LA PRISE EN CHARGE DE LA LYMPHOCÈLE AXILLAIRE APRÈS CURAGE GANGLIONNAIRE POUR CANCER DU SEIN: LA PROBLEMATIQUE EN 7 POINTS

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

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et la première cause de son décès (9% avant 50 ans et plus de 50% entre 50 et 74 ans)
Son traitement est multi modal, la chirurgie en est la référence
Le traitement chirurgical est basé sur l'éradication de la tumeur par mastectomie et sur l'exérèse ganglionnaire du creux axillaire homolatéral pour à la fois évaluer l'infiltration des lymphonœuds, améliorer le contrôle local de la maladie et certainement pour améliorer la survie des patientes. Ce geste n'est pas dénué de morbidité fonctionnelle dont la plus précoce est l'apparition de la lymphocèle

1-LA LYMPHOCÈLE C'EST QUOI ?

C'est un écoulement sérolymphatique ou un exsudat inflammatoire dénommé sérome, qui apparaît entre J10 et J30 après chirurgie carcinologique du sein

2-POURQUOI ET CHEZ QUI SURVIENT-ELLE ?

Elle serait secondaire à une brèche d'un canal lymphatique lors des dissections des tissus cellulocutanés ou à une simple extravasation de la lymphe à travers la paroi canalaire, qui ne contient pas de membrane basale, mal drainée

Elle vient combler l'espace laissé vide par la dissection chirurgicale

Elle survient plus volontiers **après curage axillaire** qu'après la technique du ganglion

sentinelle 40% vs 18% voire 79% vs 17%

Sa **fréquence globale** varie de 9 à 40% : de 12% enquête nationale en France (Salvat et al) à 33% (Salmon et al)

Elle **apparaît** chez le sujet âgé, l'obèse BMI> 30 et l'hypertendu artériel

Après un drainage axillaire productif, **au cours des trois premiers jours post opératoires**, et ou prolongé

D'autres **facteurs étiopathogéniques** sont discutés

.le statut tumoral (taille, type histologique, nombre de ganglions prélevés (> 10), l'envahissement ganglionnaire clinique ou histologique par blocage des voies lymphatiques et néo angiogénèse

.la chimiothérapie néo adjuvante, la mobilisation précoce de l'épaule et le traitement anticoagulant

3-OÙ RECHERCHER LA LYMPHOCÈLE ?

Les sites habituels : cicatrice de mastectomie (totale ou partielle), creux axillaire, la loge dorsale (en cas de reconstruction)

4-COMMENT LA RECONNAITRE ?

Sous forme d'une **masse fluctuante** tendue qui inquiète souvent la patiente (récidive ?) ou sous l'aspect d'une inflammation localisée ou étendue (faisant craindre un abcès)

Par l'**échographie** : présence d'une collection liquidienne dans plus de 90% souvent asymptomatique

Par des **ponctions évacuatrices itératives** qui ramènent ≥ 20-50 ml

Elle est classée en **3 grades cliniques** selon la « **commun terminology criteria for adverse vents v3.0** »

Grade 1= épanchement asymptomatique clinique et radiologique

Grade 2= épanchement symptomatique nécessitant une aspiration

Grade 3= épanchement à évacuer par voie chirurgicale

5-QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ÉVENTUELLES DU SÉROME ?

-**Précoces** : essentiellement la surinfection locale et/ ou générale

La désunion des cicatrices

-**Tardives** : les brides rétractiles de l'aponévrose clavipectoroaxillaire

le lymphoedème

6-QUE FAIRE DEVANT UN SÉROME POST OPÉATOIRE SYMPTOMATIQUE ?

Attitude controversée : expectative ou interventionnisme ?

-**partisans de l'expectative** : cette collection sert de « coussin » pour colmater la brèche lymphatique

se résorbe spontanément en quelques semaines ou mois

-**partisans de la ponction évacuatrice** : pour éviter les complications immédiates et tardives de la collection. Le rythme de ces ponctions est interrompu en deçà de 50 à 70 ml

7-PEUT-ON PRÉVENIR LA LYMPHOCÈLE ? PROBLÈME ENCORE NON RÉSOLU

A- **en per opératoire** :

.**assurer l'hémolymphostase** au cours de la dissection par différents moyens qui se valent (quant au volume et à la durée de drainage): Ligatures au fil ou par clips. Coagulation classique ou au ligasure ou aux ciseaux à ultrasons (ultra cision) ou au laser (Argon)

