



Prise en charge du cancer du sein infra clinique au service de chirurgie "B" (sénologie)

A propos d'une série de 85 cas

H. Guendouz – L. Houssou – A. Bendib – M W. Boubnider

Service chirurgie « B », Centre Pierre et Marie Curie Alger



Faculté de Médecine
d'Alger

Introduction

Définition: Cancer de découverte fortuite au cours d'une mammographie de dépistage systématique, avec un examen clinique normal. Ils représentent dans les pays occidentaux et Etats Unis 20 % des cancers du sein. L'augmentation de ce taux est liée à 2 raisons, le déploiement du dépistage organisé, et l'amélioration des techniques d'imagerie

Objectifs

Evaluer la conduite à tenir diagnostique et thérapeutique dans notre service, vis à vis des cancers infracliniques.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective étalée sur trois années de 2013 à 2015 au cours de laquelle 2999 patientes ont été pris en charge.

Nous avons incluse: Les cancers non palpables cliniquement et asymptomatiques (TONO selon la classification TNM de 2010). Sont exclues de cette études, les tumeurs non palpables avec adénopathie palpable (TON+), les tumeurs non palpables mais symptomatiques (écoulement ou maladie de Paget).

Nous avons colligé 85 cas (3%) de tumeurs TONO asymptomatiques.

Résultats

1/ Données anamnestiques:

Caractéristiques	Résultats
Age median	48 ans (32-71)
Antécédents familiaux	36 (42,5%).
Profession	55 (65%) / 30 (35%)
Oui / Non	

Presque la moitié des patientes avaient des antécédents familiaux de cancer du sein qui les a incitées à consulter tôt et la majorité de ces patientes étaient d'un niveau intellectuel moyen ou universitaire.

2/ Démarche diagnostique:

Caractéristiques	Résultats
Anomalies mammographiques	
- Microcalcifications	41 (48%)
- Masse	40 (47%)
- Masse + Microcalcifications	3 (3,5%)
- Désorganisation architecturale	01 (1,5%)
Taille radiologique moyenne	9,7mm (6mm-18mm).
Classification ACR	
ACR4 / ACR5 / ACR3	47(55%)/35(42%)/3(3,5%)
Le diagnostic confirmé par:	
- Microbiopsie	39(46%)
- Macrobiopsie	31(36,5%)
- Biopsie chirurgicale	15(17,5%)
Type histologique à la microBx	
- Carcinome infiltrant	44(52%)
- CIS	35(41%)
- Microinfiltrant	6(7%).

Lésions suspectes dans plus de 95% sauf 3 cas classés ACR3 mais associés à des antécédents familiaux de cancer du sein. Quinze malades ont été opérées pour vérifier leur nature histologique du fait de la difficulté de les prélever.

3/ Conduite thérapeutique chirurgicale:

Geste chirurgical	Nombre (%)
Sur le sein	
- Mastectomie	69 (81%)
- Traitement conservateur	16 (19%)
- Reconstruction mammaire immédiate	16 cas.
Sur le creux axillaire	
- Curage axillaire	40 (47%)
- Ganglion sentinelle	29 (34%)
- Aucun geste axillaire (CIS)	16 (19%).

Très peu de traitement conservateur pour des raisons de moyen le plus souvent (pas de moyen de repérage ou pas de possibilité de les irradier dans les délais) parfois pour refus de la patiente.

4/ Résultats anatomopathologiques:

Caractéristiques	Résultats
Type anat path	
- Carcinome infiltrant	46 cas (54%)
- Carcinome in situ	27 cas (32%)
- Micro infiltrant	2 cas(2%)
- Aucun reliquat tumoral	10 cas(12%).
La Taille histologique moyenne	
C.infiltrant / Carcinome in situ (CIS)	15,6 mm / 37,3 mm
Curage axillaire (40 cas)	
Non infiltrés / Infiltré	30 (75%) / 10 (25%)
Ganglion sentinelle (29 cas)	
Non infiltrés / Infiltré	27 (93%) / 02 (7%)
Récepteurs hormonaux (RH)	
Positifs / Négatifs / NP	43(86%) / 07(14%) / 35
Her2	
Positif / Négatif	04 (8%) / 44 (92%) / 37

Le tiers des patientes présentaient CIS. Les 2/3 des curages réalisés étaient inutiles. Ces cancers étaient le plus souvent de bon pronostic, RH positifs et Her2 négatifs

5/ Traitements complémentaires:

Type de TRT	Nombre (%)
Chimiothérapie (CTH)	
Oui / Non / NP	22(28%) / 57(72%) / 06
Radiothérapie (RTH)	
Oui / Non / NP	28(36%) / 50 (64%) / 07
Hormonothérapie	
Oui / Non / NP	46(59%)/ 32 (41%)/ 07
Thérapie ciblée	
Oui / Non / NP	04(5%)/ 73(95%)/ 08

Très peu de patientes ont eu une CTH (Triple négative ou Her2 Positive). Tous les traitements conservateurs ont une RTH adjuvante.

6/ Recul et suivi:

Après un recul moyen de 30,2 mois (12 – 48), aucune récurrence locale ni métastase à distance n'a été notée.

Discussion

Le taux de cancer infraclinique est insuffisant comparé à la littérature (3% vs 20%).

Le traitement chirurgical de ces formes infracliniques est toujours conservateurs sauf en cas de microcalcifications étendues à toute la glande mammaire en cas de CIS. Hors dans notre série, beaucoup de mastectomies faites pour des stades aussi précoces.

Ces cancers doivent bénéficier d'un ganglion sentinelle si un geste sur le creux s'impose. Dans notre étude, la moitié des patientes ont eu un curage axillaire et 75% des curages étaient inutiles.

Conclusion

Le dépistage permet de détecter des cancers à un stade infraclinique. Vu le manque d'un programme de dépistage organisé, le taux de cancers infracliniques (3%), reste insuffisant, avec un taux de mastectomies trop élevé pour des stades aussi précoces. Trois quart des curages axillaires faits étaient inutiles. La CTH est réservée aux cancers de mauvais pronostic. Le pronostic est excellent sans aucune récurrence locale ni à distance après recul moyen de 30 mois.

Références

- 1- N. Cheurfa. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 43 (2015) 18–24
- 2- Henri Roché. Bull Cancer vol. 100. N° 9. septembre 2013
- 3- B. Morin .Gynécologie Obstétrique & Fertilité 42 (2014) 462–466