

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2012

THESE N°: 31

**CHIRURGIE ONCOPLASTIQUE ET CONSERVATION
MAMMAIRE DANS LE CANCER DU SEIN :
A PROPOS DE 52 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Jemila MINT CHEIKH MOHAMED SALEM

Née le 31 Décembre 1987 à Nouakchott

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Cancer - Sein - Oncoplastie - Conservation - Esthétique - Résultats.

JURY

Mr. A. JALIL

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. ICHOU

Professeur d'Oncologie Médicale

Mme. S. KHABOUZ

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. F. TIJAMI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. N. BENJAAFAR

Professeur de Radiothérapie

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31





UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLI Abdeslam Neurochirurgie

4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie – Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire

- | | | |
|-----|------------------------------|----------------------|
| 13. | Pr. BENSOUHA Mohamed | Anatomie |
| 14. | Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 15. | Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma | Physiologie |

Novembre 1983

- | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------|
| 16. | Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* | Pneumo-ptisiologie |
| 17. | Pr. BALAFREJ Amina | Pédiatrie |
| 18. | Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 19. | Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie |
| 20. | Pr. SRAIRI Jamal-Eddine | Cardiologie |

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 21. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 22. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 23. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 24. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 25. | Pr. NAJI M'Barek * | Immuno-Hématologie |
| 26. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 27. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 28. | Pr. BENSAD Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 29. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 30. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-ptisiologie |
| 32. | Pr. KZADRI Mohamed | Oto-Rhino-laryngologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|--------------------------------------|------------------------------|
| 33. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 34. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 35. | Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 36. | Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq | Pneumo-ptisiologie |
| 37. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 38. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 40. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 41. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 42. | Pr. OHAYON Victor* | Médecine Interne |
| 43. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 44. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 45. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 46. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 47. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |

48. Pr. TOLOUNE Farida*

Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine Interne

50. Pr. AOUNI Mohamed

Médecine Interne

51. Pr. BENAMEUR Mohamed*

Radiologie

52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali

Cardiologie

53. Pr. CHAD Bouziane

Pathologie Chirurgicale

54. Pr. CHKOFF Rachid

Pathologie Chirurgicale

55. Pr. FARCHADO Fouzia ép.BENABDELLAH

Pédiatrie

56. Pr. HACHIM Mohammed*

Médecine-Interne

57. Pr. HACHIMI Mohamed

Urologie

58. Pr. KHARBACH Aïcha

Gynécologie -Obstétrique

59. Pr. MANSOURI Fatima

Anatomie-Pathologique

60. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Neurologie

61. Pr. SEDRATI Omar*

Dermatologie

62. Pr. TAZI Saoud Anas

Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

63. Pr. AL HAMANY Zaïtounia

Anatomie-Pathologique

64. Pr. ATMANI Mohamed*

Anesthésie Réanimation

65. Pr. AZZOUZI Abderrahim

Anesthésie Réanimation

66. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM

Néphrologie

67. Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Chirurgie Générale

68. Pr. BENABDELLAH Chahrazad

Hématologie

69. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif

Chirurgie Générale

70. Pr. BENSOUDA Yahia

Pharmacie galénique

71. Pr. BERRAHO Amina

Ophtalmologie

72. Pr. BEZZAD Rachid

Gynécologie Obstétrique

73. Pr. CHABRAOUI Layachi

Biochimie et Chimie

74. Pr. CHANA El Houssaine*

Ophtalmologie

75. Pr. CHERRAH Yahia

Pharmacologie

76. Pr. CHOKAIRI Omar

Histologie Embryologie

77. Pr. FAJRI Ahmed*

Psychiatrie

78. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*

Chirurgie Générale

79. Pr. KHATTAB Mohamed

Pédiatrie

80. Pr. NEJMI Maati

Anesthésie-Réanimation

81. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

82. Pr. SOULAYMANI Rachida ép.BENCHEIKH

Pharmacologie

83. Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

84. Pr. AHALLAT Mohamed

Chirurgie Générale

85. Pr. BENOUDA Amina

Microbiologie

86. Pr. BENSOUDA Adil

Anesthésie Réanimation

87. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
88. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
89. Pr. CHRAIBI Chafiq
90. Pr. DAOUDI Rajae
91. Pr. DEHAYNI Mohamed*
92. Pr. EL HADDOURY Mohamed
93. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
94. Pr. FELLAT Rokaya
95. Pr. GHAFIR Driss*
96. Pr. JIDDANE Mohamed
97. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
98. Pr. TAGHY Ahmed
99. Pr. ZOUHDI Mimoun

Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

100. Pr. AGNAOU Lahcen
101. Pr. AL BAROUDI Saad
102. Pr. BENCHERIFA Fatiha
103. Pr. BENJAAFAR Noureddine
104. Pr. BENJELLOUN Samir
105. Pr. BEN RAIS Nozha
106. Pr. CAOUI Malika
107. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
108. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
109. Pr. EL AOUDAD Rajae
110. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
111. Pr. EL HASSANI My Rachid
112. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
113. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
114. Pr. ERROUGANI Abdelkader
115. Pr. ESSAKALI Malika
116. Pr. ETTAYEBI Fouad
117. Pr. HADRI Larbi*
118. Pr. HASSAM Badredine
119. Pr. IFRINE Lahssan
120. Pr. JELTHI Ahmed
121. Pr. MAHFOUD Mustapha
122. Pr. MOUDENE Ahmed*
123. Pr. OULBACHA Said
124. Pr. RHRAB Brahim
125. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
126. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Cardio- Vasculaire
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

- 127. Pr. ABBAR Mohamed*
- 128. Pr. ABDELHAK M'barek
- 129. Pr. BELAIDI Halima
- 130. Pr. BRAHMI Rida Slimane
- 131. Pr. BENTAHILA Abdelali
- 132. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
- 133. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
- 134. Pr. CHAMI Ilham
- 135. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
- 136. Pr. EL ABBADI Najia
- 137. Pr. HANINE Ahmed*
- 138. Pr. JALIL Abdelouahed
- 139. Pr. LAKHDAR Amina
- 140. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

- 141. Pr. ABOUQUAL Redouane
- 142. Pr. AMRAoui Mohamed
- 143. Pr. BAIDADA Abdelaziz
- 144. Pr. BARGACH Samir
- 145. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
- 146. Pr. BENAZZOuz Mustapha
- 147. Pr. CHAARI Jilali*
- 148. Pr. DIMOU M'barek*
- 149. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
- 150. Pr. EL MESNAoui Abbes
- 151. Pr. ESSAKALI HOUSYNI Leila
- 152. Pr. FERHATI Driss
- 153. Pr. HASSOUNI Fadil
- 154. Pr. HDA Abdelhamid*
- 155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
- 156. Pr. IBRAHIMY Wafaa
- 157. Pr. MANSOURI Aziz
- 158. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
- 159. Pr. RZIN Abdelkader*
- 160. Pr. SEFIANI Abdelaziz
- 161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

- 162. Pr. AMIL Touriya*
- 163. Pr. BELKACEM Rachid
- 164. Pr. BELMAHI Amin
- 165. Pr. BOULANOuar Abdelkrim
- 166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
168. Pr. GAOUZI Ahmed
169. Pr. MAHFOUDI M'barek*
170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
171. Pr. MOHAMMADI Mohamed
172. Pr. MOULINE Soumaya
173. Pr. OUADGHIRI Mohamed
174. Pr. OUZEDDOUN Naima
175. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Parasitologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
179. Pr. BIROUK Nazha
180. Pr. BOULAICH Mohamed
181. Pr. CHAOUIR Souad*
182. Pr. DERRAZ Said
183. Pr. ERREIMI Naima
184. Pr. FELLAT Nadia
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
186. Pr. HAIMEUR Charki*
187. Pr. KANOUNI NAWAL
188. Pr. KOUTANI Abdellatif
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
191. Pr. NAZI M'barek*
192. Pr. OUAHABI Hamid*
193. Pr. SAFI Lahcen*
194. Pr. TAOUFIQ Jallal
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
198. Pr. ALOUANE Mohammed*
199. Pr. BENOMAR ALI
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam
201. Pr. ER RIHANI Hassan
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima
203. Pr. KABBAJ Najat
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*

Hématologie

206. Pr. KHATOURI ALI*
207. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed*
209. Pr. AIT OUMAR Hassan
210. Pr. BENCHERIF My Zahid
211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
213. Pr. CHAOUI Zineb
214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
216. Pr. EL FTOUH Mustapha
217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
218. Pr. EL OTMANY Azzedine
219. Pr. GHANNAM Rachid
220. Pr. HAMMANI Lahcen
221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
222. Pr. ISMAILI Hassane*
223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
225. Pr. TACHINANTE Rajae
226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-ptisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-ptisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia
228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
229. Pr. AJANA Fatima Zohra
230. Pr. BENAMR Said
231. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
232. Pr. CHERTI Mohammed
233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
234. Pr. EL HASSANI Amine
235. Pr. EL IDGHIRI Hassan
236. Pr. EL KHADER Khalid
237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
239. Pr. HSSAIDA Rachid*
240. Pr. LACHKAR Azzouz
241. Pr. LAHLOU Abdou
242. Pr. MAFTAH Mohamed*
243. Pr. MAHASSINI Najat
244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
245. Pr. NASSIH Mohamed*
246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
248. Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
249. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
250. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
251. Pr. BENABDELJILIL Maria	Neurologie
252. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
253. Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
254. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
255. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
256. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
257. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
258. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
259. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
261. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
262. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
263. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
264. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
265. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
266. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
268. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
270. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
272. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
274. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
275. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
276. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
277. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
278. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
279. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
280. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
281. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
282. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
283. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
284. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
285. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
286. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
287. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
288. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
289. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
290. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique

291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
292. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Pédiatrie
Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
294. Pr. AMEUR Ahmed *
295. Pr. AMRI Rachida
296. Pr. AOURARH Aziz*
297. Pr. BAMOU Youssef *
298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
299. Pr. BENBOUAZZA Karima
300. Pr. BENZEKRI Laila
301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
302. Pr. BERNOUSSI Zakiya
303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
304. Pr. CHOHO Abdelkrim *
305. Pr. CHKIRATE Bouchra
306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
308. Pr. EL BARNOUSSI Leila
309. Pr. EL HAOURI Mohamed *
310. Pr. EL MANSARI Omar*
311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
313. Pr. HADDOUR Leila
314. Pr. HAJJI Zakia
315. Pr. IKEN Ali
316. Pr. ISMAEL Farid
317. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
318. Pr. KRIOULE Yamina
319. Pr. LAGHMARI Mina
320. Pr. MABROUK Hfid*
321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
323. Pr. MOUSTAINE My Rachid
324. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
325. Pr. OUJILAL Abdelilah
326. Pr. RACHID Khalid *
327. Pr. RAISS Mohamed
328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
329. Pr. RHOU Hakima
330. Pr. SIAH Samir *
331. Pr. THIMOU Amal
332. Pr. ZENTAR Aziz*
333. Pr. ZRARA Ibtisam*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
335. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
337. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
338. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
340. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
341. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
342. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
343. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
344. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
345. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
348. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
349. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
350. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
351. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
352. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
353. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
354. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
355. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
356. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
357. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
358. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
359. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
360. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
364. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
365. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
366. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
367. Pr. AZIZ Noureddine*	Radiologie
368. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
369. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
370. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
371. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
372. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie

374. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
377. Pr. EL HAMZAoui Sakina	Microbiologie
378. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
379. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
380. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
381. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
382. Pr. KENDOOUSSI Mohamed*	Cardiologie
383. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
384. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
385. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
386. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
387. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
389. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAoui Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique

449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOU SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra*
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad*
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 473. Pr. GHARIB Nouredine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhoussain *
 482. Pr. MRANI Saad *
 483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie
 Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie

490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 492. Pr. ACHACHI Leila
 493. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima
 497. Pr. MAHI Mohamed *
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib*
 499. Pr. KEBDANI Tayeb
 500. Pr. SIFAT Hassan *
 501. Pr. HADADI Khalid *
 502. Pr. ABIDI Khalid
 503. Pr. MADANI Naoufel
 504. Pr. TANANE Mansour *
 505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
 Pr. AZENDOUR Hicham *
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. EL OUENNASS Mostapha
 Pr. ZOUHAIR Said*
 Pr. L'kassimi Hachemi*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Dermatologie
 Gastro-entérologie
 Gynécologie obstétrique
 Hématologie biologique
 Hématologie biologique
 Hématologie clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Neuro-chirurgie
 Neurologie

Pr. AGADR Aomar *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. BASSOU Driss *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. KADI Said *

Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Rhumatologie
 Traumatologie orthopédique
 Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufik*
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. KANOUNI Lamya
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. BOUSSIF Mohamed*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. ZOUAIDIA Fouad
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. CHADLI Mariama*

Médecine interne
 Gastro entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie réanimation
 Radiothérapie
 Radiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Médecine aérologique
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Chirurgie pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Ophtalmologie
 Hématologie
 Anatomie pathologique
 Anatomie pathologique
 Physiologie
 Biochimie chimie
 Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1.	Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2.	Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3.	Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4.	Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5.	Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6.	Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7.	Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8.	Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9.	Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10.	Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11.	Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12.	Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13.	Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
14.	Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
15.	Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16.	Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17.	Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18.	Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19.	Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20.	Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21.	Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22.	Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23.	Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*** *Enseignants Militaires***



✿ *Je dédie cette thèse à ...* ✍



A mon très cher père
Cheikh Mohamed Salem
Ol Bouka

Ton parcours, ton amour pour les autres, ton don à notre famille et à la Mauritanie seront des principes auxquels je m'attacherai, essayant de suivre de mon mieux l'exemple que tu représente à mes yeux.

Je tiens à te dédier ce travail, ce symbole d'une fin d'un parcours que t'as pas pu y être témoin, puisque le destin en a voulu autrement et tu nous as quitté si tôt.

Que ton âme repose en paix.

A mon parrain en Médecine et Oncle

Professeur Mr Mohamed Cheikh Biadillah

Je suis plus qu'honorée de vous dédier ce modeste travail, tenant aussi à vous remercier particulièrement pour le tout le soutien, les conseils et l'écoute que vous m'avez accordé le long de ce parcours.

Me considérant aussi bien votre élève que votre fille, je vous souhaite une longue vie pleine de santé, de paix et bénie par Allah à vous et à toute la famille BIADILLAH.

A ma très chère mère Malika CHENGUITY

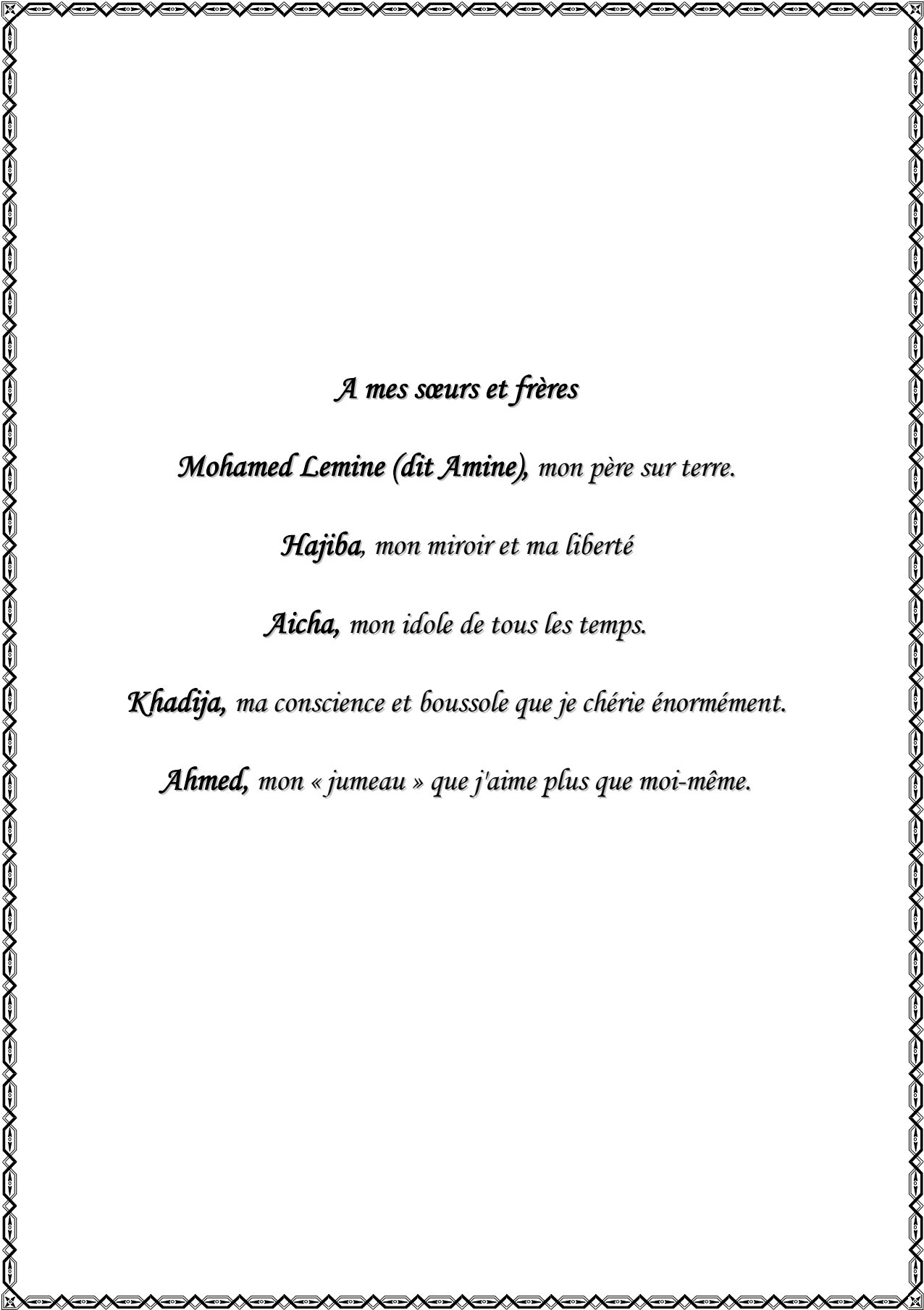
Tu es la source de ma joie et de ma force. Tu es la mère à qui je dois ma vie, et ma survie. Tu es la merveille de mon monde. Tu es toute humainement magique.

Tu es pour moi le synonyme du Don, du Bien, du Partage, de l'Humour, de l'Amour, de la compréhension, de l'optimisme.

C'est grâce à Toi que je prends de l'élan aujourd'hui, grâce à Toi que je suis ce que je suis mais vraiment tout ce que je suis.

Tu représenterais toujours le modèle, l'amie, la confidente, et l'ultime conseillère de tous les temps.

A ma reine, je t'aime.



A mes sœurs et frères

Mohamed Lemine (dit Amine), mon père sur terre.

Hajiba, mon miroir et ma liberté

Aicha, mon idole de tous les temps.

Khadija, ma conscience et boussole que je chérie énormément.

Ahmed, mon « jumeau » que j'aime plus que moi-même.

A la mémoire mes grands parents

A mes oncles

Saad, Mohamed, Khaled CHENGUITY.

Mohamed Vall, Mohamedou Salem BOUKA.

A oncle Mokhtar OUBEID et à toute sa famille.

A oncle Mokhtar AMANATOULLAH et à toute sa famille.

A mes tantes

*A la mémoire de ma tante Assia CHENGUITY (Que son âme repose en
paix).*

A mes tantes Mamouna, Jamila, Zouleikha, Adila CHENGUITY.

A ma tante Latifa AZIZ.

A mes cousins et cousines

A tous les membres de ma famille, petits et grands

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection
la plus sincère.*

A mes amis(es)

*A tous mes amis que le temps puisse confirmer notre amitié et la rendre
plus forte inch'Allah.*

*Une pensée particulière à ceux qui m'ont soutenu de près pour achever
ce travail :*

*Moulay Mhamed, Bouha Ahmed, Nezha Yedalli, Sidi Dahi, Issa Ag
Aboubecrine, Khoudeija Dahoud et Aminta Lo.*

*A toute personne qui a contribué de près ou de loin
à la réalisation de ce travail*

A tous ceux à qui je pense et que j'ai omis de citer.



Remerciements



A notre maître
Rapporteur et président de thèse
Monsieur le professeur JALIL Abdelouahed
Chirurgie générale

Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt et nous guider à chaque étape de sa réalisation.

Vos qualités humaines et professionnelles sont pour nous un exemple à suivre.

Soyez assuré de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur BENJAAFAR Nourredine

Radiothérapie

Vous avez accepté avec grande amabilité de juger cette thèse.

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer nos
sincères remerciements et notre profond respect.*

À notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur ICHOU Mohamed
Oncologie Médicale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez accepter, maître, l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

À notre maître et juge de thèse

Mme le professeur KHABOUZE Samira

Gynéco-obstétrique

Vous avez accepté avec grande amabilité de juger cette thèse.

