



UNG THƯ VÚ

Kỹ thuật và chiến lược điều trị

Giáo sư Olivier GRAESSLIN

Giáo sư Charles COUTANT



Tiến triển của tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh trong 10 năm gần đây (phụ nữ)

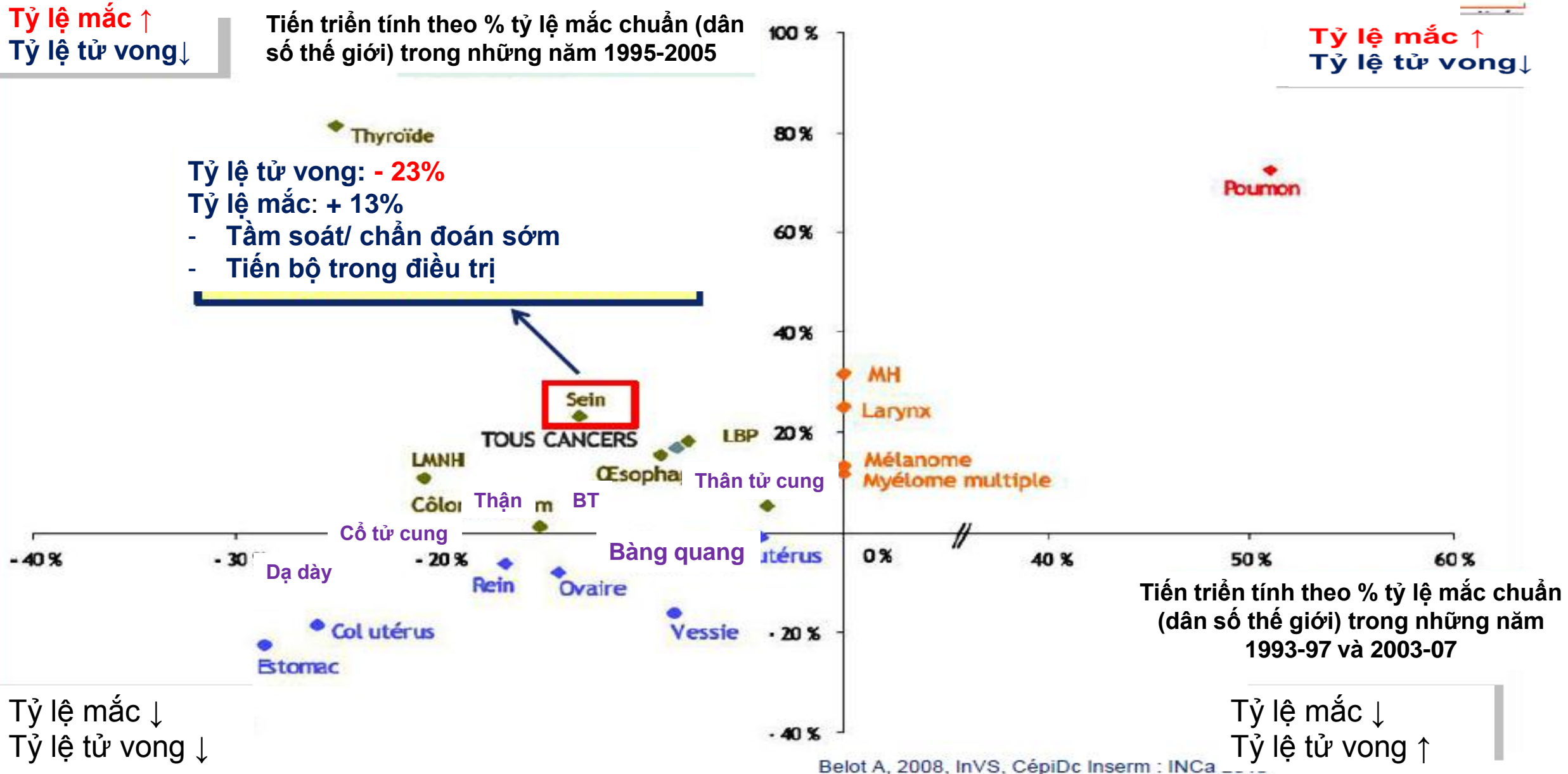
Tỷ lệ mắc ↑
Tỷ lệ tử vong ↓

Tiến triển tính theo % tỷ lệ mắc chuẩn (dân số thế giới) trong những năm 1995-2005

Tỷ lệ tử vong: - 23%

Tỷ lệ mắc: + 13%

- Tầm soát/ chẩn đoán sớm
- Tiến bộ trong điều trị



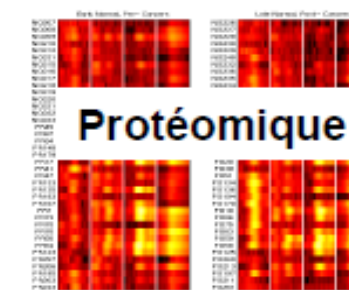
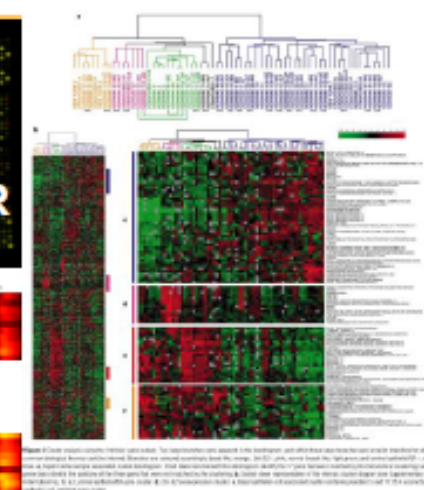
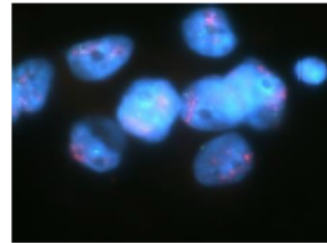
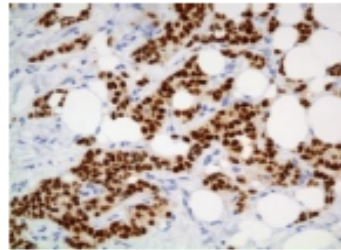
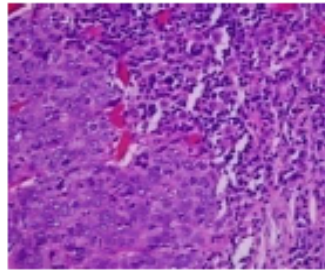
Tỷ lệ mắc ↑
Tỷ lệ tử vong ↓

Tiến triển tính theo % tỷ lệ mắc chuẩn (dân số thế giới) trong những năm 1993-97 và 2003-07

Tỷ lệ mắc ↓
Tỷ lệ tử vong ↑

Chiến lược chẩn đoán

Chẩn đoán mô bệnh học



XIX siècle
Histologie

1980
ER ELISA

1990s
ER IHC

2001
HER-2, FISH

Ung thư vú = bệnh đơn độc
CCI, CLI, SBR

Ung thư vú = bệnh đơn độc
ER- dương tính/ER âm tính
HER2-dương tính/HER2 âm tính

Xếp loại phân tử
5 loại ung thư vú

- Luminal A
- Luminal B (HER2 âm tính)
- Luminal B (HER2 dương tính)
- HER2- dương tính không luminal
- Basal (= thể bộ ba âm tính)

Thế kỷ XIX
Mô bệnh học

Điều trị

Cắt bỏ khối u:

- **Phẫu thuật vú**
 - Điều trị bảo tồn = cắt thùy
 - Điều trị tận gốc = cắt vú ± tái tạo
- **Phẫu thuật bóc hạch bạch huyết vùng hố nách**
 - Nạo vét hạch nách
 - Hạch bạch huyết bảo vệ

Tránh tái phát = Phương pháp bổ trợ

- ▶ Trong vú hoặc ở thành vú
 - **Xạ trị**
- ▶ Tránh di căn
 - **Hóa trị**
 - **Liệu pháp hoormon**
 - **Điều trị đích**

Vai trò của bác sĩ phẫu thuật ung thư

Phẫu thuật = **Bước đầu tiên** của đại đa số các trường hợp và các trung tâm



- Chẩn đoán dương tính và kiểm tra
- Chiến lược điều trị
- Đưa vào thử nghiệm? +++

- Điều trị bằng phẫu thuật trước
- Bảo tồn → tạo hình thẩm mỹ?
- Tận gốc → RMI
- Can thiệp vùng nách: hạch bảo vệ hoặc nạo vét hạch nách
- Đặt CIP?

