


## Chirurgie conservatrice et oncoplastie

I. Garrido, Th. Meresse

Traitement conservateur « classique »	108
Chirurgie oncoplastique	110
Cas particulier : les tumeurs superficielles	123
Complications	126
Conclusion	126

 Retrouvez pour ce chapitre vidéos et cas cliniques dans l'application *Chirurgie plastique du sein*

## Traitement conservateur « classique »

Pour montrer que le traitement conservateur pouvait avoir le même résultat qu'une mastectomie sur la survie globale, six études prospectives randomisées ont été initiées à partir du début des années 1970. La publication des premiers résultats au début des années 1980 a confirmé le bien fondé de ce type de traitement et a permis d'en diffuser le principe dans le monde entier. La plus part des séries ont maintenant réactualisés leur résultats avec pour certaines des reculs de 20 ans.

Il ressort de toutes ces séries que le traitement conservateur n'influe pas la survie globale lorsqu'il est comparé au traitement radical. Le pronostic au moment de la prise en charge paraît être lié à l'existence de métastases occultes et non au type de traitement chirurgical. Il y a des arguments qui font penser que la récurrence locale et la récurrence métastatique sont des événements indépendants. En effet, on a pu observer que la majorité des femmes qui décédaient de leur cancer n'avaient pas eu systématiquement une récurrence locale. Inversement, la mastectomie avec un taux inférieur de récurrence locale n'améliorait pas la survie globale. Ces études ont aussi montré que la radiothérapie est indispensable au contrôle local de maladie.

## Technique opératoire

### Installation

Dans la majorité des cas, la patiente est installée en décubitus dorsal.

### Voies d'abord

En fonction de la localisation de la tumeur le choix de la voie d'abord devra permettre d'aborder la tumeur facilement pour en réaliser une exérèse monobloc. Elle doit être au mieux directe, mais elle doit être dissimulée pour être la plus discrète possible en respectant le V du décolleté (figure 13.1a, b). En cas de repérage préopératoire, il n'est pas rare que celle-ci soit conditionnée par le point d'entrée du harpon.

### Principes de l'exérèse carcinologique

Une fois l'incision réalisée, le premier temps de l'intervention consiste à effectuer un décollement sous-cutané qui va préparer le remodelage final (figure 13.2a, b). Ce décollement doit passer au dessus de la zone tumorale dans toutes les directions.

Une fois que l'opérateur a contrôlé la tumeur sous son doigt, l'excision de la tumeur peut commencer. On a l'habitude d'inciser d'abord la berge supérieure. On se dirige jusqu'au plan du muscle grand pectoral (figure 13.3a).

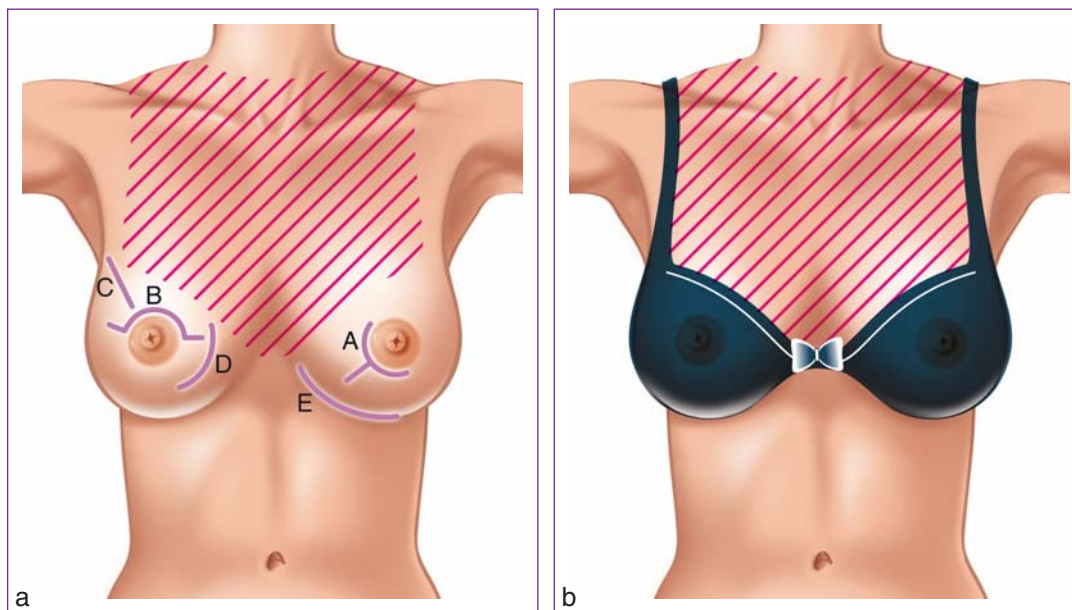


Fig. 13.1

**a, b.** Incisions préconisées dans la chirurgie conservatrice du sein.

**A.** Incision périaréolaire centrée vers la lésion ± associée à un refend orienté vers la zone de tumorectomie. **B.** Incision périaréolaire avec deux refends externe et interne. Cette incision est très utile pour les tumeurs des quadrants supérieurs. **C.** Incision radiaire. Cette incision est surtout utilisée dans les quadrants externes. **D.** Incision arciforme. Elle est surtout utilisée dans les quadrants inférieurs et internes. **E.** Incision dans le SSM. En rose, la zone du décolleté qui devra être respectée pour que la cicatrice ne soit pas visible au-dessus du bonnet du soutien-gorge, comme on peut le voir sur la figure de droite.

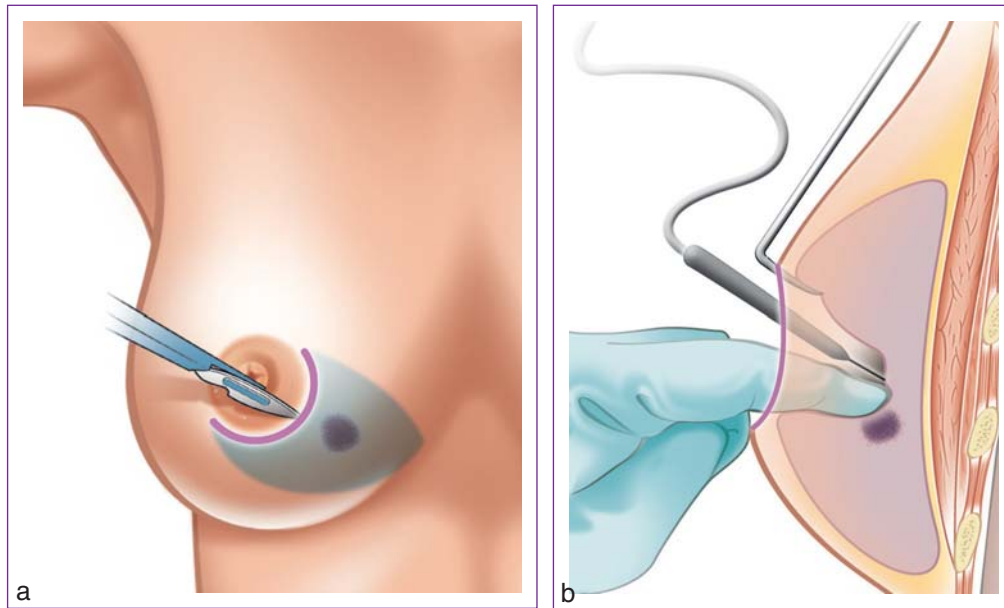


Fig. 13.2

a. Après l'incision le premier temps consiste à décoller largement le plan sous-cutané afin que l'index de l'opérateur puisse sentir la tumeur sous son doigt. b. L'incision sur la berge supérieure est réalisée au-dessus du doigt de l'opérateur. Cette précaution permet de garder une marge d'exérèse macroscopique de 1 à 2 cm. L'incision se dirige jusqu'au plan du grand pectoral.

