

Module 10 Cancérologie Oncohématologie		Auteur : Dr Rodier
Titre	CHIRURGIE DES CANCERS	
Objectifs pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les divers aspects de la chirurgie oncologique ○ Comprendre l'évolution de la chirurgie oncologique (chirurgie conservatrice, mini-invasive, reconstructrice, prophylactique...) ○ Intégrer la chirurgie oncologique dans une stratégie thérapeutique multidisciplinaire. 	
ENC Item 141	Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade	
Objectifs ENC :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire les grands principes des traitements en cancérologie et expliquer la nécessité d'une décision multidisciplinaire en tenant compte de l'avis du patient. ○ - Expliquer les effets secondaires les plus fréquents et les plus graves des traitements, leurs signes d'appel et leur prévention. 	

INTRODUCTION

Historiquement, ayant longtemps constitué l'unique modalité thérapeutique des cancers, la chirurgie demeure la " pierre angulaire " du traitement des tumeurs solides et s'intègre de nos jours dans une stratégie multidisciplinaire. L'objectif de cette synergie de moyens est de permettre, par un gain en efficacité, une meilleure conservation de l'organe et de sa fonction et, par delà, un respect de l'intégrité corporelle. C'est en raisonnant en cancérologue que le chirurgien assurera à ses malades les meilleures chances de contrôle loco régional et général de la maladie, tout en leur assurant une qualité de survie optimale.

Si le domaine d'application de la chirurgie cancérologique comporte de multiples facettes qui feront l'objet d'une analyse successive, sa mise en oeuvre suppose la connaissance préalable et impérative :

- du diagnostic anatomopathologique établissant le caractère malin du processus tumoral ainsi que son type histologique. A cette étape diagnostique, le siège et l'accessibilité tumorale conditionneront volontiers le mode de prélèvement biopsique (chirurgie de diagnostic, biopsie transcutanée guidée ou non sous contrôle radiologique).
- du bilan d'extension (locale, régionale ou métastatique à distance) préthérapeutique faisant également appel aux techniques d'imagerie, aux marqueurs biologiques voire enfin, dans certains cas à une chirurgie d'inventaire ou de stadification. Cette appréciation du degré d'extension de la maladie conduit à l'établissement d'une stadification entrant dans le cadre d'une classification internationale (UICC, FIGO ...).

L'ensemble de ces démarches permet d'accéder à l'étape du choix thérapeutique, au mieux réalisé dans des structures représentées par les comités multidisciplinaires de décisions thérapeutiques. Le but de ces réunions collégiales est de proposer à chaque malade un traitement uni ou pluridisciplinaire à la fois adéquat en termes d'efficacité et de toxicité mais aussi personnalisé, tenant compte des conditions particulières et individuelles du patient.

C'est ainsi que la chirurgie des cancers comporte, outre son implication éventuelle dans le diagnostic et la stadification, de multiples volets :

- chirurgie à visée curatrice (sur la tumeur primitive ou secondaire), chirurgie d'exérèse ganglionnaire
- chirurgie de réduction tumorale, de rattrapage, des masses résiduelles, de révision (seconde intention ou "second look"), des métastases
- chirurgie de prévention
- chirurgie réparatrice et reconstructrice
- chirurgie des complications et des séquelles
- chirurgie palliative

1. La chirurgie d'exérèse à visée curative

Son concept est basé sur l'exérèse large de la tumeur primitive avec une marge de tissu sain périphérique dont l'ampleur varie selon l'organe considéré, la variété histologique et le stade tumoral. Cette marge de sécurité, définissant la bonne radicalité de l'exérèse chirurgicale, s'impose en raison des limites volontiers imprécises des tumeurs, de l'existence d'envahissements microscopiques péri-tumoraux, voire de l'existence de lésions néoplasiques débutantes périphériques. Cette chirurgie répond à des règles techniques rigoureuses (ligatures premières des pédicules vasculaires, absence d'effraction tumorale, pratique de gestes atraumatiques et d'une bonne qualité de l'hémostase).

