

Transplantation de graisse autologue dans le sein – oui, mais...

Reto Wettstein^a, Barbara Ling^a, Yves Harder^b, Dirk J. Schaefer^a

^a Abteilung für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital, Basel

^b Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Regionale di Lugano, Lugano

Quintessence

- La greffe de tissu adipeux autologue (ATA) est un procédé chirurgical sûr, qui s'utilise de plus en plus au niveau des seins, par exemple pour une irrégularité des contours, une asymétrie consécutive au traitement d'une tumeur, en cas de déformations ou si l'on souhaite une augmentation mammaire.
- Les tissus obtenus par liposuction grâce à des techniques mini-invasives contiennent différents groupes cellulaires, parmi lesquels des cellules souches et précurseurs, facteurs de croissance, hormones et cytokines, et ne sont donc pas des tissus inertes. Une interaction potentielle avec les tissus mammaires ne peut être exclue.
- La sécurité oncologique de l'ATA semble être relativement élevée dans des tissus mammaires sains. Dans les cas où l'ATA est consécutive à un traitement pour un cancer du sein, les données sont plus équivoques.
- La *Société Suisse de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique (SSCPRE)* a par conséquent instauré a) des directives, b) une brochure explicative adaptée à l'état actuel des connaissances, ainsi que c) un registre anonyme, de manière à optimiser la sécurité de l'ATA dans la région mammaire.
- A l'heure actuelle, une ATA mammaire est déconseillée dans les situations suivantes: a) facteurs de risque connus (antécédents de cancer du sein, prédisposition génétique connue au cancer du sein BRCA1 et BRCA2), b) âge >35 ans, c) <3 ans après un traitement conservateur du cancer du sein et d) dans les tissus mammaires sains en cas de cancer identifié au niveau du sein controlatéral.

Les auteurs n'ont déclaré aucune relation financière ni personnelle en relation avec leur article.

Transplantation de graisse autologue

La transplantation de graisse autologue (TGA), également appelée lipofilling, est pratiquée de plus en plus

fréquemment depuis les années 1980 dans le traitement des déficits des parties molles, ainsi que dans le sein de la femme. Après aspiration par technique mini-invasive, le tissu graisseux, ou lipoaspirat, est préparé et transplanté dans le sein à l'aide de fines aiguilles, en évitant ainsi de léser la glande mammaire.

Le tissu obtenu par aspiration est à de très nombreux égards un matériau idéal pour combler les déficits des parties molles. Le fait que plusieurs sortes de cellules, dont des cellules souches et précurseurs, des facteurs de croissance, hormones et cytokines sont présents dans le lipoaspirat ou y sont sécrétés, signifie que le tissu transplanté n'est pas inerte et peut interagir avec le tissu receveur. Du fait que le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment rencontré chez la femme sous nos latitudes, il faut poser l'indication de la TGA dans le sein de manière particulièrement consciencieuse et en toute connaissance de cause.

Indications

Nous distinguons principalement 2 indications: le sein cancéreux et le sein sain. Dans la première figurent les corrections d'irrégularités de contour et d'asymétrie de volume après traitement de tumeurs dans le cadre d'un traitement conservateur du sein, ou le rétablissement de la symétrie du sein sain après reconstructions mammaires *de-novo*. Il est également possible de reconstruire intégralement un sein par TGA après mastectomie classique, cela en plusieurs séances [1]. La TGA dans un sein sain peut être pratiquée pour obtenir une augmentation de volume, à la place ou en complément des implants, à des fins purement esthétiques, ou en cas d'asymétries et malformations héréditaires marquées,

