

# PIEGES DU TRAITEMENT CONSERVATEUR DES CANCERS DU SEIN : A PROPOS DE DEUX MALADES REÇUES A L'HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE

J. YOMI

## RESUME

**Le but de la présentation de ces deux cas cliniques était de mettre en exergue les pièges du traitement conservateur des cancers mammaires. Ont été notés des pièges essentiellement de nature diagnostique, thérapeutique et les risques d'échec du traitement en rapport avec la non disponibilité d'un service de radiothérapie.**

**Une mise au point succincte sur les indications, les avantages, les difficultés et limites de cette modalité thérapeutique qui s'est fixé pour ambition. D'assurer la guérison tout en conservant l'organe et autant que possible sa fonction et ses valeurs esthétiques, a été menée.**

**Mots clés : Cancer du sein - Traitement conservateur.**

## PRÉSENTATION DE CAS

### Cas n°1 : OOU-1960

Il s'agissait d'une jeune dame de 35 ans, sans antécédents particuliers qui le 22-06-95 avait sollicité nos consultations de Cancérologie-Radiothérapie pour tumeur maligne du sein droit.

L'histoire de la maladie remonte au mois de Mai 1994, date à laquelle une autopalpation fortuite avait permis la découverte d'une boule dans le sein droit. Après trois mois d'hésitation et de déception face à la persistance de la tumeur alors que la patiente espérait qu'elle disparaîtrait spontanément, celle-ci se présenta à un hôpital confessionnel de la province de l'Ouest. Elle y subit pendant deux mois et demi une antibiothérapie pour mastite sans suites favorables. Déçue, cette patiente devait se confier quelques mois plus tard en mars 1995 à un chirurgien d'une clinique privée de la même province. Aucun bilan préthérapeutique ne précédera la «tumorectomie» ou plutôt l'excision chirurgicale étroite qui fut réalisée sans curage axillaire. Cependant, l'histologie de la pièce opératoire indiquait l'existence d'un carcinome médullaire.

Service de Cancérologie-Radiothérapie - Hôpital Général de Yaoundé - B.P. 5408 - Yaoundé-Cameroun.

Un mois seulement, après cette chirurgie «conservatrice» non suivie d'un traitement adjuvant. Le chirurgien eut la surprise de découvrir une deuxième tumeur de siège retromamelonnaire du même sein ainsi qu'une adénopathie axillaire homolatérale droite pour lesquelles il ne put reprogrammer une seconde intervention chirurgicale. Cette nouvelle déception amènera la malade à rechercher des informations auprès d'un infirmier de l'H.G.Y. qui la guidera vers nous.

L'examen clinique, avait révélé :

- Le siège de la première tumeur au niveau du cadran supéro-externe du sein droit. Celui-ci présentait une longue cicatrice disgracieuse de 8-9 cm dont la partie verticale supérieure atteignant le cadran inféro-externe tandis que sa partie inférieure plutôt horizontale intéressait une bonne partie du quadran central.
- Un deuxième foyer tumoral de 3 cm de diamètre retromamelonnaire ainsi qu'une adénopathie axillaire droite caractéristique de 2 cm de diamètre étaient effectivement retrouvés. Une mammographie objectiva la présence du deuxième foyer tumoral. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient normales. Ce bilan nous avait permis de classer ces tumeurs : TX N2b Mo pour la première et T2 N2b Mo pour la seconde. Leur traitement comportait une chirurgie radicale type Patey suivie par une chimiothérapie, une radiothérapie et une hormonothérapie.

### Cas n°2 : NKA-1946

Il s'agissait d'une malade de 49 ans, porteuse d'une énorme tumeur mammaire gauche classée T4 N3 Mo par le chirurgien qui nous l'avait adressée.

Cette patiente sans enfant avait eu antérieurement ses trompes ligaturées à la suite de 7 grossesses toutes terminées par des avortements spontanés. Par la suite, une hystérectomie totale associée à une annexectomie bilatérale avaient

été réalisées au décours du traitement chirurgical d'un fibrome utérin.

L'histoire de sa maladie commence en avril 1993 par l'auto-palpation fortuite d'un nodule du sein gauche. Le diagnostic d'abcès mammaire fut posé dans un hôpital confessionnel de la place et la malade fut longtemps traitée par antibiotiques et pansements humides sans suites favorables. On réalisa alors une première incision chirurgicale probablement dans un but de drainage ; puis une deuxième car la première ne fut pas productive. Cependant l'histologie de la pièce excisée indiquait une absence de tumeur maligne et la malade fut renvoyée à domicile sans autres prescriptions.

