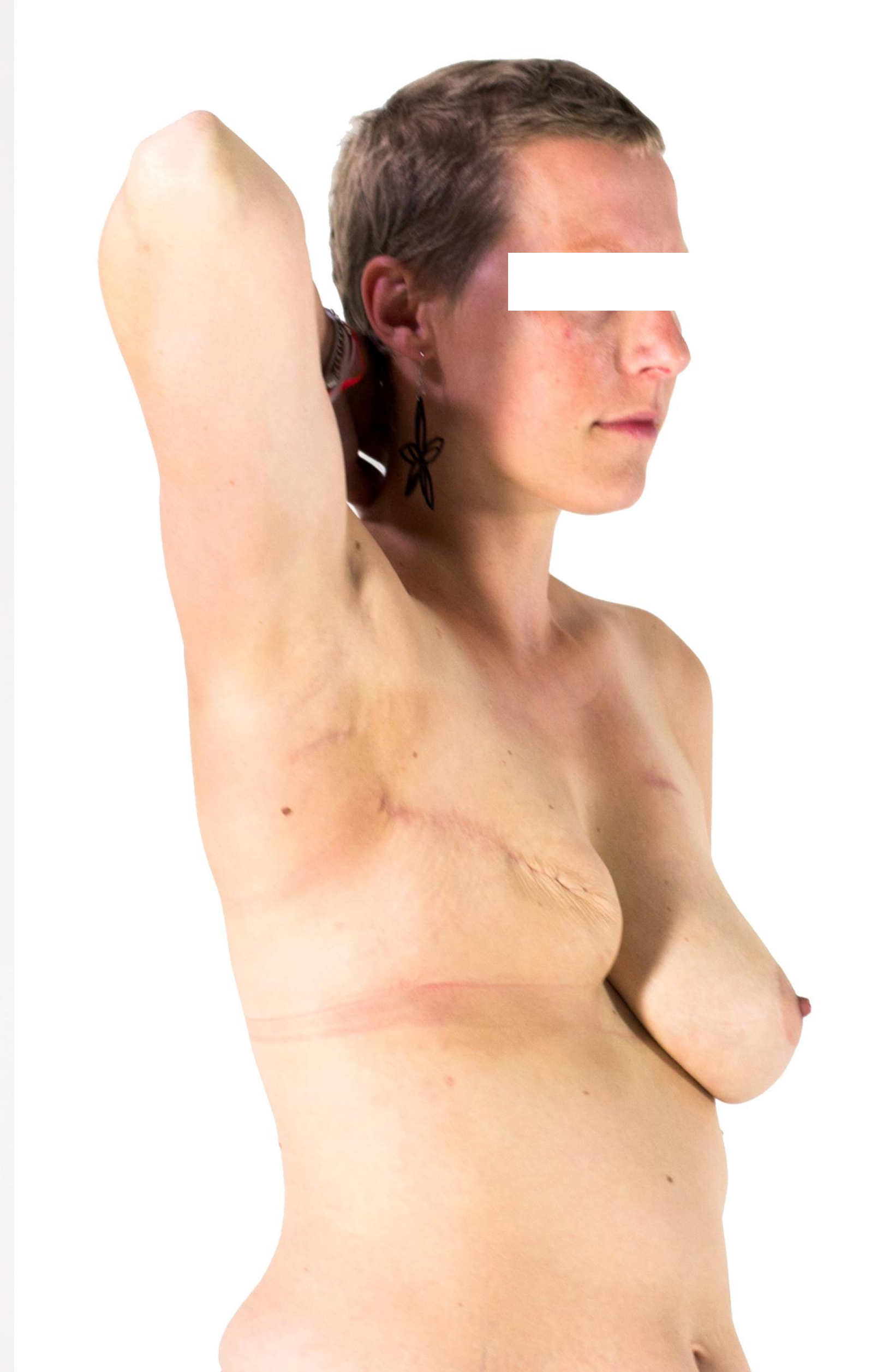


Désescalade chirurgicale:

De la mastectomie radicale modifiée à la mastectomie infra-radical.

Michel Coibion¹, Eric Lifrange², Veronique Jossa¹, Eugene Mutijima², Andre Crevecoeur³, Fabrice Olivier², Lousberg Laurence², Poncin Aurelie², Guy Jerusalem²; 1 Clinique Saint Vincent Rocourt, Liège, Belgium; 2 CHU Sart Tilman, Liège, Belgium; 3 Senology center, Liège, Belgium.



Désescalade chirurgicale:

De la mastectomie radicale modifiée à la mastectomie infra-radical.

