
Traitement des cancers des quadrants inférieurs du sein par plastie mammaire de réduction

E ACHARD¹, RJ SALMON²

¹Clinique du Trocadéro, 52 rue de la Tour 75116 Paris

²Institut Curie, 26 rue d'Ulm 75005 Paris

Correspondance :

RJ SALMON

Tel : 0033144324650 Fax : 0033144324623

Email : remy.salmon@curie.net

Résumé

But : analyser la technique de plastie mammaire de réduction pour les cancers du sein des quadrants inférieurs.

Patientes et méthodes : 60 patientes ont été opérées entre 1992 et 2003, l'âge moyen était de 53 ans (extrêmes : 34-75) par une double équipe cancérologique et plastique dans le même temps opératoire pour un cancer à l'union des quadrants inférieurs (T1-2, N0-1a, M0). Toutes les patientes ont eu une plastie mammaire de réduction bilatérale et un curage ganglionnaire homo-latéral dans le même temps opératoire par une double équipe cancérologique et plastique. Une irradiation était faite chez toutes les patientes avec une surimpression chez 30% dans la zone de tumorectomie.

Résultats : La taille moyenne des cancers était de 17,5mm avec 10 patientes N+

Le poids moyen de la tumorectomie était de 220g (80-900). Il y a eu une récurrence locale à 3 ans. Le résultat esthétique était bon dans 75% des cas. Les séquelles de radiothérapie, induration, fibrose et télangiectasies et la mauvaise qualité des cicatrices contro-latérales étaient responsables des résultats moyens.

Conclusion : La plastie mammaire de réduction est une bonne technique de prise en charge des cancers du sein des quadrants inférieurs. Une double équipe, au prix d'une contrainte logistique, permet une bonne prise en charge oncoplastique.

Mots clés : Cancer du sein / plastie des quadrants inférieurs / oncoplastie

Abstract

Aim: Evaluate bilateral reduction mammoplasty in the management of breast cancer in the lower quadrants

Patients and methods: 60 patients were operated on between 1992 and 2003, mean age was 53 (ext: 34-75), by a double team of oncologists and plastic surgeons during the same operative procedure, for a cancer in the lower quadrants (T1-2, N0-1a, M0). Radiation therapy was delivered to all patients with a boost in 30% of them.

Results: Mean cancer size was 17.5mm (with 10N+ patients). Mean weight of the lumpectomy was 220g (80-900). There was one local recurrence at three years. Cosmetic result was good in 75% of the cases. Radiation side effects: fibrosis, induration and telangiectasias and vicious cicatrization on the contro-lateral breast were responsible for the medium quality results.

Conclusion: Bilateral reduction mammoplasty is a good technique for the management of cancers in the lower quadrants. A double team, with a logistic organization, gives good oncoplastic results.

Keywords: Breast cancer / bilateral reduction mammoplasty / oncoplasty

plus une correction unilatérale entraîne une asymétrie très inesthétique (1-2).

Cette technique utilisée depuis de nombreuses années dans le traitement primaire de la maladie (6-8) a été étendue à des patientes ayant reçu des traitements néo-adjuvants par chimio et/ou hormonothérapie (9).

La PM permet évidemment d'obtenir des seins symétriques à la fin de l'intervention, mais aussi de réaliser des exérèses tumorales larges avec des berges d'exérèse très à distance de la tumeur, meilleur garant du pronostic local futur (10).

Le curage axillaire classique où la technique d'identification du ganglion sentinelle n'est pas modifiée par la PM car le geste cancérologique doit toujours précéder le geste plastique.

Patientes et Méthodes

De 1992 à 2003, 60 patientes (âge moyen 53 ; extrêmes : 34-75) étaient opérées, dans le même temps opératoire, par la même équipe comprenant un chirurgien cancérolo-

Introduction

Parmi les techniques de chirurgie «oncoplastique», la plastie mammaire de réduction bilatérale pour les cancers des quadrants inférieurs représente une indication idéale.

