

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS 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

Chirurgie oncoplastique : technique du round block

G. BODY, L. OULDAMER, O. ACKER *
(Tours)

Résumé

L'oncoplastie est une discipline qui a vu naissance en Europe. Il s'agit d'un ensemble de techniques de chirurgie plastique pouvant être utilisées lors de l'exérèse initiale d'une tumeur maligne du sein, dans le but de réduire les séquelles esthétiques tout en augmentant les chances d'obtenir une résection avec des berges tissulaires histologiquement saines, même pour des tumeurs plus volumineuses grâce à un volume excisé plus important.

La technique dite de « round block » est une technique initialement mise au point dans le cadre de la chirurgie plastique et secondairement utilisée dans le cadre de la chirurgie oncoplastique. Il s'agit d'une technique parmi d'autres, plus particulièrement réservée pour les tumeurs centrales ou proches de l'aréole, et trouve une indication

* Hôpital Bretonneau - Centre Olympe de Gouges - Service de gynécologie-obstétrique A - 37044 Tours cedex 9

privilegiée en cas de ptose mammaire modérée. Cette technique permet à la fois l'exérèse de la tumeur, la correction d'une ptose mammaire et laisse une rançon cicatricielle réduite péri-aréolaire.

Le « round block » a des indications limitées, principalement par la faible fréquence des tumeurs centrales du sein, et mérite de faire partie de la panoplie de la chirurgie oncoplastique.

Mots clés : cancer du sein, oncoplastie, round block

Déclaration publique d'intérêt

Je 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

L'oncoplastie est une discipline multidisciplinaire qui a vu naissance en Europe. Les techniques de la chirurgie oncoplastique s'inspirent largement de celles de la chirurgie esthétique. L'oncoplastie s'adresse à toutes les situations où la réalisation d'une tumorectomie « simple » sans geste plastique entraînerait une déformation du sein et donc des séquelles esthétiques. Elle permet d'élargir les indications des traitements conservateurs, et donc d'éviter un certain nombre de mammectomies, tout en augmentant les possibilités d'obtenir une résection carcinologique satisfaisante, même pour de volumineuses tumeurs [1-3]. Plusieurs études ont montré qu'il était possible de réaliser un traitement conservateur pour des tumeurs de plus de 3 cm, jusqu'à 5 cm [4, 5] et même 6 cm [6], à condition que le volume mammaire soit suffisamment important et l'aspect esthétique du sein préservé. Cette pratique est admise dans le monde entier comme le montre l'état des lieux pays par pays publié dans le World J Surg [7].

Elle s'adresse à toutes les patientes pour qui un traitement conservateur est envisageable et pourra être suivie d'une symétrisation controlatérale.

La pratique de cette chirurgie implique trois conditions :

- une utilisation de la chirurgie oncoplastique seulement lorsqu'elle est nécessaire, et parmi les différentes techniques le recours à celle qui est la plus adaptée au cas considéré,
- une bonne connaissance de la vascularisation du sein,
- la maîtrise de certaines techniques de chirurgie plastique.

La technique dite de « round block » est une technique parmi d'autres, tout à fait comparable à celle utilisée en chirurgie esthétique pour laquelle elle a été mise au point initialement [8]. Elle s'adresse aux tumeurs centrales ou supérieures proches de l'aréole. Dans sa description *princeps*, Benelli insistait sur son objectif principal, une rançon cicatricielle réduite au minimum (cicatrice uniquement péri-aréolaire), ainsi que sur ses trois grandes indications :

- la correction d'une ptose ou d'une hypertrophie mammaire,
- la correction d'une hypotrophie mammaire, la technique permettant à la fois la mise en place d'un implant et dans le même temps, si nécessaire, la correction d'une ptose associée,
- la réalisation d'une tumorectomie tout en préservant le résultat esthétique.

C'est de cette dernière indication qu'il est question ici.

TECHNIQUE

Technique princeps

La réalisation du round block implique que la tumeur soit proche de l'aréole et que le sein soit, de préférence, peu ptosé ; lorsque la tumeur est plus éloignée de l'aréole, il est possible d'élargir la voie d'abord par une incision radiaire de refend en direction de celle-ci.

Le dessin préopératoire comporte le marquage du bord externe de l'aréole ainsi que le dessin d'un second cercle plus externe, de forme ovalaire, dont le grand axe correspond à l'axe du sein, dont la limite supérieure est plus ou moins haute en fonction du degré de la ptose et de la nouvelle position souhaitée de l'aréole. La circonférence de l'aréole n'étant pas extensible, il faut veiller à ne pas avoir une trop grande incongruence entre les deux cercles, le cercle externe ne devant pas dépasser le double du cercle interne.