Contexte: Actuellement, environ une patiente sur trois atteinte d'un cancer du sein opérable doit subir une mastectomie radicale modifiée (MRM). La mastectomie infra-radical (MiR) se différencie de la MRM par l'épargne chirurgicale de la périphérie cutanéograsseuse du sein, préservant de cette façon le décolleté et facilitant, le cas échéant, le travail de reconstruction mammaire.

Objectif: Cette étude de phase 1 évalue la faisabilité et la sécurité oncologique de la MiR.

Méthodes: Cette étude bicentrique (CHU de Liège et CHC de Rocourt) a reçu l'approbation du comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège. Dans un premier temps opératoire, nous injectons à l'aide d'un appareillage dédié (Evamatic à technologie NIL de la firme Euromi-Belgique) de 360 à 1020 cc d'une solution adrénalinée en sous cutané et en rétromammaire. Cette injection permet de réaliser une aquadissection et de révéler un plan de clivage virtuel peu vascularisé qui délimite la périphérie de la glande mammaire. Dans un second temps, une incision cutanée elliptique, centrée sur le mamelon et la région tumorale est réalisée. La pièce de MiR est disséquée aux ciseaux suivant le plan de clivage. Dans un troisième temps, nous effectuons une recoupe annulaire cutanéograsseuse péri-mammaire pour obtenir in fine une MRM classique. Cette recoupe bénéficie d'un examen anatomopathologique minutieux (10 biopsies) afin d'évaluer la présence de tissu glandulaire, hyperplasique voire néoplasique résiduel. La surface cutanée et le poids de cette recoupe sont mesurés afin d'évaluer l'importance de l'épargne tissulaire potentielle de la MiR.

Résultats: Un total de 35 patientes (43 à 80 ans) prospectivement recrutées de mars 2015 à mars 2016 fait l'objet de cette étude. La distribution du type de tumeur est la suivante: pTis : 1 patiente (2,9%), pT1 : 16 patientes (45,7%), pT2 : 16 patientes (45,7%) et pT3 : 2 patientes (5,7%). L'analyse pathologique de la recoupe péri glandulaire a révélé: 0% de carcinome invasif, moins d'1% de carcinome canalaire in situ focal (CCIS) soit 3 biopsies sur 336 et 0% d'hyperplasie atypique. En moyenne, le poids d'une MiR est inférieur de 36% (de 17 à 63%) par rapport au poids d'une MRM. La résection de la peau est réduite de 51% (de 11 à 75%) avec la MiR. Aucun événement indésirable n'est observé.

Conclusions: Ces résultats préliminaires encourageants nous permettent de recruter une deuxième cohorte de patientes en renforçant les critères d'exclusion et en augmentant le nombre de prélèvements anatomopathologiques périphériques (28 au total) à la recherche de tissu glandulaire résiduel. Dans la même population, on peut ainsi comparer la nature et la quantité de tissu glandulaire laissé en place par la MiR et par la MRM. Des résultats favorables ouvriraient la voie pour une étude prospective randomisée multicentrique de phase 3 afin d'évaluer l'impact sur la qualité de vie et la survie sans récive.

Concept :

