

# L'ONCOPLASTIE MAMMAIRE , Notre modeste expérience a L'HMRUO

ADNANE. D1 – DJOUNIDI.A.Z1 – CHORFI.A1 –BOUAKLINE.H1 — LACHIBI.S1 – ABDESELEM.M1 – OUSALAH.F1 – MOULOUDI.M1 – MERAIR.N2 – MEDJAMIA.M.  
 1. Comité de sénologie de l'Hôpital militaire régional et universitaire d'Oran "Dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/Algérie.  
 2. Centre de coordination en cancérologie de l'Hôpital militaire régional et universitaire d'Oran "Dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/Algérie.

## Introduction:

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 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 [1]. Chirurgicalement, les différentes modalités de traitement conservateur classique sont bien connues et étudiées : les tumorectomies et les quadrantectomies, celles-ci ont prouvé leur sureté carcinologique par rapport à la mastectomie. Notre propos est d'introduire la notion de prise en charge oncoplastique qui étend la problématique opératoire à la prise en charge anatomopathologique, au bilan et à l'information préopératoire ainsi qu'aux indications de cette stratégie. Nous présentons dans ce travail l'expérience de notre équipe. Le but étant d'évaluer les résultats de ces techniques et leur application chez nos patientes en termes de résultat carcinologique et esthétique.

## Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude rétrospective unicentrique/longitudinale, sur une période de 60 mois, de Janvier 2015 à Décembre 2019, incluant toutes les patientes ayant bénéficié d'un traitement oncoplastique pour une tumeur maligne du sein au service de chirurgie générale de l'HMRUO. Ont été analysés : les aspects épidémiologiques, chirurgicaux, histologiques et esthétiques. Toutes les indications ont été posées au sein des réunions de

### Concertations multidisciplinaires de sénologie de l'HMRUO. Critères de sélection :

Le diagnostic a été posé chez toutes les patientes sur le trépied histo-radio-clinique, avec un bilan d'extension négatif.

Nos patientes ont fait l'objet de sélection regroupant plusieurs facteurs décisionnels indispensables à la décision chirurgicale, actuellement reconnus par les consensus et recommandations en vigueur [3-5]. Désir et motivation de la patiente pour le geste de conservation. Absence de contre indication à un traitement conservateur ; Patientes ne présentant pas de tumeur mammaire relevant d'une chimiothérapie adjuvante pour impossibilité de chirurgie première (T4a - T4c - T4d – N2 - N3- PEV Absence de contre indication à une radiothérapie postopératoire. La présence d'une composante intracanaulaire in situ (CIE ) supérieure à 25 %, car elle est identifiée comme un risque important de rechute locale. Absence de multicentricité et certaines multifocalité sur l'IRM mammaire. Volume mammaire satisfaisant : le ratio taille tumorale/volume sein (TT/VS) doit être compatible avec une conservation, il doit permettre la résection tumorale tout en permettant une reconstruction correcte du sein restant.



Figure 04. Répartition en fonction de la technique d'oncoplastie



Figure 03. Répartition en fonction du volume mammaire



Figure 02 . répartition en fonction du geste chirurgical



Figure 01 . Répartition des cas par tranches d'âge.

Pour la Taille montre une prédominance de tumeurs classées T2 (75% des cas), soit 18 de nos 24 patientes.

Technique chirurgicale :

On compte parmi nos patientes bénéficiant d'oncoplasties :

- 09 avec oncoplasties par pédicule supérieur (17%). Pour des localisations tumorales inférieures.
- 09 avec oncoplastie par pédicule externe (37%).
- 04 avec oncoplastie par pédicule inférieur (38%).
- 02 avec oncoplastie centrale (8%).

•La pièce est orientée dans les 3 plans de l'espace et les berges macroscopiques mesurées et notées à chaque fois, avec mise en place dans tous les cas de clips sur la face profonde de la loge de résection afin de guider une éventuelle reprise chirurgicale ou une surimpression de radiothérapie.

