Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com
ScienceDirect
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 36 (2008) 130–135
Gynécologie Obstétrique & Fertilité
http://france.elsevier.com/direct/GYOBFE/

Faits et arguments

Prise en charge des lymphocèles après curage axillaire dans le cancer du sein

Seroma after axillary lymph node dissection in breast cancer

N. Douay, G. Akerman, D. Clément, C. Malartic, O. Morel, E. Barranger *

Service de gynécologie–obstétrique, hôpital Lariboisière, Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP), 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 26 mars 2007 ; accepté le 15 juillet 2007

Résumé

Malgré l'avènement de la biopsie du ganglion sentinelle (GS) qui a permis de réduire la morbidité de la chirurgie du creux axillaire dans le cancer du sein de petite taille, le curage axillaire (CA) constitue le traitement de référence dans certains cas de cancer du sein. L'une des complications les plus fréquentes en postopératoire immédiat est le lymphocèle ou sérome dont l'incidence est indépendante de la technique chirurgicale. Une analyse de la littérature a permis d'isoler certains facteurs de risque, tels que l'index de masse corporel (IMC) élevé, l'important volume de drainage des trois premiers jours et l'hypertension artérielle. Certaines mesures chirurgicales préventives semblent montrer un bénéfice dans la réduction du lymphocèle : le prélèvement du ganglion sentinelle dans le traitement du cancer du sein de petite taille, le capitonnage du creux axillaire et le drainage axillaire systématique. Les autres techniques, telles que les colles contenant de la fibrine, les éponges hémolymphostatiques, les techniques particulières de dissection des tissus, la compression axillaire externe, la mobilisation différée du membre supérieur, le curage axillaire par lipo-aspiration et le prélèvement endoscopique présentent des résultats trop contradictoires pour pouvoir, à l'heure actuelle, les recommander en pratique clinique. La disparité des techniques et des résultats dans la réduction du sérome ne permet pas de proposer aujourd'hui de pratique consensuelle afin de diminuer l'incidence et le volume des séromes après curage axillaire dans le cancer du sein. Cependant, deux techniques semblent se distinguer : le prélèvement du ganglion sentinelle dans le cancer du sein de petite taille et le capitonnage du creux axillaire.
© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Since the advent of sentinel node biopsy, which made it possible to reduce the morbidity of axillary surgery, axillary lymph node dissection has been constituting the treatment of reference in certain cases of breast cancer. One of the most frequent complications in the immediate postoperative period is the lymphocele or seroma, the frequency of which is independent of the axillary technique of surgery. Following an analysis of the literature, some risk factors were isolated such as a high body mass index, the high volume of the first three days drainage and arterial hypertension. Some techniques seem to show a benefit in the reduction of the lymphocele: sentinel node biopsy, padding of the axilla and the axillary drainage. The majority of other techniques such as the use of fibrin sealant, hemolymphostatic sponges, various techniques of axillary dissection, external axillary compression, differed mobilization from the upper limb, axillary dissection by lipo-aspiration and endoscopic axillary dissection, have too contradictory results at the present time to be recommended in clinical practice. No consensus is clearly established to decrease the incidence and the volume of the seroma after axillary dissection in breast cancer. Today, two techniques can be nevertheless distinguished: sentinel node biopsy and padding of the axilla.
© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Sérome ; Lymphocèle ; Curage axillaire ; Morbidité ; Ganglion sentinelle ; Capitonnage ; Cancer du sein

Keywords: Seroma; Lymphocele; Axillary dissection; Morbidity; Sentinel node biopsy; Muscular padding; Breast cancer

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : ebarranger@club-internet.fr (E. Barranger).

1297-9589/$ – see front matter © 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.gyobfe.2007.07.040

1. Introduction

Malgré l'avènement du prélèvement du ganglion sentinelle (GS), le curage axillaire (CA) reste un des standards de la prise en charge de certaines patientes ayant un cancer du sein de plus de 2 cm [1–3]. L'une des complications les plus fréquentes en postopératoire immédiat est l'écoulement sérolymphatique dénommé dans la littérature lymphorrhée, lymphocèle ou le plus souvent sérome [4]. Leur définition reste clinique et leur évaluation est très hétérogène selon les séries : volume de drainage, durée de drainage, nombre des aspirations ou bien volume des aspirations. La fréquence d'apparition du sérome varie de 0 à 80 %, selon les différentes techniques chirurgicales et l'attitude préventive préconisées, ainsi que la méthode d'évaluation utilisée [5,6].

Cette complication, reflet majeur de la morbidité du CA, affecte la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein. Diminuer l'incidence et la sévérité des séromes permettrait de réduire la morbidité globale du CA et en particulier la durée d'hospitalisation des patientes.

Nous détaillons dans cette revue de la littérature l'ensemble des techniques actuelles ou passées ayant pour objectif de réduire cette complication liée au CA.