La tumorectomie classique (1-5), dans cette localisation, surtout chez les patientes aux seins volumineux et/ou ptosés, aboutit de façon constante à un très mauvais résultat esthétique, avec un défaut volumétrique inférieur qui entraîne un capotage en bas et en avant de l'aréole et du mamelon.

Cette déformation est difficile à corriger, de façon unilatérale, après le traitement, surtout sur un sein irradié. Après irradiation, le sein est en effet peu modelable et sujet à des difficultés et des retards de cicatrization. De

gue et un chirurgien plasticien.

Toutes les patientes, sauf 3, avaient des bonnets C ou supérieurs.

Il existait chez toutes les patientes une ptose mammaire avec une distance clavicule-mamelon moyenne de 26 cm.

Sur le plan cancérologique, il s'agissait de patientes classées T1-2, N0-1a, M-.

La tumorectomie était faite par une incision utilisant le tracé de plastie dessiné avant l'intervention. Cette tumorectomie respectait les règles de chirurgie carcinologique sans tenir compte des impératifs de la plastie ultérieure. La pièce était orientée et encrée selon les référentiels en vigueur.

La chirurgie ganglionnaire axillaire était faite, soit par la partie externe et horizontale de l'incision de plastie, soit par une incision séparée, en fonction de la morphologie de la patiente et de la simplicité de l'abord axillaire. Vingt patientes (30%) avaient un abord axillaire séparé de la cicatrice de plastie. Tous les curages axillaires étaient drainés par un drainage aspiratif. Il n'y avait pas de drainage en cas de ganglion sentinelle.

L'intervention complète durait 120-180 mn et l'hospitalisation de 4 à 7 jours, principalement en fonction du volume de lymphes drainés par le drain axillaire.

La plastie mammaire était faite après avoir tracé les incisions sur une patiente réveillée.

La chirurgie cancérologique était faite sur une patiente en décubitus dorsal, bras à 90°.

Une fois le geste cancérologique réalisé, la patiente était ½ assise, le bras reposé le long du corps sans changement de champ opératoire.

Une désépidermisation péri-aréolaire ramenait l'aréole au point repéré en préopératoire.

Une résection glandulaire complémentaire était éventuellement effectuée en complément de la tumorectomie pour les impératifs esthétiques.

La résection cutanée était effectuée sur un clamp aboutissant à une cicatrice en T inversé chez toutes les patientes.

Une réduction du sein controlatéral dans le même temps opératoire était réalisée, chez toutes les patientes, par la même technique.

Toutes les patientes étaient irradiées en post-opératoire à la dose de 45-50 grays sur le sein et 30% recevaient une surimpression sur les quadrants inférieurs.

Les indications de traitement médical adjuvant étaient posées en accord avec les référentiels en usage à l'Institut Curie au moment du traitement.

La technique de plastie mammaire n'entraînait jamais de retard à la mise en route d'un traitement adjuvant quel qu'en soit sa nature.

Toutes les patientes étaient suivies en alternance par les deux chirurgiens et les médecins ayant pris en charge le traitement adjuvant.



Figure 1. Tumorectomie classique du quadrant inférieur du sein gauche suivie de radiothérapie.



Figure 2A/B. Tumorectomie du quadrant inférieur du sein droit avec plastie mammaire bilatérale.





Figure 3. Repères pré-opératoires : désépidermisation péri-aréolaire, incision verticale et incision dans le sillon mammaire.



Figure 4. Tumorectomie du quadrant inférieur du sein gauche, plastie mammaire du sein gauche avant symétrisation du sein droit.

Figure 5A/B. Cancer du quadrant inférieur du sein droit, plastie mammaire bilatérale, radiothérapie du sein droit en cours.



Résultats

Le pT était de 17,5 mm (ext : 8-32mm) avec une résection glandulaire moyenne de 220g (80-900g !).

Toutes les marges d'exérèse étaient en territoire sain. Aucune localisation tumorale n'était mise en évidence sur la pièce d'exérèse controlatérale.

Il y avait 10 patientes N+ avec une atteinte ganglionnaire d'un ganglion, n=6, deux ganglions n=2, trois et plus n=2. Les patientes recevaient une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie en fonction des protocoles et des données biologiques de la tumeur.

