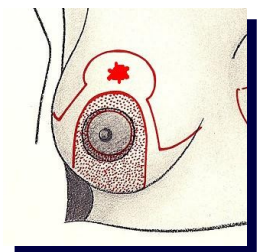
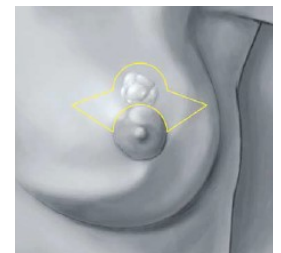
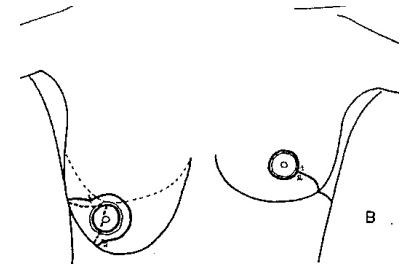
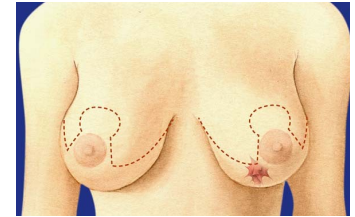


OP des Quadrants supérieurs du sein « Batwing Modifié »

**Philippe Rouanet
Montpellier**

Techniques opératoires en Fx du site

- **Quadrants inférieurs**
 - **Technique de mammoplastie**
 - Cicatrice en T inversé
- **Quadrants Externes**
 - **Technique de Dufourmentel modifiée**
 - Cicatrice Oblique externe
- **Quadrant central**
 - **Technique Batwing**
- **Quadrants supérieurs**
 - **Technique du pédicule inférieur**



Improving Breast Cancer Surgery: A Classification and Quadrant per Quadrant Atlas for Oncoplastic Surgery