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer nos
sincères remerciements et notre profond respect.*

À notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur TIJAMI Fouad
Chirurgie Générale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez accepter, maître, l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.



Sommaire



I. Introduction.	1
II. Rappel historique.	4
III. Rappels anatomiques.	8
A. Généralités.	9
B. La Plaque aréolo-mammelonnaire (PAM)	12
C. Artères.	13
1. Le réseau pré glandulaire.	13
2. Le réseau rétro glandulaire.	14
3. Le réseau anastomotique.	14
D. Veines	15
1. Le réseau superficiel.	16
2. Le réseau profond.	16
3. Le réseau anastomotique.	17
E. Lymphatiques	17
1. Les lymphatiques cutanés.	18
2. Les lymphatiques glandulaires.	19
3. Le Ganglion Sentinelle.	21
F. Les nerfs.	22
1. Le groupe antérieur.	22
2. Le groupe latéral.	22
3. Le groupe supérieur.	22

IV. Matériel et méthodes.....	23
A. Matériel.....	24
1.Statut hormonal	24
2.Taille moyenne des tumeurs :	24
3.Topographie et répartition des tumeurs traitées dans notre série dans les quadrants du sein :	25
4.Examens para-cliniques :	26
5.Histologie de la tumeur pré opératoire :	26
6.Bilans d'extension :	26
7.Répartition des tumeurs selon la classification Taille (T):	26
8.Répartition selon la présence d'adénopathie à l'examen clinique (N):	27
9.Stadification des patientes selon la classification TNM (7eme Edition) :	28
B.Méthodes : les différentes techniques d'oncoplastie mammaire.....	32
1) Tracé d'oncoplastie :	32
2) Phase d'exérèse tumorale :	35
3) La reconstruction glandulaire	36
V. Résultats.....	61
A. Techniques utilisées.	62
B. Taille tumorale moyenne : pTm.....	63
C. Les volumes de résections	63
D. Ganglion Sentinelle (GS)	63
E. Curage axillaire.	63

F. Résultats Histologiques définitifs.....	64
G. Marges de résection.	64
H. Traitement des patientes dont l'exérèse était limite ou incomplète.	65
I. Traitements Adjuvants.....	68
J. Suivi des patientes.	69
K. Complications	70
L. Résultats Esthétiques post opératoire.....	70
VI. Discussion	71
A) Traitement chirurgical du Cancer du Sein : Place du Traitement Conservateur Classique.....	73
B) Place de la chirurgie oncoplastique dans le traitement conservateur	75
C) Intérêts de la Chirurgie Oncoplastique :.....	77
VII. Conclusion	90
Résumé	92
Bibliographie	96

Liste des Abréviations :

TC	: Traitement conservateur
SETC	: Séquelles esthétiques du traitement conservateur
OP	: oncoplastie
PAM	: Plaque aréolo-mammelonnaire
CCI	: Carcinome Canalaire Infiltrant.
CIC	: Carcinome intra-canalaire
INO	: Institut national d'oncologie
GS	: Ganglion Sentinelle
RECRAB	: Registre du Cancer de Rabat
RCP	: Rencontre de concertation pluridisciplinaire
RLH	: Récidive locale homolatérale.



I. Introduction.



Depuis son introduction en 1960, le traitement conservateur (TC) est progressivement devenu le traitement de référence des cancers du sein.

Des essais randomisés, NSABP (suivi à 12ans) [1], EORTC trial 10801(suivi à 10ans) [2], et NCI (suivi à 10ans) [3] ont montré l'efficacité carcinologique du traitement conservateur à long terme mais les résultats esthétiques sont restés imparfaits dans 20 à 40 % des cas. [4]

Ces mauvais résultats esthétiques sont dus à la chirurgie et surtout accentués par la radiothérapie, ont été définis comme des séquelles esthétiques du traitement conservateur (SETC).

Et comme un traitement conservateur ne se conçoit que si le résultat esthétique est meilleur, un nouveau concept a vu le jour vers l'an 2000 : celui de la chirurgie oncoplastique.

Historiquement prônée en 1990 par Andretsch, cette chirurgie se définit comme l'intégration de techniques de chirurgie plastique à la chirurgie carcinologique.

Les techniques de cette chirurgie ont non seulement permis de diminuer les séquelles iatrogènes, et traiter celle-ci quand elles sont installées, mais surtout d'élargir l'indication du traitement conservateur aux tumeurs rétro-aréolaire, et certaines tumeurs supérieures à 3cm lorsque le rapport volume tumoral/volume mammaire le permet.

Les premières techniques d'oncoplastie ont été les techniques utilisées pour les quadrants inférieurs, puis aujourd'hui en fonction de la localisation de la tumeur et du volume du sein plusieurs techniques de plasties mammaires sont utilisables.

Les modalités techniques ont évolué du simple remodelage glandulaire à des techniques plus élaborées de plastie mammaire, spécifiques à chaque localisation.

Le but de notre étude, est une analyse rétrospective de 52 cas traités entre janvier 2007 et décembre 2010 dans le service de chirurgie carcinologique I, par le même opérateur Professeur A. JALIL.

Les objectifs sont, d'évaluer les différentes techniques de la chirurgie oncoplastique en terme de faisabilité, de résultats carcinologiques et résultats esthétiques.



II. Rappel historique.



L'histoire du traitement du cancer du sein remonte à 3000 av JC et décrit dans le papyrus d'Edwin Smith (un égyptologue qui l'a découvert en 1862). Ce papyrus remonterait à 1 600 av. J.-C. et son contenu, développé en fait le premier traité chirurgical de l'humanité. [5]

Durant l'Antiquité le traitement consistait en une amputation ou à une cautérisation (Hérodote 484-425 av JC) ou à l'association des deux comme le conseillait Léonidès.

J.L. Petit (1674-1750) en France a posé le principe de la mammectomie moderne et Heister (1683-1758) chirurgien allemand y a ajouté l'exérèse des muscles pectoraux et des ganglions axillaires.



C'est le début de la mastectomie radicale, dont William Steward Halsted (1852-1922), à la fin du XIX^e siècle était le plus grand partisan avec sa théorie "mécaniste " la dissémination se faisait de proche en proche, atteignant les structures adjacentes au sein et les ganglions lymphatiques avant de métastaser.

L'évolution du traitement chirurgical du cancer du sein s'est orientée vers une chirurgie agressive tout au long du début du XX^e siècle.

La réduction de la chirurgie a commencé avec David H. Patey (1899-1977) en 1948, en proposant la mastectomie radicale modifiée, qui consiste en une mastectomie associée à l'ablation seule du petit pectoral et du curage axillaire.

L'étude comparative de Veronesi 1968 entre mastectomie radicale et mastectomie radicale étendue à la chaîne mammaire interne n'a pas montré de différence en termes de survie globale ni de contrôle locorégional.

L'apport de la radiothérapie a permis d'aller plus loin dans la réduction de l'acte chirurgical, qu'elle soit associée à la mastectomie totale plus ou moins élargie ou à la simple tumérectomie

Des travaux par la suite ont permis d'affirmer, malgré des différences dans les traitements conservateurs proposés, que les taux de survie globale étaient identiques à ceux des traitements mutilants.

La chirurgie plastique, en proposant la reconstruction mammaire il y'a 20 ans, aux malades redevables à une mastectomie totale a ainsi ouvert la grande porte à une nouvelle approche de la chirurgie du cancer du sein.

Non seulement, elle a participé ainsi à la réhabilitation affective et socio-familiale de ces patientes mais elle a permis d'étendre l'indication aux traitements conservateurs à des lésions jusqu'ici traitées par mastectomie.

Ainsi, de nouvelles techniques chirurgicales se sont développées à la fin des années 1990, associant deux spécialités : la chirurgie oncologique et la chirurgie plastique : La chirurgie oncoplastique (W.Audretsch). Ces techniques se sont rapidement étendues en Europe. [6]

Les techniques initiales étaient des plasties mammaires en « T inversé » à pédicule supérieur pour les tumeurs des quadrants inférieurs, ces techniques étaient issues de la chirurgie plastique classique, puis les techniques en J ou en L se sont développées par la suite.

D'autres techniques ont ensuite été développées, adaptées aux localisations tumorales : techniques à pédicule inférieur, techniques externes, techniques en « oméga » ou en « V », et des techniques spécifiques pour les tumeurs du sillon sous-mammaire. Ces dernières limitent la rançon cicatricielle. Un geste de symétrisation du sein controlatéral doit être programmé à la fin de la radiothérapie ou même parfois en immédiat. [7]

*III. Rappels
anatomiques.*

A. Généralités.

La glande mammaire est, par définition, bilatérale et symétrique. Elle est placée à la face antérieure du thorax. Sa forme, son volume et son contenu vont varier au cours des différents âges de la vie et échappent donc à une description précise. Glorifié par les artistes au cours des siècles, le sein occupe une place importante dans l'image de la femme dans notre culture et sa beauté reste un élément important de la féminité.

Le sein est donc une glande excrétoire composée de lobules, et de canaux qui débutent au niveau des lobules et se dirigent vers l'aréole et le mamelon.

C'est au niveau de la jonction ductulobulaire que se développent les cancers du sein, cancers qui se différencieront essentiellement en cancers lobulaires ou canaux.

Le sein est une glande cutanée sudoripare spécialisée, d'origine ectodermique dont le soutien est assuré par la peau par l'intermédiaire des ligaments de Cooper, et par l'aréole où convergent les canaux galactophoriques et les cloisons conjonctives inter-lobaires. [8]

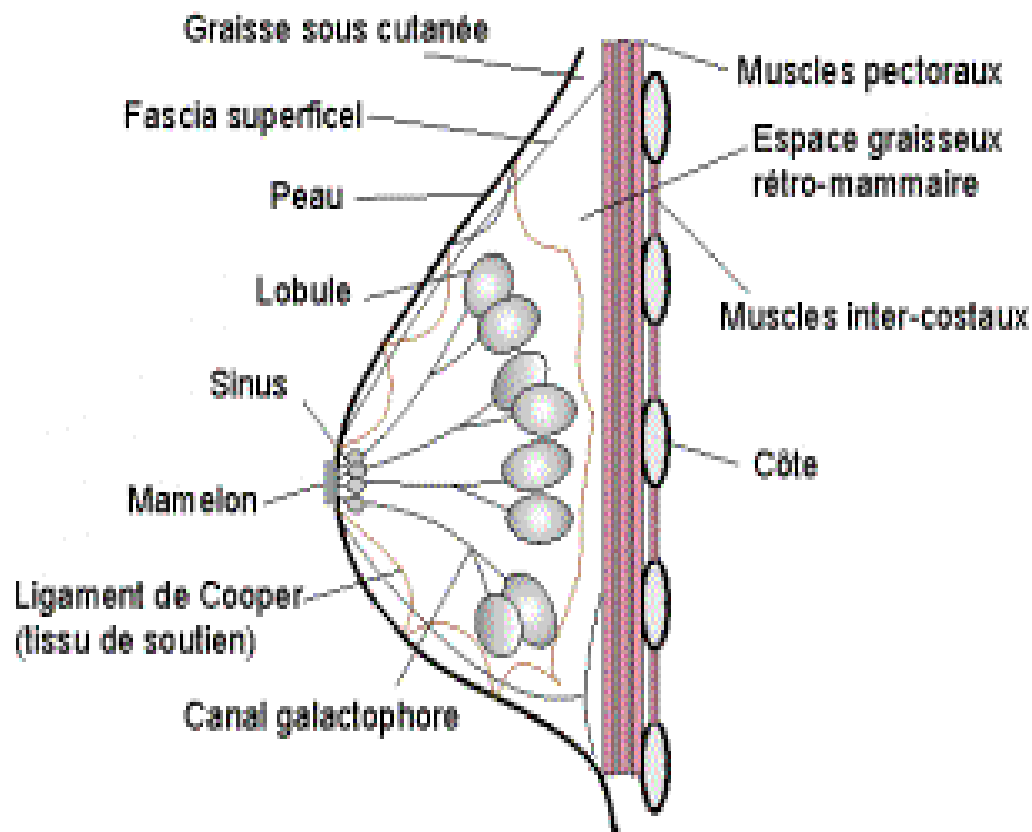


Figure 1 : Coupe sagittale schématique du sein montrant sa configuration externe

Le sein est divisé en quatre quadrants (supéro-externe, supéro-interne, inféro-interne et inféro-externe), centré sur la plaque aréolo-mamelonnaire ; le prolongement axillaire du sein est la zone frontière entre le quadrant supéro-externe et le creux axillaire.

Le sein est composé de 4 segments et de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) :

- le segment I correspond à la partie thoracique antérieure allant de la clavicule jusqu'au sillon sus mammaire ;

- le segment II entre le sillon sus mammaire et le bord supérieur de l'aréole
- la plaque aréolo-mammelonnaire (PAM),
- le segment III bord inférieur de la PAM et le sillon sous mammaire,
- le segment IV correspond à la peau thoracique allant du sillon sous-mammaire au rebord costal.

A sa partie inférieure il possède un étai: le sillon sous mammaire, zone de faible épaisseur hypodermique, où le fascia superficialis, la peau et les fibres distales de l'aponévrose antérieure du muscle grand pectoral entretiennent des liens étroit.

Principales dimensions du sein :

- Les segments I et II additionnés mesurent environ 15,5 à 17cm
- La PAM mesure 4 à 5 cm ;
- Le segment III mesure 4 à 6 cm ;
- La distance séparant la ligne médiane du bord interne de la PAM est d'environ 9 à 11 cm.

La hauteur mammaire est définie par la longueur des segments II, III et de la PAM.

Les rapports anatomiques du sein qualifiés de standards sont les suivants :

- Hauteur/projection > 2 ;
- Hauteur/largeur : 0,7 à 1,3.
- Le sein est situé entre la 3ème et la 7ème cote.

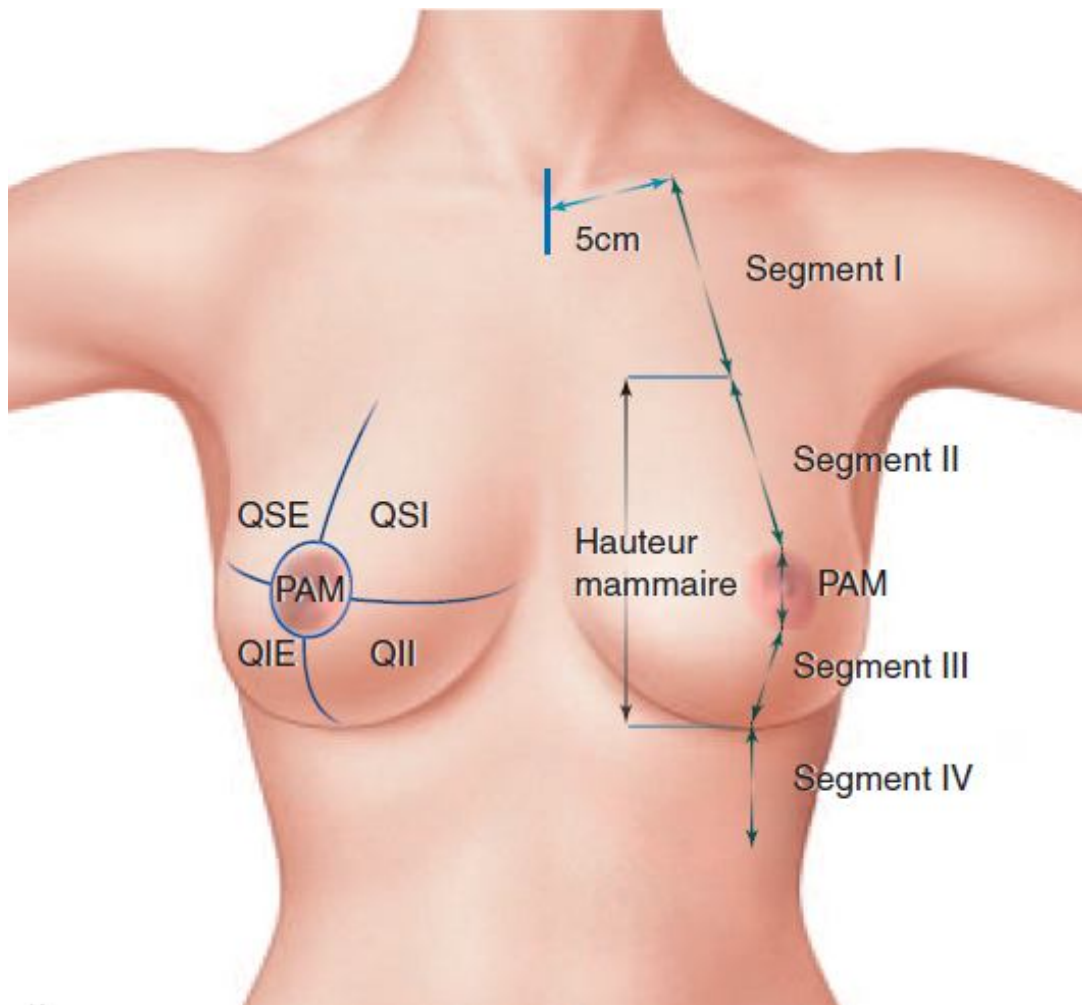


Figure 2 : Les différents quadrants et segments du Sein.

B. La Plaque aréolo-mammelonnaire (PAM)

L'aréole est un disque régulier dont la taille et la couleur varient selon les femmes.

Elle entoure la base du mamelon. Elle est pigmentée, sa peau est grenue car elle est parsemée de glandes sébacées, appelées tubercules de Morgagni. Leur volume croît notablement au cours de la grossesse et on les appelle alors les tubercules de Montgomery.

La limite et la pigmentation de l'aréole peuvent également changer pendant la grossesse et l'allaitement. Le mamelon est placé au centre de l'aréole.

Sa « longueur » est très variable d'une femme à l'autre.

Peu développé chez l'homme et la jeune fille, il s'allonge chez la femme, notamment au cours de la grossesse.

De même couleur que l'aréole, il présente à son extrémité une série de petits orifices qui correspondent à la terminaison des canaux galactophores (allaitement).

L'aréole et le mamelon sont pourvus de fibres musculaires lisses qui constituent le muscle mamillaire. Sa contraction est à l'origine de l'érection du mamelon.

C. Artères. [9]

La vascularisation du sein n'est pas univoque mais comporte trois réseaux vasculaires : pré glandulaire, rétro glandulaire et anastomotique.

1. Le réseau pré glandulaire.

Situé à la face superficielle de la glande, le réseau pré glandulaire est intriqué avec le réseau dermique et provient de :

- l'artère mammaire externe qui suit le bord externe du muscle grand pectoral et se termine en trois branches, cutanée antérieure (anastomotique avec la 3^e perforante intercostale antérieure), glandulaire moyenne et musculaire postérieure ;

- le rameau cutané externe de la branche thoracique de l'artère acromiothoracique ;

- les rameaux perforants antérieurs des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et parfois 6^e artères intercostales, qui proviennent de l'artère mammaire interne et traversent les espaces intercostaux près du sternum. La 3^e perforante, qui apparaît à l'extrémité interne du 2^e espace intercostal, s'anastomose avec la branche cutanée antérieure de la mammaire externe au-dessus de l'aréole. Les 5^e et 6^e perforantes antérieures émergent des espaces intercostaux à une dizaine de centimètres de la ligne médiane et se dirigent vers le mamelon en irriguant le quadrant inféro interne du sein.

- les rameaux perforants latéraux des 7^e et 8^e artères intercostales, qui traversent la face profonde de la glande pour rejoindre le quadrant cutané inféro externe du sein.

2. Le réseau rétro glandulaire.

Situé à la face profonde de la glande, le réseau rétro glandulaire est alimenté par :

-les branches de division profonde des perforantes intercostales internes (2^e,

3^e, 4^e, 5^e) et externes (7^e, 8^e, 9^e).

-les perforantes musculoglandulaires de la branche thoracique de l'artère acromiothoracique.

3. Le réseau anastomotique.

Entre les deux précédents, le réseau anastomotique est constitué de rameaux antéropostérieurs, au trajet sinueux entre les canaux galactophores.

Comme le reste de la glande, la PAM reçoit une double irrigation :

- réseau profond qui vascularise la PAM en suivant les canaux galactophores.

- réseau très superficiel sous dermique.

Ces deux réseaux alimentent un réseau vasculaire anastomotique sous-dermique formant le cercle periaréolaire. Un de ces réseaux suffit à vasculariser l'aréole.

Cette notion est importante dans la réalisation de gestes de chirurgie oncoplastique.