- → Điều trị bổ trợ
- Hóa trị +/- kháng HER2
- Liệu pháp hormon +/- CDK4/6

Thông tin cho bệnh nhân +++



PHẪU THUẬT VÚ

Điều trị tại chỗ = phẫu thuật vú

Điều trị bảo tồn

→ → Khối u sờ thấy

→ Khối u không sờ thấy

- Nhân

- Vôôi hóa nhỏ

+/- đặt clip khi làm sinh thiết kim lớn

Cắt thùy

Đánh dấu trước mổ bằng móc nhỏ

→ Dưới siêu âm

→ Dưới định vị

iopsie



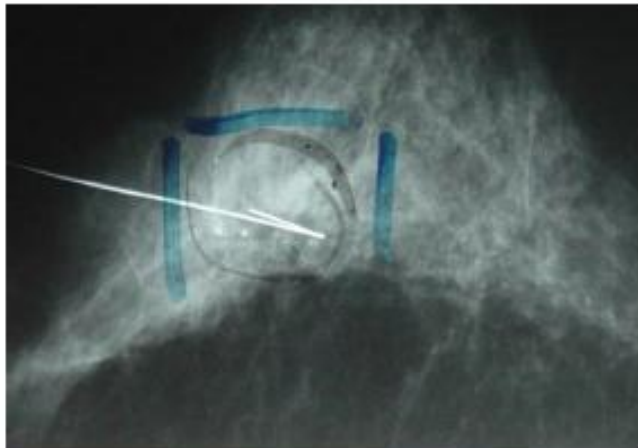
Cắt thùy trung tâm/móc

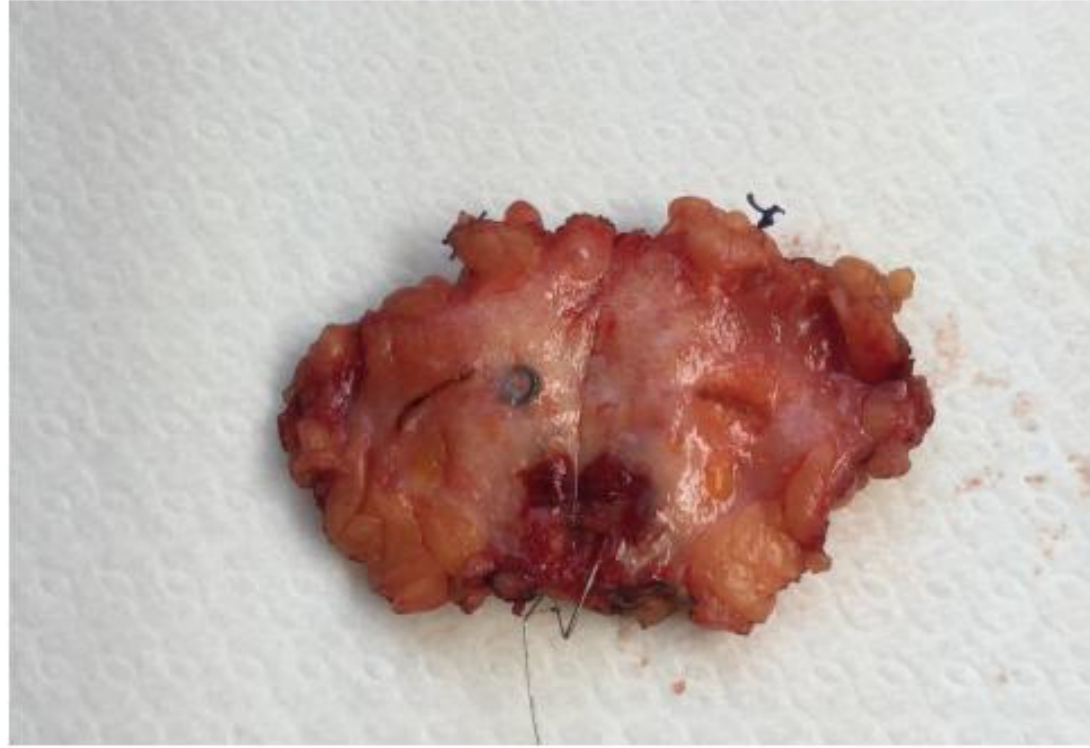
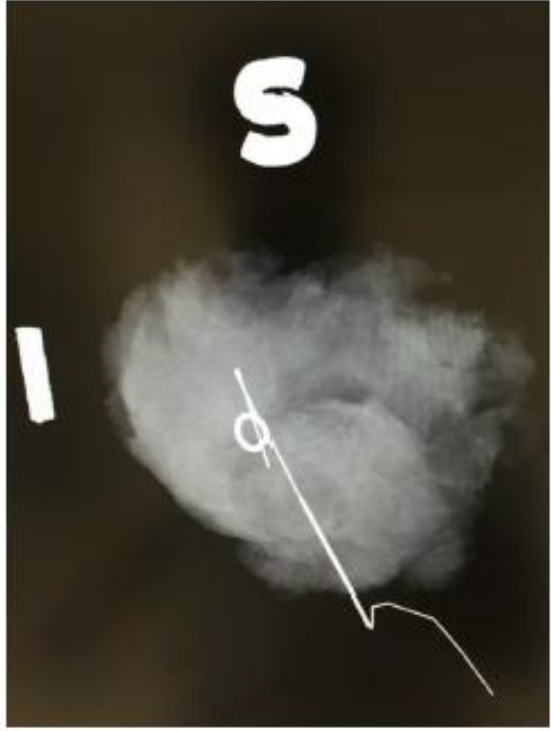
Chụp lại mảnh phẫu thuật
(clip, các vôôi hóa nhỏ, điểm móc, nhân)

Chiến lược điều trị - điều trị bằng phẫu thuật

Phẫu thuật vú

- ❖ • **Điều trị bảo tồn: cắt thùy**
 - Đánh dấu trước mổ nếu không sờ thấy u





Chiến lược điều trị - điều trị bằng phẫu thuật

Phẫu thuật vú

❖ * Điều trị tận gốc: cắt vú



Chiến lược điều trị - điều trị bằng phẫu thuật

Phẫu thuật vú

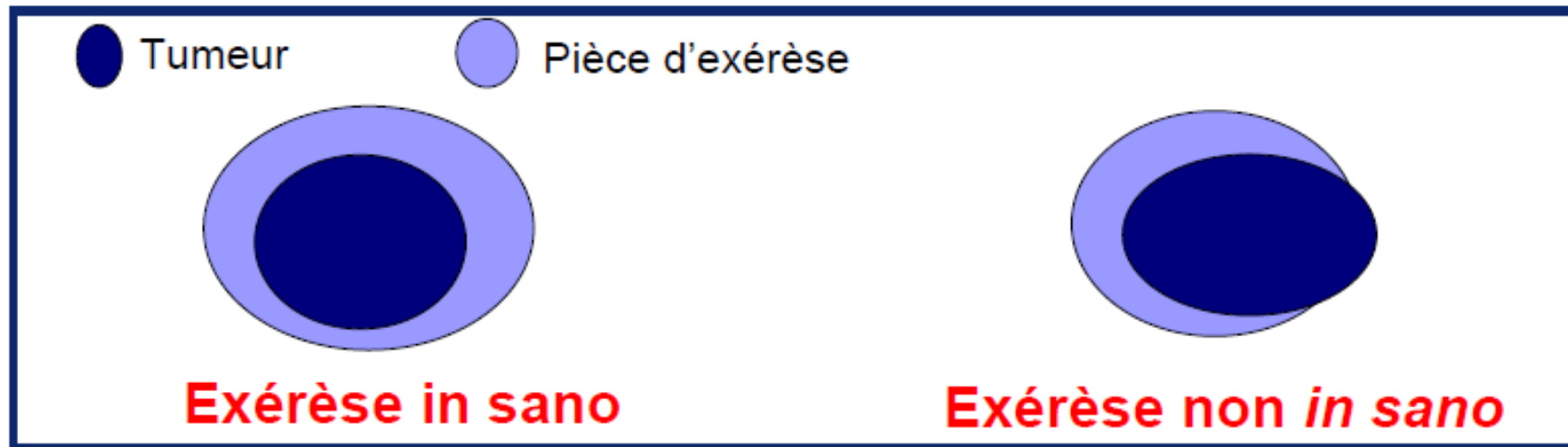
❖ * Điều trị tận gốc: cắt vú



Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Điều trị bảo tồn hoặc tận gốc

- **Điều trị bảo tồn nếu**
 - Khối u **đơn độc = một ổ** (hoặc nhiều ổ ở gần)
 - **Tỷ lệ thể tích khối u/ thể tích vú**
 - **Cắt khối ung thư biểu mô với kết quả thẩm mỹ chính xác**
 - Không chống chỉ **định xạ trị bổ trợ**



Thâm nhiễm: Cắt khối ung thư biểu mô trong vùng lành
Tại chỗ: Bờ $\geq 2\text{mm}$

Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Điều trị bảo tồn hoặc tận gốc

* Điều trị tận gốc nếu

- Nhiều khối u = khối u đa ổ
- Khối u có thể tích lớn không cho phép điều trị bảo tồn
- Ung thư biểu mô tại chỗ lan tỏa
- Tái phát thâm nhiễm hoặc tại chỗ
 - Bởi không thể tái xạ trị
- Trong trường hợp chống chỉ định xạ trị
- **Lựa chọn của bệnh nhân +++**

Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Điều trị bảo tồn hoặc tận gốc



CCI 50mm góc phần tư trên ngoài
HER2 dương tính RH âm tính

Đề nghị
Ý kiến thứ 2
“ và bây giờ, chúng ta làm gì?”

→ Tỷ lệ thể tích khối u/ thể tích vú

→ **Cắt bỏ khối ung thư biểu mô với kết quả thẩm mỹ chính xác**

Các phương pháp thay thế

→

Điều trị bổ trợ
Tạo hình vú

→

Vai trò của bác sĩ phẫu thuật ung thư

❖ * Phản xạ giữa

- Cắt vú
- Tạo hình thẩm mỹ
- Hóa trị bổ trợ
- Liệu pháp hoormon bổ trợ

Phải phụ thuộc vào hình dạng phân tử của khối u

Bác sĩ phẫu thuật ung thư là người chủ chốt = quyết định và cho chỉ định



Tầm nhìn giải phẫu → tầm nhìn phân tử, sinh hóa, bộ gene

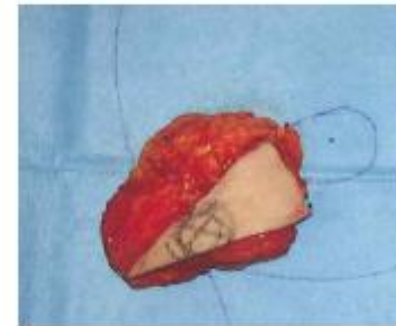
Thông qua y học nghiên cứu các cơ quan tới y học phân tử và di truyền → y học cá thể hóa

Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Bảo tồn vú- tạo hình thẩm mỹ

* **Phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư biểu mô kèm các kỹ thuật phẫu thuật thẩm mỹ (thu gọn, chữa vú chảy sệ)**

- Cho phép cắt rộng, hạn chế các nguy cơ do di chứng điều trị bảo tồn
 - Cắt bỏ tuyến vú, sẹo, kéo dài thời gian phẫu thuật.
 - Bất cân xứng → tạo đối xứng đối bên (phẫu thuật nhiều lần)



Có tính hợp lý nào đối với các khối u có khả năng pCR tăng???

Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Bảo tồn vú- tạo hình thẩm mỹ



Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Bảo tồn vú- tạo hình thẩm mỹ



Film oncoplastie

Chiến lược điều trị- điều trị bằng phẫu thuật

Hóa trị bổ trợ

* Chỉ định bắt buộc

- Ung thư thể viêm (Td4) +++

* Chỉ định với mục đích bảo tồn vú

- Cải thiện các lựa chọn phẫu thuật → ↓ di chứng
- Ví dụ: xâm lấn mức độ nhiều vùng nách, khối u rất lớn, tổn thương cơ

* Phân tích sự đáp ứng của khối u trong cơ thể

- Thông báo về đáp ứng điều trị (sinh hóa của khối u).
 - các yếu tố tiên lượng đáp ứng
 - đánh giá tiên lượng của ung thư
- Giảm nguy cơ tái phát và tử vong – cải thiện việc kéo dài sự sống
- Đánh giá các phương pháp điều trị mới trong giai đoạn thử nghiệm nhanh chóng hơn.

Hóa trị bổ trợ

Chỉ định với mục đích bảo tồn vú

- Tỷ lệ khối u/ vú \neq điều trị bảo tồn thuận lợi
- **Mục đích của điều trị là làm giảm thậm chí biến mất khối u**
 - Cho phép điều trị bảo tồn trong điều kiện tốt
 - Giảm các di chứng về mặt thể chất và thẩm mỹ

→ Mục đích: tránh:



Di chứng về thẩm mỹ



Tạo hình thẩm mỹ: tính hợp lý nào nếu khả năng pCR tăng???

Sự nhạy cảm với hóa trị khác nhau tùy thuộc vào loại khối u

* Đáp ứng mô học hoàn toàn (pCR):

→ tiêu chuẩn vàng để đánh giá sự nhạy cảm với hóa trị

→ định nghĩa pCR

→ **ypT0ypN0**: không có khối u thâm nhiễm và tồn dư tại chỗ vị trí trong vú và các hạch

→ **ypT0/is ypN0**: không có khối u thâm nhiễm tồn dư vị trí trong vú và các hạch (nhưng có khối tại chỗ)

Các yếu tố tiên lượng

- Kích thước khối u
- Độ
- Loại mô bệnh học
- Độ mô bệnh học
- Tỷ lệ phân bào có tư
- Thâm nhiễm bạch huyết
- Thụ thể với oestrogene
- Thụ thể với progesterone
- Tình trạng HER2

pCR tốt hơn

- nhỏ
- cao
- thể ống
- mức độ lớn
- mạnh
- cao
- âm tính
- âm tính
- dương tính

Các giai đoạn quan trọng

Trước khi hóa trị bổ trợ

- Bác sĩ phẫu thuật quyết định và cho chỉ định
- Ưu tiên +++
 - Khối u một ổ hoặc đa ổ ở gần
 - Có thể điều trị bảo tồn (có thể xạ trị)
 - Đánh giá vùng nách: siêu âm vùng nách và sinh thiết nếu hạch nghi ngờ
 - Chụp cộng hưởng từ (kích thước)
 - Yêu cầu bác sĩ chẩn đoán hình ảnh đặt clip vào khối u
 - Kiểm tra xâm lấn
 - Đặt buồng tiêm cấy dưới da
- Hợp thức hóa quyết định khi hội chẩn nhiều khoa
- Khám với bác sĩ ung thư và lúc bắt đầu hóa trị

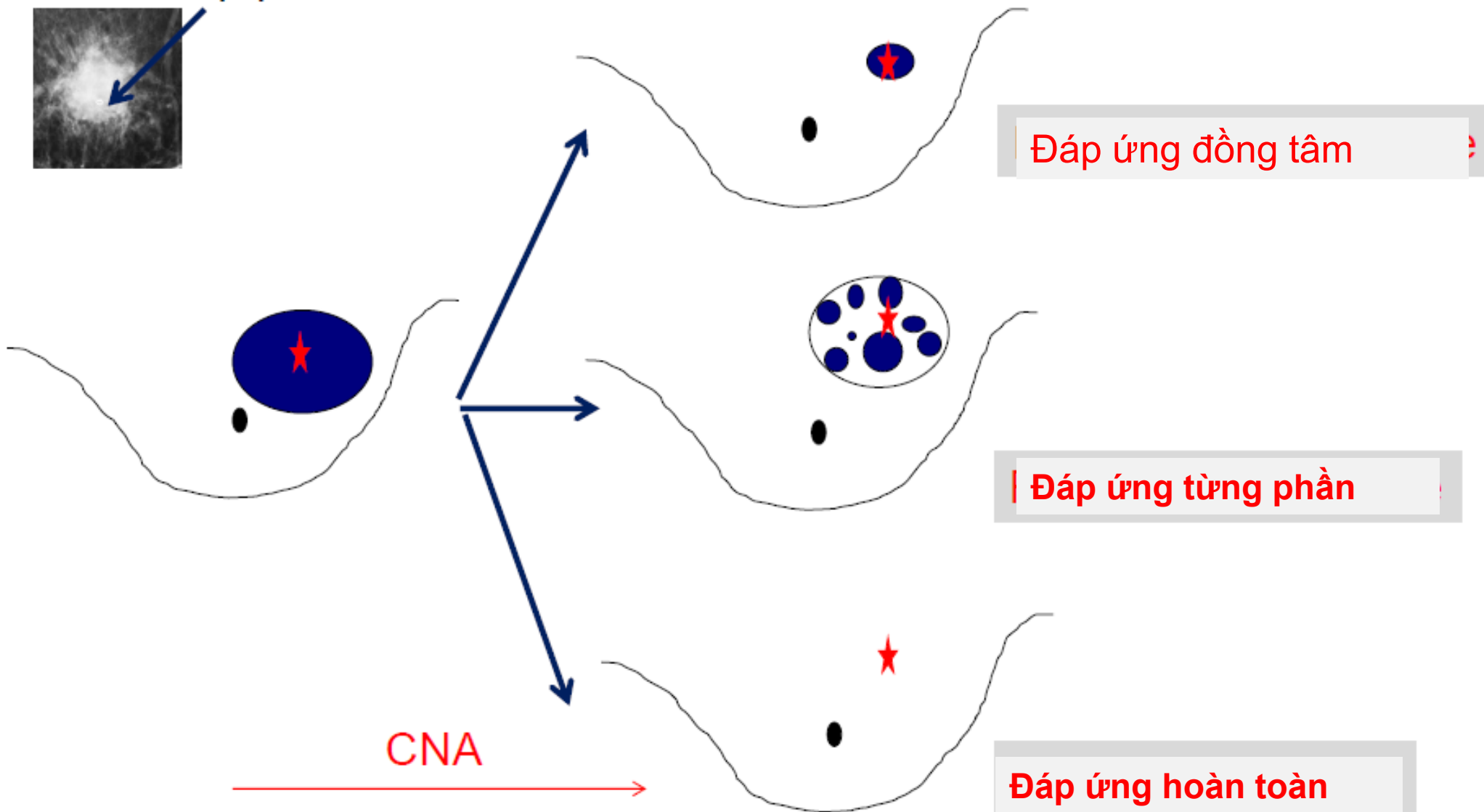
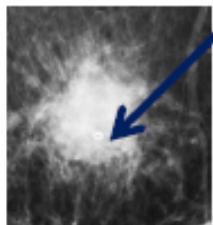
Các giai đoạn quan trọng

Trong khi hóa trị bổ trợ

- Khám với bác sĩ phẫu thuật trước chu kỳ kinh cuối cùng của CNA
- Đánh giá đáp ứng về mặt lâm sàng và trên phim chụp
 - Siêu âm vú + chụp cộng hưởng từ vú
 - Kích thước của khối u còn lại
 - Loại đáp ứng
 - Đáp ứng hoàn toàn
 - Đáp ứng đồng tâm
 - Đáp ứng từng phần
- Quyết định các phương thức phẫu thuật và tổ chức phẫu thuật
 - Điều trị bảo tồn (đánh dấu trước mổ) hoặc cắt vú
 - Phẫu thuật diễn ra 3 tuần sau chu kỳ kinh cuối cùng của CNA