Clough KB & al. Ann Surg Oncol 2010

Mammoplastie à pédicule inférieur

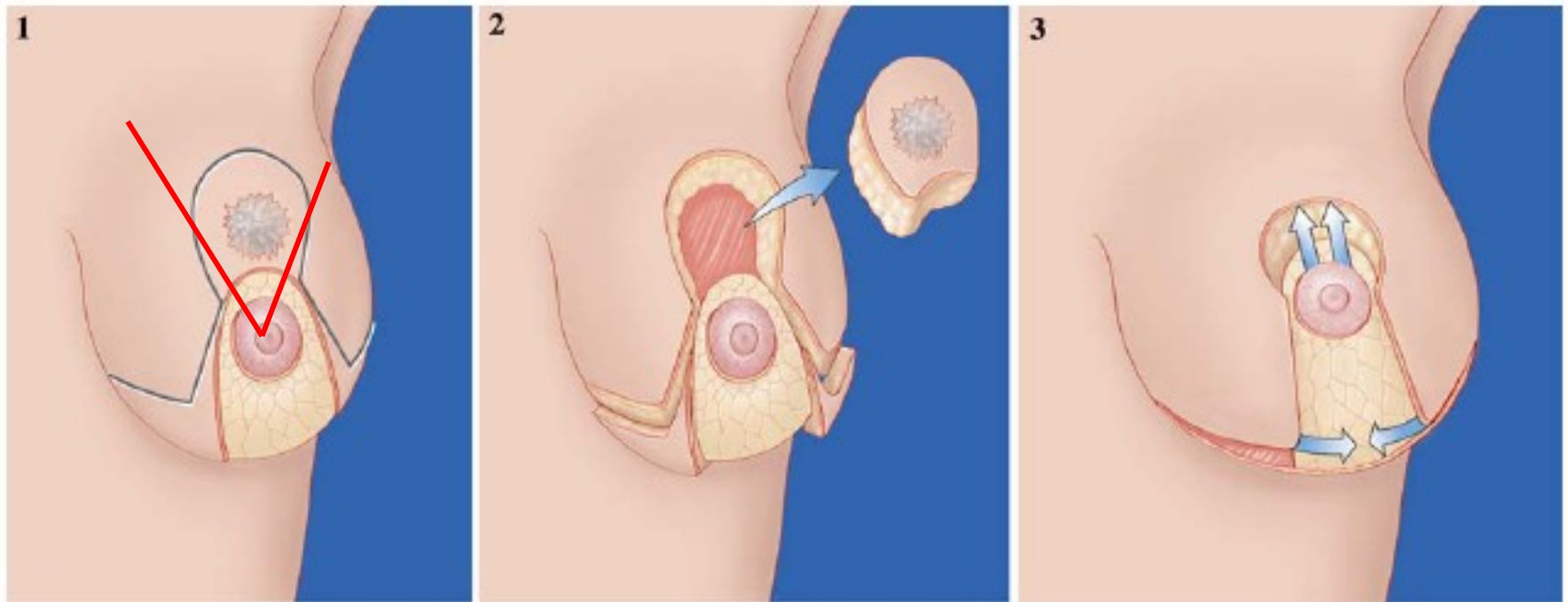
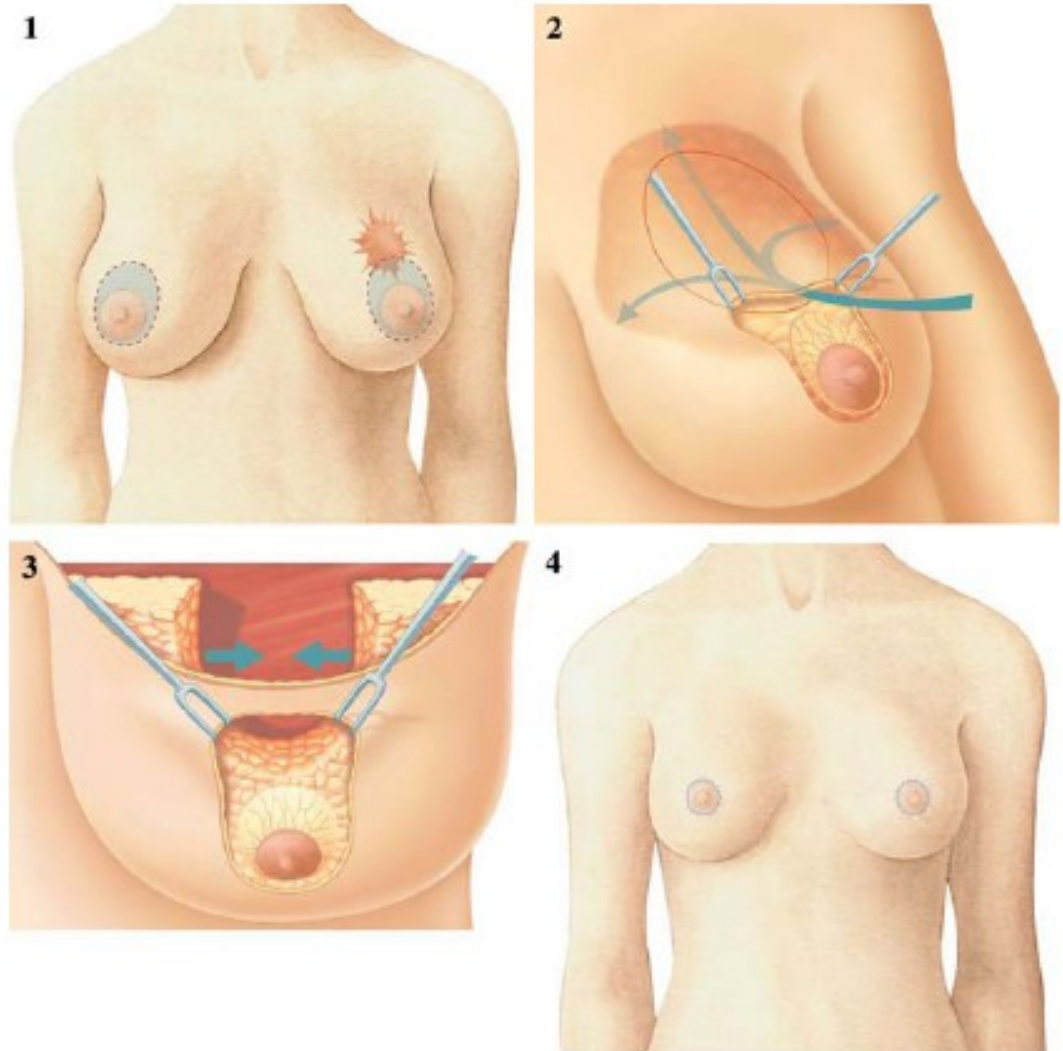


