

Les indications de reconstruction mammaire immédiate

A. FITOUSSI *
(Paris)

Résumé

But : améliorer le nombre et la qualité des reconstructions mammaires après mastectomie. Pour ce faire, il faudrait mieux sélectionner les patientes, donner la bonne indication, la bonne technique, le bon moment pour cette intervention qui est censée améliorer le confort et la décision carcinologique.

Matériel et méthodes : nous effectuons de nombreuses reconstructions mammaires selon différentes techniques, dont les indications sont maintenant bien sélectionnées, elles permettent d'améliorer les résultats esthétique et fonctionnel de ces interventions souvent lourdes. En effet, en démarrant la reconstruction dans le même temps opératoire, on va améliorer le résultat esthétique et réduire le nombre de temps opératoires nécessaires.

Résultat : les bénéfices, en termes de résultat esthétique, sont majeurs : réduction de la taille des cicatrices mammaires, amélioration de la forme du sein reconstruit par conservation de l'étui cutané, diminution de l'utilisation de lambeau musculocutané, diminution du nombre de cicatrices à distance et des douleurs qu'elles occasionnent

* Centre du sein - 18 rue Pierre et Marie Curie - 75005 Paris

Correspondance : centredusein75005@gmail.com

fréquemment. De nombreux essais thérapeutiques vont dans ce sens et confortent la reconstruction immédiate, aussi bien en termes de qualité de résultat que de suivi à long terme.

Une bonne sélection des patientes, en fonction de critères multiples, est obligatoire. Elle dépend des traitements antérieurs, de la forme et la taille des seins, de l'âge physiologique des patientes et des pathologies associées. Mais l'avis des patientes est bien sûr indispensable.

Conclusion : il faut donc essayer d'augmenter le nombre des reconstructions immédiates afin d'éviter cette période sans reconstruction souvent très mal vécue. Des protocoles thérapeutiques adaptés peuvent être utilisés, en particulier en intercalant la radiothérapie lorsqu'elle est nécessaire avant la chirurgie. Des études préliminaires ont déjà montré cette faisabilité sans risque supplémentaire à long terme. Les résultats esthétiques sont meilleurs, mieux acceptés et limitent le nombre d'interventions.

Mots clés : cancer du sein, mastectomie, reconstruction mammaire

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Docteur Alfred Fitoussi, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

La reconstruction mammaire tient une place croissante dans la prise en charge du traitement du cancer du sein. Cette chirurgie fait partie intégrante des protocoles thérapeutiques et doit s'intégrer le mieux possible, afin de donner de meilleurs résultats esthétiques et le moins de complications possibles.

Le problème du choix entre reconstruction mammaire immédiate (RMI) ou secondaire (RMS) reste d'actualité. Par exemple, l'indication d'une radiothérapie postopératoire va le plus souvent empêcher la RMI, et donc la qualité de la reconstruction. Des essais ont été effectués ou sont en cours afin de prouver la faisabilité de la RMI suivi de radiothérapie. Cette chirurgie semble possible, mais le taux de complications (dont font partie les coques Becker III) est bien plus

important que sans radiothérapie [1]. L'utilisation d'un LMC (lambeau musculocutané) semble minimiser ces complications sans les faire disparaître [2]. Mais les résultats semblent meilleurs et le taux de complications inférieur lorsque la radiothérapie est délivrée en préopératoire.

Les résultats en RMS peuvent être de bonne qualité. Cependant de nombreux éléments vont dégrader ce résultat : des cicatrices plus longues, des « coups de hache » du segment I ou un effet « patch » pour les lambeaux musculocutanés. La qualité de la peau et du muscle de la paroi thoracique va imposer l'utilisation d'un LMC, pas toujours souhaité par les patientes...

I. BILAN PRÉOPÉRATOIRE QUI INFLUENCE L'INDICATION

Avant de discuter des différentes interventions possibles (technique opératoire, reconstruction immédiate ou pas...), une évaluation globale de la patiente est indispensable : sa morphologie, ses souhaits et les possibilités locales.