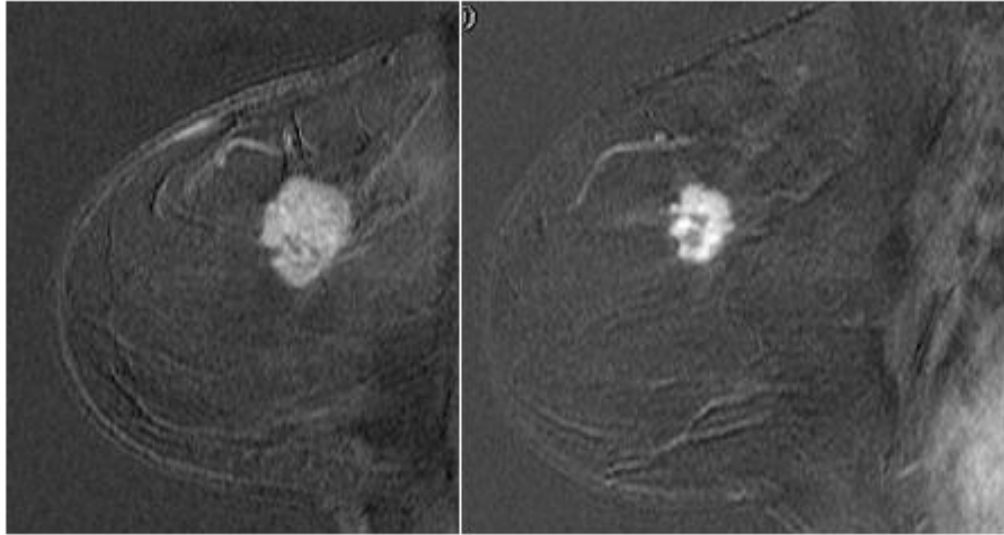
Các dạng đáp ứng khác nhau sau CNA

★ • = clip đặt trong khối u



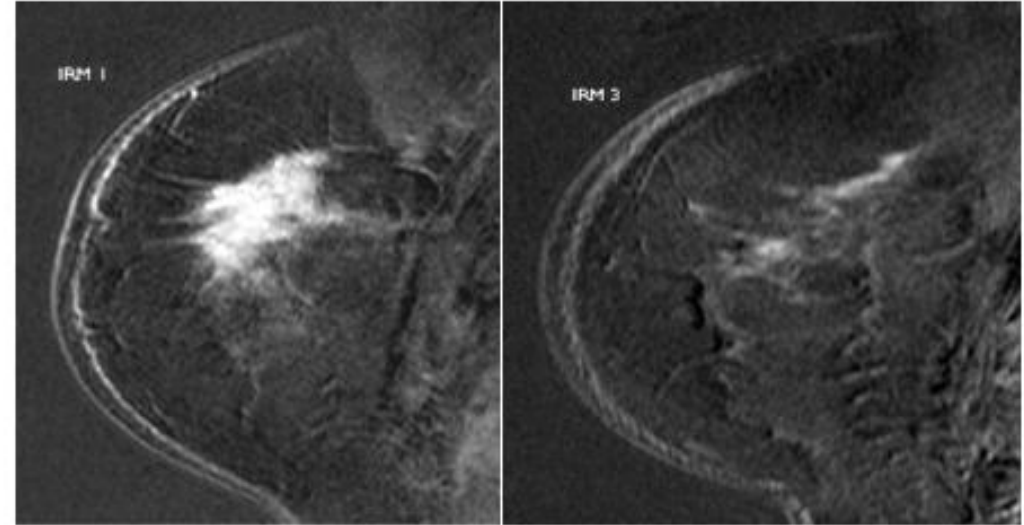
Chiến lược chẩn đoán

Chụp cộng hưởng từ vú: đáp ứng sau hóa trị bổ trợ



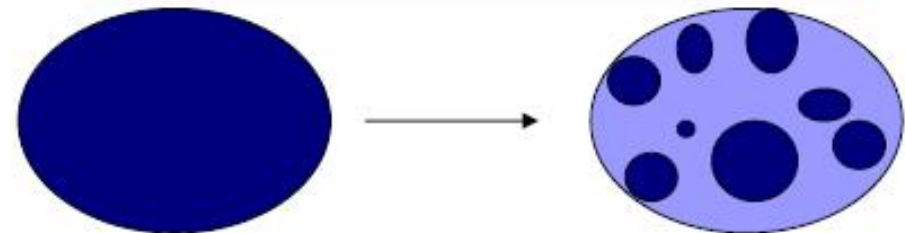
Đồng tâm của khối u

**Phẫu thuật bảo tồn
dự kiến**



Phân đoạn(cắt nhỏ) khối u

**Phẫu thuật không bảo
tồn**



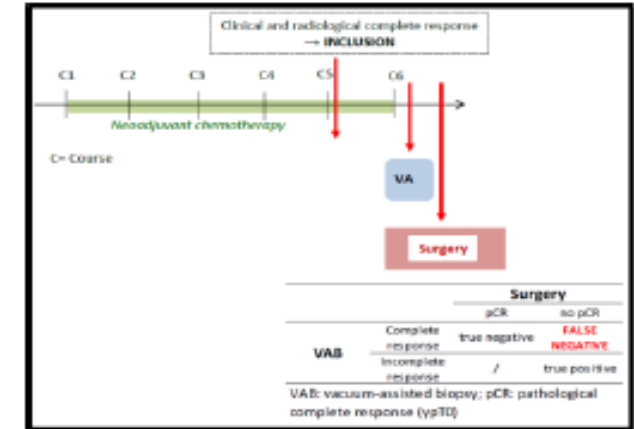
Không thực hiện phẫu thuật

Trong trường hợp pCR sau điều trị bổ trợ

- Có tồn tại một bộ phận dân số có thể không cần phải phẫu thuật trong trường hợp đáp ứng hoàn toàn sau điều trị bổ trợ hay không?

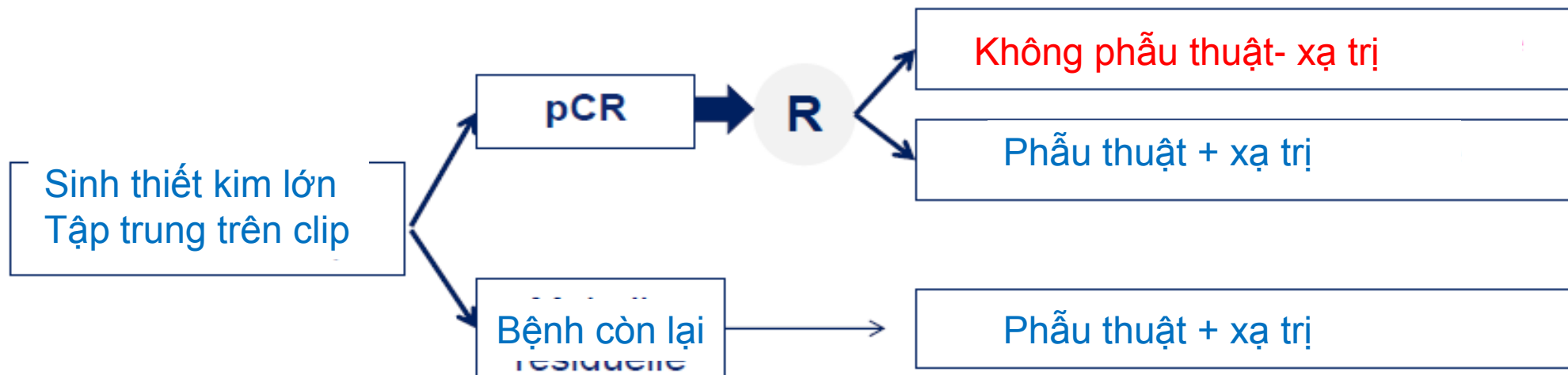
1) Thử NeoVAB (C Coutant, LI acceptée)

NeoVAB: Nghiên cứu tiềm năng tiên phong đa trung tâm đánh giá độ tin cậy của sinh thiết kim lớn đối với chẩn đoán đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn trên những bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng và trên phim chụp sau khi hóa trị



2) Pha III

- CNA → đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng và trên phim chụp (cộng hưởng từ)



Phần thuật vùng nách (phân loại hạch)

Tình trạng hạch

Yếu tố tiên lượng quan trọng

- tồn tại tỉ lệ nghịch với số N +
- tiêu chí quyết định điều trị hỗ trợ
 - ví dụ: xạ trị vùng thượng đòn nếu \geq PN1.

Các hạch	Sống trên 5 năm
Các hạch âm tính	82,8%
1-3 hạch thâm nhiễm	73%
4-12 hạch thâm nhiễm	45,7%
➤ 13 hạch thâm nhiễm	28,4%

isher, Cancer 1983; 52: 1551-1557

Tình trạng hạch

Lợi ích điều trị gây nhiều tranh cãi

- Về mặt lý thuyết, cho phép kiểm soát ung thư tại chỗ (giảm nguy cơ tái phát vùng nách)
- Vai trò về sự sống sót tổng thể chưa được chứng minh
- Kiểm soát tại chỗ (vùng nách) trước tiên phụ thuộc vào các phương pháp điều trị bổ trợ: xạ trị điều trị định kỳ
- **Tái phát vùng nách hiếm gặp**
 - **Sau nạo vét hạch nách: 1 - 3%** (Fisher 1984 Dewar 1987 Recht 1991 Louis Sylvestre 2004)
 - **Sau hạch bảo vệ âm tính: 0,4% - 0,7%** (Veronesi 2003 Krag 2007 Galimberti 2011)
 - **Sau hạch bảo vệ dương tính không nạo vét hạch nách: 0,9%** (Giuliano 2011 Galimberti 2011)

Nạo vét hạch nách

❖ **Cắt bỏ các hạch và tầng dưới và phương pháp Berg.**

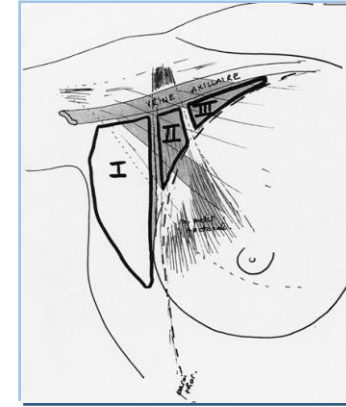
❖ **Các biến chứng:**

– Về ngắn hạn:

- **Tích lũy bạch huyết** → chọc hút
- nhiễm trùng sau mổ
- đau

– Dài hạn:

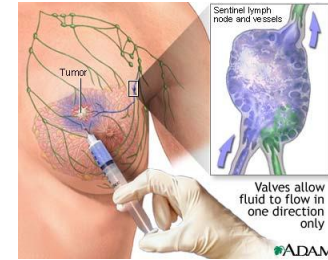
- **phù hạch bạch huyết** và các di chứng về mất chức năng (15%)
- **Gây khó chịu trong cuộc sống hàng ngày** (35%)
- **rối loạn cảm giác và vận động** (25%)
- **tê, rối loạn cảm giác vùng nách** (15%).
- Viêm mao mạch co thắt, viêm quanh khớp ổ chảo-cánh tay.



