

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



—

TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Oncoplastie des lésions supéro-externes du sein

M. BALLESTER¹, J. SEROR¹, A. FITOUSSI², J. CUMINET¹,
N. MOTTIER¹, E. DARAI¹
(Paris)

Résumé

Avec l'élargissement des indications de traitement conservateur, les techniques d'oncoplastie occupent une place de plus en plus importante dans la prise en charge chirurgicale des cancers du sein. Elles permettent des exérèses plus larges pour l'obtention de berges saines, tout en préservant la forme du sein et en prévenant les séquelles esthétiques du traitement conservateur. Les tumeurs des quadrants externes représentent 65 % des localisations des cancers du sein. La technique de plastie externe est une technique d'exérèse monobloc permettant une quadrantectomie avec un recentrage de la plaque aréolo-mamelonnaire. Une étude préliminaire publiée par l'institut Curie rapporte des résultats encourageants. Il apparaît que cette technique permet l'obtention de berges saines dans 85,2 % des cas en première intention, et dans 91 % des cas après reprise pour berges insuffisantes ou atteintes après tumorectomie. Enfin, après chimiothérapie néoadjuvante, cette technique a permis une exérèse in sano dans 93 % des cas.

Mots clés : traitement conservateur, oncoplastie, quadrants externes, marges d'exérèse, séquelle esthétique

- 1 - Hôpital Tenon - AP-HP - Service de gynécologie-obstétrique - Université Pierre et Marie Curie Paris 6 - 4 rue de la Chine - 75020 Paris
2 - Institut Curie - 18 rue Pierre et Marie Curie - 75005 Paris

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Marcos Ballester, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Le traitement conservateur, associant une tumorectomie à une radiothérapie adjuvante, est devenu le traitement standard pour la majorité des cancers du sein invasifs, avec des résultats à long terme équivalents à une mastectomie [1, 2]. Réservé initialement aux tumeurs de petite taille (< 3 cm), il s'applique de plus en plus aux tumeurs de grande taille [3, 12]. Cette philosophie d'épargne du sein implique un taux plus élevé de récurrence locale et le risque de mauvais résultats esthétiques pouvant atteindre 30 % [2, 13]. Bien qu'il existe des options de réparation, la chirurgie du sein irradié n'est jamais facile et les résultats sont souvent imprévisibles [14, 15]. L'oncoplastie est une approche chirurgicale qui permet de prévenir et d'améliorer les mauvais résultats esthétiques du traitement conservateur du cancer du sein, en utilisant des techniques de chirurgie plastique au moment de l'exérèse tumorale [3]. Elle combine une chirurgie d'exérèse respectant les règles carcinologiques (marges saines) à une reconstruction immédiate homolatérale ainsi que la réduction du sein controlatéral, immédiate ou en différé, chaque fois qu'une procédure de symétrisation est nécessaire.

65 % des cancers du sein se développent dans les quadrants externes, en particulier dans le quadrant supéro-externe [16]. Lors d'un traitement conservateur, l'exérèse chirurgicale peut entraîner une déformation caractéristique du sein se traduisant par une déviation de la plaque aréolo-mamelonnaire en haut et en dehors. Cette déformation inesthétique est toujours exacerbée par l'irradiation post-opératoire, incontournable dans les traitements conservateurs, et est de moins en moins tolérée par les patientes. En outre, la correction des déformations secondaires est toujours difficile et offre des résultats esthétiques aléatoires. L'oncoplastie des quadrants externes, « plastie externe » (PE), permet à la fois la prévention des séquelles esthétiques du traitement conservateur et l'obtention de marges d'exérèse plus larges que la tumorectomie simple, permettant d'anticiper à long terme les résultats en termes de récurrences locales. Il existe à l'heure actuelle

peu de données dans la littérature sur la technique de PE. Une seule étude préliminaire sur 86 patientes publiée par l'institut Curie rapporte des résultats encourageants [17].

