

Cancer du sein: le rôle de la chirurgie plastique

Reto Wettstein^a, Dominique Erni^b, Yves Harder^{c,d}, Ilario Fulco^{a,e,f}, Barbara Ling^{a,f}, Dirk J. Schaefer^a, Walter Weber^f, Martin Haug^{a,f}

^a Département für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel; ^b Brustzentrum Klinik St. Anna, Luzern; ^c Dipartimento di Chirurgia, Servizio di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, Ospedale Regionale di Lugano, EOC, Lugano; ^d Centro di Senologia della Svizzera Italiana; ^e BelCare Praxis, Bahnhofstrasse, Aarau; ^f Brustzentrum, Universitätsspital Basel

La prise en charge des tumeurs malignes implique souvent une collaboration interdisciplinaire. Particulièrement dans le cas du cancer du sein, qui représente le symbole de l'intégrité physique de la femme et de sa féminité, la chirurgie plastique reconstructrice joue un rôle essentiel, notamment en raison des attentes grandissantes en matière esthétique.

Lors des dernières décennies, la chirurgie oncologique tout comme les possibilités de reconstruction oncoplastique dans la chirurgie mammaire ont considérablement évolué et se sont améliorées de manière notable, sans pour autant compromettre le degré de sécurité de la résection tumorale et le contrôle local de la maladie.

Dans les cas de chirurgie ablative, on a montré depuis les années 1990 que les procédés moins agressifs comme: premièrement la méthode épargnant le revêtement cutané du sein («skin-sparing mastectomy») [1], ou encore épargnant le sillon sous-mammaire et le complexe aréolo-mamelonnaire («nipple-sparing mastectomy»), prodiguaient des résultats oncologiques satisfaisants et comparables aux méthodes dites radicales, à la condition d'une bonne sélection des patientes. Ces méthodes impliquent une reconstruction immédiate, sans laquelle le bénéfice lié aux tissus épargnés serait perdu en raison de la rétractilité de la peau.

Le résultat esthétique de la reconstruction et ainsi le bien-être de la patiente pouvaient être néanmoins nettement améliorés au travers de ces évolutions techniques chirurgicales conservant l'enveloppe cutanée du sein, et ainsi permettre des résultats remarquables même après mastectomie.

La chirurgie conservatrice du sein, dans laquelle la tumeur est extirpée avec une marge de sécurité et le reste de la glande mammaire préservé pour être irradié par la suite, est utilisée depuis les années 1970 et fut reconnue il y a de ça au moins dix ans comme thérapie onco-chirurgicale valable – au même titre que la mastectomie – en matière de risque de récurrence locale et de taux de survie globale [2].



Reto Wettstein

Grâce au dépistage systématique du cancer du sein, et le diagnostic précoce des tumeurs du sein qui en découle, la thérapie conservatrice du cancer du sein, soit 80% des cas, représente la méthode la plus employée en Europe.

Ainsi, selon le cas, la thérapie chirurgicale du cancer du sein peut être radicale ou, si possible, conservatrice en préservant autant de tissus que possible, dans les limites de l'acceptabilité et sécurité oncologique, afin d'améliorer la qualité de vie de la patiente. La décision entre thérapie conservatrice et mastectomie dépend, au-delà des possibilités de chimio- et radiothérapie et du désir de la patiente, entre autres aussi du type de tumeur, de la localisation de la tumeur dans le sein et de sa distance et relation à la peau, au complexe aréolo-mamelonnaire et au sillon sous-mammaire, ainsi que du rapport entre la taille de la tumeur et celle du sein.

Bien que la chirurgie conservatrice du cancer du sein soit moins agressive que les mastectomies radicales réalisées encore il y a peu de temps, elle peut mener à des pertes de substances relativement importantes,

ce qui, en l'absence de prise en charge, peut mener à des déformations mutilantes du sein ainsi que des asymétries de volume et de forme.

La chirurgie onco-plastique se définit comme l'association de la chirurgie oncologique et de la chirurgie plastique et reconstructive et devrait être proposée à

toute patiente pour laquelle cette possibilité existe. La technique comprend la résection tumorale et le remodelage esthétique des tissus restants: la glande mammaire et l'enveloppe cutanée, ceci de manière immédiate et avec le moins de rançon cicatricielle possible. Pour cela, il existe de multiples techniques opératoires ayant été mises au point et développées ces dernières années en chirurgie reconstructrice et esthétique (fig. 2).

