

LA RÉCIDIVE LOCALE APRÈS MASTECTOMIE RADICALE MODIFIÉE

H.BENZAOUÏ- H.CHEHEB- A.ISSAD- M.A HAMIDI- T.GUENDOÛZI- L.BELHANDOÛZ
SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE ET COELIOSCOPIQUE
CHU SIDI BEL ABBÈS - ALGÉRIE
benzaoui1951@yahoo.fr

1-INTRODUCTION

- L'incidence de la récurrence locale après mastectomie radicale modifiée est variable de 0,5% à 1,5% par an (1) à 13% au cours des deux premières années post opératoires (2).
- Elle influe négativement sur la survie globale et touche des tranches d'âge jeunes
- Les modalités thérapeutiques ne sont pas consensuelles, l'option entre traitement radical et chirurgie conservatrice reste encore débattue.
- L'impact de la surveillance de toute femme opérée d'un cancer du sein est bénéfique et aide à améliorer la survie globale et spécifique

2-FACTEURS DE RISQUE DE LA RECHUTE LOCALE

- selon la littérature médicale de nombreux facteurs sont cités. Ils sont liés à la situation initiale :
 - délai, estimé en mois, écoulé entre le diagnostic et la décision thérapeutique. Si cet intervalle de temps dépasse 12 mois le risque augmente car la tumeur doublera de taille et envahira les lymphatiques régionaux (3). La plupart des rechutes apparaissent dans les deux années qui suivent la mastectomie.
 - caractéristiques de la tumeur primitive
 - taille de la tumeur primitive. Le risque de rechute est directement corrélé à la taille de la lésion et augmente de façon exponentielle à partir de 20 mm. Ce risque devient significatif pour une taille de ≥ 50 mm (4).
 - nombre de ganglions lymphatiques envahis au moment du curage axillaire devient un facteur prédictif s'il est ≥ 4 (5).
 - extension cutanée ou musculaire profonde (1)
 - le degré de différenciation de la tumeur. Autant la différenciation cellulaire est accélérée autant le risque de la récurrence augmente (7).
 - La taille tumorale, l'envahissement ganglionnaire et la différenciation cellulaire sont les éléments pronostiques de l'index pronostique de Nottingham (8)
 - L'âge jeune ($\leq 35-40$ ans) est un facteur prédictif de rechute locale et d'extension métastatique (9)

3-PRONOSTIC

- les récurrences de la paroi thoracique sont associées à un risque métastatique plus élevé que les récurrences après traitement conservateur (40-70%) et la survie moyenne à 5 ans est de 50% (1).
- les récurrences précoces sont de mauvais pronostic : la survie globale à 5 ans est de 61% (3)

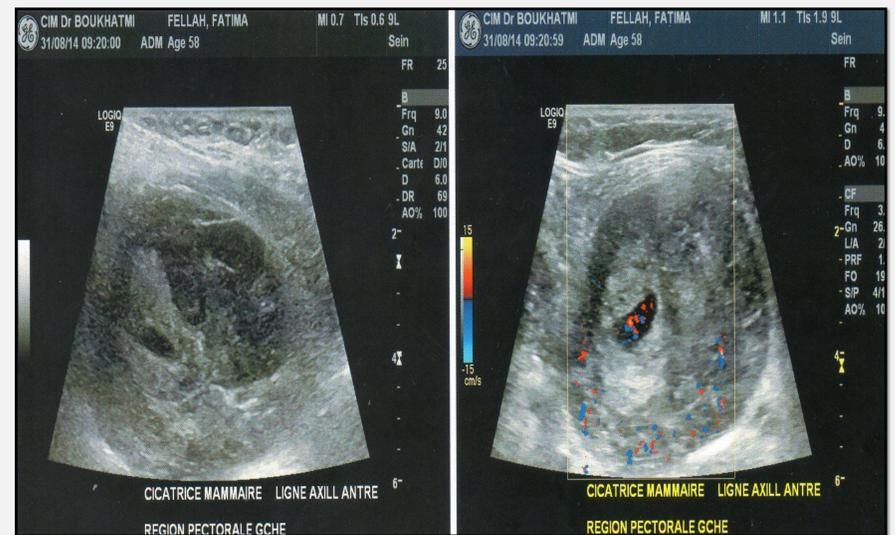
4-CONCLUSION

- En présence de certains facteurs de risque (terrain et caractéristiques de la tumeur initiale) la survenue de la rechute locale est possible. Son dépistage nécessite une surveillance régulière au long cours par des examens cliniques et para cliniques (dont les tests génétiques prédictifs de récurrence Mammoprint, Oncotype DX en font partie bien que leur place nécessite encore des essais randomisés) en accord avec les patientes.
- L'évolution est liée à la précocité du diagnostic et à l'histoire naturelle de la récurrence. La survie globale et spécifique dépend de plusieurs éléments : caractère isolé ou associé de la récurrence ; son délai d'apparition, des traitements antérieurs et de son statut

