

Actualités et place de la chirurgie dans le cancer du sein

RÉSUMÉ | SUMMARY

Pour le traitement des cancers du sein, l'Institut National du Cancer recommande de limiter les séquelles et d'améliorer la qualité de vie. Les traitements chirurgicaux sont l'objet d'une grande révolution avec la technique du ganglion sentinelle. Il est devenu le *gold standard* de la chirurgie axillaire. Grâce à cette approche, la diminution des séquelles concernant l'épaule, les complications lymphatiques ou précoces, les douleurs ont considérablement diminué.

En parallèle, le développement de l'oncoplastie et la proposition de reconstruction mammaire immédiate en cas de mastectomie totale améliore la qualité de vie. L'apparition de la notion de binôme chirurgien.ne/kinésithérapeute est une garantie de prise en charge pour les patientes.

When treating breast cancer, the French National Cancer Institute recommends limiting after-effects and improving quality of life. Surgical treatment has undergone a major revolution with the introduction of the sentinel lymph node technique. It has become the gold standard for axillary surgery. Thanks to this approach, there has been a considerable reduction in shoulder sequelae, lymphatic or early complications, and pain.

At the same time, the development of oncoplastic surgery and the offer of immediate breast reconstruction in the event of total mastectomy are improving quality of life. The emergence of the concept of a surgeon/physiotherapist team is a guarantee of care for patients.

Dr Séverine ALRAN

Chef du service Gynécologie
Hôpital Paris Saint-Joseph

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Cancer du sein ► Chirurgie ► Désescalade
► Ganglion sentinelle

► Breast cancer ► Surgery ► De-escalation
► Sentinel lymph node

Le cancer du sein est un enjeu de Santé publique en France incarné par le Plan Cancer de 2002 et la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2031 [1] et une feuille de route publié par l'Institut National du Cancer en 2021 après 3 plans successifs : Plan 1 2003-2007, puis 2009-2013 et 2014-2019.

Quatre axes composent la stratégie décennale de lutte contre le cancer :

- axe 1 : améliorer la prévention ;
- axe 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie ;
- axe 3 : lutter contre les cancers de mauvais pronostic ;
- axe 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

L'objet de cet article porte sur l'axe 2 avec un travail coordonné chirurgien-kinésithérapeute pour limiter les séquelles en réalisant des chirurgies moins invasives et en préparant mieux nos patientes à la chirurgie et à la récupération postopératoire.

- **Quelques chiffres [2]** : le cancer du sein est le premier cancer chez la femme et la première cause de décès par cancer chez la femme, il y a

61 214 nouveaux cas par an en France en 2023, 12 100 décès en 2018. Le taux de survie nette standardisé est de 88 % à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015, et à 10 ans : 76 %. Concernant les données chirurgicales, selon un rapport de la CPAM en 2018, il y a 70 % de cancers du sein diagnostiqués à un stade précoce (< 2 cm). Pour la chirurgie axillaire, il y a 75 % de ganglions sentinelles et, pour la chirurgie du sein, il y a 78 % de traitement conservateur.

LES PARAMÈTRES NÉCESSAIRES AUX DÉCISIONS DE TRAITEMENTS

Ils concernent les caractéristiques des femmes et plus rarement des hommes (1 %). Ces paramètres sont illustrés et résumés dans le diagramme de la figure 1.

