

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

L'oncoplastie

A. FITOUSSI *
(Paris)

Résumé

Les bénéfices apportés par le traitement conservateur ne sont plus à mettre en doute. La seule limitation reste la taille de la tumeur, ou plutôt le rapport volume tumoral/volume mammaire, ou sa localisation. Le doute sur les limites d'exérèse nous pousse vers la mammectomie de « sécurité ».

Différentes techniques de plastie mammaire ont été adaptées ou imaginées pour répondre aux différentes localisations tumorales afin d'obtenir un traitement conservateur de qualité (marge de sécurité chirurgicale) et un bon résultat esthétique après radiothérapie dans un grand nombre de cas. La plupart de ces techniques de plastie mammaire de réduction ont été utilisées pour augmenter le nombre de traitement conservateur dans les cancers du sein. D'autres techniques ont été développées pour certaines tumeurs des quadrants supérieurs et externes afin d'améliorer le taux de traitement conservateur en diminuant le risque de récidives locales.

Pour les tumeurs des quadrants inférieurs qui sont notre propos, les techniques utilisées sont surtout des techniques à cicatrices verticales : en premier lieu les techniques

* Institut Curie - 26 rue d'Ulm - 75005 Paris

en T inversé, mais aussi verticales pures ou en J, ou même en L. Dans d'autre cas, inféro-externes ou inféro-internes, des techniques simples externes ou internes sont utilisables si le volume mammaire le permet. Notons le cas particulier des tumeurs du sillon sous-mammaire (SSM) qui seront traitées par la technique du SSM, avec ou sans lambeaux dermoglandulaires.

Notre série comporte environ 299 patientes traitées à l'institut Curie de 1985 à 2003. L'âge moyen était de 53 ans, la taille tumorale moyenne était de 31 mm, le poids moyen de la pièce opératoire était de 132 g, le taux de récurrence locale à 5 ans est inférieur à 8 % (identique à celle du traitement conservateur standard), la survie globale est de 93 %.

Ces interventions permettent donc d'obtenir dans de bonnes conditions carcinologiques plus de traitements conservateurs, avec un taux de récurrence identique et un bon résultat esthétique dans plus de 85 % des cas. (Tumorectomie moyenne de 132 g contre 35 g pour une tumorectomie standard). Seuls 5 à 7 % des patientes nécessitent une reprise chirurgicale pour berges envahies et auront donc une reprise au large ou une mammectomie 2 ou 3 semaines plus tard.

Bien sûr, le geste doit être bilatéral d'emblée le plus souvent, mais parfois plus tard après la fin des traitements adjuvants.

Le taux de satisfaction est très élevé. Ces techniques permettent en outre de diminuer le nombre de demande de reconstruction immédiate ou secondaire et toutes les complications qu'on leur connaît, en augmentant le nombre de traitement conservateur.

Mots clés : cancer du sein, traitement conservateur du cancer du sein, oncoplastie

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Docteur Alfred Fitoussi, 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.

Le traitement conservateur n'a cessé d'évoluer depuis plus de vingt ans [1].

L'adaptation des techniques de chirurgie plastique à la cancérologie mammaire a permis de repousser plus loin encore les indications de mastectomie : la chirurgie « oncoplastique » faisait son apparition. Elle avait débuté par l'utilisation des techniques de réduction en T inversé à pédicule supérieur pour les tumeurs des quadrants inférieurs dont on connaissait les déformations fréquentes après radiothérapie. Ces techniques permettaient de traiter des tumeurs plus volumineuses avec des bonnes marges d'exérèse et un résultat esthétique de bonne qualité [2].

De nombreuses études multicentriques commençaient à confirmer que la limite des 2 cm dans le traitement conservateur pouvait être repoussée à 3 ou 4 cm, voire plus si les limites de la « tumorectomie » étaient suffisamment larges.

Progressivement, de nouvelles techniques ont été utilisées pour s'adapter à chaque localisation tumorale, au volume mammaire, à la forme et au degré de ptose du sein...

Les tumeurs externes les plus fréquentes ont pu bénéficier d'une technique externe sur mesure, permettant de traiter des tumeurs volumineuses sans déformation majeure du sein [3].

Les tumeurs centrales souvent prises en charge par mamectomie ont pu être traitées par « tumorectomie centrale » avec remodelage glandulaire et reconstruction secondaire de la plaque aréolo-mamelonnaire, sans différence de survie ou de récurrence à long terme [4].

Puis, toutes les autres localisations des techniques « sur mesure » ont progressivement vu le jour, avec des résultats à long terme très rassurants [5]. Les résultats sont bons, avec une diminution majeure des séquelles esthétiques du traitement conservateur dans le cancer du sein [6]. Nous avons essayé plus tard de mieux standardiser les techniques et le traitement des tumeurs en fonction de la localisation tumorale et des autres paramètres mammaires (volume, forme, ptose, densité...) [7], et des techniques spécifiques ont également été utilisées pour améliorer ces déformations comme le lipomodélage [8].

Progressivement, ces techniques ont été utilisées pour des localisations difficiles (tumeurs internes), pour des seins de très petit ou de très gros volumes [9].

