

Chirurgie conservatrice du cancer du sein: Quelle place pour l’examen extemporané des berges?

Marianne Carlier , Anne Le Gourrierec, Philippe Merviel

Service de Gynécologie-Obstétrique CHRU Brest

Contexte

Selon l’INCa, la chirurgie conservatrice du cancer du sein représente **plus de 50 000 interventions** par an en France (1).

Cette dernière, associée à une radiothérapie est **équivalente à une mastectomie** en ce qui concerne le risque de récurrence locale, cette stratégie doit donc être privilégiée quand elle est possible (2).

Cependant la difficulté de cette chirurgie est d’obtenir des marges saines. En effet des **berges atteintes augmentent considérablement le risque de récurrence locale** (3,4).

Le taux de réintervention pour marges atteintes va d’environ 10% à plus de 50% selon les auteurs (5-7).

Une **réintervention augmente les risques** anesthésiques, les complications chirurgicales, et notamment les complications infectieuses, le risque d’avoir finalement une mastectomie qui aurait pu être évitée et bien sur le coût global de la prise en charge (8-10).

Ce travail s’intéresse à la place de l’analyse peropératoire des berges dans nos pratiques: **quelles sont les techniques existantes et leurs performances?** Nous avons interrogé les chirurgiens sénologues français sur leur rapport à cet examen: quels marges utilisent-ils en pratique? Réalisent-ils un examen extemporané, si oui selon quels critères? Si non, pourquoi?

Description des principales techniques	Performance	Diminution tx reprise	Commentaires
Gross assessment ⁽¹¹⁾ Analyse macroscopique par un pathologiste		21 % à 9 %	
Frozen Section Analysis ⁽¹²⁾ Pièces cryogénisées et coupées au cryostat	Se: 86 % Sp: 96%	35 % à 10 %	Risque d’artéfacts sur les pièces adipeuses, perte de tissus
Imprint Cytology ⁽¹²⁾ Apposition de lame au contact des berges	Se: 89 % Sp: 92 % VPP: 73 % VPN: 97 %	35 % à 11 %	Analyse uniquement des berges
Radiographie de pièce ⁽¹³⁾	VPP: 11 % VPN: 99 %		Associée à Gross assessment dans cette étude
Echographie de pièce ⁽¹⁴⁾	VPP: 24 % VPN: 2 %		par le chirurgien
Cavity Shave Margin ⁽⁶⁾ Résection de la cavité après tumorectomie		47 % à 24 %	Recommandé aux USA si taille>T2 ou CCIS extensif

Fig. 1: Description et performances des principales techniques d’analyse peropératoire des berges de tumorectomies.

Sondage

Objectif: **Aperçu des pratiques françaises** en ce qui concerne l’analyse peropératoire des berges dans le cadre de chirurgies conservatrices du cancer du sein.
Matériel et méthode: **Questionnaire** envoyé à 348 chirurgiens sénologues français par Google Form, diffusé par mailing via la SFSPM.

Résultats

Nombre de réponses: 60
11 régions françaises représentées

		/60	%
Secteur d'exercice	Privé	24	40
	CH	17	28
	CAC	11	18
	CHU	8	14
Volume d'activité (nb de tumorectomies/an)	<50	9	15
	50-150	29	48
	>150	22	37
Taux de reprise	<10%	41	68
	10-25%	19	32
	>25%	0	0
Marges utilisées	Au contact	47	78
	>1mm	8	13
	>2mm	4	7
	>5mm	0	0
	NR	1	2
Analyse peropératoire	Oui	33	55
	Toujours	15/33	25
	Parfois	18/33	30
	Non	27	45
Examen jugé utile	Oui	51	85
	Toujours	10/51	17
	Parfois	41/51	68
	Non	9	15

Fig. 2: Résultats en effectif et en pourcentage des principales questions du sondage

Les méthodes d’analyse peropératoires utilisées



Pourquoi l’extemporané est abandonné

65% des interrogés ne pratiquant pas d’examen extemporané le réalisaient auparavant et ont stoppé cette pratique.