Hormis une patiente qui développait une récurrence locale dans le cadre d'une dissémination poly-métastatique, trois ans après l'intervention et qui en décédait, aucune récurrence locale n'était observée chez les 59 autres patientes.

6 patientes développaient des métastases viscérales, pour lesquelles elles étaient traitées par une reprise de la chimiothérapie.

Le résultat esthétique était évalué comme bon ou très bon chez 45 patientes (75%).

Un mauvais résultat était noté chez une patiente qui était par ailleurs porteuse d'une sarcoïdose et d'un antécédent de cancer de la thyroïde. Dans les 20% des cas restants, le résultat était considéré comme médiocre pour des raisons parfois associées :

- Asymétrie entre le sein irradié réduit par rapport au sein non irradié,
- Cicatrices de mauvaise qualité, chéloïdes, surtout du côté non irradié,
- Seins durs, figés, avec téléangiectasies à l'union des quadrants inférieurs, surtout en cas de surimpression sur les quadrants inférieurs.

Discussion

La plastie mammaire des quadrants inférieurs n'est pas une technique nouvelle (10). Elle a été décrite pour les

cancers du sein en 1990 par notre équipe (7-8). Elle est devenue technique de routine pour certains, mais compte tenu de la fréquence des cancers situés dans les quadrants inférieurs, reste cependant de réalisation peu fréquente.

Un certain nombre de raisons peuvent expliquer la limitation du développement de cette technique. Tout d'abord, elle ne concerne pas tous les cas. Elle s'adresse à des seins de taille suffisante avec une ptose (supérieure à 18 cm) permettant la réalisation de l'intervention en espérant un résultat esthétique correct. Les patientes porteuses d'un cancer avec des seins de petite taille dans cette localisation ne relèvent pas de cette stratégie.

Une deuxième raison tient au fait que les patientes, déjà traumatisées par l'annonce du cancer, ont parfois du mal à accepter l'idée que l'on va « toucher » le sein controlatéral, non malade, pour des raisons purement esthétiques. Le conjoint ne joue pas forcément un rôle favorisant dans cette proposition. Le temps nécessaire à une bonne compréhension de la méthode peut être incompatible avec la prise en charge du cancer.

A l'inverse, on est parfois surpris de l'adhésion très rapide de certaines patientes aux seins « généreux », qui souffrent de leur hypertrophie depuis des années et chez qui la proposition de réduction, pour raison médicale, les « autorisent » à la réalisation de cette réduction souhaitée, mais non réalisée pour des raisons souvent « culturelles ». L'amélioration de la silhouette est alors vécue comme une compensation de la survenue du cancer.

La réalisation d'une plastie mammaire de réduction avec un bon résultat esthétique nécessite une bonne formation de chirurgien plasticien (10). Certes le développement de la chirurgie oncoplastique devrait permettre de réaliser ces interventions de façon plus régulière (11). Cependant les chirurgiens oncoplastiques ne sont pas légion, leur formation est longue pour acquérir la double expérience plastique et cancérologique et comme pour tout ce qui relève de la technique chirurgicale, on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Il faut donc un recrutement de patientes suffisant pour maintenir cette double compétence. Le risque de résultat esthétique médiocre ou à l'inverse d'un geste cancérologique insuffisant ne doit pas pénaliser les patientes sous prétexte de geste « oncoplastique ». C'est la raison pour laquelle nous avons choisi une technique à double équipe, cancérologique et plastique. Au prix d'un petit effort logistique, cette association n'a pas entraîné de prolongation significative des temps opératoires. L'avantage supplémentaire de cette double équipe est médico-légal. La chirurgie oncoplastique n'est pas actuellement reconnue par l'ordre des médecins et il est quasiment impossible de pouvoir obtenir cette double compétence actuellement.