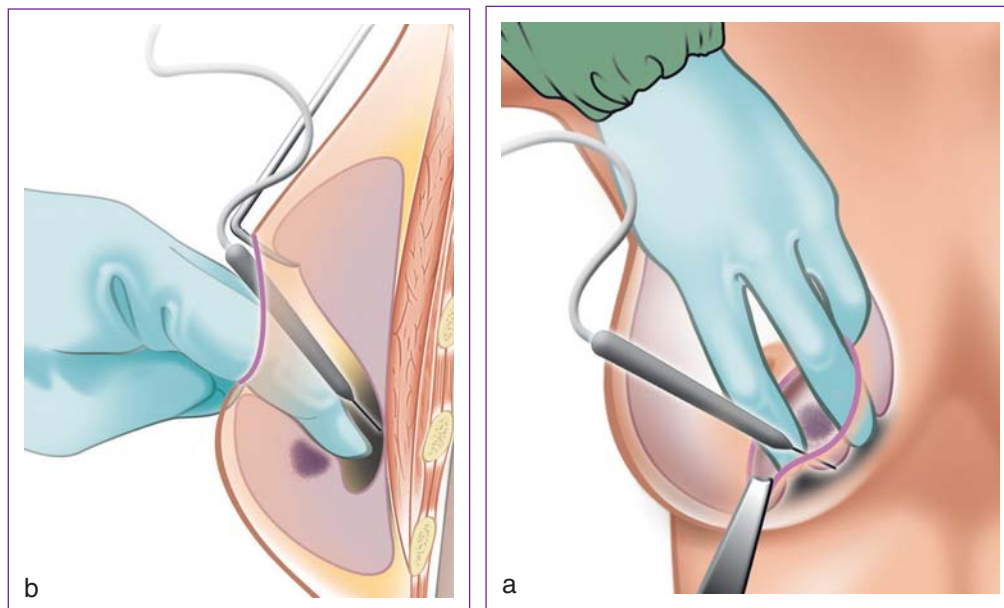


Fig. 13.3

a. Décollement prépectoral en contrôlant la tumeur. b. Incision des berges interne, externe et inférieure sous le contrôle des doigts de l'opérateur.

Une fois la région rétroglandulaire décollée, les berges externe, interne et inférieure peuvent être incisées en contrôlant toujours une marge de sécurité macroscopique (figure 13.3b). La tumorectomie est donc l'exérèse monobloc d'un cylindre glandulaire, qui va de la peau à la face profonde de la glande, au contact du pectoral.

La pièce opératoire est orientée avant d'être adressée en anatomopathologie pour analyse. En cas de doute sur l'une des berges de tumorectomie, on pratiquera immédiatement une ou plusieurs recoupes ( $\pm$  extemporanée), qui seront également orientées. La possibilité d'une mastectomie est une alternative qui doit être discutée avec la patiente au moment de la consultation préopératoire

Si la lésion a été repérée en préopératoire, elle sera adressée en radiologie pour contrôler la qualité des marges.

Après avoir contrôlé l'hémostase, on repère le lit tumoral par des clips radio opaques dans le but de faciliter la surimpression délivrée lors de la radiothérapie. Un clip en profondeur et le plus souvent suffisant mais certains proposent de rajouter un clip en interne et un clip en externe.

## Remodelage glandulaire

Le principe du remodelage est de confectionner deux lambeaux glandulaires, qui vont combler la perte de substance engendrée par la tumorectomie. Lorsque la perte de substance glandulaire est modérée, elle peut être comblée par un rapprochement direct des berges et un décollement très limité. Dans les autres cas, la réalisation de lambeaux glandulaires s'avère nécessaire (figure 13.4). Le principe consiste à décoller la glande résiduelle sur sa face profonde jusqu'à ce que les lambeaux viennent facilement s'accoler. Ce décollement de la glande est sans risque chez la plupart des patientes, mais il doit être limité chez celles dont la glande est en involu- tion adipeuse. La pexie glandulaire sera faite de la profondeur à la superficie au fil résorbable tressé (Polysorb®/Vicryl®) (figure 13.4). Si nécessaire, un décollement sous cutané complémentaire permettra d'éliminer les plis cutanés.

## Fermeture cutanée

La fermeture sera réalisée après avoir contrôlé de l'hémos- tase. Le drainage n'est pas systématique. La fermeture sera

réalisée en deux plans au fils non résorbable. Un pansement moulant est réalisé en fin d'intervention. Le port d'un sou- tien gorge de contention est fortement conseillé jour et nuit pendant un mois.

Un exemple de la technique est proposé dans la figure 13.5a à f.

## Chirurgie oncoplastique

Les techniques d'oncoplastie appliquées à la chirurgie du cancer du sein sont des techniques de chirurgie plastique utilisées pour traiter les hypertrophies et les ptoses mam- maires. Il existe un nombre considérable de techniques dif- férentes. Certaines portent le nom de celui qui les a décrites pour la première fois, mais bien souvent elles portent le nom de celui qui l'a popularisé à un moment donné de l'histoire de la chirurgie mammaire. Afin d'éviter des oublis ou des confusions, nous préférons classer les différents techniques que nous utilisons en fonction de la cicatrice et de la localisation du lambeau vascularisant la plaque aréolomamelonnaire (PAM). Les plus utilisées en chirurgie plastique sont les techniques périaréolaires, les techniques verticales ou en J, et les techniques en « ancre de marine » à pédicule supérieur ou inférieur. Les autres techniques sont rarement utilisées mais peuvent rendre de grand service en chirurgie carcinologique. Ainsi, la technique supéroexterne est très utilisée dans les séries d'oncoplastie.