FIG. 5 Level II OPS: Inferior pedicle mammoplasty for 12 o'clock tumors. **1** Preoperative drawings. Inferior pedicle deepithelialized. **2** Tumor resection. Complementary resection of medial and lateral pillars. **3** Advancement of inferior pedicle into the defect and skin closure

Improving Breast Cancer Surgery: A Classification and Quadrant per Quadrant Atlas for Oncoplastic Surgery Clough KB & al. Ann Surg Oncol 2010

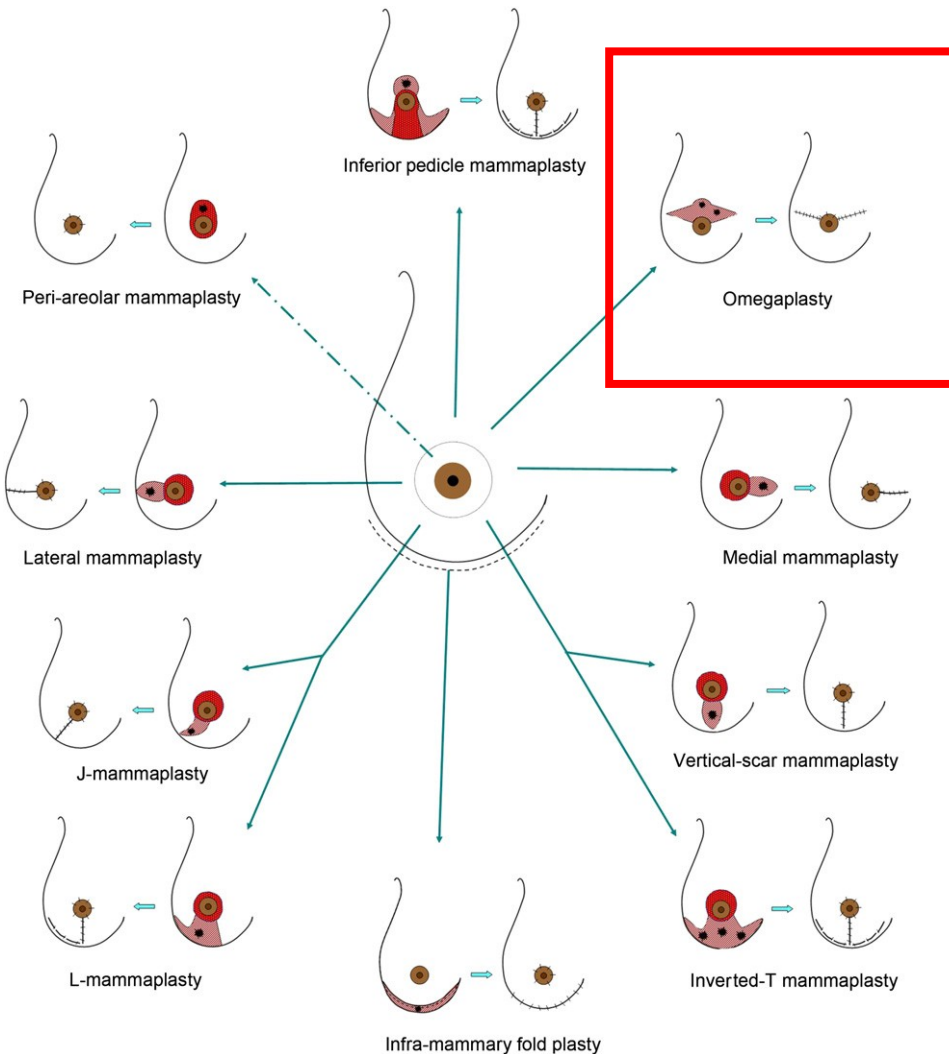
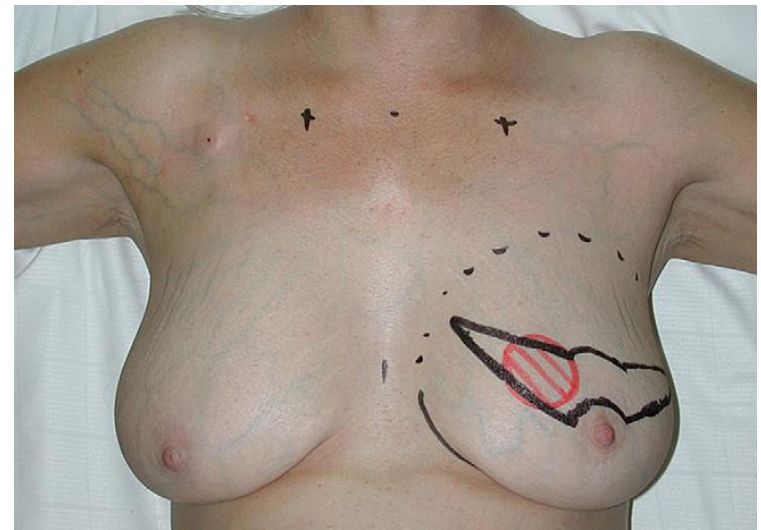
Technique du Round block



