46ES JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE
PALAIS DES CONGRÈS I BORDEAUX
DU 19 AU 21 NOVEMBRE 2025
Organisatrices
Monica Arnedos (Bordeaux)
Christine Tunon de Lara (Bordeaux)
Prise en charge et traitement personnalisés : (R)Évolutions récentes
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

C01 : Comment je fais... une mastectomie partielle associée à l'analyse du ganglion sentinelle axillaire sous anesthésie locale

Titre

Français : Comment je fais... une mastectomie partielle associée à l'analyse du ganglion sentinelle axillaire sous anesthésie locale
Anglais : How I do... a partial mastectomy associated with analysis of the axillary sentinel lymph node under local anesthesia

Auteurs

P BEDAT (1), R FERRER (1), Y MAISONNETTE-ESCOT (1), F BERTHIER (2)
(1) Gynécologie-obstétrique, CHU BESANCON, 3 Bd Alexandre Fleming, 25000, BESANCON, FRANCE
(2) Anesthésie-réanimation, CHU BESANCON, 3 Bd Alexandre Fleming, 25000, BESANCON, FRANCE

Responsable de la présentation

Nom : BEDAT
Prénom : Pierre
Adresse professionnelle : 3 Bd Alexandre Fleming
Code postal : 25000
Ville : BESANCON
Pays : FRANCE
Newsletter : 1
Inscription PJS : 1

Mots clés

Français : Cancer du seinChirurgie mammaireAnesthésie localeGanglion sentinelle
Anglais : Breast cancerBreast surgeryLocal anesthesiaSentinel lymph node

Spécialité

Principale : Gynécologie

Texte

Introduction :
La chirurgie conservatrice dans le cancer du sein est la référence pour de nombreuses prises en charge chirurgicales dans le cancer du sein. Elle comprend la mastectomie partielle associée à l'analyse du ganglion sentinelle (GS) selon les cas. La chirurgie est souvent le premier traitement du cancer du sein avant les traitements par radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie. C'est un geste courant au bloc opératoire de gynécologie. Il est réalisé classiquement sous anesthésie générale. Devant l'essor de la chirurgie sous anesthésie locale (AL) dans tous les domaines chirurgicaux, nous nous sommes intéressés à la réalisation de la chirurgie conservatrice sous anesthésie locale. Trois études ont conclu à la faisabilité et à l'efficacité de la technique opératoire sous AL. Néanmoins une sédation était systématiquement associée à l'AL dans ces trois études limitant de facto les possibles bénéfices. Il nous semblait légitime de permettre aux patientes de choisir leur type d'anesthésie et dans mesurer l'impact. C'est pourquoi dans le service de chirurgie gynécologique du CHU de Besançon, nous avons débuter une étude de faisabilité sur la réalisation de la chirurgie conservatrice dans sa totalité sous AL exclusive. Nous présentons ici, notre protocole de chirurgie conservatrice sous AL exclusive.

Description de la procédure :
La chirurgie conservatrice sous AL est proposée à toutes les patientes qui le souhaitent à l'exclusion des cas suivants : obésité sévère et morbide, contre-indication aux anesthésiques locaux, tumeur considérée comme non résécable sous AL, tumeur bifocale, geste d'oncoplastie associé, geste opératoire controlatéral. Pour permettre une intervention de l'équipe d'anesthésie en cas d'échec de la technique, et éviter une perte de chance aux patientes, une consultation pré anesthésie est à ce jour encore réalisée. La patiente est prise en charge en chirurgie ambulatoire, après avoir bénéficié la veille de l'intervention d'une injection d'un radio-isotope afin de permettre la détection du GS. Pour les zonectomies, l'équipe de radiologie repère en plus la tumeur, soit à l'aide d'un harpon fixé au pourtour de la tumeur, soit par une croix sur la peau.Dans le service de chirurgie ambulatoire, une analgésie préemptive par 1000 mg de paracétamol et 100 mg de kétoprofène per os 1 heure avant l'injection est réalisée. Un patch de lidocaïne dans le creux axillaire et en regard du repérage est également mis en place. Afin de ne pas s'exposer à un risque de toxicité des AL par cumul de dose, et dans ce cadre de chirurgie peu délabrante de la paroi thoracique, aucune anesthésie locorégionale complémentaire n'est réalisée.

Anesthésie locale et chirurgie :

Ici est exposé la mise en place de l'anesthésie locale et la réalisation de la chirurgie ainsi que la surveillance post opératoire.

Conclusion :
Nos résultats sont encourageants, les marges chirurgicales observées et la détection du GS sont comparables à celles observées suite aux interventions sous anesthésie générale. La réalisation de la chirurgie conservatrice dans sa totalité sous anesthésie locale exclusive nous semble une option thérapeutique importante à proposer aux patientes qui le souhaitent. Simple à mettre en œuvre, elle permet une économie de temps et de ressources. Plus important, elle s'intègre parfaitement aux concepts de désescalade thérapeutique, de Récupération Rapide Après Chirurgie et de médecine personnalisée.