La MiR préserve la périphérie cutanéograsseuse du sein

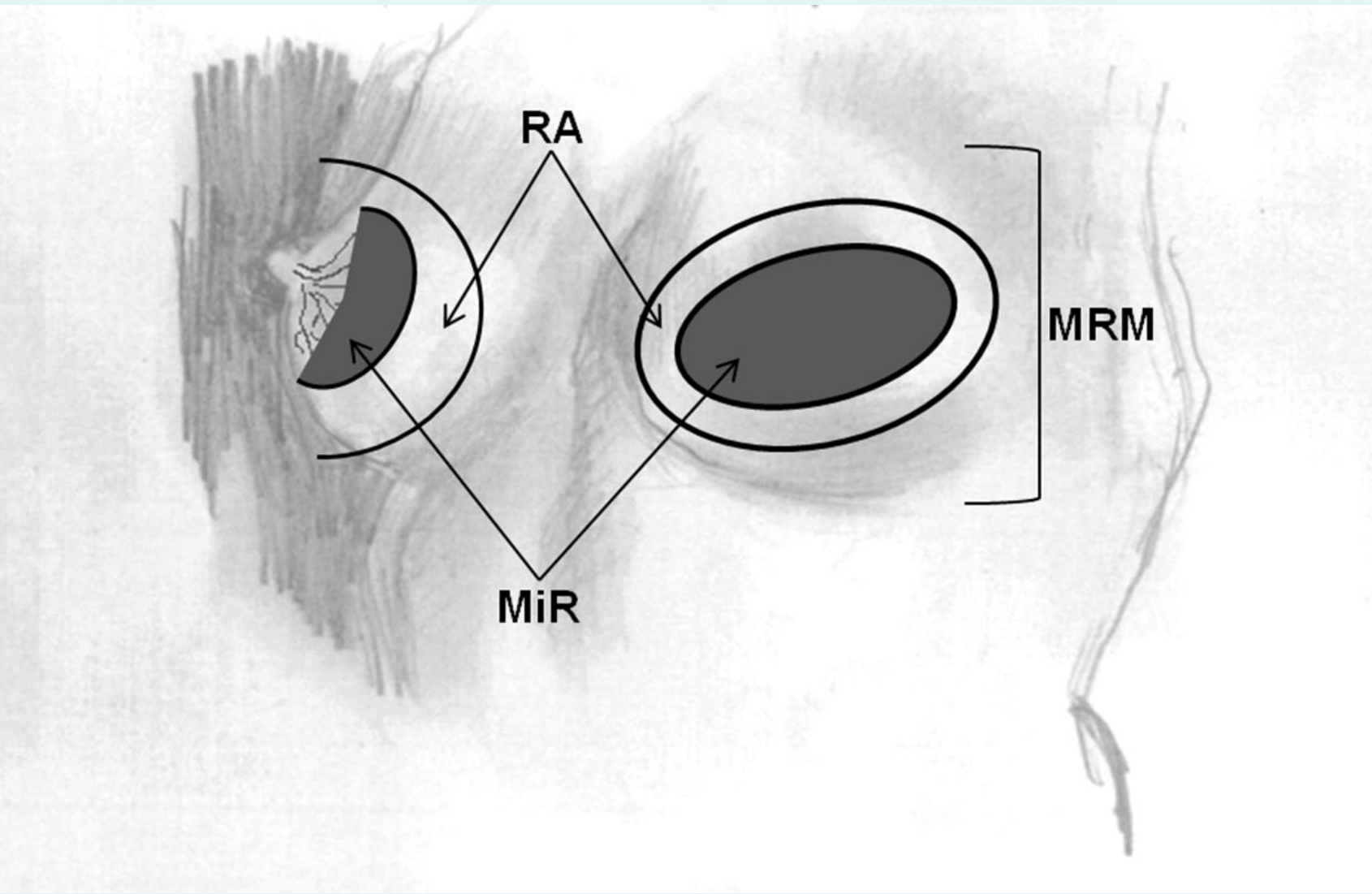
- Même sans reconstruction, le décolleté est préservé.
- La chirurgie réparatrice pourrait devenir plus simple (lipofilling ?) et offrir un meilleur résultat esthétique (sillon sous mammaire et décolleté préservés).

Validation du concept (Phase I):

Hypothèses à démontrer :

- 1.L'épargne tissulaire cutanée et grasseuse est significative
- 2.La MiR est 'onco-radical' : absence de résidus tumoraux laissés en place.

Sur une série de 100 patientes devant subir une chirurgie radicale, la MRM est réalisée en deux temps : La MiR suivie d'une recoupe annulaire (RA). MRM = MiR + RA



Matériel et méthode

Vérification de l'hypothèse 1 :

L'épargne tissulaire cutanée et grasseuse est-elle significative ?

Surface cutanée épargnée =

$$\frac{Surface\ RA}{Surface\ MiR + RA} \times 100 =$$

pourcentage de peau épargnée

Estimation du volume de tissu épargné=

$$\frac{Poids\ RA}{Poids\ MiR + RA} \times 100 =$$

pourcentage d'épargne volumique de tissu

Vérification de l'hypothèse 2 :

La MiR est-elle 'onco-radical' ?

Analyse histologique de 10 prélèvements de la recoupe à la recherche de résidus tumoraux laissés en place par la MiR.