Oncoplastic breast surgery: A review and systematic approach.

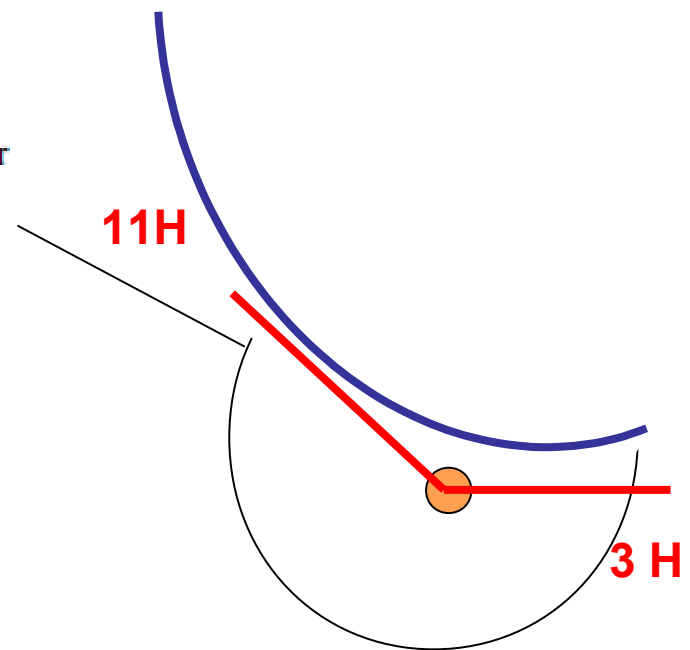
Berry MG & al. JPRS 2010

Omega-plasty



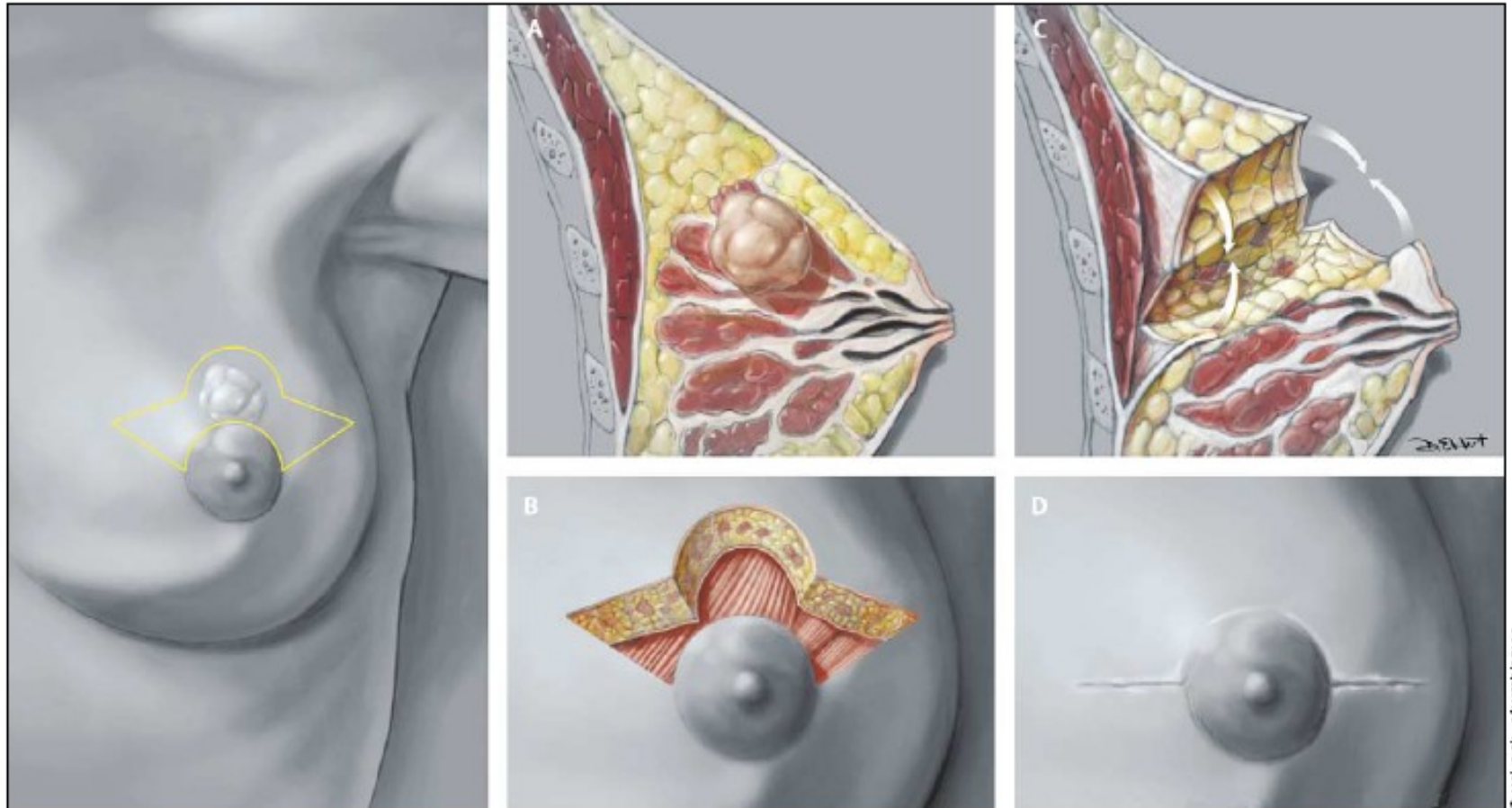
BW modifié

Clock position	Procedures
5–7 o'clock Lower pole	Superior pedicle mastopexy/ inverted T or vertical scar
7–8 o'clock	Superior pedicle mastopexy/V scar
Lower inner quadrant 9–11 o'clock	Batwing
Upper inner quadrant 12 o'clock	Inferior pedicle mastopexy or round block mastopexy
Upper pole 1–2 o'clock	Racquet mastopexy/radial scar
Upper outer quadrant 4–5 o'clock	Superior pedicle mastopexy/J scar
Lower outer quadrant	
Central subareolar	Inverted T or vertical-scar mastopexy with NAC resection



