



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

ANNEE 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

EXPERIENCE DE L'ONCOPLASTIE DE NIVEAU II AU CENTRE

OSCAR LAMBRET

DE 2000 à 2010

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2012

Par Hélène Crémieu

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre Collinet

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre

Madame le Professeur Véronique Martinot-Duquennoy

Monsieur le Docteur Jérôme Phalippou

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sylvia Giard

TABLE DES MATIERES

<u>I Introduction</u>	10
<u>II Rappels</u>	12
<u>III Patientes et méthodes</u>	17
<u>IV Résultats</u>	
1. <u>Caractéristiques de la population</u>	
a. Age et antécédents des patientes	19
b. Caractéristiques préopératoires des tumeurs	21
c. Techniques opératoires	23
d. Caractéristiques post opératoires des tumeurs	23
2. <u>Résultats chirurgicaux</u>	
a. Taux de reprises pour berges non saines	25
b. Morbidité	27
c. Délai au traitement adjuvant	28
d. Gestes controlatéraux	29
3. <u>Résultats carcinologiques</u>	31
4. <u>Place de l'oncoplastie dans l'activité chirurgicale sénologique</u>	34
<u>V Discussion</u>	
1. <u>Place de l'oncoplastie au sein des indications chirurgicales</u>	36
2. <u>Résultats carcinologiques</u>	39
a. Est-ce que l'oncoplastie est un geste carcinologiquement fiable en terme de récurrence locale ?	

b. L'oncoplastie permet elle de réduire le taux de reprise pour berges non saines ?	
3. <u>L'oncoplastie est elle responsable d'une morbidité plus importante que le traitement conservateur standard ?</u>	44
4. <u>L'oncoplastie retarde elle l'initiation du traitement adjuvant ?</u>	45
5. <u>Faut il symétriser les oncoplasties d'emblée ou secondairement ?</u>	47
6. <u>Limites de notre étude</u>	49
7. <u>Futur</u>	
a. Aspect médico économique	50
b. Quel est l'avenir de l'oncoplastie ?	50
<u>VI Conclusion</u>	52
<u>VII Références bibliographiques</u>	53
<u>VIII Annexes</u>	57
1. Fiche de recueil	

I. INTRODUCTION

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme, avec 53 000 nouveaux cas en 2011 en France. Il se situe en tête de la mortalité chez la femme avec 11500 décès en 2011 (rapport INVS 2011). Dans le Nord Pas de Calais l'incidence du cancer du sein est de 6590 cas par an (association du dépistage des cancers du nord 2011). Au centre oscar Lambret chaque année 1 800 à 1 900 patients sont traitées pour un cancer du sein (30 à 35 % des nouveaux cas par an régionaux) et parmi eux 1400 reçoivent un traitement chirurgical.

Le traitement du cancer du sein a évolué radicalement en un siècle. La mastectomie élargie radicale décrite par Halstedt en 1882 était la référence jusque dans les années 70. Puis il y a quelques décennies, il a été montré que l'association d'un traitement conservateur chirurgical et d'une radiothérapie pour les tumeurs jusqu'à 5cm, ne retrouvait pas de différence en terme de survie, par rapport à la mastectomie totale avec conservation du muscle grand pectoral type Patey(1), mais avec un risque de récurrence locale majoré en cas de traitement conservateur. Actuellement selon les régions et les praticiens entre 60 et 80% des cancers du sein sont traités de manière conservatrice (2).

Cependant le traitement conservateur a des limites. Il est responsable dans 20 à 25% des cas de mauvais résultats esthétiques (3). Les séquelles post opératoires sont essentiellement liées à l'asymétrie de volume et de position de l'aréole, aux rétractions glandulaires et cutanées. Ces séquelles esthétiques peuvent être majorées par la radiothérapie. L'oncoplastie s'est développée depuis 20 ans dans le but d'éviter des déformations parfois majeures du traitement conservateur.

Jean Yves Petit est à l'origine de l'oncoplastie dans le traitement chirurgical du cancer du sein à l'Institut Gustave Roussy. KB Clough a ensuite développé et popularisé ces techniques. Le terme d'oncoplastie a été donné par l'allemand W. Audretsch de Düsseldorf dans les années 1990 aux techniques chirurgicales qui associent un traitement conservateur du cancer du sein à des techniques de chirurgie plastique. L'oncoplastie permet l'exérèse de la tumeur tout en laissant un sein de galbe normal grâce à un remodelage glandulaire. Elle entraîne cependant une réduction de volume et du degré de ptose source d'une asymétrie avec le sein controlatéral. Cette asymétrie sera plus ou moins importante selon le volume réséqué et donc plus ou moins gênante pour, notamment le confort vestimentaire de la patiente. Des gestes de symétrisation (immédiat ou différés) peuvent être réalisés pour améliorer ce confort si la patiente le souhaite. Elle ne modifie pas les traitements pré et post opératoires. Il est essentiel que le remodelage du sein soit fait durant la tumorectomie car une déformation du sein n'est pratiquement plus réparable lorsque le sein a été irradié(4).

OBJECTIFS

L'oncoplastie est l'émergence d'une nouvelle spécialité chirurgicale en sénologie, avec des particularités qui ne sont pas celles de la chirurgie plastique. L'objectif de ce travail est d'effectuer une analyse rétrospective de l'expérience du centre Oscar Lambret sur l'oncoplastie de niveau 2. Nous aborderons différents aspects pratiques de l'oncoplastie encore peu approfondis sur les indications, les résultats carcinologiques, la morbidité, le délai au traitement adjuvant, et sur la symétrisation.

II. RAPPELS

L'oncoplastie s'adresse aux patientes ayant un risque de déformation majeur avec un traitement conservateur seul, notamment pour les tumeurs à localisation centrale et des quadrants inférieurs. Le ratio volume tumoral sur volume mammaire doit être suffisant pour permettre un remodelage glandulaire, une fois la tumeur enlevée. Dans le cas de sein de petit volume et/ou si la taille tumorale compromet le résultat esthétique du traitement conservateur, une chimiothérapie néo adjuvante peut être proposée dans le but de faire diminuer la taille tumorale.

Il existe 2 niveaux d'oncoplastie défini par KB Clough (5) basé sur le volume d'excision et la complexité du remodelage. L'oncoplastie est dite de niveau 2 quand l'exérèse mammaire attendue est comprise entre 20 et 50% du volume total du sein et nécessite le recours à des techniques de mammoplastie associant une résection cutanéoglandulaire étendue et un repositionnement de la plaque aréolo mamelonnaire.

Guide de décision de l'oncoplastie d'après KB Clough

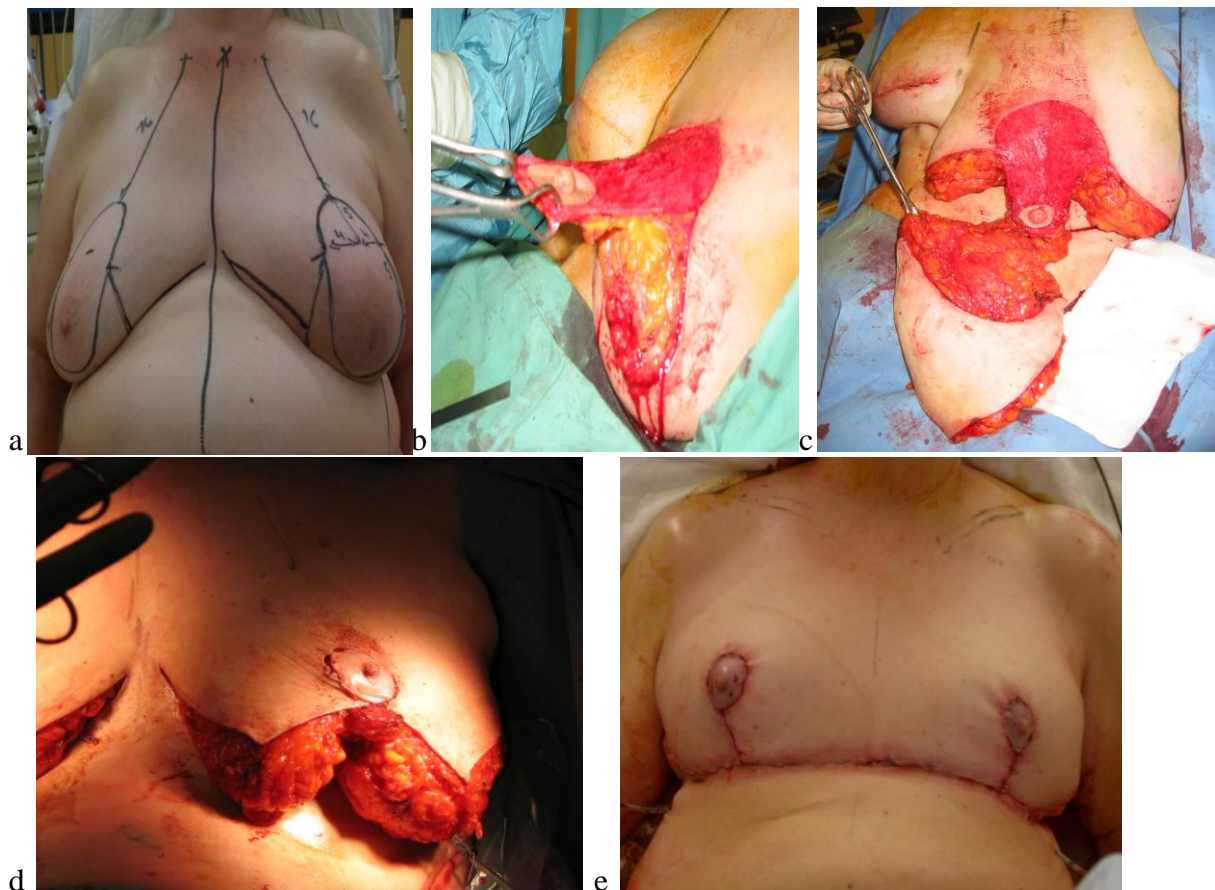
Critères	Niveau I	Niveau II
Pourcentage maximal de volume mammaire retiré	20%	20-50%
Exérèse cutané pour le remodelage	non	oui
Mammoplastie	non	oui
Caractéristiques glandulaires	dense	dense ou graisseux

TECHNIQUES

Le choix de la technique est multifactoriel : il dépend du volume et de la localisation tumorale, de la forme, et du degré de ptose du sein.

Pour les lésions inférieures ou dans la zone centrale (figures 1), la technique la plus employée est celle de Pitanguy décrite en 1961, en forme de quille de bateau emportant la partie centro inférieure de la glande. Elle se fonde sur le schéma de Wise (a) et utilise un pédicule porte mamelon supérieur(b). Le résultat final donne une cicatrice dite en T inversé à 3 branches qui associe une cicatrice verticale (segment III), et horizontale dans le sillon sous mammaire (e) (la cicatrice péri aréolaire n'est pas comptée comme une branche). La technique verticale pure dérive de la précédente, l'exérèse des triangles cutanés inférieurs latéraux n'étant pas effectuée.

Figures 1. Tumeur quadrant inférieur ou central : Pédicule porte-mamelon supérieur



Pour les tumeurs des quadrants supérieurs supra mamelonnaire (figures 2), une technique dite en fer à cheval est utilisée. Elle se fonde également sur le schéma de Wise(a) et utilise un pédicule porte mamelon postéro-inferieur(c). Le résultat final donne une cicatrice à 3 branches en T inversé (f).