Hạch bảo vệ

❖ Khái niệm

- Role hạch đầu tiên dẫn lưu vú
- trung bình 2.3 hạch bảo vệ mỗi bệnh nhân
- Cabanas (1977): xác định hạch bảo vệ trong ung thư dương vật.
- Guiliano et al. (1990): xác định các hạch bảo vệ trong ung thư vú



❖ Xác định:

- phương pháp đo màu: màu xanh nước biển
- biến chứng: dị ứng, sốc phản vệ
- phương pháp đồng vị: Tc 99m
- → Sử dụng cả hai phương pháp
- Vị trí tiêm: đường quanh quầng vú



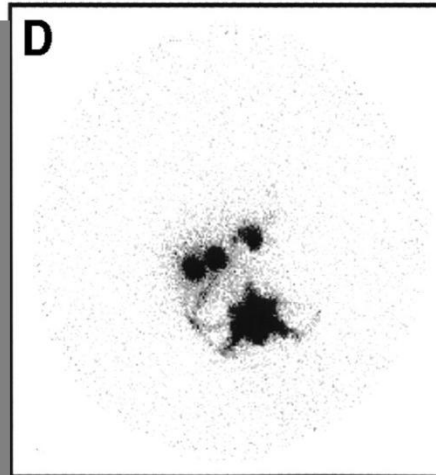
❖ 2 lợi ích chính

- **Giảm tỷ lệ tử vong** khi nạo vét hạch
- Cho phép **phân độ**



Trình tự phẫu thuật

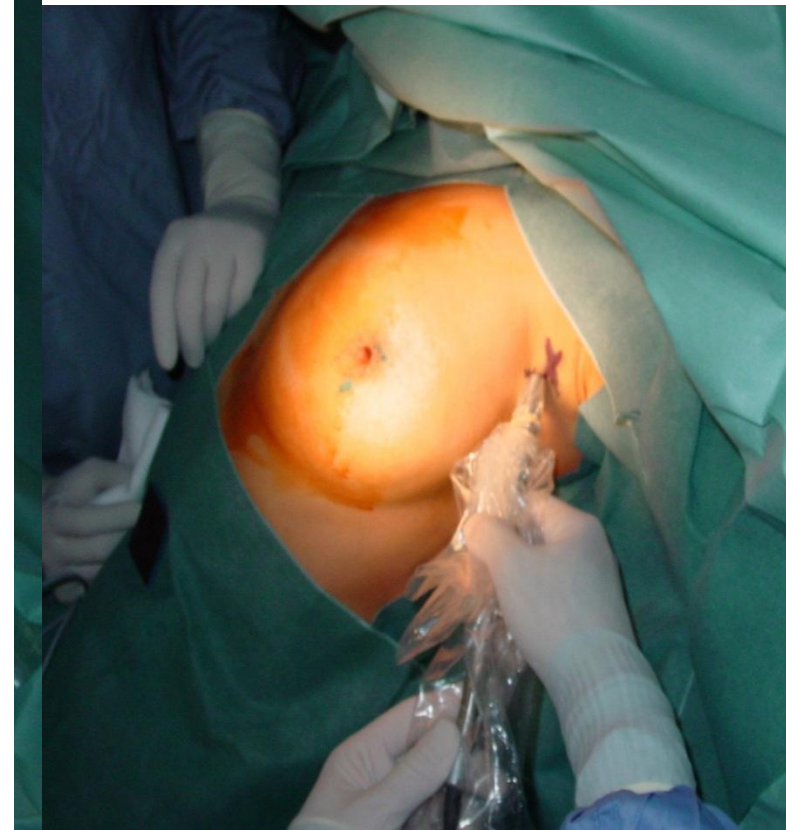
- ❖ Chụp xạ hình hạch bạch huyết trước mổ:
 - Số lượng và vị trí các hạch bảo vệ



Trình tự phẫu thuật

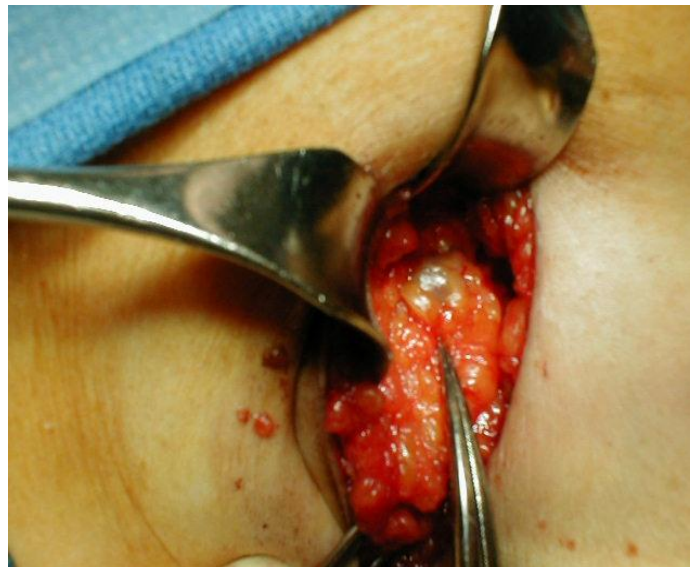
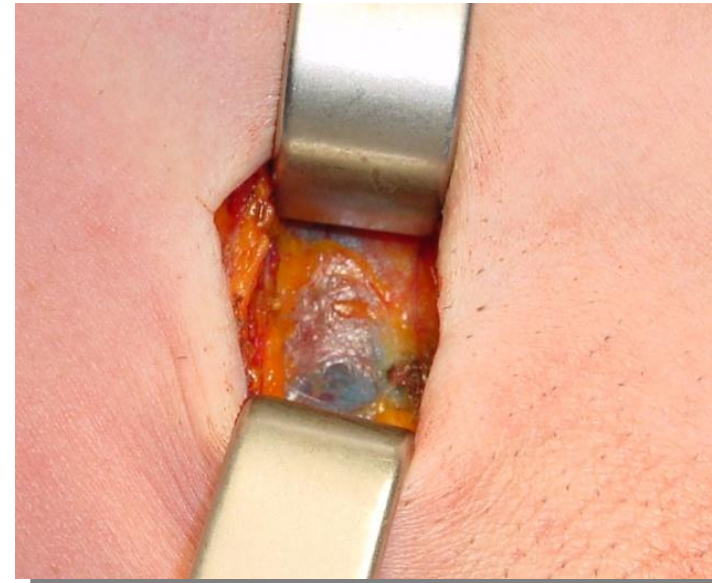