OP : Quadrant central Batwing mastopexy lumpectomy

in: BO Anderson. Lancet oncol 2005; 6: 145-57

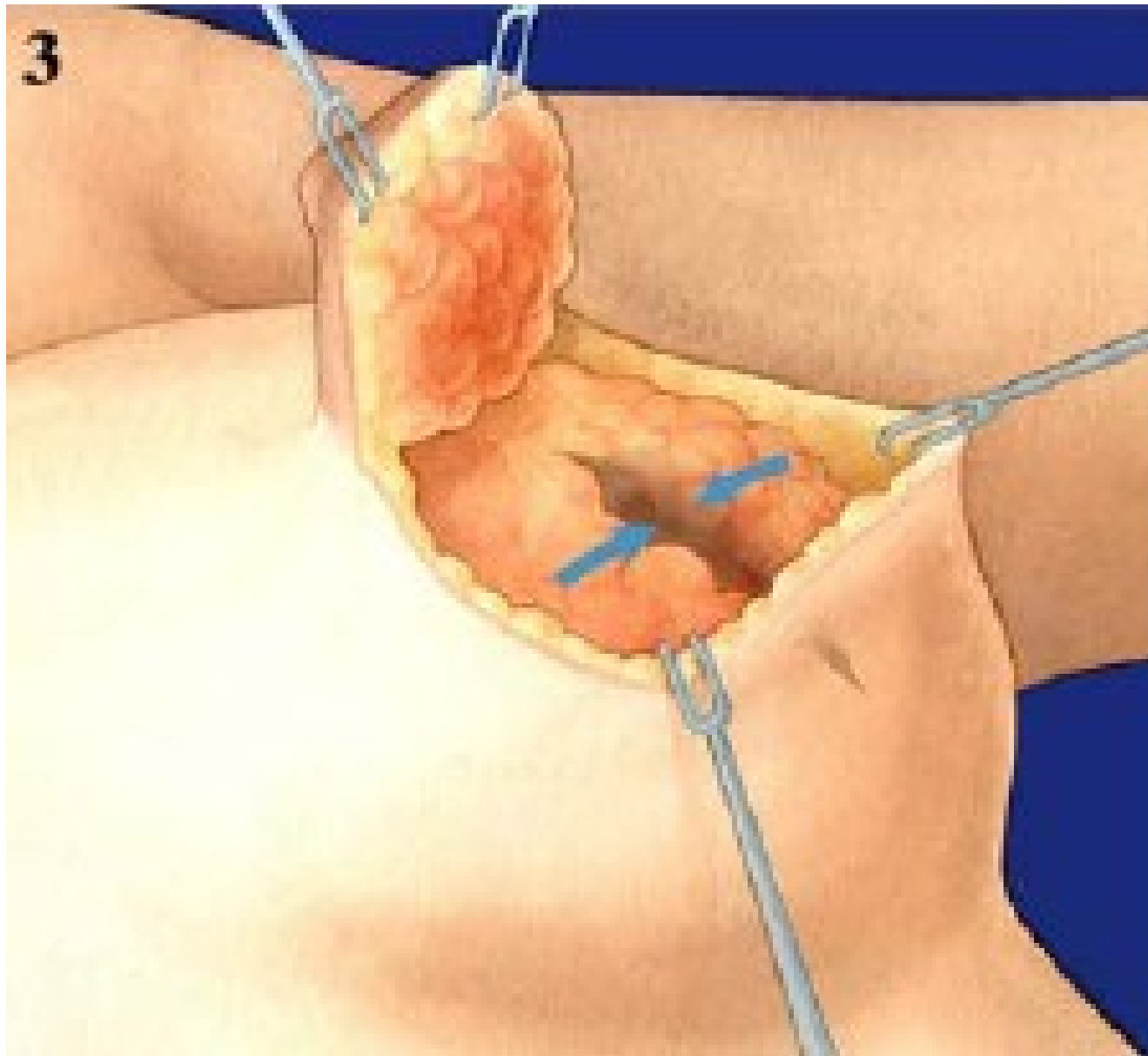


OP = Chir du quadrant



BW Modifié

- **Incision cutanée « Aile de Chauve souris »**
- **Décollement sous-cutanée**
 - à la demande
 - QSI – JQS – QSE – Central
 - Large, PAM ++
- **Décollement glande – pectoral**
 - Prudent, St en latéral
 - Fx Densité de la glande (Fibreuse – Graisseuse)
- **Section glandulaire triangulaire**
 - Adaptée à la tumeur
- **Suture glandulaire, la + complète possible**



Film BW modifié 11-5-2009

Madame CHRISTINE F, âgé(e) de 39 ans qui vient de bénéficier d'un bilan sénologique car elle s'était palpé un petit nodule situé à la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche.

- Micro calcifications ACR 5 en supéro-externe gauche avec un deuxième foyer sus-aréolaire médiant. A l'échographie, il existe deux lésions mesurées à environ 20 et 10 mm de diamètre.
- La biopsie conclut à un carcinome canalaire infiltrant de grade III avec composante intra-canalaire extensive, les récepteurs hormonaux sont positifs (RE = 80% et RP = 90%) avec un Ki 67 inférieur à 10%.
- Cliniquement, on palpe la lésion supérieure et pas le foyer de microcalcifications sus-aréolaire.
- Nous avons évoqué la prise en charge chirurgicale de cette lésion bi-focale du quadrant supéro-externe gauche.
- Le standard est la mastectomie mais à mon sens, Madame F pourrait bénéficier d'une chirurgie oncoplastique sous forme d'une quadrantectomie supéro-externe radicale avec remodelage de la glande et repositionnement de la plaque aréolo-mamelonnaire.
- En effet, son volume mammaire et la texture de la glande le permettent ainsi que sa ptose de grade III (95B).



