

# Diminuer le taux de réinterventions dans la chirurgie conservatrice du cancer du sein : un challenge

Edwige Bourstyn

Centre des maladies du sein

Hôpital Saint Louis AP-HP

# Introduction

- Le taux de ré interventions après chirurgie du cancer du sein est élevé : 20 à 30 %
- Ces ré interventions ont de nombreux effets indésirables :
  - Mauvais résultat cosmétique
  - Augmentation du risque d'infection du site opératoire
  - Augmentation du délais de début des traitements adjuvants
  - Augmentation du taux de mastectomies
  - Effet délétères sur la qualité de vies des patientes : majoration du stress, allongement de la période de convalescence et de l'arrêt de travail, difficultés économiques
  - Augmentation des couts et diminution de la productivité des équipes

# Principales causes des réinterventions

- Insuffisance des berges d'exérèses +++
- Curage axillaire complémentaire en cas de ganglion sentinelles positif +++
- Discordance entre les biopsies pré-opératoires et l'examen anatomo-pathologique définitif
- CCIS ou présence d'une composante intracanalalaire
- Carcinomes lobulaires infiltrants
- Chirurgie après repérage des lésions infracliniques

# Les berges d'exérèse



# Absence de consensus international (1)

- Il paraît certain que des berges insuffisantes augmentent le risque de récurrence locale après traitement conservateur \*, \*\*
- Mais il n'y a pas de consensus sur que seraient des berges optimales car pas d'essai prospectif randomisé
  - \* Van Dongen et al J Natl Cancer Inst 2000
  - \*\* Veronesi et al World J Surg 1994

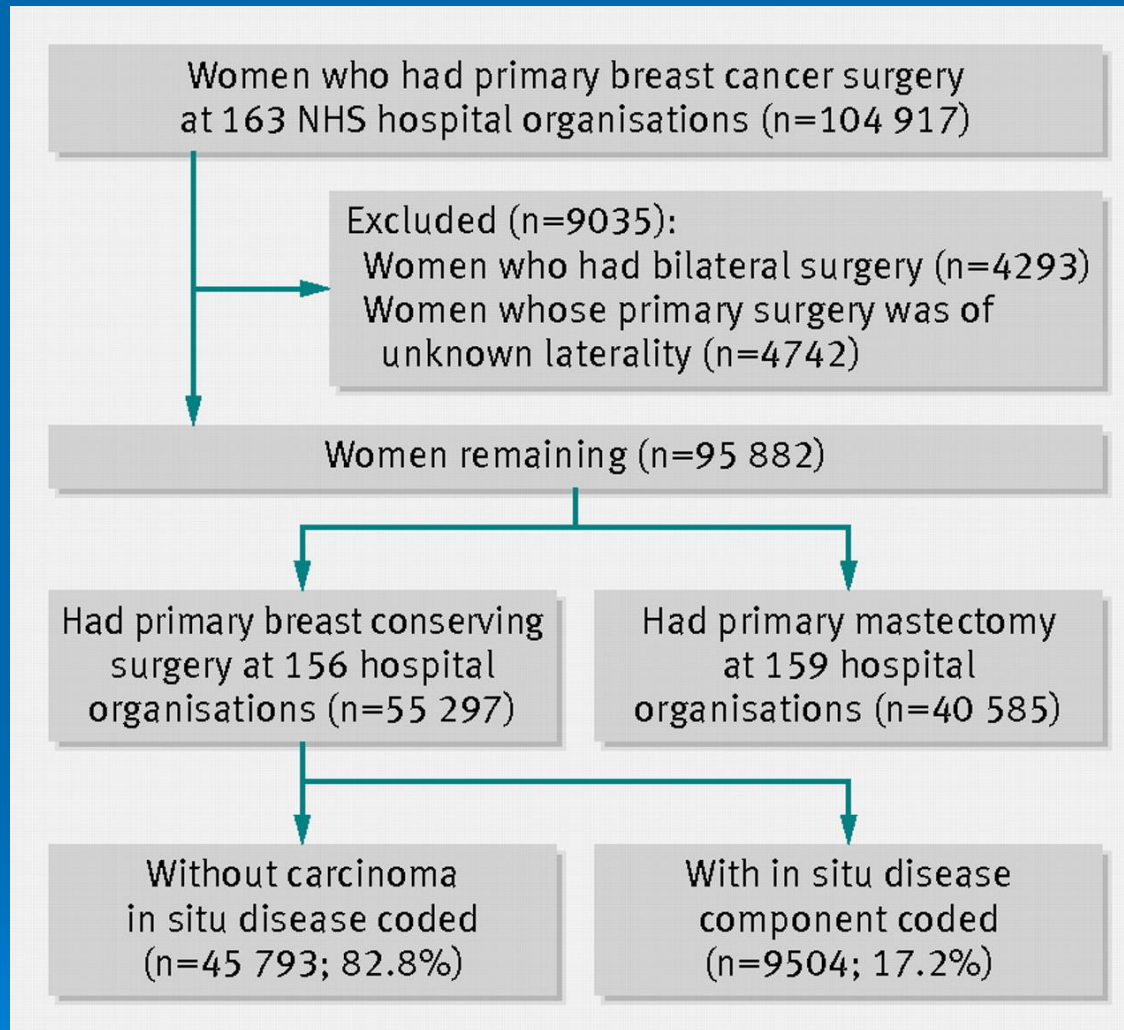
# Absence de consensus international (2)