Malheureusement après un recul de seulement un mois, une récurrence loco-régionale se manifesta sous forme de mastite carcinomateuse gauche, énorme gros bras gauche et présence d'un chapelet d'adénopathies jugulo-carotidiennes homolatérales. C'est dans ce tableau clinique que cette malade nous arriva le 15-5-1995. Un bilan radiologique indiquait la présence d'adénopathies hilaires banales à la radiographie du thorax et une échographie abdominale normale. La tumeur fut classée T4c N3 Mo Pev3. Le plan d'ensemble du traitement comportait : une chimio-hormonothérapie premières suivies d'une mastectomie radicale (Patey) puis d'une radiothérapie complémentaire.

**DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES**

Les travaux de HALSTED vers la fin du siècle dernier puis ceux de PATEY et DYSON dans les années 60 et enfin les trois études randomisées de Villejuif (179 cas) ; du NSABP (1855 cas), et de Milan (701 cas), (2) ont conduit à l'établissement des principes directeurs du traitement conservateur des cancers du sein. Ce traitement ambitionne d'atteindre quatre objectifs : assurer la guérison, conserver l'organe, conserver sa fonction et autant que possible l'esthétique (2, 3).

Pour atteindre ces objectifs, trois dispositions d'ordre général doivent être prévues et garanties : disponibilité et accessibilité d'un centre de radiothérapie ; disponibilité physique, financière et psychologique du malade indispensable pour la réussite des nombreuses consultations de surveillance, disponibilité d'une réelle possibilité technique de rattrapage chirurgicale par mastectomie radicale en cas de récurrence (2, 3).

Toutes ces mesures préliminaires étant prises, la mise en oeuvre pratique et efficace d'un traitement conservateur de cancer mammaire suppose qu'un certain nombre de conditions et pièges techniques soient connus. Dans les cas classiques (2, 3, 4) :

1°) La glande mammaire, doit avoir un volume convenable, et être porteuse d'une tumeur unique dont le plus grand diamètre n'excède pas 3 cm et de siège approprié en dehors de la région aréolaire, retro-mammelonnaire et de la racine du sein. La connaissance de toutes ces données passe nécessairement par un examen clinique soigneux assisté par une exploration mammographique et/ou échographique du parenchyme mammaire à la recherche d'une deuxième localisation tumorale parfois infra-clinique (5). Cette précaution n'avait pas été prise pour nos deux malades et explique la désagréable découverte post chirurgicale d'une deuxième tumeur dans le sein traité pour le premier cas.

2°) L'acte chirurgical devra être correct, précis, d'un niveau de technicité irréprochable. L'incision cutanée de type radié (2) qui préserve mieux les canaux galactophores (dont le nombre est déjà très limité au départ : 15 à 20) et par conséquent la fonction sécrétoire de la glande, est préférée à l'incision horizontale plus traumatisante pour ces structures nobles du sein en l'occurrence chez notre première patiente notamment.

La tumorectomie ou la quadrantectomie suivant les cas et les auteurs doit emporter la tumeur en monobloc sans la morceler, avec une marge de sécurité d'au moins 2 cm et atteindre l'aponévrose du muscle grand pectoral. La résection doit se faire «in sano», donc assistée par un examen anatomo-pathologique de la zone de résection en extemporané (2, 3).

En effet, l'excision chirurgicale étroite de la tumeur comme nous l'avons vu dans les deux cas présente une valeur carcinologique très limitée et constitue une sources de récurrences inévitables bien illustrées par le deuxième cas.

Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité d'accompagner ce traitement local par un curage axillaire dans un double but thérapeutique et de recherche des éléments pronostiques susceptibles de justifier un traitement systémique indispensable (2, 3, 4). L'importance de cette approche n'a pas été perçue par les chirurgiens dans les deux cas présentés.

3°) Certaines histologies à cause de leur radio-résistance marquée ou de leur caractère multicentrique telles que carcinome in situ, intra-canalair, lobulaire et comédo-carcinome constituent de véritables facteurs limitants pour le traitement conservateur des tumeurs malignes du sein. (2, 3). Il faut donc savoir rechercher avec acharnement ces pièges histologiques pour mieux les éviter. Cette omission a été néfaste pour la 2ème malade en contradiction avec les résultats de certains cas de carcinomes in situ du sein (4).

4°) La technique de radiothérapie devra être optimisée au maximum afin d'assurer la guérison avec le minimum de complications. La dose totale autorisée par une chirurgie complète et respectant le compromis entre son efficacité et sa toxicité ne dépassera guère 45,00 - 50,00 Gy et sera délivrée dans l'ensemble de la glande mammaire. Cet équilibre est inéluctablement rompu en faveur de la toxicité des tissus sains dès lors que ce niveau de dose est dépassé car imposé par une chirurgie incomplète. L'excision chirurgicale étroite de la tumeur notée dans les deux cas en est la cause principale. La valeur esthétique de l'organe conservé s'en trouve très limitée (3).

5°) C'est pourquoi le complément d'irradiation à la dose de 20,00 à 25,00 Gy est toujours limité à un volume très réduit correspondant au lit de tumorectomie ou de quadrantectomie. (2, 3, 4, 5).