Une information complète et compréhensible doit être fournie avec un support écrit si possible. Des photos peuvent éventuellement lui être montrées afin de mieux percevoir les cicatrices et les résultats.

La première consultation va être décisive pour la patiente, elle va lui permettre de formuler sa demande pour la reconstruction immédiate ou secondaire car certaines patientes voudront d'abord se débarrasser des différents traitements et de la maladie, afin d'aborder plus sereinement la phase de reconstruction.

On profitera de cette première consultation pour revenir sur les différents traitements qui ont été nécessaires et qui peuvent moduler l'indication opératoire (en particulier la radiothérapie). On évoquera les suites opératoires et leurs complications qui peuvent modifier l'indication chirurgicale (lymphocèle récidivante avec ponctions multiples, difficultés de cicatrifications avec parfois nécrose cutanée et cicatrisation dirigée...).

On recherchera également les gestes opératoires préexistants et les cicatrices associées : tumorectomie en dehors de la cicatrice de la future mammectomie (dans le sillon sous-mammaire, très haute située...), voire d'oncoplastie (cicatrice en T, radiaire...) qui peuvent également modifier l'indication opératoire.

Dans les cas de reconstruction immédiate, on insistera sur les cicatrices, la disparition le plus souvent du mamelon et de l'aréole, la consistance du sein reconstruit en fonction de la technique utilisée... et

sur le nombre de temps opératoires nécessaires pour finaliser la reconstruction.

L'opérateur va ensuite analyser au mieux les multiples facteurs qui lui permettront de poser une indication opératoire et d'expliquer ce choix à la patiente :

- la taille, le poids et ses modifications récentes ;
- le tabagisme à quantifier ;
- les tares associées : diabète, asthme, hypertension... ;
- les traitements locaux antérieurs : en particulier le type et la dose de radiothérapie (curiethérapie éventuellement, maladie de Hodgkin...), chimiothérapie... ;
- l'état psychologique : traitements antidépresseurs associés, suivi psychiatrique... ;
- bilan d'extension récent négatif si possible ;
- l'existence d'une lésion même bénigne du sein opposé qu'il faudra retirer dans le même temps opératoire (adénofibrome, lipome, microcalcifications...) ;
- les malformations associées : scoliose, déformations thoraciques, agénésie mammaire controlatérale... ;
- les traitements au long cours : anticoagulants, anticancéreux, corticoïdes... ;
- matériel local : pacemaker, prothèse de hanche ou de l'épaule... ;
- le volume mammaire à réaliser (bonnet et tour de thorax) ;
- la forme du sein opposé (très large, dégradé de ptose, mammectomie bilatérale...) ;
- les traitements éventuels sur le sein opposé (cicatrices, plastie de symétrisation ou de réduction préexistante, radiothérapie...) ;
- la qualité et la quantité de la peau mobilisable sur le thorax et en dessous du sillon sous-mammaire ;
- les cicatrices associées : sur le thorax, le sein opposé, l'abdomen, le dos... ;
- la souplesse de la peau et son épaisseur ;
- la souplesse et le volume des zones éventuellement donneuses : le dos, l'abdomen, la fesse, la possibilité de prélèvement de graisse pour le lipomodélage.

Ces facteurs multiples entrent tous en compte pour la qualité et la fiabilité de la reconstruction. Certains sont très importants comme le tabac, l'irradiation, l'obésité... Mais il n'est pas toujours facile de prouver leurs impacts. En effet, pour le tabac, de nombreux auteurs semblaient croire que son rôle était délétère [3], mais certains ne retrouvent pas plus de complications avec le tabac [4]. Les autres facteurs, mis à part l'opérateur, semblent tous peu significatifs [3].