•Un curage axillaire a été effectué chez toutes les patientes, dans 68,7% des cas, par la réalisation d'une incision directe du creux axillaire et dans 31,5% des cas par l'incision de plastie mammaire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours avec des extrêmes de 2 à 5 jours.

•Nous avons eu peu de complications précoces lourdes aucune désunion n'a été enregistrée, les lymphocèles sont gérés par des ponctions répétitives. Les complications tardives ont été dominées par l'asymétrie mammaire.

•Résultats histologiques :

•un carcinome infiltrant non spécifique été retrouvé chez toutes les patientes, on note des marges saines plus de 10 mm dans 87,5% des cas, et entre 2 et 5mm dans 12,5%, avec 83,33% de RH+, 0833% de HER2+, et 08,33% de TRN. Le Ki67 a été < 14% dans 87,5% des cas.

• Résultats esthétiques :

•L'évaluation des résultats esthétiques à distance de la chirurgie et de la radiothérapie faisait ressortir 03 groupes. Très satisfaisant-Relativement satisfaisant-Relativement peu satisfaisants Respectivement de 41,66%- 41,66%-16,66 %pour la Patiente et de 75%- 16,66%- 13,33% pour le chirurgien.



Figure 05. Oncoplastie par pédicule externe.



Figure 06. Oncoplastie par pédicule supérieur.

## Discussion :

Il est impossible de figer la ligne de démarcation entre chirurgie conservatrice et mastectomie tant les paramètres décisionnels sont nombreux, inhérents à la tumeur, au sein, à la patiente mais également au chirurgien [6]. Le taux modeste de traitement oncoplastique enregistré (6,21%), ne peut s'expliquer que par la sélection rigoureuse de patientes répondant aux critères de sélection mais aussi par l'absence de sensibilisation des patientes à cette chirurgie, beaucoup de patientes répondant à tous les critères refusent le geste de conservation. Le désir de conservation du sein est présent mais sans grande motivation vu la crainte de la récurrence locale et/ou de réintervention. L'âge ne fait pas partie des critères de sélection mais on trouve qu'il est important de signaler que si ce sont les plus jeunes qui en sont demandeuses, leurs caractéristiques tumorales biologiques interviennent dans la survenue de la récurrence, en faisant chuter le taux de survie sans rechutes chez ces jeunes patientes. D'autant plus qu'en Algérie, le cancer du sein touche des femmes de plus en plus jeunes avec une moyenne d'âge de 48 ans [7-9], cette dernière est proche de la moyenne retrouvée dans notre série.

Le volume mammaire à toute son importance dans la prise de décision chirurgicale, plus que ce dernier c'est le rapport taille tumorale / volume mammaire qui conditionne la possibilité du geste car ce traitement n'est toutefois acceptable que si le sein conservé garde un volume et un galbe harmonieux. D'autant plus que l'oncoplastie est indiquée quand une résection glandulaire large est nécessaire, ce qui correspond à plus de 30 % du volume mammaire. A défaut une thérapeutique d'induction, à visée conservatrice reste une alternative même si la chirurgie est particulièrement difficile après, car le volume résiduel est mal individualisable pour le chirurgien, voir même absent, et une chirurgie conservatrice devient alors un " challenge " pour les chirurgiens sénologues.

En Algérie, la taille moyenne au moment du diagnostic est de 5 cm, avec un volume mammaire moyen entre 500 et 1000cc.

Ces particularités font que le nombre de mastectomies dépasse de loin le nombre de traitements conservateurs, et encore de plus loin celui d'oncoplastie [7-9]. L'étude de nos marges de résection met en évidence que l'utilisation des techniques de plastie mammaire a permis d'obtenir des marges saines plus de 10 mm dans 87,5% des cas, et entre 2 et 5mm dans 12,5%, ce qui rejoint les résultats des différentes séries de la littérature [10-11-12-13]. Quant à la morbidité postopératoire peu de séries publient des résultats avec des reculs suffisants. Les chiffres sont rarement publiés, les équipes spécialisées confirment avoir une morbidité précoce (nécrose cutanée, infection) variant de 5 à 15 % avec une morbidité tardive autour de 7 % (cytostéatonecrose) [10, 11, 12], ce qui n'est certainement pas la réalité du quotidien.