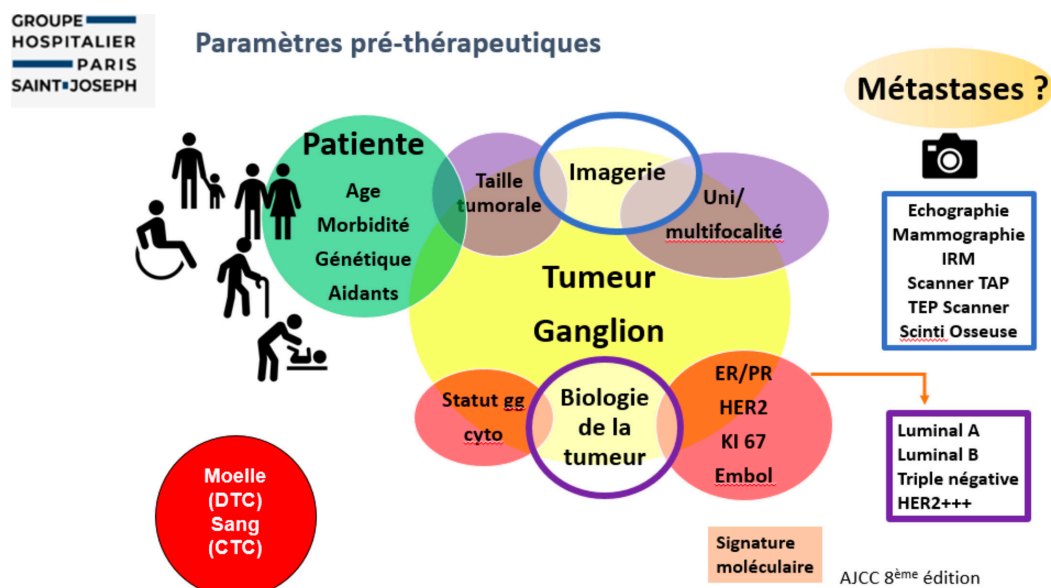
LES GRANDES FAMILLES DE TRAITEMENT

Ce sont les traitements locorégionaux. Ces familles sont représentées par la chirurgie et

Texte issu du Congrès de l'AKTL, en collaboration avec le RKS du 7 octobre 2023 :

« *Actualités 2023 en kinésithérapie sénologique : évolution des connaissances et des pratiques kinésithérapiques* »

L'auteur déclare ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté



► Figure 1

Visualisation des paramètres concourant aux décisions thérapeutiques

radiothérapie, les traitements systémiques : chimiothérapie, thérapie ciblés et hormonothérapie, et les traitements physiques : activité physique adaptée et alimentation équilibrée. La décision du choix des traitements et leur séquence se prennent en réunion de concertation pluridisciplinaire.

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX : la grande révolution avec la technique du ganglion sentinelle

Le cancer du sein avec envahissement ganglionnaire ne représente plus que 15 à 25 % des nouveaux cas diagnostiqués. La chirurgie axillaire n'a pas d'effet curatif mais permet une stadification pour adapter les traitements. Le curage axillaire (CA) est à risque de lymphocèles, paresthésies et lymphœdèmes [3].

La procédure de ganglion sentinelle (GS) a remplacé le CA dans de nombreuses indications même en cas de tumeurs volumineuses (T2/T3) ou après chimiothérapie néoadjuvante, et a ainsi divisé par 3 les séquelles postopératoires [3].

L'essai ACOSOG-Z0011 [4] a permis une nouvelle étape dans la désescalade chirurgicale en permettant d'omettre un CA après GS envahi (≤ 2 ganglions). Cette étude majeure a démontré que le CA n'a pas d'impact d'effet thérapeutique, en termes de survie globale et locorégionale à 10 ans.

L'imagerie axillaire pré-thérapeutique associée à une cytoponction ou biopsie ganglionnaire contribue à la désescalade chirurgicale axillaire, en particulier en chirurgie première en cas de N0 et d'âge avancé, en situation néoadjuvante, et aussi en cas de récurrence mammaire.

Actuellement, en 2023, le ganglion sentinelle est le *gold standard* pour les cancers du sein opérés d'emblée T1 et T3, à condition d'un statut clinico-radiologique N0. Les patientes ayant un ganglion sentinelle métastatique ne sont plus réopérées pour un curage axillaire sous 3 conditions : qu'elles aient au maximum 2 GS métastatiques, qu'elles aient une radiothérapie postopératoire du sein et un traitement systémique (chimiothérapie et /ou hormonothérapie adjuvante). Par ailleurs, la technique du ganglion sentinelle est élargie aux patientes N0 pré-thérapeutique en cas de stratégie néoadjuvante.

