIN-FRANCOISE Sandrine
Centre François Baclesse
CAEN

UNICANCER



Centre
de Lutte contre le Cancer
François
Baclesse



Cancers du sein métastatiques

- ➔ Cancer du sein d'emblée métastatique : 1 à 2%
- ➔ Puis cancer devenant métastatique
 - ⊙ 30 à 50% des patientes traitées pour un cancer du sein présentent une évolution métastatique
 - ⊙ 40 000 patientes
 - ⊙ Poumon ,os, foie ...;
- ➔ Maladies très hétérogènes
 - Progression rapide avec localisations viscérales et résistantes au traitement (grade III REC-)
 - Maladie indolente à progression lente avec localisations osseuses et sensible au traitement (tumeurs mieux différenciées , grade I et II REC+)

Cancers du sein métastatique

- ➔ Intérêt de la prise en charge multidisciplinaire optimale
- ➔ Traitement adapté en fonction de la Maladie
- ➔ Nombreuses stratégies thérapeutiques
 - Chimiothérapie , thérapies ciblées , radiothérapie , hormonothérapie
 - Quelle place pour la chirurgie !!

Cancers du sein métastatique

- Chirurgie locale dans les cancers d'emblée métastatique ?
- Chirurgie de rattrapage des cancers localement évolués ou des récidives pariétales ?
- Chirurgie des métastases?

Chirurgie locale dans les cancers d'emblée métastatique

→ **Aucun essai randomisé +++**

→ **Babiera GV. Ann Surg Oncol. 2006**

Effect of primary tumor extirpation in breast cancer patients who present with stage IV disease and an intact primary tumor

- **Meilleur pronostic chez patientes jeunes HER 2+, un seul site de méta**

→ **Rapiti E J Clin oncol. 2006**

Complete excision of primary breast tumor improves survival of patients with metastatic breast cancer at diagnosis.

300 patientes

- **Gain de survie chez les patientes avec méta os**

→ **Khan SA Surgery. 2002**

Does aggressive local therapy improve survival in metastatic breast cancer?

16023 patientes survie à 3 ans 24,9%

- **35% marges saines , 26% marges non saines et 17, 3% pour les patientes non opérées**

En pratique

- ➔ ***Pas de bilan d'extension systématique en préopératoire sauf***
 - ***Si grosse lésion nécessitant une mastectomie (T3T4) ou lésion pluri focale***
 - ***Ou adénopathie N2***
 - ***Pas de chirurgie d'emblée si patiente métastatique***
 - ***A rediscuter après traitement d'induction***

Chirurgie de rattrapage des cancers localement évolués ou des récidives pariétales (Pr Rouanet)

- ➔ Chirurgie lourde avec
 - Résections locales étendues nécessitant une couverture pariétale avec le plus souvent des lambeaux musculo-cutanés
- ➔ Traitement systémique primordial
- ➔ Dans ces conditions, quelle peut être la place d'un traitement local chirurgical agressif ?

Chirurgie de rattrapage des cancers localement évolués ou des récidives pariétales

- **Les maladies inflammatoires**
 - l'œdème cutané, la rougeur, la présence de nodules de perméation.
 - rapidité d'installation de l'histoire clinique,
 - la prise en masse du sein ou l'existence d'adénopathies axillaires synchrones.
 - tumeurs indifférenciées, à fort index mitotique, souvent non hormonosensibles.
 - pronostic systémique, la chirurgie agressive doit rester d'indication exceptionnelle.
- **Les cancers du sein localement évolués (fort volume tumoral isolé)**
 - 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.
 - lenteur d'évolution clinique, 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**
 - 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.* 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

→ Recouvrement pariétal :

- Suites cicatricielles transformées depuis l'utilisation des lambeaux musculo- cutanés
 - Lambeau de grand dorsal
 - Lambeau de grand droit (morbidité plus lourde)

→ Résections thoraciques :

- Moins fréquentes
- Paroi thoracique antérieure (cotes, sternum)
- Matériaux synthétiques

Indications

Chirurgie agressive de première intention

- Devenue exceptionnelle

- Formes histologiques :

- sarcome de bas grade , tumeur desmoïde

→ Chirurgie de clôture après traitement d'induction

- Réponse au traitement d'induction primordial pour établir le pronostic

→ Chirurgie des récives isolées

- Irradiation antérieure +++

- Résections larges (R0)

- Indication en fonction de l'intervalle libre (plus il est long plus l'indication d'une chirurgie agressive s'impose)