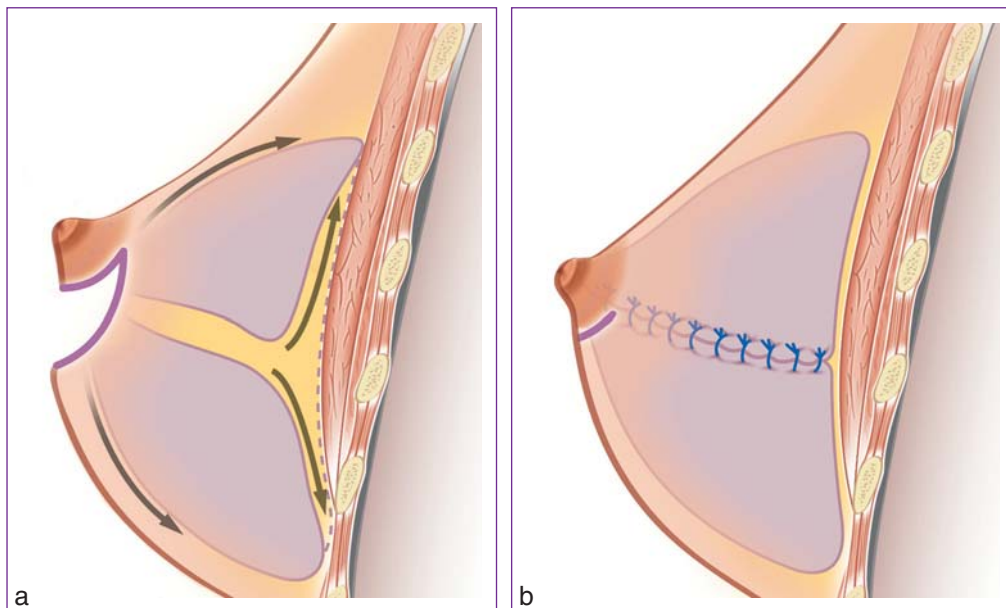


Fig. 13.4

Remodelage glandulaire. Celui-ci a été préparé par le décollement sous-cutané au début de l'intervention. Le décollement postérieur permet l'avancement des lambeaux glandulaires.



Pour des raisons pratiques et didactiques, nous distinguons quatre grandes localisations (figure 13.6). Chacune d'entre-elles nécessite une prise en charge spécifique.

## Limites de la chirurgie oncoplastique

### Terrain

Chez les patientes présentant des facteurs de risque de mauvaise cicatrisation (tableau 13.1), on s'orientera vers une technique qui nécessite le moins de décollement possible :

- plastie à cicatrice supéroexterne pour le QSE;
- plastie à cicatrice inféroexterne pour le QIE;
- plastie avec cicatrice en oméga pour les tumeurs à l'union des quadrants supérieurs;

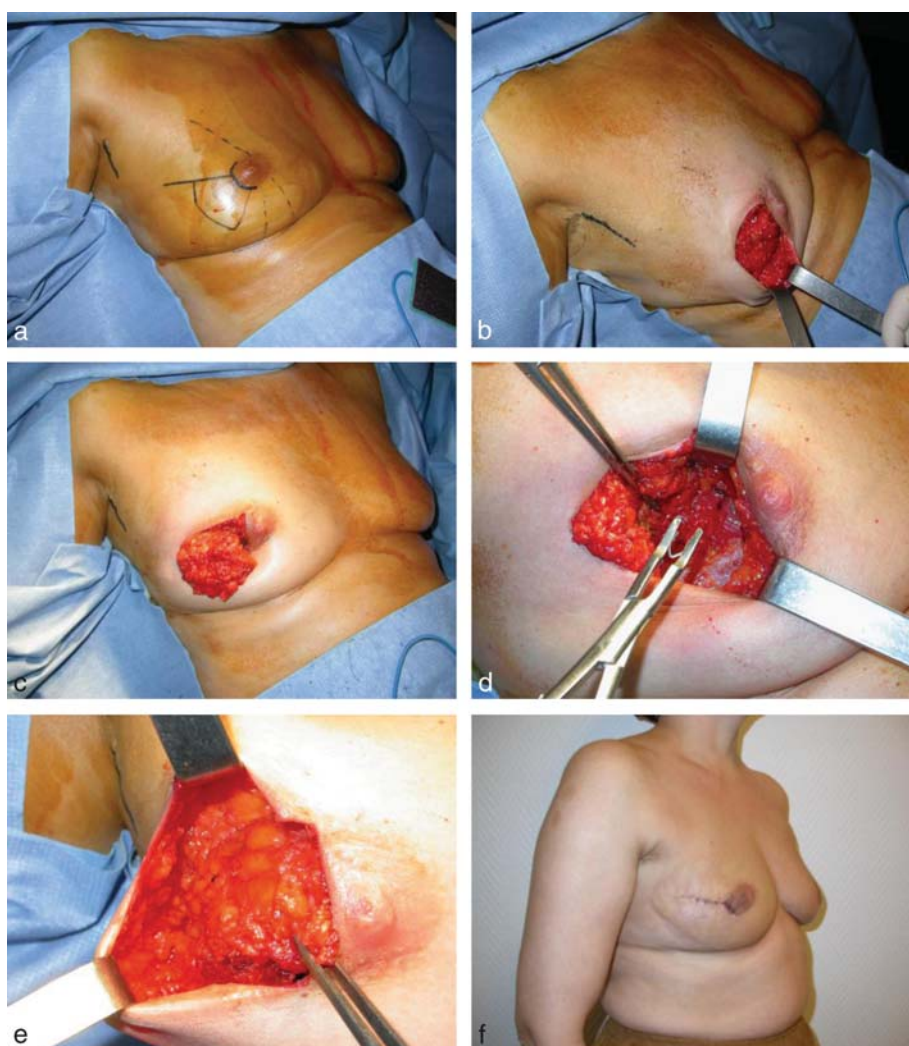
- plastie avec cicatrice interne pour les tumeurs des quadrants internes.

### Bilatéralité ou unilatéralité du geste

Sur le plan cosmétique, il a été montré que la symétrisation immédiate donne de meilleur résultat qu'une intervention différée mais le risque de reprise pour marges insuffisantes nous fait préconiser la prudence.

Par expérience nous distinguons trois situations différentes :

- les indications de « nécessité » : dans ce cas la chirurgie oncoplastique essaie d'éviter une mastectomie. Le risque de marges envahies implique de proposer un geste unilatéral dans un premier temps;



**Fig. 13.5**

Exemple de tumorectomie avec une cicatrice périaréolaire et refend externe pour une tumeur du QIE. a. Dessin. b. Décollement sous-cutané. c. Lambeau glandulaire avant la tumorectomie. d. Clip pour orienter la radiothérapie sur le plan du grand pectoral. e. Pexie glandulaire. f. Résultat postopératoire à J8.

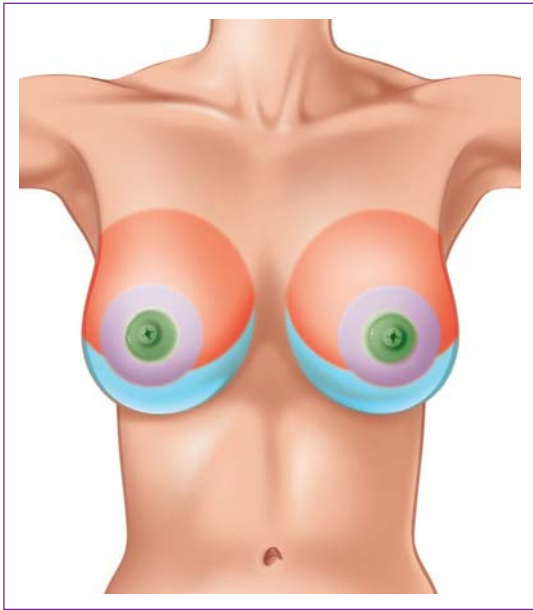


Fig. 13.6

Les quatre localisations possibles des tumeurs du sein.  
Vert : localisation centrale; violet : localisation périaréolaire;  
rouge : localisation supérieure; bleu : localisation inférieure.

