

## La sécurité carcinologique de la chirurgie conservatrice du cancer du sein

●●● Par les Drs N. Benachenhou, S. Rebahi, B. Ait Ouakli, Chentouf, A. Abdelouahab, Krim, H. Guendouz, A. Bendib, M. Boubnider \*

*La chirurgie mammaire a bénéficié d'une véritable révolution depuis trente ans. La chirurgie d'exérèse ne se contentait plus de guérir; elle devait, en outre, permettre de conserver une forme, un volume mammaire et des cicatrices acceptables et peu visibles, à long terme.*

**D**epuis les procès de Milan, au début des années 1970 (1), il y a eu un trend vers la chirurgie conservatrice du sein.

Le traitement conservateur classique a montré son efficacité carcinologique, par rapport au traitement radical, dans certaines indications. L'appréciation du résultat cosmétique de ce traitement conservateur n'était pas toujours satisfaisante. Au-delà d'un diamètre de 3 cm, il était difficile d'obtenir des marges saines et un résultat cosmétique acceptable. La chirurgie oncoplastique, extension de la chirurgie conservatrice utilisant les techniques de plastie mammaire, est une chirurgie relativement nouvelle. Elle a été décrite, pour les cancers du sein, en 1990, par l'équipe de l'institut Curie (2). Elle occupe, actuellement, une place de plus en plus importante, dans l'arsenal thérapeutique chirurgical.

C'est ainsi que dans le service de sénologie du centre Pierre et Marie Curie d'Alger, plus de 1200 cancers mammaires sont opérés chaque année. Une étude réalisée avait pour objectif de comparer la qualité de l'exérèse glandulaire, après traitement classique, d'une part et après traitement par oncoplastie, d'autre part. Chaque groupe comportait 56 patientes, avec des critères d'inclusion et d'évaluation similaires.

Nous pouvons comparer nos résultats avec ceux obtenus dans l'étude de Petit (3), qui compare 2 groupes de patientes: 58 patientes ayant bénéficié d'une chirurgie oncoplastique et 92 d'une zonectomie conventionnelle. Dans notre série, le volume d'exérèse moyen était nettement supérieur, avec 750cc pour le groupe oncoplastie et 150cc, pour le groupe mastectomie partielle. Dans la série de Petit, il était, respectivement, de 195cc et de 94.6cc. La principale différence, entre les résultats obtenus par Petit (3) et les nôtres, réside dans la taille des marges. Dans son étude, Petit retrouve une taille des marges respectives de 8.5 mm et 6.5 mm. Cette différence des marges entre les 2 groupes oncoplastie et zonectomie n'est pas significative. Dans notre série, la taille des marges est, respectivement, de 18.7 mm dans le groupe oncoplastie et de 11.8, pour le groupe zonectomie. Cette différence est significative. Le taux de marges supérieures, ou égales à 10 mm, est plus important dans le groupe oncoplastie (82%) que dans le groupe zonectomie (71.4%).

	Oncoplastie	Zonectomie
Longueur (cm)	22.4 (9-46)	8.67 (4-14)
Largeur (cm)	10.2 (7-24)	3.26 (2-5)
Marges (cm)	1.87 (0.5-20)	1.18 (0.3-10)

Qualité de la résection glandulaire

Une autre étude comparative assez similaire, réalisée par Gliacalone (4), où les critères d'inclusion et d'exclusion étaient identiques, a permis de noter que l'âge moyen était de 51 ans, pour le groupe oncoplastie (42 patientes) et 56 ans, pour le groupe zonectomie (57 patientes); alors que, dans notre série, il était, respectivement, de 48 et 50 ans. Le diamètre tumoral histologique moyen était moins important, dans l'étude de Gialacone, par rapport à notre étude; de l'ordre de 15 versus 30 mm, pour le groupe oncoplastie et de 17 versus 19.2 mm, pour le groupe zonectomie.

	Min.	Max.	Moy.
<b>Taille tumorale clinique (mm)</b>			
-Groupe zonectomie	10	30	20
-Groupe oncoplastie	10	50	30
<b>Taille tumorale radiologique (mm)</b>			
-Groupe zonectomie	8	30	19,4
-Groupe oncoplastie	15	60	30,1

Une chirurgie secondaire de rattrapage a été réalisée, plus souvent, dans le groupe zonectomie, que dans le groupe oncoplastie. 12 patientes du groupe zonectomie, versus 2 patientes du groupe oncoplastie, ont bénéficié d'une mastectomie secondaire. 4 patientes du groupe zonectomie et une du groupe oncoplastie ont bénéficié d'une reprise du lit tumoral. Ces résultats sont comparables aux nôtres, puisque 7 patientes du groupe zonectomie, versus 3 patientes du groupe oncoplastie, ont bénéficié d'une mastectomie secondaire et 6 patientes du groupe zonectomie ont bénéficié d'une reprise du lit tumoral.