Nous allons traiter ici les tumeurs inférieures, donc celle situées dans le quadrant inféro-externe, à l'union des quadrants inférieurs, du quadrant inféro-interne et celles du sillon sous-mammaire.

La technique péri-aréolaire peut parfois être utilisée pour les tumeurs inférieures mais elles sont mal adaptées, en effet le risque de

déformation reste important, sans résection cutanée en regard. Cette technique est plus adaptée pour les tumeurs supérieures proches de l'aréole.

Pour notre sujet, les tumeurs des quadrants inférieurs, c'est-à-dire d'inféro-externe à inféro-interne, en incluant celles du sillon sous-mammaire, 4 ou 5 techniques sont le plus souvent utilisées, plus une spécifique pour celles du sillon sous-mammaire. Les cicatrices seront le plus souvent verticales ou obliques, en bas et en dehors, ou en dedans.

1. LA TECHNIQUE EN T INVERSÉ À PÉDICULE SUPÉRIEUR : POUR LES TUMEURS À L'UNION DES QUADRANTS INFÉRIEURS OU INFÉRO-EXTERNES ET INTERNES

1.1. Les dessins préopératoires

Une clef de serrure dont le trou supérieur « bcd » correspond au nouvel emplacement de l'aréole et qui mesure en général 5 à 8 cm de base (i) et 4 à 6 cm de hauteur (j).

La partie verticale « de » ou « ab » d'au moins 5 centimètres qui correspond en général à la zone glandulaire réséquée qui emmène la tumeur (Figure 1). Cette longueur « ab » va définir le degré de ptose du sein traité. Avec des longueurs de 5 à 10 cm et plus qui vont permettre de dérouler le sein en créant la ptose. Les triangles latéraux de la résection vont jusqu'au sillon sous-mammaire à partir de ces points « a » et « e » (Figure 2).

1.2. Début de l'intervention

Incision très légère évitant de traverser le derme, suivant le dessin pré-établi afin de ne pas couper la vascularisation dermique du pédicule porte-mamelon supérieur « abcde », avec désépidermisation de cette zone en excluant la PAM d'environ 4 à 5 cm de diamètre, qui sera ascensionnée et vascularisée sur les vaisseaux dermiques de la zone « bcd » après section des segments « ab » et « de » (Figure 3).

Puis on va lever le pédicule porte-mamelon d'environ 5 à 6 cm de large sur une épaisseur de quelques millimètres. La hauteur de la transposition de l'aréole « 0c » ne doit pas être supérieure à 2 fois la largeur « bd » du lambeau porte-mamelon.

Figure 1 - Plastie en T

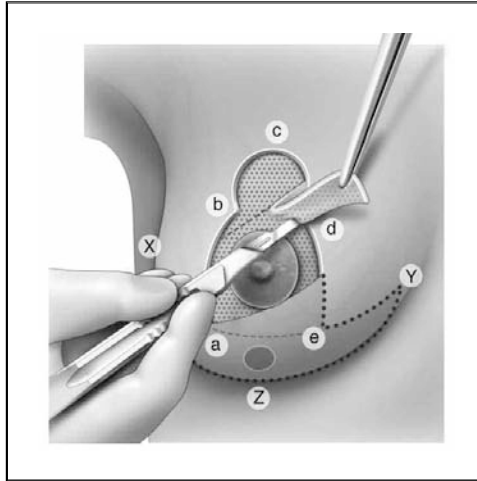
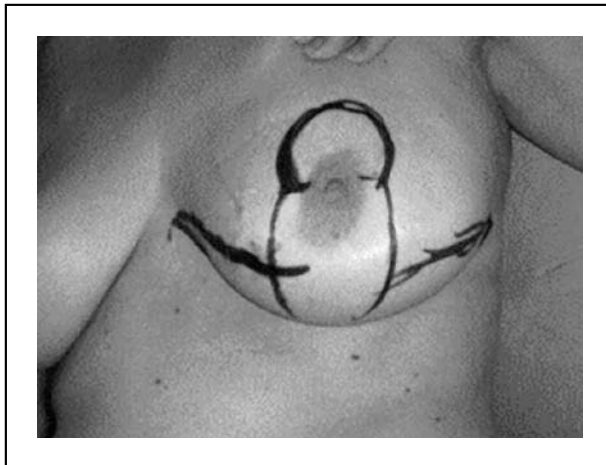
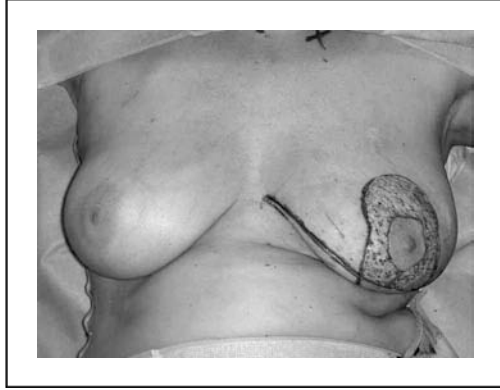


Figure 2 - Schéma d'une plastie en T



On incisera ensuite le derme dans le sillon sous-mammaire « xy » et on rejoint le tracé précédent en incisant les segments « xa » et « ye ». On décolle la glande mammaire du plan pectoral en coupant toutes les perforantes intercostales. Le décollement latéral de la glande mammaire

Figure 3 - Désépidermisation du lambeau porte-mamelon



passé en sous-peau, en interne et en externe, afin de reconstituer un volume glandulaire à base plus étroite et plus haut situé.

