

LA PYRAMIDECTOMIE DANS L'ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE PATHOLOGIQUE A L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE DAKAR

S. KA, R. SOME, J. THIAM, M.M. DIENG, D. DIOUF, P.M. GAYE, A. DEM

RESUME

Objectifs : Rapporter les aspects techniques, les résultats carcinologiques et esthétiques liés à la pratique de la pyramidectomie dans les écoulements pathologiques du sein suspects de cancers à l'Institut du Cancer de Dakar.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de 7 ans incluant toutes les patientes qui présentaient un écoulement mamelonnaire pathologique. La pyramidectomie était faite sous guidage colorimétrique avec du bleu de méthylène. Les résultats carcinologiques et esthétiques étaient évalués.

Résultats : De Janvier 2009 à Décembre 2015, nous avons effectué 15 pyramidectomies. L'incision était péri aréolaire simple ou oncoplastique avec 2 hémibatwing. La résection a permis de porter le diagnostic de papillome intra galactophorique chez 7 patientes, de galactophorie ectasique chez 3 patientes, de carcinome lobulaire in situ chez 2 patientes, de carcinome canalaire in situ chez 2 patientes avec des marges envahies et de carcinome invasif avec des marges saines chez 1 patiente. Les patientes présentant un carcinome lobulaire in situ ont nécessité une mastectomie secondaire avec reconstruction mammaire immédiate avec des suites simples. Aucune complication per et post-opératoire immédiate ou à distance n'a été notée. Avec un recul moyen de 3 ans, toutes les patientes sont vivantes. Au point de vue esthétique, on retrouvait de bons résultats en cas de pyramidectomie seule et en cas de reconstruction mammaire.

Conclusion : La pyramidectomie est efficace pour la prise en charge des écoulements mamelonnaires pathologiques suspects de cancers. C'est un examen diagnostique et thérapeutique. Les résultats de la chirurgie sont favorables en ce qui concerne l'histologie et le suivi carcinologique et esthétique.

Mots clés : Pyramidectomie, Carcinologique, Esthétique.

INTRODUCTION

La pyramidectomie est une technique chirurgicale qui consiste à faire une exérèse d'une partie de la glande mammaire taillée en forme de pyramide et comportant tout l'arbre galactophorique du pore mamelonnaire jusqu'au plan cellulaire pré-aponévrotique du grand pectoral. Elle permet une exérèse glandulaire à visée diagnostique et thérapeutique dans les écoulements suspects du sein en l'absence de lésions nodulaires ou kystiques palpables ou vues à l'imagerie médicale. Nous rapportons une série prospective de pyramidectomies effectuées à l'Institut du Cancer de

Tirés à part : Dr Sidy Ka, Institut Joliot Curie de Dakar, E-mail : sidy.ka@ucad.edu.sn

SUMMARY

Technic of pyramidectomy for abnormal nipple areolar discharge. Experience of Joliot Curie Institute in Dakar.

Objectives: To report technical, aesthetic and oncological results, related to the practice of pyramidectomy for nipple areolar discharge suspicious of cancer at Dakar Cancer Institute.

Methods: It was about a prospective study over a period of 7 years. All patients presented pathologic nipple areolar discharge. The technic of pyramidectomy was performed using methylene blue to guide surgery. Carcinologic and aesthetic results was evaluated.

Results: From January 2009 to December 2015, we performed 15 pyramidectomies. The incision was circum areolar or oncoplastic with 2 hemibatwing procedures. Resection showed diagnosis of intragalactophoric papilloma in 7 patients, galactophoric ectasia in 5 patients, in situ ductal carcinoma in 2 patients with invaded margins and invasive carcinoma with healthy margins in one patient. Patients with carcinoma in situ required a secondary mastectomy with immediate breast reconstruction. No intraoperative and immediate postoperative complications was noted. With a mean time of follow up of 3 years, all patients are alive. At the aesthetic point of view, there were good cosmetic results in case surgery and in case of breast reconstruction.

Conclusion: Pyramidectomy is effective for the treatment of pathological nipple discharge. It is an effective diagnostic and therapeutic approach. The results of the surgery are favorable as regards of histology and oncologic and aesthetic follow up.

