



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

## Place de l'oncoplastie dans la prise en charge des carcinomes canauxaux in situ



### *Oncoplastic breast surgery for the management of ductal carcinoma in situ*

J. Bauwens<sup>a,\*</sup>, H. Azaïs<sup>a</sup>, P. Devouge<sup>b</sup>, J. Phalippou<sup>b</sup>, L. Boulanger<sup>a</sup>, P. Collinet<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Clinique de chirurgie gynécologique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, université Lille Nord de France, 2, avenue Eugene-Aviné, 59000 Lille, France

<sup>b</sup>Maternité Monaco, avenue Monaco, 59300 Valenciennes, France

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Reçu le 12 mai 2015

Accepté le 12 août 2015

Disponible sur Internet le 14 septembre 2015

##### Mots clés :

Cancer du sein

Carcinome canalaire in situ

Traitement chirurgical conservateur

Oncoplastie

Marge d'exérèse saine

#### RÉSUMÉ

Le CCIS (carcinome canalaire in situ) représente 15,2 % des cancers du sein. Une chirurgie conservatrice associée à une radiothérapie adjuvante est généralement recommandée. Le taux de reprise chirurgicale est important, de 30 à 60 %. L'enjeu de l'oncoplastie est de réaliser une exérèse de qualité sur le plan carcinologique en gardant un résultat esthétique satisfaisant. Cette revue de la littérature a pour but d'évaluer la place de l'oncoplastie dans la prise en charge des CCIS. Parmi les facteurs de risque de récurrence, l'envahissement tumoral des berges d'exérèse est décisif. Les marges saines communément admises pour le CCIS sont de 2 mm, bien qu'il n'y ait pas de consensus international. Des études récentes montrent qu'une marge de 10 mm serait plus optimale. Le préjudice esthétique engendré par la chirurgie, souvent accentué par la radiothérapie, a un impact défavorable sur la qualité de vie des femmes : l'oncoplastie permet de le limiter. Les techniques de plastie mammaire, développées dans la prise en charge conservatrice des lésions invasives, permettent de repousser les limites du traitement conservateur en enlevant un plus gros volume tumoral en marges saines. Peu de données existent concernant l'oncoplastie dans la prise en charge des CCIS. Elle permettrait d'augmenter le volume d'exérèse de 20 % et de diminuer significativement le taux de marges envahies, et donc de reprise chirurgicale. Les patientes en sont satisfaites. Les indications précises restent à définir notamment en fonction de l'âge, de la taille, et de la présence de comédonécrose. L'oncoplastie devrait être développée dans la prise en charge spécifique des CCIS.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

##### Keywords:

Breast Cancer

Ductal carcinoma in situ

Conservative surgery

Oncoplastic surgery

Clear margin

DCIS (Ductal carcinoma in situ) constitutes 15,2% of breast cancers. Conservative surgery coupled with adjuvant radiotherapy is often recommended. The rate of revision surgery is high, from 30 to 60%. The concern is a high quality resection within clear margins with a satisfactory aesthetic result. The objective of this review is to precise the place of oncoplastic surgery in DCIS care. Among risk factors of recurrence, tumoral invasion of surgical margins is capital. In histology, clear margins usually adopted for DCIS are 2 mm, even though there is no international consensus. Recent studies show that a 10 mm limit would be better. Aesthetic damage caused by surgery, often increased by radiotherapy, has a negative impact on women quality of life : oncoplastic surgery may minimize it. Techniques of plastic surgery, arranged into level 1 and 2, allow pushing back conservative treatment limits by removing a larger tumor with clear margins. Often used in invasive cancers, few data exist regarding oncoplastic surgery and DCIS. It allows to increase the dimensions of surgical resection by 20% and to decrease positive margins significantly therefore the rate of revision surgeries. Patients are satisfied with it. Specific indications need to be clarified according to age, size and "comedonecrosis" presence. Oncoplastic surgery should be developed in DCIS specific care.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [azais.ju@gmail.com](mailto:azais.ju@gmail.com) (J. Bauwens).

## 1. Introduction

En 2010, le CCIS (carcinome canalaire in situ) représente 15,2 % de l'ensemble des cancers du sein dépistés en France [1] et 25 à 30 % des carcinomes mammaires détectés radiographiquement [2,3]. Compte tenu de ses caractéristiques épidémiologiques, architecturales et pronostiques, le CCIS est une entité anatomo-clinique particulière justifiant une prise en charge spécifique. Le traitement de référence consiste dans la plupart des cas en une mastectomie partielle associée à une irradiation adjuvante. Le facteur de risque principal de récurrence est le statut des marges d'exérèse avec un seuil fixé actuellement à 2 mm [4]. Ce seuil est sujet à controverses en raison du taux important de positivité des marges d'exérèse et donc de reprise chirurgicale dans le cadre du CCIS. D'après plusieurs études récentes, un seuil plus important (10 mm) serait à recommander [2,5,6]. Il existe un dilemme chirurgical entre résection carcinologique de qualité (marges d'exérèse saines) et résultats esthétiques.

La prise en charge des cancers invasifs du sein a été révolutionnée par la mise en œuvre de techniques d'oncoplastie permettant de repousser les indications de mastectomie au profit d'un traitement conservateur de qualité sur le plan esthétique et carcinologique. De par ses caractéristiques cliniques et histologiques, les CCIS pourraient constituer une indication de choix de l'oncoplastie. Cette revue de la littérature a pour but de préciser la place de l'oncoplastie dans la prise en charge spécifique des CCIS.

## 2. Paramètres influençant la prise en charge chirurgicale des CCIS

### 2.1. Indications générales

Le CCIS est une prolifération de cellules malignes dans les structures canalaire de la glande mammaire sans franchissement de la lame basale.