Conclusion

L’examen extemporané des berges est toujours un examen d’actualité en France mais sa réalisation n’est plus systématique.
Néanmoins **l’accès à cet examen semble de plus en plus difficile.**
L’identification des **facteurs de risques** de berges atteintes, propres à **chaque patiente** pourrait être une réponse intéressante à cette problématique. En effet **l’examen extemporané des berges pourrait alors n’être proposé qu’aux patientes à haut risque** de reprise chirurgicale.

Références

1. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cited 2019 Sep 6]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>

2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med. 2002 Oct 17;347(16):1233–41.

3. Housami N, Macaskill P, Marinovich ML, Dixon JM, Iwig L, Brennan ME, et al. Meta-analysis of the impact of surgical margins on local recurrence in women with early-stage invasive breast cancer treated with breast-conserving therapy. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. 2010 Dec;46(18):3219–32.

4. Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, Harris JR, Khan SA, Horton J, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2014 Mar 1;88(3):553–64.

5. Clement A, McLeay W, Hoffmann C, Shin P, Chowdhry M, Eaton M. Re-excision rate after sector resection for breast cancer: A 5-year retrospective cohort study. Breast Dis. 2019 Apr 12;38(1):7–13.

6. Unzeitig A, Kobermann A, Xie X-J, Yan J, Euhus D, Peng Y, et al. Influence of surgical technique on mastectomy and reexcision rates in breast-conserving therapy for cancer. Int J Surg Oncol. 2012;2012:725121.

7. Tang SSK, Rapisarda F, Nerurkar A, Osin P, MacNeill I, Smith I, et al. Complete excision with narrow margins provides equivalent local control to wider excision in breast conservation for invasive cancer. BJS Open. 2019 Apr;3(2):161–8.

8. Greenup RA, Blitzblau RC, Houck KL, Sosa JA, Horton J, Peppercom JM, et al. Cost Implications of an Evidence-Based Approach to Radiation Treatment After Lumpectomy for Early-Stage Breast Cancer. J Oncol Pract. 2017;13(4):e283–90.

9. Olsen MA, Nickel KB, Margenthaler JA, Wallace AE, Mines D, Miller JP, et al. Increased Risk of Surgical Site Infection Among Breast-Conserving Surgery Re-excisions. Ann Surg Oncol. 2015;22(6):2009–9.

10. Houvenaeghel G, Lambaudie E, Bannier M, Rua S, Barrou J, Heinemann M, et al. Positive or close margins: reoperation rate and second conservative resection or total mastectomy? Cancer Manag Res. 2019 Mar;Volume 11:2507–16.

11. Fleming FJ, Hill ADK, Mc Dermott EW, O'Doherty A, O'Higgins NJ, Quinn CM. Intraoperative margin assessment and re-excision rate in breast conserving surgery. Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. 2004 Apr;30(3):233–7.

12. St John ER, Al-Khudairi R, Ashrafian H, Athanasios T, Takats Z, Hadjilinas DJ, et al. Diagnostic Accuracy of Intraoperative Techniques for Margin Assessment in Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis. Ann Surg. 2017;265(2):300–10.

13. Park KU, Kuere HM, Rauch GM, Leung JWT, Sahin AA, Wei W, et al. Digital Breast Tomosynthesis for Intraoperative Margin Assessment during Breast-Conserving Surgery. Ann Surg Oncol. 2019 Jun;26(6):1720–8.

14. Pop MM, Cristian S, Hanko-Bauer O, Ghiga DV, Georgescu R. OBTAINING ADEQUATE SURGICAL MARGIN STATUS IN BREAST-CONSERVATION THERAPY: INTRAOPERATIVE ULTRASOUND-GUIDED RESECTION VERSUS SPECIMEN MAMMOGRAPHY. Med Pharm Rep. 2018 Apr 26;91(2):197–202.

spectroscopic assessment of surgical margins during breast conserving surgery. Breast Cancer Res. 2018 Dec;20(1):69.