L'opérateur va également évaluer par un interrogatoire précis :

- la motivation de la patiente pour cette chirurgie contraignante ;
- ses éventuelles expériences personnelles précédentes (geste de reconstruction déjà effectuée sur le sein opposé), sur des proches (amis ou famille), voire dans des associations de patientes. Souvent ces expériences ont déjà orienté la patiente vers telle intervention qu'elle a trouvée « formidable » ou contre telle autre qu'elle dit insoutenable ;
- l'acceptation des cicatrices à distance, des multiples temps opératoires et des modifications de volume du sein opposé si nécessaire ;
- l'effet « patch » avec cicatrices supérieure et inférieure pour les lambeaux musculocutanés quand ils ne peuvent pas être complètement enfouis ;
- du volume qu'elle souhaiterait obtenir en fin de reconstruction si cela est possible (plus petit pour les gros volumes ou plus gros pour les hypotrophies).

L'opérateur va aussi évoquer avec la patiente les attentes de la reconstruction et les réalités :

- forme, souplesse, insensibilité, mobilité envisageable du sein reconstruit selon la technique utilisée ;
- nécessité fréquente d'un geste chirurgical sur le sein opposé avec des cicatrices supplémentaires et des troubles de la sensibilité qui y sont associés (réduction, augmentation, cure de ptose...) ;
- devenir de la reconstruction et reprise chirurgicale éventuelle à long terme en fonction des techniques et du matériel utilisés (changement d'implant en cas de rupture ou de coque mal supportée du sein reconstruit ou modification du volume du sein opposé...) ;
- à l'issue de ce bilan très complet, on pourra proposer et expliquer à la patiente les différentes techniques possibles dans son cas précis : les avantages et les inconvénients, l'évolution à long terme, les possibilités de reprises chirurgicales qui sont parfois nécessaires (souffrances des lambeaux, thromboses des lambeaux libres...) ;
- l'incidence des effets de la radiothérapie sur la reconstruction mammaire devra être évoquée avec la patiente. On expliquera alors pourquoi on préfère différer cette intervention. En effet, les effets délétères de la radiothérapie (sclérose locale, rétraction des tissus, coque périprothétique, exposition prothétique...) sont multiples aussi bien en termes de complications que de résultats esthétiques. C'est pour ces raisons qu'on optera pour une reconstruction secondaire même si un sacrifice cutané supérieur est nécessaire.

Des photos « avant-après » peuvent être montrées à la patiente si elle le souhaite.

Une note d'information complète reprenant les différents points essentiels de la consultation lui sera fournie.

Une seconde ou une troisième consultation d'information peut parfois être nécessaire avant toute décision chirurgicale.

Les avantages de la reconstruction immédiate sont multiples : économie d'un temps opératoire, diminution des cicatrices visibles, pas d'effet « patch » des LMC, conservation de l'étui cutané, forme du sein plus naturelle, aspect du sillon sous-mammaire, formes particulières, limiter les cicatrices controlatérales...

II. INDICATION OPÉRATOIRE

II.1. Quand faire cette reconstruction ?

Pour répondre à cette question, nous allons étudier les différents cas de figures possibles. Elles sont aux nombres de trois :

- il s'agit d'un premier cancer et dans ce cas, plusieurs situations sont envisageables en fonction des traitements complémentaires associés, en particulier la radiothérapie, mais aussi la chimiothérapie surtout si elle est agressive ;
 - il s'agit d'un traitement préventif (chirurgie prophylactique) et aucun traitement complémentaire n'est envisagé, sauf surprise ;
 - il s'agit de la récurrence d'un cancer du sein déjà traité de façon conservatrice et qui a bénéficié d'une radiothérapie sur le sein.
- On n'envisagera donc pas de nouvelle radiothérapie.