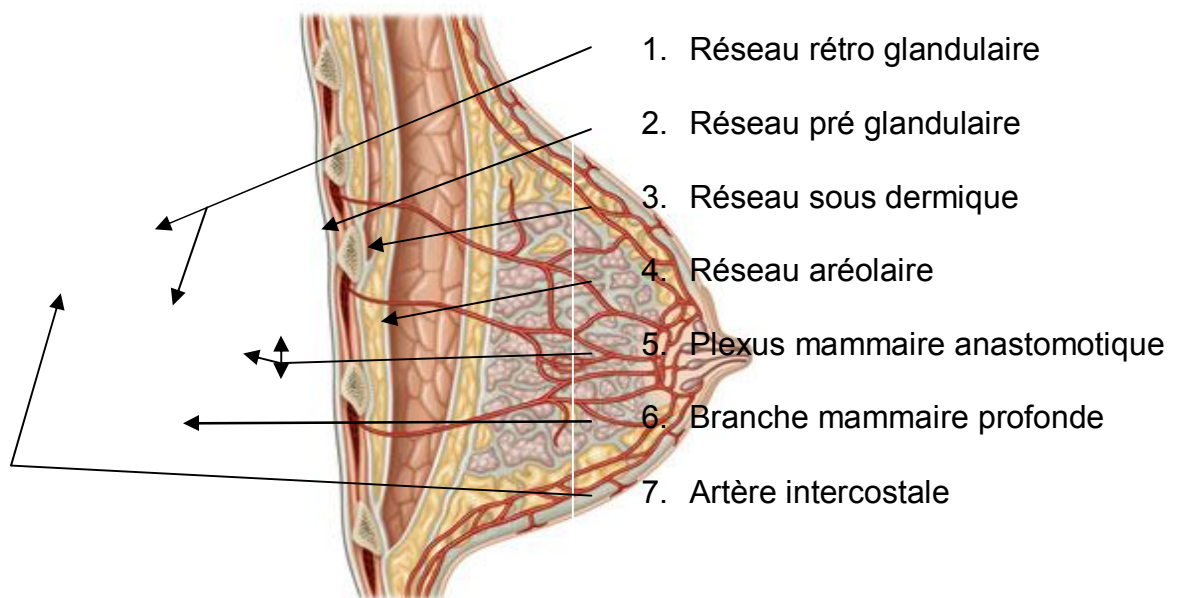


Figure 3 : Vascularisation et réseaux vasculaires du sein.

D. Veines [9]

Le drainage veineux de la glande mammaire est avalvulé, et se fait aussi par trois réseaux : superficiel, profond et anastomotique.

1. Le réseau superficiel.

Riche, le réseau superficiel dessine sous la peau un réseau à large maille, surtout visible dans les quadrants supérieurs du sein. Au niveau de l'aréole, il existe un cercle péri-aréolaire quasi constant, le cercle de Haller.

Ce réseau superficiel se draine :

- en haut, vers les systèmes jugulaires externe et antérieur, en passant en avant de la clavicule ;
- en bas, vers les veines superficielles de l'abdomen ;
- en dehors, vers la veine céphalique ;
- en dedans, vers le réseau superficiel du sein opposé ;
- en arrière, avec le réseau profond par l'intermédiaire du réseau anastomotique.

2. Le réseau profond.

Le réseau profond est satellite des artères, avec en général deux veines par artère. Il existe deux axes principaux :

- mammaire externe, anastomosé avec les perforantes latérales des intercostales aortiques ;
- mammaire interne, par l'intermédiaire des perforantes intercostales antérieures.

Les veines mammaires internes droite et gauche sont anastomosées entre elles derrière le sternum.

3. Le réseau anastomotique.

Le réseau anastomotique est à peu près perpendiculaire aux réseaux superficiel et profond, qu'il unit à travers la glande et à ses bords interne et externe.

E. Lymphatiques

La connaissance de l'anatomie des lymphatiques a permis, grâce aux travaux de Sappey, la réalisation de la technique du ganglion sentinelle. L'application de ce concept clinique a été proposée pour la première fois en 1977 pour un type relativement rare de maladie cancéreuse, le carcinome du pénis.

Sa mise en pratique a relativement grande échelle s'est effectuée dans le cadre de la chirurgie du mélanome et des carcinomes du sein.

La plupart des vaisseaux lymphatiques du derme et du parenchyme mammaire confluent vers le plexus sous aréolaire de Sappey pour se diriger ensuite vers les ganglions axillaires du niveau I de Berg où sont situés le(s) ganglion(s) sentinelle(s).

Les lymphatiques du sein doivent être divisés en lymphatiques cutanés drainant la lymphe de la peau mammaire et de la graisse sous-cutanée, et les lymphatiques de la glande elle-même.

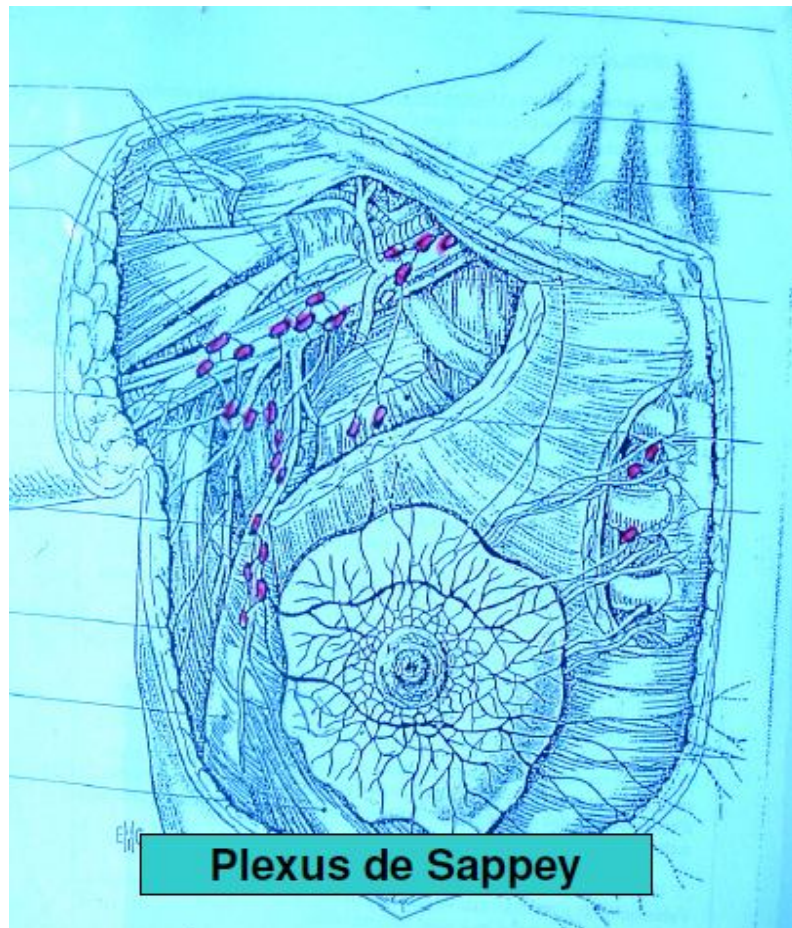


Figure 4 : Plexus sous aréolaire de Sappey

1. Les lymphatiques cutanés.

Les lymphatiques cutanés forment un réseau dense au niveau du mamelon et de l'aréole. Les canaux se dirigent en convergeant depuis la ligne médiane et la partie antéro-inférieure du thorax vers l'aisselle.

Il existe trois voies secondaires par leur volume mais d'importance pratique considérable en cas de cancer ayant envahi la peau :

- La voie sus-claviculaire passant en avant de la clavicule,
- La voie mammaire interne,

- La voie vers le sein opposé.

Il y a communication sur la ligne médiane entre les vaisseaux cutanés des deux régions mammaires. C'est là une des voies de propagation principale d'une région mammaire à l'autre d'un cancer du sein ayant envahi la peau. Les troncs lymphatiques eux-mêmes peuvent croiser la ligne médiane et aller des téguments d'une région mammaire au creux axillaire du côté opposé.

2. Les lymphatiques glandulaires.

Du réseau lymphatique étalé à la surface des lobules naissent deux ordres de collecteurs :

- les uns suivent les canaux galactophoriques et se jettent dans le plexus sous-aréolaire,
- les autres quittent la glande par sa périphérie.

Les collecteurs ont ainsi deux destinées : la plupart se rendent aux ganglions axillaires, d'autres moins nombreux aux ganglions de la chaîne mammaire interne.

Les collecteurs nés de la glande mammaire suivent pour se rendre aux ganglions axillaires trois voies: l'une principale, et les deux autres transpectorale et rétropectorale.

La voie principale : Du plexus sous-aréolaire partent deux troncs volumineux, l'un externe, l'autre interne. Le tronc externe se dirige transversalement vers l'aisselle et reçoit un collecteur de la moitié supérieure de la glande. Le tronc interne passe en dessous de l'aréole, il reçoit un affluent de la moitié inférieure de la glande et se dirige comme le précédent vers le creux axillaire. Ces deux troncs se terminent dans la chaîne mammaire externe.

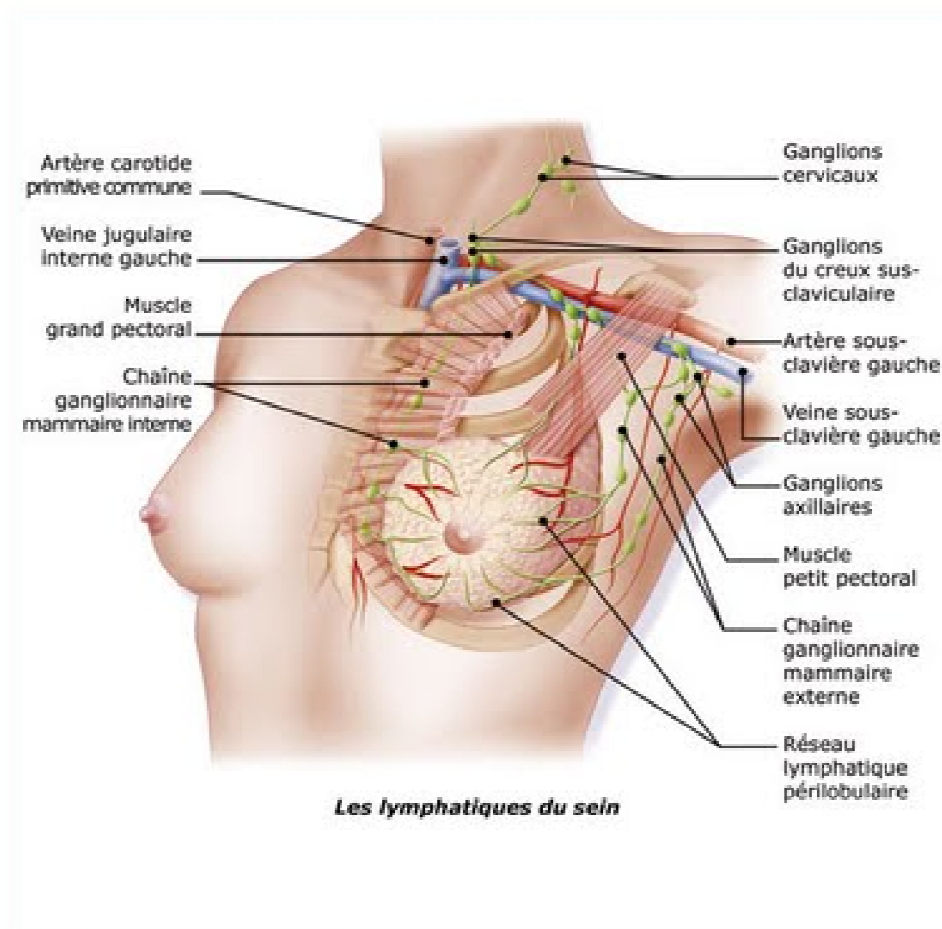


Figure 5 : les voies lymphatiques du sein.

La voie transpectorale : Les collecteurs lymphatiques traversent le muscle grand pectoral accompagné des branches de l'artère thoraco-acromiale.

Les collecteurs supérieurs se rendent aux ganglions sous-claviculaires.

La voie rétropectorale : Les collecteurs contournent le bord inférieur du muscle grand pectoral et montent directement vers les ganglions sous-claviculaires.

Les collecteurs affluents de la chaîne thoracique interne :

Les collecteurs, drainant la moitié inférieure de la glande, longent les vaisseaux mammaires internes, traversent le muscle grand pectoral puis les espaces intercostaux 2, 3, 5 et surtout le 4^e pour gagner la chaîne mammaire interne placée contre la face endothoracique des cartilages costaux.

La chaîne mammaire interne s'ouvre dans la veine sous-clavière à droite et dans le canal

3. Le Ganglion Sentinelle.

Le ganglion sentinelle représente le premier relais d'une chaîne lymphatique drainant un territoire défini. En tant que « sentinelle », il est le premier à retenir les cellules tumorales en migration après leur pénétration dans les vaisseaux lymphatiques.

Ce concept de « ganglion sentinelle » repose sur l'hypothèse que, si celui-ci est libre de tout dépôt métastatique, les ganglions situés en aval sur la chaîne lymphatique le seront aussi. [10]

Le but de l'application de ce concept au cancer du sein est d'éviter un curage axillaire inutile, procédure n'ayant qu'une valeur diagnostique et grevée d'une morbidité non négligeable.

La recherche et l'identification du GS nécessite l'injection d'un marqueur, qu'il s'agisse d'un colorant et/ou d'un colloïde radioactif.

F. Les nerfs.

Le sein est innervé par trois groupes de nerfs qui convergent vers la plaque aréolo-mammelonnaire.

1. Le groupe antérieur.

Le groupe antérieur comprend les branches cutanées antérieures des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e nerfs intercostaux. Elles émergent 1 cm en-dehors du sternum avec les branches perforantes de l'artère thoracique interne. Elles se divisent en une grosse branche externe à destinée mammaire et une branche interne, petite pour la peau pré-sternale. Ces branches cheminent devant la glande.

2. Le groupe latéral.

Le groupe latéral provient des rameaux cutanés latéraux des 4^e et 5^e nerfs intercostaux. Les nerfs de ce groupe perforent l'espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne et se divisent en une branche antérieure à destinée mammaire et une branche postérieure à destinée thoracique. Ces branches cheminent entre le fascia superficialis et l'aponévrose du muscle grand pectoral et abordent la glande par sa face postérieure. Elles suivent les travées conjonctives interlobaires puis cheminent entre les galactophores. Ils donnent des collatérales glandulaires et des branches qui suivent les ligaments de Cooper et innervent la peau péri-aréolaire.

3. Le groupe supérieur.

Le groupe supérieur provient de la branche sus-claviculaire du plexus cervical superficiel.

La peau de la région mammaire correspond aux dermatomes T2, T3, T4 et T5, le mamelon et l'aréole correspondent à T4. [9]



IV. Matériel et méthodes.



A. Matériel.

Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique, portant sur 52 patientes, opérées consécutivement, ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice du cancer du sein, associant plusieurs techniques d'oncoplastie avec curage axillaire et/ou ganglion sentinelle en association avec des traitements adjuvants : radiothérapie chimiothérapie et hormonothérapie selon les cas.

Les patientes ont été opérées entre janvier 2007 et décembre 2010.

La médiane d'âge est de 46 ans (entre 26 à 75 ans).

1. Statut hormonal

Le statut hormonal des patientes était :

- 19 patientes ménopausées soit 36,5 % ;
- 33 patientes non ménopausées (y compris les pré-ménopausées) soit 63,5%.

2. Taille moyenne des tumeurs :

La taille moyenne des tumeurs évaluées cliniquement était de 2,8 cm (de 1 à 6 cm).

La patiente avec le seul cas de tumeur de 6cm a été mise sous chimiothérapie néo-adjuvante avant le geste opératoire.

3. Topographie et répartition des tumeurs traitées dans notre série dans les quadrants du sein :

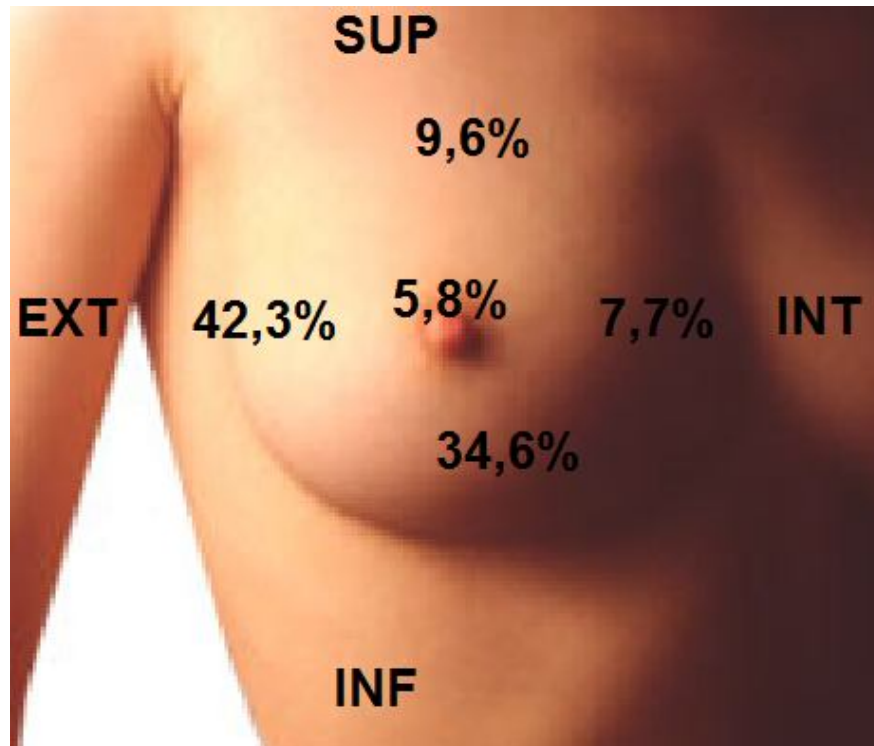


Figure 6 : Répartition des tumeurs dans les quadrants

Ext : externe, SUP : supérieur, INT : interne, INF : inférieur.

Les tumeurs étaient localisées dans 55,8 % des cas dans le sein droit, et 44,2 % cas dans le sein gauche.

La répartition des tumeurs par quadrants :

- Quadrant supéro-externe dans 42,3% des cas.
- Quadrant inférieur, et inféro-externe dans 34,6% des cas.
- Quadrant supérieur dans 9,6% des cas.

- Quadrant inféro-interne dans 7,7% des cas.
- Retro-aréolaires dans 5,8% des cas.

4. Examens para-cliniques :

Toutes les patientes ont bénéficié d'une mammographie complétée par une échographie mammaire, et une cytoponction ou microbiosie.

5. Histologie de la tumeur pré opératoire :

Elle était connue dans 100% des cas (52 patientes) :

- par microbiopsie chez 28 patientes, soit 53,8%.
- par examen extemporané chez 8 patientes, soit 15,4%.
- Par examen anatomo-pathologique d'une tumorectomie hors INO chez 16 patientes, soit 30,8%.

Le résultat anatomopathologique était :

- Dans 88,5 % des cas un carcinome canalaire infiltrant (CCI),
- Dans 11,5 % des cas, d'autres types histologiques.

6. Bilans d'extension :

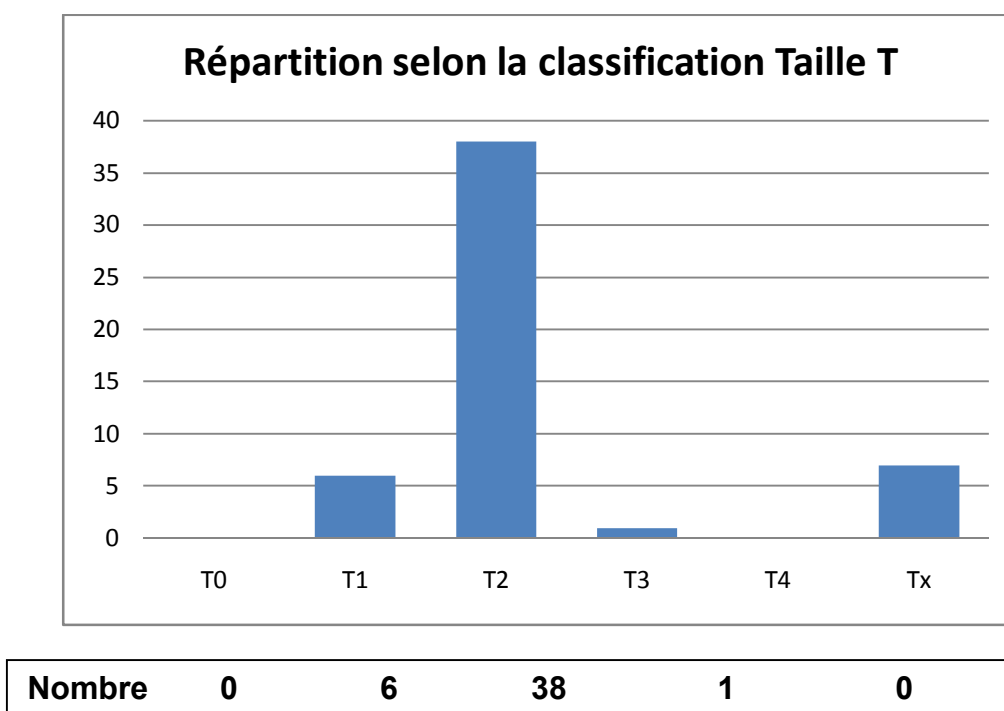
Un bilan d'extension est fait chez toutes les patientes :

- Clinique : examen clinique complet des patientes.
- Radiologique : radiographie thoracique, échographie abdominale
- Scintigraphie : si signes d'appels ou à la demande
- Biologique : Marqueurs tumoraux CA 15-3.