2. Définition et physiopathologie des séromes

Il s'agit le plus fréquemment d'une masse palpable, gênante pour la patiente, fluctuante, tendue, contenant du liquide situé dans la loge du curage axillaire ou de mastectomie et qui nécessite au moins une aspiration [7]. Cette collection liquidienne peut être responsable d'une désunion de la cicatrice, peut donner lieu à des complications infectieuses locales, puis générales en cas de surinfection, et peut contribuer de manière plus ou moins importante aux complications tardives telles que l'apparition de brides rétractiles au niveau de l'aponévrose clavi-pectoraux-axillaire ainsi que l'apparition d'un lymphœdème [8].

Pour certains auteurs, le sérome se définit par le recours à des ponctions évacuatrices itératives [9] ; pour d'autres il nécessite un volume minimum de liquide aspiré (variable selon les auteurs : de 20 à 50 ml) [10,11]. Dans une étude de Jeffrey et al., cette accumulation liquidienne est présente à l'échographie chez 92 % des patientes opérées (après traitement conservateur), mais seulement 42 % nécessitent une ponction [12]. La *Common terminology criteria for adverse events v3.0* classe les séromes en trois grades : le grade 1 correspond à un épanchement asymptomatique clinique ou radiologique, le grade 2 le définit comme symptomatique nécessitant une aspiration, le grade 3 le décrit comme requérant une intervention chirurgicale. Ainsi dans la plupart des études, seul le sérome de grade 2 est étudié, le grade 1 restant sous-évalué [7].

Le sérome est de nature sérolymphatique. Cette formation est principalement due à la création d'un espace mort secondaire à la dissection et l'exérèse des tissus cellulograisseux. Ainsi, l'absence de confrontation des berges, liée aux particularités anatomiques (irrégularités de la paroi thoracique, mouvements respiratoires) empêche les lambeaux tissulaires de se coapter [4], ralentit la cicatrisation et permet donc la création d'un espace laissant le liquide s'accumuler.

La nature de la production liquidienne qui résulte de l'absence d'étanchéité du creux axillaire est encore aujourd'hui discutée : pour Bonnema et al., il s'agit d'un liquide de drainage semblable à celui de la lymphe avec un contenu cellulaire et protéique spécifiques apparaissant par exsudation hors des canaux lymphatiques qui ne contiennent pas de membranes basales, ne limitant donc pas leur extravasation [13]. L'occlusion des canaux lymphatiques par clip, coagulation etc. ne permet donc pas de réduire l'apparition de ce liquide. L'absence de fibrinogène pourrait expliquer la non-coagulabilité de ce liquide [13,14]. En revanche, Watt-Boolsen et al. décrivent un liquide à la composition proche d'un exsudat inflammatoire [15], résultats corroborés par McCaul et al. [16]. Plus globalement, on peut dire que le contenu exact du liquide reste obscur, car de composition variable selon le moment où il est analysé [7].

3. Facteurs de risque d'apparition des séromes

Kuroi et al. ont récemment mis en évidence les facteurs influençant la formation des séromes [17] : un index de masse corporel (IMC) élevé et un volume de drainage important dans les trois premiers jours postopératoires sont associés à une augmentation significative de l'incidence et de la gravité des séromes et dans une moindre mesure l'hypertension artérielle. En revanche, bien plus nombreux sont les facteurs qui ne semblent pas avoir d'influence sur l'incidence de survenue d'un sérome : l'anémie, le diabète, le tabagisme, le stade évolutif de la maladie, le grade tumoral, le type histologique, la localisation tumorale ainsi que la taille de la tumeur et le statut vis-à-vis des récepteurs hormonaux.

4. Prévention peropératoire de la formation des séromes

De nombreuses techniques de dissection des tissus ont été comparées en vue d'améliorer l'hémolymphostase des vaisseaux et donc de diminuer la production sérolymphatique des espaces de dissection : l'électrocoagulation classique, la pince Ligasure®, les ciseaux à ultrasons (Ultracision®), les lasers (Argon®), les clips chirurgicaux. Aucune ne montre réellement de supériorité par rapport aux autres.

Dans une étude rétrospective comparant le Ligasure® aux clips chirurgicaux chez des patientes ayant bénéficié d'un CA associé à une tumorectomie, Magri et al. retrouvent une diminution significative de la durée de drainage postopératoire avec la technique par Ligasure®, mais une augmentation significative du taux de sérome [18]. De plus, cette technique ne retrouve pas de bénéfice en terme de coût total d'hospitalisation.

Les ciseaux à ultrasons ont été évalués par Galatius et al. [19], Lumachi et al. [20] et Adwani et Ebbs [21]. Même si le principe de leur fonctionnement paraît séduisant (diminution de la diffusion thermique dans les tissus sains), les résultats de ces études limitées en nombre de patientes ne permettent pas d'affirmer de bénéfice de cette technique en terme, ni de volume et de durée de drainage, ni de fréquence d'apparition d'un

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3950673

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3950673

Daneshyari.com