Si la radicalité de l'exérèse a longtemps été synonyme de sacrifice de l'organe et donc de la fonction, cette chirurgie élargie et mutilante ne dispensait pas pour autant les malades de développer des métastases à distance, signant son inaptitude à contrôler, isolément, l'évolution tumorale. Cet obstacle a pu être contourné grâce à une meilleure connaissance du génie évolutif des tumeurs et à l'avènement de la chimiothérapie complémentaire (adjuvante) permettant d'éradiquer la maladie micrométastatique occulte. Parallèlement, l'association d'une radiothérapie, stérilisant les microfoyers tumoraux environnants, à une chirurgie plus limitée et respectueuse de l'organe et de sa fonction, a ouvert la voie de la descente de l'agressivité du geste chirurgical. C'est ainsi que s'est progressivement imposé le concept de traitement associatif conservateur réalisant le meilleur compromis entre une qualité satisfaisante du contrôle carcinologique local et le résultat cosmétique acceptable du geste chirurgical limité. La légitimité de cette

approche thérapeutique conservatrice a pu tout particulièrement être établie dans l'indication privilégiée que représentent les cancers du sein de moins de 3 cm de diamètre. Toutefois, la mastectomie radicale modifiée (intervention de PATEY) demeure le traitement chirurgical standard des cancers mammaires invasifs excédant 3 cm de grand axe. Pour tenter de substituer au geste mutilant une thérapeutique conservatrice et préserver ainsi l'intégrité corporelle, une chimiothérapie initiale (d'induction ou néo adjuvante) est actuellement proposée à ces malades. Les patientes répondeuses à ce traitement neoadjuvant peuvent bénéficier d'un traitement conservateur alors que, classiquement, elles auraient été traitées par mastectomie d'emblée.

A côté des résultats obtenus en cancérologie mammaire, le principe de ces traitements conservateurs (d'emblée ou après chimio ou radiothérapie d'induction) a pu être étendu à d'autres localisations tumorales que sont les cancers ORL, certains cancers urologiques et gynécologiques, les sarcomes des tissus mous. Toutefois, il est des cas où l'importance du volume tumoral, l'existence d'un envahissement loco régional impose la réalisation d'une chirurgie radicale sacrifiant l'organe et intéressant parfois les structures viscérales ou vasculonerveuses voisines. Là encore, les progrès de l'anesthésie-réanimation rendent, à l'heure actuelle, possible cette chirurgie majeure (pancréatectomie élargie, exentérations pelviennes ...) et ont largement concouru à en diminuer la morbidité.

Au chapitre de la chirurgie curatrice, le traitement de la tumeur primitive ne saurait se concevoir sans celui des groupes ganglionnaires satellites assurant le drainage lymphatique. Cet évidement ou curage ganglionnaire est effectué dans des situations variables (de principe ou de nécessité) et selon des modalités diverses (extensive ou sélective).

Le rôle de cette véritable cellulo lymphadenectomie est d'ordre pronostique (appréciation de l'état d'envahissement ganglionnaire) comportant, de surcroît pour certains, une valeur thérapeutique (exérèse des lymphatiques métastasés).

2. La chirurgie de réduction tumorale, la chirurgie rattrapage, la chirurgie des masses résiduelles, la chirurgie des métastases.

- **La chirurgie de réduction tumorale ou cytoréductrice** ("debulking surgery") s'adresse principalement aux tumeurs solides chimiosensibles avancées (ovaire, testicule) et a pour objectif principal de réduire au maximum le volume tumoral, rendant ainsi mieux accessible au traitement adjuvant le résidu tumoral (macroscopique ou mieux microscopique) laissé en place.
- **La chirurgie de rattrapage** s'applique aux récidives de tumeurs, sans extension métastatique à distance, survenant chez des patientes sélectionnées ayant dépassé les possibilités d'autres modalités thérapeutiques (radiothérapie), idéalement après un long intervalle libre. Par essence agressive ("chirurgie supra radicale") et mutilante (dérivations urinaires et digestives), elle doit être réservée à des patients motivés (d'eux mêmes ou, à

défaut, par le chirurgien) pour lesquelles elle constitue l'unique et dernière chance de survies prolongées voire, pour certains, de guérisons.

- **La chirurgie des masses résiduelles** ne saurait se concevoir que dans le cadre d'un protocole (ex. chimiothérapie des cancers testiculaires) bien codifié et vise à apprécier leur nature évolutive ou non, à l'issue du traitement initial, et adapter en conséquence le traitement ultérieur.

Cette chirurgie est à rapprocher de la chirurgie de révision (de seconde intention ou de "second look") proposée dans les cancers digestifs et ovariens.

- **La chirurgie des métastases.**

En dépit de son implication au stade ultime de la maladie cancéreuse et de la lourdeur de l'acte thérapeutique, la chirurgie peut ici néanmoins conserver, sous réserve de bonne sélection des indications (métastase unique, absence de récurrence locale ou d'autres métastases), une prétention curatrice en réalisant l'exérèse de métastase(s) hépatique(s), pulmonaire(s) ou cérébrale(s) laissant augurer, pour un certain nombre de patients, des survies prolongées.