Enfin, les résultats esthétiques sont le mieux documentés, tous supérieurs à 90 % de satisfaction ! Aucune étude prospective n'a encore évalué la qualité de vie dans cette situation [10]. Le résultat esthétique dans notre modeste série est évalué par deux chirurgiens de manière indépendante, Les critères d'évaluation sont l'appréciation objective de la forme, le volume des seins et leur symétrie, la direction des 2 plaques aréolo-mamelonnaires, la Sensibilité, et la rançon cicatricielles (fines, épaisses, chéloïdiennes). Pour nos patientes, les résultats les moins satisfaisants étaient dues à : L'importance de l'exérèse glandulaire supérieure à 25% du volume mammaire, dans 02 cas. L'absence de comblement de la perte glandulaire, pour 01 cas Une asymétrie entre le sein irradié, réduit par rapport au sein non irradié dans 02 cas Des cicatrices de mauvaise qualité, chéloïdes, dans 01 cas.

## Conclusion :

Si actuellement en outre-mer, les seules indications de la mastectomie se résument aux seins inflammatoires, et malgré l'équivalence documentée, en matière de survie, entre mammectomie et traitement conservateur, on réalise qu'en Algérie la chirurgie oncoplastique a autant de mal à progresser qu'à se maintenir.

Cette absence de différence significative sur la survie globale des traitements conservateurs par rapport aux radicaux est plutôt un élément pour dire qu'un traitement locorégional large ne rattrape pas une mauvaise biologie tumorale ! L'augmentation du nombre de patientes pouvant bénéficier d'une chirurgie oncoplastique, doit passer impérativement par le développement et la promotion du diagnostic précoce et du dépistage par la mammographie.

L'approche chirurgicale aussi a changé. Jusqu'à récemment, le chirurgien sénologue était un chirurgien général ou un gynécologue qui faisait entre autre de la sénologie. Désormais, le chirurgien sénologue se doit d'être un chirurgien spécialisé et doit être intégré dans une équipe pluridisciplinaire de prise en charge des cancers du sein et les décisions thérapeutiques doivent être prises en RCP de manière collégiale. Toute cette stratégie doit impérativement être discutée au cas par cas selon tous les facteurs inhérents à la patiente et à la tumeur en réunion de concertation pluridisciplinaire, associant gynécologues, radiologues, anatomopathologistes, radiothérapeutes, chirurgiens, oncologues médicaux et psychologues..., avec remise d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS) à la patiente.

"Oncoplasticbreast-conservation surgery is much more than a combination of twodisciplines ;it is a philosophy" [14].

## Bibliographie :

Fitoussi A, Couturaud B, Delay E, Lanteri L. Chirurgie du cancer du sein. Traitement conservateur, oncoplastie et reconstruction.

Expérience de l'institut Curie 2010. Elsevier Masson. 146, 336-346.

Rouanet P, Château MC. La prise en charge oncoplastique des cancers du sein .Laboratoire d'anatomo-pathologie. CRLC Val d'Aurelle Montpellier- lettre du sénologue n 54.oct,nov ;dec 2011. 46:82-85.

Recommandations de la HAS sur le cancer du sein 2010.Conférence de consensus St Gallen : 2017.

Congrès de San Antonio : décembre 2017.

SALMON.R.J Département de Chirurgie, Institut Curie Paris préface chirurgie du cancer du sein 2010 éditions Masson. 86-78.

A. Mahnane Epidémiologie du cancer du sein en Algérie. Rapport de la SAOM Fév. 2012. Visioconférence.

Réseau des registres du cancer de l'ouest algérien, XV èmes journées des registres du cancer de Taghit.

Bendib.S.E « dépistage du cancer du sein : réalités en Algérie. » 9ème Séminaire Intensif en Oncologie Mustaga Hôtel, Mostaganem

10/13 octobre 2011 »