

101

Évaluation multicentrique des techniques de chirurgie oncoplastique pour la conservation mammaire des cancers du sein (PHRC OP-06)

L. Delmond¹, P.E. Colombo¹, M. Gutowski¹, J. Leveque²,
C. Tunon de Lara³, H. Charitanski⁴, S. Giard⁵, J.R. Garbay⁶,
C. Faure⁷, F. Dravet⁸, A. Fitoussi⁹, A. Mourregot¹ et P. Rouanet¹

Introduction

La chirurgie conditionne en grande partie le pronostic oncologique local (résection en marge saine) et le résultat esthétique des cancers du sein. Certaines tumeurs nécessitent une exérèse large (quadrantectomie) soit d'emblée, soit après traitement néoadjuvant. La chirurgie oncoplastique associée à ces exérèses larges un remodelage glandulaire [1, 2]. À ce jour, il n'existe pas de série multicentrique qui évalue la sécurité oncologique, les résultats esthétiques et l'impact sur la qualité de vie de cette chirurgie. Nous rapportons les résultats initiaux de la première étude multicentrique française concernant cette prise en charge.

Matériel et méthode

Essai multicentrique de phase II, stratifié selon la catégorie de risque : opérée d'emblée (strate 1) ou ayant un traitement néoadjuvant (strate 2), qui a été mené dans 11 centres français formés aux différentes techniques d'exérèse et de reconstruction mammaire. Les tumeurs incluses étaient des carcinomes intracanalaires étendus, des cancers infiltrants à composante intracanalair, des cancers infiltrants n'ayant pas bien répondu à un traitement néoadjuvant. Les

1 ICM Val d'Aurelle, 34000 Montpellier

2 Centre Eugène Marquis, 35000 Rennes

3 Institut Bergonié, 33000 Bordeaux

4 Institut Claudius Regaud, 31300 Toulouse

5 Centre Oscar Lambret, 59000 Lille

6 Institut Gustave-Roussy 94805 Villejuif

7 Centre Léon Bérard, 69008 Lyon

8 Centre René Gauducheau, 44805 Nantes

9 Institut Curie, 75005 Paris

indications d'oncoplastie retenues étaient : exérèse glandulaire supérieure à 30 % du volume du sein, poids de l'exérèse supérieur à 100 g, remodelages glandulaires avec repositionnement de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM), comblement du défaut glandulaire par lambeau autologue de grand dorsal (LGD) et les gestes nécessitant une symétrisation controlatérale. Le critère de jugement principal était le pourcentage de patientes ayant des marges négatives.

Résultats

262 patientes ont été incluses entre avril 2007 et février 2011, 157 dans la strate 1 (60 %) et 105 dans la strate 2 (40 %). Respectivement pour les strates 1 et 2, les indications étaient similaires dans les deux groupes : exérèse > 100 g : 40 %/46 %, résection > 30 % : 24 %/16 %, remodelage + pam : 32 %/35 %, harmonisation controlatérale : 4 %/2 %. Le geste chirurgical réalisé a été : Batwin 48 %/70 %, mammoplastie avec cicatrice en T inversé 29 %/15 %, Dufourmentel modifié 14 %/11 %, round bloc 3 %/6 %, autre incision 6 %/8 %. Le décollement cutanéoglandulaire concernait deux quadrants dans plus de 70 % et 73 % des cas et la suture glandulaire complète était possible dans 83 et 99 % des cas. Le poids médian des pièces opératoires était de 98 g sans différence significative entre les deux strates avec un ratio moyen poids du sein/poids de la pièce de 19 % et 18 %.

La marge de sécurité médiane était de 5 mm dans les deux groupes, inférieure à 1 mm pour 15 patientes de la strate 1 (11 %), 12 de la strate 2 (15 %). La morbidité spécifique du geste oncoplastique était de 28 % dans les 2 groupes et le taux de ré-intervention de 26 % dans la strate 1 et 14 % dans la strate 2. L'évaluation globale de la qualité de vie était satisfaisante dans plus de 90 % des cas.

Conclusion

La faisabilité oncologique et esthétique de la chirurgie oncoplastique mammaire est démontrée par cette étude multicentrique. Néanmoins, le risque de morbidité et de reprise opératoire nécessite une information éclairée des patientes [3].

Pour les cancers infiltrants localement évolués, l'indication d'une oncoplastie de première intention doit être discutée par rapport à un traitement néoadjuvant.

Références

1. Berry MG, Fitoussi AD, Curnier A, Couturaud B, Salmon RJ (2010) Oncoplastic breast surgery: A review and systematic approach. *J Plastic Reconst Aesthetic Surg* 63: 1233-43
2. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM (2010) Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol* 17: 1375-91
3. Chakravorty A, Shrestha AK, Sanmugalingam N *et al.* (2012) How safe is oncoplastic breast conservation ? Comparative analysis with standard breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol* 38: 395-8