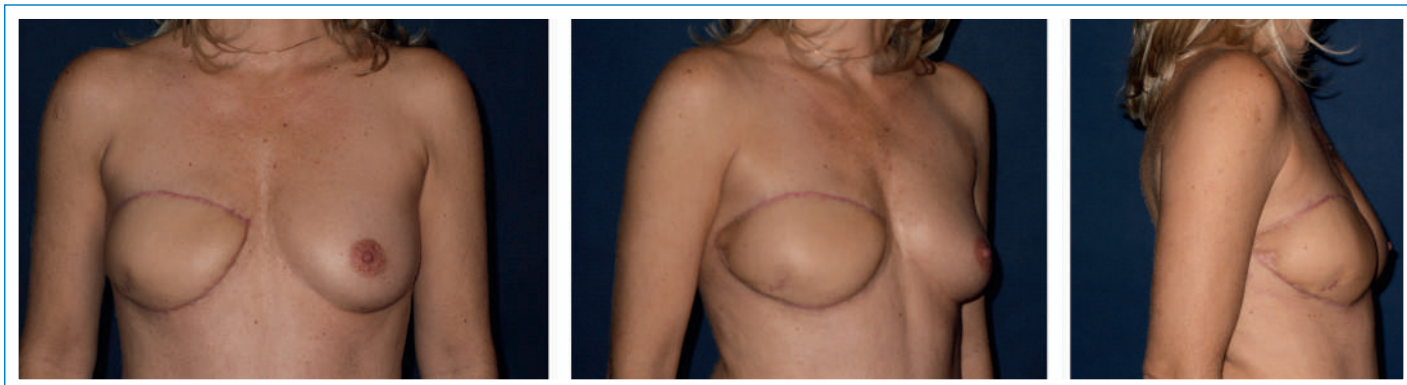


Figure 1
Patiente après reconstruction mammaire par lambeau abdominal libre (lambeau DIEP).

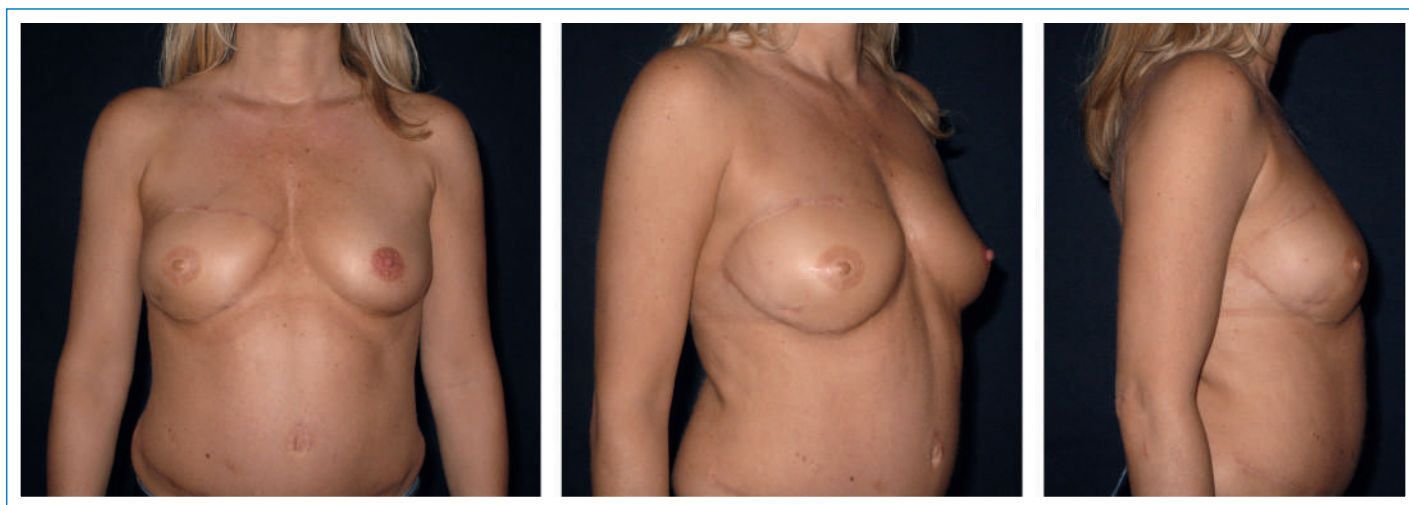


Figure 2
Résultat final chez la même patiente après TGA, principalement dans le pôle supérieur du sein et reconstruction du mamelon et de l'aréole.

comme les seins tubéreux par exemple. Une autre indication pour le sein féminin est le traitement de troubles trophiques dans les suites d'une radiothérapie du sein et/ou de la paroi thoracique. Ce n'est alors pas l'effet «filler» ou de gain de volume qui est au premier plan, mais le potentiel de régénération des cellules et facteurs présents dans le lipoaspirat [2].

Avantages et inconvénients

Mis à part le bénéfice secondaire lié au fait que du tissu adipeux indésirable est retiré puis utilisé pour augmenter le volume du sein ou corriger une asymétrie, cette méthode présente en elle-même relativement peu de complications et risques périopératoires, qu'elle est effectuée par des chirurgiens dûment tant formés à la technique [3]. Du fait qu'il s'agit d'un tissu autologue, aucun risque de rejet ou d'intolérance ne sont à redouter.

En pratique, c'est la résorption du tissu adipeux transplanté qui pose le plus grand problème. Selon les dernières données, env. 40 à 60% du tissu transplanté sont en moyenne résorbés [4]. Ce taux de résorption est toutefois variable, et le résultat final peut ainsi être considérablement éloigné du but espéré, mais peut généralement être corrigé. Grâce à la réalisation d'une nouvelle TGA, une hypercorrection est dans tous les cas à éviter.

