

Quelle(s) stratégie(s) pour la reconstruction du sein ?

CHAPITRE **16**

J.-P. Fyad, T. Sorin

Introduction

Après une mastectomie, toutes les femmes ne font pas une demande de reconstruction mammaire (RM). Mais celles qui le font cherchent à retrouver une harmonie, leur féminité, et un apaisement. Le défi n'est pas tant physique (reconstituer une structure anatomique, dans les trois plans de l'espace, la plus naturelle possible) que psychologique. L'enjeu est bien celui de l'acceptation d'un corps « modifié » par d'autres.

Les possibilités techniques sont nombreuses. La question du choix, donc de la stratégie, est *centrale*. Or, il existe peu de consensus. De nouvelles pistes sont sans cesse explorées dans un mouvement général de « désescalade » des traitements.

Ce chapitre ne présente pas d'arbre décisionnel mais relève d'un parti pris assumé : celui d'une prise en charge « à la carte », différente pour chaque patiente, tenant compte de sa demande, et de sa physionomie.

État des lieux : existe-t-il un consensus minimal ?

La reconstruction mammaire améliore-t-elle la qualité de vie ?

La reconstruction mammaire (RM) améliore la qualité de vie (QdV) par ses effets sur l'apparence physique, le bien-être psychosocial et la sexualité [1]. Il faut rappeler cependant qu'un tiers seule-

ment des femmes font le choix de la RM. Ce faible ratio peut résulter de la crainte de nouvelles interventions, de l'absence d'information de la part du chirurgien sénologue ou d'une difficulté d'accès à un chirurgien qualifié. Mais ce peut être aussi un choix assumé. Dans tous les cas, la perception par la patiente de sa propre image corporelle (et notamment de ce qui fait sa féminité) est déterminante pour la QdV.

Y a-t-il une différence de qualité de vie entre reconstruction mammaire immédiate et différée ?

La reconstruction mammaire immédiate (RMI) permet de faire *en partie* l'économie de la période asymétrique, « sans sein », au moins sur le plan physique. En conservant une grande partie de l'enveloppe cutanée (et dans certaines situations, l'aréole et le mamelon), la RMI améliore beaucoup le résultat esthétique, car la forme du sein initial et le placement du sillon sous-mammaire sont conservés. Or, on sait l'importance du résultat esthétique dans la QdV.

C'est probablement pour cela que la QdV d'une RMI *réussie* est légèrement supérieure à celle d'une reconstruction mammaire différée (RMD). Une RMI au résultat esthétique jugé mauvais entraîne en revanche une chute de la QdV par rapport à une mastectomie sans RM. *A contrario*, en RMD, les défauts esthétiques sont mieux acceptés, car après un long processus de deuil du sein natif, le nouveau sein est ardemment désiré [2].

Y a-t-il une différence de qualité de vie entre reconstruction mammaire autologue et prothétique ?

Les patientes bénéficiant d'une RM autologue, c'est-à-dire utilisant sa propre graisse sans prothèse synthétique, sont significativement plus satisfaites que les patientes bénéficiant d'une RM prothétique [3]. En effet, les tissus autologues ont l'avantage d'être plus naturels sur le plan visuel et tactile. Les résultats sont plus durables dans le temps car ils suivent en partie la ptose naturelle controlatérale et les modifications de poids [4]. Ce type de reconstruction permet de s'affranchir des complications des implants (plis, coque, rupture). Cependant, la QdV des patientes bénéficiant d'une RM autologue peut être altérée par les séquelles des sites donneurs de lambeaux.

Reconstruction mammaire : jusqu'à quel âge ?

La RM doit être considérée sérieusement chez la femme âgée car même après 65 ans, il existe une amélioration significative de la QdV.

Effets de la radiothérapie

La radiothérapie provoque une fibrose des tissus cutanés et sous-cutanés qui perdent leur souplesse [5]. La rigidité de la peau contrarie la restitution d'un galbe et d'une projection naturels.

La radiothérapie est également un facteur de risque de complications, de mauvais résultats et d'échecs lors des RM prothétiques.

Dans ces situations, l'apport d'un lambeau est utile à la fois pour recréer l'enveloppe cutanée mais aussi augmenter son épaisseur [6].

Reconstruction mammaire immédiate et radiothérapie

Les principales indications de RMI sont les RM qui ne recevront pas de radiothérapie postopératoire (mastectomie prophylactique, carcinome *in situ* étendu, récurrence suite à un premier traitement conservateur, petite lésion infiltrante avec

marges positives *d'in situ*). En effet, la radiothérapie détériore fortement le résultat esthétique des RMI (exposition de prothèse et contracture capsulaire; cytotéatonécrose pour les RM autologues). Cependant, il est des situations où la radiothérapie adjuvante, non indiquée *a priori*, est finalement nécessaire après l'analyse de la pièce de mastectomie. Dans ces situations, les RMI autologues résistent mieux aux rayonnements que les RMI prothétiques en termes de résultats esthétiques et de complications (30,1 % *versus* 51,6 %) [7]. La couverture d'une prothèse par un lambeau permet de réduire le taux de complications post-radiques [5].