On commence la section glandulaire en incisant verticalement les segments « ab » et « de », remontant jusqu'en arrière de la plaque aréolo-mamelonnaire enfin de faciliter la plicature du pédicule dermique porte-mamelon. On garde bien en main cette résection glandulaire afin d'obtenir de larges marges en périphérie de la tumeur (Figure 4).

La pièce opératoire est orientée dans les 3 dimensions et elle est pesée. Même si la tumeur est proche de la peau, la tumeur sera réséquée avec la peau en regard. Le curage, s'il est nécessaire, peut être effectué par la même voie d'abord ou par une incision horizontale sous-axillaire indépendante.

1.3. Le remodelage glandulaire

L'aréole est repositionnée en « bcd ». Les piliers glandulaires sont rapprochés et suturés entre eux pour reconstruire un massif glandulaire à base plus étroite et plus haut situé. On positionne un drain en déclive et le sillon sous-mammaire est suturé.

En cas de tumeur inféro-interne ou inféro-externe, on adaptera la résection glandulaire en fonction des besoins. Un lambeau glandulaire controlatéral sera confectionné sur le pilier opposé afin de combler le défaut glandulaire.

Le sein controlatéral peut être symétrisé par la même technique dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps, en cas de

Figure 4 - Libération de la glande mammaire de la face profonde musculaire



Figure 5 - Remodelage de la glande mammaire après plastie en T



doute. On s'aidera du poids de la résection du sein traité pour adapter celle du sein opposé (Figure 5).

En cas de gigantomastie, la remontée de la PAM de 15 cm ou plus sur le lambeau porte-mamelon peut être difficile à réaliser. La vascularisation de la PAM est alors plus aléatoire avec un risque de souffrance, voire de nécrose, d'une partie ou de la totalité de l'aréole

et du mamelon. Dans ce cas, on peut réaliser une « ablation » de la PAM comme une greffe de peau mince (quelques millimètres) (Figure 6) et la reposer en greffe sur une zone receveuse désépidermée après résection en T inversé de la glande des quadrants inférieurs (Figure 7).

Après repositionnement de l'aréole sur la zone désépidermée, une suture en périphérie est réalisée, quelques micro-incisions sont pratiquées dans la greffe afin d'évacuer des sécrétions et améliorer le contact du derme et de la greffe. Un pansement compressif est positionné (bourdonnet) et le plus souvent utile afin de favoriser le contact greffe-zone désépidermée.

Figure 6 - Prélèvement de l'aréole

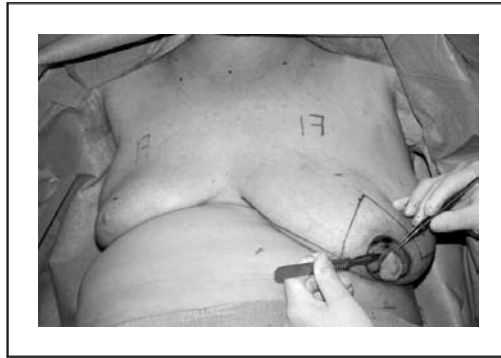


Figure 7 - Aspect en fin d'intervention



2. LA TECHNIQUE VERTICALE PURE À PÉDICULE SUPÉRIEUR (MÊME INDICATION QUE LE T SUR SEINS MOINS PTOSÉS)

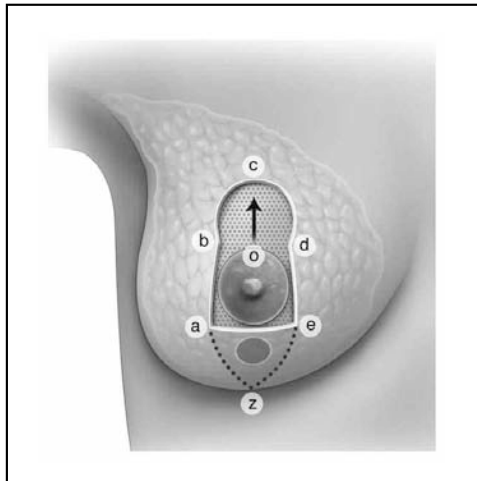
Cette intervention dérive de la précédente, seuls les triangles cutanés ne sont pas effectués.

2.1. Les dessins préopératoires

Ils sont identiques pour la partie supérieure. Une clef de serrure dont le trou supérieur « bcd » correspond au nouvel emplacement de l'aréole et qui mesure en général 5 à 8 cm de base et 4 à 6 cm de hauteur. La partie verticale d'au moins 6 centimètres qui correspond en général à la zone glandulaire réséquée qui emmène la tumeur. Les deux verticales latérales « az » et « ez » se rejoignent en inférieur au point « z » situé le plus souvent 1 ou 2 cm au-dessus du sillon sous-mammaire (Figure 8).

Cette longueur « zb » va définir le degré de ptose du sein traité. Avec des longueurs de 5 à 10 cm qui vont permettre de dérouler le sein en créant la ptose.

