



**HAL**  
open science

## Chirurgie radicale ou conservatrice ? Les récidives locorégionales

G. Houvenaeghel

► **To cite this version:**

G. Houvenaeghel. Chirurgie radicale ou conservatrice ? Les récidives locorégionales. 35<sup>e</sup> Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Montpellier, 2013. Traitement personnalisé des cancers du sein : impact sur la prise en charge loco-régionale, Nov 2013, Montpellier, France. pp.140. <hal-03580427>

**HAL Id: hal-03580427**

**<https://hal.science/hal-03580427v1>**

Submitted on 18 Feb 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

# Chirurgie radicale ou conservatrice ? Les récurrences locorégionales

## *Local regional recurrence: mastectomy or new conservative treatment?*

G. Houvenaeghel

*Mots clés* :cancer du sein, récurrence locale, mastectomie, nouveau traitement conservateur, curiethérapie

*Keywords*: breast cancer, local recurrence, mastectomy, new conservative treatment, brachytherapy

La récurrence locale isolée homolatérale est définie comme une récurrence intramammaire d'un cancer du sein ayant eu initialement un traitement conservateur. La tumeur initiale et la récurrence peuvent être un cancer *in situ* et/ou invasif.

En cas de récurrence homolatérale après traitement conservateur, le traitement local standard est une mastectomie. L'argument historique principal est qu'il est impossible de réaliser une nouvelle irradiation de l'ensemble du sein. Toutefois, certaines études ont montré que dans des indications sélectionnées, un nouveau traitement conservateur peut constituer une alternative à la mastectomie.

Données de la littérature : il n'existe aucune étude randomisée comparant, après récurrence, la mastectomie à un second traitement conservateur. Les seules données proviennent d'études rétrospectives, portant sur des séries limitées de quelques dizaines de patientes. La plus importante série publiée est l'étude de Gentilini [1] portant sur 161 cas avec un recul moyen de 44 mois. La série française la plus importante [2], portait sur 69 cas, avec un recul médian de 50 mois.

Dans ces séries de patientes très sélectionnées, la récurrence a été traitée par tumorectomie, isolément, ou suivie d'une irradiation partielle du lit tumoral par curiethérapie ou par irradiation externe.

Le taux de seconde récidive dans le sein conservé est compris entre 3 % à 21 mois et 38 % à 52 mois. Pour les séries avec un recul de plus de 3 ans, le taux moyen de seconde récidive locale est compris entre 20 et 35 % à 5 ans [1, 3, 4]. Ce taux semble moins important en cas de ré-irradiation, de 2 à 26 % [2, 5, 6]. Toutefois, il semble que ce taux de récidive locale élevé n'ait pas de conséquences délétères sur la survie, avec les limites liées aux nombreux biais de sélection de ces séries, les patientes différant entre les deux groupes tant par les critères de la tumeur initiale que par les caractéristiques de la récidive locale (RL).

À ce jour, il n'existe pas d'argument autre qu'historique pour présenter la mastectomie totale comme traitement de référence de la rechute locale. Les données de la littérature ne permettent cependant pas de dire qu'un second traitement conservateur fait moins bien que la mastectomie sous réserve d'une sélection rigoureuse des patientes et de la réalisation d'une irradiation complémentaire du lit tumoral. Cette irradiation localisée du sein peut faire appel à différentes techniques, la curiethérapie interstitielle étant la technique la plus souvent utilisée.

Après second traitement conservateur, le risque de nouvelle récidive locale est fonction de plusieurs paramètres : le délai entre le traitement initial et la première récidive, la taille de la récidive, la qualité d'exérèse de la récidive, une ré-irradiation du lit tumoral, la dose délivrée au site de récidive. Le risque le plus faible est celui des seconds traitements conservateurs pour des récidives tardives (> 48 mois), de moins de 2 cm, avec exérèse complète.

## Indications possibles

1. Quand pourrait-on proposer un deuxième traitement conservateur ?
2. Selon quelle(s) modalité(s) ?

Les éléments de réponse sont : 1) la demande de la patiente, 2) les caractéristiques de la tumeur initiale et de la récidive, 3) les conditions anatomiques, en particulier la localisation de la récidive, le rapport volume de la tumeur/volume du sein, les séquelles éventuelles de la radiothérapie initiale.

La patiente doit être demandeuse d'un nouveau traitement conservateur, ayant été informée des risques (risque de 2<sup>e</sup> récidive locale, pas d'étude fiable sur l'impact d'une chirurgie limitée sur la survie) et des limites de ce traitement (peu de données, résultat esthétique parfois imparfait). La patiente sera prévenue qu'une

ré-intervention en mastectomie totale lui sera de nouveau proposée si tous les critères histologiques ne sont pas réunis sur l'analyse de la pièce opératoire.

La mastectomie totale est le traitement local proposé en première intention. Une reconstruction mammaire immédiate (RMI) doit alors être proposée, sauf contre-indication d'ordre général. Dans les situations où un nouveau traitement conservateur est possible, une RMI est généralement réalisable et correspond à une demande fréquente des patientes mais non systématique. Cependant, une irradiation après mastectomie totale est discutée si elle n'a pas été réalisée initialement et/ou en cas d'exérèse incomplète.