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Les dessins préopératoires sont réalisés sur une patiente en position assise afin de déplacer la plaque aréolo-mamelonnaire conformément aux normes utilisées en chirurgie plastique. Les dessins délimitant la quadrantectomie se prolongeront jusqu'en limite de sein, à savoir le prolongement axillaire ou le prolongement du sillon sous-mammaire en fonction de la localisation de la tumeur et la forme du sein. On réalise dans un premier temps une désépithélialisation péri-aréolaire reposant sur un large pédicule dermo-glandulaire. L'exérèse peut se faire sur une patiente en décubitus dorsal. Elle se fera en monobloc, emportant la peau en regard et allant jusqu'au plan pectoral, en respectant des marges macroscopiques de tissu sain d'au moins 1 cm. Le remodelage ne nécessite pas de décollement cutanéoglandulaire ; néanmoins, un décollement glandulo-musculaire peut s'avérer nécessaire afin de faciliter la mobilisation des deux lambeaux glandulaires. Un simple rapprochement des deux lambeaux glandulaires est réalisé. La plaque aréolo-mamelonnaire est ensuite repositionnée après avoir remis la patiente en position assise. À noter que le défaut de la quadrantectomie entraînant une déviation de la plaque en bas et en dehors, celle-ci devra être repositionnée en haut et en dedans pour une meilleure compensation. La biopsie du ganglion sentinelle ou le curage axillaire, si nécessaires, seront effectués soit par la même incision, soit par une contre-incision en fonction du tracé initial.

MARGES D'EXÉRÈSE ET INDICATIONS DE LA PLASTIE EXTERNE (PE)

Alors que l'exérèse complète de la tumeur avec une marge de sécurité est une condition sine qua none dans le traitement conservateur du cancer du sein, un débat persiste sur la quantité optimale de tissu normal à enlever lors de la tumorectomie. Le poids moyen d'une

pièce de résection tumorale monobloc après PE est de 150 grammes, ce qui représente plus du triple du poids moyen d'une pièce de tumorectomie (40 grammes). Ce résultat démontre clairement le confort du chirurgien à retirer des marges beaucoup plus larges de tissu normal afin d'obtenir des berges saines.

Le statut des berges est l'un des facteurs pronostiques les plus puissants en termes de récurrence locale, même chez les patientes ayant bénéficié d'une radiothérapie adjuvante [18]. Toutefois, les taux de réintervention pour berges atteintes ou marges insuffisantes retrouvés dans la littérature varient de 10 % à 57 % [19-24]. Dans une série récente sur 86 patientes menée à l'institut Curie, la PE apparaît comme une technique carcinologiquement sûre, avec un taux de reprise global pour marges insuffisantes de 12,8 %. Dans cette même série, des marges saines ont été observées dans 85,2 % des PE de première intention et dans 91 % des PE secondaires (pour marges insuffisantes après tumorectomie) [17]. Au vu de ces résultats, il apparaît que la technique de PE s'impose comme une alternative à la mastectomie après tumorectomie en cas de marges non saines, avec la possibilité d'une exérèse large et confortable.

CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE

Plusieurs études ont montré la sécurité du traitement conservateur du cancer du sein après réduction de la taille tumorale par chimiothérapie néo-adjuvante [25-29]. Les résultats à long terme des patientes ayant bénéficié d'une chimiothérapie néo-adjuvante sont comparables à ceux des patientes traitées par chimiothérapie adjuvante [30]. Pour les tumeurs de grande taille (≥ 3 cm) ou les lésions avec un ratio taille tumorale/taille du sein élevé, la plupart des équipes proposent une chimiothérapie (4-8 cycles de FEC 100, Taxotere) ou hormonothérapie (anastrozole ou létrozole) néo-adjuvantes afin de réduire la taille tumorale avant d'envisager un traitement conservateur dans les meilleures conditions. Toutefois, l'examen histopathologique des pièces de tumorectomie après chimiothérapie révèle la présence de multiples foci de cellules tumorales résiduelles dispersées et séparées de fibrose [31]. Il s'avère donc nécessaire de pratiquer une exérèse la plus large possible autour de la tumeur résiduelle dans ce cas de figure. Une étude récente de 296 patients ayant reçu une chimiothérapie néo-adjuvante, avec une taille tumorale moyenne de 47 mm, a retrouvé 24,7 % de

berges positives après traitement conservateur [30]. Dans la série de l'institut Curie, seules 7 % des patientes avaient des berges positives avec une taille tumorale moyenne comparable (48,6 mm) avant la chimiothérapie. En outre, la PE est une bonne alternative dans l'optique d'un traitement conservateur pour les patientes présentant un ratio taille tumorale/taille du sein élevé, et des critères de réponse à la chimiothérapie néo-adjuvante.