Figures 2 : Tumeur quadrant supérieur : Pédicule porte mamelon postéro inférieur (sein gauche)



Pour les tumeurs externes une technique externe est employée (figures3). L'incision est réalisée en regard de la tumeur(a), associée au décollement et au repositionnement de la plaque aréolo-mamelonnaire sur un pédicule supéro-interne. Le résultat final donne une cicatrice radiaire à 1 branche, plus ou moins oblique pour s'adapter à l'exérèse de la tumeur. Il arrive que la persistance d'un bourrelet inférieur ou la nécessité d'un décollement pré thoracique pour faciliter l'ascension des segments inférieurs conduise à la réalisation d'une contre incision dans le sillon d'où les cicatrices dites en J, L ou en V que nous nommons à 2 branches.

Figures 3 Plastie externe (sein droit)



La **technique du Round Block** (figures 4) décrite par Benelli en 1990 (6) est utilisée pour des tumeurs éloignées du mamelon (a) avec desépidermisation péri aréolaire (b) et décollement de l'ensemble de l'étui cutané par rapport à la glande (c). La fermeture est faite par une seule cicatrice péri aréolaire (d, e).

Figures 4 Round Block



Pour les tumeurs centrales, la mastectomie totale n'est plus obligatoire, mais une résection de la plaque aréolo-mamelonnaire doit être effectuée et le remodelage du sein fera appel à une technique dérivée du round block.

La symétrisation du sein controlatéral, par des techniques de réduction controlatérale, constitue le dernier temps chirurgical pour obtenir 2 seins comparable en termes de volume et de ptose. Elle peut être réalisée lors du même temps opératoire que le geste d'oncoplastie ou bien de manière différée.

III. PATIENTES ET METHODES

1. Patientes

Nous avons étudié de manière rétrospective et continue, du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2010, l'ensemble des patientes du Centre Oscar Lambret de Lille issues du département de sénologie traité par un geste chirurgical d'oncoplastie de niveau II. Les dossiers des patientes ont été répertoriés grâce au codage informatique des gestes d'oncoplastie au sein de la base du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

Les paramètres étudiés portaient sur les caractéristiques de la population opérée, des tumeurs, sur les techniques chirurgicales employées, la morbidité post opératoire, les taux de reprise des berges non in sano, les délais au traitement adjuvant, les gestes de symétrisation et le suivi carcinologique. La fiche de recueil est détaillée dans l'annexe 1.

La taille des tumeurs en pré et en post opératoire était celle retrouvée en échographie, en mammographie ou en IRM. En cas de chimiothérapie néo adjuvante, la taille des tumeurs était réévaluée soit par écho ou IRM en fin de traitement.

Les patientes ont toutes été opérées par les chirurgiens seniors du département de sénologie du centre. Les techniques visées par notre étude sont des techniques d'oncoplastie de niveau II. En pratique, nous ne nous basons pas sur les 20% d'exérèse mammaire, mais nous avons retenu les dossiers en fonction des techniques d'oncoplastie utilisées. Nous avons recensés des techniques à 3 branches pour les plasties à pédicule supérieur ou inférieur, à 2 branches pour les techniques en J, en L ou en V, à 1 branche pour les plasties mammaires externes. La technique du Round Block a également été retenue. Nous avons exclu de notre étude les patientes ayant bénéficiées de techniques d'oncoplastie par lambeau (hémi-mastectomie comblé par lambeau de grand dorsal). Nous avons également décidé de ne pas aborder les résultats de l'analyse ganglionnaire.

La définition de berge saine dans notre centre implique que la distance minimale microscopique tumeur-berge d'exérèse latérale (c'est-à-dire la berge ayant un contact avec du parenchyme glandulaire laissé en place) soit supérieure ou égale à 2 mm et ce tant pour le contingent in situ qu'invasif. Il n'y a pas eu d'examen extemporané des berges d'exérèse.

La décision de traitement adjuvant était prise en réunion de concertation multidisciplinaire(RCP). Nous avons relevé la date d'instauration du traitement adjuvant.

2. Analyse statistique

L'ensemble des renseignements de ces dossiers a été enregistré dans un fichier Excel Microsoft permettant l'analyse statistique des données. Les variables quantitatives sont décrites par leurs effectifs et fréquence.

Les analyses de survie ont été réalisées par la méthode de Kaplan-Meier.

Deux tests statistiques ont été utilisés : un test T de Student pour comparer la durée de suivi des cas de carcinome canalaire in situ versus cancer infiltrant ; et un test de Chi 2 pour analyser l'influence de l'histologie, et de la chimiothérapie néoadjuvante comme facteur de risque sur les taux de reprises pour berges non saines. Le seuil de significativité p était fixé à 0.05.

Les 6 dossiers avec lésions frontières ont été inclus pour les résultats chirurgicaux de l'oncoplastie mais exclus pour les résultats carcinologiques.

IV.RESULTATS

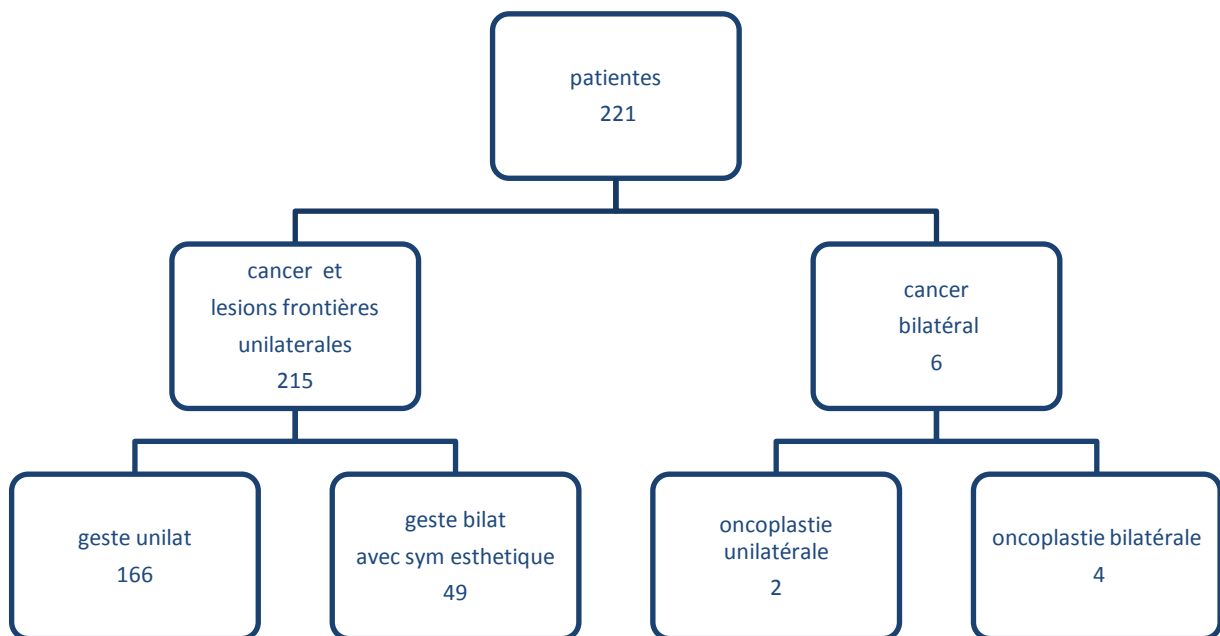
1. Caractéristiques population

a. Age et antécédents des patientes

De janvier 2000 à décembre 2010, 221 patientes ont été traitées par oncoplastie (tableau1). Deux cent vingt sept gestes d'oncoplastie ont été recensés entre 2000 et 2010 car 6 de nos patientes ont eu 2 gestes d'oncoplastie :

- 4 patientes ont eu un geste d'oncoplastie bilatéral pour un cancer bilatéral
- 2 patientes initialement traitées par oncoplastie ont eu une reprise pour berge non in sano (RBNIS) par oncoplastie.

Tableau 1. Repartition de l'oncoplastie par patientes



Le tableau 2 montre les caractéristiques de notre population. L'ensemble des patientes était âgées en moyenne de 54 ans (extrêmes : 26- 82). La taille moyenne des seins des patientes opérées était un bonnet D. Les circonstances de découverte de la tumeur étaient cliniques dans 57% des cas et infra-cliniques dans 43% des cas.

Tableau 2. Caractéristiques des patientes ayant eu une oncoplastie

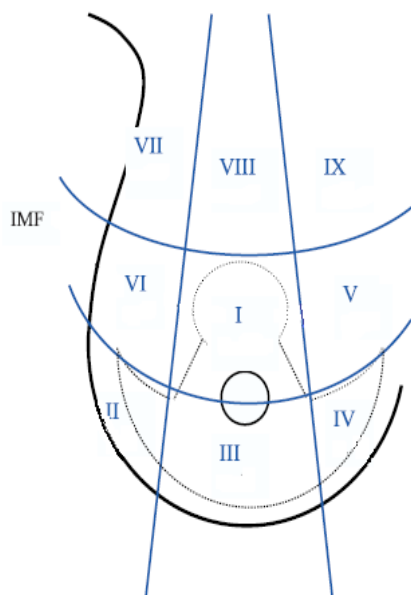
	Cas n=221	Cas en %
Age (années)		
<40	22	10
40-49	50	23
50-59	88	40
60-69	42	19
≥70	19	8
Antécédent pathologie mammaire maligne		
Homolatéral ¹	1	0.5
Controlatéral	13	6
Bilatéral	0	0
non	207	93.5

¹ Dans notre série une patiente de 79 ans avait un antécédent de cancer du sein homolatéral traité par traitement conservateur. Cette patiente avait refusé la mastectomie totale pour sa récurrence intra mammaire.

b. Caractéristiques préopératoires des tumeurs

La répartition des tumeurs dans les quadrants du sein retrouvait majoritairement des tumeurs externes et inférieures (tableau 3)

Tableau 3 .Répartition des tumeurs par quadrant - schéma selon Mc Culey(7)



		Cas N=227	Cas en %
Zone I	Retro aréolaire	11	5
Zone II	Inféro externe	53	23
Zone III	Jonction 6h	23	10
Zone IV	Inféro interne	22	10
Zone V	Jonction interne	4	2
Zone VI	Jonction externe	13	6
Zone VII	Supéro externe	86	38
Zone VIII	Jonction 12h	7	3
Zone IX	Supéro interne	8	3

La taille tumorale radiologique moyenne en préopératoire était de 20.4mm (extrêmes : 0-73 mm). Lorsque l'indication de l'oncoplastie était une chirurgie première la taille moyenne des tumeurs était de 20.2mm (extrêmes : 5-52mm) Lorsque l'indication de l'oncoplastie était posée après traitement néo adjuvant, la taille moyenne des tumeurs après chimiothérapie néoadjuvante était de 22.5.mm (extrêmes : 0-73 mm). L'anatomopathologie était connue dans 97 % cas en préopératoire (tableau 4). Les tumeurs étaient unifocales dans 82.5% des cas, bifocales dans 8.5% des cas, trifocales dans 2%. Dans ces cas les tumeurs étaient dans le même quadrant, espacées au plus loin de 40 mm en imagerie. On note 1 cas (0.5%) de microcalcifications multifocales limitées à un quadrant du sein correspondant à un carcinome canalaire in situ.. Six patientes (2.7%) présentaient un cancer du sein bilatéral d'emblée.

