

Les séquelles esthétiques du traitement conservateur (SETC) : nouvelle classification

Aesthetic sequelae after conservative treatment : a new classification in five grades

Alfred Fitoussi, B Couturaud, RJ Salmon

Institut Curie, Paris

Mots clés

- ◆ Séquelles esthétiques
- ◆ cancer du sein
- ◆ traitement conservateur
- ◆ déformation mammaire

Résumé

Les séquelles esthétiques après traitement conservateur des cancers du sein sont fréquentes. Elles représentent dans la littérature entre 15 et 30% des cas selon les séries, dont 3 à 5% de forme grave. Avec 42 000 cancers du sein traités en France par an, on doit s'attendre à une fourchette de 5 à 10 000 cas par an. L'importance de ces séquelles est très variable et leur traitement varie en fonction de l'importance de ces déformations post-thérapeutiques. Nous avons pour habitude d'utiliser une classification en 3 stades, qui est devenu insuffisante et pas assez précise. En effet, l'apport de nouvelles techniques chirurgicales (lipomodélage, plasties sur terrains irradiés) ont permis d'améliorer la prise en charge de ces déformations mammaires secondaires au traitement des cancers du sein. Dans un but de rationalisation, nous avons mis au point une nouvelle classification des SETC en 5 grades qui correspond plus précisément aux réalités du traitement de ces séquelles. Cette classification permet de mieux adapter le traitement de ces SETC en fonction de la déformation.

Bien sûr, la situation est plus délicate dans le grade 3 en raison de geste de remodelage sur un sein irradié (précaution et modération du geste chirurgical). Insistons sur le rôle majeur du traitement préventif de ces séquelles par un savoir-faire adapté à cette chirurgie (cicatrices adaptées, lambeau glandulaire de comblement, gestes d'oncoplastie...).

Keywords

- ◆ Aesthetic sequelae
- ◆ breast carcinoma
- ◆ conservative treatment
- ◆ breast deformity

Abstract

Suboptimal aesthetic outcomes following conservative treatment for breast cancer are common. The literature reports an incidence between 15 and 30%, of which 3 to 5% are severe. With 42,000 breast cancers treated annually in France, one could expect up to 5-10,000 cases annually. These sequelae are highly variable and their management varies according to the degree of deformation. Previously we have used a 3-stage classification, but this has become inadequate and insufficiently precise. In fact, the introduction of new techniques (including fat transfer and mammoplasties for irradiated tissues) has allowed us to improve the management of these secondary breast deformities. In order to rationalise their management, we have devised a new, more precise classification with grades that correspond more closely to the deformities encountered.

Le traitement conservateur dans le cancer du sein est de plus en plus fréquent depuis les années soixante. Il dépasse aujourd'hui 60%, pour atteindre presque les trois quarts des cas dans certains services qui ont su intégrer les techniques « oncoplastiques » dans leurs protocoles thérapeutiques.

Le nombre croissant de cancers du sein, plus de 40 000 cas annuels, ne fait qu'augmenter sans cesse les séquelles esthétiques de ces traitements. Ce taux est quasiment stable, compris entre 15 et 30% selon les équipes avec au moins 5 à 10% de formes graves. Ce qui représente donc 2 à 3 000 cas par an en France.

Il apparaît donc essentiel de prévenir ces complications pour éviter de multiplier ces séquelles qui peuvent nécessiter un traitement chirurgical, parfois « lourd » afin d'améliorer ces déformations. Les traitements de ces séquelles sont parfois complexes en fonction des déformations et surtout en raison de la radiothérapie locale.

Les classifications de ces déformations sont nombreuses. Nous avons pour habitude d'utiliser une classification en trois types afin de mieux adapter les solutions thérapeutiques à chaque cas particulier. Mais depuis quelques années, l'apparition de nouvelles techniques opératoires (lipomodélage...) et l'évo-

Correspondance :

*Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75248 Paris
alfred.fitoussi@curie.net*