- USA : US National cancer institute : absence de cellules tumorales sur la surface encrée de la pièce opératoire
- GB : UK National Institute of Health recommande de marges circonférentielles de 2 mm pour les CCIS, mais pas de marges pour les infiltrants
- France : la plupart des référentiels recommandent des berges de 2 mm

# Etude britannique

- Jeevan et al BMJ 07/2012
- Etude de cohorte utilisant la base de données du NHS de 2005 à 2008
- 55 297 femmes ayant eu un traitement conservateur de première intention dans 156 « Breast Units »
- Ne distingue pas les ré interventions pour chirurgie axillaire

**Fig 1 Inclusion of patients in study.**



Jeevan R et al. *BMJ* 2012;345:bmj.e4505



# Résultats de l'étude britannique

- 20% des patientes ont été réopérées au moins une fois
- 92% de celles-ci ont eu 1 ré intervention
- 40% des patientes réopérées au moins une fois ont eu une mastectomie
- 29.5% des CCIS et des formes avec composante intracanalalaire ont été ré opérées
- Grande disparité dans la prise en charge entre les 156 centres ( de moins de 10 % à plus de 30% de ré interventions)
- Le taux de ré intervention n'est pas lié au niveau d'activité du centre

# Études USA

- Mac Cahill L et al JAMA 02/2012
- 2206 patientes ayant un K infiltrant, 4 institution US
- Définition US des berges : absence de cellules malignes sur la surface encrée de la pièce

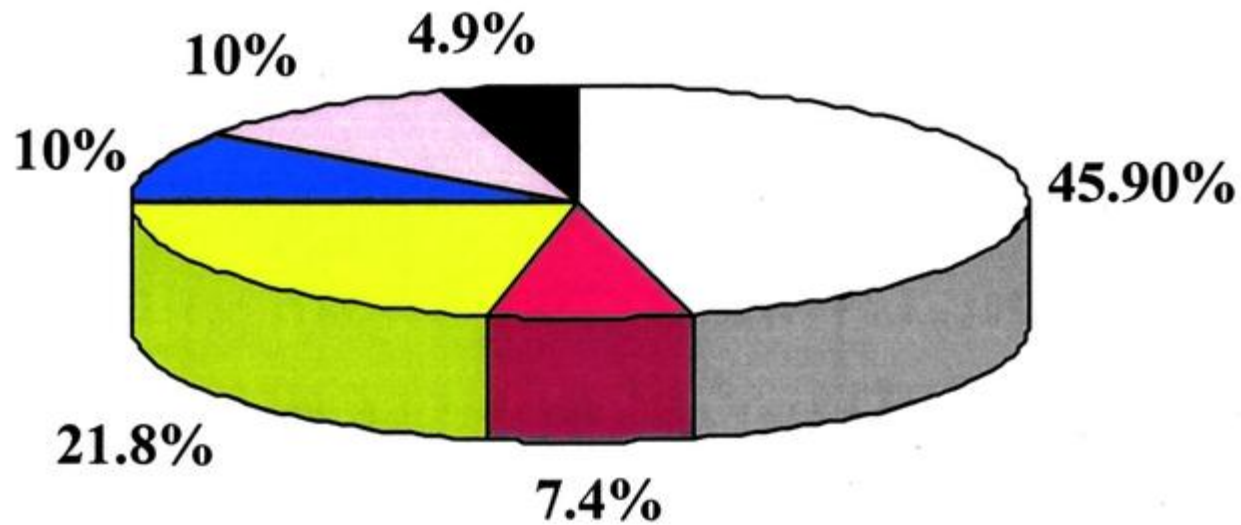
# Résultats de l'étude américaine

- % de ré intervention : 22.9%
- 47% sont effectuées chez des patientes dont les berges sont négatives
- C'est encore l'histologie qui influence le plus la décision de reprise : CCIS, CLI
- La décision de reprise varie significativement selon l'opérateur (0 à 70%) et l'institution (1.7 à 20.9)