Demande de reconstruction

La patiente peut se présenter à la consultation sans idée préconçue, laissant le chirurgien libre du choix de la technique. Elle peut au contraire avoir une idée précise de ce qu'elle veut ou ne veut pas. Le chirurgien, grâce à la maîtrise de plusieurs techniques, pourra essayer d'y répondre.

« Je veux le moins de cicatrices possible »

C'est l'avantage principal des reconstructions par prothèses qui sont posées en reprenant la cicatrice de mastectomie.

Les choses sont plus compliquées si la patiente souhaite, en outre, une reconstruction autologue. Les lambeaux laissent des cicatrices très longues (même si elles sont habituellement cachées par les sous-vêtements). La RM par greffes graisseuses peut être une alternative. Le sein doit être de volume petit à modéré, chez une femme en surpoids (IMC > 25), et dont la peau est restée souple et épaisse. Cette technique nécessite entre quatre et six séances de greffe.

En RMI, en revanche, les cicatrices sont habituellement discrètes : horizontales ou obliques en cas d'ablation de l'aréole, péri-aréolaires ou sous-mammaires si l'aréole est conservée. Les cicatrices seront plus étendues si la patiente souhaite en même temps réduire une poitrine trop lourde (grande cicatrice unique ou cicatrice en T inversé).

« J'ai peur des implants mammaires »

Les implants ont des complications connues et documentées après plus de 50 ans d'utilisation. Les deux produits de remplissage disponibles aujourd'hui sont l'eau et le gel de silicone. Ce dernier a fait la preuve de son innocuité sur le plan carcinologique et toxique. C'est surtout le risque de réinterventions (notamment pour changement d'implant) qui doit être discuté. Ainsi, à dix ans, seules 38,4 % des patientes ont encore leur implant d'origine [8]. À cela s'ajoutent le vieillissement asymétrique des seins (le sein reconstruit reste haut) et l'apparition de coques (le sein durcit). Certaines femmes optent ainsi pour une conversion par un lambeau autologue (16 % des RM prothétiques à un délai médian de 64 mois) [8].

Malgré ces éléments, environ 75 % des RM dans le monde utilisent un implant, car ils sont simples d'utilisation et permettent d'obtenir rapidement une symétrie de volume, source de confort vestimentaire. L'utilisation de greffes graisseuses complémentaires permet d'atténuer en partie ces inconvénients. L'emploi de méthodes, utilisant la graisse autologue de la patiente, dérivées des techniques de liposuction pour la reconstruction mammaire, est en cours de développement de façon importante.

« Je veux le résultat le plus naturel »

En RMD, lorsqu'une patiente s'attache fortement au caractère naturel du résultat, le chirurgien s'orientera d'emblée vers une RM autologue. Elle seule permet de recréer un sein souple au toucher, et éventuellement légèrement tombant et mobile lors des changements de position. Pour de petits volumes (bonnets A ou B), elle peut éventuellement être réalisée par des autogreffes de tissu adipeux. Une réduction du sein controlatéral sera souvent nécessaire pour une meilleure symétrie. Si une RM autologue de plus gros volume est voulue par la patiente (bonnets C ou D), ou si la patiente ne présente pas de réserves graisseuses suffisantes, ou encore si la reconstruction nécessite un apport cutané important, un lambeau sera nécessaire. Le choix du lambeau dépendra alors de la physionomie de la patiente (dos ou ventre).

En RMI, grâce à la préservation de l'étui cutané (voire de la plaque aréolomamelonnaire [PAM]) et à l'absence de radiothérapie, on obtient souvent de meilleurs résultats.

« Je veux en finir au plus vite »

Une reconstruction de *qualité* nécessite généralement entre trois et six temps opératoires selon la technique choisie et les séquelles radiochirurgicales. Les lambeaux permettent d'obtenir un résultat final rapidement car, en apportant une large palette cutanée, ils s'affranchissent des séquelles de la paroi.

« Je veux changer ma poitrine » ou « Je ne veux pas que l'on touche à l'autre sein »

Une réduction ou une mastopexie controlatérale est souvent demandée. Elle est habituellement nécessaire pour obtenir une symétrie de volume ou de forme.

Le choix de la patiente d'augmenter le volume global de la poitrine fera préférer une reconstruction par implant pour obtenir un aspect « plein » et symétrique du décolleté.

Lorsque la patiente ne souhaite pas de symétrisation, le choix des techniques est plus difficile, et le risque d'asymétrie plus important. Une RM autologue mimera mieux l'aspect relâché d'un sein naturel. *A contrario*, pour un sein restant « haut », on pourra utiliser un implant, avec un bon résultat à court terme.