Elle commence par une désépidermisation péri-aréolaire. On peut éventuellement éviter de désépidermiser la peau en regard de la tumeur. La peau est incisée à proximité du cercle externe puis décollée au niveau des quadrants supérieurs ; ce décollement permet d'agrandir la voie d'abord et d'éviter une déformation du sein lors de son remodelage. La tumorectomie est réalisée en passant largement à distance de la tumeur ; une résection de forme ovale à grand axe vertical facilite le rapprochement des deux berges glandulaires. Celles-ci sont ensuite suturées l'une à l'autre : leur affrontement est facilité par la grande mobilité du sein par rapport au muscle grand pectoral dans les quadrants supérieurs (à l'inverse des quadrants inférieurs où la glande adhère à la paroi thoracique). Cet affrontement reconstitue un volume mammaire à base plus étroite, la réduction étant d'autant plus importante que le volume réséqué est important.

La technique est simple, fiable et de réalisation rapide.

La rançon cicatricielle est une cicatrice péri-aréolaire, donc minime. Elle est au départ plus ou moins inesthétique, car la suture du cercle périphérique plus large, avec le pourtour de l'aréole plus court, entraîne la création de fronces. Celles-ci s'estompent puis disparaissent dans les semaines qui suivent l'intervention. La radiothérapie post-opératoire assure une excellente prévention des cicatrices chéloïdiennes, fréquentes à ce niveau.

Au final, le sein obtenu est légèrement plus petit (en fonction du volume de la résection glandulaire), plus haut situé, et à base plus étroite. La symétrisation du sein opposé, quand elle est nécessaire, est en général faite par la même technique et dans le même temps opératoire. On peut aussi la réaliser dans un deuxième temps, soit que, dans l'attente du résultat histologique définitif, la conservation mammaire ne soit pas certaine, soit que l'on préfère adapter le sein controlatéral au sein traité une fois la radiothérapie terminée.

L'ablation simple de la PAM ou « pamectomie »

Par extension, la technique du round block a été étendue à la pamectomie.

Il s'agit d'une technique simple et sûre qui comporte :

- une exérèse de la PAM par une incision soit péri-aréolaire, soit sous forme d'un fuseau à grand axe horizontal ; dans ce dernier cas, le fuseau peut être à la fois plus large et plus long lorsqu'il existe une ptose plus marquée ; la technique est alors quasiment superposable à la technique en oméga pour les tumeurs des quadrants supérieurs ;

- une exérèse tumorale et péritumorale suffisamment large allant jusqu'au plan du muscle grand pectoral ;
- une reconstitution de la projection du sein. En effet, une pamectomie simple sans remodelage de la glande mammaire a pour effet d'aplatir le sein et donc de lui donner une forme moins projetée. Pour ce faire, la glande doit être très largement décollée à sa face profonde ; les piliers glandulaires sont adossés l'un à l'autre en allant de la profondeur vers la superficie. Ce procédé permet de reproduire la projection du sein, au prix d'une répercussion mineure, une légère réduction de la largeur de la base mammaire ;
- une suture cutanée, soit en « bourse », éventuellement associée à un petit décollement cutané, en cas d'incision péri-aréolaire, soit directe affrontant les berges supérieure et inférieure. La suture en bourse a l'inconvénient d'être initialement assez inesthétique, mais les replis cutanés finissent par s'aplanir complètement au fil des semaines, laissant une cicatrice plane, pigmentée de forme stellaire.

Dans tous les cas, la raçon cicatricielle est mineure, d'autant plus que la reconstruction secondaire de la PAM masquera la cicatrice, soit totalement en cas de suture en bourse, soit en grande partie en cas de suture horizontale. Dans certain cas, l'aspect pigmenté de la cicatrice en bourse est tel que seule la reconstruction mamelonnaire peut suffire.

Indications

Elle s'adresse exclusivement aux tumeurs centrales ou restant assez proches de l'aréole, situées à l'union des quadrants supérieurs, éventuellement dans les quadrants supéro-externe ou supéro-interne. On entend par tumeur centrale une tumeur localisée en réro-aréolaire strict ou para-aréolaire, mais située à moins de 2 cm du mamelon [9].

Pour ce qui est de l'indication de la pamectomie, l'indication se pose d'autant plus que le cancer est plus proche de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM). En effet, le risque d'envahissement de celle-ci varie de 50 à 75 % lorsque le cancer est à moins de 2 cm de la PAM, ce qui justifie alors son exérèse [10].

Alternatives

La chirurgie oncoplastique offre de nombreuses possibilités en fonction du volume tumoral et de la morphologie des seins (volume et ptose). La technique du round block peut être mise en balance avec un certain nombre de techniques alternatives.

Tumeurs péri-aréolaires du quadrant supéro-externe

Il s'agit de la technique externe.

L'intervention comporte une très large tumorectomie (ou quadrantectomie) comportant une exérèse en monobloc de la peau en regard de la zone tumorale, la glande péri-tumorale en allant jusqu'au plan du muscle pectoral, un décollement profond libérant la totalité de la glande de la paroi thoracique, un rapprochement des berges glandulaires dont la mobilisation réduit et remonte la base mammaire. La PAM doit être recentrée par une désépidermisation péri-aréolaire sur un volume mammaire dont la base est devenue plus étroite et un peu plus haute après le remodelage du sein.

