

*PRINCIPES DU
TRAITEMENT
CHIRURGICAL DES
CANCERS*

Dr Aida

PLAN DU COURS



I/GENERALITES

II/ DIFFERENTS TYPES DE CHIRURGIE EN
CANCEROLOGIE

III/ CONCLUSIONS

I/GENERALITES

- permet d'enlever une tumeur localisée de poser ou de confirmer un diagnostic, constitue l'une des grandes disciplines thérapeutiques du cancer.
- représenté le seul traitement possible des cancers.
- Elle s'intègre maintenant dans l'ensemble des thérapeutiques
- De l'étude des différentes possibilités techniques et de la discussion collégiale va se dégager la meilleure association thérapeutique.

- La discussion pluridisciplinaire pré-thérapeutique :sauf dans les situations d'urgence, elle doit faire partie **plan thérapeutique.**
- Le compte rendu opératoire : **un des éléments essentiels du dossier cancérologique.**

- Il doit expliciter les difficultés rencontrées et la durée de l'intervention. Rédigé rapidement, dès la sortie de la salle d'opération, il doit comporter
 - ✓ Une description détaillée des lésions observées
 - ✓ Une description des gestes chirurgicaux réalisés
 - ✓ Une description des lésions laissées éventuellement en place
 - ✓ Préparation de l'étude anatomopathologique

II/DIFFERENTES CHIRURGIES EN CANCEROLOGIE

1/La chirurgie diagnostique :

➤ **La biopsie**

- varie selon l'organe et le type de cancer.
- utilise un instrument ne provoquant ni écrasement ni coagulation du tissu prélevé, (bistouri froid, pince à biopsie),
- doit être **significative** et représentative de l'ensemble de la tumeur,
- doit éviter les zones hémorragiques, nécrotiques ou infectées,
- intéresser les **zones de jonction** entre tissu sain et pathologique (notamment pied d'implantation des tumeurs polypoides),

- doit éviter la constitution d'hématomes ou d'abcès qui retarderait les traitements ultérieurs,
- comportant suffisamment de tissu pour une analyse anatomopathologique de bonne qualité,
- différenciation tnr, grade histologique, étude de la vx, importance de la réaction stromale, d'emboles lymphatiques ou veineux, RH, facteurs de croissance par IHC, étude des oncogènes par hybridation in situ....

- il faut savoir la répéter avant de rejeter l'hypothèse d'un cancer.
- Une **biopsie ganglionnaire** de tout le ganglion est souvent utile en cas de lymphome pour étudier la morphologie ganglionnaire



➤ **La laparoscopie**

- popularité actuelle est grande.
- **un geste chirurgical cancérologique doit comporter une exérèse complète.**

➤ **La laparotomie exploratrice**

- A perdu bcp de son importance du fait de l'amélioration des techniques de dg, notamment due au scanner.

2/La chirurgie radicale: concept d'exérèse large monobloc

- exérèse large de la tumeur primitive avec une marge de sécurité saine périphérique dont l'ampleur varie selon l'organe, de la variété histologique , et du stade tumoral
- Cette marge s'impose vu:
 - Limites imprécises des tumeurs
 - Existence d'un envahissement microscopique péri tumoral

Il faut choisir le moment opératoire

-Il faut connaître les limites à donner à l'exérèse

-Ne pas manipuler la tumeur

-Si nécessité de préparer le malade par une CHTRT
ou RTE

- Elle doit être plus limitée et moins mutilante

La technique :

- Elle est plus simple si la tumeur est petite, moins infiltrante et plus exophytique.
- Peut être:

A/Chirurgie large:

l'ablation de la tumeur et de l'organe où se développe avec ses voies lymphatique et ses relais ggs principaux, dt le tt est enlevé en monobloc, mais cette technique n'est pas tjrs possible.