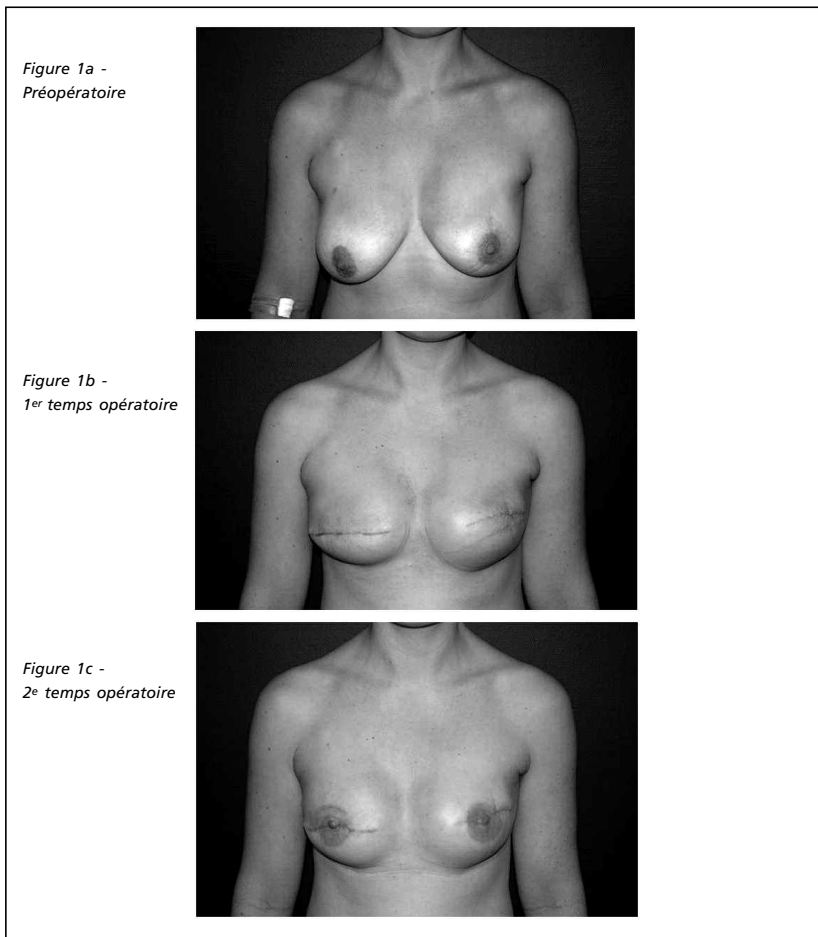
II.1.a. Pour les patientes mutées qui souhaitent un traitement préventif

Pour ces patientes qui ne vont avoir aucun traitement complémentaire, la reconstruction mammaire immédiate (RMI) est possible et le plus souvent souhaitée (plus de 90 % des cas).

Cette chirurgie ne pose pas de problème particulier, mis à part la possibilité de conservation de l'étui cutané et de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) [5].

Les résultats sont bien sûr différents si on « sacrifie » une grande partie de l'étui cutané et la PAM, en raison d'un volume mammaire ou d'une ptose très importante (Figures 1a, 1b et 1c), ou si on conserve