Le ganglion sentinelle est le *gold standard* dans les cancers du sein T1-T2-T3, N0 avec stadification radiologique *ad hoc* en pré-thérapeutique.

Le curage axillaire est toujours indiqué en cas d'envahissement axillaire prouvé au diagnostic initial (N1).

L'abstention chirurgicale axillaire dans les cancers du sein précoces de bon pronostic T1-N0 radiologique, hormono-sensible, HER2 négatif, et chez les patientes âgées de plus de 70 ans : ce sont les recommandations *Ontario Health (Cancer Care Ontario)* et ASCO 2021 [5].

Les recommandations française et européennes [6] sont plus timorées, et préconisent pour l'instant la procédure du ganglion sentinelle quel que soit l'âge de nos patientes. Ces recommandations peuvent être à discuter selon les morbidités des patientes au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire dans les cas où sont associés les facteurs suivants : T1 et N0 luminal A, chez les patientes âgées de plus de 70 ans avec ou sans comorbidités majeures et une échographie axillaire obligatoire.

CHIRURGIE AXILLAIRE APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE : ce qui change

- Pour les patientes initialement N0 pré-thérapeutique, le ganglion sentinelle est recommandé d'emblée (GANEA2) [7].
- Pour les patientes initialement N1 pré-thérapeutique, il est recommandé de clipper le ganglion métastatique [8, 9], et en France pour l'instant de réaliser un curage axillaire guidé sur le ganglion clippé.
 - a. Pour celles en réponse radiologique axillaire complète, les recommandations en France sont de réaliser un curage axillaire guidée sur le ganglion sentinelle et/ou le ganglion clippé (essai GANEA3).
L'essai GANEA4 a pour objectif d'évaluer l'exérèse du ganglion clippé et du ganglion sentinelle et d'omettre le curage axillaire.
Les recommandations ASCO Ontario sont à l'étape d'après ; dans ces cas, le ganglion sentinelle est recommandé soit en préle-

vant le ganglion préalablement clippé et le ganglion sentinelle, et dans les endroits, où le ganglion n'a pu être clippé en pré-thérapeutique, de réaliser un ganglion sentinelle (double traceur) et de retirer au minimum 3 ganglions pour limiter le taux de faux négatif, et optimiser l'efficacité de la procédure. C'est le concept de chirurgie axillaire ciblée sur le GS. A ce stade une radiothérapie axillaire est recommandée indépendamment du statut du ganglion sentinelle.

- b. Pour celles en non-réponse axillaire, le curage axillaire est recommandé dans tous les cas.

En chirurgie du sein, les grandes étapes de ces dernières années ont été le développement de l'oncoplastie [10, 11] et la proposition de reconstruction mammaire immédiate en cas de mastectomie totale. Le traitement conservateur, créé initialement pour traiter les tumeurs de petite taille et volume (4 cm en taille et 20 % en volume), voit son rôle s'élargir avec l'application d'un nouveau concept, l'oncoplastie. La réalisation de lambeaux glandulaires et cutanés, couplée à la mastopexie, a permis la résection de tumeurs plus larges avec conservation d'un bon résultat esthétique.

Cette technique démontre aussi son bénéfice même pour les tumeurs de petite taille, vu qu'elle permet une résection plus large, diminuant ainsi le taux de rechute locale à long court et le besoin de révision du lit tumoral en postopératoire immédiat en cas de marges proches (taux de marges proches passant de 7,1 à 4,7 % avec l'oncoplastie) [12].