LÉSIONS MULTIFOCALES

Le traitement chirurgical du cancer du sein multifocal représente un nouveau défi du traitement conservateur [32]. La présence de multiples foyers homolatéraux a longtemps été considérée comme une contre-indication au traitement conservateur. Deux études rapportent des taux élevés de récurrence locorégionale après traitement conservateur ; cependant, les effectifs étaient réduits (13 et 61 patientes) [33, 34]. Récemment, Gentilini *et al.*, dans une série rétrospective de 476 patientes ayant des tumeurs multifocales et/ou multicentriques, ont rapporté, avec une médiane de suivi de 73 mois, un taux cumulé de récurrence locorégionale de 5,1 % à 5 ans [35]. Par ailleurs, Lim *et al.*, sur une large série 478 patientes ayant une tumeur multifocale traitée par chirurgie conservatrice ou mastectomie, retrouvent une équivalence en termes de survie globale (93,3 *versus* 94,5 ; $p = 0,2$) et de survie sans récurrence (89 % *versus* 91,8 % ; $p = 0,4$) avec un taux de récurrence locale de 2 % [36]. Ces résultats montrent que le traitement conservateur est une option pour les cancers du sein multifocaux, sous réserve que l'on puisse obtenir des marges de sécurité saines. Dans la série de l'institut Curie, aucune des 12 patientes ayant une lésion multifocale du même quadrant et ayant bénéficié d'une PE n'avait de marges positives sur l'histologie définitive. Bien qu'il s'agisse d'une série préliminaire avec un effectif faible, il apparaît que cette technique est une option de traitement chirurgical pour les lésions multifocales. Cependant, la PE n'est envisageable que pour lésions multifocales de proximité (restant dans un même quadrant), permettant une résection monobloc pour des patientes ayant un volume mammaire suffisant.

MICROCALCIFICATIONS ÉTENDUES

La présence de microcalcifications détectées en mammographie de dépistage est le mode de présentation le plus fréquent des carcinomes *in situ*. Les patientes avec des microcalcifications diffuses ont longtemps été exclues des traitements conservateurs [30]. Dans la série princeps de l'institut Curie, 17 patientes avaient un foyer de microcalcifications étendues (≥ 3 cm) situées dans le même quadrant, avec une taille moyenne de 36,7 mm. Après la réalisation d'une PE, l'histologie définitive a révélé des marges insuffisantes pour 6 patientes (35 %), nécessitant reprise chirurgicale par mastectomie (4 cas) ou nouvelle tumorectomie (2 cas) [17]. Ce taux semble acceptable comparé aux taux de reprise chirurgicale rapportés dans la littérature oscillant entre 10 % et 57 % [19-24]. Toutefois, la présence de microcalcifications étendues sur la mammographie préopératoire semble être une limite à la réalisation d'une PE.

CONCLUSION

La plastie externe est une technique d'oncoplastie simple avec une courbe d'apprentissage rapide. Bien qu'il n'existe qu'une seule étude dans la littérature, les résultats sont encourageants. Elle permet à la fois une exérèse large et une prévention des séquelles esthétiques du traitement conservateur, avec une conservation de la forme et la projection du sein. Les résultats préliminaires montrent que ses indications les plus pertinentes sont la quadrantectomie après chimiothérapie néoadjuvante et après tumorectomie simple avec berges atteintes ou marges insuffisantes. L'un de ses intérêts majeurs repose sur le fait que les cicatrices sont incluses dans le tracé d'une mastectomie en cas de nécessité de reprise pour marges insuffisantes.