Etant admis aujourd'hui que le résultat esthétique est un critère important du traitement conservateur (5), le développement de la chirurgie oncoplastique a permis d'éviter les déformations mammaires disgracieuses, souvent mal vécues par les patientes.

Nos (6) a rapporté une série de 50 patientes présentant de grosses tumeurs (32.5mm), ayant bénéficié de cette approche technique. Les résultats cosmétiques ont été jugés très satisfaisants, dans 85% des cas. Ils sont de 60% des cas, dans notre série. Ces résultats, nous paraissent encourageants, compte tenu de notre modeste expérience, sachant que les 2 groupes présentaient, pratiquement, le même échantillon, ainsi que des critères préopératoires identiques (taille tumorale, localisation..).

	Très satisfaisant	Relativement satisfaisant	Relativement peu satisfaisant
Groupe tumorectomie	12(21%)	25(45%).	16(28%)
Groupe oncoplastique	33 (59%)	19 (34%)	4 (7%)



Relativement satisfaisant

Très satisfaisant

Une récurrence locale a été observée, dans notre série, chez 2 patientes et une métastase cérébrale chez une 3ème patiente, avec un recul moyen de 42 mois et une taille tumorale médiane de 30 mm; alors, que dans la série de Fitoussi<sup>(7)</sup>, numériquement la plus importante, le taux de récurrences locales à 5 ans est évalué à 6.8%, sur 540 oncoplasties, avec un recul médian de 49 mois et une taille tumorale médiane (PT) de 29 mm.

La majorité des paramètres qui ont été analysés, dans notre série, sont comparables, voire identiques aux paramètres d'autres séries étrangères (échantillon, taille tumorale histologique, ainsi que les résultats carcinologiques et cosmétiques). La particularité de notre étude est que: les patientes sont jeunes (27% des patientes avaient moins de 40 ans), en surpoids (l'IMC moyen est de 28.2), et présentaient des seins denses (42% de type 2 et 20% de type 3), avec un volume mammaire le plus souvent important (VM moyen est de 980 cc), permettant, ainsi, de réaliser de larges exérèses, sans se soucier des défauts glandulaires; argument supplémentaire en faveur de cette approche thérapeutique.

Dans notre travail, malgré le recul encore insuffisant, nous avons voulu évaluer, objectivement, les performances de l'oncoplastie, dans le traitement primaire des tumeurs mam-

maires. L'oncoplastie n'est qu'une des techniques permettant une conservation mammaire. Elle ne semble pas modifier la sécurité carcinologique que l'on admet, actuellement, pour la chirurgie conservatrice comparée à la chirurgie radicale.

Le bénéfice principal a été d'étendre les indications du traitement conservateur à des lésions, jusque-là, traitées par mastectomie (tumeur de 4 cm, voire 5 cm), dans le strict respect des principes carcinologiques et d'améliorer les résultats cosmétiques ■

**\* Dr Drs N. Ben achenhou, S. Rebahi, B. Ait Ouakli, Chentouf, A. Abdelouahab, Krim, H. Guendouz, A. Bendib, M. Boubnider,**

Centre Pierre et Marie Curie (CPMC) – Alger.

## Bibliographie

- (1) Veronesi U, Salvadori B. Conservative treatment of early breast cancer. Long term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. *Ann Surg* 1990; 211(3).
- (2) Clough KH, Baruch La chirurgie plastique et le traitement conservateur du cancer du sein *Ann Chir Plast Esthet* 1992; 37:682-92.
- (3) Petit JY, Kaur N, Rietjens M et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005; 12:539-45.
- (4) Giacalone PL, Roger P, Dubon O. Tumorectomie vs chirurgie oncoplastique pour traitement conservateur de cancer du sein. *Ann chirurg* 2006; 131:256-61.
- (5) Garusi C, Petit JY, Rietjens M, Lanfrey. La place de la chirurgie plastique dans le traitement conservateur du cancer du sein. *Ann chir Plast Esthet* 1997; 42:168-76.
- (6) Nos C, Fitoussi AD, Bourgeois D, Fourquet A, Salmon RJ, Clough KH. Conservative treatment of lower pole breast cancers by bilateral mammoplasty and radiotherapy. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24:508-14.
- (7) Fitoussi AD, Berry MG, Fama F et al. Oncoplastic breast surgery for cancer .Analysis of 540 consecutive cases. *Plast Reconst Surg* 2010; 125: 454-62.