



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Transfert de tissu adipeux en reconstruction mammaire : y a-t-il des populations à risque ? Revue systématique de la littérature



Lipofilling in breast reconstruction: Is there any population with higher risk of local recurrence? Literature systematic review

M. Simorre^{a,*}, B. Chaput^b, M. Voglimacci Stephanopoli^a, I. Garrido^b, M. Soule-Tholy^a, P. Laguevaque^a, C. Vaysse^a

^aService de chirurgie générale et gynécologique oncologique, CHU-Hôpital Rangueil, 1, avenue Professeur Jean-Poulhès, 31056 Toulouse cedex 9, France

^bService de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU-Hôpital Rangueil, 1, avenue Professeur Jean-Poulhès, 31056 Toulouse cedex 9, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 14 octobre 2014

Accepté le 18 février 2015

Disponible sur Internet le 23 mars 2015

Mots clés :

Transfert de tissu adipeux

Lipomodélage

Cancer du sein

Reconstruction mammaire

Risque carcinologique

Récidive locale

Surveillance radiologique du sein

RÉSUMÉ

Sujet d'actualité mais également de controverse, le transfert de tissu adipeux autologue (TTA) dans le parenchyme mammaire est au cœur des préoccupations dans la prise en charge des reconstructions et adaptations mammaires après le cancer du sein. Cependant, cette technique fait toujours naître de nombreuses interrogations, notamment depuis les récents résultats d'étude in vitro mettant en garde sur le fait que le *lipofilling* favoriserait la récurrence tumorale via une néoangiogenèse accrue ou la promotion de métastases. Au travers d'une revue systématique de la littérature sur le risque carcinologique et la surveillance radiologique menée de janvier 2010 à août 2014, nous avons essayé d'identifier les populations à risques de récurrences après TTA. La méthodologie Prisma a été utilisée pour l'analyse des publications. Sur les sept cohortes de patientes analysées, soit environ 1500 procédures de *lipofilling*, les résultats sur le risque de récurrence locale sont rassurants après un suivi moyen de 42 mois. Les résultats sont à interpréter avec prudence du fait de l'hétérogénéité de ces études. Cependant, les récurrences ont été analysées en fonction des caractéristiques de la tumeur initiale et plusieurs d'entre elles mettent en garde sur des populations qui sembleraient plus à risque de récurrence. Les études sur la surveillance radiologique après TTA mettent l'accent sur la nécessité de parfaitement maîtriser les images radiologiques induites par cette technique, bien que celle-ci semble peu interférer avec le dépistage radiologique des récurrences locales. Afin de pouvoir délivrer une information claire aux patientes bénéficiant d'une reconstruction mammaire après le cancer du sein par *lipofilling*, des études prospectives ciblées sur les populations les plus à risques sont donc à promouvoir.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Safety of the autologous fat grafting (AFG) in the breast parenchyma remains a debated topic, particularly in reconstruction following breast cancer. This procedure still raises many questions, especially considering recent in vitro studies warning about the fact that lipofilling could promote tumor recurrence through increased neoangiogenesis, or facilitate metastasis. Through a systematic literature review on oncological risk and radiological follow-up, conducted from January 2010 to August 2014, we tried to identify populations at risk of recurrence after AFG. The study selection process was adapted from the Prisma statement. Out of the seven analysed patients cohorts, i.e. approximately 1500 AFG procedures, results on the risk of local recurrence appear reassuring after an average follow-up of 42 months. These results should be cautiously interpreted because of the heterogeneity of the studies. However, recurrences have been analysed based on the characteristics of the original tumor and many of them warn about population that seem more at risk of recurrence. Studies on radiological modifications

Keywords:

Lipofilling

Fat grafting

Breast cancer

Breast reconstruction

Oncological risk

Local recurrence

Radiologic breast survey

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mathilde_Simorre@hotmail.com (M. Simorre).

after AFG emphasize the need for the radiologists to know the importance of radiological images induced by this procedure, however, AFG does not seem to interfere with radiological screening of local recurrence. In order to deliver clear information to patients receiving breast reconstruction by lipofilling, prospective studies focused on populations that seem to be most at risk of recurrence are required.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Sujet d'actualité mais également portant à controverse, le transfert de tissu adipeux autologue (TTA), appelé également *lipofilling* dans le parenchyme mammaire, est au cœur des préoccupations dans la prise en charge des reconstructions, des séquelles du traitement conservateur et des adaptations mammaires après le cancer du sein. En effet, les techniques chirurgicales dans la prise en charge initiale des cancers du sein ont évolué vers un traitement plus conservateur du sein [1] et les reconstructions mammaires secondaires se sont diversifiées. Le *lipofilling* est actuellement un des outils clés de ces techniques reconstructrices utilisé aussi bien par les chirurgiens gynécologues que par les plasticiens. Après de nombreuses années de débats, il est actuellement quotidiennement pratiqué. Cependant, persiste de nombreuses interrogations, notamment depuis les résultats d'études *in vitro* mettant en garde sur le fait que le *lipofilling* favoriserait la récurrence tumorale via une néoangiogenèse accrue [2–4] ou la promotion de métastases [5–7]. Cette procédure a été également mise en cause dans l'interprétation radiologique lors de la surveillance mammaire, celle-ci pouvant s'avérer difficile et masquer une récurrence par images additionnelles induites [8].