Idealement, le chirurgien plasticien est impliqué dès le départ lors la conférence interdisciplinaire, afin d'informer la patiente et de lui présenter les différentes options de reconstruction qui lui sont offertes ainsi que leurs limites, et ce avant l'étape de chirurgie oncologique. Les techniques opératoires choisies dépendront d'un côté de la situation de départ, c'est-à-dire la taille du sein, la ptose, le poids, le degré de substitution du tissu adipeux ainsi que des risques et complications péri- et postopératoires; d'un autre côté, elles dépendront des besoins et souhaits de la patiente et devront y être adaptés de manière optimale. Ici, il est essentiel que le chirurgien plasticien reconstructeur présente à la patiente l'ensemble des options disponibles afin de lui garantir un choix libre et éclairé, quant à la méthode qui lui convient le mieux. Les opérations esthétiques et reconstructives peuvent aller du simple lambeau local limité en passant par les plasties de réduction plus importantes, jusqu'au lambeau libre autologue ou encore la mise en place d'implants mammaires.

La part de la chirurgie plastique dans la chirurgie onco-plastique du sein implique l'utilisation de tech-



Figure 1: Exemple de résultat après tumorectomie du quadrant latéral supérieur du sein gauche sans mesure chirurgicale onco-plastique et sans symétrisation du sein controlatéral sain.



Figure 2: Exemple après intervention chirurgicale onco-plastique, incluant la résection du complexe aréolo-mamelonnaire (à gauche) sans symétrisation du sein controlatéral, ceci n'ayant pas été souhaité par la patiente dans un premier temps. Résultat deux semaines après reconstruction du complexe aréolo-mamelonnaire et réduction mammaire de symétrisation du sein controlatéral chez la même patiente (à droite).

niques chirurgicales de remodelage de la glande mammaire restante et du revêtement cutané après tumorectomie plus ou moins étendue, afin de reconstruire de manière immédiate un sein aux contours naturels et avec le moins de rançon cicatricielle possible. Ici, la chirurgie reconstructrice et esthétique a décrit ces dernières années de nombreuses techniques opératoires. Une technique relativement récente est la transplantation autologue de cellules graisseuses. Dans cette méthode, le tissu graisseux sera aspiré de manière mini-invasive et, après préparation, il sera injecté à l'endroit de la perte de substance. Grâce à cette méthode, de petites irrégularités de contour après chirurgie conservatrice pourront être corrigées de manière optimale. Ceci en ayant connaissance de la présence de cellules souches, cytokines et facteurs de croissance dans le greffon de tissus adipeux et de leur potentielle action sur le taux de récurrence locorégionale [3].

Bien entendu, il convient, lors de cet entretien, de conseiller et informer la patiente également sur les possibilités de symétrisation de volume et de la forme du sein controlatéral non atteint. Ici, on considérera les deux seins comme un seul et unique organe, présentant une symétrie et une harmonie de forme et de position. Selon la situation anatomique et les besoins individuels, on pourra réaliser une réduction mammaire, une mastopexie ou encore une augmentation mammaire, afin d'améliorer le résultat esthétique et ainsi le bien-être psychologique et la satisfaction de la patiente. Ces développements

reflètent la récente décision du Département fédéral de l'intérieur [4] soulignant que l'assurance maladie de base se doit à présent de prendre en charge les coûts de reconstructions partielles du sein ainsi que les coûts de symétrisation du sein controlatéral sain. Le degré de sécurité oncologique et le résultat esthétique vont de pair dans le concept moderne de chirurgie du cancer du sein. Une prise en charge interdisciplinaire des patientes atteintes de cancer du sein permet de mettre en évidence et de prendre en compte les facteurs oncologiques et cliniques déterminant le choix de la technique de reconstruction mammaire à favoriser afin d'obtenir un résultat esthétique optimal. Celle-ci nous amène à reconnaître les attentes esthétiques comme élément primordial notamment pour l'aspect psychologique de la patiente étant confrontée à cette situation très difficile.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Toth BA, Lappert P. Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. *Plast Reconstr. Surg* 1991;87:1048.
- 2 Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227.
- 3 Wettstein R, Ling B, Harder Y, Schaefer DJ. Eigenfettgewebetrasplantation in die Brust – ja aber! *Forum Med Suisse* 2014;14:954.
- 4 <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=55591>.

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