



CANADIAN SOCIETY FOR AESTHETIC PLASTIC SURGERY  
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CHIRURGIE PLASTIQUE ESTHÉTIQUE

70 Carson Avenue  
Whitby, Ontario L1M 1J5  
csapsoffice@gmail.com  
Tel: (905) 655-9889; 1-800-263-4429  
Fax: (905) 655-7319  
www.csaps.ca



CANADIAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS  
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES CHIRURGIENS PLASTICIENS

803 Laurier Avenue E. #2  
Montréal, QC H2J 1G2  
csps\_sccp@bellnet.ca  
Tel: (514) 843-5415; 1-800-665-5415  
Fax: (514) 843-7005  
www.plasticsurgery.ca

Le 3 décembre 2019

Chers membres de la SCCP et de la SCCPE,

De nombreux membres nous ont écrit pour obtenir une mise à jour sur LAGC-AIM. Vous trouverez ci-dessous une synthèse des données et de la littérature actuellement disponibles sur ce sujet, qui complète nos conseils précédents. La SCCP et la SCCPE reconnaissent qu'il peut y avoir des différences géographiques dans les ressources disponibles et l'expertise spécifique qui peut remplacer les lignes directrices ci-dessous. Nous continuons de conseiller à nos membres de rester à jour avec la littérature et d'interpréter les nouvelles données scientifiques en utilisant leur propre jugement. Étant donné que les connaissances au sujet du LAGC-AIM sont en évolution constante, toutes les informations et les directives de pratique énumérées ci-dessous sont sujettes à changement au fur et à mesure que de nouvelles données émergent.

Une grande partie des données ci-dessous provient d'une vidéoconférence du 4 novembre 2019 organisé par l'Association des Spécialistes en Chirurgie Plastique et Esthétique du Québec avec le Dr Mark Clemens comme conférencier invité. Nous avons envoyé une invitation à tous les membres de la SCCPE et de la SCCP à participer à cette vidéoconférence. Comme la plupart d'entre vous le savent, le Dr Clemens est un chirurgien plasticien qui est affilié au MD Anderson Centre du Cancer au Texas et un expert mondial sur le LAGC-AIM. Il a fourni les dernières informations sur LAGC-AIM, y compris les lignes directrices du NCCN (National Comprehensive Cancer Network) et les renseignements de la première conférence mondiale sur LAGC-AIM qui s'est tenue à Rome, en Italie, le 6 octobre 2019. Le Dr Clemens était le co-président de cette conférence.

#### **Cas connus actuels de LAGC-AIM (statistiques en août 2019) :**

Il y a 18 regroupements dans le monde associés à LAGC-AIM. La cause de ces grappes n'est pas connue.

Etats-Unis : 164 cas  
Canada : 31 cas  
Reste du monde : 511 cas

#### **Cas de LAGC-AIM causant la mort:**

Canada : 1 décès  
Monde : 33 décès

#### **Incidence par type d'implant, texturée :**

Implants texturés macro (y compris Biocell) – de toutes les entreprises dans le monde, l'incidence est d'environ **1:2200**

### **Incidence par entreprise d'implants au Canada :**

L'incidence de la biocellule d'Allergan est d'environ 1:3345  
L'incidence de Siltex de Mentor est **d'environ 1:86,000**

### **Ratio d'incidence au Canada :**

Biocell : Siltex est 25 : 1

À ce jour, il n'y a jamais eu de cas de LAGC-AIM chez un patient avec implant lisse pur.

À ce jour, il n'y a aucune association entre LAGC-AIM et la technique chirurgicale au moment de l'implantation ou une cause infectieuse. Il n'y a aucun microbiome distinct associé à LAGC-AIM.

Présentement, aucune société de chirurgie plastique (SCCP / SCCPE / ASAPS / ISAPS) et aucun organisme gouvernemental (Santé Canada / FDA) ne suggère ni ne recommande l'ablation prophylactique des implants mammaires à texture macro.

### **Présentation de LAGC-AIM :**

BIA-ALCL peut se présenter comme une effusion, une masse, une éruption cutanée ou un ulcère chez un patient qui a eu des implants texturés depuis plus d'un an (l'incidence maximale est de 8 à 10 ans). Il s'agit d'une distribution de courbe en cloche des cas de LAGC-AIM s'étant produites de 2 à 22 ans après l'implantation avec un pic à 10 ans après l'implantation.