Figure 8 - Technique verticale



2.2. Début de l'intervention

Incision très légère évitant de traverser le derme, suivant le dessin pré-établi afin de ne pas couper la vascularisation dermique du pédicule porte-mamelon supérieur « abcde », avec désépidermisation de cette zone en excluant la PAM d'environ 4 à 5 cm de diamètre, qui sera ascensionnée et vascularisée sur les vaisseaux dermiques de la zone « bcd » après section des segments « ab » et « de » jusqu'à « z ».

Puis on va lever le pédicule porte-mamelon d'environ 5 à 6 cm de large sur une épaisseur de quelques millimètres, de la même manière que pour le T inversé. La hauteur de la transposition de l'aréole Oc ne doit pas être supérieure à 2 fois la largeur « bd » du lambeau porte-mamelon.

Incision latérale « zab » et « zed », puis décollement de la glande mammaire en sous-cutané, en dessous des points « a » et « e » et latéralement jusqu'à la partie interne et externe du massif glandulaire.

On décolle ensuite la glande mammaire du plan pectoral en coupant toutes les perforantes intercostales.

On termine la section glandulaire en incisant verticalement les segments « ab » et « de », remontant jusqu'en arrière de la plaque aréolo-mamelonnaire enfin de faciliter la plicature du pédicule dermique porte-mamelon.

L'excédent glandulaire inférieur et latéral sera réséqué dans la même pièce opératoire que la résection centrale.

On garde bien en main cette résection glandulaire afin d'obtenir de larges marges en périphérie de la tumeur.

La pièce opératoire est orientée dans les 3 dimensions et elle est pesée. Même si la tumeur est proche de la peau, la tumeur sera réséquée avec la peau en regard. Le curage, s'il est nécessaire, est effectué par une incision horizontale sous-axillaire indépendante.

En cas de tumeur légèrement interne, on pourra confectionner un petit lambeau glandulaire désépidermisé qui viendra combler par rotation la zone de tumorectomie large.

2.3. Le remodelage glandulaire

L'aréole est repositionnée en « bcd ». Les piliers glandulaires sont rapprochés et suturés entre eux pour reconstruire un massif glandulaire à base plus étroite et plus haut situé.

En cas de tumeur inféro-interne ou inféro-externe, on adaptera la résection glandulaire en fonction des besoins. Un lambeau glandulaire

controlatéral sera confectionné sur le pilier opposé afin de combler le défaut glandulaire.

Fermeture cutanée verticale en fronçant légèrement la suture afin de réduire le segment 3.

Un drain est positionné dans la région déclive du sillon sous-mammaire.

Le sein controlatéral peut être symétrisé par la même technique dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps en cas de doute.

On s'aidera du poids de la résection du sein traité pour adapter celle du sein opposé.

3. LA TECHNIQUE EN J OU EN L À PÉDICULE SUPÉRIEUR (IDEM À LA VERTICALE POUR DES TUMEURS INFÉRO-EXTERNES)

Il ne s'agit en fait que d'une technique verticale avec un trait de refend en virgule dirigé vers l'extérieur. Cette technique reprend trait pour trait tous les temps opératoires des techniques verticales en permettant un meilleur remodelage cutané. Cette technique est particulièrement adaptée aux tumeurs inféro-externes sur sein légèrement ptosé. Un lambeau glandulaire peut également être confectionné (Figure 9). Le sein controlatéral peut être symétrisé par la même technique dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps en cas de doute.

On s'aidera du poids de la résection du sein traité pour adapter celle du sein opposé.

4. LA TECHNIQUE EXTERNE (POUR LES TUMEURS INFÉRO-EXTERNES)

4.1. Les dessins préopératoires

Ils reprennent le même principe de la clef que dans les techniques verticales. L'aréole sera transposée en haut et en dehors dans l'orifice du trou de serrure « bcd ». La base est d'environ 6 à 8 cm et la hauteur

Figure 9 - Technique en J ou en L

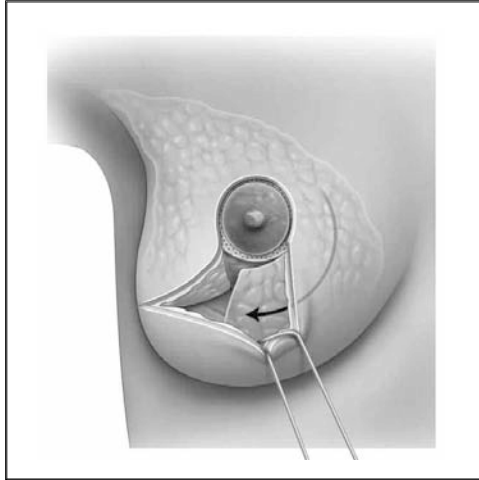
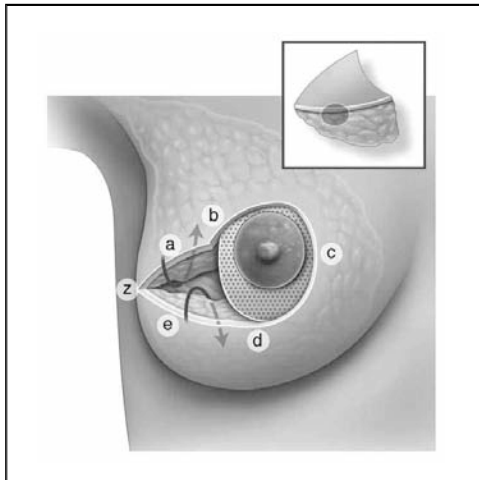


Figure 10 - Technique externe et inféro-externe



de 4 à 5 cm. La tumeur, surtout si elle est proche de la peau, entrera dans la résection latérale à branche horizontale « ab » et « de ». Ces deux branches se termineront en externe en pointe sur le point « z » (Figure 10).

