

# Place de la technique du pédicule supéro interne en chirurgie

ELHABACHI B\*, BOUKACEM M\*.

\* Service de chirurgie générale unité de sénologie, CHU Dr Hassani A.E.K 22000, Sidi Bel Abbés, Algérie

## Contexte

Le traitement conservateur du cancer du sein a évolué et de nombreuses techniques ont été proposées (1) afin de répondre aux exigences d'une chirurgie sûre sur le plan carcinologique et esthétique (2).

## Objectif

Nous évaluons la technique du pédicule supéro interne décrite par le Dr Bouillot A (3) pour les cures d'hypertrophie mammaire dans la prise en charge des tumeurs malignes du sein.

## Patientes et méthodes

- Neuf patientes avec ptose et ou hypertrophie âgées de 42 à 64 ans ont été opérées pour des nodules malins de taille inférieure ou égale à 4 cm siégeant au niveau des quadrants inférieurs et uni focales (IRM systématique) .
- Pour 8 patientes le dessin était celui de Pitanguy classique sur une patiente assise, le point mamelonnaire correspond au sillon sous mammaire. Le lambeau porte mamelon est supéro-interne et très fin. La cicatrice horizontale est très courte avec des extrémités toujours au-dessus du sillon sous mammaire. Pour 1 patiente la cicatrice était verticale pure avec lambeau interne.
- Symétrisation en un seul temps chez 4 patientes et après résultat anatpath définitif et TRT adjuvant chez 5 patientes.

## Résultats

Il s'agissait de CCI dans les 9 cas avec un CCIS associé dans 3 cas et un invasif dans un cas (foyer de 7 mm). les marges d'exérèse sont très larges, le volume moyen est de 850 gr avec un maximum de 2150 gr.



## Discussion

Cette technique permet des exérèses glandulaires très larges ce qui permet de réduire le risque de récurrence en emportant les foyers microscopiques in situ ou invasifs à distance (4).

## Conclusion

Cette technique est fiable et adaptable à tous les seins. Le lambeau porte mamelon est sûr avec une excellente vascularisation et mobile. La résection glandulaire est très large ce qui nous permet d'élargir les indications. La symétrisation en un seul temps est réalisable sans risque majeur.

## Bibliographie

- 1.Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. (2010).Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. Ann Surg Oncol. 17:1375–91.
- 2.Clough KB, Benyahi D, Nos C et al. (2015).Oncoplastic Surgery: Pushing the Limits of Breast-Conserving Surgery. The Breast Journal. Vol 21 Number 2:140–146.
- 3.Bouillot A. advances in breast plastic surgery. Lyon june 11-12, 2004. www.breastplastic.net
- 4.Holland R, Veling SH, Mravunac M, Hendriks JH.(1985) Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas. Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. Cancer. Sep 1;56(5):979-90.