7. Répartition des tumeurs selon la classification Taille (T):

Dans notre série, la répartition des tumeurs montre une prédominance de tumeurs classées T2, c'est-à-dire évaluées entre 2 et 5 cm :

Figure 7 : Tableau de la répartition des tumeurs selon la classification Taille (T)

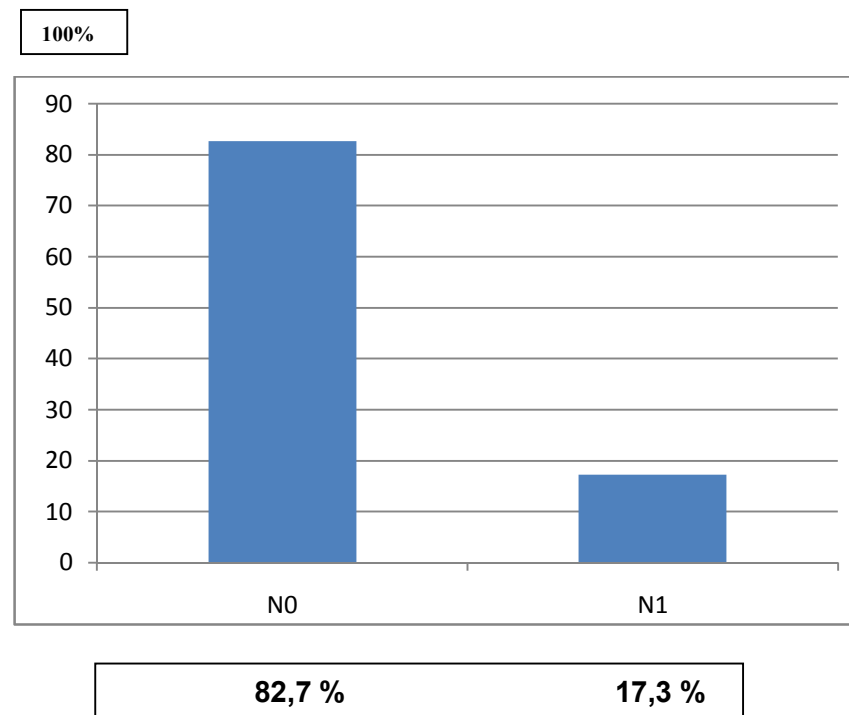


Notons que 7 patientes ont été classées Tx car elles ont bénéficié hors INO d'une biopsie excrèse de la tumeur.

8. Répartition selon la présence d'adénopathie à l'examen clinique (N):

La présence d'adénopathie à l'examen clinique est figurée dans le tableau suivant avec dans 82,7 % des cas une absence d'adénopathie axillaire palpée (N0).

Figure 8 : Tableau de la répartition des cas selon la présence d'adénopathie à l'examen clinique.



9. Stadification des patientes selon la classification TNM (7eme Edition) :

La classification TNM (Tumor Node Metastasis) est un système de classement reposant sur l'extension tumorale locale, régionale (ganglionnaire) et métastatique.

Tumeur	
TX	<i>Tumeur primitive ne peut être évaluée.</i>
T0	<i>Aucun signe de tumeur primitive</i>
Tis	<i>Carcinome in situ</i>
Tis (DCIS) Tis (LCIS)	<i>Carcinome canalaire in situ</i> <i>Carcinome lobulaire in situ</i>
Tis (Paget)	<i>La maladie de Paget du mamelon n'est pas associée à un carcinome invasif et / ou un carcinome in situ (CCIS et / ou CLIS) dans le parenchyme mammaire sous-jacent. Carcinomes dans le parenchyme du sein associé à la maladie de Paget sont classés en fonction de la taille et les caractéristiques de la maladie du parenchyme, bien que la présence de la maladie de Paget doive encore être notée.</i>
T1 :	<i>Tumeur ≤ 20 mm de plus grande dimension</i>
T1mi	<i>Tumeur ≤ 1 mm de plus grande dimension</i>
T1a	<i>Tumeur > 1 mm mais ≤ 5 mm de plus grande dimension</i>
T1b	<i>Tumeur > 5 mm mais ≤ 10 mm de plus grande dimension</i>
T1c	<i>Tumeur > 10 mm mais ≤ 20 mm de plus grande dimension</i>
T2	<i>Tumeur > 20 mm mais ≤ 50 mm de plus grande dimension</i>
T3	<i>Tumeur > 50 mm de plus grande dimension</i>
T4 :	<i>Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique et / ou à la peau (nodules d'ulcération ou de la peau) Note: Invasion du derme ne suffit pas à qualifier comme T4.</i>
T4a	<i>Extension à la paroi thoracique, et non pas seulement l'adhésion / invasion du muscle pectoral.</i>
T4b	<i>Ulcération et / ou des nodules satellites homolatéraux et / ou un œdème (incluant peau d'orange) de la peau, qui ne répondent pas aux critères de cancer inflammatoire.</i>
T4c	<i>Association de T4a et T4b</i>
T4d	<i>Carcinome inflammatoire</i>
N	Adénopathies régionales (N) (détectés à l'examen clinique ou radiologique)

NX	Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués (par exemple, préalablement enlevé)
N0	Pas de métastases ganglionnaires régionales
N1	Ganglions axillaires homolatéraux suspects mobiles
N2	Ganglions axillaires homolatéraux suspects fixés entre eux, ou à d'autres structures ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires
N2a	Ganglion axillaires homolatéraux fixés.
N2b	Ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement apparents sans adénopathies axillaires cliniques.
N3	Ganglions sous-claviculaires homolatéraux (niveaux III axillaire) ou mammaires internes avec présence d'adénopathies axillaires ou ganglions sus-claviculaires présents (avec ou sans la présence de ganglions axillaires ou mammaires internes).
N3a	Ganglions suspects sous-claviculaires et axillaires homolatéraux.
N3b	Ganglions mammaires internes et ganglions axillaires homolatéraux suspects.
N3c	Ganglions sus-claviculaires homolatéraux suspects.

La combinaison des différents éléments TNM définit des stades, de I à IV :

Figure 9 : *Tableau de la stadification des cancers du sein.*

ANATOMIC STAGE/PROGNOSTIC GROUPS			
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1*	N0	M0
Stage IB	T0	N1mi	M0
	T1*	N1mi	M0
Stage IIA	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

Dans notre population, le stade des cancers du sein des patientes opérées était :

Figure 10 : Tableau de la classification des patientes en stades.

0	I	IIA	IIB	IIIA/B	IV	Total
0	5	32	7	1	0	45

Pour les patientes en stade IIA, il s'agissait de patientes toutes T2N0 sauf 1 cas T1N1.

Pour les patientes IIB, il s'agissait uniquement de patientes T2N1.

Pour la patiente IIIA, il s'agissait d'une patiente T3N1.

Ainsi, les caractéristiques carcinologiques de la majorité des patientes traitées étaient des stades T2N0M0 avec un carcinome canalaire infiltrant.

B.Méthodes : les différentes techniques d'oncoplastie mammaire

Le type d'oncoplastie est adapté au volume mammaire et la localisation tumorale.

Il existe deux types :

- Oncoplastie « mineure » niveau 1 : exérèse <20% du volume mammaire
 - Recentrage de PAM (plaque aréolo-mammelonnaire).
 - Décollements glandulaires mineurs, « lambeaux locaux ».
- Oncoplastie « étendue » niveau 2 : 20% <Exérèse<50% + résection cutanée
 - Mammoplastie.
 - Lambeau musculo-cutanée de grand dorsal.

1) Tracé d'oncoplastie :

Le tracé se fait en position assise avant l'anesthésie en faisant une morphométrie.

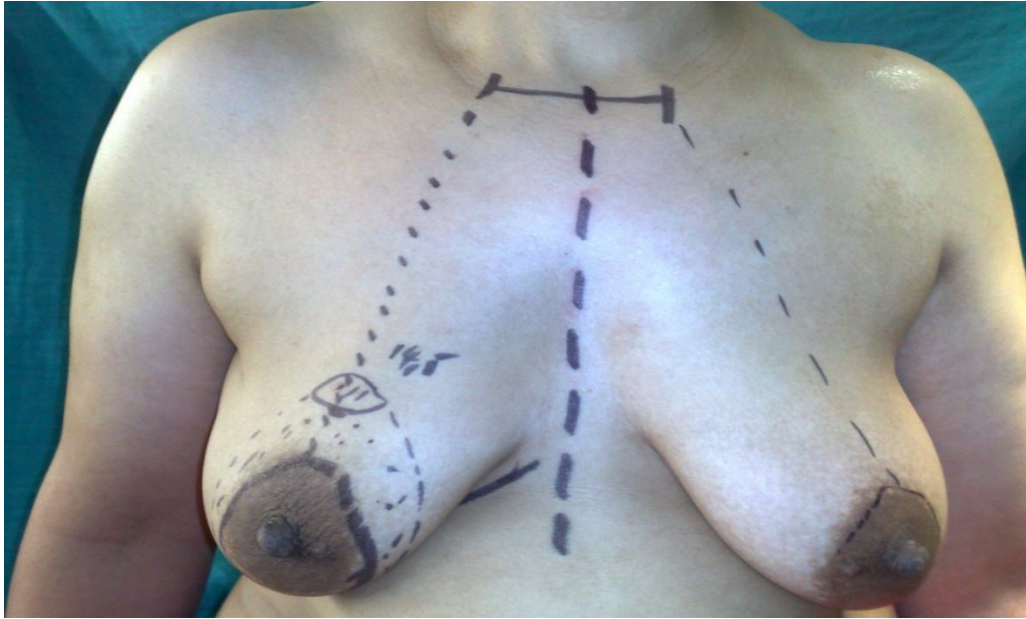


Figure 11 : image montrant un tracé d'oncoplastie avec morphométrie.

Les facteurs décisionnels influant sur le type d'incision sont :

- la proximité de la tumeur par rapport à la peau ;
- le volume du sein ;
- la possible conversion en mammectomie après résultat histologique définitif, avec possibilité de reconstruction immédiate, et ceci est bien souvent prévisible lors de la prise en charge initiale de la patiente ;
- le choix exprimé par la patiente ou la nécessité de réaliser dans le même temps opératoire une réduction mammaire.
- la localisation tumorale : quadrant supéro-externe, quadrant interne, sillon sous-mammaire, union des quadrants inférieurs, proximité de la plaque aréolo-mammelonnaire ;

Dans le choix de la technique, McCulley a proposé un algorithme selon la localisation tumorale : [11]

- une vaste zone centrale, soit rétro-aréolaire, c'est-à-dire située en arrière du mamelon et qui justifie son ablation (Zone C), soit supérieure située dans l'aire de déplacement du mamelon (futur emplacement) (zone centrale supérieure ou CS) ;
- des zones inférieures : médiane (zone I1), inféro-externe (I2) ou inféro-interne (I3) ;
- des zones supérieures : médiane haut située (S1), quadrant externe et supéro-externe (S2) et interne ou supéro-interne (S3).

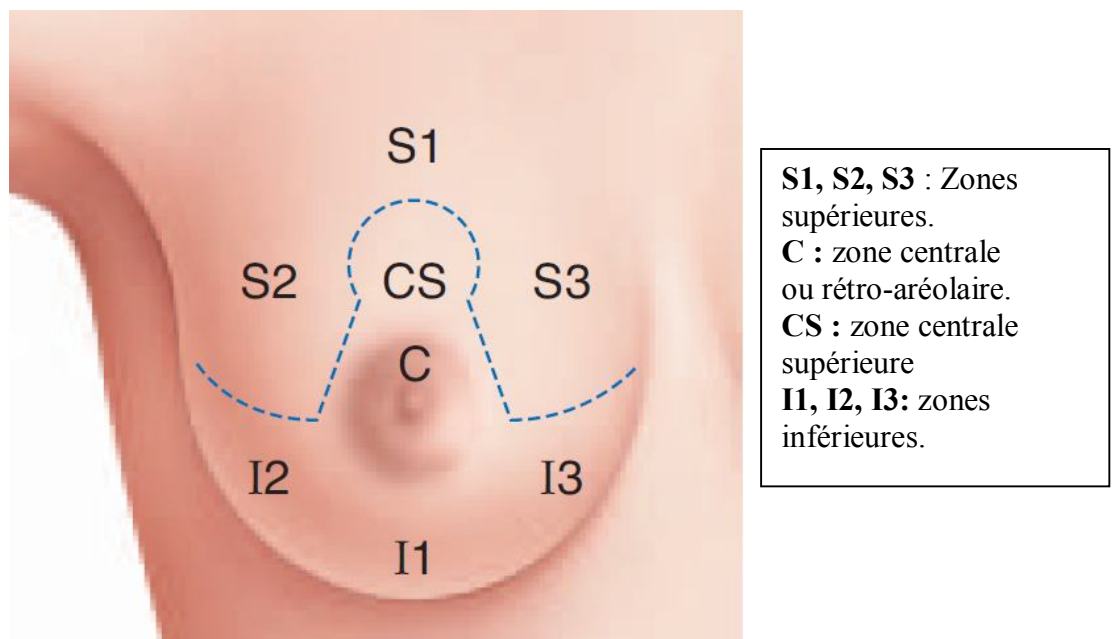


Figure 12: Illustration des différentes situations ou « scénaris » de Mc Culley.

Les techniques de plastie mammaire à pédicule inférieur, supérieur, les techniques en T inversé ou verticale pure, les techniques dites *round block* doivent être parfaitement maîtrisées.

De façon générale :

- éviter toute cicatrice dans le décolleté en l'absence de rétraction cutanée ;
- si la tumeur est proche de la peau ou s'il existe une rétraction cutanée, l'incision doit être directe enlevant la zone de rétraction. L'exérèse cutanée peut s'inscrire dans un tracé de plastie mammaire en cas de ptose ou d'hypertrophie ;
- si la tumeur est à distance de la peau, on privilégiera une voie péri-aréolaire sous-mammaire ou péri-mammaire externe.

2) Phase d'exérèse tumorale : [11]

Toute chirurgie d'exérèse doit être planifiée, réfléchie, car les facteurs présageant d'un mauvais résultat esthétique sont parfaitement connus et ne peuvent plus être ignorés. Un résultat parfait doit être obtenu lors du premier temps chirurgical.

Une tumérectomie parfaitement réalisée doit répondre à certains critères :

- choisir une incision cutanée adaptée à la localisation tumorale
- réaliser un décollement glandulaire du plan sous-cutané ;
- réaliser un décollement glandulaire du muscle pectoral ;
- effectuer une résection tumorale aux ciseaux froids sans effraction avec des marges de glande saine en périphérie de la tumeur de 1 centimètre pour certains ;

- orienter la pièce opératoire adressée en anatomopathologie;
- repérer le lit tumoral par des clips ;
- réaliser une mobilisation parfaite de lambeaux glandulaires de pleine épaisseur pour combler la perte de substance ;
- préférer des incisions séparées pour le traitement des aires ganglionnaires.

3) La reconstruction glandulaire [11]

Elle doit être réalisée dans tous les cas, par des lambeaux glandulaires qui vont permettre le comblement de la zone de quadrantectomie.

Les lambeaux glandulaires ont été parfaitement décrits. Ils réalisent une mobilisation de l'ensemble des berges de la tumorectomie allant du décollement sous-cutané à celui réalisé derrière la glande mammaire au contact du pectoral. Les lambeaux glandulaires minces, prélevés au hasard, sont à proscrire : sources de nécrose, infection, voire cytotéatonecrose à distance.

Un drainage par drain aspiratif peut alors être pratiqué sans provoquer de déformation.

Quelque soit la technique utilisée :

- L'exérèse tumorale va du plan cutané au plan du muscle grand pectoral avec une marge macroscopique supérieure ou égale à 1 cm ;
- La pièce opératoire est pesée et orientée, le lit tumoral est clippé, une radiographie de la pièce opératoire est faite en cas d'exérèse d'un foyer de microcalcifications ;
- Des agrafes cutanées provisoires sont utilisées pour bien repositionner l'aréole, celle-ci est laissée visible lors de la pose du pansement pour surveiller l'apparition d'une éventuelle nécrose postopératoire.

- Un drain de redon est mis en place dans la zone de décollement glandulaire et si nécessaire au niveau du creux axillaire ;
- La technique du ganglion sentinelle ou le curage axillaire sont effectués dans le même temps opératoire par la même incision ou par une contre-incision axillaire ;
- Un geste de symétrisation controlatéral peut être effectué de manière immédiate. Il est différé si le risque de multifocalité ou d'atteinte des berges est important comme dans les formes lobulaires par exemple.

A) Oncoplastie « mineure » ou niveau 1 :

Les gestes de la chirurgie oncoplastique ou niveau 1 sont : la résection cutanée, désépidermisation et recentrage de la plaque aréolo-mammelonnaire (PAM), et le remodelage glandulaire.

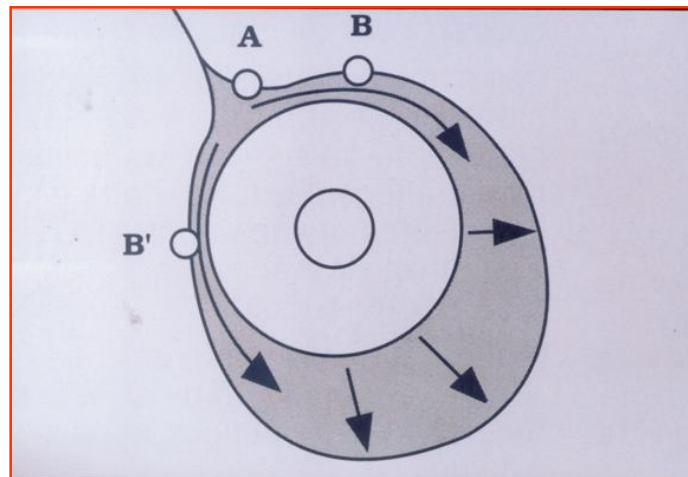


Figure 13 : RECENTRAGE DE LA PAM:

Dépidermisation (B- B') contro-laterale à la tumorectomie (A)



Figure 14 : La désépidermisation cutanée

B) Oncoplastie « étendue » ou niveau 2 :

1) Techniques oncoplastiques du Quadrant supérieur [12]

a) Plastie mammaire par technique externe

Cette technique est parfaitement adaptée aux tumeurs du QSE. Elle permet d'éviter l'attraction externe de la PAM.

Principe

- Résection glandulaire par incision radiaire externe
- Réaxation de l'aréole au milieu du cône mammaire par une désépidermisation péri aréolaire interne voire supéro-interne.

Description de la Technique

- Le dessin est fait en pré opératoire chez une patiente debout.
- Désépidermisation péri aréolaire surtout interne et supérieure sauf en regard de la tumeur. Le futur emplacement de la PAM est précisé sur le dessin pré opératoire.

- Quadrantectomie supéro-externe large emportant la peau en regard de la tumeur.
- Libération des piliers glandulaires supérieur et inférieur du plan postérieur.
- Comblement du défaut glandulaire par rapprochement et suture des lambeaux glandulaires.
- Rançon cicatricielle radiaire externe et péri aréolaire.

Indications

Tumeurs du Quadrant Supéro Externe : Zone S2 de Mc Culley.

Avantages

- Intervention simple et fiable
- Décollements cutanéoglandulaires minimes
- Exérèse large de la tumeur emportant la peau en regard
- Peu de complications graves.
- La symétrisation du sein controlatéral peut être faite par la même technique.

Inconvénients

- La rançon cicatricielle radiaire est parfois longue (tumeurs du prolongement axillaire) et empiète sur le résultat esthétique ; mais elle est améliorée par la radiothérapie.
- Il faut éviter les grandes incisions radiaires pour faire le curage axillaire. Il est préférable de le faire par voie distincte.

Application



Figure 15 : Dessin préopératoire et désépidermisation péri-aréolaire.