Keywords: Pyramidectomy, Carcinologic, Aesthetic.

Dakar, pour en analyser les aspects techniques et les résultats carcinologiques et esthétiques.

I. MATERIEL ET METHODES

Le matériel chirurgical utilisait une boîte classique de chirurgie mammaire tandis que l'instrumentation de repérage comportait une seringue de 10 cc remplie de 5 cc de bleu de méthylène, une intranule de 22 gauge.

Sous anesthésie générale, la patiente était installée en décubitus dorsal, bras ipsilatéral à 90 degré avec un champ opératoire dégageant le sein et le prolongement axillaire.

KA S., SOME R., THIAM J., DIENG M.M., DIOUF D., GAYE P.M., DEM A. La pyramidectomie dans l'écoulement mamelonnaire pathologique à l'Institut Joliot Curie de Dakar. Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°1, p. 1-4

On cathétérise le pore avec l'intranule (figure 1), on injectait 1 à 2 cc de bleu de méthylène sans surpression pour éviter une extravasation traumatique (figure 2).



Figure 1: Cathétérisme du pore après repérage de l'écoulement

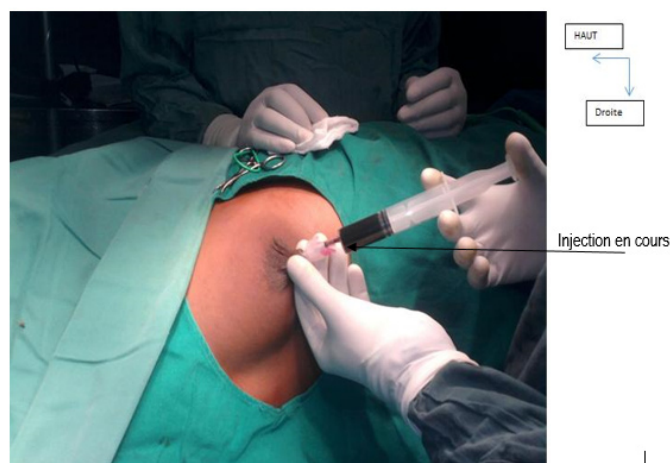


Figure 2 : Injection de bleu de méthylène

Quand la cathétérisation était impossible, on procédait directement à l'incision péri-aréolaire avec ou sans refend et on injectait le produit dans le canal dilaté disséqué. Quand la taille du sein était importante on effectuait une incision type Hemibatwing. Le siège de l'incision était guidé par les données de l'échographie et/ou de la galactographie. L'exérèse du lobe était guidée par la coloration bleue du parenchyme (figure 3).



Figure 3 : Exérèse du lobe atteint

La fermeture était faite par simple rapprochement glandulaire au vicryl 2/0 et par des points intradermiques inversés. Le drainage de la loge d'exérèse n'était pas effectué.

Les résultats carcinologiques étaient évalués sur la récurrence locale et les résultats esthétiques sur la non déformation du galbe mammaire.

II. RESULTATS

Nous avons réalisé 15 pyramidectomies pour écoulements mamelonnaires pathologiques sur une période de 7 ans soit une incidence de 2 patientes par année. L'âge moyen des patientes était de 46 ans avec des extrêmes de 32 et 66 ans. L'écoulement était séro-sanglant chez 10 patientes, soit 67% des cas, séreux chez 3 patientes dans 20% des cas et sanglant chez 2 patientes, soit 13% des cas. L'échographie était normale dans 1 cas.

