

# 44

## **Mastectomie pour marges d'exérèse insuffisantes après réduction mammaire oncoplastique : comment l'éviter, comment la gérer ?**

A. Baratte\*<sup>1</sup>, F. Bodin<sup>2</sup>, T. Awada<sup>2</sup>, C. Bruant<sup>2</sup> et C. Mathelin<sup>3</sup>

### **Introduction**

La réduction mammaire oncoplastique (RMO) est une solution élégante pour traiter de façon conservatrice certains cancers du sein, tout en préservant une esthétique acceptable de la poitrine. Elle est classiquement proposée pour des tumeurs inférieures à 5 cm de diamètre, selon le degré d'hypertrophie mammaire. Cependant, en cas d'excision tumorale insuffisante, la reprise chirurgicale nécessite souvent une mastectomie, qui reste compliquée après les techniques classiques de réduction avec cicatrice en T inversé. Nous avons recherché les facteurs prédictifs d'exérèse incomplète afin de limiter les indications de RMO aux patientes moins à risque de mastectomie secondaire. Nous avons également cherché des solutions simples pour gérer cette mastectomie lorsqu'elle devient indispensable.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons revu la littérature des dix dernières années ayant trait à l'oncoplastique, au traitement conservateur du cancer du sein et à la RMO, afin de retrouver des facteurs de risque d'exérèse tumorale insuffisante, et les moyens possibles pour éviter cette situation. Le dépistage de ces facteurs de risque permettra de limiter les indications de RMO chez les patientes présentant un ou plusieurs de ces facteurs, de les prévenir du risque de mastectomie secondaire et de la planifier avant la RMO.

---

\* Auteur correspondant

1 Service de sénologie, Hôpital Hautepierre, et Service de chirurgie B plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpital Civil, 67000 Strasbourg, France

2 Service de chirurgie B plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpital Civil, 67000 Strasbourg, France

3 Service de sénologie, Hôpital Hautepierre, 67100 Strasbourg

## Résultats

Il existe plusieurs facteurs augmentant significativement le risque d'exérèse tumorale insuffisante : la présence de carcinome canalaire *in situ* associé à la composante infiltrante, le jeune âge des patientes, les tumeurs à foyers multiples, les tumeurs du quadrant supéro-interne, la présence de ganglions axillaires métastatiques, le type lobulaire.

Certaines améliorations diagnostiques et thérapeutiques pourraient permettre de diminuer le taux d'exérèses insuffisantes, mais sont discutables en routine : l'IRM préopératoire, la réduction mammaire décalée de quelques semaines après tumorectomie mais avant la radiothérapie, et la mastectomie d'emblée en cas de carcinome *in situ* multicentrique.

## Discussion

Chez ces patientes à risque, deux solutions s'offrent au chirurgien. La première consiste à ne pas proposer de RMO, en optant directement pour une mastectomie. Une reconstruction mammaire immédiate sera possible dans les cas où une radiothérapie n'est pas prévue. La seconde consiste à inclure le tracé de réduction mammaire dans un tracé de mastectomie éventuelle. Nous décrivons ici ce tracé. La mastectomie secondaire est alors largement simplifiée, même sur une technique à cicatrice en T inversé. C'est à notre sens la solution à privilégier.

## Conclusion

La RMO doit avoir de larges indications en cas d'hypertrophie mammaire associée au cancer du sein. Certains éléments doivent *a priori* faire craindre une exérèse incomplète et envisager avec la patiente une mastectomie secondaire, avant même la RMO. Cette mastectomie est mieux acceptée psychologiquement et plus aisée techniquement si elle a été prévue dès le début de la prise en charge.