Figure 16 : Exérèse tumorale et décollement glandulaire du pectoral.



Figure 17 : Suture cutanée et cicatrice postopératoire.

***b) Plastie mammaire par technique péri aréolaire Round Block
(Donut mastopexy)***

Elle dérive de la technique du Dufourmental et celle de Benelli qui sont décrites dans le traitement des hypertrophies mammaires.

Principe

Réaliser l'exérèse d'une tumeur à distance de l'aréole et remodelage glandulaire avec rançon cicatricielle péri aréolaire.

Modalités Techniques

- Dessin des cercles délimitant la désépidermisation.
 - Le cercle interne reprend la limite externe de l'aréole et l'ajuste à sa dimension normale : 40 – 45 mm.
 - Le cercle externe est ovalaire, plus ou moins haut situé selon le degré de la ptose et de la nouvelle position de la PAM.
- La circonférence doit être au maximum le double de l'interne.

- Désépidermisation péri aréolaire entre les deux cercles sauf en regard de la tumeur. L'utilisation d'un mammostat permet de mettre en tension la glande et de faciliter la désépidermisation.

- Décollement cutané glandulaire des quadrants supérieurs à partir du cercle externe suivi d'un décollement rétro glandulaire (pré-pectoral), ce qui permet une tumérectomie large sur glande complètement libérée.

- Rotation et suture des piliers glandulaires internes et externes afin de combler le défaut glandulaire.

- Suture cutanée en « trichant » pour adapter les deux cercles.

Indications

Tumeurs proches de l'aréole essentiellement à l'union des QS : Zone centrale supérieure.

C'est une bonne indication pour les tumeurs du QSI non loin de l'aréole car elle évite l'incision au niveau du décolleté.

Avantages

- Rançon cicatricielle uniquement péri aréolaire.
- Technique simple avec peu de complications.
- Elle permet parallèlement de faire la cure de la ptose et une réduction mammaire. Le sein reconstruit est plus petit, à base plus étroite et souvent plus haut situé.
- Cette technique est intéressante dans la mesure où la dissymétrie mammaire reste le plus souvent modérée et quand un geste de symétrisation est indiqué, il est en général fait selon la même technique.
- Le Round Block peut être utilisé pour les autres localisations péri aréolaires.

Inconvénients

- La cicatrice péri aréolaire est souvent visible et élargie.
- Elargissement de la PAM.
- Aplatissement du sein.
- Nécessité d'avoir une ptose et une hypertrophie modérées.

Applications



Figure 18-19 : Dessin préopératoire à gauche et désépidermisation cutanée à droite



Figure 20 : Round Block pour une tumeur du quadrant supéro-interne.



Figures 21-22 : Rançons cicatricielles et aspect post opératoires

c) Plastie mammaire par technique en V ou en Omega

Encore appelée Batwing Mastopexy (ailes de mouette), il s'agit d'une résection cutanéoglandulaire emportant la tumeur selon un dessin en V ou en oméga.

Modalités Techniques

- Deux incisions hémicirculaires parallèles circonscrivent la tumeur. L'inférieure est périaréolaire supérieure et la supérieure circonscrit le pôle supérieur de la tumeur.
- Les extrémités des deux incisions sont rejointes par incision dites classiquement en « ailes d'oiseau ».
- Le dessin prend l'aspect d'un V, s'il est situé très au dessus de l'aréole et d'un oméga s'il s'en rapproche.
- La résection monobloc est cutanéoglandulaire et va jusqu'au plan du pectoral.
- Ascension et la suture des quadrants inférieurs et de la PAM à la partie supérieure de la tranche de section.

Indications

Elle est adaptée aux lésions supérieures paraaréolaires (ne justifiant pas de PAM-ectomies) et surtout aux lésions supérointernes sur des seins ptosés. Elle permet également de traiter des localisations difficiles, en particulier les tumeurs supérieures et très internes où la glande mammaire est déshabillée.

Avantages

- Technique simple.
- L'exérèse des tumeurs susaréolaires est large et emporte la peau en regard.

- Traitement des cas difficiles : QSI
- Préserve le décolleté.

Inconvénients

- Rançon cicatricielle importante mais améliorée par la radiothérapie.
- Nécessité d'avoir une ptose du sein, sinon l'ascension exagérée de la PAM risque d'être délétère pour le résultat esthétique.

Applications

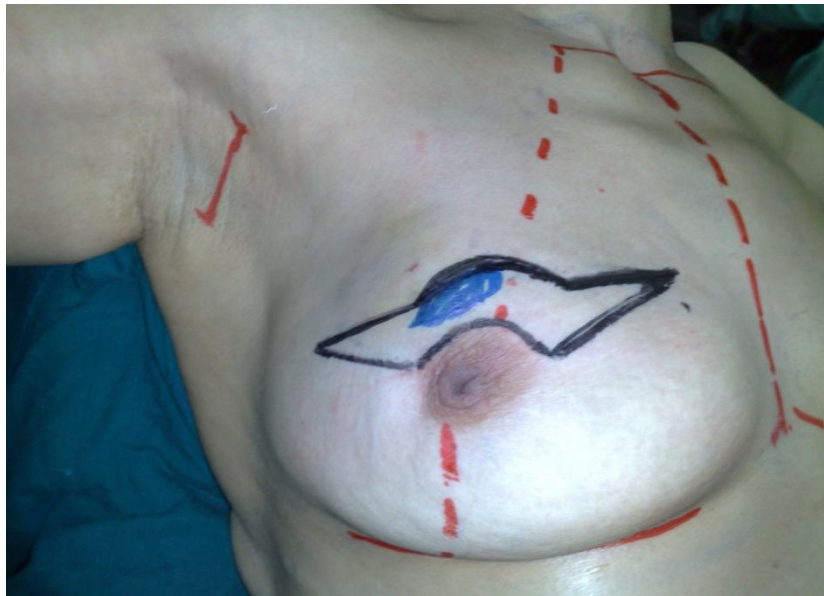


Figure 23 : Dessin préopératoire de la technique « oméga ».



Figure 24 : Suture cutanée et aspect post opératoire

d) Plastie mammaire en T « inversé » à pédicule inférieur.

Historique

La technique a été décrite par Mc Kisson en 1972, dans le traitement des hypertrophies et ptoses du sein. Elle repose sur :

- Une absence de clivage cutanéoglandulaire
- Une résection glandulaire interne, externe et supérieure en « fer à cheval » ménageant la zone centrale ;
- Un lambeau porte mamelon vertical bipédiculé.

Elle a été modifiée par Robbins en 1977, pour ne garder que le pédicule inférieur. C'est une technique qui est actuellement utilisée pour les hypertrophies importantes (Technique Mc Kisson).

Principe

- Quadrantectomie supérieure emportant la peau en regard de la tumeur.
- Comblement par lambeau porte mamelon dermo-glandulaire à pédicule inférieur.
- La zone de tumérectomie correspond à la zone d'implantation de la PAM.
- Cicatrice finale en T inversé.

Modalités Techniques

- Le dessin rejoint celui des techniques de réduction mammaire en T inversé à pédicule supérieur. Il est facilité par l'utilisation des anneaux du Dufourmental pour délimiter les deux cercles dont l'externe est positionné à la hauteur souhaitée de la PAM.
- Désépidermisation péri aréolaire et inférieure, sauf en regard de la tumeur.
- Quadrantectomie supérieure par incision arrondie emportant la peau et allant jusqu'au pectoral.
- Mobilisation et ascension du lambeau porte mamelon dont le pédicule est inférieur. Pour assurer la vascularisation de la PAM, la longueur du lambeau ne doit pas dépasser le double de sa largeur.
- Remodelage par rapprochement et suture des piliers glandulaires.
- Repositionnement de la Pam au niveau de la tumérectomie.

Indications

Tumeurs hautes à l'union des QS sur des seins ptosés.

Avantages

- Permet en même temps la cure de la ptose et de l'hypertrophie.
- Le sein reconstruit est plus petit, à base plus étroite. La PAM est plus haut située.
- L'exérèse est large et emporte la peau.
- Symétrisation du sein opposé par mammoplastie de réduction à pédicule supérieur qui donne la même cicatrice en T inversé.

Inconvénients

- Rançon cicatricielle péri aréolaire, verticale et horizontale ; cette dernière est longue.
- La tumérectomie pour un meilleur emplacement de la PAM doit se situer dans le dessin de réduction mammaire. Nécessité d'une ptose mammaire sinon l'emplacement de l'aréole sera haut situé.

Applications

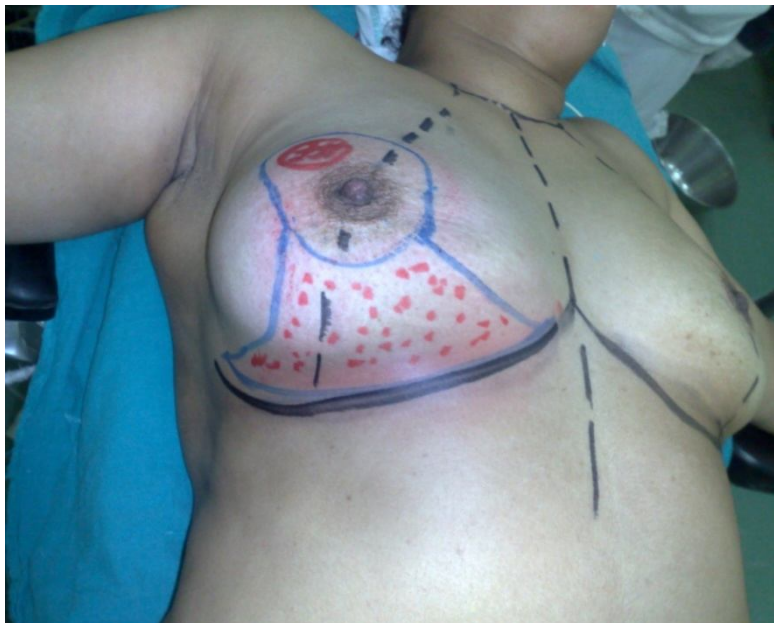


Figure 25 : Dessin préopératoire de la technique en « T inversé » à pédicule inférieur.



Figure 26 : Décollement cutanéoglandulaire vertical, horizontal et fermeture cutanée.



Figure 27 : L'aspect post opératoire de la technique en « T inversé » à pédicule inférieur.

2) Techniques oncoplastiques du Quadrant inférieur [13]

Il s'agit de techniques verticales à pédicule porte-mamelon supérieur qui sont utilisées pour les tumeurs à l'union des quadrants inférieurs, voire inféro-interne et inféro-externe, ou proche du sillon sous-mammaire.

a) Plasties mammaire en « T inversé » à pédicule supérieure

C'est la première technique utilisée en oncoplastie. Dérivée des techniques de chirurgie de réduction.

Description de la Technique

- Les dessins préopératoires sont effectués sur une patiente en position assise et en respectant les proportions anatomiques du sein. La PAM est déplacée vers le haut pour éviter son attraction vers le bas et la déformation du sein en « bec de perroquet ».

- Désépidermisation cutanée en « trou de serrure » à la lame froide. Le porte mamelon est supérieur. Les branches verticales de ce « trou de serrure » formeront le nouveau segment III (qui va du bord inférieur de la PAM au sillon sous-mammaire), qui doit être supérieur à 5 cm.

- Levée du pédicule porte-mamelon : effectuée au bistouri froid et passe en rétro-aréolaire permettant la transposition de l'aréole vers le haut.

- Décollement glandulaire de face et de profil et vascularisation : l'incision cutanée débute dans le sillon sous-mammaire et se prolonge vers le plan du pectoral permettant ainsi de décoller la glande mammaire en profondeur. Le sein reste fixé au thorax à sa partie supérieure, perfusé par les branches de l'artère mammaire interne et externe.

- Résection de la tumeur à l'union des quadrants inférieurs : en tenant entre les doigts la glande mammaire décollée, la résection glandulaire est effectuée permettant une large quadrantectomie inférieure emportant la tumeur et la peau en regard.

- Lambeau glandulaire de rotation : si la tumeur est interne ou externe, il peut être effectué. Dans ce cas une désépidermisation est faite en regard du lambeau de rotation et un décollement cutanéoglandulaire est fait en regard de la tumeur. Il ne sera mobilisé pour combler le défaut qu'après la résection tumorale et décollement du plan pectoral.

- Fermeture glandulaire et cutanée : les piliers latéraux sont rapprochés et suturés l'un à l'autre par des points simples de fil résorbable après mise en place d'un drain aspiratif de Redon dans la loge d'exérèse. Le nouveau segment III est formé et l'aréole est ascensionnée. Une vérification de la vitalité de la PAM est obligatoire, ainsi qu'affiner le pédicule porte -mamelon si une souffrance par compression apparaît. La patiente est assise pour procéder au remodelage et à la mise en place des agrafes cutanées provisoires.

- Fermeture cutanée et symétrisation controlatérale : la rançon cicatricielle est péri-aréolaire, verticale et dans le sillon sou-mammaire, en T inversé. Le sein reconstruit est plus petit et plus haut situé mais de forme harmonieuse. Dans le même temps opératoire, si possible la symétrisation controlatérale est effectuée par la même technique.

Indications

Elle était particulièrement bien adaptée pour les tumeurs à l'union des quadrants inférieurs.

Elle est adaptée aux seins de bon volume et ptosés.

Applications

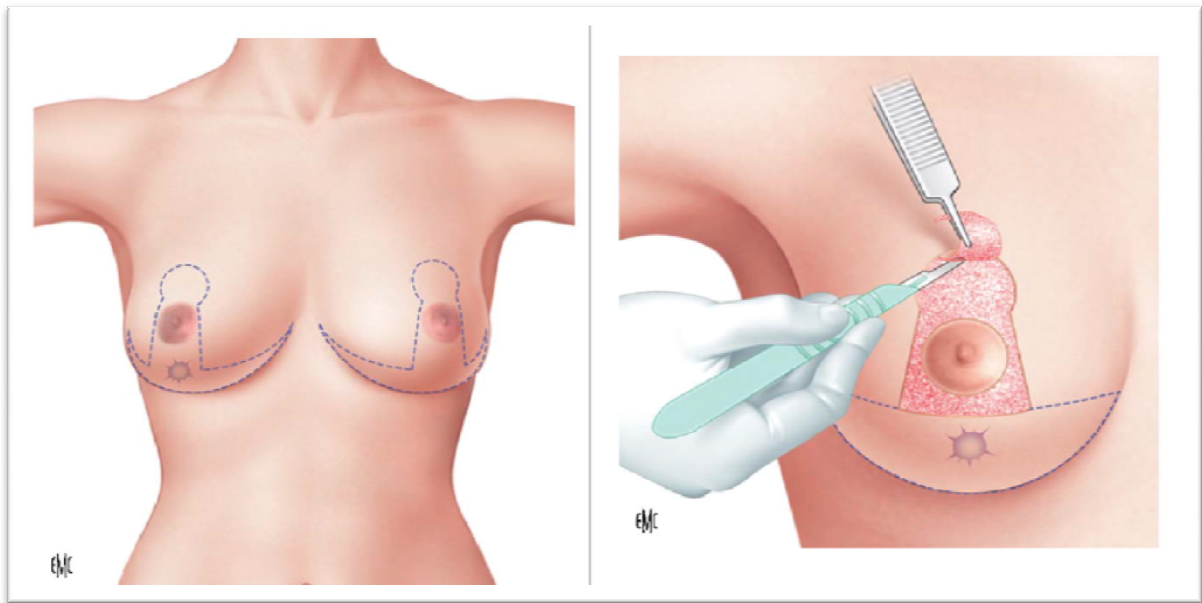


Figure 28 : Dessins Préopératoires **Figure 29 :** Désépidermisation cutanée en « trou de serrure ».

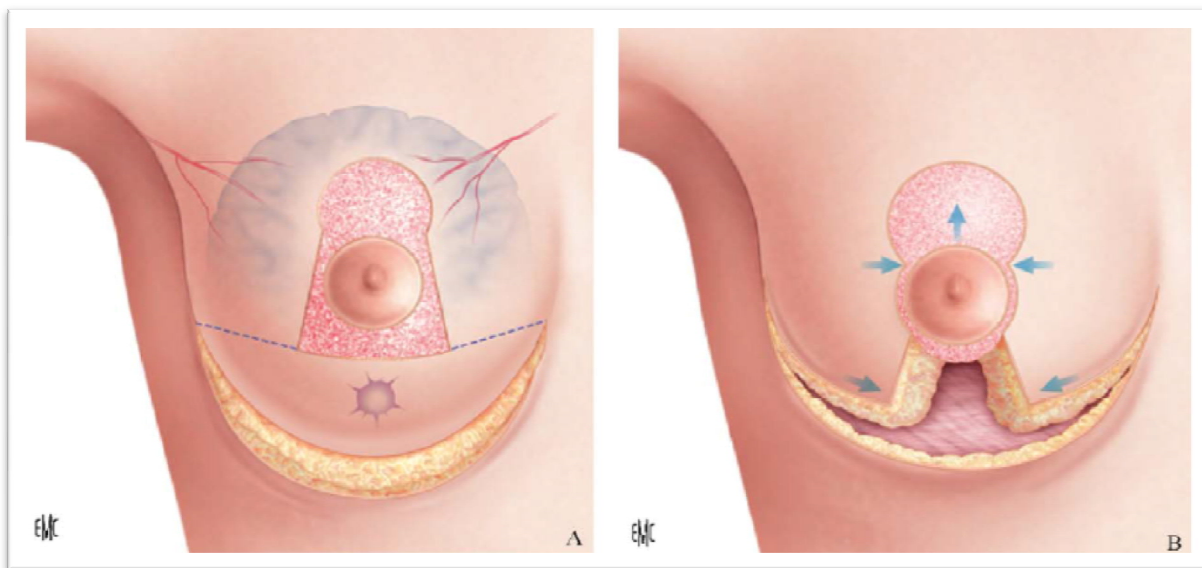


Figure 30 : Résection de la tumeur à l'union des quadrants inférieurs
Quadrantectomie inférieure emportant la tumeur (A) et la peau en regard (B)

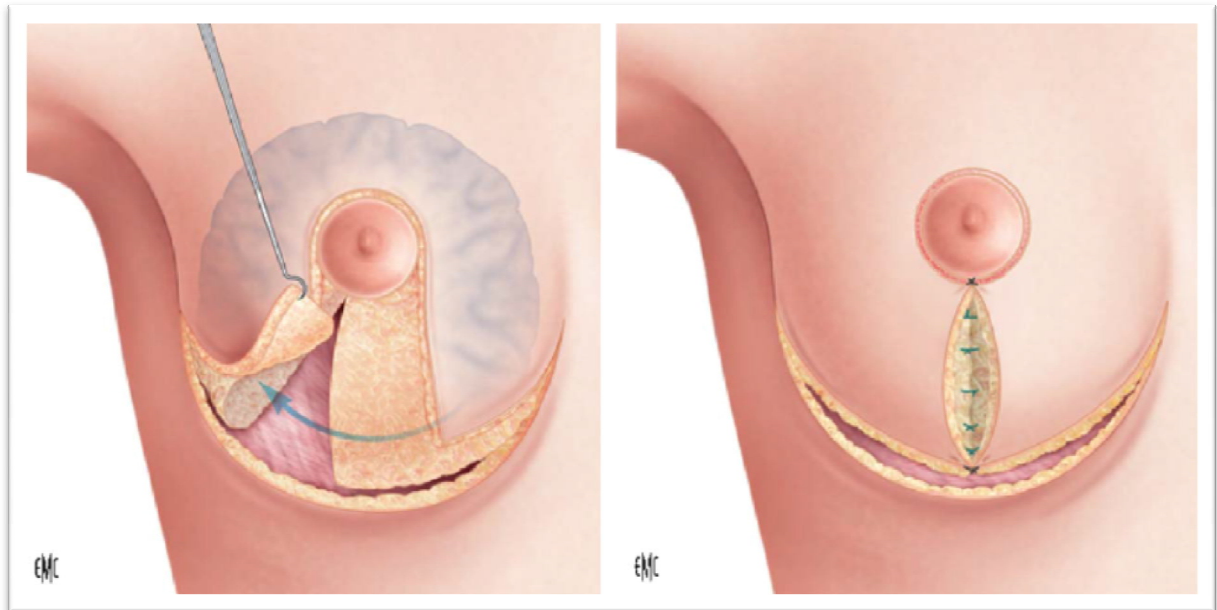


Figure 31 : Lambeau glandulaire Figure 32: Fermeture glandulaire et de rotation cutanée



Figure 33 : Aspect post opératoire de la technique en « T inversé » à pédicule supérieur

b) Plasties mammaires verticales pures

Egalement utilisées pour les tumeurs à l'union des quadrants inférieurs ou des quadrants inférieurs.