**Tableau 13.1. Facteurs à rechercher pour estimer le risque de complications postopératoires.**

Facteurs généraux	Facteurs locaux
IMC $\geq$ 30	Sein grasseux
Tabac actif	Antécédent de plastie mammaire (< 1 an)
Diabète	
Microangiopathie	

- les indications qui sont à but « cosmétique ». On profite de l'intervention pour améliorer la morphologie mammaire de la patiente. Dans ce cas, le rapport taille lésionnelle/volume mammaire pourrait permettre l'utilisation d'une technique plus simple. On peut parler ici de geste « cosméto-oncologique ». L'avantage dans cette situation est de proposer un geste bilatéral d'emblée;
- enfin, dans les cas fréquents où les deux indications se côtoient. La proposition d'un geste bilatéral doit être discutée au cas par cas.

En cas de symétrisation à distance, nous pratiquons le plus souvent la même technique sur le sein controlatéral. Il ne faut pas oublier dans ce contexte de vérifier le bilan radiologique avant l'intervention. Une atteinte controlatérale occulte est décrite dans environ 5 % des cas.

## Tumeurs centrales

Les tumeurs centrales du sein sont des tumeurs situées au centre du cône mammaire. Elle représente 5 à 15 % des cancers du sein. Ces tumeurs ont souvent eu une place à part dans la prise en charge chirurgicale. En effet, elles sont demeurées longtemps une indication de mastectomie en raison des mauvais résultats cosmétiques obtenus par le traitement conservateur. Au cours des années 1990, plusieurs études ont montré qu'il était possible d'effectuer un traitement conservateur de ces tumeurs tout en préservant un résultat cosmétique tout à fait acceptable. Il est classique de distinguer dans les tumeurs centrales, les tumeurs profondes et les tumeurs superficielles qui sont situées respectivement à plus de 2 cm de la PAM ou à moins de 2 cm. Le risque d'atteinte de la PAM serait supérieur à 50 % si la tumeur est localisée à moins de 2 cm de la PAM alors que le risque serait seulement de 15-20 % si la tumeur est éloignée de plus de 2 cm. Il est donc classique de proposer l'ablation de la PAM pour les tumeurs situées à moins de 2 cm de cette dernière, alors qu'il est admis qu'une tumeur profonde peut être traitée en conservant la PAM. Comme dans un traitement conservateur « classique », il ne faut pas oublier que d'autres facteurs participent à l'efficacité du traitement : l'âge, le grade histo-pronostic et la taille tumorale. Ainsi, par exemple pour la taille, le risque d'atteinte de la PAM serait de 7 à 56 % pour les tumeurs de moins de 2 cm comparées à un risque  $>$  à 30 % en cas de tumeur supérieure à 2 cm et  $>$  à 50 % pour les tumeurs de plus de 4 cm.

## Incisions

Différentes techniques sont possibles en fonction de la technique que l'on va utiliser.

On distingue ainsi :

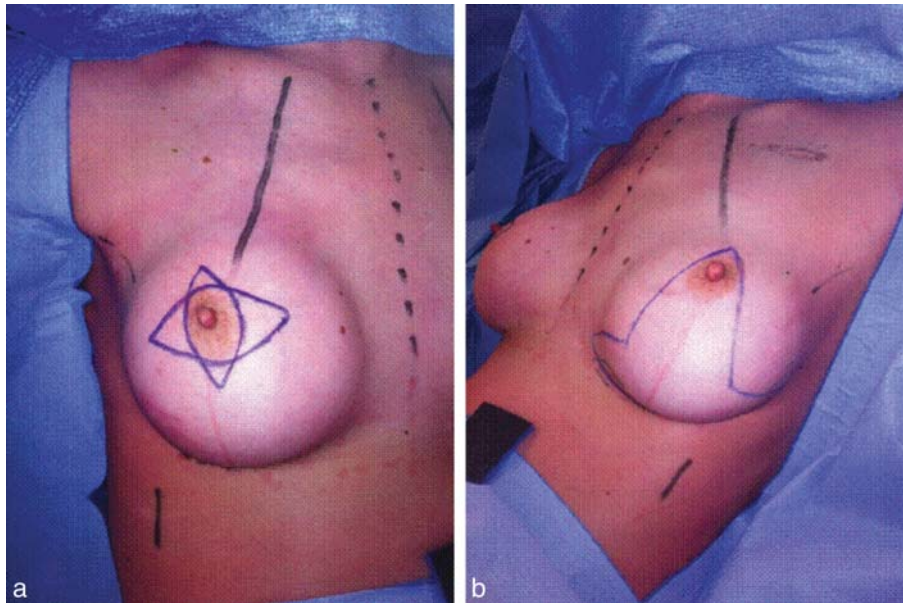
- les techniques avec des incisions « simples » : dans les cas où l'on ne souhaite pas trop diminuer le volume mammaire. Elles sont fusiformes ou périaréolaires (figure 13.7);
- les incisions selon un tracé de plastie mammaire : dans les cas où l'on souhaite diminuer le volume mammaire sur des seins ptôsés. Elles vont engendrer des cicatrices en « T inversé » (figure 13.7).

e

## Techniques « simples »

Les incisions sont périaréolaires ou fusiformes sur le PAM. L'exérèse tumorale reprend le principe des règles de base du traitement conservateur en emportant la PAM (figure 13.8).

Le rapprochement des lambeaux glandulaires est très important dans cette technique. Ce geste va permettre de



**Fig. 13.7**

Les différents types d'incisions. **a.** Périaréolaire, fusiforme horizontale et verticale. **b.** En « ancre de marine » ou en « T inversé ».



**Fig. 13.8**

Technique à incision fusiforme. **a.** Dessin de l'incision : la tumeur est légèrement située en para-aréolaire supérieur. **b.** Décollement sous-cutané supérieur. **c.** Tumorectomie en contrôlant la marge de sécurité grâce une palpation bidigitale. **d.** Un clip est mis en place sur la zone de tumorectomie.



recréer la projection du sein. La préparation des lambeaux glandulaires est réalisée lors du décollement sous-cutané initial. On complète ce décollement pré-glandulaire par un décollement rétro-glandulaire et pré-pectoral. Les lambeaux sont rapprochés, puis adossés l'un à l'autre. La suture commence par la profondeur et se poursuit vers la surface par quelques points de fil résorbable tressé, ce qui permet de restaurer la projection centrale du sein. La cicatrice finale sera horizontale ou verticale (figure 13.9). Si l'incision a été périaréolaire pure, la cicatrice est refermée en bourse pour éviter une cicatrice linéaire au milieu du sein. Cette bourse est réalisée au fil résorbable, mais elle doit être complétée par quelques points de rapprochement qui permettent de mieux affronter la peau. Cette technique laisse des fronces qui vont s'estomper progressivement en trois mois.