4.2. Début de l'intervention

Incision très légère évitant de traverser le derme, suivant le dessin pré-établi afin de ne pas couper la vascularisation dermique du pédicule porte-mamelon supérieur « abcde », avec désépidermisation de cette zone en excluant la PAM d'environ 4 à 5 cm de diamètre, qui sera déplacée en haut et en dehors. Elle reste vascularisée sur les vaisseaux dermiques de la zone « bcd » après section des segments « ab » et « de ».

Puis on va lever le pédicule porte-mamelon d'environ 5 à 6 cm de large sur une épaisseur de quelques millimètres. La hauteur de la transposition est généralement beaucoup plus courte dans cette technique, avec peu de risque vasculaire.

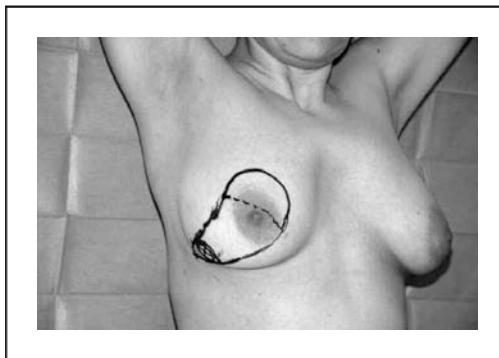
Incision latérale « zab » et « zed », puis section glandulaire en incisant verticalement les segments « abz » et « dez », remontant jusqu'en arrière de la plaque aréolo-mamelonnaire enfin de faciliter la plicature du pédicule dermique porte-mamelon si nécessaire (Figure 11).

On décolle la glande mammaire du plan pectoral en coupant certaines perforantes intercostales.

On garde bien en main cette résection glandulaire afin d'obtenir de larges marges en périphérie de la tumeur.

La pièce opératoire est orientée dans les 3 dimensions et elle est pesée. Même si la tumeur est proche de la peau, la tumeur sera réséquée avec la peau en regard. Le curage, s'il est nécessaire, est effectué par la même incision ou parfois par une incision horizontale sous-axillaire indépendante.

Figure 11 - Dessin préopératoire



4.3. Le remodelage glandulaire

L'aréole est repositionnée en « bcd ». Les piliers glandulaires sont rapprochés et suturés entre eux pour reconstruire un massif glandulaire à base plus étroite et plus haut situé (Figure 12).

En cas de tumeur inféro-externe ou supéro-externe, on adaptera la résection glandulaire en fonction des besoins. Un lambeau glandulaire controlatéral sera confectionné sur le pilier opposé afin de combler le défaut glandulaire si la tumeur est située loin de la peau.

Fermeture cutanée directe, un drain est positionné dans la région postérieure.

Le sein controlatéral peut être symétrisé par la même technique ou par une technique verticale, dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps en cas de doute.

On s'aidera du poids de la résection du sein traité pour adapter celle du sein opposé.

Figure 12 - Résultat postopératoire



5. LA TECHNIQUE INTERNE : POUR LES TUMEURS INFÉRO-INTERNES

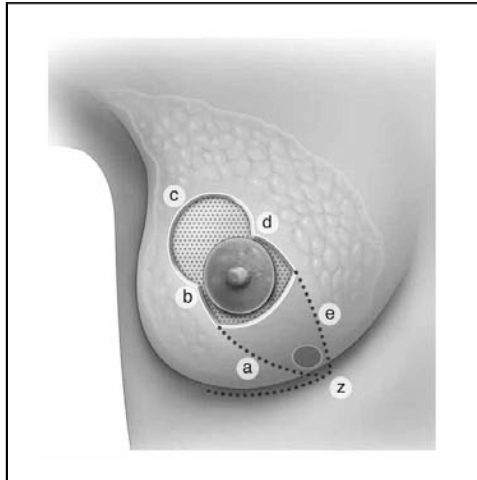
Les tumeurs internes sont rares et souvent très difficiles à traiter sans déformation glandulaire.

La technique interne va permettre de retirer la tumeur et la peau en regard au large, de réadapter l'étui cutané au nouveau volume

glandulaire, et grâce au repositionnement de l'aréole en haut et en dehors, d'éviter qu'elle soit attirée en dedans après la radiothérapie.

C'est l'opposé d'une technique externe (Figure 13).

Figure 13 - Technique interne



5.1. Les dessins préopératoires

Ils reprennent le même principe de la clef que dans les techniques verticales. L'aréole sera transposée en haut et en dedans dans l'orifice du trou de serrure « bcd ». La base est d'environ 6 à 8 cm et la hauteur de 4 à 5 cm. La tumeur, surtout si elle est proche de la peau, entrera dans la résection latérale à branche horizontale « ab » et « de ». Ces deux branches se termineront en externe en pointe sur le point « z ».