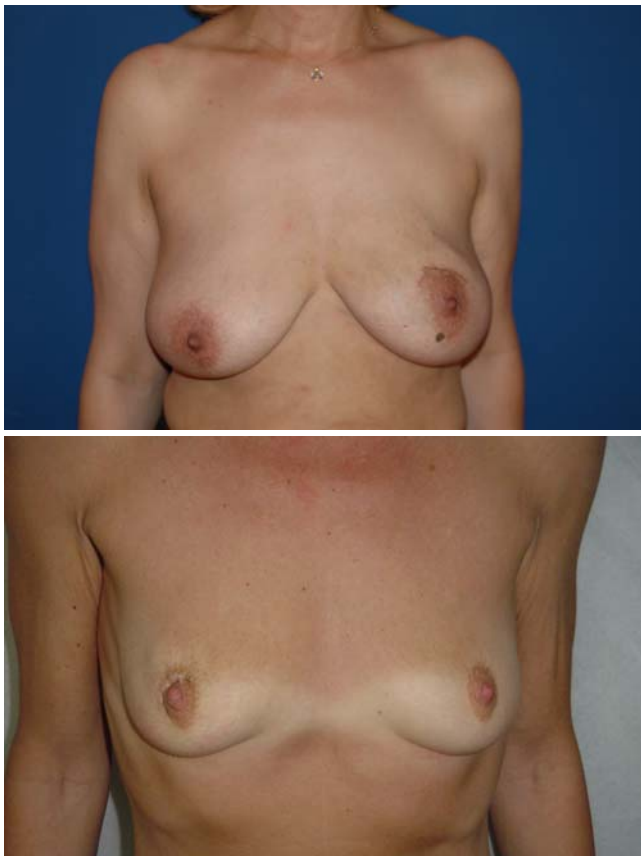
lution de notre expérience nous a contraint à mettre en place une nouvelle classification en 5 grades qui nous semble plus adapté aux différentes situations auxquelles nous sommes confrontés, afin de choisir au mieux les possibilités thérapeutiques.

Classifications des SETC

SETC de grade 1

Il s'agit de malformations très modérées, secondaires le plus souvent à un manque de remodelage glandulaire après traitement conservateur (fig. 1). Ces séquelles sont le plus souvent bien acceptées par les patientes, parfois elles sont moins bien supportées surtout si elles sont localisées en supéro-interne dans le décolleté.

Les techniques utilisées dans ce cas faisaient appel à des lambeaux glandulaires de rotation et de comblement toujours très difficiles en territoires irradiés. L'apparition des techniques de ré-injection de graisse après centrifugation (voir chapitre lipomodélage) a permis de simplifier le traitement de ces déformations. Mais des études sont encore en cours pour évaluer à long terme les bénéfices de cette technique simple dans le traitement de ces séquelles de grade 1. Dans certains cas de cicatrice radiaire rétractile, une reprise de la cicatrice peut être nécessaire avec parfois une plastie de « débridage », type plastie en Z.



Figures 1a-b. SETC de grade 1.

SETC de grade 2

Il s'agit d'une déformation du sein traité qui, en raison de la chirurgie et de la radiothérapie, entraîne une diminution de volume et de la ptose du sein traité. Celui-ci conserve une forme « normale », mais il existe une asymétrie de volume qui va nécessiter un geste sur le sein opposé afin de lui donner une forme et un volume conformes à ceux du sein traité.

Le traitement de ces anomalies est le plus souvent très simple. En effet, les différentes techniques de plasties mammaires de réduction que nous utilisons également pour traiter certains cancers du sein (voir chapitre plastie mammaire pour cancer), permettent le plus souvent de corriger ces asymétries.

Les mesures des différents éléments du sein traité permettent de les reporter sur le sein à réduire afin d'établir un dessin pré-établi qui permettra de le simuler au mieux (fig. 2). En particulier le report des segments I, II, III permet de retrouver une aréole de bonne taille et en bonne position par rapport au