Tableau 4. Caractéristiques des tumeurs en préopératoires

	Cas n=227 gestes	Taux %
Taille tumeur préopératoire en mm selon classification TNM		
In situ	23	10
1a ≤ 5 mm	0	0
1b $5 < T \leq 10$ mm	18	7.5
1c $10 < T \leq 20$ mm	81	36
2 $20 < T \leq 50$ mm	52	23
3 $T > 50$ mm	1	0.5
4 infiltration peau ou paroi thoracique	0	0
Hors classement (lésions frontières, np, chimiothérapie néoadjuvante, reprise pour berges non in sano)	52	23
Anatomopathologie préopératoire		
In situ ou microinvasifs (CCIS)	23	10
Carcinome canalaire invasif (CCI)	169	74
Carcinome lobulaire invasif (CLI)	17	7
Carcinome canalaire autre ¹	4	2
Lésions frontières ²	6	3
Atypie cellulaire biopsie	2	1
Cytologie maligne	4	2
np	2	1
Nombre de focus		
1	187	82.5
2	18	8
3	4	2
Microcalcifications multifocales	1	0.5
Reprises en oncoplastie pour berges non saines	17	7

¹Autre= carcinome canalaire mucineux, à cellule claire, cribriforme

²Lésions frontières = hyperplasie canalaire atypique, tumeur phyllode

c. Techniques opératoires

L'indication de l'oncoplastie était posée dans 176 cas (78%) pour une chirurgie première, dans 34 cas (15%) après un traitement néo adjuvant et dans 17cas (7%) pour berges non in sano (BNIS) après une première chirurgie d'exérèse. Nous avons évalué nos différentes techniques en fonction du lieu d'exérèse glandulaire (tableau 5).

Tableau 5 .Techniques opératoires utilisées

	Cas n=227	Cas en %
Plastie externe	103	45
Pédicule supérieur ou postéro inférieur	87	39
Round Block	37	16

d. Caractéristiques post opératoires des tumeurs

La taille moyenne des tumeurs en postopératoire était de 26.1mm (extrêmes : 0-90mm). En cas de tumeur invasive associée à un contingent in situ, la taille post opératoire retenue était la somme des 2 contingents. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires est détaillé dans le tableau 6.

Tableau 6. Caractéristiques tumorales en post opératoires

	Cas	Taux %
	n=227 gestes	
Taille tumeur préopératoire (mm) TNM		
In situ	17	7.5
1a ≤ 5 mm	5	2
1b $5 < T \leq 10$ mm	7	3
1c $10 < T \leq 20$ mm	54	24
2 $20 < T \leq 50$ mm	93	41
3 $T > 50$ mm	7	3
4 infiltration peau ou paroi thoracique	2	1
Hors classement (lésions frontières, chimiothérapie néoadjuvante)	42	18.5
Anatomopathologie définitive		
In situ ou micro invasif (CCIS)	18	8
Carcinome canalaire invasif (CCI)	142	62.5
CCI+CCIS extensif ¹	25	11
Carcinome lobulaire invasif (CLI)	23	10
Carcinome canalaire autre ²	8	3.5
CCI + CLI	4	2
Lésions frontières ³	7	3

¹CCIS extensif : si $> 25\%$ CCIS associé au CCI

²Autre= carcinome mucineux, à cellule claire, cribriforme

³Lésions frontières = hyperplasie canalaire atypique, tumeur phyllode

2. Résultats chirurgicaux

a. Taux de reprises pour berges non in sano (RBNIS)

Sur les 227 gestes d'oncoplastie il y a eu 29 reprises chirurgicales pour berges non saines. Le taux de reprise pour berges non in sano était de 12.7%. Toutes les patientes ayant une pièce de tumorectomie avec berge non saine ont eu une reprise chirurgicale.

La reprise proposée a été effectuée par mastectomie totale (MT) dans 25 cas, soit 86 % des reprises. La MT était associée à une reconstruction mammaire immédiate dans 9 cas.

La reprise a été réalisée par mastectomie partielle dans 4 cas, soit 18% des reprises.

L'analyse anatomopathologique des pièces de reprises ne retrouvait pas d'anomalie dans 41% des cas (tableau 7).

Tableau7. Détail de la prise en charge des 29 reprises pour BNIS

	Cas n=29	Taux %
Cancer uni ou bilatéral		
Unilatéral	26	90
Bilatéral	3	10
Histologie initiale		
CCIS et microinvasifs	5	17.5
CCI	9	31
CCI+ CCIS extensif	9	31
Carcinome lobulaire invasif	6	20.5
Type reprise		
Mastectomie partielle simple	2	7
Mastectomie partielle avec oncoplastie	2	7
Mastectomie totale seule	16	55
Mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate	9	31
Symétrisation esthétique conjointe à RBNIS		
oui	1	3.5
non	28	96.5
Histologie de la reprise		
Cancer	15	52
Lésion frontière	1	3.5
Normale	12	41
Np	1	3.5

Nous avons souhaité déterminer s'il existait des facteurs de risques qui influençaient le taux de reprises pour berges non saines. Deux facteurs ont été étudiés : l'histologie, et la chimiothérapie néoadjuvante en utilisant un test de chi2. (Tableaux 8 et 9)

Tableau 8. Etude de l'histologie comme facteur de risque de reprise pour berge non in sano

Type d'histologie	Nombre total de cas ayant ce type d'histologie parmi les N=227 gestes (A)	Nombre de cas ayant ce type d'histologie parmi les N=29 reprises (B)	Ratio A/B %
CCIS ou microinvasifs	18	5	28
CCI	142	9	6
CCI +CCIS	25	9	36
CLI	23	6	26
CCI+CLI	4	0	0
Carcinome autre	8	0	0
Lésions frontières	7	0	0

Pour l'histologie, le taux de reprise pour berges non saines est significativement plus faible dans les CCI seuls (6%, 9/142) que dans les autres types (p= 0.002 pour CCI vs CCIS ; p = 0.0001 pour CCI vs CCI+CCIS (36%, 9/25) ; p = 0.002 pour CCI vs CLI (26%, 6/23).

Tableau 9. Etude de la chimiothérapie néoadjuvante (CNA) comme facteur de risque de reprise pour berge non in sano

Chimiothérapie néoadjuvante	Nombre total de cas ayant une CNA parmi les N=227 gestes (A)	Nombre de cas ayant une CNA parmi les N= 29 reprises (B)	Ratio A/B %
Oui	34	3	9
non	193	23	12

La chimiothérapie néoadjuvante n'est pas un facteur de risque de reprise pour berges non saines (chi2 : p = 0.60).

b. Evaluation de la morbidité de l'oncoplastie

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2.5 jours (extrêmes de 0 à 9 jours). Il y a eu 31 complications post opératoires soit un taux de morbidité de 13.7%. Une reprise chirurgicale a été nécessaire pour 8 cas soit 3.5%. La répartition et le détail de la prise en charge des complications survenues sont exposés dans les tableaux 10 et 11. Une des complications spécifiques de l'oncoplastie est la nécrose de la plaque aréolo mamelonnaire (PAM), qui était de 3%.

Tableau 10. Taux et types de morbidités de complications par geste

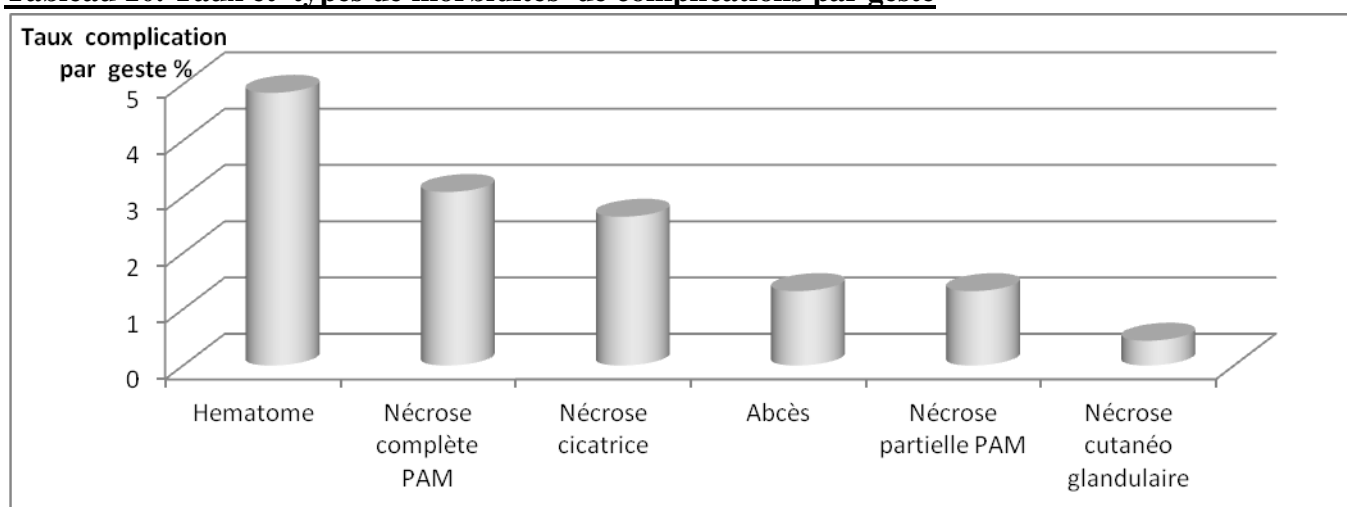


Tableau 11. Prise en charge des complications

	Cas N=227	Taux en %	Reprise chirurgicale	Jour reprise	Durée pansement (j)	Délai traitement adjuvant (j)
Hématome	11	5	4	j2	52	79
Nécrose complète PAM¹	7	3	1	j28	65	88.8
Nécrose partielle PAM	3	1.3	0	-	52	61.6
Nécrose cicatrice	6	2.6	0	-	48	70.6
Abcès	3	1.3	2	j11	np	52
Nécrose cutanéoglandulaire	1	0.5	1	j25	np	80

¹PAM : plaque aérolo mamelonnaire

²np : non précisé

c. Délai à l'initiation du traitement adjuvant par rapport au geste d'oncoplastie initiale

Sur nos 221 patientes, 214 avaient un cancer (7 lésions frontières) et 210 ont eu un traitement adjuvant par chimiothérapie ou radiothérapie soit 98%. Quatre patientes n'ont pas eu de traitement adjuvant : trois avaient un CCIS traités par MT et reconstruction mammaire immédiate. La quatrième patiente de 57 ans, n'a pas eu de traitement adjuvant ayant un CCIS de 7mm. Elle avait une reprise pour berges non in sano sans reliquat tumoral.

Le délai moyen entre la date d'intervention par oncoplastie et la date d'initiation au traitement adjuvant pour toutes les patientes était de 72 jours (extrêmes 23 -239).13 patientes (6%) ont eu un délai inférieur à 42 jours (6 semaines) .Tableau 12.

Tableau 12. Répartition par mois du délai à l'initiation du traitement adjuvant

	N=210	Taux%
Inférieur à 1 mois	4	2
Entre 1 et 2mois	71	34
Entre 2 et 3 mois	90	43
Entre 3 et 6mois	32	15
Supérieur à 6 mois	2	1
np	11	5

En cas de survenue de complications post opératoire le délai moyen au traitement adjuvant était de 75 jours (tableau 13) En cas de reprise pour berges non in sano le délai était de 110 jours.