- **La chirurgie préventive**

La notion de risque génétique de cancer (polypose colique familiale, carcinome médullaire thyroïdien, familles de cancer de l'ovaire ...), le développement du diagnostic génétique prédictif (gène BRCA 1) et l'identification d'états précancéreux (néoplasie intra épithéliale du col utérin, hyperplasie adénomateuse endométriale, leucoplasie buccale, tumeur villose colique, papillome vésical...) ont ouvert la voie de nouveaux champs d'action chirurgicaux. S'adressant à des lésions à développement local sans risque métastatique, les procédures chirurgicales doivent répondre à un triple impératif : reproductibilité, faisabilité et fiabilité. Par son caractère peu invasif, la coeliochirurgie (transposition ovarienne, castration prophylactique...) trouve ici une indication de choix aux côtés d'autres techniques validées (conisation au laser, zonectomies mammaires, résections endoscopiques ...).

4. La chirurgie réparatrice et reconstructrice

Le chirurgien oncologue se doit également d'éviter ou de réparer les séquelles morphologiques ou fonctionnelles de l'acte chirurgical radical. Cette chirurgie reconstructrice peut être contemporaine (reconstruction immédiate) de la chirurgie radicale ou être effectuée à distance (reconstruction différée) de celle-ci. En chirurgie reconstructrice mammaire, plusieurs procédés de chirurgie plastique et esthétique sont employés : prothèse, lambeaux myocutanés de grand dorsal ou de grand droit de l'abdomen.

Après chirurgie d'exérèse pelvienne élargie (exentération pelvienne), diverses techniques (anastomose colorectale basse, dérivations urinaires continentes, reconstruction vaginale) ont contribué à une restitution de l'intégrité corporelle et une meilleure réinsertion sociale de ces patients traités par chirurgie extensive.

Enfin, en chirurgie cancérologique osseuse, la mise à disposition de greffons osseux cryopréservés permet actuellement une extension des traitements conservateurs.

5. La chirurgie des complications et des séquelles

Le chirurgien cancérologue peut aussi être amené à prendre en charge les complications des autres thérapeutiques anticancéreuses. Si le développement des sites implantables et des catheters centraux ont largement contribué à une réduction des accidents (nécrose cutanée) d'extravasation de certains antimétabolites, les complications iatrogènes essentielles résultent des effets délétères de la radiothérapie (fistules, sténoses) tout particulièrement au niveau de structures digestives éminemment radiosensibles telles que l'intestin grêle. Si le chirurgien doit être à même d'assurer la prise en charge curative de ces complications (occlusions, péritonites), l'essentiel de ses efforts doit porter, en collaboration avec le radiothérapeute, sur la prévention chirurgicale (épiploplastie, prothèse mammaire intra

pelvienne, exclusion du grêle par treillis résorbables) de ces complications redoutables que constituent les radiolésions du grêle.

6. La chirurgie palliative

L'objectif de cette chirurgie, souvent d'urgence, est soit d'améliorer le confort (fistule urinaire ou digestive), ou de préserver une fonction vitale menacée (trachéotomie pour obstruction aiguë des voies aériennes, ligature de carotide externe pour hémorragie intra orale massive).

Le geste chirurgical se doit, dans ces indications, de conjuguer rapidité et faible agressivité. Le développement des techniques de radiologie interventionnelle (endoprothèses urétérales et biliaires) ont largement contribué à une réduction de la confection de stomies palliatives. Parallèlement, les progrès antalgiques et des techniques d'analgésie devraient permettre d'éviter le recours à la chirurgie de la douleur (cordotomie ...).

CONCLUSION

Ayant à la base une formation de chirurgie générale, le chirurgien oncologue doit d'une part posséder une parfaite maîtrise des nouvelles techniques chirurgicales, d'autre part intégrer sa pratique dans une stratégie multidisciplinaire faisant intervenir non seulement les autres thérapeutes (radiothérapeutes, oncologues médicaux, anesthésistes réanimateurs) mais aussi ses collègues anatomopathologistes et spécialistes en imagerie. Cette collaboration s'avère, en effet, le seul garant d'un choix thérapeutique de qualité, pertinent et personnalisé, visant à conjuguer contrôle locorégional et général de la maladie, assurant ainsi au patient une qualité de vie optimale et respectueuse à maxima de l'intégrité corporelle.