5.2. Début de l'intervention

Incision très légère évitant de traverser le derme, suivant le dessin pré-établi afin de ne pas couper la vascularisation dermique du pédicule porte-mamelon supérieur « abcde », avec désépidermisation de cette zone en excluant la PAM d'environ 4 à 5 cm de diamètre qui sera déplacée en haut et en dehors. Elle reste vascularisée sur les vaisseaux dermiques de la zone « bcd » après section des segments « ab » et « de ».

Puis on va lever le pédicule porte-mamelon d'environ 5 à 6 cm de large sur une épaisseur de quelques millimètres. La hauteur de la transposition « de » est généralement beaucoup plus courte dans cette technique avec peu de risque vasculaire.

Incision latérale « zab » et « zed », puis section glandulaire en incisant verticalement les segments « abz » et « dez », remontant jusqu'en arrière de la plaque aréolo-mamelonnaire enfin de faciliter la plicature du pédicule dermique porte-mamelon si nécessaire.

On décolle la glande mammaire du plan pectoral en coupant certaines perforantes intercostales.

On garde bien en main cette résection glandulaire afin d'obtenir de larges marges en périphérie de la tumeur.

La pièce opératoire est orientée dans les 3 dimensions et elle est pesée. Même si la tumeur est proche de la peau, la tumeur sera réséquée avec la peau en regard. Le curage, s'il est nécessaire, est effectué par la même incision ou parfois par une incision horizontale sous-axillaire indépendante.

5.3. Le remodelage glandulaire

L'aréole est repositionnée en « bcd ». Les piliers glandulaires sont rapprochés et suturés entre eux pour reconstruire un massif glandulaire à base plus étroite et plus haut situé.

Attention de ne pas retirer trop de peau car cela pourrait ascensionner et déformer le sillon sous-mammaire.

Fermeture cutanée directe, un drain est positionné dans la région postérieure.

Le curage, s'il est nécessaire, sera effectué par une incision séparée sous-axillaire horizontale.

Le sein controlatéral peut être symétrisé par une technique verticale, dont les cicatrices sont plus acceptables, d'autant que ce sein ne sera pas irradié. Cette symétrisation peut être effectuée dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps en cas de doute, souvent par une technique verticale plus esthétique.

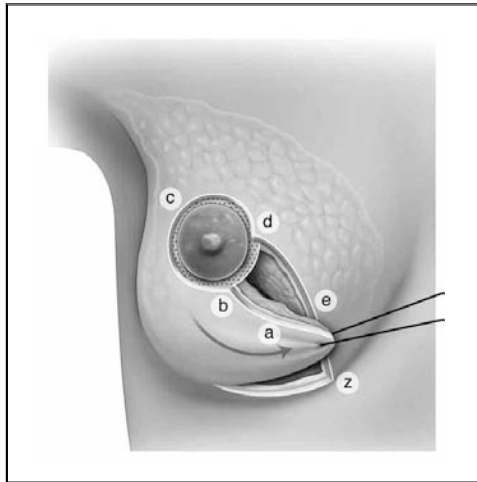
On s'aidera du poids de la résection du sein traité pour adapter celle du sein opposé.

6. LA TECHNIQUE INTERNE AVEC ROTATION GLANDULAIRE AVEC ATTEINTE CUTANÉE

Il s'agit en fait d'une technique interne modifiée afin de traiter les tumeurs inféro-externes très proches ou adhérentes à la peau, qui nécessitent une large exérèse cutanée associée à la tumorectomie. Elle concerne les tumeurs proches du sillon sous-mammaire dans le rayon de 4 h à droite et 8 h à gauche, avec le plus souvent une atteinte cutanée.

Dans ce cas de figure, le simple décollement glandulaire et le rapprochement des piliers glandulaires sont insuffisants. On y associera donc une rotation complète des deux quadrants inférieurs après avoir incisé le sillon sous-mammaire et décollé complètement la glande (Figure 14).

Figure 14 - Technique interne avec lambeau de rotation



6.1. Les dessins préopératoires

Ils reprennent le même principe que la technique interne précédemment décrite, associée à un trait de refend sur tout le sillon sous-mammaire.

6.2. Début de l'intervention

Il s'agit de la même intervention pour tout ce qui concerne le début : incision très légère évitant de traverser le derme, suivant le dessin pré-établi afin de ne pas couper la vascularisation dermique du pédicule porte-mamelon supérieur « abcde », avec désépidermisation de cette zone, en excluant la PAM d'environ 4 à 5 cm de diamètre, qui sera déplacée en haut et en dehors. Elle reste vascularisée sur les vaisseaux dermiques de la zone « bcd » après section des segments « ab » et « de ».

Puis on va lever le pédicule porte-mamelon d'environ 5 à 6 cm de large sur une épaisseur de quelques millimètres. La hauteur de la transposition « de » est généralement beaucoup plus courte dans cette technique avec peu de risque vasculaire.

Incision latérale « zab » et « zed », puis section glandulaire en incisant verticalement les segments « abz » et « dez », remontant jusqu'en arrière de la plaque aréolo-mamelonnaire enfin de faciliter la plicature du pédicule dermique porte-mamelon si nécessaire.