# Perceptions individuelles concernant les berges

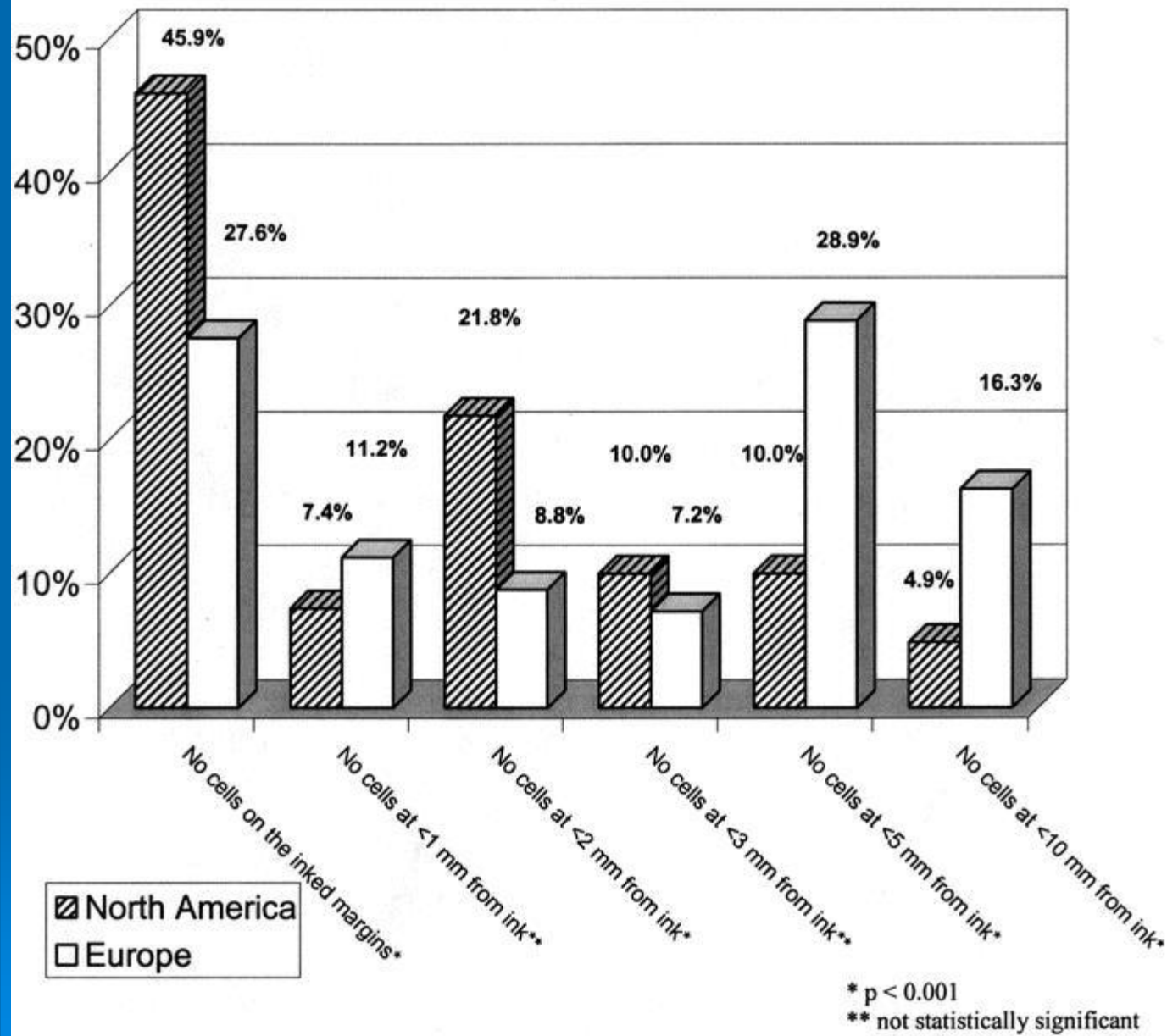
- « Current perceptions regarding surgical margins after breast conserving surgery » Tagahian et al, Ann Surg 2005
- Résultat d'une enquête auprès d'oncologues européens et nord-américains
- 702 réponses