B/Chirurgie élargie:

exérèse des tissus plus largement pour prévenir l'évolution d'une nouvelle tumeur locale et donc d'éviter les métastases

C/Curage gg, 2 types :

- Curage de nécessité → la palpation de la région a trouvé des ggs envahis cliniquement.
- Curage de principe → pas d'ADP palpable, réservé aux tumeurs lymphophile avec conservation du patrimoine immunitaire par l'ablation des ADP proche de la tum.
- **caractère habituellement successif** et régulier de l'envahissement des différents relais ganglionnaires. Les '**skip métastases**' sont rares quel que soit le cance

D/Chirurgie curatrice en association, avec curiethérapie préop, avec la RTE, avec de la RTE per-op pour localiser les rayonnements sur un résidu tumoral pour éviter l'irradiation des tissus sains avoisinant, avec de la RTE post-op si envahissement gg ou résidu tumoral, avec de la CHTRT soit par voie locorégionale (par un membre isolé) ou par voie générale pour réduire les rechutes.

□ Ces techniques répondent à des règles :

- Ligature première des pédicules vx
- Pratiquer des gestes atraumatiques et d'une bonne qualité d'hémostase.

- Pour les **tumeurs digestives**, on pratique :
 - une oesophagectomie radicale pour un cancer de l'oesophage,
 - une gastrectomie totale ou élargie, avec dissection ganglionnaire complète,
 - une hémicolectomie droite pour un cancer du caecum avec lymphadénectomie remontant jusqu'à l'artère colique,
 - une hémicolectomie gauche pour un cancer du colon gauche, avec une lymphadénectomie remontant jusqu'à l'artère colique,
 - une amputation abdomino-périnéale pour les cancers du bas rectum.

- Pour les **tumeurs mammaires**, mastectomie radicale (Patey).
- avec ablation de la glande mammaire, la peau, la paroi axillaire et le tissu cellulaire du creux axillaire.
- En **chirurgie gynéco**, une colpo-hystérectomie élargie avec une lymphadénectomie iliaque bilatérale constitue la chirurgie standard du cancer du col utérin ou de l'endomètre.

- TRT du **cancer du testicule** comporte une orchidectomie par voie **inguinale** avec ligature première du cordon spermatique aussi haut que possible afin d'éviter une dissémination secondaire. La voie scrotale est une erreur

3/La chirurgie limitée:

- Svt, la mutilation n'aboutit pas à la guérison.
- des études randomisées ont montré qu'une chir moins radicale aboutissait à des résultats identiques en matière de survie.
- **Exemple du cancer du sein** :tumorectomie mammaire (ablation de la tumeur avec une petite limite de sécurité) lorsqu'elle était suivie d'une irradiation complémentaire, avait la même efficacité qu'une mastectomie totale.

Référence	Nombre de malades	Protocoles	Suivi	Récidives locales	Survie sans rechute	Survie globale
Blicherttoft (1995)	429	Mastectomie	6 ans	6 %	66 %	82 %
	430	Tumorectomie + RT		5 %	70 %	79 %
Van Dongen (1992)	424	Mastectomie	6 ans	9 %	-	73 %
	455	Tumorectomie + RT		15 %	-	71 %
Fischer (1995)	589	Mastectomie	12 ans	-	50 %	60 %
	628	Tumorectomie + RT		11 %	49 %	62 %
	634	Tumorectomie		37 %	47 %	58 %

4/La chirurgie de réduction tumorale:

- Pour quelques KC, la chir a seulement l'ambition de réduire au maximum le volume tnr avant l'utilisation éventuelle d'une autre arme TRT.
- L'exemple le plus caricatural est constitué par le cancer de l'ovaire

5/La chirurgie d'évaluation:

- Pour un certain nombre de tumeurs, la chirurgie a constitué un temps important pour l'évaluation de la réponse à la CT.
- L'exemple le plus typique est la seconde laparotomie ('**second look laparotomy**') dans les cancers de l'ovaire.
- il a été démontré que cette intervention ne modifiait en rien la survie des malades

- dans les **cancers testiculaires** ayant des adénopathies lombo-aortiques majeures, et pour lesquels persistent des lésions ganglionnaires au scanner après les 4 cures de chimiothérapie, le curage ganglionnaire permet de préciser l'état des ganglions :
- soit simple fibrose et nécrose (tumeur est morte)
- soit transformation bénigne d'un dysembryome malin sous forme de tératome bénin (rémission est obtenue)
- soit persistance de tumeur dysembryomateuse (poursuivre la chimiothérapie).