Tiêm xanh Methylen

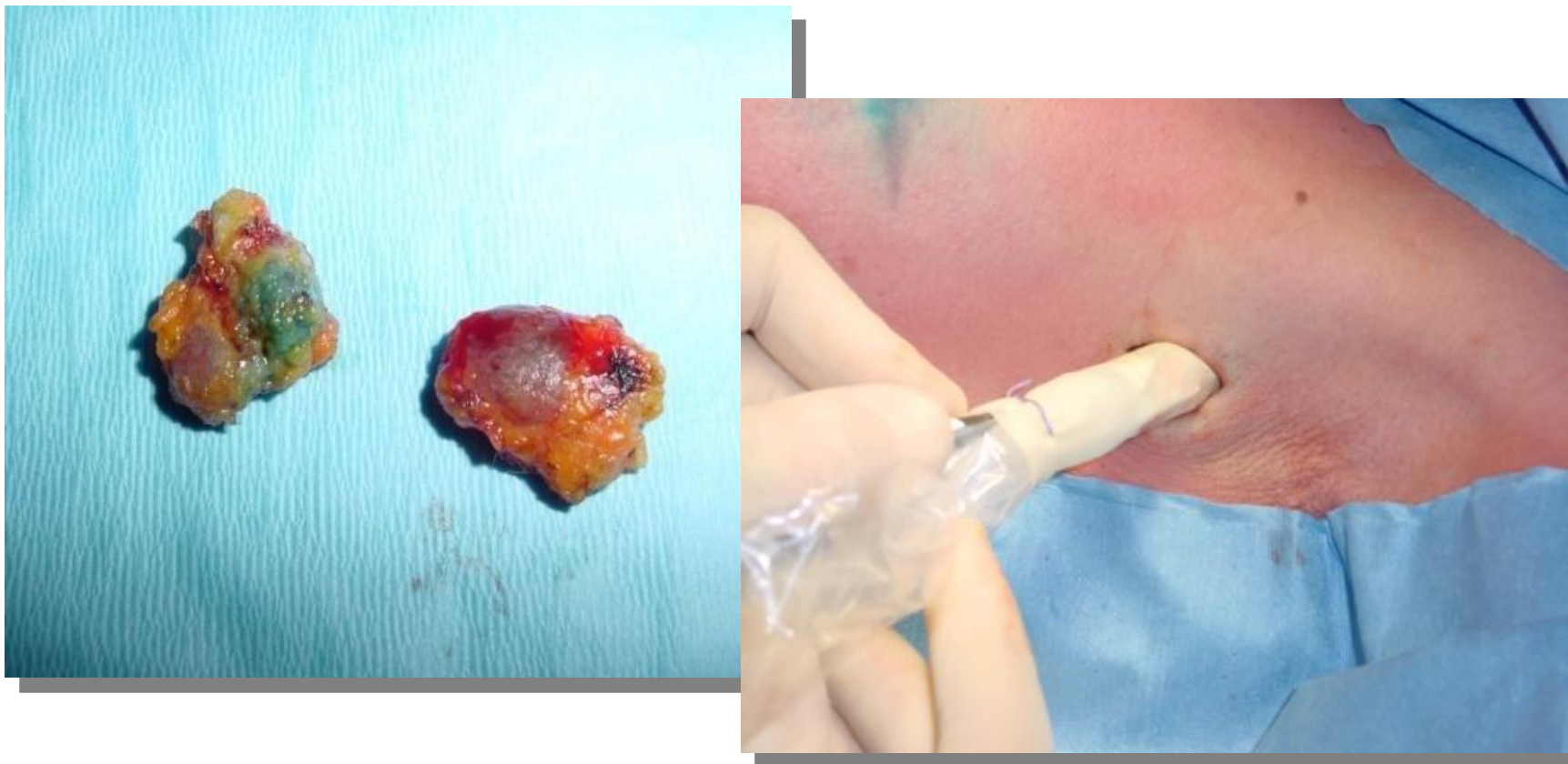


Đánh dấu/đặt sonde

Trình tự phẫu thuật



Trình tự phẫu thuật



- 1- Kiểm tra hoạt động đồng vị còn lại hay không
- 2- Sờ hạch nách:
→ Cắt bỏ hạch sờ thấy = Hạch **không**
- 3- Tiêu chuẩn của báo cáo phẫu thuật +++

Hợp thức hóa khái niệm: những thử thách lớn

Nord-Américains

NSABP B32

	ALND vs. no ALND after negative SLNB
Endpoints	Overall survival, Disease-free survival, Local regional control, Morbidity
Eligible pts	T1-3, N0
Start	3/1999
Close	2/2004
No. of pts	5,611

ACOSOG Z0010

	No ALND after negative SLNB
Endpoints	Micrometastasis in SLN and bone marrow, Local regional control
Eligible pts	BCS, T1-2, N0
Start	4/1999
Close	5/2003
No. of pts	5,539

ACOSOG Z0011

	ALND vs. no ALND after positive SLNB
Endpoints	Overall survival, Disease-free survival, Local regional control, Morbidity
Eligible pts	BCS, T1-2, N0, and 1 or 2 positive SLNs
Start	5/1999
Close	12/2004
No. of pts	891

Européens

ALMANAC

	ALND vs. SLNB
Endpoints	Arm morbidity, QOL, Resource cost, Local regional control
Eligible pts	T1-3, N0
Start	11/1999
Close	10/2003
No. of pts	1,031

AMAROS

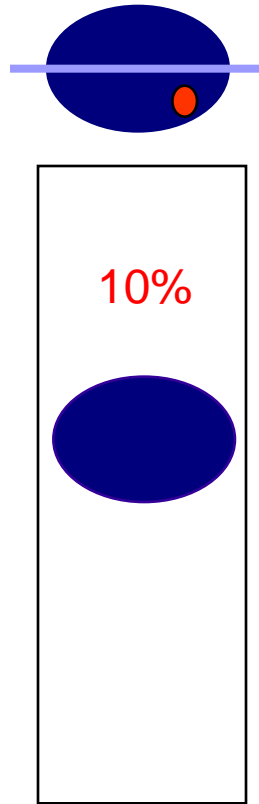
	1) ALND vs. RT after positive SLNB 2) No ALND after negative SLNB
Endpoints	Local regional control, Morbidity
Eligible pts	0.5-3.0 cm, N0
Start	2/2001
Close	Ongoing
No. of pts	2,868 (3,485 planned)

IBCSG 23-01

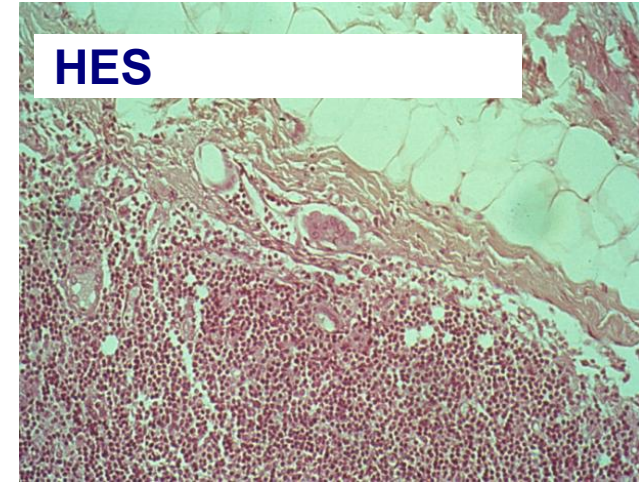
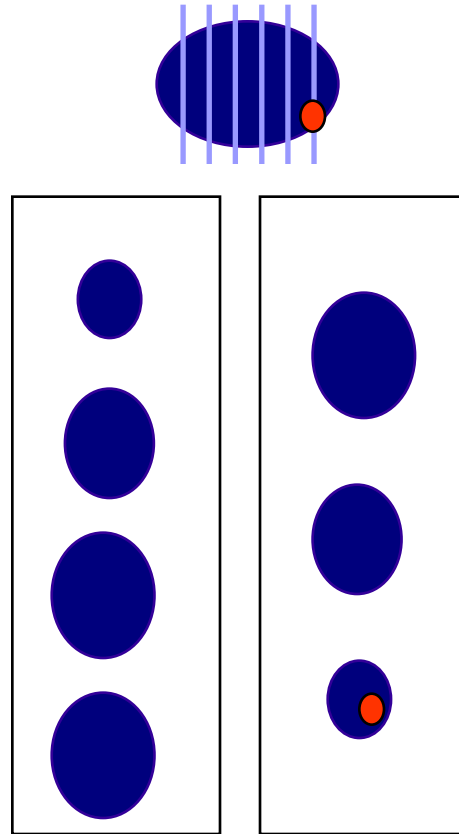
	ALND vs. no ALND after SLN micrometastasis (≤ 2 mm)
Endpoints	Disease-free survival
Eligible pts	T1-2, N0
Start	12/2001
Close	Ongoing
No. of pts	1,960 (Planned)

Lợi ích- Phân độ

phân tích mô bệnh học tiêu chuẩn



Phân loại các lớp cắt



→ Không thể làm phân tích rộng này đối với tất cả các hạch bạch huyết vùng nách (~ 13 hạch nách trong phương pháp nạo vét hạch nách kinh điển)

Lợi ích- Phân độ

❖ Khái niệm mô bệnh học

- Di căn lớn > 2 mm
- Di căn nhỏ [0,2 – 2 mm]
- Các tế bào đơn độc < 0,2 mm

❖ « Càng tìm, càng thấy »

- Các lát cắt liên tiếp: 10-33% de N+ supplémentaires
- Hóa mô miễn dịch : 10-15% de N+ supplémentaires

❖ giá trị tiên lượng của phân độ

- Hóa trị (N +)
- “Những N - thật” (pN0i-) tồn tại quá 5%nốt thông thường trừ những nốt có kích thước quá nhỏ.

❖ Việc cải thiện “sự dàn dưng” này có thể bù trừ hoặc vượt mất cơ hội có liên quan đến nguy cơ âm tính giả.

Phân loại mới đối với khối u dựa trên kiểm tra mô bệnh học của mẫu bệnh phẩm được phẫu thuật cắt bỏ.

Ultrastadification

- **pN0(i+)/không di căn hạch (i+)**
 - xâm lấn < 0,2 mm.
- **pN1mic/Hạch xâm lấn, di căn nhỏ**
 - Présence de micrométastases.