Ensuite, la différence est que l'on doit décoller les 2 quadrants inférieurs après avoir incisé la totalité du sillon sous-mammaire.

6.3. Le remodelage glandulaire

L'aréole est repositionnée en « bcd ». Les quadrants inférieurs sont totalement décollés avec section de toutes les perforantes intercostales, mais respect de la mammaire externe.

Puis on effectue une rotation interne complète de toute la partie inférieure du sein, les deux quadrants inférieurs avec peau et glandes. Les deux quadrants inférieurs sont donc transposés sans tension en interne. Ainsi mobilisée, la glande est ensuite suturée sur le pilier glandulaire interne fixe (Figures 15 et 16).

Fermeture cutanée directe, un drain est positionné dans la région postérieure.

Le curage, s'il est nécessaire, sera effectué par une incision séparée sous-axillaire horizontale.

Le sein controlatéral peut être symétrisé par une technique verticale, dont les cicatrices sont plus acceptables, d'autant que ce sein ne sera pas irradié. Cette symétrisation peut être effectuée dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps en cas de doute.

On s'aidera du poids de la résection du sein traité pour adapter celle du sein opposé.

Figure 15 - Incision du SSM et rotation du lambeau



Figure 16 - Aspect postopératoire



Un tour complet du sein a été effectué. Restent les tumeurs centrales et celles du sillon sous-mammaire.

7. LA PRISE EN CHARGE DES TUMEURS DU SILLON SOUS-MAMMAIRE (QUELLE QUE SOIT LA LOCALISATION)

Les tumeurs du sillon sous-mammaire sont généralement plus faciles à traiter, avec un remodelage glandulaire par abaissement du massif glandulaire. Le plus souvent la symétrisation n'est pas nécessaire

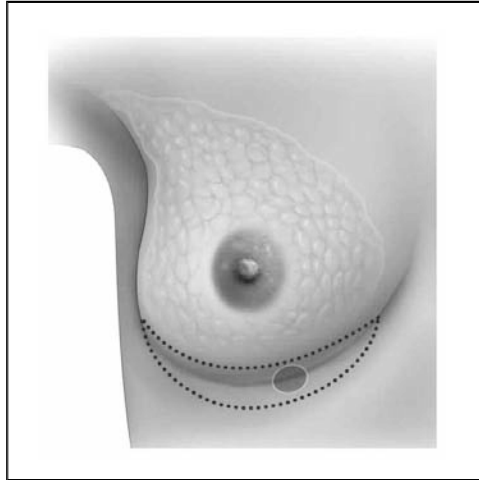
pour ces tumeurs. Cette technique est très facile à réaliser sur des seins ptosés.

7.1. La technique simple du sillon sous-mammaire

7.1.1. Les dessins préopératoires

Le dessin passe 1 cm au-dessus et en dessous du sillon sous-mammaire en emmenant la tumeur et la peau en regard. Le dessin va continuer en interne et en externe et permettra de refermer le sillon sous-mammaire sans oreille latérale (Figure 17).

Figure 17 - Technique du sillon sous-mammaire



7.1.2. Début de l'intervention

Incision un centimètre au-dessus et en dessous du sillon sous-mammaire centré sur la tumeur et allant jusqu'au muscle pectoral. L'incision est prolongée en dedans et en dehors sur 3 à 5 cm afin d'éviter, lors du remodelage, l'inadéquation des cicatrices supérieure et inférieure (Figure 18).

7.1.3. Le remodelage glandulaire

La tumeur est emmenée en monobloc avec les oreilles interne et externe jusqu'au plan pectoral. Puis la glande mammaire est décollée en haut sur 5 à 8 cm en dépassant l'aréole afin d'abaisser facilement la

cicatrice supérieure avec la glande mammaire sur la cicatrice inférieure (Figure 19). La pièce opératoire est orientée.

Cet artefact permet de modifier très peu le pôle inférieur du segment sous-aréolaire (segment 3). Le lit opératoire est clippé pour orienter la radiothérapie.

Fermeture cutanée directe, un drain est positionné dans la région postérieure du sein.

Le sein controlatéral nécessite rarement un geste de symétrisation par la même technique.

Le curage, s'il est nécessaire, sera effectué par une incision séparée sous-axillaire horizontale.

Figure 18 - Dessin préopératoire



Figure 19 - Aspect en fin d'intervention



7.2. La technique du sillon sous-mammaire avec lambeau dermoglandulaire

Sur des seins de petit volume et surtout si la tumeur se situe légèrement au-dessus du sillon, son exérèse va entraîner un défaut glandulaire difficile à combler. On peut alors utiliser une ou les deux oreilles latérales de la résection du sillon sous-mammaire. Une fois désépidermisées, on peut les détacher du plan pectoral en les laissant attachée et vascularisées sur la base du triangle.