Anat Path

- **Carcinome canalaire invasif**
- **Grade SBR (modifié « Elston et Ellis ») : II (3+3+1) (nombre de mitoses : 7)**
- **Taille du foyer infiltrant principal : 20 mm**
- **Foyers multiples : oui**
 - **nombre de foyers : 3. Taille des autres foyers : 10 et 7 mm**
- **Carcinome canalaire in situ associé : oui (50%) de haut grade et de grade intermédiaire avec nécrose et microcalcifications.**
- **Emboles vasculaires péri tumoraux : non**
- **Distance aux berges d'exérèse les plus proches :**
 - ***contingent infiltrant : 10 mm (berge supérieure)**
 - ***contingent in situ : 2 mm (berge centrale/ punctiforme)**
- **Ganglion(s) sentinelle(s) : 2 ganglions non envahis**
- **Ganglion(s) non sentinelle(s) : 6 ganglions non envahis**
- **Classification UICC/TNM 2003 : pT1c - pN0 (8N-)**

RCP

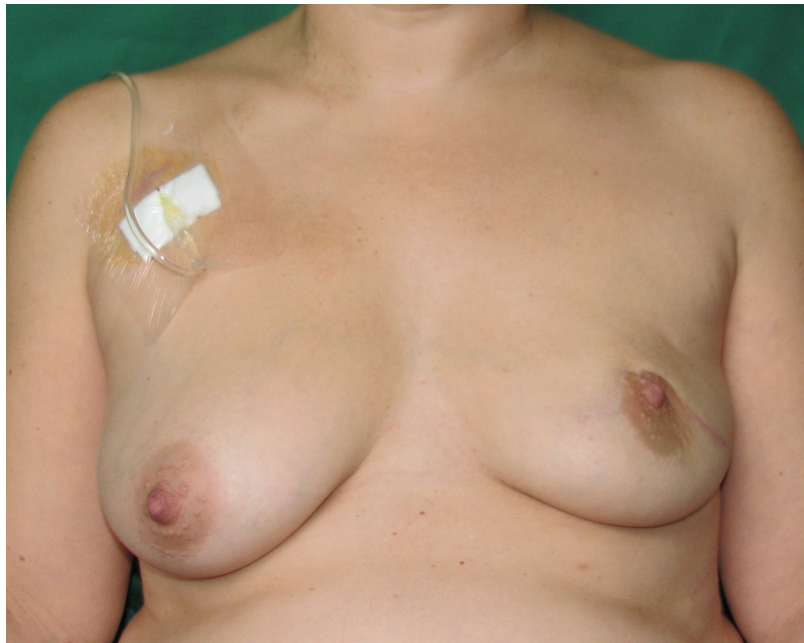
- F 39 ans
- pT1c (20 mm) trifocal
- Gr II (IM:1)
- EVX –
- pN- 2 GS- / 6 GNS-
- HER2 : -
- RE: 80% / RP: 90%
- uPA: 1.2 (<3) / PA1: 19.1 (<14)