Tableau 13. Délai à l'initiation du traitement adjuvant en fonction des complications et des RBNIS

	Cas N=210	Délais moyen (jours)
Sans reprise sans complication	148	66
Avec RBNIS ¹ sans complication	23	110
Avec complication Sans RBNIS	26	75
Avec reprise et complication	2	75
Np pour le délai	11	np

¹ RBNIS : reprise pour berges non in sano

d. Gestes controlatéraux

Sur les 221 patientes, 53 patientes ont eu un geste controlatéral. Quatre patientes ont eu un geste bilatéral dans le cadre d'un cancer bilatéral et 49 patientes ont eu un geste de symétrisation esthétique dans le cadre d'un cancer unilatéral. Sur ces 49 patientes, 29 (59 %) ont eu une symétrisation synchrone à l'oncoplastie et 20 (41%) de manière différée après la fin du traitement adjuvant. L'histologie du sein controlatéral retrouvait : une glande mammaire normale dans 83 % des cas, une mastose atypique dans 8% des cas. Il n'y a pas eu de découverte fortuite de cancer du sein (Tableau 14).

Tableau14 : Symétrisation controlatérale pour les cancers unilatéraux

	Cas n= 53	Taux en %
Raisons du geste controlatéral		
Cancer bilatéral	4	7.5
Symétrisation esthétique	49	92.5
Temps du geste controlatéral		
Un temps	33	62
Deux temps	20	38
Anatomopathologie		
Normal	44	83
Cancer	4	7.5
Mastose atypique	4	7.5
np	1	2

La même technique opératoire était utilisée lors des symétrisations en un temps. Pour les symétrisations en 2 temps, la technique utilisée était différente dans 20% des cas (technique classique de Pitanguy) (Tableau 15) .Le délai moyen entre la 1^{ère} chirurgie et la symétrisation était de 12.7 mois (extrêmes 2-28 mois).

Tableau 15 Techniques opératoires utilisées en cas de techniques différentes pour symétrisation controlatérale

Technique initiale	bonnet	laquelle
1b	e	3b
2b		3b
1b	d	3b + bipartition
1b		3b
RB	f	3b

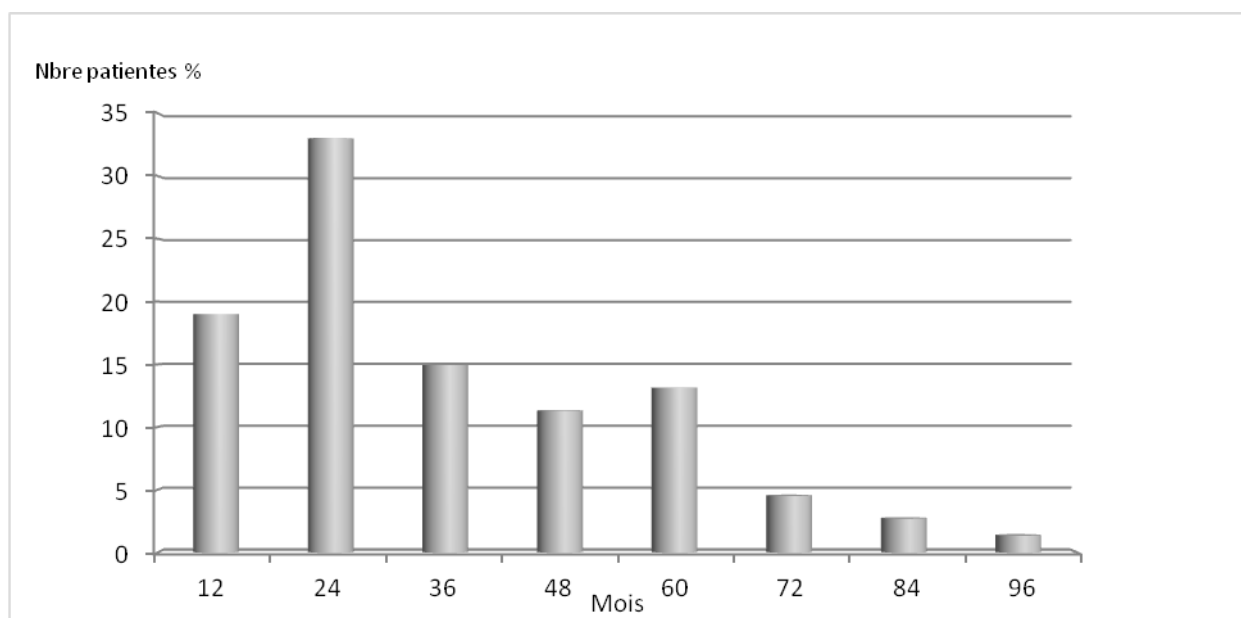
Quatre patientes ayant eu une symétrisation esthétique en un temps (14%) ont eu une reprise pour berges non in sano. Elles ont toutes été reprises par mastectomie totale dont 2 avec une reconstruction mammaire immédiate. L'histologie d'une de ces reprises s'est avérée normale

3. Résultats carcinologiques

Nos résultats se sont portés sur les 214 patientes ayant un cancer, en excluant les 7 traitées pour une lésion frontière. Parmi les 214 patientes, on dénombre 197 cas de carcinomes invasifs et 17 cas de carcinomes canaux in situ ou micro invasifs.

La durée moyenne de suivi était de 30 mois et la médiane de 1.9 ans (0.1 à 7.0) (tableau16)

Tableau 16. Suivi des patientes dans le temps



Pour les 17 patientes ayant un carcinome canalaire in situ ou micro invasif, la durée moyenne de suivi était de 1 an (SD 0.7), médiane 0.8 an (0.1 à 2.8). On ne relève aucun décès et aucune récurrence à la date de point. Il est toutefois à noter que la durée de suivi des cas in situ est significativement plus faible que celle des cas invasifs : $p = 0.0001$ par le test t de Student.

Pour les 197 cas de carcinomes invasifs, la durée moyenne de suivi était de 2.6 ans (SD 1.6), médiane 2.3 ans (0.2 à 7.0). On dénombre à la date de point 13 décès et 32 premières récurrences : 5 locales, 1 ganglionnaire et 23 métastatiques. Il ya eu 3 cas de cancers controlatéraux. Le taux de récurrence locale est de 3%. La survie à 5 ans n'a pu être calculée en raison du manque de recul de l'étude ; seuls 16 patientes ont un recul supérieur ou égal à 5 ans. Pour les cas de carcinomes invasifs : la survie globale à 4 ans est de 88.5%.

Sans distinction histologique, la survie globale à 4 ans est de 88.5% (tableau 17) ; la survie sans récurrence à 4 ans est de 76% (tableau 18), et la survie sans récurrence locoregionale à 4 ans est de 91.6% (tableau 19).

Tableau 17 Survie globale (CCIS et microinvasifs +CCI)

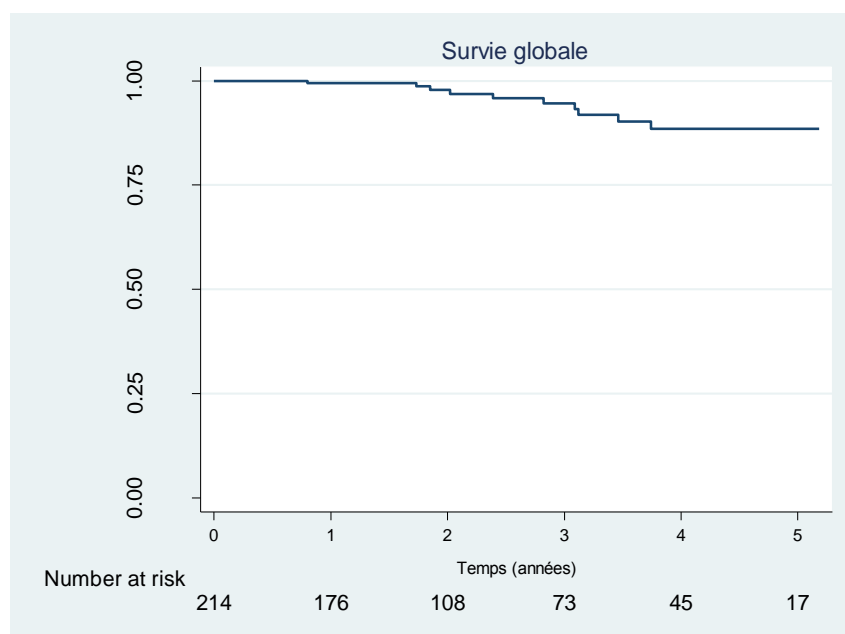


Tableau 18 Survie sans récurrence (CCIS et microinvasifs +CCI)

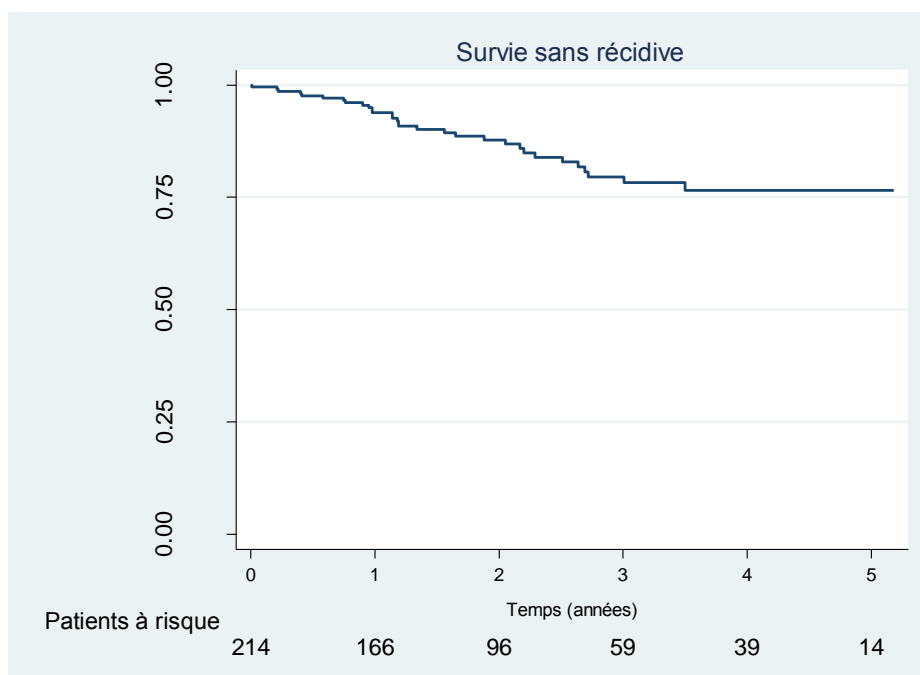
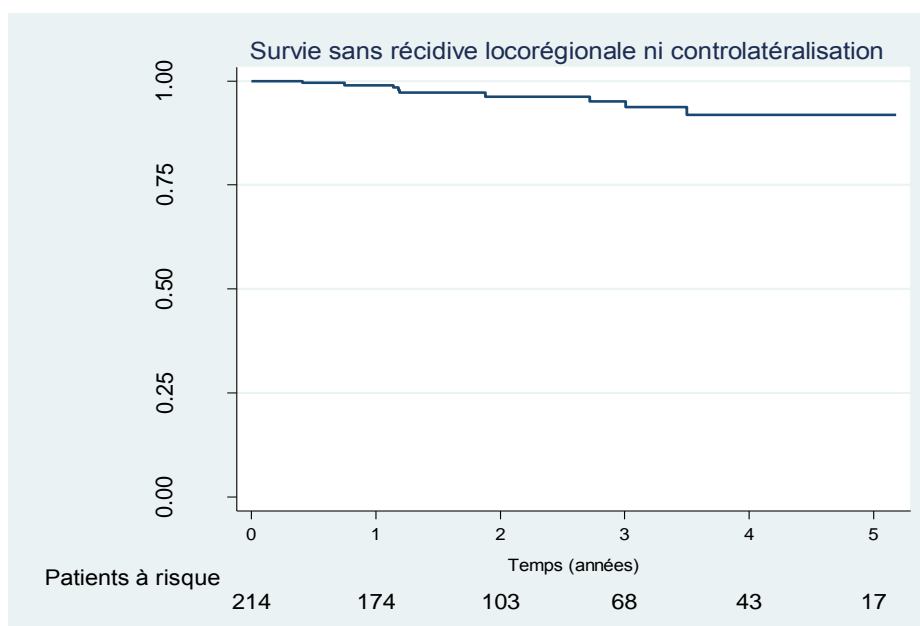