Il est normal chez tous les patients d'implants mammaires d'avoir 10 à 15 cc de fluide autour de tous les implants mammaires. Dans les cas de LAGC-AIM il y a généralement 100 à 1000 ml de fluide autour de l'implant.

L'échographie mammaire semble d'être un premier test approprié pour évaluer l'implant, la capsule, la paroi thoracique et le bassin adjacent des ganglions lymphatiques. En outre, l'implant mammaire contra latéral doit être évalué par ultrasons. Si l'ultrason détecte une anomalie quelconque, chez le patient. Un IRM est l'enquête de suivi la plus appropriée.

Si le fluide est présent, une aspiration à l'aiguille devrait être faite sous contrôle d'ultrason et le fluide envoyé pour la cytologie, la cytométrie de flux pour des clones de cellules T et, si disponible, IHC pour CD30 et les marqueurs additionnels possibles pour différencier davantage si CD30 positif. Dans la mesure du possible, aspirez 50 cc ou plus pour augmenter la précision de la cytologie. La disponibilité de ces tests peut différer selon les différences régionales entre les provinces et les territoires.

Si une masse est présente, une biopsie incisionnelle ou une biopsie de l'aiguille de base est indiquée.

### **Scénarios des Résultats Possibles :**

#### Négatif :

La cytologie est négative pour le lymphome, présente des cellules normales et/ou peu de cellules CD30- bénignes.

Aucun traitement supplémentaire n'est requis. Suivi de routine.

Il est important de savoir que 90 % des patients qui présentent un sérome tardif seront bénins.

#### Non concluant / indéterminé :

Si la cytologie n'est pas « concluante », Il est avisé de faire des imageries supplémentaires et de consulter le centre régional de cancérologie pour l'évaluation, la consultation et l'enquête multidisciplinaires.

#### Positif :

Si la cytologie est positive pour LAGC-AIM référer au centre régional de cancer pour un traitement multidisciplinaire.

---

### **Traitements :**

Les patients présentant la biopsie prouvée LAGC-AIM exigent une approche multidisciplinaire comprenant un oncologue (spécialiste de lymphome), oncologue chirurgical, chirurgien plastique et un hématologue oncologique

#### Traitement chirurgical :

Tous les cas nécessitent une intervention chirurgicale, y compris la résection en bloc de l'implant, de la capsule et de la tumeur environnante qui s'étend au-delà de la capsule. Le traitement chirurgical comprend la biopsie des ganglions lymphatiques et/ou l'ablation.

Dans 85% des cas, la chirurgie sera un traitement définitif.

Il est actuellement acceptable d'utiliser un implant lisse au moment de la reconstruction après le traitement de LAGC-AIM.

#### Chimiothérapie :

15 % des patients auront besoin d'une chimiothérapie auxiliaire. Les oncologues peuvent envisager soit une approche standard pour LAGC systémique (lignes directrices NCCN pour la thérapie de première intention d'un lymphome périphérique à cellules T) comme la chimiothérapie à base d'anthracycline combinaison ou, alternativement, une combinaison avec le vedotin brentuximab. Les rapports de cas ont démontré l'activité favorable de la vedotine de brentuximab dans LAGC-AIM, et la combinaison de la chimiothérapie à base d'anthracycline et de la vedotine de brentuximab a démontré un avantage global de survie comparé à la chimiothérapie seule dans le traitement de première ligne de CD30 exprimant les lymphomes périphériques de T-cell dans l'essai d'ECHELON II.22-27. Basé sur les résultats de l'essai d'ECHELON II, l'addition du brentuximab est maintenant considérée la thérapie de première ligne « préférée » pour les lymphomes à cellule T périphériques. La décision concernant la chimiothérapie la plus appropriée dépasse les compétences des plasticiens et devrait donc être initiée en consultation avec l'oncologie.

### **Suppression prophylactique des implants texturés Biocell et des capsules environnantes :**

Il n'existe actuellement aucune société de chirurgie plastique ni aucun organisme gouvernemental (Santé Canada / FDA) qui recommande l'élimination prophylactique des implants biocellulaires et des capsules environnantes.

Présentement, on croit qu'un échange d'implants texturés d'un patient contre des implants lisses avec ou sans capsulectomie partielle ou complète n'élimine pas le risque qu'un patient développe LAGC-AIM. Il y a eu deux patientes qui ont subi la capsulectomie totale et l'enlèvement de leurs implants texturés qui ont développé LAGC-AIM à une date ultérieure (à distance de l'explantation et de la capsulectomie).

