3ème Congrès National de la Société Algérienne de Cancérologie Gynécologique
les 23 et 24 avril 2026 a L'Hôtel Sheraton club des pins, Alger.

74

Traitement chirurgical conservateur du cancer du sein « à propos de 4 cas »

S.Lachibi, Y Hamidi,T.Idir, D. Loubazid, N. Yahiaoui, Dj. Dahmana. service de gynécologie obstétrique
Hôpital Mère-Enfant de l'Armé

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical conservateur du cancer du sein marque un tournant historique dans l'oncologie, il consiste à retirer la tumeur cancéreuse en conservant la majeure partie du sein. Contrairement à la mastectomie (ablation totale), cette technique vise à assurer un **contrôle local** de la maladie tout en préservant l'intégrité physique et psychologique de la patiente.
L'exérèse de la lésion doit se faire avec des "marges de sécurité" (tissu sain autour de la tumeur) pour réduire le risque de récidive.
Cette chirurgie poursuit un double défi :
Objectif Oncologique : Garantir la même survie globale qu'une mastectomie. **Objectif Esthétique :** Maintenir une forme et un volume mammaire harmonieux, évitant ainsi l'impact psychologique de la mastectomie.
Actuellement, la chirurgie conservatrice s'est perfectionnée grâce à l' **oncoplastie.**

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée du 01/01/2025 au 31/01/ 2026 dans le service de gynécologie obstétrique (HMEA ALGER), concernant 04 cas de **traitement chirurgical conservateur du cancer du sein** .
Les données sont collectées à partir des dossiers cliniques des malades
L'objectif de ce travail est l'évaluation de la réussite du traitement chirurgical conservateur dans la prise du cancer du sein.

OBSERVATION 1

*Patiente R.Z 61 ans , G7P6C1 P, aux antécédents d' HTA et diabète type 2, qui consulte à notre niveau, pour masse mammaire du sein gauche découverte à l' autopalpation .
l'examen clinique: retrouve une masse au niveau du quadrant supéro-externe du sein gauche de 1,5 cm de diamètre mobile au plan superficiel et non adhérente au plan profond , pas de palpation d'adénopathies axillaires.
Échographie et mammographie masses mammaire aux contours irréguliers *en faveur d'*une tumeur maligne classé Birads 5.
Microbiopsie: carcinome non spécifique grade II SBR., triple négatif.
Scintigraphie et TDM thoraco abdominopelvienne ; absence de localisation secondaire.
Patiente classé T1 N1 M0
Conduite a tenir: 08 séance de chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une tumorectomie avec curage axillaire.
A l'anatomopathologie : carcinome infiltrant non spécifique grade II SBR. Les marges d' exérèse sont saines la BDR est à 1,5 cm, absence d'embole vasculaire, pas d'infiltration ganglionnaire
(involution adipeuse sans signes de malignité)
Radiothérapie + chimiothérapie adjuvante.
Evolution: spectaculaire après 6 mois.



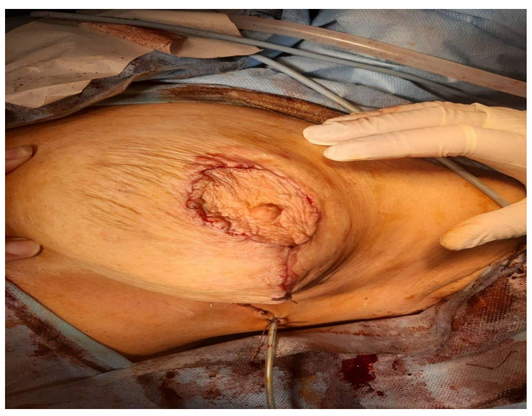


OBSERVATION 2

*Patiente B F 44 ans , G3 C3,sans antécédents particuliers hospitalisé dans notre service, pour PEC d'une tumeur du sein gauche, dont la découverte remonte à 1 mois grâce à l'autopalpation. *l'examen clinique:* retrouve une masse à l'union des deux quadrant supérieur du sein gauche de 2,5 cm de diamètre, mobile avec 2 adénopathies axillaires.
Mammographie et l 'échographie évoquant une tumeur maligne classé Birads 5.
Microbiopsie: carcinome non spécifique grade I SBR. RH; positifs. HER2; négatif. Ki 67 > 20 %
TDM thoraco-abdominopelvienne et scintigraphie ; absence de localisation secondaire.
Patiente classé T2 N1 M0
Conduite a tenir; quadrantectomie avec curage axillaire.
A l'anatomopathologie ; carcinome non spécifique grade I SBR. Les marges d' exérèse sont saines la BDR a 1 cm
RH; positifs. HER2; négatif. Ki 67 > 20 %, présence d'embole vasculaire, infiltration ganglionnaire
(3/16).
Radiothérapie adjuvante puis hormonothérapie.
Evolution: bonne après 6 mois