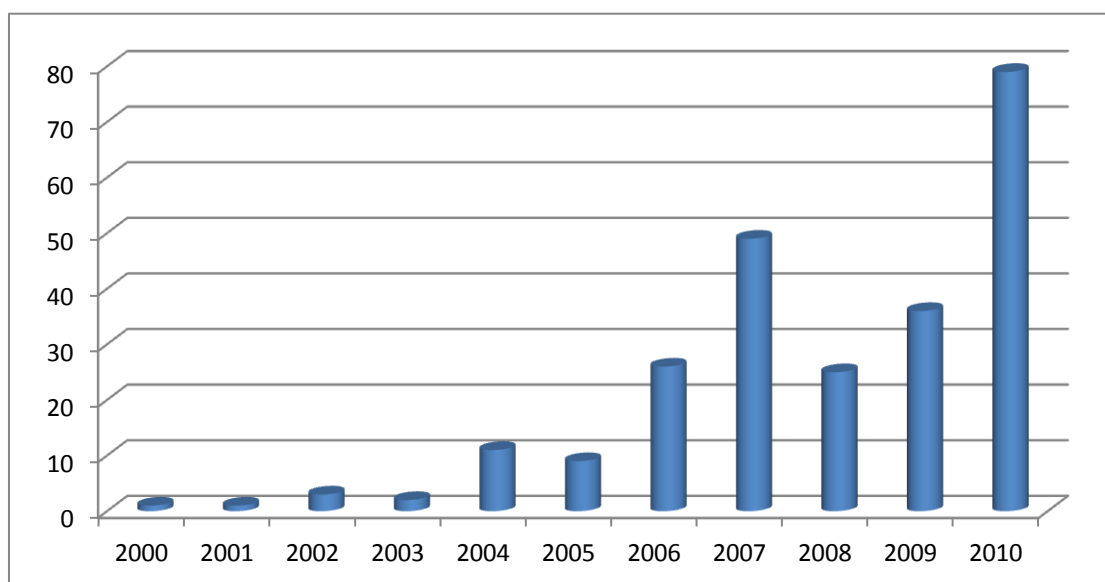
Tableau 19. Survie sans récurrence locorégionale (CCIS et microinvasifs +CCIS)



4. Place de l'oncoplastie dans l'activité de sénologie chirurgicale au centre

De janvier 2000 à décembre 2010, le nombre annuel d'oncoplastie a été croissant.

Tableau 20 Nombre de geste oncoplastique annuel entre 2000 et 2010



Nous n'avons pu disposer de chiffres comparatifs des différents types de chirurgie réalisés sur l'ensemble de la période de notre étude (2000- 2010). Seuls sont disponibles les résultats d'une enquête effectuée pour l'année 2010. Huit cent trente six cas nouveaux cancers du sein ont été pris en charge en chirurgie en 2010 (invasifs 81% et in situ 19%) :

- Parmi les 673 cancers invasifs, 13% ont eu un traitement systémique néo-adjuvant, essentiellement par chimiothérapie (81/91).
- 72% (605/836) ont eu un traitement conservateur. Le taux de chirurgie conservatrice était de 75% en cas de chirurgie première, de 48% après traitement systémique néo-adjuvant.

- Les gestes oncoplastiques de niveau 2 représentaient 13% (79/605) des chirurgies conservatrices.
- Les taux de reprises pour berges non saines sont détaillés dans le tableau 21:

Tableau 21. Taux de reprises pour berges non saines en 2010 :

Type de chirurgie conservatrice première	Taux de reprise pour berges non saines (%)	Type de chirurgie secondaire (% par rapport au nombre de reprises)
Conservatrice standard (n=526)	in situ et invasifs 22% invasifs 16%	MT 55% MP 38% (dont oncoplastie de niveau II 8/45) MP puis MT 7%
Oncoplastie de niveau 2 (n= 79)	17%	MT 86% MP 14%

- Le taux « final » de chirurgie conservatrice secondaire (après reprise) était, pour l'ensemble des nouveaux cancers du sein pris en charge par chirurgie en 2010, de 62% (59% pour les CCIS, 65% pour les invasifs).

V. DISCUSSION

L'oncoplastie de niveau II est une spécialité chirurgicale émergente dans le domaine de la sénologie. Nous avons eu l'objectif avec cette thèse d'évaluer notre expérience sur l'oncoplastie. Nous souhaitons aborder des questions pratiques : sur les indications de l'oncoplastie, sur les résultats carcinologiques, sur la morbidité, sur la place de la symétrisation en un ou deux temps, et sur le délai au traitement adjuvant.

1. Place de l'oncoplastie de niveau 2 au sein des indications chirurgicales

L'oncoplastie permet dans certaines situations difficiles d'éviter la réalisation d'une mastectomie totale, lorsque le traitement conservateur simple aura des résultats esthétiquement insuffisants. Les patientes idéalement concernées par l'oncoplastie de niveau 2 sont celles où l'on sait que la localisation de l'exérèse glandulaire entraînera une déformation glandulaire importante (quadrant inférieur ou centraux) ou lorsque le rapport volume de la tumeur sur volume du sein est défavorable (8).

Y a-t-il d'autres moyens d'éviter une mastectomie totale lorsque la localisation tumorale et ou le rapport volume tumoral sur volume du sein ne sont pas favorables à la réalisation d'un « bon » traitement conservateur ? La pratique des traitements systémiques premiers (en pratique la chimiothérapie essentiellement) permet de réduire le volume tumoral dans environ 60% des cas, et de transformer ainsi une indication de mastectomie totale initiale en traitement conservateur après chimiothérapie en cas de bonne réponse (9) et ce sans modifier la survie des patientes.

A l'exclusion des cancers inflammatoires, des cancers multifocaux (en dehors des bifocaux pouvant relever d'une exérèse conservatrice monobloc, et des cancers canauxaires in situ étendus (ces 3 indications relevant toujours d'une mastectomie totale(10)), comment, dans les cas « limites » pour un traitement conservateur standard, choisir entre un geste large oncoplastique ou une tentative de réduction par chimiothérapie dite néoadjuvante ?

L'idéal serait d'avoir des critères fiables de réponse à la chimiothérapie pour sélectionner a priori les bonnes répondeuses dont la tumeur diminuera suffisamment avec le traitement systémique premier, permettant un traitement local conservateur standard secondaire. De tels critères prédictifs de réponse restent actuellement aléatoires.

Cependant dans notre centre, nous essayons de réaliser ce tri en s'appuyant sur les critères de prolifération tumorale. Lorsqu'une tumeur apparaît susceptible de répondre à la chimiothérapie (grade histopronostic élevé, index mitotique élevé, faible ou non sensibilité à l'hormonothérapie) et qu'une chirurgie conservatrice standard n'est pas techniquement réalisable, nous lui proposerons d'abord une chimiothérapie à visée de réduction. Le geste chirurgical est décidé après réévaluation de la réponse à la fin de la chimiothérapie. Dans les autres cas (tumeur peu proliférante, très hormonosensible), l'oncoplastie première, si elle est possible en alternative à la mastectomie totale, sera proposée.

L'évaluation de la réponse à la chimiothérapie (et donc de l'étendue nécessaire pour une exérèse en berges saines) reste difficile : l'examen clinique est peu fiable (réponse fragmentée, diminution de la densité globale de la tumeur rendant délicate l'évaluation de ses contours par rapport au reste de la glande). L'imagerie standard a les mêmes limites. L'IRM dans cette indication peut aider à mieux évaluer la tumeur restante et préciser donc l'indication du geste chirurgical : traitement conservateur standard, oncoplastie ou mastectomie totale.

L'étude rétrospective de Naveau et al (11), s'est intéressée à déterminer s'il existait un apport de l'oncoplastie après chimiothérapie néoadjuvante sur le plan carcinologique par rapport à un traitement conservateur classique. Il s'agissait d'une étude rétrospective entre 2000 et 2010, à l'institut Curie portant sur l'ensemble des patientes ayant eu un traitement conservateur chirurgical (soit par oncoplastie ou par traitement conservateur classique) après une chimiothérapie néo adjuvante, en dehors des patientes métastatiques et des tumeurs inflammatoires. Les volumes d'exérèse des tumeurs résiduelles étaient plus importants dans le groupe oncoplastie, mais il n'y avait pas de différence concernant le taux de reprise pour berge non in sano, ni sur le taux de mastectomie secondaire par rapport au traitement conservateur classique.

Une indication plus accessoire des techniques oncoplastiques est le fait des gigantomasties, gênantes pour le confort de la patiente, et également susceptible d'augmenter la morbidité de la radiothérapie (7,12). L'exérèse de la tumeur selon les principes du traitement conservateur classique est alors associée à une réduction globale du volume mammaire, ce qui doit faciliter notamment la pratique de la radiothérapie complémentaire et limiter la morbidité possible de celle-ci sur les seins de volume important (complications aiguës telle une épithélite sévère du sillon ou tardive, fibrose de l'ensemble de la glande). A ce propos, la pratique de l'oncoplastie pose aux radiothérapeutes de nouvelles questions sur la pratique notamment de la surimpression (boost). La pratique actuelle très généralisée de cette surimpression associée à l'irradiation de l'ensemble du sein pour diminuer le risque de récurrence locale après traitement conservateur classique est-elle transposable aux gestes d'oncoplastie avec des marges d'exérèse parfois très larges ? Comment évaluer la « cible » du champ de surimpression quand l'oncoplastie entraîne de très larges lits tumoraux et des déplacements importants des lambeaux glandulaires lors du remodelage. La pratique

systematique du clipage du lit tumoral peut aider certes les radiothérapeutes mais des études futures sont nécessaires pour répondre aux nouvelles questions posées par les techniques oncoplastiques aux radiothérapeutes (13).

Dans notre série, les gestes d'oncoplastie ont été faits essentiellement pour des tumeurs de grandes tailles (majorité de p T2), sur des seins volumineux de bonnet D en moyenne. Nos indications concernaient des patientes à risque de déformation glandulaire importante du fait d'un rapport volume de la tumeur sur volume du sein inadéquat, ou d'une localisation de la tumeur défavorable.

2. Résultats carcinologiques

a. Est-ce que l'oncoplastie est un geste carcinologiquement fiable en terme de récurrence locale ?

Le but de tout traitement chirurgical efficace est de limiter le taux de récurrence locale. De nombreuses études ont publiés leurs résultats carcinologiques sur des séries rétrospectives d'oncoplastie, qui semble proche de ceux des traitements conservateurs et des mastectomies totales.

Mais dans la littérature, on ne retrouve pas d'étude comparant prospectivement les résultats oncologiques de l'oncoplastie à ceux d'une mastectomie totale ou d'un traitement conservateur, les durées de suivi restent faibles et les indications (in situ, invasifs) souvent confondues.

Dans la méta analyse des essais randomisés comparant le traitement conservateur classique vs la mastectomie, le taux de récurrence locale à 5 ans était respectivement de 7.4% et de 7.1% (14). Pour les traitements conservateurs, sur 20 ans de suivi, le taux de récurrences locales était de 14.3 % dans l'étude NSABP et de 8,8 % dans la mise à jour de l'étude de Veronesi (15,16)

Dans les études rétrospectives d'oncoplastie chirurgicale, le taux de récurrence locale à 5 ans varie de 0 à 9.4% (10,17–21).