L'ablation prophylactique des implants texturés pour raisons d'inquiétude/ crainte a été associée à la morbidité significative. Les complications ont inclus - mais ne sont pas limités à - un pneumothorax, l'exposition du péricarde et des dommages aux vaisseaux sous-claviers avec le saignement intraopératoire significatif. L'ablation prophylactique d'une capsule submusculaire de catégorie I est presque impossible à faire "en bloc". Lors de la planification d'un retrait prophylactique, nous conseillons de discuter de ces risques avec les patients et, en particulier, les patients doivent être conscients qu'une capsulectomie complète ne donne pas nécessairement une «garantie» qu'ils ne développeront pas LAGC-AIM plus-tard.

Suite aux discussions avec l'ACPM, il est recommandé que tous les chirurgiens plasticiens documentent leur discussion complète avec les patients vus en consultation pour des préoccupations au sujet de leurs implants texturés et LAGC-AIM. Cela doit inclure la position actuelle de SC / FDA / SCCPE / SCCP / ASAPS / ASPs / ISAPS au moment de la consultation. Il doit également inclure la divulgation complète des risques associés à la chirurgie en général et les risques spécifiques à l'explantation avec ou sans capsulectomie, y compris ceux ci-dessus. Le document de consentement doit également inclure des informations sur le fait que l'explantation de l'implant (avec ou sans le remplacement avec un implant lisse) avec ou sans capsulectomie complète n'empêche pas nécessairement le développement du LAGC-AIM.

Les raisons postulées pour ce développement de LAGC-AIM après la capsulectomie sont les suivantes:

La maladie peut être liée à des bactéries - peut-être une infection négative gramme (non prouvé)

La maladie peut être liée à des particules causant une phagocytose exhaustive et la conversion des lymphocytes normaux en lymphome (non prouvé)

La maladie peut être liée à un hydrocarbure aérodynamique « toxine » libéré de l'implant qui peut se lier à un récepteur chez les personnes sensibles qui possèdent ce récepteur (non prouvé)

Ces trois causes potentielles peuvent passer à travers la capsule d'implant, qui n'est qu'une gaine de collagène autour de l'implant, et n'empêche pas «l'ensemencement» du tissu adjacent quand l'implant est in situ.

**Veillez consulter les sources suivantes pour obtenir de plus amples renseignements sur LAGC-AIM :**

Mars 2019 PRS

Mars 2019 ASJ

**Lignes directrices du Consensus du CNRC 2019 sur le diagnostic et le traitement de Lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM):**

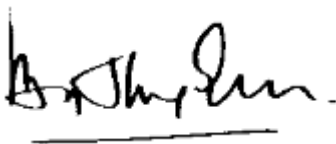
Aesthetic Surgery Journal, Volume 39, Issue Supplement\_1, March 2019, Pages S3–S13,

[https://academic.oup.com/asj/article/39/Supplement\\_1/S3/5304919](https://academic.oup.com/asj/article/39/Supplement_1/S3/5304919)

Lien vers la première Conférence mondiale sur LAGC-AIM le 6 octobre 2019 à Rome, Italie

[https://www.youtube.com/playlist?list=PLIPMloWRvwV-ZtmsU-hcO3x3M2gwMyfN&fbclid=IwAR31fj2FqtbBi2Z\\_j33o-GB2vRkRG4Mzi6dZ3SBOu7X9h-30GTqbo4WQcQs](https://www.youtube.com/playlist?list=PLIPMloWRvwV-ZtmsU-hcO3x3M2gwMyfN&fbclid=IwAR31fj2FqtbBi2Z_j33o-GB2vRkRG4Mzi6dZ3SBOu7X9h-30GTqbo4WQcQs)

Nous espérons que cette lettre fournit un résumé utile de l'état actuel des connaissances entourant le diagnostic et le traitement de LAGC-AIM. Nous encourageons nos membres à continuer à fournir les meilleurs soins possibles à nos patients.



Bing Siang Gan MD, FRCSC  
Président  
Société Canadienne des Chirurgiens Plasticiens



Scott Barr, MD, FRCSC  
Président  
Société Canadienne de Chirurgie Plastique Esthétique