Principe

Elle repose sur la même base que le « T inversé », mais sans la cicatrice du sillon sous-mammaire.

Description de la Technique

- Dessin préopératoire et désépidermisation : le dessin est effectué sur une patiente assise, en respectant les mesures anatomiques du sein. Le pédicule porte-mamelon est supérieur. La désépidermisation est faite en « trou de serrure ».

- Résection glandulaire et décollement du plan pectoral : l'incision cutanée est verticale inférieure et prolongée au niveau glandulaire jusqu'au plan pectoral, de part et d'autre de la tumeur qui est réséquée au large entre les doigts. La glande est ensuite libérée du muscle pectoral pour faciliter sa mobilisation et un drain aspiratif de Redon est mis en place. La patiente est assise pour le remodelage et la mise en place d'agrafes cutanées provisoires.

- Lambeau glandulaire de rotation : si la tumeur est interne ou externe, un lambeau glandulaire de rotation peut être effectué.

Dans ce cas, une désépidermisation est faite en regard du lambeau de rotation et un décollement cutanéoglandulaire est fait en regard de la tumeur. Après la résection tumorale et le décollement du plan pectoral, le lambeau de rotation est mobilisé pour combler la zone déshabillée.

- Fermeture et symétrisation : les piliers glandulaires latéraux sont suturés l'un à l'autre par des points simples de fil résorbable. La fermeture cutanée se fait par un surjet intradermique. La cicatrice est péri-aréolaire et verticale sur le rayon de 6h. la PAM est transposée en haut et le nouveau segment III est supérieur à 5 cm. La symétrisation contralatérale est faite par la même technique.

Indications

Les tumeurs à l'union des quadrants inférieurs voire inféro-interne, ou inféro-externe.

Elles sont adaptées sur des seins plus petits ou moins ptosés que ceux de la technique du « T inversé » à pédicule supérieur.

Applications



Figure 34 : Dessin préopératoire et désépidermisation.



Figure 35 : Fermeture et suture **Figure 36 :** Aspect post opératoire

c) Plasties mammaires en « J » ou « L »

Les desseins préopératoires sont identiques à ceux des verticales pures avec un prolongement externe en virgule.

La verticale sous l'aréole est prolongée vers l'extérieur ; elle permet de limiter la cicatrice du sillon sous-mammaire pour des seins plus volumineux.

Ce sont des intermédiaires entre « T inversé » et verticale pure.

Description de la Technique

- Dessin préopératoire identique à la technique verticale pure avec un prolongement en « virgule » vers l'extérieur.

- Désépidermisation péri-aréolaire est effectuée à la lame froide et permet d'ascensionner la PAM.

- L'incision cutanée est réalisée et se prolonge au niveau glandulaire jusqu'au plan du pectoral permettant une large tumérectomie et un décollement glandulaire pour faciliter la mobilisation glandulaire.

- Lambeau glandulaire de rotation : même technique décrite précédemment, il permet toujours le comblement de la zone déshabillée.

- Suture et symétrisation : les piliers glandulaires latéraux sont suturés l'un à l'autre par des points simples de fil résorbable. La patiente est assise pour le remodelage et la mise en place des agrafes cutanées provisoires. La fermeture cutanée se fait par un surjet intradermique. La cicatrice est péri-aréolaire et en virgule vers l'extérieur. La PAM est transposée en haut. La symétrisation contralatérale est faite par les mêmes techniques.

Indications :

Elles ont les mêmes indications que les verticales pures. Elles sont adaptées aux tumeurs à l'union des quadrants inférieurs et surtout situées dans le quadrant inféro-externe ;

3) Techniques oncoplastiques pour les tumeurs centrales (Pamectomie) [14]

Plusieurs techniques sont utilisées, en fonction de la taille et de la forme du sein.

« Pamectomie » par technique péri-aréolaire

Cette technique est particulièrement adaptée pour les tumeurs centrales rétro-aréolaires sur des seins de volume petit ou moyen, dont les aréoles ne sont pas trop larges.

Le dessin préopératoire est péri-aréolaire ; après l'incision cutanée, la peau est décollée en périphérie ; la tumorectomie centrale monobloc emmenant la PAM va en profondeur jusqu'au plan pectoral. Ensuite la glande mammaire est décollée à sa face profonde et libérée du muscle pectoral.

La reconstruction du volume glandulaire est effectuée par adossement des piliers glandulaires afin de reconstituer le cône glandulaire. Le décollement est drainé.

La symétrisation peut être effectuée dans le même temps opératoire ou secondairement par technique de plastie mammaire péri-aréolaire.

« Pamectomie » par technique horizontale

Cette technique est tout un point similaire à la technique péri-aréolaire ; seule la cicatrice cutanée varie. Il s'agit dans ce cas d'une cicatrice horizontale courte biconcave en forme de « calisson d'Aix » qui emmène la PAM.

La tumorectomie va jusqu'au plan pectoral. Le remodelage glandulaire est identique de la profondeur vers la superficie. La fermeture cutanée est directe, la cicatrice horizontale et la symétrisation sont parfois pratiquées dans le même temps opératoire.

Le remodelage glandulaire après décollement pré-pectoral permet de reconstruire un cône glandulaire à base de moins large mais avec une bonne projection antéropostérieure.

« Pamectomie » associée à une plastie mammaire

Dans certains cas, quand la tumeur est plus grosse ou si elle déborde de la PAM et si le volume du sein le permet, une plastie de réduction peut être associée à la « pamectomie ». Le plus souvent verticale pure, ou en « T inversé », on peut aussi l'associer aux autres techniques de plasties en « J », ou « oméga » ou technique externe.

Applications

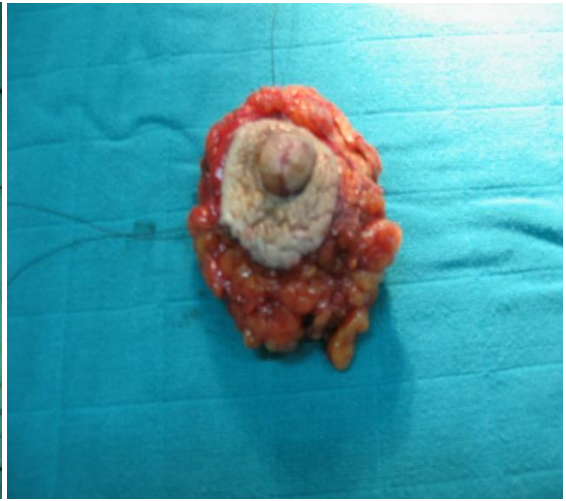


Figure 37 : Dessin préopératoire **Figure 38 : Piece de la « pammectomie »**

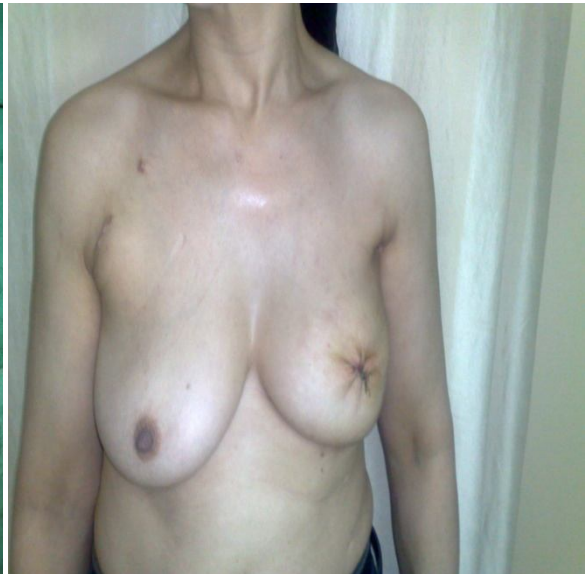


Figure 39 : Suture et aspect de la cicatrice **Figure 40 : Aspect post opératoire**

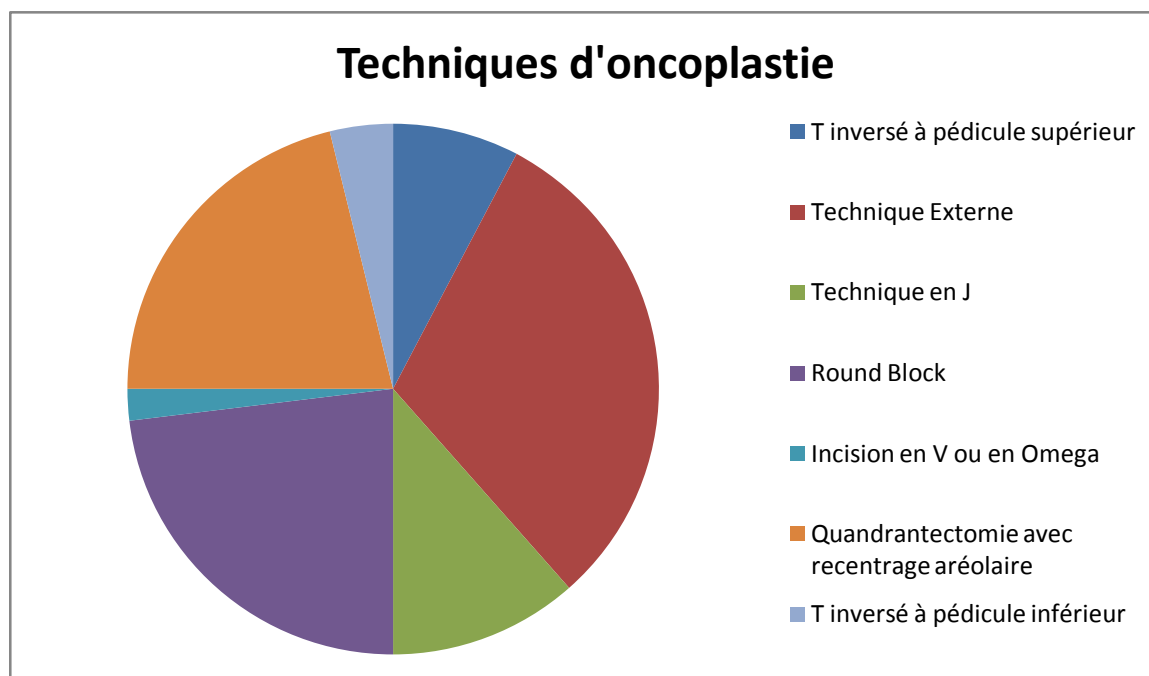


V. Résultats.



A. Techniques utilisées.

Figure 41 : Tableau montrant la répartition des patientes par technique chirurgicale oncoplastique.



Les techniques utilisées :

- une oncoplastie type I = quadrantectomie avec recentrage aréolaire dans 21,1% des cas,

- une oncoplastie type II = dans 88,9% des cas : par une technique externe dans 39% des cas ; par un round block dans 29,3% des cas ; par une technique en J dans 14,6% des cas ; technique en T inversée à pédicule supérieur dans 9,8% des cas, technique en T inversée à pédicule inférieur dans 4,9% des cas, par une technique en V ou en oméga dans 2,4% des cas.

B. Taille tumorale moyenne : pTm

La taille tumorale moyenne est de 34mm avec des extrêmes de 13 mm et 72mm.

C. Les volumes de résections

Les volumes de résections de la tumeur étaient de 130 grammes en moyenne avec des extrêmes de 40 grammes à 459 grammes.

D. Ganglion Sentinelle (GS)

La technique du ganglion sentinelle a été réalisé chez 21 patientes soit un pourcentage de 40,3 %.

Il était positif dans 10 cas, soit 47,6 % sur la totalité des ganglions sentinelles réalisés.

Les Ganglions non sentinelles ont été envahis dans 3 cas, soit 30% des ganglions sentinelles positifs.

E. Curage axillaire.

Un curage axillaire a été effectué dans 48 cas soit dans 92,3% des cas.

Il était positif dans 52% des cas.

F. Résultats Histologiques définitifs.

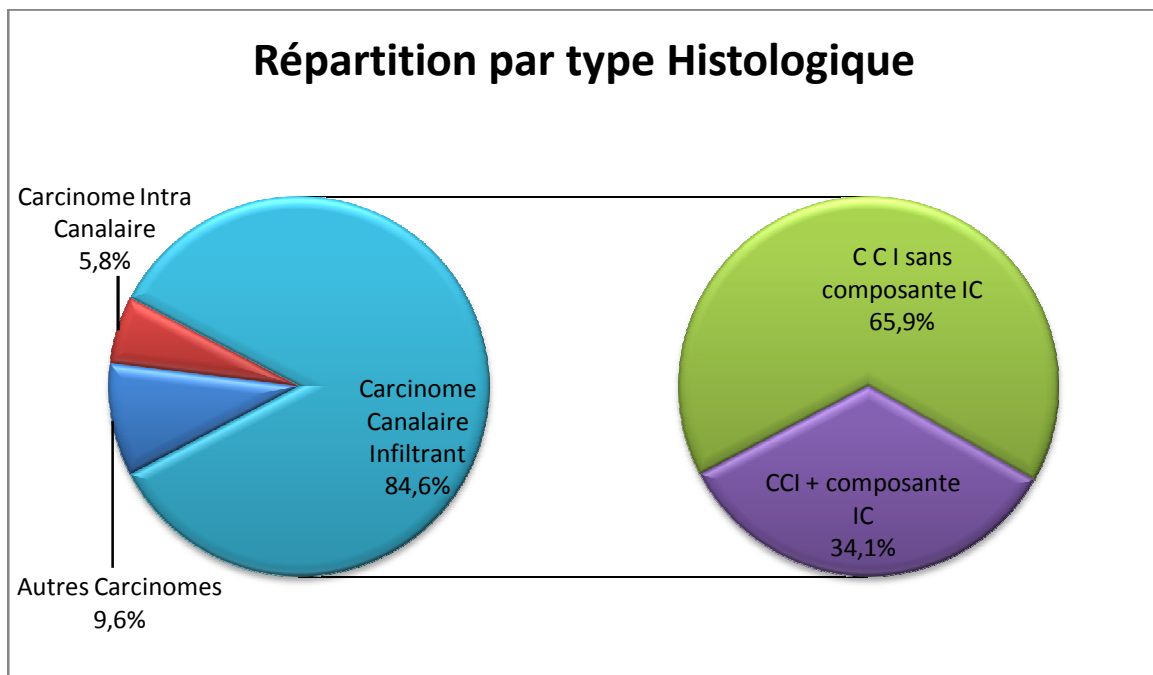


Figure 42 : Histologie après Plastie mammaire.

Les résultats ont trouvé : 44 carcinomes canaux infiltrants, 3 carcinomes intra-canaux, 2 carcinomes micro-papillaires, 1 carcinome lobulaire infiltrant, 1 carcinome colloïde muqueux, et 1 carcinome neuro-endocrine.

G. Marges de résection.

La marge de sécurité en moyenne était de 5,4 mm.

Les marges d'exérèses étaient supérieures à 3 mm chez 37 patientes, soit dans 71,1 % des cas.

Figure 43 : Tableau montrant la répartition des marges de résection selon la taille en millimètre (mm)

Taille	□3mm	1-3 mm	≤1 mm	Total
Nombre	37	9	6	52

L'indication à la reprise chirurgicale dans le service de chirurgie carcinologique I, se fait pour toutes les marges de résection ≤ 1 mm.

H. Traitement des patientes dont l'exérèse était limite ou incomplète.

a) Réexcision des berges

Patiente 1 :

Patiente de 42 ans, présentant un carcinome canalaire infiltrant (CCI) découvert à la biopsie.

Le résultat de la pièce opératoire a conclu à un carcinome canalaire infiltrant grade SBR III avec une composante intra-canalaire compact, cribiforme de haut grade nucléaire.

La limite la plus proche de la pièce de quadrantectomie était égale à 1 mm.

Aucun résidu tumoral n'a été découvert dans l'analyse de la reprise du lit tumoral.

Patiente 2:

Patiente de 41 ans, dont la biopsie avait découvert un carcinome canalaire infiltrant.

Une tumorectomie a été réalisée et avait trouvé un carcinome canalaire infiltrant situé à moins de 1 mm des limites inférieure et postérieure.

Les résultats anapathologiques de la pièce de reprise chirurgicale étaient négatifs, (pas de résidu tumoral et limites saines).

Patiente 3 :

Patiente âgée de 46 ans, dont la biopsie avait découvert un carcinome canalaire infiltrant de grade II de SBR.

L'examen anatomo-pathologique de la tumorectomie montre un carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III, avec la présence d'une importante composante intra-canalaire représentant (plus de 50% du volume tumoral) et arrivant focalement à la limite chirurgicale profonde.

Une reprise du plan profond musculaire était indiquée, et n'a pas retrouvé de lésion tumorale.

Patiente 4 :

Il s'agit d'une patiente de 48 ans, présentant un carcinome infiltrant cribriforme et comédomeux de grade intermédiaire.

La limite latérale de la résection est située à moins de 1mm.

La reprise chirurgicale n'a pas découvert de résidu tumoral.

b) Mastectomie

Patiente 5 :

Patiente âgée de 25 ans, dont la tumorectomie initiale avait découvert un carcinome intra canalaire de bas grade associé à deux foyers micro-invasifs (2mm et 5 mm) d'adénocarcinome canalaire infiltrant.

La patiente a eu une reprise du lit tumoral, dont le résultat anapathologique a trouvé un carcinome canalaire infiltrant de grade II de SBR avec composante intra-canalaire prédominante de type compact et cribiforme de grade nucléaire intermédiaire, avec une présence d'embols vasculaires.

La limite interne était tumorale, et les limites inférieure et profonde étaient situées à 1 mm de la tumeur.

La mastectomie a été indiquée du fait de l'âge de la patiente, de la multifocalité, et de la présence de la composante intra-canalaire, l'analyse histologique de cette dernière a découvert :

- Un microfoyer d'un carcinome canalaire infiltrant
- Des embols vasculaires.
- Les limites de résection étaient saines

Patient 6 :

Patiente âgée de 39 ans, dont la biopsie avait découvert un carcinome canalaire infiltrant stade III de SBR.

La patiente a bénéficié d'une tumorectomie, dont le résultat anapathologique a trouvé un foyer de 5,5 cm de grand axe d'un carcinome canalaire infiltrant de grade III de SBR sans composante intra-canalaire ni embols vasculaires péritumoraux

La limite la plus proche était la limite inférieure, à moins de 1 mm de la tumeur.

Une reprise de cette limite inférieure a été faite, et a découvert un résidu tumoral de 1 cm de grand axe d'un carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III associé à une composante intra-canalaire minime de type comédomeux, de haut grade nucléaire et à une lymphangite carcinomateuse.

Le plan d'exérèse latéral le plus proche était à moins de 1 mm d'où l'indication d'une mastectomie.

L'analyse de la pièce de mastectomie a montré :

- Un foyer de 2,5 cm d'un carcinome canalaire infiltrant grade SBR II avec une composante intra-canalaire extensive de grade nucléaire intermédiaire.
- La présence d'embols vasculaires péritumoraux.
- Plan profond passant à plus de 2 mm de la composante invasive et intra-canal-aire.
- Les autres limites étaient saines.

Figure 44 : Tableau des patientes qui ont été repris avec leurs données histologiques

	<i>Age</i>	<i>pTm (mm)</i>	<i>RH</i>	<i>Type Histologie</i>	<i>RLT</i>	<i>Atteinte GG</i>	<i>Suivi</i>
<i>Patiente 1</i>	42	20	Pos	CCI+CIC	Nég	Curage +	CMT
<i>Patiente 2</i>	41	18	-	CCI	Nég	GS +	
<i>Patiente 3</i>	50	24	Pos	CCI+CIC	Nég	GS +	CMT
<i>Patiente 4</i>	48	30	Pos	CIC	Nég	GS -	Radio
<i>Patiente 5</i>	27	x	Pos	CCI+CIN	Pos	-	Mastectomie Radio-CMT
<i>Patiente 6</i>	39	55	Pos	CC+CIC	Pos	Curage +	Mastectomie

I. Traitements Adjuvants

Tous les cas, sauf les carcinomes intra-canalaire, ont bénéficié d'une chimiothérapie suivi d'une radiothérapie avec boost sur le lit tumoral, et hormonothérapie quand les récepteurs hormonaux étaient positifs.

J. Suivi des patientes.

Avec un recul moyen est de 20 mois, nous avons enregistré dans le suivi des patientes un cas de récurrence axillaire, et 3 cas d'évolution métastatique.

La récurrence axillaire :

Patiente âgée de 55 ans, opérée pour un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche. Elle a bénéficié d'une tumorectomie et curage axillaire par technique de « Round Block ».

L'étude anatomopathologique avait trouvé :

- Carcinome canalaire infiltrant de 2, 5cm avec composante intra-canalaire, grade SBR III ;
- Sans embols vasculaires ;
- Avec limites d'exérèses saines ;
- Curage axillaire négatif (ganglions prélevés au nombre de 18).