La rançon cicatricielle consiste en une cicatrice péri-aréolaire et une cicatrice radiaire dans le quadrant supéro-externe. Elle est donc plus importante qu'avec la technique du round block et n'a d'intérêt que pour les tumeurs situées plus à distance de l'aréole.

Tumeurs péri-aréolaires du quadrant supéro-interne

Les quadrants internes constituent une localisation tumorale peu fréquente, mais où la correction chirurgicale est la plus difficile à réaliser. Deux techniques principales peuvent être utilisées. Elles sont adaptées de celles utilisées pour les tumeurs des quadrants inférieur et supérieur.

Technique en V ou oméga (encore appelée « batwing », c'est-à-dire « en aile de chauve-souris »)

C'est une des rares techniques qui permet un geste oncoplastique pour les tumeurs de la partie inférieure du quadrant supéro-interne.

Il s'agit d'une technique simple et fiable car les décollements sont limités. Elle est plus particulièrement indiquée quand le diamètre de l'aréole est petit, et/ou que l'on souhaite remonter l'aréole. Elle comporte une exérèse cutanée sus- et latéro-aréolaire emportant la peau en regard de la tumeur, une tumorectomie et une exérèse glandulaire péri-tumorale large allant jusqu'au plan du muscle grand pectoral, une suture des tranches glandulaires des quadrants supérieur et inférieur,

puis une suture de la peau et de la PAM. Cette suture entraîne une ascension modérée de cette dernière.

La rançon cicatricielle est une grande cicatrice horizontale barrant la partie supérieure du sein.

Tumeurs péri-aréolaires médianes des quadrants supérieurs

Plastie mammaire en T inversé à pédicule inférieur

Cette technique est particulièrement adaptée en cas de sein ptosé et/ou hypertrophique. Elle permet l'exérèse de la peau en regard de la tumeur et de la glande jusqu'au muscle grand pectoral. Son intérêt est de combler le défaut supérieur à l'union des quadrants supérieurs par le glissement vers le haut de la PAM et du pédicule inférieur. La rançon cicatricielle est exactement la même que celle de la mammoplastie à pédicule supérieur.

Tumeurs centrales

Une alternative à la technique du round block est :

L'ablation de la PAM associée à une mammoplastie

Il peut s'agir d'une alternative intéressante lorsque la tumeur est plus volumineuse et qu'il existe une ptose mammaire associée : la mammoplastie permet à la fois une exérèse large et une correction de la ptose. Les techniques de mammoplastie sont les mêmes que celles décrites pour les tumeurs des quadrants inférieurs, mais associées à une pamectomie. Les cicatrices sont donc en T inversé, des cicatrices verticales pures ou des cicatrices obliques externes.

Résultats

Il n'existe pas, à notre connaissance, de résultats concernant spécifiquement cette technique opératoire dans le cadre des articles portant sur la chirurgie oncoplastique. Cette chirurgie concerne en pratique une minorité de femmes opérées pour un cancer du sein ; la technique du « round block » est une des techniques parmi celles qui peuvent être utilisées, de surcroît pour des tumeurs dont la localisation centrale ne représente pas la localisation la plus fréquente, et ses résultats sont « noyés » au milieu de ceux des autres techniques.

CONCLUSION

Il s'agit d'une technique simple, fiable et de réalisation rapide. Elle fait partie intégrante des techniques de chirurgie oncoplastique du sein, plus particulièrement réservée aux tumeurs centrales.

Bibliographie

- [1] Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast conserving therapy in breast carcinomas. *Ann Surg* 2003;237:26-34.
- [2] Kaur N, Petit JY, Maffini F, Luini A, Gatti G, Rey PC *et al.* Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005;12:539-45.
- [3] Rainsbury RM. Surgery insight: oncoplastic breast conserving reconstruction. Indications, benefits, choices and outcomes. *Nat Clin Pract Oncol* 2007;4:657-64.
- [4] Jacobson J, Danforth D, Cowan K, D'Angelo T, Steinberg SM, Pierce L. Ten years results of comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stages I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995;332:907-11.
- [5] Fisher B, Redmond C. Lumpectomy for breast cancer: an update of the NSABP experience. National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1992;11:7-13.
- [6] <http://www.cancer.gov>
- [7] Malycha PL, Gough IR, Margaritoni M, Sandelin K, Buccimazza I, Agarwal G. Oncoplastic breast surgery: a global perspective on practice, availability, and training. *World J Surg* 2008.
- [8] Benelli I. A new periareolar mammaplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg* 1990;14:93-100.
- [9] Faure C, Escalon J, Brémond A, Mignotte H, Pérol D, E Delay. Chirurgie oncoplastique pour le traitement des tumeurs mammaires centrales. *Ann Chir Plast Esthét* 2008;53:112-23.
- [10] Multon O, Bourgeois D, Validire P, Vilcoq JR, Durand JC, Clough KB. Breast cancers with central localization: conservative treatment by tumorectomy with ablation of the areolar plaque. *Presse Med* 1997;26:988-94.