Son incidence est de 11 à 32/100 000 femmes et a augmenté au cours des 20 dernières années en raison de la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein en 1989. La plupart du temps, la lésion n'est pas palpable et les patientes sont asymptomatiques [3]. Quatre-vingt à 90 % des femmes recevant un diagnostic de CCIS présentent des micro-calcifications à la mammographie de dépistage au Royaume-Uni [7].

Le traitement des CCIS est chirurgical. On propose un traitement conservateur (mastectomie partielle), s'il est techniquement réalisable, ou un traitement radical (mastectomie totale), le cas échéant. En cas de mastectomie partielle, si les berges sont saines (marges de tissu sain  $\geq$  2 mm), une radiothérapie adjuvante du sein opéré est mise en œuvre.

La décision d'un traitement radical est favorisée par plusieurs paramètres [5], souvent liés au risque de récurrence :

- liés à la patiente : âge jeune [8–11], volume mammaire faible, antécédents familiaux, mutation génétique, choix de la patiente. L'âge entre en compte dans le risque de récurrence [9], le pronostic est moins bon chez les femmes jeunes avec un taux de récurrence de l'ordre de 30 % chez les femmes de moins de 40 ans contre 10 % chez les femmes de plus de 40 ans ;
- liés aux caractéristiques de la lésion : le caractère multicentrique, le risque élevé de micro-invasion. La taille de la lésion augmente le risque de micro-invasion : il est de 50 % lorsque le diamètre du CCIS est supérieur à 50 mm contre seulement 1 % pour un diamètre inférieur à 25 mm [12]. Si la lésion est palpable, les lésions histologiques s'étendent souvent au-delà des limites macroscopiques lésionnelles [13]. De ce fait, les tumeurs détectées par palpation ont un taux de reprise plus élevé

[14]. D'un point de vue histologique, le grade nucléaire est un facteur pronostique important [15] ainsi que la présence de comédonécrose [16] car ils sont liés à un risque de micro-invasion ;

- liés aux possibilités de traitement : la chirurgie est plus limitée dans les quadrants inférieurs et internes, surtout en fonction du ratio sein/taille de la lésion [17]. De la même manière, la radiothérapie peut être contre-indiquée en cas d'antécédent de maladie de Hodgkin [18,19] traitée par radiothérapie en mantelet mais aussi en cas de pathologie cardiaque sévère ou pulmonaire. Un traitement radical est donc indiqué dans ces cas.

La mastectomie totale peut être indiquée en deuxième intention, lorsque les marges de tissu sain sont strictement inférieures à 2 mm après chirurgie conservatrice, ou après reprise chirurgicale des berges non satisfaisante... en fonction du volume du sein [4]. Pour cette raison, il est indispensable, en cas de mastectomie partielle, de choisir une incision en gardant à l'esprit le risque de mastectomie secondaire et en l'incluant par conséquent dans le territoire de résection cutanée en cas de mastectomie totale qui peut être envisagée associée à une RMI (reconstruction mammaire immédiate) avec conservation de l'étui cutané. La troisième indication de mastectomie totale est la récurrence de CCIS [4]. Il n'y a pas de ganglion sentinelle associé. La reconstruction mammaire est immédiate ou différée.

### 2.2. Problématiques soulevées par la prise en charge chirurgicale

Les facteurs de risque de récurrence du CCIS après chirurgie font l'objet de nombreuses publications. L'âge jeune [8–11], l'absence d'irradiation adjuvante, le grade nucléaire [10,20,21], la taille tumorale, la présence de comédonécrose [16] ainsi que les marges d'exérèse envahies sont les facteurs le plus souvent retrouvés.

#### 2.2.1. Qualité des berges d'exérèse

Des marges envahies exposent au risque de récurrence tandis que des marges trop importantes peuvent engendrer un mauvais résultat esthétique. L'état des berges d'exérèse est un facteur indépendant et majeur de risque de récurrence, retrouvé dans nombreuses études [22]. Dunne et al. ont montré une réduction de 64 % du risque de récurrence chez les patientes avec des marges négatives (< 10 mm) comparé aux patientes avec marges positives [23]. La méta-analyse de Wang a également mis en évidence la valeur pronostique du statut des marges sur le risque de récurrence locale [16]. Concernant le seuil, il n'y a pas de consensus international. Dans l'étude de Dunne, le risque de récurrence homolatérale est supérieur en cas de marge de 2 mm qu'en cas de marge < 2 mm (OR = 0,53 [0,26 ; 0,96]). La valeur seuil de 2 mm est la plus communément retenue dans la plupart des études. Ce seuil est actuellement celui retenu par l'INCa en 2009 dans le cadre des recommandations sur les carcinomes in situ. Dunne et al. concluent qu'une marge minimale de tissu sain de 2 mm semble être aussi pertinente qu'une valeur plus élevée en cas de traitement conservateur combinant une chirurgie à une radiothérapie [23]. Plusieurs autres études plus récentes [2,5] considèrent que le seuil de 10 mm est le meilleur compromis entre le risque de récurrence locale et le celui de retirer trop de tissu mammaire conduisant alors à un résultat esthétique décevant [2]. Dans la méta-analyse de Wang, le seuil optimal identifié est de 10 mm [6].

#### 2.2.2. Facteurs prédictifs de marges envahies

L'examen de la littérature fait apparaître des taux de reprises allant de 18 à 67 % (Tableau 1). Dans notre expérience, 56 % des patientes ayant été prises en charge pour un CCIS par traitement conservateur ont subi une reprise chirurgicale pour marges non saines [24].

D'après Chagpar et al. [28], une taille tumorale supérieure à 10 mm entraîne un risque accru d'envahissement des berges

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951292>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951292>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)