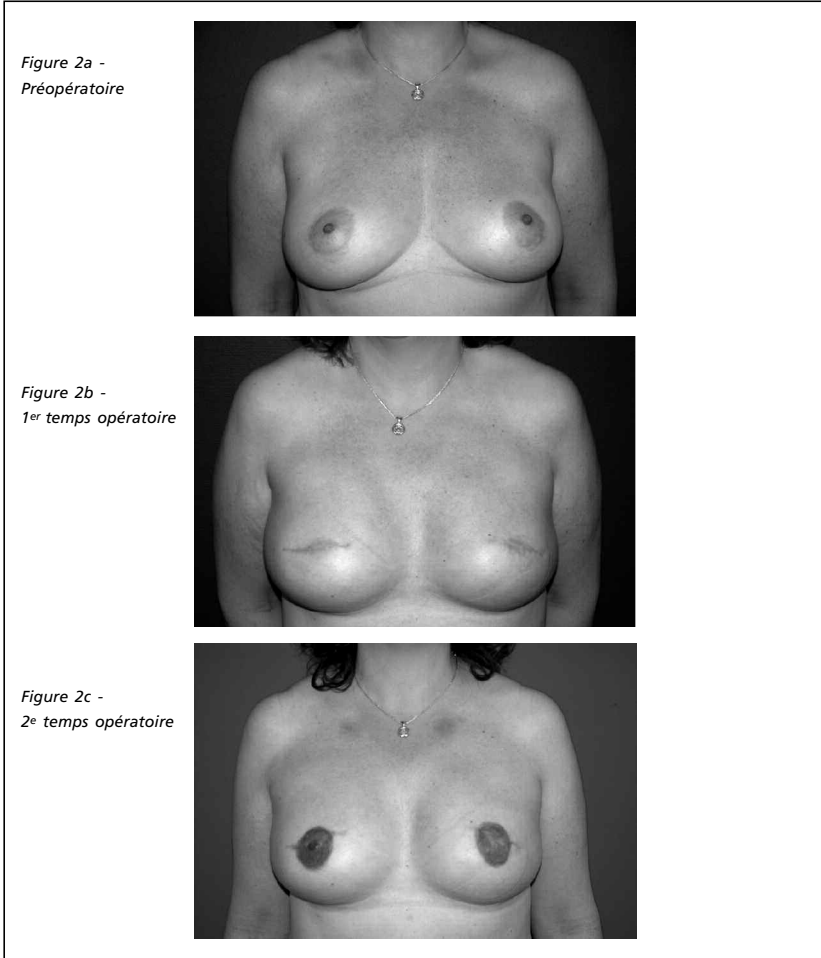
Figures 1 - RMI bilatérale par prothèse avec exérèse large de la peau et de la PAM



l'étui cutané (Figures 2a, 2b et 2c), voire la PAM (Figures 3a et 3b) dans certains cas très sélectionnés.

Un délai de réflexion de deux mois est souhaitable et on en profitera pour faire bénéficier la patiente d'une consultation avec un psychologue et un gynécologue spécialisés afin de pouvoir répondre à toutes les questions de la patiente et appréhender au mieux les suites et le choc opératoire [6].

Figures 2 - RMI bilatérale par prothèse avec cicatrice courte emmenant la PAM



II.1.b. Pour les patientes qui présentent un premier cancer uni ou bilatéral

Deux solutions sont envisageables en fonction de la nature du cancer.

En effet, soit le cancer est intracanalair (CIC) dans sa totalité, soit il est associé à des lésions micro-infiltrantes, voire infiltrantes de petites tailles qui ne nécessitent pas de radiothérapie. L'intérêt d'une réunion

Figures 3 - RMI bilatérale par prothèse avec cicatrice courte externe et conservation de la PAM



pluridisciplinaire (RCP) préopératoire est indispensable pour confirmer cette abstention thérapeutique. Une exploration axillaire sera systématique, son résultat pourra éventuellement modifier cette décision. Une RMI est envisageable si la patiente le souhaite.

Si le cancer est infiltrant et/ou de volume important, si pour toute autre raison une radiothérapie postopératoire est souhaitable (intérêt de la RCP préopératoire), on privilégie une reconstruction mammaire secondaire (RMS).

II.1.c. Pour les patientes qui présentent une récurrence d'un cancer du sein

En théorie, toutes ces patientes ont déjà bénéficié d'une radiothérapie de paroi et ne pourront plus en avoir. Si les conditions locales le permettent, une RMI est toujours envisageable. La technique sera discutée plus tard. On utilisera volontiers un lambeau musculocutané (LMC) pédiculé ou libre (lambeau de grand dorsal (Figures 4a, 4b et 4c) ou lambeau abdominal (Figures 5a, 5b et 5c). Une reconstruction immédiate par prothèse ou par expandeur peut être proposée si l'état local le permet.