Actuellement, la plus grande incertitude est en relation avec le risque lié au cancer du sein [5]. Il n'y a actuellement aucune garantie que les types cellulaires ou les facteurs de croissance et cytokines transplantés avec la TGA, n'induisent pas de cancer ou n'accélèrent pas la multiplication de cellules malignes déjà présentes et non détachées dans le site receveur.

Le niveau de sécurité oncologique de la TGA dans un sein sain semble être relativement grand, selon les données dont nous disposons actuellement [3]. La situation est moins claire dans les cas de TGA après traitement d'un cancer du sein. Alors que la plupart des études ne montrent aucune augmentation du risque de récurrence après TGA, une série d'études de l'Istituto Europeo di

Oncologia de Milan a identifié une incidence accrue de récurrences locorégionales, notamment pour les tumeurs intraépithéliales, c.-à-d. au stade *in situ* (DCIS/LCIS). Ces cas sont cependant relativement rares [6]. L'âge de la patiente (<50 ans) lors de la pose du diagnostic de sa maladie et l'agressivité de la tumeur semblent jouer un rôle important.

La Société suisse de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique a donc établi des directives pour le recours à la TGA dans le sein féminin.

En présence de facteurs de risque connus (anamnèse familiale positive, prédisposition génétique au cancer du sein BRCA1 et BRCA2) et selon l'âge (>35 ans; la probabilité de développer un cancer du sein ou d'avoir des cellules malignes augmentant avec l'âge), la TGA n'est pas indiquée, et une autre forme de traitement doit être recommandée. Après traitement conservateur du sein, un intervalle de 3 ans doit être respecté, pendant lequel statistiquement la plupart des récurrences locales se manifestent. Le sein controlatéral sain d'une patiente ayant un cancer du sein ne doit pas être traité par TGA.

L'examen radiologique du cancer du sein ou d'une récurrence par mammographie, échographie ou IRM n'est pas compromis après TGA.

Mesures visant à augmenter la sécurité

De manière à optimiser la sécurité de la prise en charge des patientes, la *Société suisse de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (SSCPRE)*, en plus des directives mentionnées plus haut, a introduit les mesures suivantes: une information standardisée, adaptée aux données scientifiques actuelles, qui donne des renseignements adéquats à la patiente et la rend attentive aux risques et incertitudes actuelles de cette méthode. La SSCPRE tient en outre un registre anonymisé de tous les cas de TGA dans le sein de la femme. Ceci permet de réagir immédiatement et de contacter la patiente en cas d'incident ou de problème lié à la TGA et de prendre ainsi les mesures nécessaires.

Conclusion

La TGA dans le sein est une méthode chirurgicalement sûre, comprenant relativement peu de complications, mais qui doit être pratiquée selon les directives de la Société suisse de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique; les données devant être reportées dans le registre ad hoc. La plus grande incertitude reste en relation avec le cancer du sein, et le caractère potentiellement inducteur de cancer ou accélérateur de la multiplication cellulaire maligne de ces molécules bioactives et cellules transplantées par la TGA. Seule une étude prospective permettra de confirmer la sécurité de cette méthode à l'avenir, ou d'en limiter encore les indications.

Correspondance:

PD Dr. med. Reto Wettstein
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
[reto.wettstein\[at\]usb.com](mailto:reto.wettstein[at]usb.com)

Références

- 1 Khouri RK, Rigotti G, Khouri RK Jr, et al. Total breast reconstruction with autologous fat transfer: review of a seven-year multicenter experience. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134:84.
- 2 Rigotti G, Marchi A, Galìè M, et al. Clinical treatment of radiotherapy tissue damage by lipoaspirate transplant: a healing process mediated by adipose-derived adult stem cells. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:1409.
- 3 Largo RD, Tchang LA, Mele V, et al. Efficacy, safety and complications of autologous fat grafting to healthy breast tissue: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014;67:437.
- 4 Harder Y, Allan AA, Eder M, et al. Eigenfetttransfer zur Korrektur von erworbenen Konturdefekten und Volumenasyymetrien nach rekonstruktiven Brusteingriffen. *Plastische Chirurgie.* 2014;1:26.
- 5 Wettstein R, Tchang LAH, Largo RD, et al. Eigenfettgewebettransplantation und Brustkrebs. Was wissen wir heute? *Plastische Chirurgie* 2014;1:6.
- 6 Petit JY, Rietjens M, Botteri E, et al. Evaluation of fat grafting safety in patients with intraepithelial neoplasia: a matched-cohort study. *Ann Oncol.* 2013;24:1479.