Dans la série de Fitoussi et al, en 2010, sur 540 patientes suivies sur 49 mois, avec une taille tumorale médiane de 29 mm le taux de récurrence locale était de 6.8%, la survie globale de 92.9%, et la survie sans récurrence 87.9% (17).

Dans la série de Cothier-Savey et al en 1996 le taux de récurrence locale à 5 ans était de 8,5 % (qui se décompose en 9 % pour les in situ et 8 % pour les infiltrants), avec une moyenne d'apparition de la récurrence de 21 mois et une survie globale à 5 ans de 86 % (22).

Dans la série de Clough et al en 1999 le taux de récurrence locale à 5 ans était de 6%. En 2003 à 46 mois de suivi, il était de 9.4%, avec une survie globale à 5 ans de 95.7% (21,23).

Dans la série d'Achard et al en 2007, sur 60 patientes, le taux de récurrence locale à 3 ans était de 1,7 % avec un suivi moyen de 6 ans. (18)

Dans la série de Rietjens et al, à l'institut européen d'oncologie de Milan, sur 148 patientes, avec une durée moyenne de suivi de 74 mois, le taux de récurrence locale était de 3,5 % en moyenne 23 mois après la chirurgie, il y avait 13% métastase sur 33 mois (19)

Dans notre série, avec une durée moyenne de suivi de 30 mois nous n'avons pas eu de récurrence locale dans le groupe de patientes ayant un carcinome canalaire in situ ou microinvasifs. Dans le groupe des carcinomes invasifs, le taux de récurrence locale était de 3%

et la survie globale à 4 ans était de 88.5%. Notre taux de récurrence locale est un peu inférieur aux autres taux de la littérature mais notre durée de suivi est limitée.

Tableau 22. Résultats de la littérature des études rétrospectives sur l'oncoplastie

Auteurs	Année	Nombre patientes	pT	Taux RBNIS	Durée suivi (mois)	Taux Récidive locale (%)	Survie globale à 5 ans (%)
Cothier Savey	1996	70				8.5	86
Spear	2003	11			24	0	90
Clough	2003	101	32			9.4	95.7
Rietjens	2007	148	pT2	9%	74	3	92.47
Staub	2008	298	30	13.1%	52	6.53	94.5
Fitoussi	2010	540	29	18.9%	49	6.8	92.9
Oscar Lambret	2012	221	20.5	12.7%	30	0 CCIS&mic 3CCI	88,5 à 4ans

Une étude rétrospective comparative monocentrique (24) a évalué les taux de récurrence locale et de reprise pour berges non in sano entre le traitement conservateur standard et la chirurgie oncoplastique. Avec un suivi moyen de 28 mois, et une taille tumorale moyenne (pT) de 21 mm pour l'oncoplastie et 18mm pour la chirurgie conservatrice, le taux de récurrence local n'était pas significativement différent entre les deux groupes mais le taux de reprise pour berges non saines était plus faible dans le groupe oncoplastie. Ceci peut s'expliquer par l'obtention de marges d'exérèse plus larges lors des gestes d'oncoplastie.

b. L'oncoplastie permet-elle de réduire le taux de reprise pour berges non saines ? (taux de RBNS dans notre série : 12.7%)

L'importance des marges saines est corrélée à la diminution des récurrences locales (25). L'obtention de berges saines est le seul facteur qui peut être modifié par le chirurgien. Dans les séries rétrospectives sur l'oncoplastie de niveau II, le taux de berges non saines varie de 8 à 18,9% des cas (7,17,19,21) alors que ce taux de berges non saines varie entre 15 et 20% pour la chirurgie conservatrice standard. La seule comparaison directe entre les 2 groupes (chirurgie conservatrice classique vs oncoplastie) est effectuée dans l'étude de Chakrovarty qui a constaté une fréquence des ré-excisions secondaires et un recours à une mastectomie secondaire significativement diminués dans les gestes oncoplastiques par rapport à une mastectomie partielle classique(24).

Notre taux de berges positives après oncoplastie (13%), semble comparable aux séries publiées sur l'oncoplastie et un peu inférieur à ceux des traitements conservateurs classiques.

Le risque d'exérèse en berges non saines varie bien sûr en fonction de nombreux facteurs non indépendants : présentation clinique et radiologique de la tumeur plus ou moins bien palpable, bien limitée, existence ou non de contingent in situ associé, type histologique (in situ vs canalaire vs lobulaire), réalisation ou non d'une chimiothérapie première de réduction.

A taille tumorale égale, l'exérèse glandulaire large que l'on peut réaliser avec des gestes oncoplastiques devrait, en théorie, permettre d'obtenir des marges plus importantes (19,20). Dans l'étude prospective de Giacalone en 2006 une comparaison directe des tailles des marges a été faite pour les traitements conservateurs standards vs oncoplastie, à taille tumorale égale (26). L'exérèse des tumeurs mammaires par technique d'oncoplastie permettait une exérèse plus large des lésions mammaires.

Dans le cas particulier des CCIS, on constate dans une série que le taux de reprise pour berge non in sano était plus élevé que pour les invasifs. L'étude de Song et al, s'intéressait à la sécurité oncologique de l'oncoplastie chez les patientes ayant uniquement un CCIS. Le taux de RBNS atteignait 32%. Les patientes ayant eu une reprise étaient plus jeunes, et présentaient un CCIS de grade intermédiaire ou élevé.

Dans notre série, deux facteurs de risque de reprise pour berges non in sano ont été étudiés : l'histologie, et la chimiothérapie néoadjuvante. Le taux de reprise pour berges non saines était significativement plus faible pour les CCI seuls que dans les autres types histologiques. La chimiothérapie néoadjuvante ne ressortait pas comme un facteur de risque de reprise pour berges non saines.

Le CCIS n'est pas une contre indication formelle à la réalisation d'une oncoplastie. Si elle est techniquement faisable, il faut être néanmoins prudent sur ces indications. Car dans le CCIS la discordance radio clinique (même en IRM) et radio histologique est plus importante que dans les cancers invasifs, d'autant plus si les femmes sont jeunes ou avec un grade histologique élevé de CCIS(8,27).

Il a été proposé pour diminuer le taux de berge non in sano, de réaliser un examen extemporané des berges(28). Dans la série de Olsen et al, l'examen extemporané, et les recoupes per opératoire ont permis de faire diminuer le taux de ré excision secondaire. Cet examen extemporané pose le problème de sa faisabilité, notamment dans les lésions non palpables et tout particulièrement sur les grosses pièces d'oncoplastie où l'exhaustivité de l'évaluation de berges étendues semble difficilement compatible avec la rapidité que doit être un examen extemporané. Nous ne réalisons pas d'examen extemporané des berges dans notre centre et préférons encre les berges d'exérèse et attendre l'étude définitive microscopique qui nous semble plus fiable.

La majorité des reprises pour berges non in sano sont faites par mastectomie totale (86% dans notre série). L'exérèse oncoplastique initiale déjà large ne permet en effet que rarement d'envisager une seconde exérèse conservatrice avec un résultat esthétique satisfaisant. L'orientation de la pièce initiale en notant la géographie des berges encrées (supérieure, inférieure, mamelonnaire ou périphérique) permet de ne reprendre que la portion du lit tumoral intéressé par la tumeur. Le clipage du lit tumoral est également un élément pour favoriser une reprise glandulaire limitée et éviter une mastectomie totale lorsque l'atteinte des berges est minime. Enfin quand une mastectomie totale secondaire est décidée, l'étendue des cicatrices oncoplastiques peut poser des problèmes techniques de fermeture cutanée, encore majorés si une reconstruction immédiate est proposée.

L'évaluation aussi précise que possible de l'extension initiale des lésions (IRM), la prudence des indications oncoplastiques en cas de tumeur mal limitée, de contingent in situ exclusif ou associé devraient limiter le taux de RBNS et le risque de reprise secondaire.

3. L'oncoplastie est-elle responsable d'une morbidité plus importante que le traitement conservateur standard ?

Le taux de morbidité post oncoplastie serait compris entre 15 et 30% (29) un peu supérieur à celle de la chirurgie conservatrice conventionnelle estimée à environ 10% (30). Ainsi les principales complications retrouvées dans la littérature après oncoplastie sont des troubles de la cicatrisation, des abcès, des hématomes, des cas de nécroses partielles ou complètes de la plaque aréolo mamelonnaire. Le risque de cytotéatonecrose paraît plus élevé par rapport à la chirurgie plastique pure. Le risque de complication ne semble pas être modifié par la réalisation d'une chimiothérapie préopératoire (21).

Dans notre série le taux de complication était de 13.7%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,5 jours, moindre que dans l'étude de Staub (5.2 jours), ou celle de Giacalone (4 jours).

Ces complications peuvent nécessiter une reprise chirurgicale dans moins de 5 % des cas essentiellement en cas d'hématome, de souffrance mamelonnaire (2). Dans notre étude le taux de reprise chirurgicale était de 3.5%. Mais cette morbidité ne se traduit pas par un délai supplémentaire à l'initiation du traitement adjuvant

4. L'oncoplastie retarde-t-elle l'initiation du traitement adjuvant ?

Le délai préconisé par l'HAS en 2010 entre la chirurgie et l'initiation du traitement adjuvant est de 3 à 6 semaines pour la chimiothérapie et doit être inférieur à 12 semaines pour la radiothérapie en l'absence de chimiothérapie adjuvante(31). D'après les recommandations de l'institut national du cancer de juillet 2012, il est recommandé de débiter la chimiothérapie adjuvante dans les 3 mois après la chirurgie (32). Dans la littérature, l'oncoplastie ne semble pas modifier le délai au traitement adjuvant. Mais ce délai est rarement chiffré (7,18,19,33). La série de Goffman et al, admet un retard à l'initiation du traitement adjuvant dans 3% des cas lié à des troubles de cicatrizations(34). Dans la série publiée en 2003 par KB Clough, il existait un retard au traitement adjuvant dans 5% des cas, lié également à des complications postopératoires (21).

Dans notre étude le délai moyen entre le geste d'oncoplastie initial et le traitement adjuvant est de 72 jours, supérieur aux recommandations de l' HAS et conforme à celle de l'Inca. Il faut tout d'abord comparer ces chiffres au délai standard d'initiation du traitement adjuvant après traitement conservateur standard. S'il existe un délai supplémentaire lié à la

chirurgie, il faut se demander s'il peut être lié à la morbidité ou aux taux de reprises de l'oncoplastie.

Une évaluation du délai d'initiation de la chimiothérapie dans notre centre a été menée par le Dr Mailliez, sur toutes les patientes (n=113) consultant en hôpital de jour en septembre 2011 après une mastectomie totale ou un traitement conservateur classique ou par oncoplastie. Le délai d'initiation de la chimiothérapie était de 63 jours (extrêmes 20-141). En cas de reprise chirurgicale (pour berges non saines ou curage axillaire) le délai moyen était de 91 jours (extrêmes de 64 à 141 jours). Les facteurs avancés pour ce retard à la prise en charge, même en l'absence de complication ou de RBNS semblent plutôt organisationnels que liés au type de chirurgie. Il existe en effet un délai supérieur à 3 semaines entre l'intervention et la RCP, lié à l'obtention des résultats anatomopathologiques définitifs, puis un délai d'environ 15 jours entre la RCP et la consultation d'oncologie, et de 12 jours entre la consultation et la pose du port à cath.