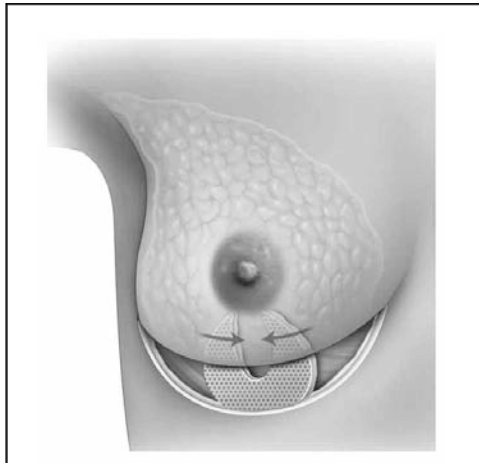
7.2.1. Les dessins préopératoires

Le dessin passe 1 cm au-dessus et en dessous du sillon sous-mammaire en emmenant la tumeur et la peau en regard. Le dessin va continuer en interne et en externe et permettra de refermer le sillon sous-mammaire sans oreille latérale.

7.2.2. Début de l'intervention

Incision un centimètre au-dessus et en dessous du sillon sous-mammaire centrée sur la tumeur et allant jusqu'au muscle pectoral. L'incision est prolongée en dedans et en dehors sur 3 à 5 cm afin d'éviter, lors du remodelage, l'inadéquation des cicatrices supérieure et inférieure. Les lambeaux dermograisseux latéraux sont désépidermisés (Figure 20).

Figure 20 - Technique du SSM avec lambeaux dermiques



7.2.3. Le remodelage glandulaire

La tumeur est réséquée avec la peau en regard. Puis la glande mammaire est décollée en haut sur 5 à 8 cm en dépassant l'aréole afin d'abaisser facilement la cicatrice supérieure avec la glande mammaire sur la cicatrice inférieure.

Cet artefact permet de modifier très peu le pôle inférieur du segment sous-aréolaire (segment 3). Les lambeaux dermograisseux désépidermisés sont levés et restent attachés à leurs bases afin de rester vascularisés. Ils sont transposés dans la zone de défaut glandulaire afin de le combler. Ils seront fixés pour ne pas se déplacer lors de l'abaissement de la cicatrice supérieure sur la cicatrice inférieure. Le lit opératoire est clippé pour orienter la radiothérapie.

Fermeture cutanée directe, un drain est positionné dans la région postérieure du sein.

Le sein controlatéral nécessite rarement un geste de symétrisation.

Le curage, s'il est nécessaire, sera effectué par une incision séparée sous-axillaire horizontale.

CONCLUSION

Depuis 20 ans, les limites du traitement conservateur n'ont pas cessé d'être repoussées afin de diminuer le nombre de mastectomies radicales, d'améliorer la qualité des marges d'exérèses et de diminuer les séquelles esthétiques de traitement après radiothérapie.

Les techniques oncoplastiques permettent de remodeler le sein afin de lui donner une forme souple, sans traction ou défaut glandulaire afin de pouvoir recevoir au mieux la radiothérapie et éviter les distorsions qui s'en suivent.

À chaque rayon une technique peut être utilisée afin d'éviter les séquelles du traitement conservateur après radiothérapie.

Bibliographie

- [1] Staub G, Fitoussi A, Falcou MC, Salmon RJ. Breast cancer surgery: use of mammoplasty. Results from Institute Curie. *Ann Chir Plast Aesthet* 2008;53:124-34.
- [2] Fitoussi A, Couturaud B, Salmon RJ. Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein : techniques et indications. 1st edition, Springer, Paris.
- [3] Berry MG, Ballester M, Fitoussi A, Couturaud B, Salmon RJ. Lateral mammoplasty for oncoplastic breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 2008;34:1156.
- [4] McCulley SJ, Durani P, Macmillan RD. Therapeutic mammoplasty for centrally located breast tumours. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117:366-73.
- [5] Reijtens M, Urban CA, Rey PC, Mazzarol G, Maisonneuve P, Farusi C, Intra M, Yamaguchi S, Kaur N, De Lorenzi F, Matthes AGZ, Zurrida S, Petie JY. Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery. *Breast* 2007;16:387-95.
- [6] Clough KB, Thomas SS, Fitoussi AD, Couturaud B, Reyal F, Falcou MC. Reconstruction after conservative treatment for breast cancer: cosmetic sequelae classification revisited. *Plast Reconstr Surg* 2004;114: 1743-53.
- [7] Staub G, Fitoussi A, Falcou MC, Salmon RJ. Breast cancer surgery: use of mammoplasty. Results from Institute Curie. *Ann Chir Plast Aesthet* 2008;53:124-34.
- [8] Fitoussi AD, Berry MG, Couturaud B, Falcou MC, Salmon RJ. Management of the post-breast-conserving therapy defect: extended follow-up and reclassification. *Plast Reconstr Surg* 2010 Mar;125(3): 783-91.
- [9] Fitoussi AD, Berry MG, Famà F, Falcou MC, Curnier A, Couturaud B, Reyal F, Salmon RJ. Oncoplastic breast surgery for cancer: analysis of 540 consecutive cases (Outcomes article). *Plast Reconstr Surg* 2010 Feb;125(2): 454-62.

Les illustrations 1, 8, 9, 10, 13, 14, 17 et 20 ont été réalisées par Cyrille Martinet et publiées dans *Chirurgie du cancer du sein. Traitement conservateur, oncoplastie et reconstruction*, Alfred Fitoussi *et al.*, 2011. Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.