Figures 4 - RMI par lambeau de grand dorsal + prothèse sur sein irradié avec séquelles

Figure 4a -
Préopératoire

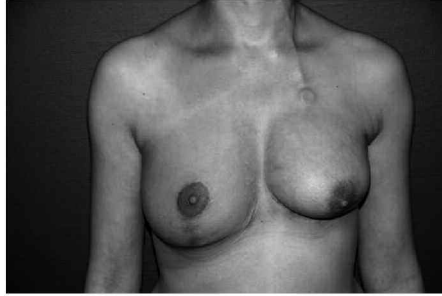


Figure 4b -
Reconstruction
gauche

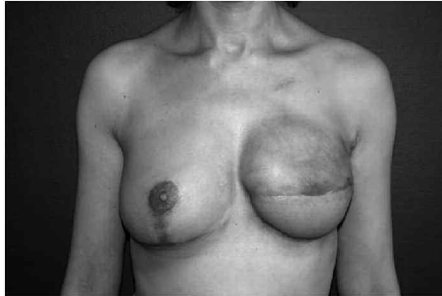
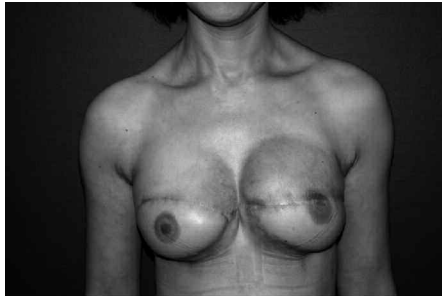


Figure 4c -
Reconstruction
droite



Figures 5 - RMI bilatérale par TRAM avec conservation de l'étui cutané et ablation de la PAM. Radiothérapie à droite

Figure 5a -
Préopératoire

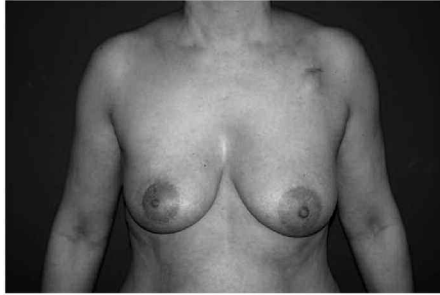


Figure 5b -
1^{er} temps opératoire

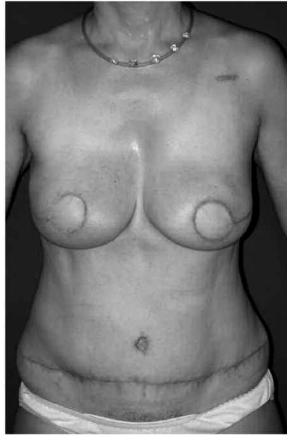
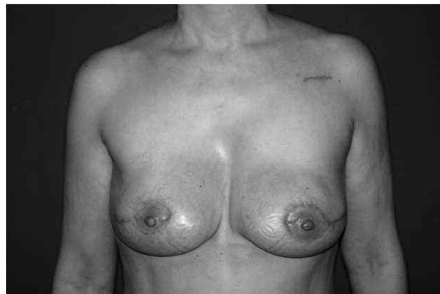