6/La chirurgie des récidives et des métastases

➤ **La chirurgie des récidives:**


- ❑ certaines peuvent être traitées par la chirurgie, d'autres sont au-dessus de toute ressource chirurgicale du fait de leur situation profonde et de leur adhérence à des organes vitaux
- ❑ pour la chirurgie ORL (laryngectomie totale de rattrapage après traitement conservateur)
- ❑ pour certaines tumeurs gynécologiques traitées par radiothérapie exclusive (pélvectomie totale de rattrapage).
- ❑ KC du sein traités par tumorectomie avec récurrence tardive on pourra proposer une mastectomie de rattrapage

➤ **La chirurgie des métastases:**

- ❑ Autrefois, les métastases n'étaient jamais opérées.
- ❑ Stabilité ou disparition de la tumeur primitive,
- ❑ Intervalle libre suffisamment long entre le traitement de la tumeur primitive et l'apparition de la métastase.
- ❑ Caractère généralement unique de la métastase (ou au plus deux ou trois métastases).
- ❑ Acte chirurgical relativement facile à effectuer segment hépatique bien déterminé(lobe pulmonaire, métastase cérébrale)

7/La chirurgie palliative:

- But est de rétablir une fonction menacée, améliorer la qualité de vie, ↓de la douleur.
- **Chirurgie des métastases osseuses: solution chirurgicale rapide** devant toute fracture pathologique qui aboutit à une mobilisation rapide du patient.
- **Chirurgie de dérivation:**
 - la **trachéostomie** (plus ou moins en urgence) des cancers ORL ou thyroïdiens

- 
- la **colostomie** des tumeurs digestives ou ovariennes,
 - la **gastrostomie** pour nourrir le patient atteint de cancer de l'œsophage ou d'un cancer ORL,
 - l'**urétérostomie** ou les dérivations urinaires internes en cas de tumeurs vésicales, prostatiques ou gynécologiques,



□ **Chirurgie de propreté:**

-n'est plus envisagé comme acte curatif, mais plutôt pour améliorer le confort du patient

-mastectomie de propreté, résection d'une tumeur intestinale.

8/Chirurgie hormono-privatrice :

- l'ablation d'une glande endocrine dont la sécrétion est connue pour favoriser le développement de la tumeur
- cancer du sein (ovariectomie chirurgicale ou plutôt maintenant ovariectomie par radiothérapie)
- cancer de la prostate (castration bilatérale ou plus élégamment pulpectomie bilatérale)

9/La chirurgie de reconstruction:

- constitue un temps essentiel dans la réhabilitation des malades.

- **en même temps que l'acte d'exérèse :**

- Rétablissement de la continuité digestive (intestin, œsophage)

- prothèse phonatoire, testiculaire...

après la fin du traitement adjuvant

- Reconstruction mammaire, mandibulaire après ostéoradionécrose.

10/La chirurgie de la douleur:

- des situations particulières (TRT antalgiques habituels n'ont plus aucun effet).
- Neurochirurgie d'interruption (cordotomies, section des racines postérieures)
- séquelles non négligeable comme analgésie, troubles sphinctériens.

11/Chirurgie préventive :

- Ablation d'une lésion encore bénigne dt sa transformation maligne est possible, ou si mutation génétique

12/Chirurgie des complications :

Comme occlusion après irradiation, fistule, sténose, nécrose cutanée, ext

III/CONCLUSIONS :

- la chirurgie reste la pierre angulaire dans le traitement des cancers.
- intérêt de la RCP pour définir sa place et ses butes.
- aller vers des traitements chir moins mutilants, avec moins de séquelles.