Dans notre série le délai moyen au traitement adjuvant était peu modifié en cas de complications de l'oncoplastie puisque le délai après complication était de 75 jours (vs 72 en l'absence de morbidité chirurgicale). Par ailleurs le délai n'était pas augmenté par un surcroît de reprise pour berges non in sano de l'oncoplastie, car nous avons précédemment montré que le taux de reprises pour berges non saines n'était pas très différent de celui d'une mastectomie partielle classique.

S'il existe un délai à l'initiation du traitement majoré dans cette série d'oncoplastie, celui-ci semble être essentiellement lié à un problème organisationnel

5. Faut-il symétriser les oncoplasties d'emblée ou secondairement?

Après chirurgie oncoplastique mammaire, l'asymétrie mammaire est quasi constante, le sein opéré étant plus petit et moins ptosé. Mais l'importance de cette asymétrie et la gêne qu'elle peut entraîner pour la patiente peut être difficile à apprécier avant l'intervention. De plus la radiothérapie qui sera nécessaire peut aussi modifier l'aspect du sein avec parfois un œdème persistant ou une augmentation de densité du sein qui peut masquer une asymétrie chirurgicale modeste.

Cette symétrisation permet également l'évaluation anatomopathologique du sein controlatéral. La découverte fortuite d'un cancer controlatéral sur les pièces de symétrisation surviendrait dans 1 à 5 %, malgré un bilan iconographique controlatéral systématique (12) : découverte de 4,6 % de cancers occultes dans la série de Rietjens, 7 % dans celle de Cothier Savey, 1%, dans la série de Clough (19,21,33). Dans notre série il n'y pas eu de découverte fortuite de cancer controlatéral.

La symétrisation du sein controlatéral peut être réalisée d'emblée ou de façon différée. L'inconvénient d'une symétrisation d'emblée est le risque de reprise pour berges non saines, recréant alors une nouvelle asymétrie. Notre attitude est de proposer cette symétrisation d'emblée lorsque nous pensons que l'asymétrie sera à l'évidence très importante, source de problèmes vestimentaires pour la patiente. De plus certains facteurs de risque de berges non saines doivent rendre prudent dans l'indication d'une symétrisation synchrone. C'est le cas notamment des CCIS extensifs, et ce d'autant plus qu'il s'agit de femmes jeunes (35). Dans notre série, 4 des 29 patientes ayant une symétrisation initiale ont eu une reprise chirurgicale pour berges non saines, toutes par mastectomie totale dont 2 avec reconstruction immédiate.

Cette symétrisation d'emblée permettrait à certaines patientes de rendre la suite du traitement plus supportable, tant au point de vue physique que psychologique et social (36). D'autres patientes à l'inverse, ont besoin d'un temps d'adaptation avant d'envisager un geste controlatéral, l'afflux initial d'informations concernant à la fois le diagnostic de cancer et les problèmes esthétiques de la chirurgie pouvant entraîner un « télescopage » peu propice à une décision réfléchie pour l'acceptation ou non de la symétrisation.

La décision de symétrisation résulte donc d'un choix concerté entre la patiente et le chirurgien qui doit informer la patiente des deux possibilités, lui indiquer que la symétrisation en un temps n'a rien d'obligatoire et qu'elle peut être réalisée secondairement quelque soit le délai écoulé depuis l'intervention initiale. A noter que quelle que soit le moment de la symétrisation, d'emblée ou secondairement, l'évolution dans le temps ne sera pas identique, le sein non malade ayant une tendance naturelle à se ptoser de nouveau alors que le sein irradié restera plus figé.

La technique de symétrisation sera souvent la même que celle utilisée sur le sein malade afin d'obtenir des cicatrices symétriques et une base mammaire identique (les plasties externes réduisant peu par exemple une base mammaire large, contrairement aux mammoplasties à pédicule supérieur ou inférieur qui arrondissent et réduisent la base mammaire).

Dans notre série, 23% des patientes ayant un cancer unilatéral ont eu une symétrisation : 29 (59%) d'emblée sur proposition du chirurgien jugeant que l'asymétrie serait gênante, 20 (41%) dans un deuxième après la fin des traitements oncologiques. Cette démarche secondaire vient alors des patientes prenant conscience de la gêne qu'elles ressentent, une fois passée le traumatisme de l'annonce du cancer.

6. Limites de notre étude

La durée moyenne de suivi reste courte pour une évaluation des risques de récurrence locale et de la survie.

Il s'agit d'une étude rétrospective et certains items n'ont pu être étudiés :

- les résultats esthétiques : Il pourrait être intéressant pour une meilleure évaluation de nos pratiques d'utiliser des échelles d'évaluation du résultat oncoesthétique. Il en existe plusieurs: l'échelle de Harris, et l'échelle de Clough(4), ou l'échelle de Fitoussi.
- le retentissement psychologique
- les séquelles neurologiques (notamment la sensibilité de la PAM transposée)
- le volume des seins est une donnée manquante dans 59% de nos dossiers ainsi que le poids de la pièce opératoire.

Tableau 23. Classification des séquelles esthétiques du traitement conservateur (SETC) selon Clough et al.(4)

SETC type I	le sein traité a une apparence normale sans déformation, mais il y a une asymétrie avec le sein controlatéral
SETC type II	Le sein traité est déformé mais cette déformation peut être traitée par reconstruction partielle du sein et traitement conservateur en utilisant le tissu irradié pour la reconstruction
SETC type 3	le sein traité présente une déformation majeure mais les séquelles sont tellement sévères que seule une mastectomie (avec reconstruction mammaire immédiate) est envisageable

7. Futur

a. Aspect médico économique

Dans le contexte actuel des dépenses de santé, le développement d'un traitement, d'une technique chirurgicale est fonction des coûts relatifs et des résultats. Une analyse des coûts comparés de l'oncoplastie et du traitement conservateur standard est présentée dans l'étude de Lima et al (37), pour des patientes traitées entre 2000 et 2005 dans un centre hospitalier du Brésil. Les patientes traitées par oncoplastie étaient hospitalisées plus longtemps, et les couts directs médians étaient 2 fois plus élevés. Cependant cette analyse de cout ne prend pas en compte les bénéfices secondaires liés à une amélioration en terme de qualité de vie pour la patiente.

b. Quel est l'avenir de l'oncoplastie

La chirurgie du sein, autrefois limitée à la mastectomie radicale ou à la « boulectomie », a été bouleversée par l'arrivée des nouvelles techniques d'oncoplastie et de reconstruction, amenant à l'émergence d'une nouvelle spécialité où dans l'idéal, le chirurgien sénologue se doit de connaitre ces différentes techniques mais également leurs indications, et leur intégration avec les autres méthodes thérapeutiques. Il doit donc non seulement se former aux nouvelles techniques chirurgicales mais avoir une culture suffisante dans le domaine de la cancérologie sénologique pour savoir intégrer ses choix chirurgicaux dans une prise en charge multidisciplinaire. L'oncoplastie n'est qu'un outil parmi d'autres, de plus en plus nombreux, sa pratique devant s'intégrer dans une prise en charge globale et non pas être liée aux compétences du chirurgien ou au temps chirurgical alloué.(38), quitte à ce que le chirurgien qui connait les différentes possibilités chirurgicales mais ne les pratiquent pas régulièrement, sache alors référer à un confrère plus expérimenté. En pratique, dans les années à venir, comme le propose Skilman, l'objectif sera de créer une sur spécialité pour se focaliser très tôt

dans son cursus sur la chirurgie du sein. (39,40) Pour S Uzan l'exercice futur de la chirurgie sénologique nécessiterait l'obtention d'un DES avec quatre semestres dans des services ayant une activité de sénologie soutenue, dont deux au moins dans des services ayant une forte activité en sénologie, (c'est-à-dire plus de 200 à 300 cancers par an) afin d'effectuer un nombre suffisant d'interventions. Il faudra disposer du futur DESC de chirurgie gynécologique et mammaire avancée, avec deux ans de post-internat dans un service pratiquant une chirurgie mammaire à un niveau suffisant. Il faudra exercer au sein d'une équipe multidisciplinaire et avoir un exercice personnel régulier. (41)

VI. CONCLUSION

Les techniques d'oncoplastie permettent d'éviter une mastectomie totale là où le traitement conservateur simple n'est pas faisable. Notre étude montre que ces techniques ont des résultats acceptables en terme de morbidité, de taux de reprises pour berges non saines, de délai, et de résultats carcinologiques. De nombreuses questions restent en suspend pour cette technique émergente : l'implication des techniques d'oncoplastie pour les radiothérapeutes, la nécessité d'une formation spécifique. Les limites des indications de l'oncoplastie restent à préciser en fonction du type histologique de la tumeur (CCIS vs invasif), de l'âge de la patiente et de la place d'un traitement systémique néoadjuvant de réduction.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. 9. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Recommandations pour la Pratique Clinique : Saint Paul de Vence 2007 « cancers du sein ». Paris: FNCLCC; 2007 [Internet]. Available de: <http://www.cours-saint-paul.fr/10/recommandations/texte-integral.pdf>
2. E. Fondrinier, P. Remoue, C. Vannier, N. Paillocher. Oncoplastie et chirurgie conservatrice des cancers du sein (en dehors des lambeaux musculocutanés). EMC (Elsevier Masson SAS), Gynécologie. 2008;
3. Cothier-Savey I, Rimareix F, Belichard C. Principes généraux de la chirurgie oncoplastique et de la reconstruction mammaire immédiate et différée. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/traites/t07/45-32776/> [Internet]. [cité 2011 déc 1]; Available de: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/20722>
4. Clough KB, Nos C, Fitoussi A, Couturaud B, Inguenault C, Sarfati I. Séquelles esthétiques du traitement conservateur des cancers du sein : une classification pour les reconstructions après tumorectomie. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 2008 avr;53(2):88-101.
5. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving Breast Cancer Surgery: A Classification and Quadrant per Quadrant Atlas for Oncoplastic Surgery. *Annals of Surgical Oncology*. 2010 févr 6;17:1375-91.
6. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the « round block » technique. *Aesthetic Plast Surg*. 1990;14(2):93-100.
7. McCulley SJ, Macmillan RD. Therapeutic mammoplasty—analysis of 50 consecutive cases. *British Journal of Plastic Surgery*. 2005 oct;58(7):902-7.
8. Garrido I, Gangloff D, Trocard P, Wagner A, Rafii A, Chopin N, et al. Les bonnes indications de l'oncoplastie. *Oncologie*. 2006;8(8):714-23.
9. Wolmark N, Wang J, Mamounas E, Bryant J, Fisher B. Preoperative chemotherapy in patients with operable breast cancer: nine-year results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J. Natl. Cancer Inst. Monographs*. 2001;(30):96-102.
10. Staub G, Fitoussi A, Falcou M-C, Salmon R-J. Résultats carcinologiques et esthétiques du traitement du cancer du sein par plastie mammaire. 298 cas. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 2008 avr;53(2):124-34.
11. Naveau A, Kane A, Rimareix F. Place de l'oncoplastie dans le traitement des cancers du sein traités par chimiothérapie néo-adjuvante. *Cancer du sein : surdiagnostic, surtraitement* [Internet]. Paris: Springer Paris; 2012 [cité 2012 juill 21]. p. 396-7. Available de: http://rd.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0249-7_124