6°) La surveillance post-thérapeutique sera rigoureuse et effectuée selon un calendrier pré-établi et préalablement expliqué au malade. Elle comportera des examens cliniques et des demandes de mammographie et d'échographie réalisées périodiquement pour confirmer la guérison et rechercher des récurrences locales, régionales et à distance.

7°) Conduit de cette manière avec toute la rigueur technique et scientifique nécessaires le traitement conservateur des carcinomes mammaires aboutit très souvent selon les données de certaines équipes européennes et américaines à des résultats éloquentes : les taux de récurrences locales sont très bas et par conséquent ceux de la mastectomie radicale de rattrapage. Les taux de survie à cinq et dix ans sont tout aussi encourageants. Le tableau I et II tirés de la revue générale de TOUBOUL et al résumant parfaitement ces résultats. (2).

**Tableau I : Chirurgie conservatrice et radiothérapie : séries rétrospectives ; résultats à 5 ans**

Auteurs	Stade clinique	NB	Survie à 5 ans (%)	Récurrence locale à 5 ans (%)
Prosnitz 1977 (131)	I	49	97	6,6
	II	101	75	
Calle 1978 (21) institut Curie	I et II <3 cm	120	75	12
Pierquin 1980 (128) Déteil	I<2 cm	43	93,5	4,5
Delouche 1980 (38)	I	115	86	7
	II < 3 cm	129	74,4	23
Hellman 1980 (75)	I	62	96	5
	II	112	68	7
Amlaric 1982 (5) Marseille	I et II	96	78,5	10,6
Montague 1984 (111) MDAH	I	134	85	6
	II	157	78	5
Osborne 1984 (118)	T1 N0	115	81	18
Royal Marsden Hospital	T2 N0	96	76	10
	T1 T2 N1	52	63	46
Mate 1986 (103) Yale Universtiy Connecticut	I	110	87	9
New Haven Hospital	II	70	67	19

**Tableau II : Chirurgie conservatrice et radiothérapie ; séries rétrospectives, résultats à 10 ans**

Auteurs	Stade	NB	Survie à 10 ans (%)	Récidive locale à 10 ans
Oshorne 1984 (118)	T1 N0	115	68	26
	T2 N0	96	61	18
	T1-T2 N1	52	38	52
Sarrazin 1986 (141)	T1-T2	592	80	8
Clark 1987 (26)	T1	456	71	14
	T2		62	
Fourquet 1989 (62)	T1-T2	518	86	11
Stotter 1989	T1	490	78	19
	T2		65	
Haffty 1989 (70)	T1	278	73	20
Veronesi 1990 (157)	T1	1232	58	12,5
			78	
Fowble 1991 (64)	T1	411	87	18
	T2		77	

**CONCLUSION**

Comme nous le constatons, l'importante contribution de cette option thérapeutique à l'amélioration de l'état physique, psychologique, moral et esthétique de la femme actuelle demeure un acquis irréfutable. C'est donc à juste titre que nous souhaiterions ériger ce texte en appel à la

mobilisation et au regroupement des cancérologues africains en équipes pluridisciplinaires spécialisées pour le transfert efficace et l'application fidèle de cette évolution technologique au profit des malades non moins humainement méritantes des zones sous développées. Ce ne sera que justice qui leur sera ainsi rendue.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. J. YOMI, F.J. GONSU.

Causes sociales, économiques et éducationnelles du diagnostic et du traitement tardif des cancers au Cameroun.

Bull. Cancer 1995, 82 : 724-727.

2. E. TOUBOUL, F. PENE, B. BLASKA-JAULERRY, L. VITU-LOAS, L. SCHWART, M. SCHLIENGER, A. LAUGIER.

Revue des résultats et étude critique de la chirurgicale partielle conservatrice associée à une radiothérapie post-opératoire dans les cancers du sein opérables d'emblée stades I et II.

Bull. Cancer 1992, 79 : 315-345.

3. F. BAILLET.

Les limites du traitement conservateur du cancer du sein.

Bull. Cancer/Radiother. 1991, 78 : 405-414.

4. I. MARQUIS, P. ROMESTAING, F.P. ROCHER, J.P. GERARD.

Le traitement des carcinomes in situ du sein par chirurgie conservatrice et radiothérapie.

Bull. Cancer/Radiother. 1992, 79 : 207-211.

5. R. AMALRIC, H. BRANDONE, H. AYME, F. ROBERT, J.F. POLLET, A. DUBAU, D. HANS, F. AMALRIC, Y. ROUAH, J.M. BRANDONE, I. VARETTE, A. HENRIC, B. GRALLAN.

Le traitement conservateur des cancers du sein infracliniques (To No) : A propos de 231 canaux infiltrants.

Bull. Cancer/Radiother 1993, 80 : 234-240.