Figure 5c -
2^e temps opératoire

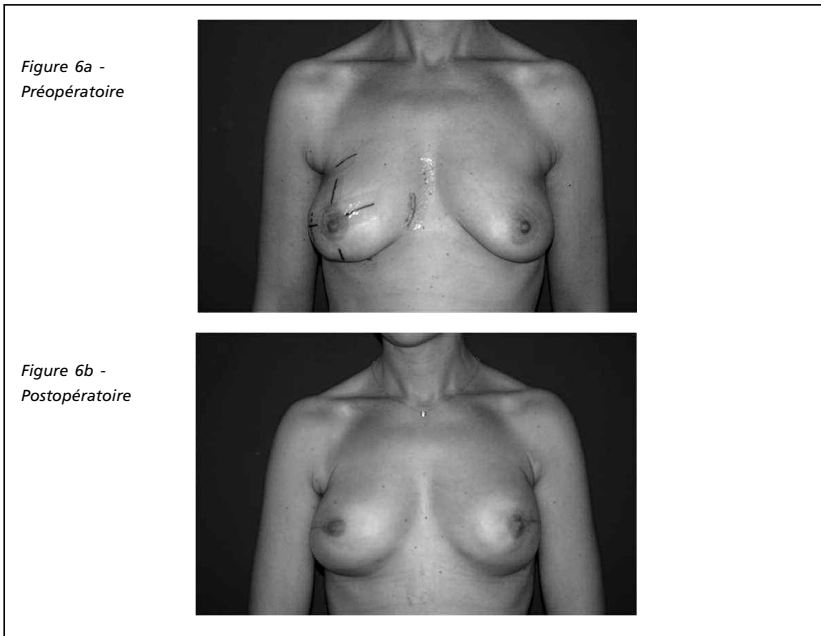


II.1.d. Cas particuliers

Chimiothérapie néoadjuvante : dans certains cas de tumeurs agressives, une chimiothérapie peut être mise en route avant la chirurgie. Dans ces cas, si la radiothérapie n'est pas indiquée, une RMI pourra être envisagée. On limitera le risque de complications postopératoires par une technique simple et sécurisante.

La radiothérapie préopératoire : dans certains cas très sélectionnés, et quand les patientes le demandent, on peut effectuer la radiothérapie avant la chirurgie. En effet, si celle-ci n'entraîne pas de lésions cutanées majeures, on réalisera une RMI chez des patientes prévenues des risques inhérents à cette technique. Bien sûr, on optera facilement pour un LMC et une exérèse cutanée large, mais si la peau est de bonne qualité, une RMI par prothèse est possible (Figures 6a et 6b). On rappelle que des études sont en cours pour confirmer la faisabilité de cette séquence, en particulier avec les LMC de grand dorsal (PHRC (projet hospitalier de recherche clinique en cancérologie) en cours M-RIC).

Figures 6 - RMI bilatérale par prothèse avec conservation de l'étui cutané et de la PAM et avec irradiation préopératoire à droite



II.2. Comment faire cette reconstruction ?

Le choix de la technique chirurgicale dépend de multiples facteurs :

- de facteurs médicaux : diabète, hypertension majeure mal contrôlée, asthme, emphysème, insuffisance respiratoire ou cardiaque...,
- des traitements en cours : anticoagulant, antidépresseurs...,
- des cicatrices préexistantes : cicatrices abdominales multiples, thoracotomie...,
- de facteurs personnels : désir de grossesse, grande sportive...,
- des critères morphologiques du sein : la forme, le volume, la ptose... et l'aspect du sein controlatéral,
- de facteurs locaux : état de la peau et du pectoral, séquelles radiques et de la nécessité de retirer de la peau.

Le choix de la technique chirurgicale dépend aussi de l'avis de la patiente et de son acceptation des cicatrices supplémentaires. Les habitudes du chirurgien entrent souvent en compte.

Les indications sont parfois évidentes, en cas de refus de cicatrices complémentaires, de cicatrices abdominales multiples... qui interdisent un LMC. Dans les autres cas, lorsque plusieurs solutions sont possibles, une décision partagée avec la patiente est souhaitable.

Pour les patientes jeunes, pas trop fortes, avec un sein de volume petit ou moyen, la solution la plus simple est la prothèse. Elle est le plus souvent mieux acceptée par la patiente parce qu'elle évite une cicatrice dorsale souvent mal supportée. Pour les patientes qui présentent des séquelles locales radiques, ou une peau et sous-peau fines et scléreuses, on utilisera volontiers un LMC de grand dorsal avec un implant mammaire [7].