12. Spear SL, Pelletiere CV, Wolfe AJ, Tsangaris TN, Pennanen MF. Experience with reduction mammoplasty combined with breast conservation therapy in the treatment of breast cancer. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003 mars;111(3):1102-9.
13. Pezner RD, Tan MC, Clancy SL, Chen Y-J, Joseph T, Vora NL. Radiation Therapy for Breast Cancer Patients Who Undergo Oncoplastic Surgery: Localization of the Tumor Bed for the Local Boost. *American journal of clinical oncology* [Internet]. 2012 juill 9 [cité 2012 août 8]; Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22781391>
14. Yang SH, Yang KH, Li YP, Zhang YC, He XD, Song AL, et al. Breast conservation therapy for stage I or stage II breast cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Oncol.* 2008 juin 1;19(6):1039-44.
15. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N. Engl. J. Med.* 2002 oct 17;347(16):1233-41.
16. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, 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 oct 17;347(16):1227-32.
17. Fitoussi AD, Berry MG, Famà F, Falcou M-C, Curnier A, Couturaud B, et al. Oncoplastic breast surgery for cancer: analysis of 540 consecutive cases [outcomes article]. *Plast. Reconstr. Surg.* 2010 févr;125(2):454-62.
18. Achard E, Salmon RJ. [Reduction mammoplasty in breast cancers of the lower quadrants]. *Bull Cancer.* 2007 févr;94(2):225-8.
19. Rietjens M, Urban CA, Rey PC, Mazzarol G, Maisonneuve P, Garusi C, et al. Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery. *The Breast.* 2007 août;16(4):387-95.
20. Kaur N, Petit J-Y, Rietjens M, Maffini F, Luini A, Gatti G, et al. Comparative Study of Surgical Margins in Oncoplastic Surgery and Quadrantectomy in Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology.* 2005 mai 10;12:539-45.
21. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou M-C. Oncoplastic Techniques Allow Extensive Resections for Breast-Conserving Therapy of Breast Carcinomas. *Ann Surg.* 2003 janv;237(1):26-34.
22. Cothier-Savey I, Otmezguine Y, Calitchi E, Sabourin JC, Le Bourgeois JP, Baruch J. [Value of reduction mammoplasty in the conservative treatment of breast neoplasms. Apropos of 70 cases]. *Ann Chir Plast Esthet.* 1996 août;41(4):346-53.
23. Clough KB, Kroll SS, Audretsch W. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999 août;104(2):409-20.

24. Chakravorty A, Shrestha AK, Sanmugalingam N, Rapisarda F, Roche N, Querci della Rovere G, et al. How safe is oncoplastic breast conservation?: Comparative analysis with standard breast conserving surgery. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2012 mai;38(5):395-8.
25. Singletary SE. Surgical margins in patients with early-stage breast cancer treated with breast conservation therapy. *Am. J. Surg.* 2002 nov;184(5):383-93.
26. Giacalone P-L, Roger P, Dubon O, El Gareh N, Daurés J-P, Laffargue F. Traitement conservateur des cancers du sein : zonectomie vs oncoplastie. Étude prospective à propos de 99 patientes. *Annales de Chirurgie*. 2006 avr;131(4):256-61.
27. Losken A, Styblo TM, Carlson GW, Jones GE, Amerson BJ. Management algorithm and outcome evaluation of partial mastectomy defects treated using reduction or mastopexy techniques. *Ann Plast Surg.* 2007 sept;59(3):235-42.
28. Olson TP, Harter J, Muñoz A, Mahvi DM, Breslin T. Frozen section analysis for intraoperative margin assessment during breast-conserving surgery results in low rates of re-excision and local recurrence. *Ann. Surg. Oncol.* 2007 oct;14(10):2953-60.
29. Iwuchukwu OC, Harvey JR, Dordea M, Critchley AC, Drew PJ. The role of oncoplastic therapeutic mammoplasty in breast cancer surgery- A review. *Surgical Oncology*. 2012 juin;21(2):133-41.
30. Meric F, Buchholz TA, Mirza NQ, Vlastos G, Ames FC, Ross MI, et al. Long-term complications associated with breast-conservation surgery and radiotherapy. *Ann. Surg. Oncol.* 2002 juill;9(6):543-9.
31. GUIDE - AFFECTION LONGUE DURÉE Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer du sein [Internet]. 2010 janv. Available de: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_927251/ald-n-30-cancer-du-sein
32. © Cancer du sein infiltrant non métastatique - Questions d'actualités - Synthèse Collection Avis & Recommandations, INCa, Boulogne-Billancourt, juillet 2012.
33. Cothier-Savey I, Otmezguine Y, Calitchi E, Sabourin JC, Le Bourgeois JP, Baruch J. [Value of reduction mammoplasty in the conservative treatment of breast neoplasms. Apropos of 70 cases]. *Ann Chir Plast Esthet.* 1996 août;41(4):346-53.
34. Goffman TE, Schneider H, Hay K, Elkins DE, Schnarrs RA, Carman C. Cosmesis with Bilateral Mammoreduction for Conservative Breast Cancer Treatment. *The Breast Journal.* 2005;11(3):195-8.
35. Interventions sur le sein controlatéral pour symétrisation au décours d'une chirurgie carcinologique mammaire [Internet]. HAS. 2012. Available de: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/rapport_symetrisation_mammaire.pdf

36. Losken A, Elwood ET, Styblo TM, Bostwick J 3rd. The role of reduction mammoplasty in reconstructing partial mastectomy defects. *Plast. Reconstr. Surg.* 2002 mars;109(3):968-975; discussion 976-977.
37. Lima DE de, Veiga Filho J, Ribeiro LM, Morais TB de, Rocha LRM, Juliano Y, et al. Oncoplastic approach in the conservative treatment of breast cancer: analysis of costs. *Acta Cirurgica Brasileira.* 2012 mai;27(5):311-4.
38. Romics L, Weiler-Mithoff E, Cooke TG, George WD. [Oncoplastic approach in breast cancer surgery--a new challenge for the future breast surgeon?]. *Magy Seb.* 2008 févr;61(1):5-11.
39. Skillman JM, Humzah MD. The future of breast surgery: a new subspecialty of oncoplastic breast surgeons? *The Breast.* 2003 juin;12(3):161-2.
40. Baum M. Is it time for a paradigm shift in the training of breast surgeons as a subspecialty?! *The Breast.* 2003 juin;12(3):159-60.
41. Uzan S, Rouzier R, Daraï E. Qui doit opérer les cancers du sein ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2008 mars;36(3):243-4.

VIII. ANNEXE : Fiche de recueil

I. Description population, tumeur, technique

A Données descriptives de la population étudiées

- Date d'opération
- Age
- Antécédents chirurgicaux senologique bénin : homolatéral ou controlatéral
- Antécédents chirurgicaux senologique malin : homolatéral ou controlatéral
- Taille seins : bonnet

B. Description tumeur

- Circonstances de découverte : clinique ou dépistage mammographique
- Bilatérale ou non
- Localisation de la tumeur
- Nombre de focus
- Combien Biopsies si plusieurs focus
- Quelle Distance entre focus
- Anatomopathologie préopératoire
- Taille tumorale préopératoire définie soit de préférence par l'échographie ou sur la mammographie
- Taille tumorale préopératoire post chimiothérapie néoadjuvante
- Circonstance de l'oncoplastie parmi l'une des suivantes :
 - 1^{ère} chirurgie
 - reprise bnis
 - post chimio néoadjuvante
 - Si RBNIS : cause reprise : invasif ou in situ ?

C. Technique chirurgicale

- Localisation de la résection (cohérent avec zone de la tumeur)
- Quelle technique utilisée : 1b 2b 3b ou RB
- Pamectomie : oui/non

II. Résultats anatomopathologiques

- pT

- anatomopathologie définitive
- Taille totale de la tumeur (cis + CCI)

III. Morbidité

- durée d'hospitalisation en nombre de nuit d'hospitalisation
- complication chirurgicale : Abscess / Hématome/ Nécrose cicatrice/ Nécrose PAM : partielle ou totale/ Nécrose cutanéoglandulaire
- reprise chirurgicale :
 - oui ou non
 - jour de la reprise
 - durée des soins externes

IV. Reprise BNIS

- oui ou non
- type d'atteinte : invasif ou in situ
- type reprise : MP/MT/MT+RMI
- histologie finale : cancer ou normale

V. Traitement adjuvant

- oui/non
- délais entre 1^{ère} chirurgie et traitement adjuvant

VI. Geste de symétrisation controlatéral

- oui/non
- en un ou en deux temps
- technique chirurgicale idem ou sinon laquelle
- délai par rapport 1^{ère} chirurgie
- histologie

VII. Résultats carcinologiques

- durée de suivi
- en vie/ décédée
- évolutivité : locale/ controlatérale/ ganglionnaire/ métastatique
- cause décès

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

AUTEUR : Crémieu Hélène

Date de Soutenance : 5 octobre 2012

Titre de la Thèse : Expérience de l'oncoplastie de niveau II au centre Oscar Lambret de 2000 à 2010

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES de Gynécologie Obstétrique

Mots-clés : Oncoplastie, taux reprises pour berges non saines, morbidité, délai au traitement adjuvant, symétrisation, taux de récurrence local, survie global.

Résumé :

Introduction L'oncoplastie s'est développée depuis 20 ans dans le but d'éviter des déformations parfois majeures du traitement conservateur.

Objectifs : L'objectif de ce travail est d'effectuer une analyse rétrospective de l'expérience du centre Oscar Lambret sur l'oncoplastie de niveau 2. et d'aborder différents aspects pratiques de l'oncoplastie encore peu approfondis sur les indications, les résultats carcinologiques, la morbidité, le délai au traitement adjuvant, et sur la symétrisation.

Patientes et méthodes Nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective continue sur 221 patientes traitées, par une oncoplastie de niveau 2 au centre Oscar Lambret entre 2000 et 2010 afin d'évaluer la population opérée, les taux de reprises pour berges non in sano, la morbidité, le délai au traitement adjuvant, le taux de symétrisation en un ou deux temps, les résultats carcinologiques parmi les in situ et les invasifs.

Résultats Les tumeurs traitées étaient pour la majorité des carcinomes canaux infiltrants pT2. Le taux de reprise pour berges non saines était de 12.7 %. La chimiothérapie néoadjuvante n'était pas un facteur de risque de reprise pour berges non saines (χ^2 : $p = 0.60$). Pour l'histologie, le taux de reprise pour berges non saines était significativement plus faible dans les CCI seules que dans les autres types ($p = 0.002$ pour CCI vs CCIS ; $p = 0.0001$ pour CCI vs CCI+CCIS (36%, 9/25) ; $p = 0.002$ pour CCI vs CLI (26%, 6/23). La morbidité était de 13.7% et le délai moyen au traitement adjuvant de 72 jours. Le taux de symétrisation était de 24% (62% en un temps et 38% en 2 temps). En termes de résultats carcinologiques, le taux de récurrence locale était nul pour les carcinomes in situ ou microinvasifs et de 3% de pour les carcinomes invasifs. La survie globale à 4 ans était de 88.5% pour les cancers invasifs.

Conclusions : Notre étude montre que l'oncoplastie donne des résultats acceptables en termes de taux de reprises pour berges non saines de morbidité, de délai, et de résultats carcinologiques. De nombreuses questions restent en suspens pour cette technique émergente : l'implication des techniques d'oncoplastie pour les radiothérapeutes, la nécessité d'une formation spécifique et les limites des indications de l'oncoplastie restent à préciser en fonction du type histologique de la tumeur (CCIS vs invasif), de l'âge de la patiente et de la place d'un traitement systémique néoadjuvant de réduction.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre Collinet

Assesseurs : Pr Jacques Bonnetterre

Pr Véronique Martinot- Duquennoy

Dr Sylvia Giard

.....Dr Jérôme Phalippou

Adresse de l'auteur :

██████████
██████████
██████████
██████████