La patiente a bénéficiée d'un traitement complémentaire de chimiothérapie adjuvante, des séances de radiothérapie et une hormonothérapie pendant deux ans.

Après un recul de 19 mois après le geste chirurgicale initial, une adénopathie au niveau axillaire à été observée dont l'exérèse avait conclu en une métastase ganglionnaire d'un carcinome canalaire infiltrant.

L'évolution métastatique

Trois patientes classées toutes initialement T2N0M0, ont eu une évolution métastatique après des métastases dans l'évolution de leur maladie.

- Patiente 1 : âgée de 35 ans, métastases osseuse et hépatique ;

- Patiente 2 : âgée de 38 ans, métastases pulmonaire et osseuse ;
- Patiente 3 : âgée de 37 ans, métastases pulmonaire et hépatique.

Figure 45 : Tableau du suivi des patientes selon le stade TNM

<i>Stade</i>	<i>Nombre</i>	<i>Mastectomie</i>	<i>Récidive</i>	<i>Métastases</i>
<i>T0</i>	<i>0</i>			
<i>T1</i>	<i>6</i>			
<i>T2</i>	<i>38</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>T3</i>	<i>1</i>			
<i>T4</i>	<i>0</i>			
<i>Tx</i>	<i>7</i>	<i>1</i>		<i>1</i>

Le taux de récurrence dans notre étude est de 2%.

Le taux de métastase est de 5,8%.

Le taux de mastectomie est de 3,8%.

K. Complications

Dans 10% des cas, des lymphocèles ont été décelées.

L. Résultats Esthétiques post opératoire.

Le résultat esthétique était

- Moyen chez deux patientes.
- Satisfaisant chez toutes les patientes évaluables.



VI. Discussion



Le cancer du sein est l'affection maligne la plus fréquente chez la femme avec plus d'un million de cas dans le monde chaque année.

Le cancer du sein est devenu le premier cancer de la femme marocaine depuis l'an 2000. [15]

En 2005, le RECRAAB a enregistré près de 80% des cas surviennent chez les femmes entre 35 et 64 ans. Les cas survenant chez les femmes jeunes de moins de 35 ans représentent 7% des cas. [16]

Près de la moitié des cas sont diagnostiqués aux stades I et II et moins de 15% sont diagnostiqués au stade de métastases viscérales. Plus de 80% des cancers du sein sont traités à visée curative.

L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge pour atteindre un maximum entre 55-64 ans (117 pour 100000) puis diminuer par la suite. Cette incidence reste relativement faible chez la femme jeune entre 25 à 34 ans (15 pour 100000).

Près de la moitié des cas sont diagnostiqués aux stades I et II et moins de 15% sont diagnostiqués au stade de métastases viscérales. Plus de 80% des cancers du sein sont traités à visée curative.

L'incidence du cancer du sein au Maroc est relativement plus élevée que dans les autres pays du Maghreb mais elle reste nettement inférieure aux incidences retrouvées dans les pays occidentaux où les taux d'incidence sont supérieurs à 80 pour 100000 personnes.

Les types histologiques sont en majorité des carcinomes canalaire (82%).

A) Traitement chirurgical du Cancer du Sein : Place du Traitement Conservateur Classique

La mastectomie a longtemps été le seul traitement du cancer du sein.

Le traitement conservateur du cancer du sein a été proposé initialement dans les années 1960-1970 en Europe. Il associe une exérèse de la tumeur, le traitement des adénopathies axillaires et une irradiation du sein conservé. Ce traitement conservateur est actuellement le traitement de référence des cancers du sein T1 et T2 de petite taille, non inflammatoire.

Ce traitement doit répondre à trois conditions :

- Une survie identique à celle obtenue par la mastectomie ;
- Un risque de récurrence locale faible ;
- Un résultat esthétique satisfaisant.

La mastectomie totale garde encore ses indications malgré le développement de la chirurgie conservatrice, pour les tumeurs de grande taille, multicentriques, sur petits seins ou pour récurrences homolatérales après traitement conservateur premier. Le recours à la mastectomie totale représente encore 25 à 30 % des cas. [17]

L'équivalence en termes de survie, entre le traitement conservateur et la mastectomie est formellement démontrée pour les tumeurs jusqu'à 4cm, et 5 cm : deux études randomisées avec 20 ans de recul l'ont récemment confirmé, NSABP, NCI et EORTC trial 10801. [1, 2, 3]

Les Contre-indications absolues:

- Mulicentricité
- Microcalcifications diffuses à localisations multiples (plusieurs quadrants).

Les contre-indications relatives :

- Cancer familial avec mutation génétique ;
- Rapport taille de la tumeur/taille sein élevé ;
- Taille du sein importante et irradiation difficile (ce problème est contourné lorsqu'une technique de plastie mammaire est réalisée par diminution du volume glandulaire) ;
- Tumeur en Pev ou T4 ;
- Croissance rapide de la tumeur ;
- Maladie de système (antécédents d'irradiation thérapeutique de la région du sein tumoral : irradiation pour un Hodgkin par exemple) ;
- Choix de la patiente.

Un traitement conservateur classique (Tumorectomie associée ou non à un geste oncoplastique) nécessite :

- Une exérèse large (>1 cm macroscopique) en cas de tumeur palpable allant de la sous-peau jusqu'au plan pectoral, et dans certains cas une exérèse cutanéoglandulaire monobloc jusqu'au plan pectoral ;
- Une exérèse histologique complète (pas de cellules tumorales au contact des berges, dans les limites de la localisation de la tumeur au sein de la glande) ;
- Une radiothérapie postopératoire ;

- Un résultat esthétique satisfaisant pour la patiente.

Actuellement le traitement conservateur est indiqué dans plus de 60% des cas, voire plus de trois quarts dans certaines institutions qui intègrent les techniques « oncoplastiques » dans leurs protocoles thérapeutiques.

Le nombre croissant des traitements conservateurs du cancer du sein ne fait qu'augmenter sans cesse les séquelles esthétiques de ce traitement, qui sont évaluées à plus de 15 à 30% selon les équipes. [18]

B) Place de la chirurgie oncoplastique dans le traitement conservateur

La chirurgie oncoplastique (OP) tient actuellement une place de premier ordre que ce soit lors de la réalisation d'un traitement conservateur de qualité, que lors d'une reconstruction mammaire avec symétrisation controlatérale ; mais aussi dans le traitement des séquelles d'une chirurgie conservatrice non planifiée.

L'objectif principal est de prévenir les déformations mammaires, mais tout en assurant avant tout les principes carcinologiques.

Les principes carcinologiques de l'OP est de réduire les mammectomies, et d'augmenter la taille des marges chirurgicales diminuant ainsi, aussi bien le taux de récurrence chirurgicale pour limites non in sano que le taux de récurrence local. [14]

Les indications des gestes d'oncoplastie sont réservées :

- aux tumeurs palpables et foyers de microcalcifications dont le rapport taille tumorale ou extension radiologique par rapport au volume ou à la

forme du sein laisse présager d'une séquelle esthétique de traitement conservateur (le volume réséqué est supérieur au $\frac{1}{4}$ du volume du sein) et ceci qu'elle qu'en soit la localisation.

- Dans les tumeurs à localisation centrale retro-aréolaires superficielles (lésions situées au moins de 2 cm de l'aréole).
- Certains cas de reprise chirurgicale pour exérèse histologique incomplète ou étroite (après un premier traitement conservateur et avant radiothérapie).

Le type histologique n'intervient pas dans les indications d'oncoplastie, mais dans les indications de symétrisation dans le même temps opératoire.

Contre-indications :

- Deux tumeurs localisées dans des quadrants séparés du sein.
- Microcalcifications occupant plus d'un quart du volume du sein
- Impossibilité de radiothérapie dans un délai de 2 mois : 1^{er} et 2^{er} trimestre de la grossesse, antécédent d'irradiation mammaire.
- Certaines contre-indications relatives : maladie de système (intolérance à la radiothérapie), choix de la patiente.

La chirurgie oncoplastique suit donc les mêmes principes carcinologique que le traitement conservateur tout en réduisant les séquelles esthétiques de ce dernier.

C) Intérêts de la Chirurgie Oncoplastique :

1) Intérêts Carcinologiques:

Volume d'exérèse

Lorsque le volume du sein le permet, les techniques oncoplastiques permettent de pratiquer l'exérèse de 100 à 800 grammes de la glande.

Le facteur limitant principal est le volume de glande restant après exérèse tumorale il doit être suffisant pour reconstruire un sein.

Dans notre étude, le volume moyen de résection était de 134 grammes (40 – 459 g).

L'exérèse glandulaire est importante en chirurgie oncoplastique et varie beaucoup dans la littérature.

Figure 46 : Tableau montrant le volume de résection moyen selon les séries

Références	Les études	Volume de résection Moyen (grammes)
[19]	Giacalone	198
[20]	Fitoussi	200
[21]	Archard	220
[23]	McCulley	269
[24]	K. Clough	270
[25]	Cothier-Savey	350
	Notre étude	134

Marges d'exérèse

Il n'existe à ce jour aucun consensus pour définir après chirurgie conservatrice la distance en millimètres, ou marge, optimale entre berges de résection chirurgicale et limites de la tumeur.

L'indication d'une éventuelle réexcision devra être envisagée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque de récurrence locale dont la distance en millimètre de la marge n'est qu'un des éléments.

Quoiqu'on sait aujourd'hui que le type d'atteinte, focale ou diffuse, a un impact important sur le taux de RLH ; ainsi que le nombre de marges atteintes. [26, 27]

L'European Society of Medical Oncology en 2009 précise qu'en cas de carcinome in situ, une marge inférieure à 1 mm n'est pas adéquate et, qu'en cas de carcinome infiltrant, la recommandation est d'obtenir des berges d'exérèse non atteintes. [28]

Dans notre étude, la distance moyenne tumeur-plan d'exérèse est de 5,4mm adaptée au SOR 2001 qui préconise 3mm de marges saines.

Les berges étaient inférieures à 3 mm chez 15 patientes mais une reprise n'a été indiquée que chez 6 patientes (≤ 1 mm) :

- La reprise n'a pas retrouvé de résidu tumoral chez 4 de ces patientes.
- Une mastectomie a été réalisée chez les 2 autres patientes.

A noter qu'une composante intra-canaulaire était présente chez cinq patientes des six reprises. Cette composante intra-canaulaire est un des critères pour l'indication de la reprise.

Deux patientes ont bénéficié d'une mastectomie car elles présentent plusieurs facteurs de récidence :

- Berges positives après reprise du lit tumoral ;
- L'âge jeune de la patiente ;
- La multifocalité ;
- La présence d'une composante intra-canalalaire.

Le taux de mastectomie pour berges envahies dans notre étude est de 4%.

Il varie dans les séries OP entre 1 et 10 %. [29]

Figure 47 : Tableau comparatif des résultats des séries d'oncoplastie

Références	Nom	Année	Nombre	Distance Moy Tum- Plan	pT moy (extrêmes)	Taux de métastases	Taux de Réexision
[25]	Cothier-Savey	1996	70		15 mm		
[22]	Clough	2003	101		32 mm		
[19]	Giacalone	2006	42		15 mm (1,8-60 mm)		
[30]	Rietjens	2007	148		(1- 30mm)	13%	
[21]	Archard	2007	60		17,5mm (8-32 mm)	10%	
[20]	Fitoussi	2008	298	7,13 mm			
[29]	Fitoussi	2010	540		29,1 mm (4-100)	9,4%	18,9%
	Notre Etude	2011	52	5,4 mm	34 mm	5,8%	11,3%

Récidive Locale

Le risque de récurrence locale existe après traitement conservateur, il constitue un échec de traitement.

La résection chirurgicale avec berge d'exérèse atteinte est le principal facteur indépendant de risque de récurrence locale homolatérale (RLH).

D'autres facteurs ont été répertoriés :

- L'âge jeune : plus la patiente est jeune, plus le risque de récurrence locale apparaît élevé ;
- La taille tumorale (discutée) ;
- Le statut ganglionnaire n'influence pas le contrôle local, sauf pour la survenue de récurrences précoces ;
- Des marges faibles de résection ;
- Une composante intra-canaulaire extensive est régulièrement liée à la récurrence locale ;
- La multifocalité a été incriminée comme facteur de rechute locale ;
- La multicentricité ;
- Le grade histologique ;
- La présence d'embols vasculaires ou endolymphatiques.

Figure 48 : Tableau montrant le taux de récurrence locale selon les séries

Taux de récurrence locale	8,5% (5ans)	9,4% (5ans)	8%	1,6%	6,53% (5ans)	6,8%	2% (2ans)
Références	[25]	[22]	[30]	[21]	[20]	[29]	Notre étude

Dans la série de Rietjens, avec un recul de 74 mois, cinq patientes sur les 142 suivies (3,5%) ont présenté une récurrence locale en moyenne de 23 mois après la chirurgie. [30]

Dans la série de Clough : [22]

- En 1999 : deux récurrences locales sur 50, à 4 et 8 ans avec un taux à 5 ans de 6% ;
- En 2003, à 46 mois de suivi, sept récurrences locales dont 3 dans la zone de tumorectomie, ce qui donne un taux à 5ans de 9,4% (et une survie globale à 5 ans de 95,7%).

Dans la série de Cothier-Savey en 1996, cinq récurrences locales sur 70 avec un taux calculé à 5ans de 8,5%, avec une survie globale à 86% à 5ans. [25]

Le taux de récurrence dans notre étude est de 2%.

Dans la série d'Achard en 2006, une récurrence locale sur 60 patientes (1,7%), avec un suivi moyen de 6ans. [21]

Dans les trois séries de Clough [22], Fitoussi [18] et Rietjens [30] avec un recul de cinq ans les taux de récurrence locale et de survie sont comparables à ceux obtenus par la chirurgie conservatrice traditionnelle.

En cas de récurrence homolatérale après traitement conservateur, le traitement local standard est une mastectomie, néanmoins selon les équipes la récurrence a été traitée soit par tumorectomie, associée ou non à une irradiation partielle du lit tumoral, par curiethérapie ou irradiation externe. [31]

Les données de la littérature sur le traitement de la récurrence locale après traitement conservateur sont très limitées il n'existe que quelques séries de dizaines de patientes.

Les recommandations de l'ESMO 2008 stipulent qu'une récurrence locale isolée doit être traitée comme une nouvelle tumeur primitive, dans une intention curative avec les traitements adjuvants appropriés éventuels; il convient d'envisager un traitement systémique si:

- la maladie initiale était N+ ;
- la récurrence présente des embolies ;
- la récurrence est de grade élevé ;
- l'intervalle libre est court.

Cependant, la littérature quant au traitement systémique des récurrences locales après traitement conservateur est à l'heure actuelle totalement indigente : aucune étude randomisée sur ce sujet n'a été publiée.

2) Elargissement des indications du traitement conservateur

Le grand intérêt de la chirurgie oncoplastique est d'étendre les indications du traitement conservateur à des lésions jusqu'alors traitées par mastectomie :

- les cancers de plus de 3 cm ;
- les tumeurs centrales superficielles ;
- les lésions siégeant dans les quadrants inférieurs du sein.

a) Tumeurs de 3-5cm

Classiquement, un traitement conservateur est proposé pour des tumeurs dont le diamètre est inférieur à 3 cm, mais deux études randomisées portant sur des lésions allant jusqu'à 5 cm ont montré que les taux de survie étaient identiques après traitement conservateur et mastectomie. [4]

Un problème technique qui se pose, le résultat esthétique satisfaisant est souvent impossible pour des tumeurs de cette taille sauf dans les cas de seins très volumineux. Les tumorectomies souvent très larges dans ces tumeurs donnent des déformations mammaires.

Afin de réduire ces volumes et selon le protocole des différentes équipes, la chimiothérapie néo-adjuvante peut être envisagée si le rapport volume tumorale/ volume du sein laisse présager un mauvais résultat esthétique.

Les tumeurs de 3-5 cm traitées dans notre série sont au nombre de 26 cas soit 50% des patientes de notre série.

b) Tumeurs Centrales superficielles

Les tumeurs du sein à localisation centrale constituaient classiquement une contre-indication au traitement conservateur. Il est actuellement démontré que la conservation du sein pour une tumeur centrale est parfaitement justifiée dès lors que la tumorectomie passe en zone saine. [32]

Par ailleurs l'indication de l'exérèse de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) est pour les tumeurs à moins de 2cm de celle-ci car le risque d'envahissement de la PAM dans ces cas varie entre 50 et 75 dans la littérature.

La PAMectomie (ablation de la PAM), le défaut laissé par la tumorectomie et l'asymétrie qui peut résulter de la perte de volume sont les trois problèmes majeurs de la localisation centrale. [4]

Actuellement la chirurgie oncoplastique propose :

- un remodelage glandulaire réalisé au même temps opératoire que la PAMectomie pour le défaut secondaire à la tumorectomie.
- plastie mammaire controlatérale pour l'asymétrie,

- une reconstruction secondaire de la PAM à l'issue de la radiothérapie.

Les techniques de PAMectomie et comblement du défaut central les plus utilisées sont :

- Le Round Block (Figure 49)
- La technique en ellipse avec fermeture après remodelage glandulaire (Figure 50) ;
- La plastie mammaire de remodelage avec cicatrice en T inversé (Figure 51).

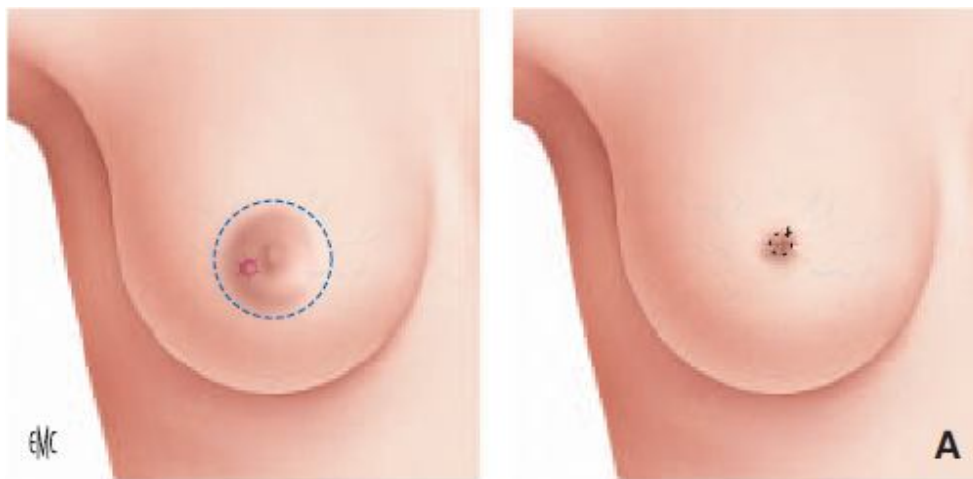


Figure 49 : Fermeture en Round Block

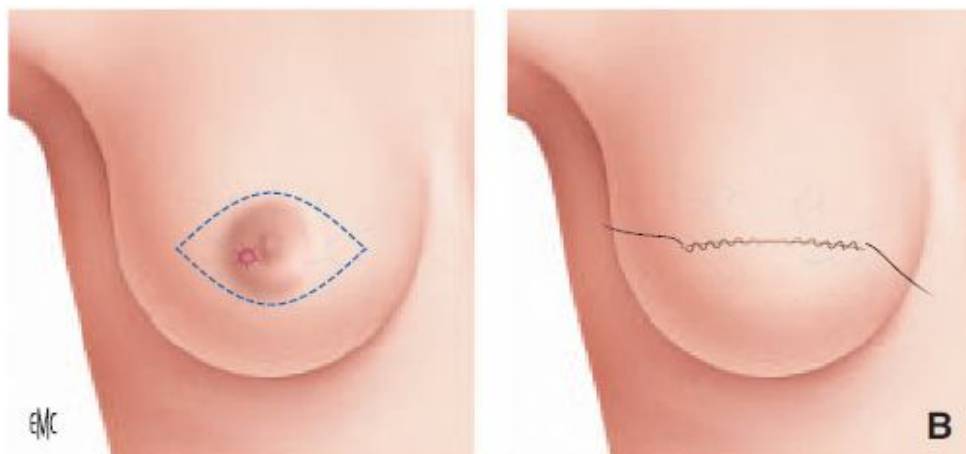


Figure 50 : Fermeture par technique horizontale



Figure 51 : Fermeture par technique en « T inversé »

La conservation du sein dans les tumeurs rétro-aréolaires est donc possible sans risque d'augmenter le pourcentage de récurrence locale et avec des résultats esthétiques satisfaisants grâce aux techniques dérivées de la chirurgie plastique. [33]

c) Tumeurs des Quadrants inférieurs

Les tumorectomies des quadrants inférieurs exposent à une déformation résiduelle importante, liée à un aspect déshabité de la région sous-aréolaire, le sein capotant au dessus des quadrants inférieurs vidés. La radiothérapie induit une aggravation de cet aspect.