### Technique en T inversée

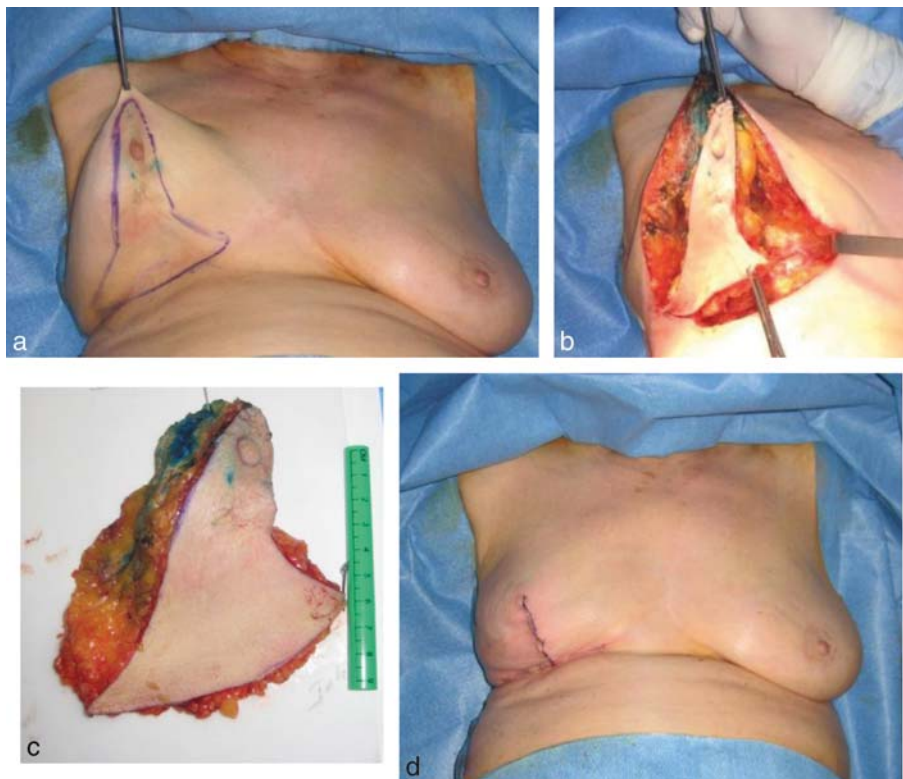
Dans le cas d'une technique à cicatrice en «T inversé» (figures 13.10 et 13.11), l'exérèse glandulaire est directe jusqu'au plan du pectoral en suivant le tracé. Dans la majorité des cas, il n'y a pas besoin de réaliser de décollement glandulaire pré-pectoral. La perte de substance est comblée par un rapprochement direct de la glande en procédant



**Fig. 13.9**

Exemple de PAMectomie avec une cicatrice horizontale.

comme précédemment de la profondeur à la surface. Certains proposent aussi de réaliser la reconstruction de l'aréole dans le même temps en utilisant la peau du segment III.



**Fig.13.10**

Technique avec une incision en T. **a.** Tracé de l'incision. **b.** Incision jusqu'au plan pectoral selon le dessin sans décollement sous-cutané. **c.** Exérèse cutanéoglandulaire monobloc. **d.** Résultat sur table.





Fig. 13.11

Patiente de la figure 13.10. a. Mammographie préopératoire (sein droit, vue de profil). b. Résultat à un an.

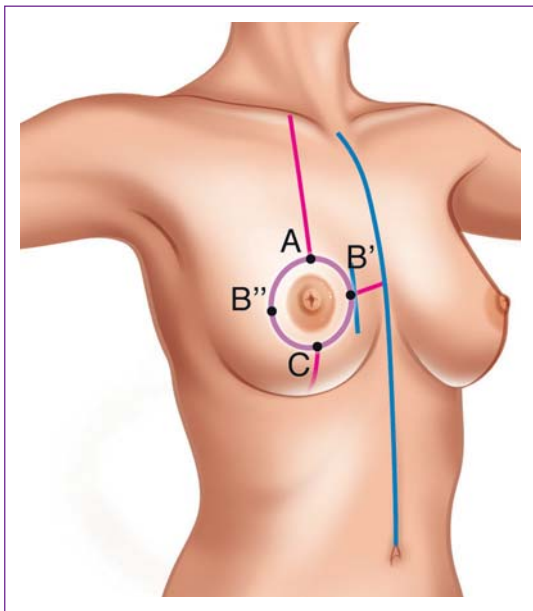


Fig. 13.12

Dessin de la voie périaréolaire. Le premier point est le pôle supérieur de la PAM (point A). Il est situé entre 13 et 17 cm sur l'axe du sein. Le point B' est placé au niveau du croisement d'un arc de cercle situé entre 7 et 8 cm du point A et d'une ligne parallèle à la ligne médiane, située entre 9 et 12 cm de celle-ci. Le point B'' est située à l'opposée du point B' sur une ligne perpendiculaire à l'axe du sein passant par le mamelon. Le point C est le symétrique du point A par rapport au mamelon sur l'axe du sein. Il peut cependant être légèrement plus proche en fonction de l'élasticité de la peau.

## Tumeurs périaréolaires

Les tumeurs périaréolaires sont définies comme des tumeurs éloignées de plus de 2 cm de la PAM mais proche du centre du cône mammaire. Sur des seins qui sont un

peu ptôsés la voie périaréolaire permet de réaliser des exérèses en toute sécurité avec une voie d'abord large. Nous réservons cette technique pour les seins de volume moyen sans ptose importante. Elle est très utilisée.

Dans certains cas, un décollement sous-cutané important, permettra d'effectuer une exérèse glandulaire semblable à celle des techniques en ancre de marine.