Bibliographie

- [1] Fisher B *et al.* Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1233-41.
- [2] Veronesi U *et al.* Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347(16):1227-32.
- [3] Audretsch W, Rezaei M, Kolotas C *et al.* Tumour-specific immediate reconstruction in breast cancer patients. Perspectives in Plastic Surgery 1998;11:71-100.
- [4] Fisher B *et al.* Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995;333(22):1456-61.
- [5] Fisher B *et al.* Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J Clin Oncol* 1997; 15(7):2483-93.
- [6] Fisher B *et al.* Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-17. *J Clin Oncol* 1998;16(2):441-52.
- [7] Jacobson JA *et al.* Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995;332(14):907-11.
- [8] Julien JP *et al.* Radiotherapy in breast-conserving treatment for ductal carcinoma *in situ*: first results of the EORTC randomised phase III trial 10853. EORTC Breast Cancer Cooperative Group and EORTC Radiotherapy Group. *Lancet* 2000;355(9203):528-33.
- [9] Scholl SM *et al.* Neoadjuvant chemotherapy in operable breast cancer. *Eur J Cancer* 1991;27(12):1668-71.
- [10] Schwartz GF *et al.* Induction chemotherapy followed by breast conservation for locally advanced carcinoma of the breast. *Cancer* 1994;73(2):362-9.
- [11] Solin LJ *et al.* Fifteen-year results of breast-conserving surgery and definitive breast irradiation for the treatment of ductal carcinoma *in situ* of the breast. *J Clin Oncol* 1996;14(3):754-63.
- [12] Van Dongen JA *et al.* Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(14):1143-50.
- [13] Clough KB *et al.* Reconstruction after conservative treatment for breast cancer: cosmetic sequelae classification revisited. *Plast Reconstr Surg* 2004;114(7):1743-53.
- [14] Clough KB *et al.* Cosmetic sequelae after conservative treatment for breast cancer: classification and results of surgical correction. *Ann Plast Surg* 1998;41(5):471-81.
- [15] Clough KB *et al.* Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003; 237(1):26-34.
- [16] Staub G *et al.* Breast cancer surgery: use of mammoplasty. Results. Series of 298 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 2008;53(2):124-34.
- [17] Ballester M, Berry M, Couturaud B, Reyral F, Salmon R, Fitoussi AD. Lateral mammoplasty reconstruction after surgery for breast cancer. *Br J Surg* 2009;96(10):1141-6.
- [18] Park CC *et al.* Outcome at 8 years after breast-conserving surgery and radiation therapy for invasive breast cancer: influence of margin status and systemic therapy on local recurrence. *J Clin Oncol* 2000;18(8):1668-75.
- [19] Anscher MS *et al.* Local failure and margin status in early-stage breast carcinoma treated with conservation surgery and radiation therapy. *Ann Surg* 1993;218(1):22-8.
- [20] Boughhey JC *et al.* Impact of preoperative *versus* postoperative chemotherapy on the extent and number of surgical procedures in patients treated in randomized clinical trials for breast cancer. *Ann Surg* 2006;244(3):464-70.
- [21] Fleming FJ *et al.* Intraoperative margin assessment and re-excision rate in breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol* 2004;30(3):233-7.
- [22] Mullenix PS *et al.* Secondary operations are frequently required to complete the surgical phase of therapy in the era of breast conservation

and sentinel lymph node biopsy. *Am J Surg* 2004;187(5):643-6.

[23] Swanson GP, Rynearson K, and Symmonds R. Significance of margins of excision on breast cancer recurrence. *Am J Clin Oncol* 2002;25(5):438-41.

[24] Tartter PI, Bleiweiss JJ, and Levchenko S. Factors associated with clear biopsy margins and clear reexcision margins in breast cancer specimens from candidates for breast conservation. *J Am Coll Surg* 1997;185(3):268-73.

[25] Bear HD *et al.* The effect on tumor response of adding sequential preoperative docetaxel to preoperative doxorubicin and cyclophosphamide: preliminary results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. *J Clin Oncol* 2003; 21(22):4165-74.

[26] Inaji H *et al.* Breast-conserving treatment after neoadjuvant chemotherapy in large breast cancer. *Breast Cancer* 2002;9(1):20-5.

[27] Singletary SE. Neoadjuvant chemotherapy in the treatment of stage II and III breast cancer. *Am J Surg* 2001;182(4):341-6.

[28] Van der Hage JA *et al.* Preoperative chemotherapy in primary operable breast cancer: results from the European Organization for Research and Treatment of Cancer trial 10902. *J Clin Oncol* 2001;19(22):4224-37.

[29] Von Minckwitz G *et al.* Maximized reduction of primary breast tumor size using preoperative chemotherapy with doxorubicin and docetaxel. *J Clin Oncol* 1999;17(7):1999-2005.

[30] Fukutomi T. Clinical practice and outcome of breast-conserving treatment: the effectiveness of preoperative systemic chemotherapy. *Breast Cancer* 2006;13(2):147-51.

[31] Bonadonna G *et al.* Primary chemotherapy to avoid mastectomy in tumors with diameters of three centimeters or more. *J Natl Cancer Inst* 1990;82(19):1539-45.

[32] Coombs NJ and Boyages J. Multifocal and multicentric breast cancer: does each focus matter? *J Clin Oncol* 2005;23(30):7497-502.

[33] Wilson LD *et al.* Conservative surgery and radiation in the treatment of synchronous ipsilateral breast cancers. *Cancer* 1993;72(1):137-42.

[34] Kurtz JM *et al.* Breast-conserving therapy for macroscopically multiple cancers. *Ann Surg* 1990;212(1):38-44.

[35] Gentilini O *et al.* Conservative surgery in patients with multifocal/multicentric breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2009 Feb;113(3):577-83. Epub 2008 Mar 11.

[36] Lim W, Park EH, Choi SL, Seo JY, Kim HJ, Chang MA, KU BK, Son B, Ahn SH. Breast conserving surgery for multifocal breast cancer. *Ann Surg* 2009;249(1):87-90.