

Editorial de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM)

La Mastectomie Prophylactique avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire (NSM) robot assistée (RNSM) est une nouvelle technique opératoire mini invasive qui a pour objectif de réaliser une mastectomie emportant la glande mammaire avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire par une voie d'abord déportée esthétique en minimisant la rançon cicatricielle¹. Cette intervention est largement réalisée dans le monde : une dernière méta analyse de 49 études a recensé 13.886 cas. Les résultats d'équipes spécialisées ne montrent pas de différence significative de morbidité des RNSM comparées aux mastectomies prophylactiques conventionnelles².

L'Industriel qui commercialise le robot Da Vinci X/Xi a décidé de ne pas assurer le support de formation dans cette indication de mastectomie prophylactique robot assistée sur Da Vinci X/Xi bien que cette indication ait obtenu le marquage CE.

A cette occasion, la SFSPM rappelle deux points essentiels à cette prise en charge

1°) L'importance de la qualité de l'exérèse glandulaire dans cette indication.

Un reliquat glandulaire existe toujours quelle que soit la technique proposée : la quantité dépend des méthodes d'évaluation; la qualité de l'exérèse est directement liée à l'expertise chirurgicale⁶.

Après mastectomie, la quantité de glande résiduelle varie selon les séries de moins de 5% à 15% ... voire plus ! 15% de tissu glandulaire résiduel en position retro aréolaire sur une étude sur cadavre⁴.

Giannotti & al ont publié une étude rétrospective de 367 IRM post mastectomie. 11 points de mesure furent établis : pour 9 d'entre eux le lambeau glandulaire dépassait 5.5 mm. De la glande résiduelle fut retrouvée dans 51% des cas de NSM. Cette quantité de glande résiduelle devrait être évaluée après mastectomie prophylactique pour guider la surveillance des patientes et surtout les informer d'un potentiel risque⁷.

2°) La sécurité technique indispensable pour réaliser cette chirurgie

La courbe d'apprentissage varie de 11 pour des équipes entraînées à la chirurgie robotique⁵, 20 sans expérience robotique antérieure⁹ et jusqu'à 26 pour un chirurgien sans support d'équipe³.

La sélection des patientes est fondamentale pour diminuer la morbidité post opératoire : petite taille du sein, sans ptose chez une femme non fumeuse.

Le geste opératoire doit être standardisé pour devenir reproductible. A la difficulté technique de ce geste de résection glandulaire complète s'additionne la complexité de la prise en charge robotique.

Les résultats chirurgicaux dans les meilleures séries d'équipes à haut débit notent une morbidité globale de 30%, un risque de nécrose mamelonnaire de 3%, des complications traitées médicalement dans 89% (Clavien Dindo 2) et chirurgicalement dans 11% (Clavien Dindo 3)¹⁰.

Enfin, cette chirurgie augmente le temps opératoire et le coût de prise en charge¹.

La SFSPM souhaite sensibiliser les chirurgiens qui envisagent de débiter cette prise en charge chirurgicale sur le respect des règles oncologiques de résection glandulaire de cette intervention. Un résidu glandulaire important fait courir le risque de l'apparition d'une tumeur agressive chez une patiente faussement rassurée par son intervention et donc sujette à une surveillance sénologique inadaptée. De plus l'absence de support de formation affichée par le constructeur rend la courbe d'apprentissage plus compliquée et plus longue réservant cette chirurgie à des centres spécialisés à haut volume de patientes.

Rouanet Philippe, Membre du Conseil d'Administration de la SFSPM

Houvenaeghel Gilles, Président du Conseil Scientifique de la SFSPM

BIBLIOGRAPHIE

1. Minimally Invasive Mastectomy: It Is Coming Around the Mountain. Sarah L. Blair, MD, and Frederic Kolb, MD. *Ann Surg Oncol* (2022) 29:4016–4018
2. Robotic nipple-sparing mastectomy complication rate compared to traditional nipple-sparing mastectomy: a systematic review and meta-analysis. M. D. Filipe¹ E. de Bock¹ E. L. Postma² O. W. Bastian¹ P. P. A. Schellekens³ M. R. Vriens¹ A. J. Witkamp¹ M. C. Richir¹ *Journal of Robotic Surgery* (2022) 16:265–272.
3. Evaluation of the Learning Curve in Robotic Nipple-sparing Mastectomy for Breast Cancer. Zhu-Jun Loh,¹ Tzu-Yi Wu,² Fiona Tsui-Fen Cheng³. *Clinical Breast Cancer*, Vol. 21, No. 3, e279-84 ^a 2020.
4. Residual breast tissue after robot-assisted nipple sparing mastectomy. Park KU & al. *The Breast* 55 (2021) 25e29.
5. Prophylactic nipple-sparing mastectomy with immediate breast reconstruction: results of a French prospective trial; Houvenaeghe G & al. *BJS*, 2021, 108, 296–301.
6. Residual Glandular Breast Tissue After Mastectomy: A Systematic Review. Orit Kaidar-Person, MD^{1,2}, Liesbeth J. Boersma, MD, PhD³, Philip Poortmans, MD, PhD⁴, Miri Sklair-Levy, MD⁵, Birgitte Vrou Offeren, MD, PhD⁶, Maria-Joao Cardoso, MD, PhD⁷, and Dirk de Ruyscher, MD, PhD. *Ann Surg Oncol* (2020) 27:2288–2296.
7. Mastectomy May Be an Inferior Oncologic Approach Compared With Breast Preservation. Jose Luiz Barbosa Bevilacqua. *Int J Radiation Oncol Biol Phys*, Vol. 103, No. 1, pp. 281e285, 2019.
8. Analysis of Skin Flap Thickness and Residual Breast Tissue After Mastectomy. Giannotti DG & al. *Int J Radiation Oncol Biol Phys*, Vol. 102, No. 1, pp. 82e91, 2018.
9. Robotic Prophylactic Nipple-Sparing Mastectomy with Immediate Prosthetic Breast Reconstruction: A Prospective Study. Benjamin Sarfati ¹, Samuel Struk ², Nicolas Leymarie ¹, Jean-François Honart ¹, Heba Alkhashnam ¹, Kim Tran de Fremicourt ¹, Angelica Conversano ¹, Françoise Rimareix ¹, Marie Simon ^{3 4}, Stefan Michiels ^{3 4}, Frédéric Kolb ¹. *Ann Surg Oncol* 2018 ;25(9):2579-2586.
10. Surgical and Oncologic Outcomes of Robotic and Conventional Nipple-Sparing Mastectomy with Immediate Reconstruction: International Multicenter Pooled Data Analysis. Hyung Seok Park # ¹, Jee Lee # ², Hung-Wen Lai ^{3 4 5}, Jung Mi Park ⁶, Jai Min Ryu ⁷, Jeong Eon Lee ⁷, Jee Ye Kim ¹, Emilia Marrazzo ⁸, Alessandra Margherita De Scalzi ⁹, Giovanni Corso ^{9 10}, Filippo Montemurro ¹¹, Guglielmo Gazzetta ¹¹, Giada Pozzi ¹¹, Antonio Toesca. *Ann Surg Oncol* 2022;29(11):6646-6657.