Pour les patientes avec des seins plus volumineux, un embonpoint certain, et parfois des séquelles radiques (sans tares associées), on va privilégier un LMC (souvent grand dorsal plus prothèse). Dans le cas où les patientes sont très fortes et qu'elles présentent un bon pannicule adipeux, on utilisera un LMC de grand dorsal autologue (sans prothèse, avec la graisse du dos et parfois un lipofeeling secondaire afin d'améliorer son volume s'il était insuffisant) ou un lambeau abdominal [8].

Dans certains cas, la situation locale avec des séquelles radiques majeures, ou lors de complications chirurgicales antérieures (échec de reconstruction, sepsis...), toute chirurgie sans lambeau musculocutané est « illusoire ».

De nombreuses études de qualité de vie semblent aujourd'hui montrer que le temps de mastectomie sans reconstruction n'est pas

nécessaire pour mieux vivre la reconstruction. Ces études semblent prouver une meilleure acceptabilité de cette chirurgie avec reconstruction mammaire immédiate [9].

CONCLUSION

Les avantages de la reconstruction mammaire immédiate (RMI) sont nombreux et les résultats souvent supérieurs à ceux de la reconstruction secondaire.

On pourra donc la proposer à toutes les patientes qui le souhaitent, si les conditions sont réunies, en particulier pas de radiothérapie postopératoire ou de chimiothérapie agressive. Les contre-indications peuvent aussi être en rapport avec une pathologie associée (anticoagulant, insuffisance cardiaque, diabète mal équilibré...). Dans les autres cas, on essaiera d'adapter la technique à la situation locale et au souhait de la patiente quand plusieurs solutions sont envisageables.

Leur nombre peut largement augmenter en posant les bonnes indications et en utilisant des techniques opératoires adaptées. La prise en charge par des équipes pluridisciplinaires facilite cette prise en charge globale.

Des modifications des schémas thérapeutiques, en intercalant la radiothérapie (si elle est nécessaire) avant la chirurgie peuvent permettre d'augmenter leur nombre, pour certaines indications bien sélectionnées. Des études en cours sont censées confirmer cette évolution thérapeutique.

Bibliographie

- [1] Drucker-Zertuche M, Bargallo-Rocha E, Zamora-Del RR. Radiotherapy and immediate expander/implant breast reconstruction: should reconstruction be delayed. *Breast J* 2011 Jul-Aug;17(4):365-70.
- [2] Barry M, Kell MR. Radiotherapy and breast reconstruction: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2011 May;127(1):15-22.
- [3] Cowen D, Gross E, Rouannet P, Teissier E, Ellis S, Resbeut M, Tallet A, Cowen WW, Azria D, Hannoun-Levy JM. Immediate post-mastectomy breast reconstruction followed by radiotherapy: risk factors for complications. *Breast Cancer Res Treat* 2010 Jun;121(3):627-34.
- [4] Nahabedian MY, Tsangaris T, Momen B, Manson PN. Infectious complications following breast reconstruction with expanders and implants. *Plast Reconstr Surg* 2003 Aug;112(2):467-76.
- [5] Fitoussi A, Couturaud B, Salmon R. Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein. Techniques et indications. Éditions Springer, Paris, novembre 2007.
- [6] Fitoussi A *and coll.* Chirurgie prophylactique : à propos de 107 cas. *La lettre du cancérologue*, n°8. Octobre 2008.
- [7] Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein, traitement conservateur, oncoplastie et reconstruction. Collection « Techniques chirurgicales ». Éditions Elsevier Masson, Paris, novembre 2010.
- [8] Mazouni C, Pachet C, Rimareix F. Indications and technical procedures of mastectomy with immediate breast reconstruction. *Gynecol Obstet Fertil* 2009 Sep;37(9):742-8. Epub 2009 Aug 13. French.
- [9] Heneghan HM, Prichard RS, Lyons R, Regan PJ, Kelly JL, Malone C, McLaughlin R, Sweeney KJ, Kerin MJ. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy - A comparison with patients undergoing breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol* 2011 Sept 5.