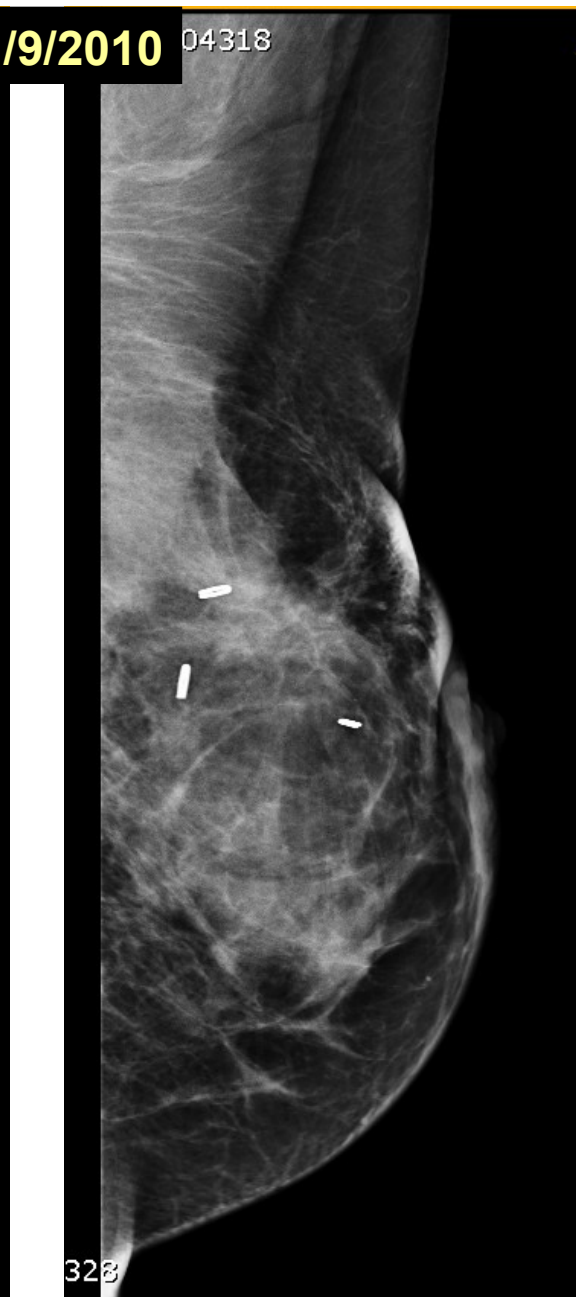
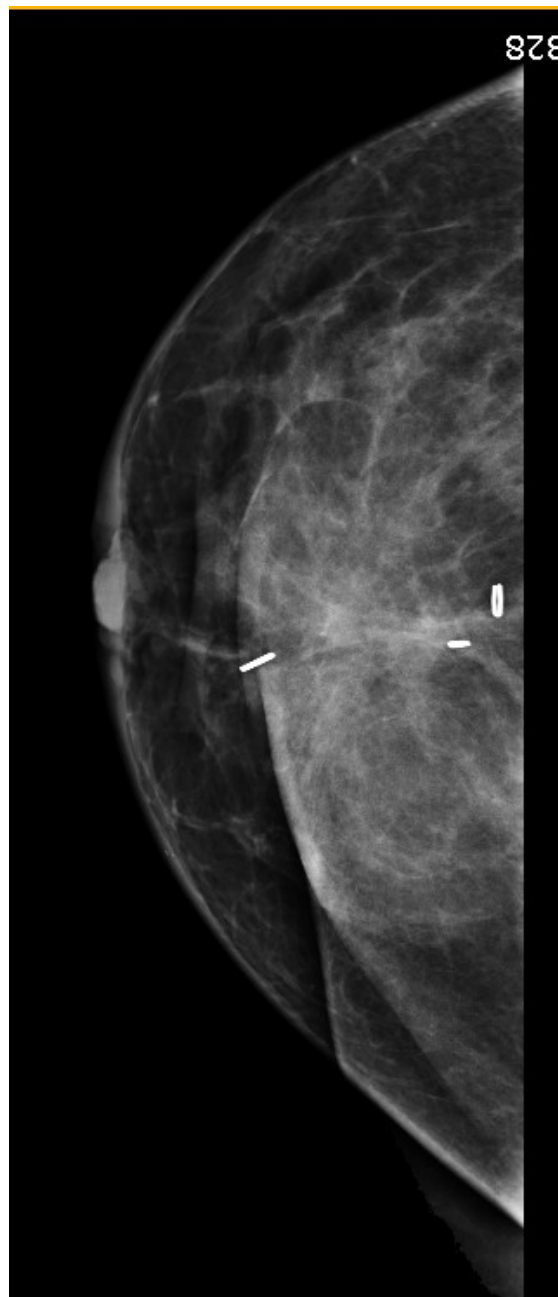
=> CT séquentielle (bénéfice 7%) – RT - HT

Résultats précoces



Dernière cure de Ct . 11.09





OP type Batwing modifié

+

- **Fiabilité technique**
- **Sensibilité de la PAM**
- **Applicable aux QS / I**

-

- **Segment II / III**
- **Cicatrice**
- **Simplicité !**
 - « Allongement » sgt III
 - PAM haute
 - Cytostéatonécrose QS

OP Batwing inversé !