On notait une dilatation canalaire chez 8 patientes soit 54% des cas, 1 lésion kystique, 1 processus tissulaire intra-canalaire chez 2 patientes soit 13%. La mammographie était classée ACR I chez 2 patientes (13%), ACR II chez 8 patientes (53%) et ACR III chez 5 patientes (34%). La galactographie a pu préciser le siège de la lésion sous forme de prolifération canalaire chez 3 patientes (20%) à gauche et chez 4 patientes (27%) à droite. La cytologie du liquide était en faveur de lésion bénigne à type d'hyperplasie bénigne chez 9 patientes (60%) et de dystrophie kystique chez 5 patientes (40%). Le cathétérisme du pore incriminé était effectué chez 12 patientes (80%) et avait échoué d'emblée chez 3 patientes (20%) nécessitant ainsi un cathétérisme retro aréolaire sur canal dilaté. Chez 2 patientes, une incision type Hemibatwing était effectuée du fait de la grande taille des seins. Nous avons noté chez 12 patientes (80%) des lésions bénignes ou non invasives. Il s'agissait de papillome intra-galactophorique chez 7 patientes, de galactophorite ectasiant chez 3 patientes, de carcinome lobulaire in situ chez 2 patientes avec des marges envahies et de carcinome invasif avec des marges saines chez une patiente. Les marges étaient envahies dans les 2 cas de carcinomes lobulaires in situ et saines dans le carcinome infiltrant. Les 2 carcinomes lobulaires in situ avaient nécessité une mastectomie de rattrapage avec reconstruction mammaire immédiate par lambeau de grand dorsal. Le carcinome invasif avait bénéficié secondairement de curage ganglionnaire axillaire.

III. DISCUSSION

L'écoulement mamelonnaire représente 3 à 8% des motifs de consultation en sénologie [12]. L'âge de survenue est variable et se situe le plus souvent en période pré ménopausique [12,18]. Il est fréquent pour des raisons physiologiques liées à la multiparité et aux allaitements [12,17]. La hantise est le cancer. L'imagerie peut être évocatrice en montrant des signes évoquant

un cancer tels qu'une masse ou un papillome [7,14]. L'utilisation du bleu de méthylène est courante [10]. Les auteurs de la technique fluorescente reprochent à ceux de la coloration l'inconvénient de ne pouvoir voir la ligne de dissection sur le tissu mammaire [13]. La microdochectomie est plus minimaliste en réséquant une quantité de parenchyme plus petite [6]. Si elle préserve plus de tissu mammaire, elle a l'inconvénient de ne pas être complète et d'offrir un traitement définitif de la lésion bénigne, et expose plus facilement à une mastectomie de rattrapage en cas de lésion maligne [5]. L'optimisation du geste de pyramidectomie est obtenue grâce au traçage des limites de résections par le colorant dont l'innocuité est déjà démontrée. Le bleu de méthylène est un composé organique (méthylthioninium chlorure). C'est un antiseptique de moins en moins utilisé du fait de sa faible action fongicide et bactéricide. Il est utilisé lors de chimiothérapie anticancéreuse comme antidote à l'ifosfamide afin de prévenir les crises convulsives liées à la neurotoxicité du produit. Mais il est surtout utilisé en chirurgie dans les repérages des trajets de fistules, dans la vérification de la perméabilité des trompes et en sénologie dans le traçage des trajets des petites tumeurs repérées en radiologie. Il n'y a aucun effet secondaire connu mais il peut colorer les selles et les urines en cas d'ingestion. Les effets secondaires notamment allergiques sont rares [10]. Aucune complication n'a été décelée dans notre série. La technique de résection doit obéir aux règles de tumorectomie pour sécuriser les marges. Du fait d'une absence de masse palpée dans la plupart des cas, le diagnostic de cancer est plus rare que dans les tumeurs solides [1]. Les complications locales sont également plus rares que dans les tumorectomies pour tumeurs solides. A ce stade de diagnostic, l'absence de curage ganglionnaire et de biopsie du ganglion sentinelle diminue le taux de complications [3]. L'examen histologique de la pièce de pyramidectomie pose le diagnostic [11,15]. La majorité des étiologies de cette pathologie est représentée par des lésions bénignes, notamment des papillomes intracanalaires ou des ectasies galactophoriques [8,16]. Les indications de chirurgie, pyramidectomie ou microdochectomie, doivent être restreintes aux patientes présentant un écoulement sans masse. Le stade tumoral est donc précoce en cas de malignité, ce qui rend les résultats carcinologiques encourageants [2,9]. En cas de marges envahies, la nécessité d'un traitement radical entraîne des résultats identiques à celles des résultats de la mastectomie [16].

CONCLUSION

La pyramidectomie utilisant le bleu de méthylène est une technique fiable, reproductible accessible et efficace pour la prise en charge des écoulements mamelonnaires pathologiques. C'est un examen diagnostique et thérapeutique. Elle donne de bons résultats carcinologiques et esthétiques.