Afin de clarifier la pratique du TTA, les sociétés savantes françaises et américaines ont émis des recommandations. En juillet 2009, la Société américaine de chirurgie plastique (ASPS) a reconnu qu'au vu des données scientifiques actuelles, il n'existait pas de preuve pour un risque carcinologique accru après TTA [9], puis, en novembre 2011, la Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (SoFCPRE) a émis des conseils de prudence dans la pratique de cette technique ne disposant pas à l'heure actuelle d'étude à long terme. Elle autorise l'utilisation de cette technique pour la reconstruction après mastectomie totale, néanmoins, après un traitement conservateur, l'utilisation du TTA est possible après trois ans de surveillance clinique et radiologique suivant la prise en charge initiale et sous couvert d'un suivi par une équipe entraînée au dépistage clinique et radiologique après ce type de procédure. Dans le cadre de la chirurgie mammaire d'augmentation, la société savante autorise le TTA chez les patientes de moins de 35 ans, n'ayant pas d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein après un bilan mammographique et échographique précédant la procédure (recommandations SoFCPRE 2011 [10]).

Depuis ces recommandations, de nombreuses études se sont intéressées à cette technique chirurgicale. Il existe toutefois une réelle contradiction entre les données cliniques actuelles qui se veulent plutôt rassurantes concernant la récurrence tumorale et les études *in vitro* qui émettent des réserves [3,4,7].

Au travers de cette revue de la littérature, nous allons essayer d'établir les indications retenues et discuter les risques carcinologiques et radiologiques actuels. Enfin, nous essayerons d'analyser si il existe, dans l'état actuel des connaissances, des populations plus à risques de récurrence après transfert de tissu adipeux.

2. Le transfert de tissu adipeux

C'est au début du XX^e siècle, lors d'une chirurgie réparatrice du visage que le TTA a été décrit pour la première fois [11]. Mais c'est

réellement dans les années 2000 que cette technique s'est développée et a connu un essor lors de la prise en charge oncologique mammaire après cancer. Actuellement, la plus utilisée est celle de Coleman décrite en 1995 [12]. Le prélèvement de tissu graisseux est réalisé dans les zones pourvoyeuses de tissu adipeux des patientes, le plus souvent l'abdomen ou les flancs. La graisse est aspirée par une canule de lipoaspiration de 2 à 4 mm de calibre, puis centrifugée pendant 3 minutes à 3000 tpm (tour par minute). Après avoir séparé le sérum et le surnageant graisseux, le tissu adipeux est injectée de manière radiaire en sous-cutané.

Aujourd'hui, en chirurgie mammaire, nous observons que le TTA est utilisé autant après traitement conservateur que radical. En cas de traitement conservateur, il permet de corriger un défaut, une cicatrice rétractile, une insuffisance de volume mammaire. En cas de chirurgie radicale, le TTA peut être complémentaire de la reconstruction. S'il s'agit d'une reconstruction par prothèse, le TTA peut être utilisé soit avant, soit après mise en place de la prothèse afin de limiter notamment l'exposition de celle-ci, accentuée par le traitement radical ou pour corriger un défaut secondaire [13,14]. Il peut être utilisé également après chirurgie reconstructrice par lambeau [15] ou encore pour limiter le syndrome douloureux post-mastectomie [16]. De récentes publications ont montré que le TTA pouvait être utilisé comme moyen de reconstruction mammaire à lui seul chez les patientes ayant de petits volumes mammaires [17].

Les résultats cosmétiques sont difficiles à évaluer du fait des critères d'évaluation hétérogènes en fonction des études, tant sur les indications, la méthode chirurgicale utilisée et la quantité de graisse transférée. La procédure dispose de plusieurs avantages dont le gain de volume, l'amélioration des contours, de la consistance, de la trophicité dans l'objectif de se rapprocher au mieux du sein natif controlatéral [18–20]. Une étude récente sur la qualité de vie des patientes après TTA rapporte des résultats favorables avec 64 % de patientes satisfaites [21]. Dans cette étude, les auteurs ont utilisé un questionnaire dérivé du « Breast-Q », questionnaire comprenant 44 questions sur les résultats esthétiques, les effets secondaires, la vie sexuelle et affective et l'information préalable des patientes [22].

Cependant, il existe des limites à cette procédure. Dans les effets secondaires précoces décrits, il peut survenir sur la zone de greffe du tissu adipeux un érythème et un œdème immédiat, qui régressent spontanément en quelques semaines. Il est également décrit des cas de surinfections. Dans l'étude de De Blacam et al., après 111 procédures de TTA, le taux d'infection retrouvé était de 0,9 % [23]. Ces infections sont habituellement prévenues par la prescription d'un traitement antibiotique peropératoire (recommandations Sfar 2010) [24]. Dans cette même étude, il était d'ailleurs décrit un taux de cytotéatonecrose de 3,6 % [23]. Ces kystes huileux diminuent progressivement de taille en quelques mois et s'assouplissent lentement. Sur les zones de prélèvements, des douleurs associées à un hématome ou des ecchymoses sont fréquentes. Dans l'étude de Petit et al. [25], sur 646 procédures réalisées, le taux de complications globales était estimé à 2,8 % et la perte de volume par rapport au traitement initial était en moyenne de 30 %. L'évaluation du transfert de tissu adipeux ne peut réellement se faire que 3 à 6 mois après la procédure [26]. L'évaluation objective du volume est en réalité rarement réalisée car cela nécessite une imagerie par IRM. Les taux de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949208>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949208>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)