.**combler l'espace laissé par la dissection** des tissus en lieu et place de la mastectomie et du curage axillaire par

Capitonage du creux axillaire : par suture de l'aponévrose clavipectoroaxillaire en trois plans aux muscles grand pectoral, grand dentelé et grand dorsal, sans drainage: ceci permet de raccourcir la durée d'hospitalisation de 1 à 3 jours. **Mêmes résultats que le drainage aspiratif** : apparition de 22,2% de lymphocèles (14,7% lymphocèles mineures = 1 ponction et 7,5% lymphocèles majeures = plusieurs ponctions)

Drainage aspiratif

-est le standard dans le curage axillaire

.oblitère l'espace mort, améliore le confort des patientes en leur permettant la liberté de mouvement

-**mais son efficacité sur la diminution sur l'incidence des séromes, même prolongé, est discutée** ; il est en général maintenu entre J2-J7. **Certains proposent une sortie précoce avec le drain, d'autres proposent de le retirer plus tôt.**

Colles de fibrine et les éponges de fibrine dans l'aisselle pour colmater les lymphatiques sectionnés.

-n'influent ni sur la diminution des taux de séromes ni sur leur volume, ni sur la durée du drainage ou de l'hospitalisation

Lipoaspiration du creux axillaire associée au curage endoscopique « curage conservateur »: elle diminue les taux de séromes mais expose au risque de métastases orificielles (?) **pas de différence significative curage conservateur vs curage classique**

B- **en post opératoire**

Drainage aspiratif: résultats contradictoires, mais efficace sur la diminution de l'incidence des séromes. Ne sera enlevé que si drain ramène moins 30 ml. Eviter de le retirer précocement avant J5

Pansements compressifs: n'influe pas sur les taux des séromes.

.Une alternative serait d'arrêter l'aspiration (à J2-J3) de mettre un pansement compressif de l'aisselle et de faire sortir la patiente

Mobilisation différée du membre supérieur : diminue significativement l'incidence des séromes

CONCLUSION

La prise en charge des lymphocèles nécessite une attitude thérapeutique éclectique car il n'existe pas de consensus quant à leur traitement curatif et leur prévention est un problème encore non résolu. Seule la procédure du prélèvement du ganglion sentinelle indiquée pour les tumeurs de moins de 20 mm et d'absence de ganglion axillaire (N-) est reconnue comme moins pourvoyeuse d'épanchements, situation clinique encore rare dans notre région, bien que 15% sont réopérées secondairement par curage axillaire car le ganglion sentinelle s'avère positif

BIBLIOGRAPHIE

- Luini A, Gatti G, Ballardini B, Zurrada S, Galimberti V, Veronesi P, et al. Development of axillary surgery in breast cancer. Ann Oncol 2005; 16: 259-62.
- Watt-Boolsen S, Nielsen VB, Jensen J, Bak S. Postmastectomy seroma. A study of the nature and origin of seroma after mastectomy. Dan Med Bull 1989;36:487-9.
- Kuroi K, Shimozuma K, Taguchi T, Imai H, Yamashiro H, Ohsumi S, et al. Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery. Jpn J Clin Oncol 2006;36:197-206.
- Galatius H, Okholm M, Hoffmann J. Mastectomy using ultrasonic dissection: effect on seroma formation. Breast 2003;12:338-41.
- Mansel RE, Fallowfield L, Kissin M, Goyal A, Newcombe RG, Dixon JM, et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC Trial. J Natl Cancer Inst 2006;98:599-609.
- Garbay JR, Picone O, Baron-Merle G, Yacoub S, Lasry S, Missana MC, et al. Axillary lymphadenectomy with muscular padding, without drainage. Gynecol Obstet Fertil 2004;32:1039-46.
- Classe JM, Berchery D, Campion L, Pioud R, Dravet F, Robard S. Randomized clinical trial comparing axillary padding with closed suction drainage for the axillary wound after lymphadenectomy for breast cancer. Br J Surg 2006;93:820-4.
- Brun JL, Rousseau E, Belleanne G, de Mascarel A, Brun G. Axillary lymphadenectomy prepared by fat and lymph node suction in breast cancer. Eur J Surg Oncol 1998;24:17-20.
- Tadych K, Donegan WL. Postmastectomy seromas and wound drainage. Surg Gynecol Obstet 1987;165:483-7.
- Gupta R, Pate K, Varshney S, Goddard J, Royle GT. A comparison of 5-day and 8-day drainage following mastectomy and axillary clearance. Eur J Surg Oncol 2001;27:26-30