



REVISITE CHIRURGICALE DU CREUX AXILLAIRE EN CAS DE RÉCIDIVE HOMOLATÉRALE D'UN CANCER DU SEIN AVEC ANTÉCÉDENT DE CURAGE AXILLAIRE : RETOUR D'EXPÉRIENCE

G Selmes¹, M Bachelier², M Hessas¹, C Vaysse³, F Dalenc⁴, E De Maio⁴, C Lacaze⁴, M Ung⁴, C Franchet⁵, B Boulet⁶, L Dahan-Baumont¹, E Jouve¹

✉ Selmes.gabrielle@iuct-oncopole.fr

1. Chirurgie, Institut Claudius Regaud - IUCT Oncopole, 1 avenue Irène Joliot Curie, Toulouse, France,

2. Biostatistiques, Institut Claudius Regaud 3. Chirurgie gynécologique, Centre hospitalier universitaire de Toulouse - IUCT

Oncopole, 1 avenue du Professeur Jean Poulhès, Toulouse, France 4. Oncologie médicale, Institut Claudius Regaud 5.

Anatomo-pathologie, Institut Claudius Regaud 6. Radiologie, Institut Claudius Regaud

Contexte : En cas de récurrence homolatérale, l'utilité d'une nouvelle chirurgie axillaire n'est pas établie. Une revisite axillaire (RA), correspondant à la vérification chirurgicale du creux axillaire par un nouveau curage axillaire (CA), était systématiquement proposée dans notre institut aux patientes ayant un antécédent de CA et présentant une récurrence infiltrante homolatérale.

Objectifs :

- Dresser l'état des lieux de cette pratique.
- Définir le pourcentage d'atteinte ganglionnaire concomitante d'une récurrence homolatérale (avec antécédent de CA).

Méthodes : Etude rétrospective monocentrique réalisée à l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse Oncopole sur une série de cas consécutifs de patientes prises en charge pour une récurrence infiltrante homolatérale d'un cancer du sein de janvier 2015 à décembre 2017.

Résultats : - n= 74 patientes

- Délai médian entre le 1er cancer et la récurrence = 19,2 ans [2,6 - 35,2].

- Nombre médian de ganglions retirés lors de la 1ère chirurgie = 13 [6-27].

Prélèvement axillaire pré-opératoire :

Il a concerné 5 patientes (6,8%) : 2 présentaient un résultat pathologique.

Les 2 atteintes étiquetées « ganglions axillaires » en pré-opératoire étaient des atteintes mammaires du prolongement axillaire.

Information sur le compte rendu opératoire :

- ouverture de la loge axillaire pour 94,6% (n=70)
- identification des repères anatomiques du curage axillaire pour 54,4% (n=37)

Complications post opératoires :

Pour 50% (n=37) des patientes; dont:

- 29,7% (n=22) de lymphocèle,
- 10,8% (n=8) d'infection,
- 9,5% (n=7) de trouble de cicatrisation,
- 4,2% (n=3) de lymphoedème,
- 4,1% (n=3) de douleur chronique.

Résultats anatomopathologiques : 2^{ème} cancer

Taille histologique médiane	15 mm (0-75)
-----------------------------	--------------

Type histologique NST	82,4% (n=61)
-----------------------	--------------

Carcinome RH+/HER2 -	81,7 % (n=58)
----------------------	---------------

Prélèvement anatomopathologique « ganglionnaire »	64,9% (n =48)
---	---------------

Nombre médian de ganglion prélevés	1 (0-12)
---	-----------------

Aucun ganglion	47,9% (n=23)
----------------	--------------

1-2 ganglions	31,8% (n=15)
---------------	--------------

Au-delà de 3 ganglions	20,8% (n=10)
------------------------	--------------

Nombre de ganglions envahis	0% (n=0)
------------------------------------	-----------------

Le suivi médian est de 21,10 mois (95%CI=[14.95;25.20]).

Dans les suites de la RA, 2 patientes ont présenté une récurrence ganglionnaire : 1 axillaire et 1 autre sus-claviculaire, toutes deux synchrones d'une évolution métastatique.

Conclusion : Il existe un faible risque de récurrence axillaire en cas de CA antérieur. La pratique d'une RA, hétérogène dans notre équipe, ne nous apporte pas d'information supplémentaire pour guider le choix des traitements adjuvants. Elle peut engendrer des complications post-opératoires. Elle ne nous semble pas à recommander sous couvert d'une évaluation optimale du creux axillaire par l'imagerie.