## Incision

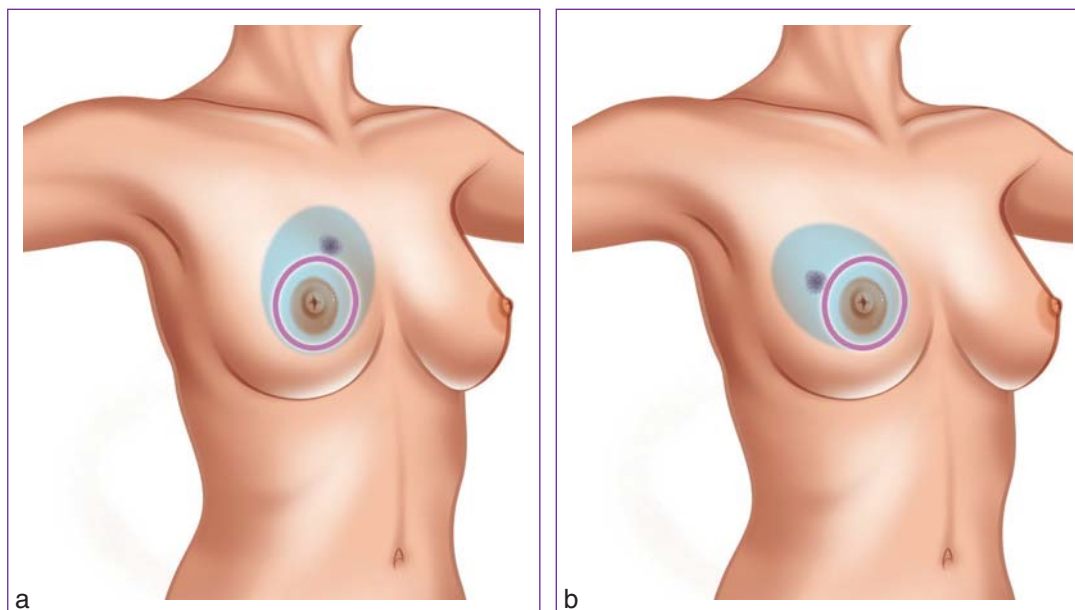
Le dessin de l'incision périaréolaire doit prendre en compte l'emplacement de la PAM en fin d'intervention (figure 13.12). L'intervention commence par la désépidermisation de la zone située entre l'aréole et le tracé de l'incision. L'incision est ensuite réalisée en regard de la zone tumorale et sera poursuivie à la demande en fonction des besoins. La totalité de l'incision pourra être réalisée sans arrière-pensée sur la vitalité de la PAM car celle-ci peut survivre par ces connexions profondes (pédicule postérieur).

## Exérèse tumorale

La zone de décollement sous-cutané doit être large pour anticiper le remodelage glandulaire (figure 13.13). Par rapport, à la technique précédente l'exérèse tumorale nécessite le plus souvent d'arrivée jusqu'en périphérie de la glande (figure 13.14).

## Remodelage glandulaire

Le principe du remodelage glandulaire reste le même avec toute fois une tendance à décoller la glande beaucoup plus largement afin de faciliter sa mobilisation.



**Fig. 13.13**

Zone de décollement sous-cutanée. **a.** Pour une lésion à l'union des quadrants supérieurs. **b.** Pour une lésion du QSE.

## Fermeture

La fermeture commencera par des points de bâti au niveau des points clés de la cicatrice (A, B', B'' et C). La différence de longueur entre les deux berges de la cicatrice, va inévitablement entraîner des fronces. Celles-ci vont se résorber en quelques semaines (figure 13.16). Comme dans la technique de mastopexie utilisée en chirurgie esthétique, on a l'habitude de réaliser un surjet de fils non résorbable incolore pour diminuer la tension des points sous-cutané et du surjet final afin de diminuer l'élargissement de l'aréole à distance. À noter que dans certains cas on peut être amené à modifier le planning opératoire si l'on constate que la tumeur est plus étendue que prévu. Il est donc prudent d'informer les patientes à qui on a proposé un technique à cicatrice périaréolaire ou verticale, des possibilités de modifier la voie d'abord pour obtenir une cicatrice finale en « T inversé ».

## Tumeurs des quadrants inférieurs

Elles concernent les tumeurs situées à l'union des quadrants inférieurs mais aussi au niveau des quadrants inféro-interne et inféro-externe. Plusieurs techniques sont à notre disposition.

### Technique à incision verticale

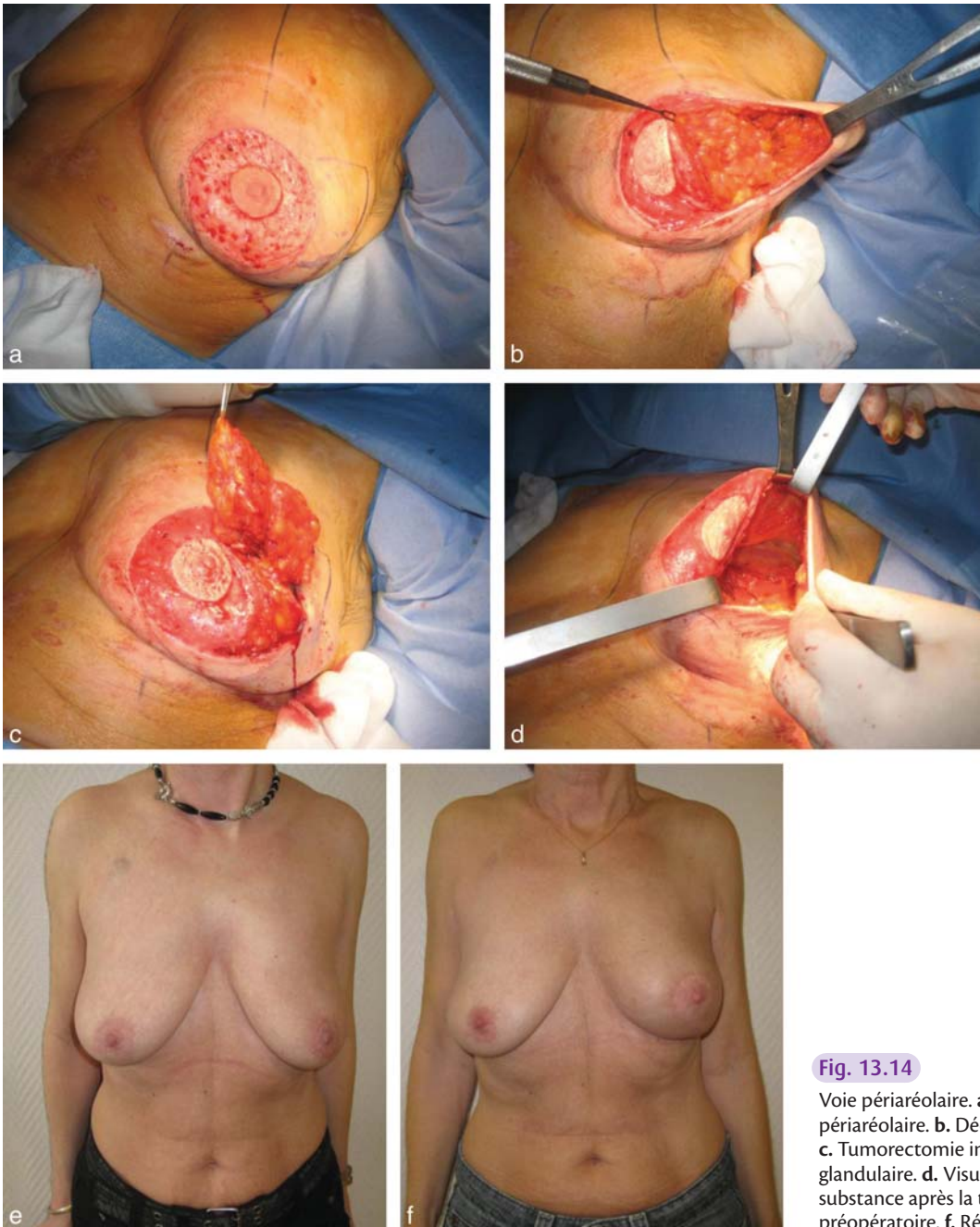
On utilise cette technique pour les tumeurs à l'union des quadrants inférieurs sur des seins ptôsés et pour lesquels un faible volume sera reséqué (figure 13.17). Il faut que la peau

soit bien élastique pour qu'elle puisse absorber les fronces. Les patientes avec une peau vergeturée, fine et sans élasticité ne seront pas de bonnes candidates. La technique se rapproche de la technique périaréolaire.