→ Chirurgie de propreté en cas de maladie générale non contrôlée

- Douleurs , odeurs , exsudats , saignement , œdème

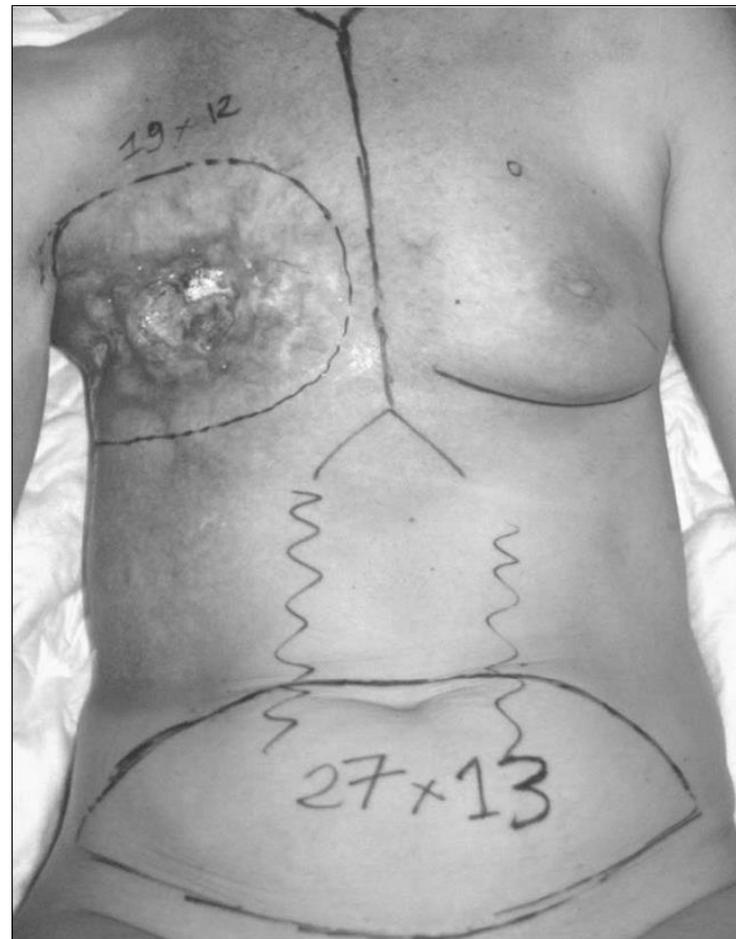
Sein évolué



Récidive locale , TRAM bipédiculé



Récidive locale ,TRAM bi pédiculé ,résultat à 26 mois



Résultats

- ➔ Mortalité nulle et morbidité faible (<15%) dans toutes les séries publiées
- ➔ Résection curative R0 de 60 à 80%
- ➔ Survie à 5 ans de 20 à 70%
- ➔ Pameijer et al 2005 métaanalyse
 - 400 patientes en récidence
 - Taux de survie à 5 ans 45%
- ➔ Chen et al (2006)
 - En résection curative survie à 3 ans 66% vs 8% si résection palliative

Conclusion

- ➔ Chirurgie pariétale lourde :
 - ⊗ reproductibilité technique chez les équipes référentes (résection large et techniques de reconstruction pariéto-thoracique)
- ➔ Utilisation des LMC a transformé les suites opératoires des patientes
 - ⊗ Pouvant permettre des indications purement palliatives pour améliorer la qualité de vie
- ➔ Discussion multidisciplinaire
 - ⊗ Pour les patientes à pronostic incertain , réflexion chirurgicale pertinente

Chirurgie des métastases

- ➔ D'une façon générale
 - Métastases osseuses : Tumeurs mieux différenciées de grade I et II Rec.+
 - Métastases hépatiques , pulmonaires , cérébrales : plutôt lésion de grade III rec.-

- ➔ Quelle place pour la chirurgie ?

Métastases hépatiques

- ➔ Atteinte hépatique seules rares 10 % des évolutions métastatiques et seulement 10% vont bénéficier d'un traitement chirurgical
- ➔ Foie est le 3è site méta
- ➔ Pronostic sombre médiane de survie 4 à 6 mois , survie à 1 an 30%
- ➔ C. Segura: étude rétrospective CFB
 - Evolution hépatique seule 354 patientes
 - Médiane survie 9 mois
 - grade , rec. , et réponse
 - Pronostic hétérogène

Critères d'indication chirurgicale

Salmon 90 patientes

→ 4 règles :

- Tumeur primitive extirpée
- Meta hépatique : régression ou stabilisation après traitement d'induction
- Nombre de méta 3 à 5 maxi
- Pas d'autres méta en dehors de méta os contrôlées rec.+

Résultats

(Salmon 90 patientes)

- ➔ Mortalité très faible à nulle
- ➔ Survie 85% à 24 mois ,66%à 36 mois et 46% à 60 mois , 22% à 10 ans
 - Survie liée
 - intervalle libre entre le cancer primitif et la survenue des métas
 - REC+
 - Chirurgie R0
 - Récidive hépatique chez la moitié des patientes
- ➔ Association Française de Chirurgie. Ann Surg. 2006.
Hepatic resection for noncolorectal nonendocrine liver metastases: analysis of 1,452 patients and development of a prognostic model.
 - 460 patientes

Métastase ovarienne, carcinose péritonéale

- ➔ Plutôt rare mais non exceptionnelle
- ➔ 2 fois sur trois carcinome lobulaire
- ➔ Distinction Métastase du cancer du sein ou second cancer de l'ovaire
- ➔ 75 patientes au CFB (H Crouet) avec ATCD de cancer du sein :
 - 20 localisation secondaire ,
 - 54 cancer primitif ovaire (1 cancer endomètre)
 - 1 sur 3 métastase sein
 - En concordance avec la littérature

Quelle chirurgie? Pour quel pronostic?

Métastase ovarienne et carcinose

- ➔ Exploration chirurgicale : coelioscopie
 - avec biopsie (sein ? Ovaire?)
 - critères de résécabilité
- ➔ Pronostic des localisations ovariennes ou péritonéales secondaires est défavorable à extension égale par rapport à une lésion ovarienne ou péritonéale primitive
- ➔ Chirurgie de cytoréduction surtout
 - si délai long et
 - si la chirurgie peut être complète R0:
 - médiane de survie 36 mois vs 20
 - (Eitan R, Gynecol oncol 2003 Breast cancer métastatic to abdomen and pelvis : role of surgical resection.)

Conclusion

- ➔ Les indications chirurgicales font partie intégrante des thérapeutiques chez les patientes métastatiques et gardent une place assez importante dans la prise en charge
- ➔ Indications mesurées sur patientes bien sélectionnées +++

- Merci de votre attention