Pas d'ultrastadification

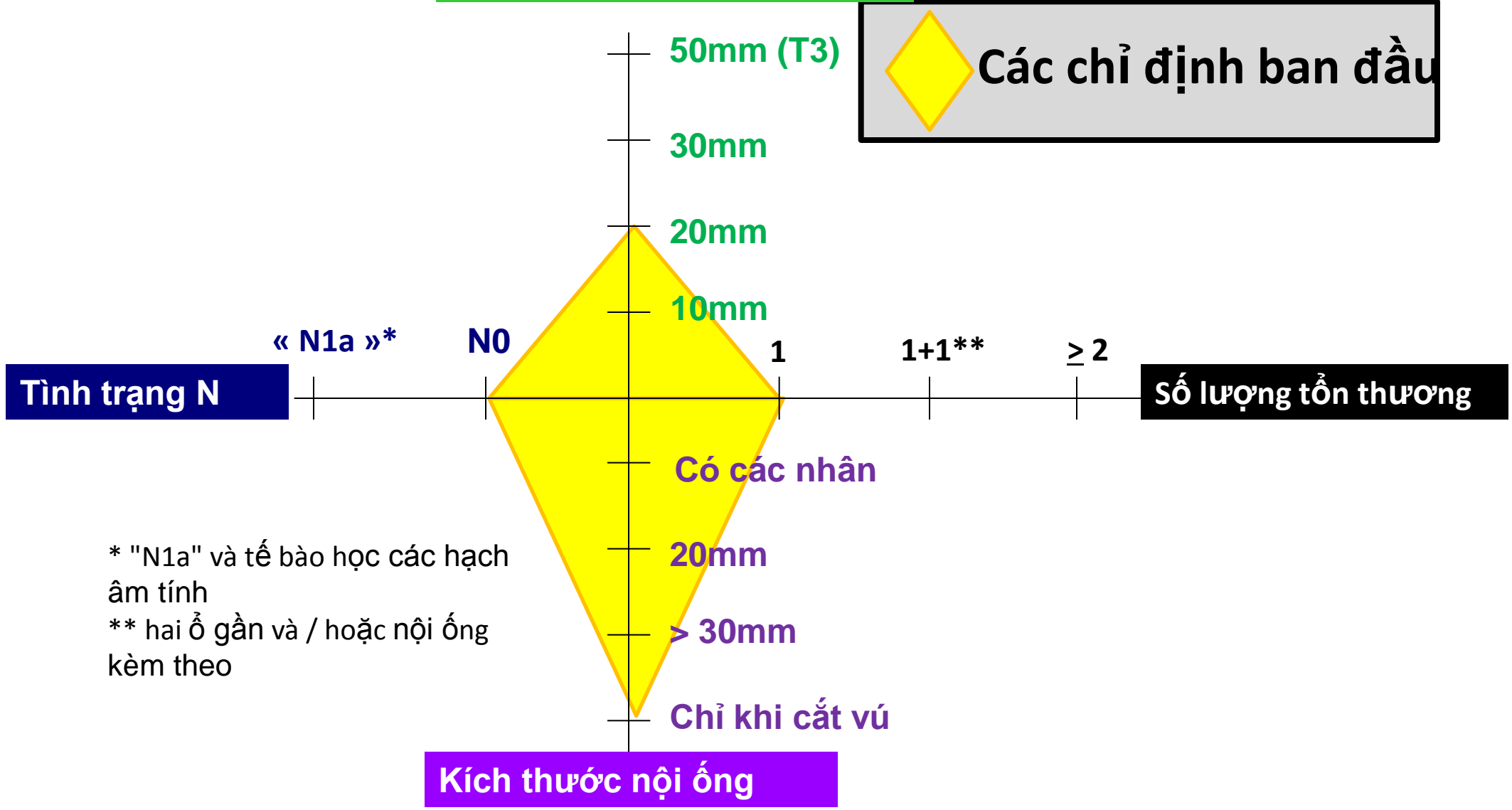
- **pN0**
- **Không di căn hạch**

- PN1: Di căn 1-3 hạch nách
- PN2: Di căn 4-9 hạch nách
- pN3: Di căn ≥ 10 hạch nách

Mở rộng chỉ định

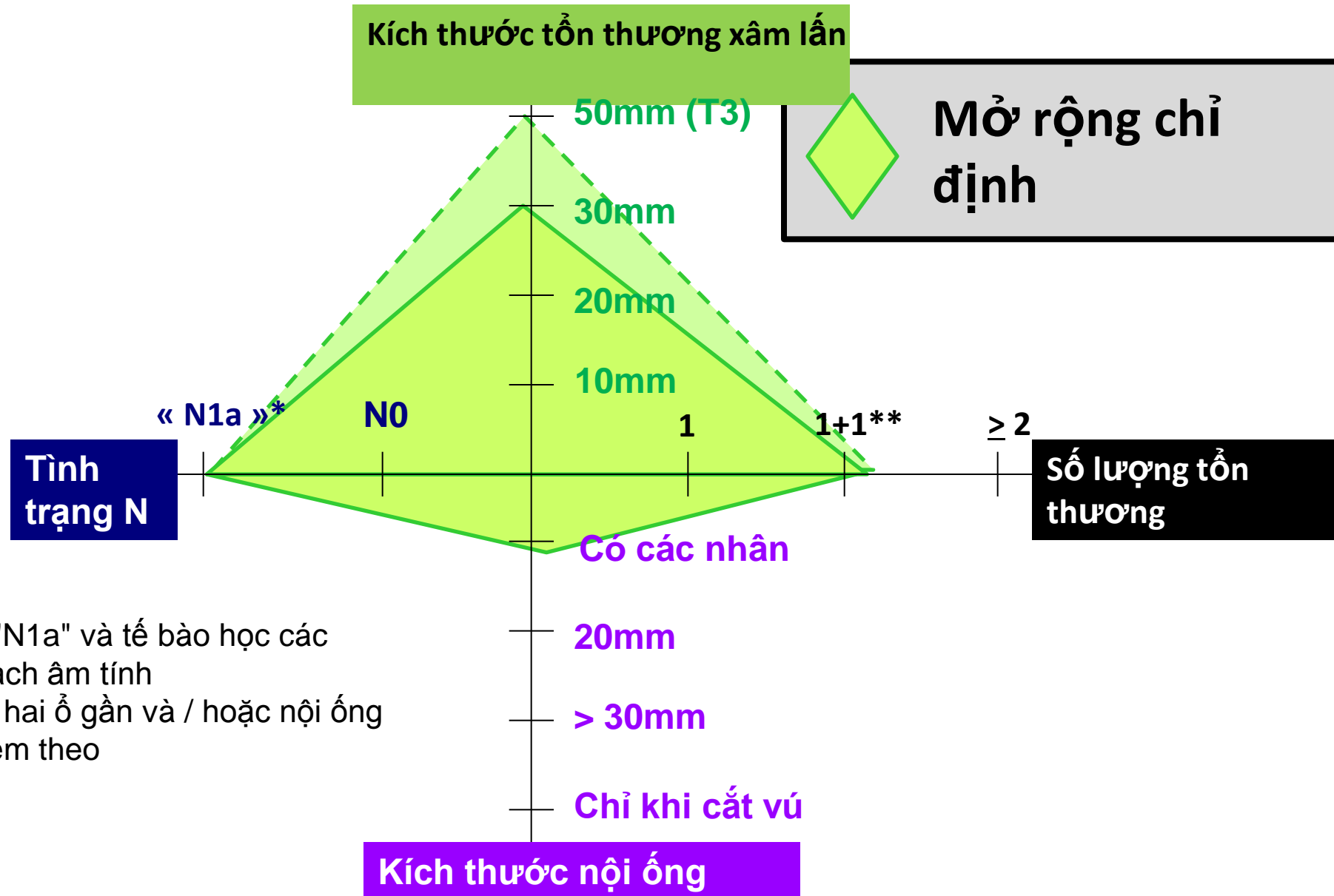
Kích thước tổn thương xâm lấn

♦ Các chỉ định ban đầu



* "N1a" và tế bào học các hạch âm tính
** hai ổ gần và / hoặc nội ống kèm theo

Mở rộng chỉ định



Lợi ích của nạo vét hạch bổ sung trong trường hợp hạch bảo vệ + ACOS- OG Z 0011- IBCSG 23-01

	ACOSOG Z0011	IBCSG 23-01
	phase 3 randomisée 1999-2004	phase 3 randomisée 2001-2010
critère jugement (non infériorité)	surgie globale	survie sans récive
Inclusions	T1-2 N0 ≤ 2GS + en HES ttt conservateur + Rxttt	T1-2 N0 pN1 mic
Nb de patientes	856	931
CA / pas de CA	420-436	464-467
radiothérapie	toutes	98% (CA) - 97% (pas CA)
chimiothérapie	96% (CA) - 97% (pas CA)	95% (CA) - 97% (pas CA)
hormonothérapie		
suivi médian	6,3 ans	5 ans
Evènements	SG : 94 52 (CA) - 42 (pas de CA)	SSR : 124 69 (CA) - 55 (pas de CA)

	ACOSOG Z0011			IBCSG 23-01		
	CA	pas de CA	p	CA	pas de CA	p
RL	4,1%	2,8%	0,1	0,4%	0,9%	NS
SG	91,8%	92,5%	0,25	97,6%	97,5%	0,73
SSR	82,2%	83,9%	0,14	84,4%	87,8%	0,16

- ❖ ACOS- OG Z 0011: 27.3% hạch không bảo vệ +
- ❖ IBCSG 23-01 : 13% de GNS +

→ Tỷ lệ tái phát vùng nách tương ứng trong nhóm nạo vét hạch và không nạo vét hạch