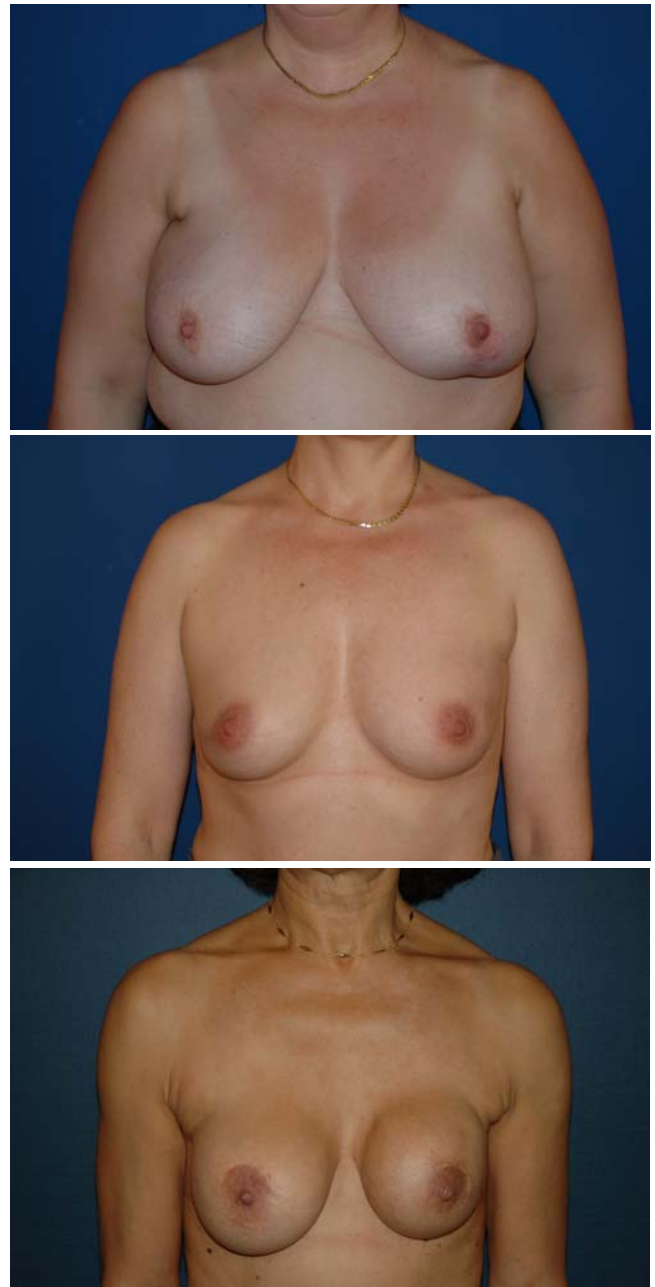


Figure 2a-b-c. SETC de grade 2

sein traité. La pince du segment III permettra de régler au mieux le degré de ptose afin d'obtenir la meilleur symétrie possible.

Toutefois, il faudra prévenir une ptose trop rapide en post opératoire du sein qui en outre n'a pas été irradié. Pour cette raison nous avons l'habitude « d'hyper corriger » légèrement le tracé obtenu par les différentes mesures du sein irradié. Les segments I et III seront donc diminués de $\frac{1}{2}$ à 1 centimètre en fonction de la taille et du poids du sein.

Pour les seins de très petit volume, cette déformation prend un aspect différent, car le sein restant est le plus souvent plat et légèrement ptosé. Une augmentation bilatérale avec des implants de volumes et de projection différents est le plus souvent nécessaire avec une cure de ptose du sein controlatéral par technique péri-aréolaire dans la plupart des cas (une cicatrice verticale est parfois utile dans les cas de ptose plus marquée).

Dans certains cas intermédiaires, en raison d'une asymétrie majeure, une réduction du sein non traité peut être associée à une augmentation du sein irradié.



SETC de grade 3

Il s'agit dans ce cas de la même déformation que dans les SETC de grade 2 avec une asymétrie au profit du sein non traité. Mais, dans ce cas, le sein traité n'a pas une forme normale ; cette déformation nécessitera donc un geste de plastie (fig. 3). Ce geste, souvent difficile sur un sein irradié, doit rester minimal, en particulier en ce qui concerne les décollements cutanéoglandulaires. Les gestes les plus souvent pratiqués restent le plus souvent des reprises de cicatrices avec enfouissement des zones fibreuses, parfois le recentrage le plus souvent en haut et en dedans de la plaque aréolo-mamelonnaire (voire son déplacement en greffe de peau totale) et plus rarement de plastie mammaire à minima qui peuvent parfois être possible lorsque l'irradiation a été bien supportée, avec peu de séquelles par le sein traité. Ces gestes doivent rester limités, car les difficultés de cicatrisation de ces seins irradiés sont bien connues.

Le sein non traité sera réduit de la même façon que pour les SETC de grade 2.