### Techniques avec incisions en J/L ou en « T inversé »

Elles permettent de traiter toutes les tumeurs des quadrants inférieurs. Les incisions en J/L reprennent la technique du sein restant (cf. chapitre 5). C'est une technique qui permet une libération de tout l'hémisphère inférieur du sein avec la possibilité de choisir toutes les formes de lambeau glandulaire possible. On peut aussi utiliser les dessins préétablis en « T inversé » (ou « ancre de marine ») pour ceux qui n'ont pas l'habitude de la technique du sein restant (figures 13.18 et 13.19).

Le principe de ces interventions est de conserver la PAM. La levée du lambeau porte mamelon (LPM) est donc un temps capital. Ce temps est facilité par l'utilisation d'un mammostat. On réalise la désépidermisation du LPM à la lame froide (lame 15 ou 23 selon les habitudes). L'incision des limites inférieures du lambeau est ensuite réalisée. Deux pinces d'Alice™ (ou de Khocher™) sont posées à l'extrémité distale du LPM. Le lambeau est alors levé de bas en haut tout en contrôlant l'épaisseur de derme et de glande qui sera conservée. Plus le LPM sera long plus il faudra veiller à garder de l'épaisseur afin de protéger au maximum la vascularisation de la PAM.

**Fig. 13.14**

Voie périaréolaire. a. Désépidermisation périaréolaire. b. Décollement sous-cutané. c. Tumorectomie incluant le lambeau glandulaire. d. Visualisation de la perte de substance après la tumorectomie. e. Aspect préopératoire. f. Résultat à distance.

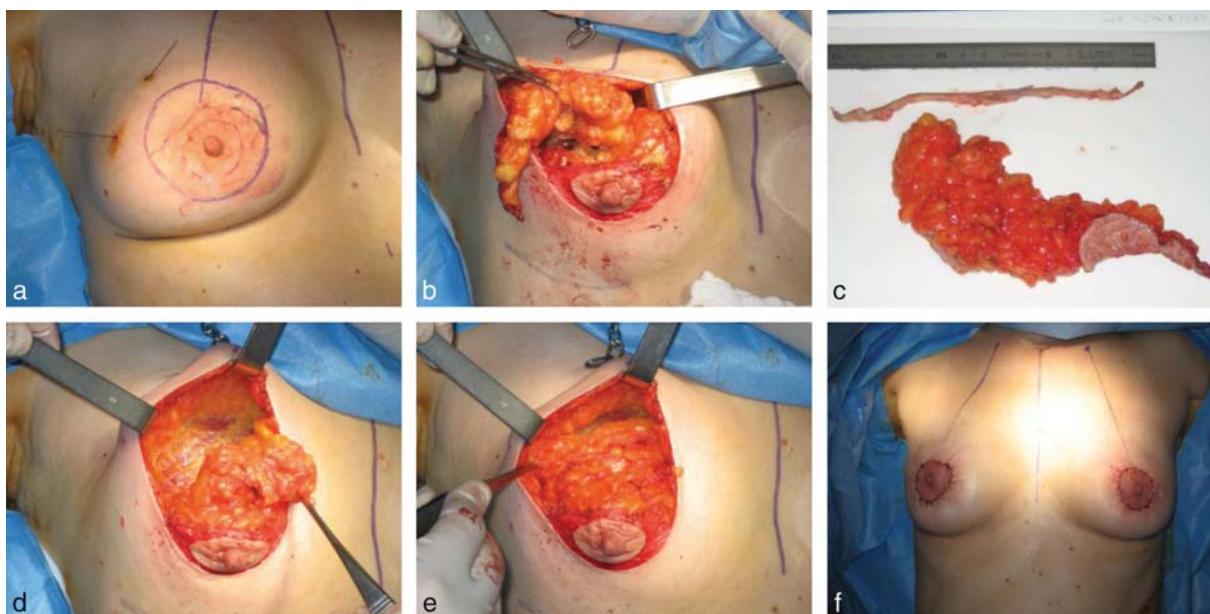
Une fois le LPM levé, l'exérèse tumorale peut commencer. Pour les quadrants inféro-interne et inféro-externe un décollement sous-cutané est nécessaire pour préparer le lambeau d'enroulement glandulaire qui va combler la perte de substance (figure 13.20).

Après avoir incisé franchement le tracé au niveau du sillon sous mammaire (SSM), on réalise le décollement de la face postérieure du sein en respectant l'aponévrose du grand pectoral. Ce décollement va permettre de palper la

tumeur par sa face profonde et de contrôler son positionnement par rapport au tracé. Pour les tumeurs strictement à l'union des quadrants inférieurs, la lésion est centrée à l'intérieure du tracé (figure 13.20).

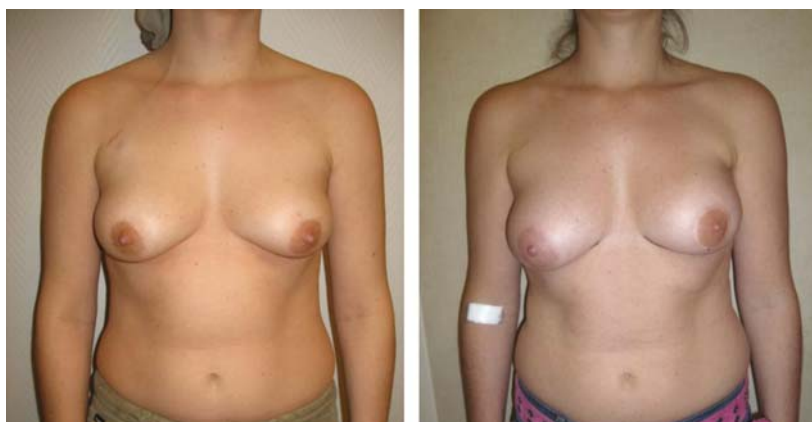
Une fois que l'on a contrôlé la position de la tumeur, on réalise l'incision des piliers. On débute habituellement du côté interne. L'aide positionne un crochet sur le point B' et l'opérateur tend l'incision en luxant le sein vers l'avant grâce à une traction sur la face postérieure du sein. On procède





**Fig. 13.15**

Geste d'oncoplastie périaréolaire permettant de réaliser un large lambeau d'enroulement supéro-interne pour combler la perte de substance du QSE. **a.** Dessin. **b.** Tumorectomie. **c.** Pièce avant son envoi pour contrôle en radiologie. **d.** Lambeau glandulaire. **e.** Après mobilisation du lambeau dans la perte de substance. **f.** Fermeture périaréolaire.