OBSERVATION 3

*Patiente O.F 89 ans , aux antécédents d'HTA , hypothyroïdie, arthrose cervicale, cholécystectomie , adressée à notre service, pour prise en charge d' une néoplasie du sein droit .
l'examen clinique: retrouve une masse a l'union des quadrant externe du sein droite de 1 cm de diamètre mobile au plan superficiel et profond , avec la palpation d'une grosse d'adénopathie axillaire homolatérale.
Échographie et mammographie :lésion nodulaire hypoechogène hétérogène de 11,x8,5mm avec un halo périphérique hétérogène hautement maligne classée Birads5 + une adénopathie axillaire droite de 32 mm
Microbiopsie: carcinome papillaire solide invasif de grade II SBR. RH:+8/RP: +8 /HER: -négatif/Ki 67 :25%
AE1/AE3: positif.
IRM mammaire : Birads 6 à droite et 2 à gauche.
Scintigraphie et TDM thoraco abdominopelvienne ; absence de localisation secondaire.
Patiente classé T1 N1 M0
Conduite a tenir; tumorectomie avec curage axillaire
A l'anatomopathologie : carcinome papillaire solide invasif de grade II SBR. Avec un carcinome papillaire solide in situ de bas grade associé Les marges d' exérèse s ainsi que la BDR sont saines, le curage a ramené 1N+R+/13 ganglions.
.Hormonothérapie.
Evolution: en cours , bonne après 2 mois.




OBSERVATION 4

*Patiente L S 48 ans , G4 P2A2, sans antécédents particuliers, qui consulte à notre service, pour mastodynies du sein droite .
l'examen clinique: retrouve une masse a l'union des quadrant externe du sein droite de 1,5 cm de diamètre mobile au plan superficiel et profond , pas d'adénopathies axillaires.
Échographie et mammographie masses mammaire hypoéchogènes aux contours irréguliers évoquant une tumeur maligne avec adénopathies axillaires.
Microbiopsie: carcinome non spécifique grade II SBR. RH; positifs. HER2; positif. Ki 67 < 14 %
Scintigraphie et TDM thoraco abdominopelvienne ; absence de localisation secondaire.
Patiente classé T1 N1 M0
Conduite a tenir; tumorectomie avec curage axillaire
A l'anatomopathologie : carcinome non spécifique grade II SBR. Les marges d' exérèse sont saines la BDR est à 3 cm
RH; positifs. HER2; positif. Ki 67 < 14 %, absence d'embole vasculaire, infiltration ganglionnaire(2/12) avec rupture capsulaire.
Radiothérapie adjuvante puis hormonothérapie.

Evolution: favorable après 6 mois

DISCUSSION

➢**L'âge :** Chez les patientes jeunes, le cancer du sein est souvent plus agressif et le risque de récidive locale est plus élevé, tandis que chez les femmes d'âge moyen le traitement conservateur à un stade précoce est le traitement de référence, pagailleur chez les femmes d âge avancé ce traitement peut être tenté en prenant en considération les comorbidités associées.
➢**La taille de la tumeur :** La taille de la tumeur est l'un des facteurs déterminants pour décider si un traitement conservateur est possible, on considère qu'une tumeur de plus de 5 cm (stade T3) est une indication préférentielle pour une mastectomie.
➢**Stade du diagnostic:** Le stade au moment du diagnostic est le facteur déterminant pour évaluer la faisabilité d'un traitement chirurgical conservateur. Plus le cancer est détecté tôt, plus les chances de préserver le sein sont élevées.
➢**L'envahissement ganglionnaire :** Il est généralement admis que un envahissement ganglionnaire n'interdit pas le traitement conservateur du sein.
Le type histologique : Les carcinomes canalaires sont les plus fréquents, comme dans notre cas.
➢**L' immunohistochimie:** Dans le cadre d'un traitement conservateur, l'IHC permet de s'assurer que le profil de la tumeur est compatible avec une stratégie locale moins agressive.
➢**Traitement adjuvant:** Dans le cadre d'un traitement conservateur, la radiothérapie n'est pas une option, elle est systématique, L'Hormonothérapie est proposée si l'immunohistochimie a révélé que la tumeur possède des récepteurs hormonaux (RE+ ou RP+), la Chimiothérapie Adjuvante n'est pas systématique. La décision dépend de l'agressivité de la tumeur.

CONCLUSION

Le traitement conservateur incarne le passage d'une chirurgie "mutilante" de nécessité à une chirurgie "conservatrice" de précision. C'est un équilibre optimal entre **efficacité carcinologique** et **qualité de vie**.
Le traitement conservateur n'est pas systématique. Il dépend du rapport taille de la tumeur/volume du sein, du type de cancer (multicentrique) et du choix de la patiente.

Bibliographies:
1) . *ESMO (European Society for Medical Oncology) : Loibl, S., André, F., Bachelot, T., et al. (2024). "Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up". Annals of Oncology, 35(2), 159-182.*
2) NCCN (National Comprehensive Cancer Network) : Gradishar, W. J., et al. (2024). "Breast Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology". Journal of the National Comprehensive Cancer Network
3) Essai FAST- Forward (Suivi 10 ans) : Brunt, A. M., Bliss, J. M., et al. (2025). "One- week breast cancer radiotherapy proven as safe and effective as standard three-week treatment: 10-year analysis of the FAST-Forward trial". The Lancet/ESTRO 2025. (Confirme la sécurité de la radiothérapie en 1 semaine).
4) Étude de Cohorte (Survie) : MDPI (2025). "Comparison of Survival Outcomes of Breast- Conserving Surgery Plus Radiotherapy with Mastectomy in Early Breast Cancer Patients: Less Is More?". Cancers, 17(4), 591. (Suggère un avantage de survie pour le traitement conservateur dans certains sous-types).
5) Qualité de Vie : ResearchGate (2023). "Aesthetic outcomes of breast-conserving surgery and oncoplastic surgery with the Quality of Life Questionnaire Breast Reconstruction Module-23". Annals of Surgical Treatment and Research, 104(5), 249.