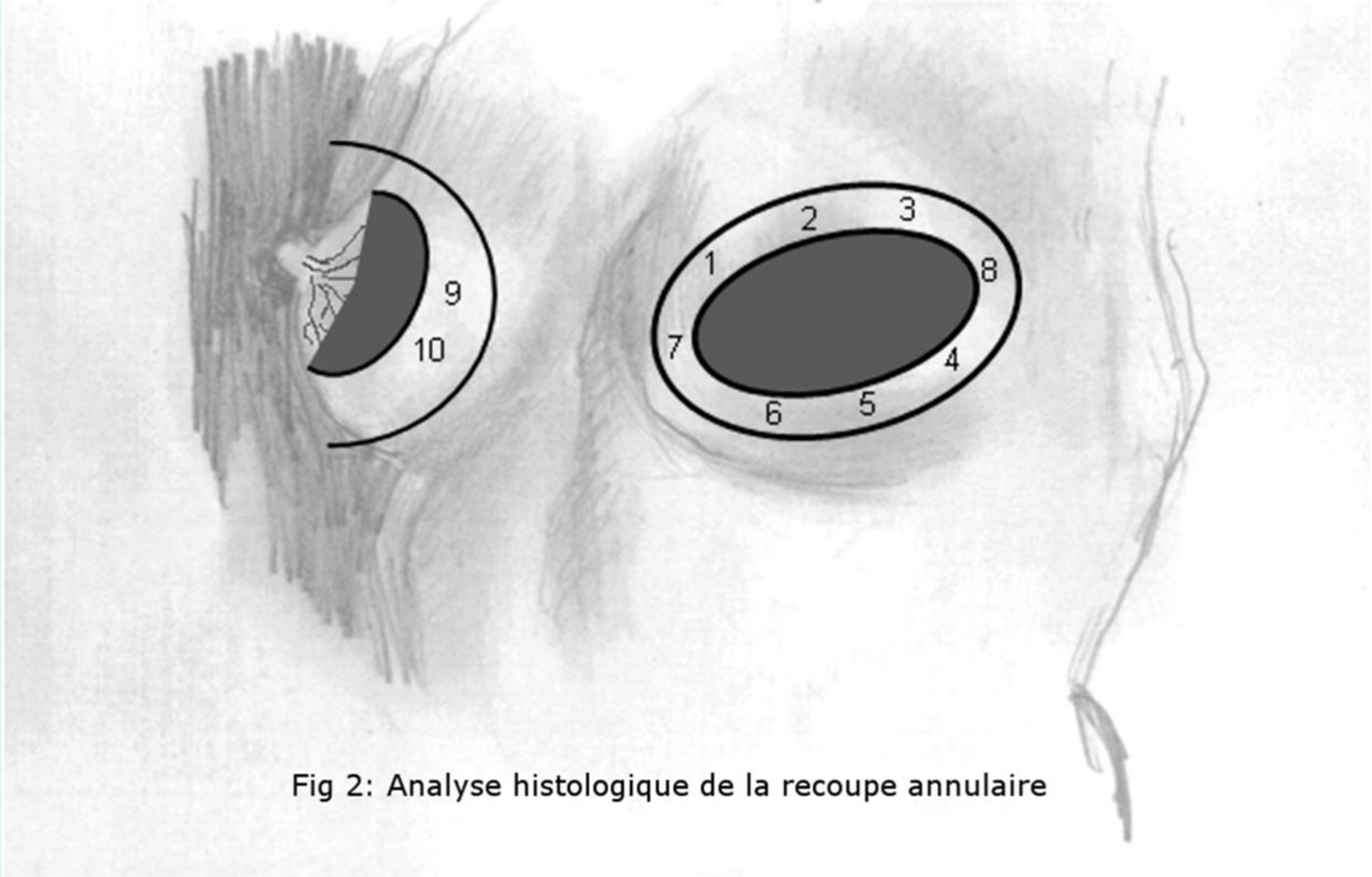


Fig 2: Analyse histologique de la recoupe annulaire

Résultats préliminaires :

Sur 35 patientes, grâce à l'analyse de la recoupe annulaire(RA), nous avons analysé :

1.L'épargne tissulaire de la MiR:

a)Surface cutanée : 51 %

b)Volume tissu épargné : 36%

2. L'onco-radicalité de la MiR:

- 0% de cancer invasif
- 1% de DCIS (3 biopsies sur 336)
- 0% d'hyperplasie atypique

Conclusions :

1 Les résultats préliminaires sont encourageants et nous incitent à poursuivre le recrutement de notre étude de phase I.

2 Si ces résultats sont confirmés, nous souhaitons initier une étude prospective randomisée multicentrique de phase III, MRM vs MiR pour évaluer :

- L'impact de la MiR sur la qualité de vie des patientes et la qualité de la chirurgie réparatrice.
- L'analyse comparative de la survie sans récive.

Si vous êtes intéressé par le concept et éventuellement pour une participation à une phase de validation ultérieure, contactez-nous par courriel : MIR@chu.ulg.ac.be