SETC de grade 4

Il s'agit du même type de déformation que pour les séquelles de grade 3, mais la déformation du sein traité est alors beaucoup plus marquée. En effet, dans ces cas, le remodelage du sein devient impossible, car il manque le plus souvent une partie du volume mammaire, surtout au niveau des quadrants inférieurs (fig. 4).

Cette situation est le plus souvent associée à une cicatrice rétractile et adhérente qu'il faudra réséquer au large jus-

Figure 3a-d. SETC de grade 3.





Figure 4a-b. SETC de grade 4

qu'au tissu mammaire sain. Dans ce cas, un lambeau musculo-cutané partiel en « patch » est généralement nécessaire. Il s'agit le plus souvent d'un lambeau de grand dorsal autologue et parfois d'un lambeau abdominal si un très gros volume est nécessaire. En fonction du résultat obtenu sur la forme, la ptose et le volume du sein traité, on évaluera la nécessité de réduction ou de remodelage du sein non traité (voir SETC de grade 3).

SETC de grade 5

Il s'agit dans ce groupe des cas d'asymétrie majeure avec des seins traités, impossibles à mobiliser en raison d'une sclérose massive (« sein de marbre »). Dans ces cas, la seule solution est l'ablation du sein traité avec reconstruction mammaire immédiate par un lambeau autologue de grand dorsal ou de grand droit de l'abdomen. Nous nous reporterons alors, pour la technique utilisée, aux différents chapitres de cet ouvrage concernant la reconstruction par lambeau musculo-cutané de grand dorsal ou de grand droit.

Conclusion

Insistons sur le traitement préventif de ces déformations, grâce à des incisions adaptées, des remodelages glandulaires de comblement et éventuellement de plasties mammaires qui permettent de limiter ces complications (voir chapitre plasties pour cancer). En cas de très mauvais résultat escompté, une mammectomie avec reconstruction évitant parfois la radiothérapie, peut être une bonne solution pour ne pas aboutir à une déformation majeure difficile à traiter. Dans les nombreux cas de séquelles esthétiques avérées, une stratégie thérapeutique adaptée doit permettre d'éviter des complications majeures. Cette classification peut nous aider à adapter le traitement en fonction des cas particuliers.

Références

1. Calle R, Pilleron JP, Schlienger, Vilcoq JR. Conservative management of operable breast cancer. *Cancer* 1978;42:2045-53.
2. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio 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.
3. Fisher B, Bauer M, Margolese R, et al. Five-year results of a randomised clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1985;312:665-73.
4. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomised study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227-32.
5. Staub G, Fitoussi A, Falco M-C, Salmon RJ. Breast cancer surgery: use of mammoplasty. Results. *Ann Chir Plast Esthet* 2008;53:124-34.
6. Cochrane RA, Valasiadou P, Wilson ARM, Al-Ghazal SK, Macmillan RD. Cosmesis and satisfaction after breast-conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised. *Br J Surg* 2003;90:1505-9.
7. Clough KB, Cuminet J, Fitoussi A, Nos C, Mosseri V. Cosmetic sequelae after conservative treatment for breast cancer: classification and results of surgical treatment. *Ann Plast Surg* 1998;41:471-81.
8. Munhoz AM, Montag E, Arruda E, et al. Assessment of immediate conservative breast surgery reconstruction: a classification system of defects revisited and an algorithm for selecting the appropriate technique. *Plast Reconstr Surg* 2008;121:716-27.
9. Clough KB, Thomas SS, Fitoussi AD, Courturaud B, Reyat F, Falco M-C. Reconstruction after conservative treatment for breast cancer: cosmetic sequelae classification revisited. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:1743-53.
10. Berrino P, Campora E, Santi P. Postquadrantectomy breast deformities: classification and techniques of surgical correction. *Plast Reconstr Surg* 1987;79:567-72.
11. Berrino P, Campora E, Leone S, Santi P. Correction of type II breast deformities following conservative cancer surgery. *Plast Reconstr Surg* 1992;90:846-53.
12. Schwartz GF, Veronesi U, Clough KB, et al. Consensus conference on breast conservation. *J Am Coll Surg* 2006; 203:198-207.
13. Clough KB, Kroll S, Audretsch W. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 1999;102:409-20.