**Fig. 13.16**

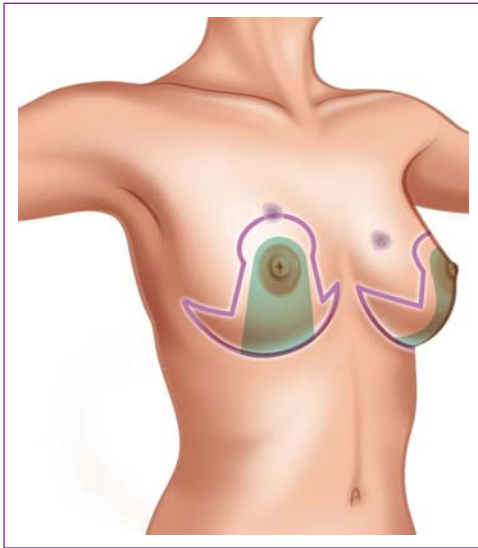
Exemple de voie périaréolaire. **a.** Aspect peropératoire. **b.** Vue postopératoire à 3 ans (sein gauche).



**Fig. 13.17**

Dessin d'une oncoplastie à cicatrice verticale. Résultat à 1 an postopératoire.





**Fig. 13.18**

Dessin pré-établi du geste d'oncoplastie à cicatrice en « T inversé » avec un pédicule inférieur pour une tumeur des quadrants supérieurs (union des quadrants supérieurs sur le sein droit et quadrant supéro-interne sur le sein gauche).



**Fig. 13.19**

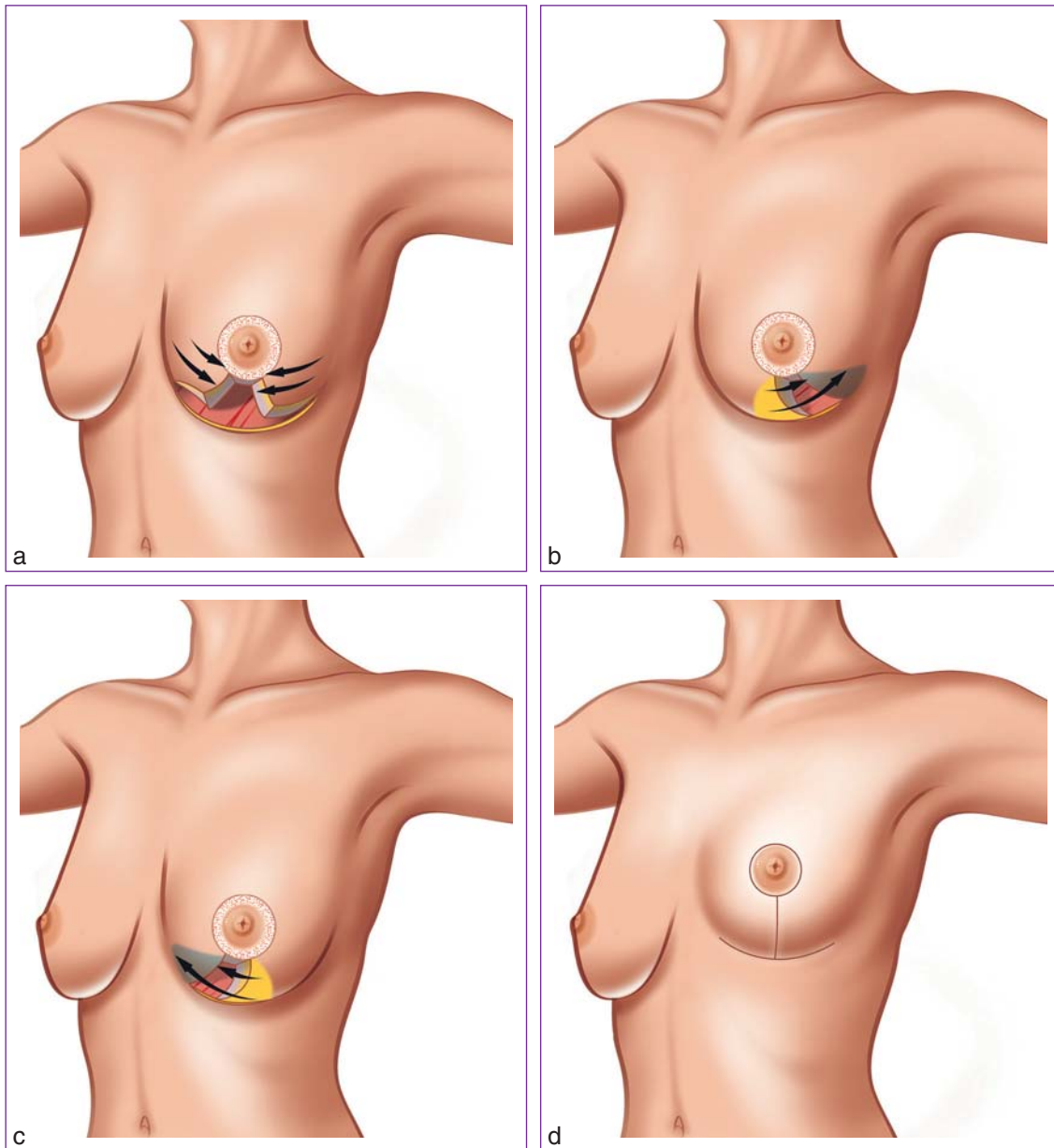
Résultat d'une technique d'oncoplastie à cicatrice en « T inversé ». a., b. Avant. c., d. Après.

de la même manière sur le versant externe puis au niveau des oreilles internes et externes, qui sont retirées en monobloc (figure 13.21).

Pour les tumeurs des quadrants inféro-interne et inféro-externe, l'exérèse commence toujours du côté tumoral. Une fois que la première incision a été réalisée, il est facile de palper la tumeur par un toucher bidigitale. Cette manœuvre permet d'estimer le volume d'exérèse et contrôler que le lambeau d'enroulement est adapté à la perte de substance. Si tel est le cas, l'incision glandulaire peut débuter. L'exérèse se fera de dedans en dehors pour une lésion inféro-interne et inverse-

ment pour une lésion inféro-externe. Ce n'est que lorsque le lambeau est levé que le dernier trait d'incision peut être réalisé : en externe pour les tumeurs internes ou en interne pour les tumeurs externes. Une fois la tumorectomie réalisée, il sera aisé de rapprocher les lambeaux glandulaires (figure 13.22).

On n'oubliera pas de marquer la zone d'exérèse par un à trois clips en vue de la radiothérapie adjuvante. Sur le plan pratique, il faut souligner à nouveau la nécessité d'orienter les pièces d'exérèse afin de se donner une chance de proposer une nouvelle tentative de chirurgie conservatrice, si une des marges d'exérèse n'est pas saine.



**Fig. 13.20**

Oncoplastie à cicatrice en T pour les tumeurs des quadrants inférieurs (a). Pour les pertes de substances inféro-interne et inféroexterne on utilisera des lambeaux d'enroulement glandulaire (jaune) qui seront respectivement externe (b) ou interne (c). Résultat final (d).