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION 1

Femme de **58 ans** opérée pour tumeur du sein gauche **T4N2MO** par mastectomie radicale modifiée. Il s'agissait d'un **carcinome intracanalair grade III avec infiltration de 5 ganglions axillaires sur 17 prélevés**, avec **récepteurs hormonaux positifs** (RE=30% et RP=30%), **HER II non surexprimée** (score 1) et **Ki 67 faiblement positif**. La **première récurrence** locale était apparue trois mois après l'intervention (aucune CT adjuvante en raison du retard de cicatrisation/ tumeur adhérente à la paroi thoracique) sur la cicatrice de mastectomie de. **Deuxième récurrence** le mois suivant comme une **grosse masse de 80 mm x 60 mm x 60 mm située dans le creux axillaire** qui a été réséquée laborieusement avec libération du pectoral et extirpation de tous les prolongements tumoraux. Les suites opératoires furent instables n'autorisant aucun traitement complémentaire. **Le décès est survenu par diffusion métastatique au cours du cinquième mois** qui avait suivi le traitement de la seconde récurrence (**soit dix mois après le traitement initial**).



OBSERVATION 2

Cette Femme de **60 ans** présentait une lésion du sein gauche classée **T4bN1MO** traitée de façon séquentielle d'abord par six cures de **CT néo adjuvante (TAC)** avec régression du nodule mammaire et des adénopathies axillaires puis par mastectomie radicale modifiée. Il s'agissait d'un **carcinome canalaire polymorphe de 10 mm**, **SBR II sans infiltration des huit ganglions prélevés**. Les **récepteurs hormonaux étaient négatifs**, le **HER II non surexprimé** et le **Ki 67 était=15%**. Apparition au **neuvième mois d'une récurrence axillaire de 22 mm localisée dans le creux axillaire homolatéral et d'une autre** sur la paroi thoracique antérieure **sur la cicatrice de mastectomie qui mesurait 34 mm x 29 mm** décelées. Ces récurrences avaient bénéficié d'une biopsie-exérèse qui avait confirmé leur caractère récidivant. **Une RT adjuvante a été pratiquée**. Mais **l'évolution a été fatale au bout du trente huitième mois** dans un coma par large dissémination métastatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. A.Fourquet ,A.Renard,A.Savignon,A.de la Rochefordière,R.J. Salomon pour le groupe d'étude des cancers du sein. Lettre du Sénologue.supp.1 au 29 juillet-août-septembre 2005
2. Noufel Sh. Mutlak* MBChB, FICS,Ramiz Al-Mukhtar* MBChB, FRCSNabeel S. Al-Dawoodi*** CBAS,Tharwat I. Sulaiman** CABS, FACS, FRCS. Fac Med Baghdad 2012; Vol.54, No.3
3. Andry G, Sucin S, Pratola D, Sylvester R, Leclercq G, Costa PMD, Legros N, Hoof MAT,Verhest A, Mattheiem W.Relation between estrogen receptor concentration6 and clinical and histological factors, their relative prognostic importance after radical mastectomy for primary breast cancer. Eur. J. Cancer Clinic. Oncology 1989 25(2):319-329
4. Malone KE, Daling JR, Weiss NS, Knight BM, While E, Voigt LF. Family history and7 survival of young women with invasive breast carcinoma .Cancer 1996; 78(7):1417-1425.1186/bcr937).
5. Nina Bijker, M.D,Emiel J. T. Rutgers, M.D., Ph.D.Johannes L. Peterse, M.D.Joop A. van Dongen, M.D., Ph.D.August A. M. Hart, M.Sc.Jacques H. Borger, M.D., Ph.D.Bin B. R. Kroon, M.D., Ph.D. Low risk of locoregional recurrence of primary breast carcinoma after treatment with a modification of the Halsted radical9 mastectomy and selective use of radiotherapy Amir R Razavi , Hans Gill , Oille Stål , Marie Sundquist , Sten Thorstenson6947-5-29 ,Hans Åhlfeldt , Nosrat Shahsavari , and the South-East Swedish breast cancer study group BMC Medical Informatics and Decision Making 2005 , 5:29 doi:10.1186/1472-6947-5-29
6. Harris JR, Lippman ME, Morrow M et al. Diseases of the breast 3rd edn. Philadelphia,Lippincott Williams & Wilkins 2004
7. Wonshik Han , Seok Won Kim , In Ae Park , Daehye Kang , Sung-Won Kim ,Yeou-Kyu Youn , Seung Keun Oh , Kuk Jin Choe and Dong-Young Noh, Young age: an independent risk factor for disease-free survival in women with operable breast cancer BMC Cancer 2004. 4:82 doi:10.1186/1471-2407-4-82
8. Smith TE, Lee D, Turner BC, Carter D,Haffty BG. True recurrence versus new primaryipsilateral breast tumor relapse: an analysis of clinical and pathologic differences and theirimplications in natural history, prognoses, andtherapeutic management. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000;48:1281-9.