VERS UN BINÔME CHIRURGIEN- KINÉSITHÉRAPEUTE

Ces désescalades chirurgicales tant en chirurgie du sein qu'en chirurgie ganglionnaire ont des conséquences immédiates sur les soins péri-opératoires et également sur la réduction drastique des séquelles esthétiques et fonctionnelle et en particulier sur la fonctionnalité du membre supérieur et la quasi disparition du lymphœdème du membre supérieur pour les patientes traitées d'un cancer de stade précoce.

Ces changements chirurgicaux ont de fait des impacts directs sur l'activité des kinésithérapeutes, et nécessitent des transformations avec des prises en charge en binôme chirurgien-kinésithérapeute dès la période préopératoire dans le but d'améliorer le vécu de la chirurgie par les patientes et la récupération postopératoire.

Des expériences de bilan isolé kiné préopératoire sont en cours au sein de l'Hôpital Saint-Joseph, en lien avec le Réseau des kinés du sein (RKS) et l'Association française des masseurs-kinésithérapeute pour la recherche et le traitement des atteintes lympho-veineuse (AKTL) depuis mars 2023. Ce bilan isolé kiné est prescrit dans le cadre de cette expérience aux patientes ayant un curage axillaire, une chirurgie après chimiothérapie et une mastectomie avec ou sans reconstruction chirurgicale, soit environ 30 % de nos patientes.

Les retours patientes, médecins et kinés sont favorables, et ouvrent le champs à des études académiques pour évaluer les bénéfices en termes de qualité de vie pour nos patientes. ✖



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Feuille de route finale sans logo tutelle avec budget au 03/02/21 (sante.gouv.fr).
- [2] *Panorama des cancers en France*. Édition 2023 - Réf : PANOKFR2023B (e-cancer.fr).
- [3] Manzel E *et al.* Randomized multicenter trial of sentinel lymph node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: The ALMANACH trial. *JNCI* 2006;98:599-609.
- [4] Gualino AE, Ballman KV, Mc Call L *et al.* Effect of axillary dissection vs no axillary dissection on 10-year overall survival among women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: The ACOSOG 20011 (Alliance) randomized clinical trial. *JAMA* 2017;318(10):918-26.
- [5] Brackstone M, Baldassarre FG, Perera FE *et al.* Management of the axilla in early-stage breast cancer: Ontario health (Cancer Care Ontario) and ASCO guideline. *J Clin Oncol* 2021.
- [6] referentiel-seniorif-2021-2022.pdf (gustaveroussy.fr).
- [7] Classe JM, Loaec C, Gimbergues P *et al.* Sentinel lymph node biopsy without axillary lymphadenectomy after neoadjuvant chemotherapy is accurate and safe for selected patients: The GANEA 2 study. *Breast Cancer Res Treat* 2019 Jan;173(2):343-52.
- [8] Baker J, Haji F, Kusske AM *et al.* SAVI SCOUT® localization of metastatic axillary lymph node prior to neoadjuvant chemotherapy for targeted axillary dissection: A pilot study. *Breast Cancer Res Treat* 2022;191(1):107-14.
- [9] Weber P, Matrai Z, Hayoz S *et al.* Tailored axillary surgery in patients with clinically node-positive breast cancer: Pre-planned feasibility substudy of TAXIS (OPBC-03, SAKK 23/16, IBCSG 57-18, ABCSG-53, GBG 101). *Breast* 2021 Dec;60:98-110.
- [10] Fitoussi A, Alran S, Couturaud B, Charitansky H, Pollet G, Fourchette V, Salmon RJ. Oncoplastie avec conservation mammaire dans le traitement du cancer du sein. *EMC* 2008. doi: 10.1016/S0000-0000(08)48611-4.
- [11] Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving breast cancer surgery: A classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol* 2010;17(5):1375-91.
- [12] Atallah D, Arab W, El Kassis N *et al.* Oncoplastic breast-conservative surgery for breast cancers: A uni-institutional case-control study. *Future Oncol* 2021;17(29):3843-52.