Une exérèse par tumorectomie large en berges saines doit être faisable, avec un résultat esthétique satisfaisant, en tenant compte du volume du sein, de la localisation de la tumeur, des séquelles éventuelles de la radiothérapie initiale. Du fait des antécédents de radiothérapie, un remodelage par décollement, à fortiori une large oncoplastie ne sont pas recommandés.

Sur le plan carcinologique, ce 2<sup>e</sup> traitement conservateur doit être entouré de nombreuses précautions afin de limiter le risque de nouvelle récurrence, tenant compte du délai de survenue de la récurrence locale (> 4 ans), de la récurrence qui doit être unique, de petite taille ( $\leq 2$  cm) et sans contingent intracanalair extensif, de l'obtention de berges saines, de la faisabilité éventuelle d'une irradiation complémentaire. L'âge semble également être un facteur à retenir (> 50 ans).

Certains réalisent une irradiation complémentaire après exérèse [2, 5, 6]. Mais si les modalités de prise en charge chirurgicale sont relativement bien définies, l'indication et les modalités de l'irradiation (curiethérapie, irradiation peropératoire ou irradiation externe) restent discutées. La dose de 100 Gy dans le site de la récurrence (en cumulant le traitement initial et le traitement de la récurrence) semble constituer la dose maximum au-delà de laquelle les complications graves peuvent apparaître.

Le diagnostic de RL repose sur la biopsie percutanée. La réalisation d'une IRM sera discutée en RCP : 1) s'il y a une difficulté diagnostique ou une discordance entre la clinique, la mammographie et/ou l'échographie, 2) lorsque qu'un deuxième traitement conservateur est envisagé, 3) en cas de risque important de controlatéralité (contexte génétique, femmes jeunes avec seins denses). La découverte d'une prise de contraste ambiguë ou suspecte en IRM, non retrouvée en imagerie standard (échographie de second look) nécessite la réalisation d'une biopsie sous IRM.

En cas de RL chez une patiente asymptomatique avec des marqueurs biologiques normaux, la prescription d'un bilan d'extension n'est pas systématique et doit

être modulée en fonction du risque métastatique et du retentissement sur la stratégie thérapeutique.

## Conclusions

Si tous les éléments sont réunis, il semble possible d'accepter un 2<sup>e</sup> traitement conservateur, à la demande expresse de la patiente, dûment informée des connaissances disponibles : il s'agit, compte tenu de l'ensemble des critères sus cités d'une population relativement restreinte, extrêmement sélectionnée. Seule une étude randomisée permettrait de valider cette option. Compte tenu des difficultés à la réaliser, la mise en place d'un recueil prospectif multicentrique semble nécessaire.

Une étude des patientes traitées par mastectomie ou 2<sup>e</sup> traitement conservateur, avec appariement sur les facteurs pronostiques, minimisant les biais de sélection entre les deux options thérapeutiques a permis de mettre en évidence l'absence de différence de survie globale et de survie sans métastase (article en soumission). Un 2<sup>e</sup> traitement conservateur a été réalisé dans 33 % des 348 cas de récurrence locale isolée.

## Références

1. Gentilini O, Botteri E, Rotmensz N *et al.* (2007) When can a second conservative approach be considered for ipsilateral breast tumour recurrence? *Ann Oncol* 18: 468-72
2. Hannoun-Levi JM, Houvenaeghel G, Ellis S *et al.* (2004) Partial breast irradiation as second conservative treatment for local breast cancer recurrence. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 60: 1385-92
3. Kurtz JM, Jacquemier J, Amalric R *et al.* (1991) Is breast conservation after local recurrence feasible? *Eur J Cancer* 27: 240-4
4. Salvadori B, Marubini E, Miceli R *et al.* (1999) Reoperation for locally recurrent breast cancer in patients previously treated with conservative surgery. *Br J Surg* 86: 84-7
5. Deutsch M (2002) Repeat high-dose external beam irradiation for in-breast tumor recurrence after previous lumpectomy and whole breast irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 53: 687-91
6. Guix B, Lejarcegui JA, Tello JI *et al.* (2010) Exeresis and Brachytherapy as Salvage Treatment for Local Recurrence After Conservative Treatment for Breast Cancer: Results of a Ten-Year Pilot Study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 78: 804-10

## Pour en savoir plus

Chadha M, Feldman S, Boolbol S, Wang L, Harrison LB (2008) The feasibility of a second lumpectomy and breast brachytherapy for localized cancer in a breast previously treated with lumpectomy and radiation therapy for breast cancer. *Brachytherapy* 7: 22-8

Hannoun-Levi JM, Hennequin C, Pommier P *et al.* National breast cancer brachytherapy survey in France: Results and perspectives in 2009. *Cancer Radiother* 14: 176-82

Hannoun-Levi JM, Ihrai T, Courdi A (2013) Local treatment options for ipsilateral breast tumour recurrence. *Cancer Treat Rev* 39: 737-41

Kurtz JM (1996) How to predict the risk of local relapse in the preserved breast. *Recent Results Cancer Res* 140: 263-72

Trombetta M, Julian TB, Werts DE *et al.* (2009) Long-term cosmesis after lumpectomy and brachytherapy in the management of carcinoma of the previously irradiated breast. *Am J Clin Oncol* 32: 314-8