Sur le plan cancérologique pur, la taille des exérèses a toujours été satisfaisante, très au large de la tumeur. Une seule récurrence locale, certes avec un recul de trois ans, dans le cadre d'une dissémination poly-métastatique, a été observée dans notre série. La qualité du résultat esthétique est d'interprétation plus difficile (12). En effet, les traitements post-opératoires vont modifier la morphologie du sein traité, par rapport au sein controlatéral. Le sein irradié va d'abord gonfler du fait de l'œdème et il faut

rassurer la patiente en lui disant que le résultat définitif ne peut être jugé que plusieurs mois après la fin de l'irradiation. L'obésité, les seins déshabités, le tabagisme et un diabète peuvent de plus compromettre encore la qualité du résultat. Des téléangiectasies, peuvent survenir deux à trois ans après la fin de l'irradiation. Elles sont définitives, compromettant encore la qualité du résultat.

Conclusion

La plastie mammaire représente une indication idéale de chirurgie oncoplastique dans les cancers des quadrants inférieurs associés à une hypertrophie. Elle donne une proportion importante de bons résultats esthétiques et en raison de la taille de la tumorectomie qu'elle impose permet un contrôle local de très bonne qualité. Elle nécessite des opérateurs entraînés en matière de chirurgie oncoplastique. La réalisation de cette technique à double équipe nous paraît une solution permettant aux patientes de bénéficier de cette double compétence.

Références

1. DEWAR J.A., BENHAMOU S., ARRIAGADA R., PETIT J.Y., FONTAINE F et al. Cosmetic results following lumpectomy, axillary dissection and radiotherapy for small breast cancers. *Radiotherapy Oncol.* 1988; 12: 273-80.
2. MATORY W.E., WERTHEIMER M., FITZGERALD T.J., WALTON R.L., LOVE S., MATORY W.E. Aesthetic results following partial mastectomy and radiation therapy. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990; 85: 739-46.
3. ROSE M.A., OLIVOTTO I., CADY B., KOUFMAN C., OSTEN R., SILVER B et al. Conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer: long-term cosmetic results. *Arch. Surg.* 1989; 124: 153-7
4. SARRAZIN D., LE M., ROUESSE J., CONTESSO G., PETIT J.Y., LACOUR J., et al. Conservative treatment versus mastectomy in breast cancer tumors with macroscopic diameter of 20 millimeters or less: the experience of the Institut Gustave Roussy. *Cancer*, 1984; 53: 1209-15
5. VERONESI U., SACCOZZI R., DEL VECCHIO M., BANFI A., CLEMENTE C., DE LENA M et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N. Engl. J. Med.*, 1981; 305 : 6-11.
6. CHAPARD-RAULO C., BARUCH J. Place de la plastie mammaire de réduction suivie de radiothérapie dans le traitement du cancer du sein. XXI^e Congrès de la société Française de Chirurgie Plastique Esthétique et Reconstructrice, Paris 1986.
7. CLOUGH K.B., SOUSSALINE M., CAMPANA F., SALMON R.J. Plastie mammaire associée à une irradiation : traitement conservateur des cancers du sein localisés dans les quadrants inférieurs. *Ann. Chir. Plast. Esth.* 1990 ; 35 :117-22.
8. CLOUGH K.B., NOS C., SALMON R.J. SOUSSALINE M., DURAND J.C. Conservative treatment of breast cancers by mammaplasty and irradiation: a new approach to lower quadrants tumors. *Plast. Reconstr. Surg.* 1995; 96: 363-70
9. CALITCHI E., OTMEZGUINE Y., BARUCH J., PIERQUIN B. Peut-on être conservateur pour des tumeurs du sein supérieures à trois centimètres ? *Rev Prat (Paris)*, 1990; 40: 895-9.
10. LALARDRIE J.P., JOUGLARG J.P. *Chirurgie plastique du sein.* Masson, Paris 1974
11. CLOUGH K.B., BARUCH J. La chirurgie plastique et le traitement conservateur du sein : indications et résultats. *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 1998 ; 37 : 682
12. HARRIS J.R., LEVENE M.B., SVENSONN G., HELLMAN S. Analysis of cosmetic results following primary radiation therapy for stages I and II carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1979; 5: 257-61.