« J'ai subi une mastectomie bilatérale : quelle reconstruction mammaire me proposez-vous ? »

Les RM bilatérales utilisant deux techniques différentes (autologue *versus* prothétique), après des traitements différents (avec et sans radiothérapie), ou à des temps différents (RMI *versus* RMD) présentent très souvent un certain degré d'asymétrie. Or, dans cette situation, la satisfaction ne dépend pas du type de RM (autologue ou prothétique) mais plutôt de la symétrie. Il est donc préférable d'utiliser la même technique pour les deux côtés.

Les RM par implants ont l'avantage de la simplicité. Les RM par lambeaux sont possibles mais plus difficiles à mettre en œuvre.

« Je souhaite une mastectomie prophylactique bilatérale »

La RMI par prothèses est habituellement la règle. Des greffes graisseuses sont nécessaires pour améliorer le résultat final. Cette indication doit respecter les recommandations de l'INCa (avis oncogénétique, avis psychologique, délai de réflexion, RCP) [9].

Examen clinique : là où tout se joue !

Le temps de l'examen clinique de la patiente apporte son lot de contraintes techniques : tout n'est pas toujours possible ! Parfois la patiente doit faire le deuil d'une partie de sa liberté de choix...

Séquelles radiochirurgicales importantes

L'agressivité du geste curateur (en réduisant la surface du sein et l'épaisseur du tissu graisseux sous-cutané) conditionne grandement le choix de la technique et le résultat final. La radiothérapie fige la peau dans sa rétraction.

Lorsque la peau est trop rare ou trop rigide pour le volume à reconstruire, ou que la cicatrice doit être largement excisée en raison de son caractère inesthétique, un lambeau est nécessaire. Les greffes graisseuses et l'expansion sont des solutions de « rattrapage » parfois possibles.

Les antécédents de chirurgie abdominale sont à prendre en compte quand on envisage un lambeau abdominal.

Silhouette de la patiente

L'examen doit se terminer par l'étude de la silhouette et notamment des éventuelles zones « donneuses » de lambeaux ou de graisse. Une patiente trop mince ou, au contraire, obèse ne pourra pas bénéficier de certaines techniques.

Le volume du sein controlatéral, le souhait de la patiente de limiter la nécessité de modifier le sein controlatéral ou, au contraire, de l'augmenter ou de le réduire, participent aux éléments à prendre en compte.

Conclusion

En reconstruction mammaire, il n'y a pas de proposition thérapeutique univoque. La proposition est par nature *personnalisée* puisqu'elle doit s'adapter aux contraintes de chaque patiente (thérapeutiques, physiques, psychologiques). Elle tient compte également des contraintes organisationnelles des équipes et des limites techniques de chaque chirurgien.

Idéalement, pour que chaque patiente bénéficie du soin qui lui convient, deux conditions sont nécessaires. La première est de considérer la *préservation du schéma corporel* comme un objectif de première importance : penser aux indications idéales de RMI, à l'inversion des séquences de soins (quand cela est possible), ou participer aux protocoles de recherche clinique en faveur de la préservation aréolaire sont des exemples d'implication des équipes dans ce sens. La deuxième est de proposer un large éventail des techniques utilisables en reconstruction, de la prothèse aux lambeaux en passant par la greffe graisseuse.

L'intégration d'un chirurgien qualifié au sein de l'équipe médicochirurgicale est un moyen d'y parvenir. L'étroitesse des liens entre ce chirurgien et les autres membres de l'équipe est un gage de réussite.

Références

- [1] Eltahir Y, Werners LL, Dreise MM, et al. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction : comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132 : 201e-9e.
- [2] Fyad JP, Fourquet A, Gligorov J, et al. *Acquis et limites en sénologie*. Springer; 2012.
- [3] Eltahir Y, Werners LL, Dreise MM, et al. Which Breast Is the Best? Successful Autologous or alloplastic breast reconstruction : patient-reported quality-of-life outcomes. *Plast Reconstr Surg* 2015; 135 : 43. 50a.
- [4] Petit JY, Rietjens M, Lohsiriwat V, et al. Update on breast reconstruction techniques and indications. *World J Surg* 2012; 36 : 1486-97.

Chapitre 16. Quelle(s) stratégie(s) pour la reconstruction du sein ?

- [5] Kronowitz SJ, Robb GL. Radiation therapy and breast reconstruction : a critical review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124 : 395–408.
- [6] Fischer JP, Nelson JA, Au A, et al. Complications and morbidity following breast reconstruction-a review of 16,063 cases from the 2005-2010 NSQIP datasets. *J Plast Surg Hand Surg* 2014; 48 : 104–14.
- [7] Barry M, Kell MR. Radiotherapy and breast reconstruction : a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2011; 127 : 15–22.
- [8] Spear SL, Murphy DK, Allergan Silicone Breast Implant U.S. Core Clinical Study Group. Natrelle round silicone breast implants : Core Study results at 10 years. *Plast Reconstr Surg* 2014; 133 : 1354–61.
- [9] Chirurgie prophylactique des cancers à prédisposition génétique. Cancer du sein. Recommandations professionnelles : www.e-cancer.fr/content/download/.../chir_prophy_predi_sein.pdf.