→ Không có sự khác biệt giữa SSR và SG

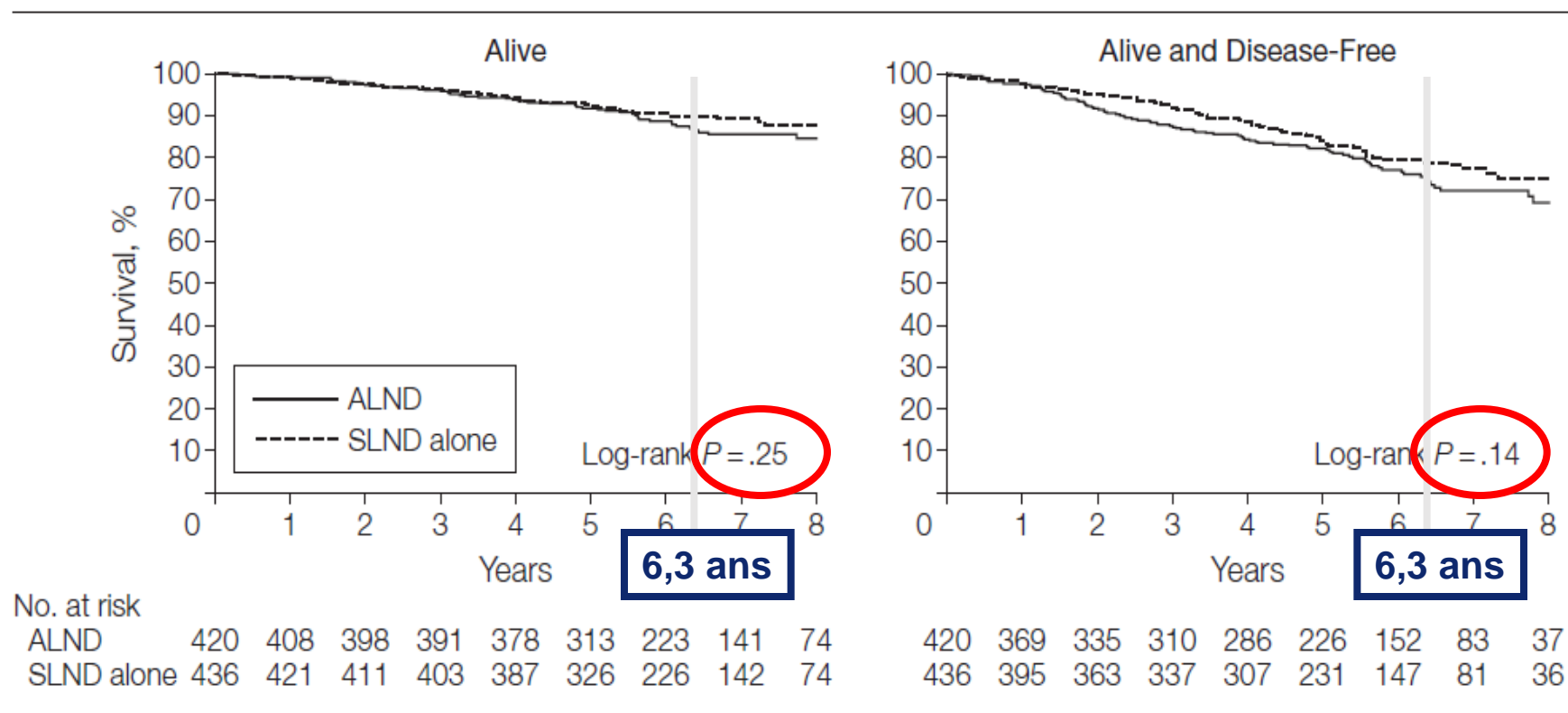
→ Khẳng định vai trò không điều trị của nạo vét hạch +++

Không nạo vét hạch vùng nách: giảm thang phẫu thuật đảo ngược

- Khuyến cáo ASCO 2014 (Lyman et al JCO 2014)
- Không nạo vét hạch bổ sung nếu ≤ 2 hạch bảo vệ, điều trị bảo tồn, xạ trị, HT và/ hoặc CT
- Vấn đề đặt ra liên quan tới sinh di căn nhỏ hơn là di căn lớn
- Đặt lại câu hỏi về lợi ích của sinh thiết tức thì hạch bảo vệ

Lợi ích của nạo vét hạch bổ sung trong trường hợp hạch bảo vệ + ACOS-OG Z 0011

Sống sót toàn bộ và sống sót không tái phát



Intérêt du CA complémentaire en cas de GS + Conclusion

- ❖ **abstention du curage axillaire** : désescalade chirurgicale irréversible
 - ASCO 2014 : pas de CA complémentaire
 - ≤ 2 GS+, traitement conservateur, radiothérapie
 - la problématique concerne plus les micro que les macrométastases
 - micrométastases (indication de radiothérapie sus claviculaire)
 - en cas de mastectomie lorsqu'il n'y a pas d'indication de radiothérapie
 - remise en cause de l'intérêt de l'examen extemporané du GS
- ❖ **Recommandations ASCO 2014** (Lyman et al. JCO 2014)

traitement conservateur avec Rx ttt et
 ≤ 2 GS envahis (pN, pN1mic)

Is ALND necessary for all patients with metastatic findings on SNB planning to undergo BCS with whole-breast radiotherapy?

RECOMMENDATION 2.1

Clinicians should not recommend ALND for women with early-stage breast cancer and one or two SLN metastases who will undergo BCS with conventionally fractionated whole-breast radiotherapy. Type: evidence based; benefits outweigh harms. Evidence quality: strong. Strength of recommendation: high.

mastectomie

Is ALND necessary for all patients with metastatic findings on SNB who are planning to undergo mastectomy?

RECOMMENDATION 2.2

Clinicians may offer ALND for women with early-stage breast cancer with nodal metastases found on SNB who will undergo mastectomy. Type: evidence based; benefits outweigh harms. Evidence quality: low. Strength of recommendation: weak.

Lợi ích của nạo vét hạch bổ sung trong trường hợp hạch bảo vệ +

ACOS-OG Z 0011 - IBCSG 23-01

**Lựa chọn của bệnh nhân có hạch bảo vệ + : không nạo vét
hạch**

→ Có thể tránh được nạo vét hạch bổ sung nếu:

→ **T1-2 N0**

→ **và điều trị bảo tồn trong**

→ **và ≤ 2 hạch bảo vệ dương tính HES**

→ **và xạ trị vú**

→ **và điều trị hỗ trợ (CT và / hoặc HT)**

Tái tạo vùng vú

- ❖ Immédiate ou secondaire
- ❖ Plusieurs modalités
 - **Prothèse**
 - **lipomodelage**
 - **Lambeaux**
 - **Autologue = grand dorsal**
 - **Libre = DIEP**
- ❖ **Toujours en plusieurs étapes**
 - Reconstruction de l'aréole et du mamelon
 - Symétrisation : chirurgie contro-latérale

Reconstruction mammaire : grand dorsal



RMI grand dorsal autologue, tatouage
du lambeau dorsal pour PAM

Dr Loustalot



Reconstruction mammaire : prothèse



RMS prothèse

Dr Loustalot

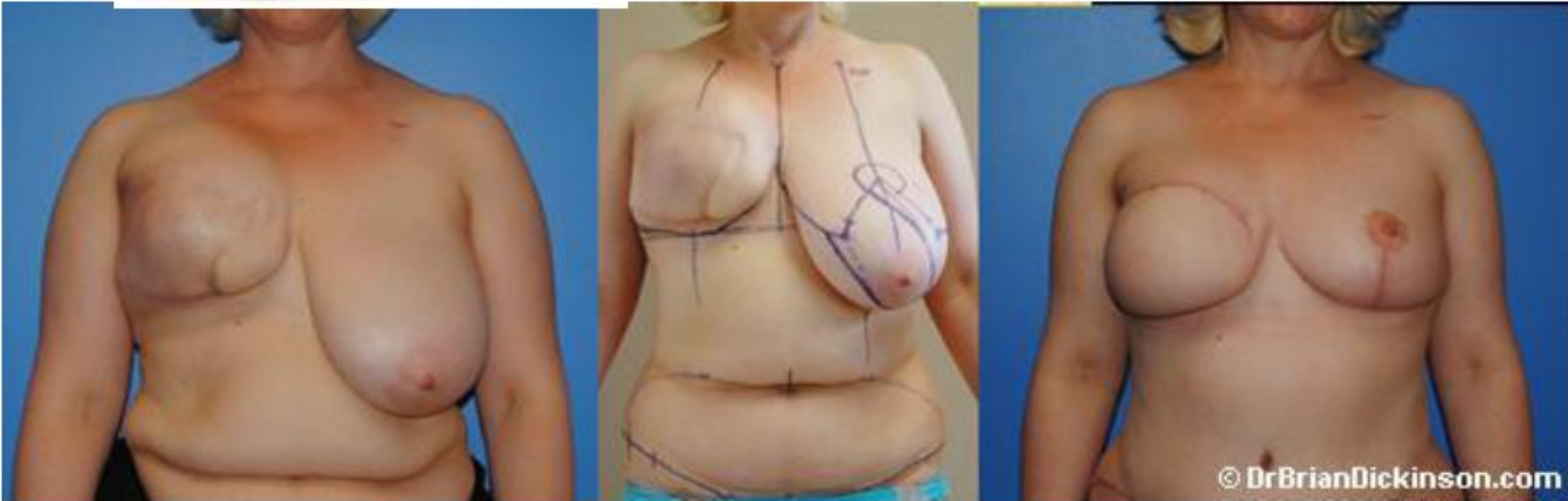
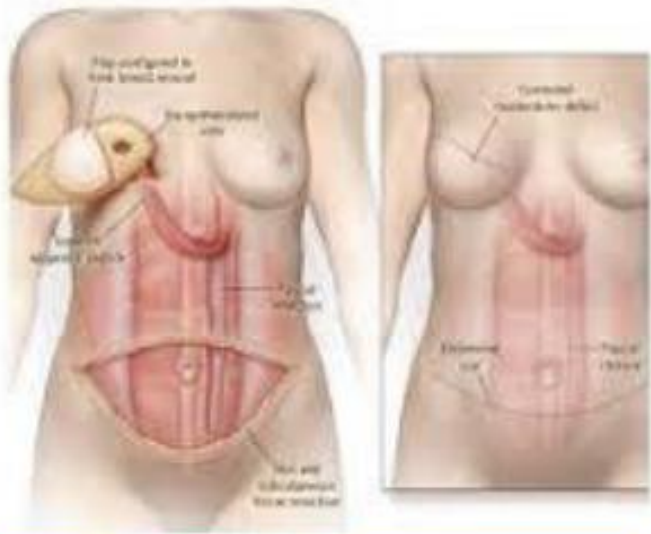


Reconstruction mammaire : prothèse



Dr Loustalot

Reconstruction mammaire : DIEP



Qualité de vie : ambulatoire

❖ **Prise en charge en ambulatoire**

- 7h30 : arrivée
- 8h : pose du harpon (repère métallique)
- 8h30 : injection pour le ganglion sentinelle
- 10h : intervention
- 11h30 : salle de réveil
- 14h : retour en chambre
- 17 h : retour à domicile

Film ambulatoire

Kết luận

Ung thư ở phụ nữ trẻ tuổi

Ung thư trong giai đoạn mang thai
Mang thai sau khi điều trị ung thư
Bảo tồn khả năng sinh sản