# How do you define negative margins after local excision?: North America



- No tumor cells are seen on the inked margins
- No tumor cells are seen at <1 mm from inked margin
- No tumor cells are seen at <2 mm from inked margin
- No tumor cells are seen at <3 mm from inked margin
- No tumor cells are seen at <5 mm from inked margin
- No tumor cells are seen at <10 mm from inked margin

# The definition of negative margins



# Conséquences sur les pratiques individuelles

- « Size does not matter : high volume surgeons accept smaller excision margins for wide local excisions : a national survey of surgical management of wide local excisions in UK cancer patients »
- Hassani et al the Breast 01/2013
- Enquête auprès des membres de l'Association des chirurgiens du sein
- 281 réponses
- Les chirurgiens opérant plus de 50 cancers du sein par an acceptent des marges moindres que ceux qui en opèrent moins de 50
- Les marges paraissant acceptables vont de 0 à 10 mm pour les CCIS et de 0 à mm pour les K infiltrants

# Comment réduire les taux de réinterventions ?

- Biopsies pré opératoires de qualité
- IRM préopératoire?
- Chirurgie après repérage radiologique ou échographique
- Examen extemporané des berges et du GS?
- Utilisation de référentiels mais de quels référentiels?
- Multidisclinarité et type de structure?



# IRM pré opératoire

- De plus en plus utilisée dans le bilan initial des K du sein à la recherche de multifocalité ou d'atteinte contro latérale surtout dans les cancers lobulaires et les seins denses
- N'a pas montré son efficacité dans la réduction des reprises dans des études rétrospectives ou prospectives randomisées

# Comparative effectiveness of MRI in breast cancer (COMICE)

- Turnbull et al Lancet 2010
- 1623 patientes GB
- 19% ré opérées au moins une fois dans le groupe avec IRM vs 19% dans le groupe sans IRM
- 2% de mastectomies évitables chez les patientes ayant eu une IRM pré opératoire

# Selected preoperative MRI in women with breast cancer : no reduction in reoperation rate

- Weber et al Arch Surg 09/2012
- Etude rétrospective, 1 seule institution, 1 seul chirurgien expérimenté
- 313 patientes, 120 IRM pré opératoires effectuées selon les référentiels de la Société américaine de chirurgiens du sein
- % de ré interventions
  - Groupe avec IRM 19.1%
  - Groupe sans IRM 17.6%
  - Pas de différence en cas le CLI
- 25.5 % de mastectomies évitables dans le groupe IRM

# L'examen extemporané avec coupes congelées

- Plusieurs études montrent une diminution du taux de ré intervention lié à cette technique utilisée pour les berge et le sentinelle\*
- Taux de faux + bas
- Taux échec élevé pour les CLI
- Cette procédure nécessite un très haut niveau technique, un nombre important de pathologistes, allonge la durée opératoire +++

# Comment diminuer le taux de ré intervention dans le GS

- Echographie axillaire pré opératoire avec cytoponction ou micro biopsie
- Qualité de l'extemporané : coupes congelées ou Osna
- Abstention de CA complémentaire dans des cas sélectionnés de GS positifs
- Utilisation de prédicteurs clinico pathologiques : nomogramme du MSSKC, score de Tenon, combinaison des 2 (étude NOTEGS), en per opératoire ?

# Le challenge : développer des critères de qualité pertinents en chirurgie du sein

- Le taux de réintervention , est il un critère de qualité toujours pertinent ?
  - Absence de consensus concernant les berges
  - Difficultés de l'examen anatomo pathologique
  - Est il possible de fixer un %optimal : 10 % pour le NHS
  - Variabilité des opinions des chirurgiens, de leurs pratiques et de leurs comportement
- Effets pervers :
  - Excès de mastectomies
  - Pièces trop importantes

# Par quels moyens améliorer la qualité de la chirurgie du sein

- Unités spécialisés en chirurgie mammaire et reconnaissance de la spécialité
- Réunions pluri disciplinaires
- Enregistrement des données et évaluation des pratiques locales
- Imagerie pré opératoire de haute qualité
- Référentiels locaux approuvés et respectés par la communauté
- Information des patientes