Ces tumorectomies des quadrants inférieurs sont sources de mauvais résultats esthétiques plus que celles des quadrants supérieurs.

La plastie mammaire représente une indication idéale de chirurgie oncoplastique dans les cancers des quadrants inférieurs. Elle donne une proportion importante de bons résultats esthétiques et en raison de la taille de la tumorectomie qu'elle impose permet un contrôle local de bonne qualité. [21]

3) Amélioration des résultats esthétiques:

Après traitement conservateur initiale, 15 à 20% des patientes présentent des séquelles esthétiques du traitement conservateur (SETC) avec 5 à 10% de séquelles graves.

Cette prise en charge thérapeutique de ces SETC devient une partie intégrante de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein.

La chirurgie oncoplastique traite celles-ci quand elles sont installées, mais surtout elle est proposée dans la phase initiale pour les réduire.

Certains facteurs de mauvais pronostic esthétique sont à considérer : [34]

- Facteurs liés à la patiente :
 - ❖ Poids :
 - La surcharge pondérale,
 - Un volume mammaire très important
 - Des seins de petite taille
 - ❖ Volume et forme des seins :
 - Les petits seins sont de plus bon résultats esthétiques que les seins volumineux ; mais les très petits seins, sont en revanche pourvoyeurs de mauvais résultats esthétiques.
 - Hypertrophie mammaire
 - ❖ Troubles de la microcirculation :
 - Troubles vasculaires secondaires : Tabac, Diabète ...
- Facteurs liés à la Tumeur :
 - ❖ Volume de la tumeur :
 - Plus la tumeur est volumineuse plus la perte de substance induite par son ablation est importante.
 - ❖ Localisation de la tumeur :
 - Quadrants inférieurs par rapport aux quadrants supérieurs.

- Quadrants supéro-interne du fait de la pauvreté du tissu mammaire à ce niveau et la majoration des distorsions du galbe du sein.
- Facteurs liés aux traitements
 - ❖ Chirurgie :
 - Volume de l'excision et rapport volume excisé/volume du sein
 - Technique de comblement glandulaire : l'absence de telle technique va faire apparaître des déformations glandulaires inesthétique.
 - ❖ Radiothérapie :
 - Dose totale supérieure à 50 Gy ;
 - Un étalement supérieur à cinq semaines.
 - Plus la dose quotidienne délivrée sur le sein est importante, plus il y'a la formation de fibrose et de télangiectasies. Elle majore l'asymétrie mammaire ;
 - La supplémentation du lit tumoral a un effet délétère sur le résultat esthétique.
 - ❖ Chimiothérapie
 - La chimiothérapie semble modifier la réponse du sein à la radiothérapie, notamment en augmentant le développement de la rétraction postopératoire du sein.

Pour une standardisation de l'évaluation des résultats esthétiques, deux classifications sont utilisées pour comparer les résultats esthétiques :

✚ l'échelle de Harris, définit comme suit : [35]

- Résultat excellent : aucune différence avec le sein controlatéral.
- Résultat satisfaisant : légères différences.
- Résultat médiocre : différences marquées.
- Résultat mauvais : déformation importante du sein traité.

✚ Clough et son équipe ont proposé la classification suivante pour les SETC: [36]

- Type I : le sein traité a une apparence normale sans déformation, mais

il y a une asymétrie dans le volume ou la forme entre les deux seins, le sein non opéré est plus large et plus ptosé.

- Type II : Le sein traité est déformé. Cette déformation peut être traitée par reconstruction partielle du sein et traitement conservateur en utilisant le tissu irradié pour la reconstruction.
- Type III : le sein traité présente une déformation majeure avec une fibrose diffuse. Les séquelles sont tellement sévères que seule une mastectomie (avec reconstruction mammaire immédiate) est envisageable.

L'équipe d'Henri-Mondor a publié ses résultats en 1996 ; ceux-ci ont été jugés : [25]

- Très Bons dans 39% des cas ;
- Bons dans 36% ;
- Moyens dans 24% ;
- Mauvais dans 1%.

L'institut de Milan a évalué ses résultats : [19]

- Bon dans (71%) : s'il existe une bonne symétrie de volume avec position correcte de l'aréole, sans besoin de correction chirurgicale.
- Moyens (24%) : en cas de légère différence de symétrie et de volume sans besoin de retouche chirurgicale ;
- Mauvais (1%) : s'il existe une grande différence de symétrie et de volume nécessitant une reprise chirurgicale.

Dans la dernière série de l'Institut Curie [29], de 540 patientes traitées par chirurgie oncoplastique, les résultats esthétiques étaient évalués sur 5 ans, et étaient « Bon » dans à 90,3%.

L'évaluation des résultats esthétiques a besoin d'un recul pour les juger définitifs et stables.

Les résultats esthétiques dans notre série, avec un recul de 2 ans, sont satisfaisants en général, sauf dans deux cas où le résultat est moyen.



VII. Conclusion



La chirurgie oncoplastique est une nouvelle approche chirurgicale du traitement conservateur des cancers du sein.

Elle constitue actuellement une partie intégrante de la prise en charge multidisciplinaire du cancer du sein.

Elle a fait preuve par les différentes séries d'études de son apport dans l'amélioration des résultats carcinologiques, et esthétiques ; mais aussi dans l'élargissement des indications du traitement conservateur.

Aujourd'hui, les principes et limites de la chirurgie oncoplastique sont bien codifiés. Les modalités techniques dépendent de la localisation tumorale, et du rapport volume tumoral/volume du sein.

Plusieurs techniques inspirées de la chirurgie plastique sont utilisées et nécessitent une formation chirurgicale spécifique.



Résumé



RESUMES

Titre : Chirurgie oncoplastique et conservation mammaire dans le cancer du sein : A propos de 52 cas.

Auteur : Mint Cheikh Mohamed Salem, Jemila.

Mots clés : Cancer ; sein ; oncoplastie ; conservation ; esthétique ; résultats.

La chirurgie oncoplastique est une chirurgie récente qui associe un geste d'exérèse tumorale et glandulaire à des techniques de chirurgie plastique. Le but de notre étude, est une analyse rétrospective de 52 cas traités dans le service de chirurgie carcinologique I, et leur comparaison avec les résultats de la littérature.

52 atteintes d'un cancer du sein ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice avec oncoplastie dans le service de chirurgie carcinologique I de l'Institut National d'Oncologie. Les patientes ont été opérées entre janvier 2007 et décembre 2010. La médiane d'âge est de 46 ans. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome canalaire infiltrant. La taille tumorale moyenne est de 28mm. La localisation la plus fréquente est le quadrant supéro-externe (42,3%).

Les techniques utilisées sont :

- une oncoplastie type I : quadrantectomie avec recentrage aréolaire dans 21,1% des cas,

- -une oncoplastie type II dans 88,9% des cas : par une technique externe dans 30,8% des cas ; par un round block dans 23% des cas ; par une technique en J dans 11,53% des cas ; technique en T inversée à pédicule supérieur dans 7,7% des cas, technique en T inversée à pédicule inférieur dans 3,85% des cas, par une technique en V ou en oméga dans 1,92% des cas.

Les résultats esthétiques étaient satisfaisants chez les patientes évaluables.

Cette nouvelle approche oncoplastique permet d'anticiper le résultat esthétique, d'améliorer le résultat carcinologique en terme de limites de résection et de récurrence, et permet d'élargir les indications du traitement conservateur aux tumeurs entre 3-5 cm et aux tumeurs rétro-aréolaires.

Abstract

Title: oncoplastic surgery and breast conservation in breast cancer: About 52 cases.

Author: Mint Cheikh Mohamed Salem, Jemila.

Keywords: Cancer, breast, oncoplastic, conservation, aesthetic, results.

Oncoplastic surgery is a recent surgery that combines a gesture of glandular excision and plastic surgery techniques. The aim of our study is a retrospective analysis of 52 cases treated in the department of cancer surgery I, and their comparison with the results of the literature. The objectives of this study are to evaluate these techniques in terms of feasibility, oncologic and aesthetic results.

The techniques used are:

- an oncoplastic type I: quadrantectomy with areal focus in 21.1% of cases
- an oncoplastic type II in 88.9% of cases: an external technique 30.8% of cases by a round block in 23% of cases by a technique J in 11.53% of cases, inverted T technique superior pedicle in 7.7% of cases, technical inverted T inferior pedicle in 3.85% of by a technical or omega V in 1.92% of cases.

The margins were greater than 3 mm in 37 cases, between 1-3 in 9 cases in margins limits have benefitted from a resumption of tumor bed in 4 cases and mastectomy in 2 cases. The mean follow-up monitoring after 20 months, noted one case of recurrence, and metastasis was observed in 3 cases. The cosmetic results were satisfactory in patients evaluable.

These patients have benefitted from seven different techniques of oncoplastic surgery, tailored to the tumor location. Six patients were included for positive margins, 11.5% of all cases. The rate of conversion to mastectomy was 3.8%.

These new approaches allows us to anticipate oncoplastic the aesthetic result, improve the oncological outcome in terms of limits of resection and recurrence, and broadens the indications of conservative treatment for tumors between 3-5 cm and tumors retro-areal.

ملخص

العنوان: الجراحة الأنكوبلاستيكية و الجراحة المحافظة في سرطان الثدي: نحو 52 حالة.

المؤلف(ة): منت الشيخ محمد سالم، جميلة.

كلمات البحث: السرطان، وسرطان الثدي؛ النتائج حفظ الجمالية.

إن الجراحة الأنكوبلاستيكية (oncoplastic) هي جراحة جديدة نوعا ما تمزج بين عملية استئصال الأورام و الغدد من ناحية، و تقنيات الجراحة التجميلية من ناحية أخرى. تهدف هذه الدراسة إلى تحليل رجعي لـ 52 حالة عولجت في قسم جراحة الأورام 1 (Carcinologie 1) و مقارنتها بنتائج البحث. وتتمحور أهداف هذه الدراسة حول تقويم هذه التقنيات من ناحية الجدوائية و النتائج الأنكولوجية و التجميلية.

استفادت 52 من المصابات بسرطان الثدي من الجراحة المحافظة الأنكوبلاستيكية في قسم جراحة الأورام 1 (Carcinologie I) بالمعهد الوطني للأنكولوجيا (INO) ما بين يناير 2007 و دجنبر 2010، وقد كان متوسط عمر المريضات 46 عاما وكان أكثر أنواع الأنسجة الملاحظة هو تسلل سرطان الأبنية وكان متوسط حجم الأورام 28مم. وكان العلوي الخارجي هو أكثر المناطق احتواء للورم لدى المريضات (42,3% من المريضات). تم تصنيف جُل المريضات (T2N0M0).

التقنيات المستخدمة: تقنية خارجية في 30,8% من الحالات، تقنية الاستئصال الجزئي للثدي مع إعادة التركيز الهللي في 21% من الحالات، تقنية القلب المدور (Round-block) في 23% من الحالات، التقنية J (Technique en J) في 11,53% من الحالات، تقنية T المقلوب للسويقة العلوية في 7,7% من الحالات، تقنية T المقلوب للسويقة السفلية في 3,85% من الحالات، تقنية الشق على شكل V أو Ω في 1,92% من الحالات. كانت الهوامش أكبر من 3مم في 37 حالة، ما بين 1-3 في 9 حالات. وقد استفادت حدود الهوامش من إعادة الجراحة في 4 من الحالات ومن استئصال الثدي في حالتين. بعد مراقبة متوسط مدتها 20 شهرا، ظهرت حالة انتكاسية واحدة كما لوحظ الانبثاث في 3 حالات. وقد كانت النتائج التجميلية مرضية لدى المريضات.

تمكن هذه المقاربة الأنكوبلاستيكية الجديدة من توقع نتيجة العملية التجميلية وتطوير النتيجة السرطانية من ناحية تحديد البتر والانتكاس و تكثيف مؤشرات العلاج المحافظ للأورام ما بين 3-5سم و للأورام الهللية الرجعية.



Bibliographie



- [1] Fisher, B., S. Anderson, et al. (1995). Reanalysis and Results after 12 Years of Follow-up in a Randomized Clinical Trial Comparing Total Mastectomy with Lumpectomy with or without Irradiation in the Treatment of Breast Cancer. 333: 1456-1461.
- [2] Van Dongen, J. A., A. C. Voogd, et al. (2000). "Long-Term Results of a Randomized Trial Comparing Breast-Conserving Therapy With Mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 Trial." Journal of the National Cancer Institute 92(14): 1143-1150.
- [3] Jacobson, J. A., D. N. Danforth, et al. (1995). Ten-Year Results of a Comparison of Conservation with Mastectomy in the Treatment of Stage I and II Breast Cancer. 332: 907-911.
- [4] V Doridot, C Nos, J.S Aucouturier, B Sigal-Zafrani, A Fourquet, K.B Clough, Le traitement chirurgical conservateur du cancer du sein, Cancer/Radiothérapie, Volume 8, Issue 1, February 2004, Pages 21-28
- [5] LEFRANC, J. (s.d.). Historique des traitemens conservateurs du Sein.
- [6] A. Fitoussi, S. Alran, B. Couturaud, H. Charitansky, G. Pollet, V. Fourchette, R.-J. Salmon. Oncoplastie avec conservation mammaire dans le traitement du cancer du sein. EMC (Elsevier Masson SAS), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-975, 2008

- [7] I. Malka, R. Villet, A. Fitoussi, R.-J. Salmon, Oncoplastic conservative treatment for breast cancer. Part 1: Generalities and techniques for the external quadrants, *Journal of Visceral Surgery*, Volume 147, Issue 4, August 2010, Pages e233-e237
- [8] Fitoussi, A., R. Salmon, et al. (2007). *Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein: techniques et indications*, Springer, 3-4.
- [9] G, STAUB., Thèse Plasties Mammaires pour un Cancer. Résultats de la Série de l'institut curie. A propos de 298 cas, 2006.
- [10] JF Delaloyea , AB Delaloyeb, M Fichec, CY Genton, Le concept du ganglion sentinelle et son application au cancer du sein, *Schweiz Med Forum* 2005;5:1251–1255
- [11] E. Fondrinier, P. Remoue, C. Vannier, N. Paillocher, 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, 871-A-27, 2008
- [12] A.Jalil, *Memoire du DIU DE techniques chirurgicales en chirurgie senologique, carcinologique et réparatrice; Application de l'enseignement du DIU dans la gestion oncoplastique des cancers des quadrants supérieurs du sein. Année 2008/2009*. Université Paris sud.

- [13] I. Malka, R. Villet, A. Fitoussi, R.-J. Salmon, Oncoplastie dans le traitement conservateur du cancer du sein (deuxième partie) : techniques pour les quadrants inférieurs, *Journal de Chirurgie Viscérale*, Volume 147, Issue 5, October 2010, Pages 378-388
- [14] A. Fitoussi, S. Alran, B. Couturaud, H. Charitansky, G. Pollet, V. Fourchotte, R.-J. Salmon. Oncoplastie avec conservation mammaire dans le traitement du cancer du sein. EMC (Elsevier Masson SAS), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-975, 2008
- [15] Benjaafar, N. Epidemiologie du cancer au Maroc; Institut National d'Oncologie: le cancer au Maroc 24eme congrès medical national; Nov 2005.
- [16] Incidence des Cancer Rabat, Registre du CANCER RABAT Année 2005; 45-47, 2009
- [17] M. Boukerrou, J. Dahan Saal, T. Laurent, G. Barau, K. Clough, Mastectomie totale avec conservation de la plaque aréolo-mammelonnaire : état des lieux, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Volume 38, Issue 10, October 2010, Pages 600-606
- [18] Alfred Fitoussi, B Couturaud, RJ Salmon, Les séquelles esthétiques du traitement conservateur (SETC) : nouvelle classification, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2008, 7 (3) : 04-07.
- [19] P.-L. Giacalone, P. Roger, O. Dubon, N. El Gareh, J.-P. Daurés, F. Laffargue, Traitement conservateur des cancers du sein : zonectomie vs oncoplastie. Étude prospective à propos de 99 patientes, *Annales de Chirurgie*, Volume 131, Issue 4, April 2006, Pages 256-261

- [20] Staub, G., A. Fitoussi, et al. (2008). "Résultats carcinologiques et esthétiques du traitement du cancer du sein par plastie mammaire. 298 cas." *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 53(2): 124-134.
- [21] Achard E, Salmon RJ. **Reduction mammoplasty in breast cancers of the lower quadrants.** *Bull Cancer*. 2007; 94:225–228
- [22] Clough KB, Lewis J, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Annals of Surgery* 2003; 237 (1): 26-34.
- [23] McCulley SJ and Macmillan RD. Therapeutic mammoplasty--analysis of 50 cases. *Br J Plast Surg*, 2005, 58, 902-907
- [24] K. Clough, C. Nos, and A. Fitoussi, "Oncoplastic surgery for breast cancer," *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 6, no. 1, pp. 50–60, 1999.
- [25] Cothier-Savey I, Otmesguine Y, Calitchi E, Sabourin JC, Le Bourgeois JP, Baruch J. Intérêt de la plastie mammaire de réduction dans le traitement conservateur du cancer du sein. A propos de soixante dix cas. *Ann Chir Plast Esthet* 1996 ; 41 (4) : 346-353.
- [26] DiBiase SJ, Komarnicky LT, Schwartz GF, et al. (1998) The number of positive margins influences the outcome of women treated with breast preservation for early stage breast carcinoma. *Cancer* 82(11): 2212–20.

- [27] Park CC, Mitsumori M, Nixon A, et al. (2000) Outcome at 8 years after breast-conserving surgery and radiation therapy for invasive breast cancer: influence of margin status and systemic therapy on local recurrence. *J Clin Oncol* 18(8): 1668–75.
- [28] Kataja V, Castiglione M (2009) Primary breast cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 20(Suppl 4): 10–4
- [29] Fitoussi AD, Berry MG, Fama F, et al. (2010) Oncoplastic breast surgery for cancer: analysis of 540 consecutive cases [outcomes article]. *Plast Reconstr Surg* 125(2): 454–62
- [30] Rietjens M, Urban CA, Rey PC, et al. (2007) Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery. *Breast* 16(4): 387–95
- [31] Barranger, E., J.-M. Classe, et al. "Groupe chirurgie." *Oncologie*: 1-28.
- [32] Bussi res, E., F. d. r. Guyon, et al. (1996). "Conservation treatment in subareolar breast cancers." *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 22(3): 267-270.
- [33] Isabelle Cothier-Savey, Françoise Rimareix, Catherine Belichard. *Principes généraux de la chirurgie oncoplastique et de la reconstruction mammaire immédiate et différée*. EMC (Elsevier Masson SAS), *Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 45-664, 2002

- [34] E. Delay, J. Gosset, G. Toussoun, T. Delaporte, M. Delbaere, Séquelles thérapeutiques du sein après traitement conservateur du cancer du sein, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, Volume 53, Issue 2, April 2008, Pages 135-152
- [35] Harris J, Luene M, Svensson G, Helman S. Analysis of cosmetic results following primary radiation for stages I and II Carcinoma of the breast.
- [36] Clough KB, Baruch J, La chirurgie plastique et le traitement conservateur du sein : indications et résultats. *Ann Chir Plast Esthet* 1992 ; 37 (6) : 682-692
- [37] Pierre Azuar, Indications et résultats de la chirurgie oncoplastique dans le cancer du sein, *La Presse Médicale*, Volume 36, Issue 2, Part 2, February 2007, Pages 341-356.
- [38] A. Fitoussi, G. Pollet, Chapitre 17 - Séquelles esthétiques du traitement conservateur et de la radiothérapie locale, *Chirurgie du sein*, Elsevier Masson, Paris, 2011, Pages 251-265.
- [39] Missana, M. (2008). "Oncoplastie du sein." *Oncologie* 10(1): 33-36.
- [40] Berry, M. G., A. D. Fitoussi, et al. "Oncoplastic breast surgery: A review and systematic approach." *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS* 63(8): 1233-1243.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

**الجراحة الأنكوبلاستيكية
و الجراحة المحافظة في سرطان الثدي:
نحو 52 حالة**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: جميلة منت الشيخ محمد سالم

المزودة في: 31 دجنبر 1987 بنواكشوط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: السرطان - وسرطان الثدي - النتائج - حفظ - الجمالية.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس ومشرف

أعضاء

السيد: عبد الواحد جليل
أستاذ في الجراحة العامة
السيد: محمد إشو
أستاذ في الأورام الطبية
السيدة: سميرة خبوز
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيد: فؤاد تيجامي
أستاذ في الجراحة العامة
السيد: نور الدين بنجعفر
أستاذ في العلاج بالأشعة