REFERENCES

1. **Benamor M, Nos C, Freneaux P, Clough K.** Technique du ganglion sentinelle dans es cancers du sein. *Encycl Med Chir, Techniques Chirurgicales-Gynécologie* 2004 ; 865-F-10, 6p.
2. **Cabioglu N, Hunt KK, Singletary SE, Stephens TW, Marcy S, Meric F, Ross MI, Babiera GV, Ames FC, Kuerer HM.** Surgical decision making and factors determining a diagnosis of breast carcinoma in women presenting with nipple discharge. *J Am Coll Surg* 2003; 196(3):354-64.
3. **Clough KB, Heitz D, Salmon RJ.** Chirurgie locorégionale des cancers du sein. *Encycl Med Chir, Techniques Chirurgicales-Gynécologie* 2003; 41-970,15p.
4. **Down SK, Kha P, Burger A, Hussein MI.** Oncological advantages of oncoplastic breast-conserving surgery in treatment of early breast cancer. *The breast Journal*, 2013; 19(1):56-63.
5. **Giard S.** Comment je fais l'exérèse d'un canal galactophorique responsable d'un écoulement mamelonnaire isolé. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2004 ;32(12) :1075-6.
6. **Hahn M, Fehm T, Solomayer EF, Siegmann KC, Hengstmann AS, Wallwiener D, Ohlinger R.** Selective microdochectomy after ductoscopic wire marking in women with pathological nipple discharge. *BMC Cancer* 2009; 17(9):151.
7. **Hou MF, Huang TJ, Liu GC.** The diagnostic value of galactography in patients with nipple discharge. *Clin Imaging* 2001; 25(2):75-81.
8. **Kocdor MF, Sevinc AI, Canda, T, Balci P, Cadaroglu O, Harmancioglu O.** Pathologic nipple discharge in patients with radiologically invisible mass: review of 28 consecutive sub-areolar explorations. *Breast J.* 2009 May-Jun; 15(3):230-5.
9. **Lanitis S, Filippakis G, Thomas J, Christfides T, Al Muufti R, Hadjiminias DJ.** Microdochectomy for single-duct pathologic nipple discharge and normal or benign imaging and cytology. *Breast Edinb Scotl.* Juin 2008;17(3):309-13.
10. **Lucas N, Benay IS, Laine P, Nicolie B, Fondrinier E.** Choc anaphylactique et bleu patenté : à propos de quatre cas et revue de la littérature. *J Gynecologie Obstétrique Biol Reprod.* 2010 ; 39(2) : 116-20.
11. **Nicholson BT, Harvey JA, Cohen MA.** Nipple-areolar complex: normal anatomy and benign and malignant processes. *Radiographics* 2009; 29(2):509-23.
12. **Ngou Mve Ngou JP, Mayi Tsonga S, Ezinah F, Meye JF.** Ecoulement mamelonnaire sanglant unilatéral et cancer du sein à Libreville, Gabon: analyse retrospective sur 10 ans. *Clin Mother Child Health* 2009 ; 6(2) :1081-1086.

13. **Ohno T, Inoue K, Nagayoshi S, Fukuda T, Irie J.** A novel duct-lobular segmentectomy for breast tumors with nipple discharge using near-infrared indocyanine green fluorescence imaging. *Asian J Surg.* 2013 ;36(4) :170-3.
14. **Parthasarathv V, Rathnam U.** Nipple discharge: an early warning sign of breast cancer. *Int J Prev Med* 2002; 3(11):810-4.
15. **Richards T, Hunt A, Courtney S, Umeh H.** Nipple discharge: a sign of breast cancer? *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 8(2):124-6.
16. **Sakorafas GH.** Nipple discharge : current diagnostic and therapeutic approaches. *Cancer Treat Rev.* 2001 ; 27(5) :275-82.
17. **Vargas HI, Romero L, Chelebowski RT.** Management of bloody nipple discharge. *Curr Treat Options Oncol* 2002; 3(2): 157-61.
18. **Zheng W, Wen M, Kang H.** The diagnosis and treatment of nipple discharge in 253 cases. *Hunan Med Univ* 1998;23(3):311-3.