SEIN

La reconstruction mammaire immédiate. Pourquoi ? Pour qui ?

RÉSUMÉ : La reconstruction mammaire immédiate (RMI) permet de diminuer les séquelles psychologiques et affectives de la mastectomie tout en offrant une sécurité carcinologique identique, sous réserve d'une sélection des patientes en RCP. Ses trois indications principales sont les récidives après traitement conservateur, les mastectomies prophylactiques et les carcinomes intracanalaires étendus. La RMI reste cependant plus difficile à mettre en œuvre, car elle fait appel à une expertise spécifique et nécessite un temps de réflexion pour la patiente et les équipes. Or ces décisions sont prises dans un contexte d'urgence relative, ce qui nécessite donc un circuit bien rodé.

→ G. KARSENTI, J.R. GABAY
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF.

La reconstruction mammaire permet de diminuer les séquelles psychologiques et affectives de la mastectomie [1-3]. Cependant, moins de 30 % des patientes pourront en bénéficier et le plus souvent de façon secondaire (RM2).

La reconstruction mammaire immédiate (RMI) possède pourtant des avantages indéniables bien qu'elle soit globalement plus complexe qu'une RM2.

Pourquoi : bénéfices des RMI

1. Meilleurs résultats esthétiques

Une mastectomie sans reconstruction nécessite d'une part une résection cutanée permettant d'effectuer une suture avec une discrète tension. Cela évite l'apparition de plis cutanés disgracieux qui peuvent gêner la patiente lors du port d'une prothèse mammaire externe.

D'autre part, plus la résection cutanée est importante, plus la cicatrice de mastectomie sera longue : celle-ci sera d'autant plus visible et parfois gênante lors de la RM2.

Enfin, une cicatrice trop haute peut également compliquer ou compromettre le résultat esthétique de la reconstruction. Cette résection cutanée importante nécessitera alors une compensation par lambeau d'avancement abdominal, une expansion cutanée (avec un risque d'affinement de la peau) ou l'utilisation d'un lambeau (effet patch) (***fig. 1***).

En revanche, lors d'une RMI, il est le plus souvent possible de conserver l'ensemble de l'étui cutané (mastectomie économe de peau) : la résection com-

FIG. 1 : Reconstruction mammaire secondaire gauche par lambeau de DIEP (effet patch du lambeau).

Sein

FIG. 2 : Mastectomie gauche avec conservation de l'étui cutané et reconstruction mammaire immédiate par lambeau de DIEP. **A :** avant. **B :** après.

prend alors la plaque aréolomamelonnaire (PAM) et d'éventuelles cicatrices antérieures (***fig. 2***).

Le bénéfice cosmétique est alors important puisque l'étui cutané est un élément fondamental de la forme du sein : il suffira de le remplir correctement pour obtenir une reconstruction symétrique avec moins de cicatrices et moins de symétrisation mammaire controlatérale. Il s'agit d'un point non négligeable car en cas de carcinome mammaire controlatéral ultérieur, un geste de symétrisation contre-indique théoriquement le procédé du ganglion sentinelle et contraint à effectuer un curage axillaire, même pour une tumeur de petit volume.

Dans certains cas, la PAM peut être conservée. Le bénéfice cosmétique est évident même si la dissection au contact de la PAM fait souvent disparaître sa sensibilité, son thélotisme et peut modifier également sa couleur. L'indication la plus fréquente est la mastectomie prophylactique (***fig. 3***).

La mastectomie économe de peau ou avec préservation de la PAM nécessite un apprentissage spécifique car le geste est plus difficile et s'accompagne d'un risque de nécrose plus élevé des lambeaux cutanés. Certains procédés ont été proposés pour vérifier leur viabilité mais ne sont pas d'utilisation courante [4-6].

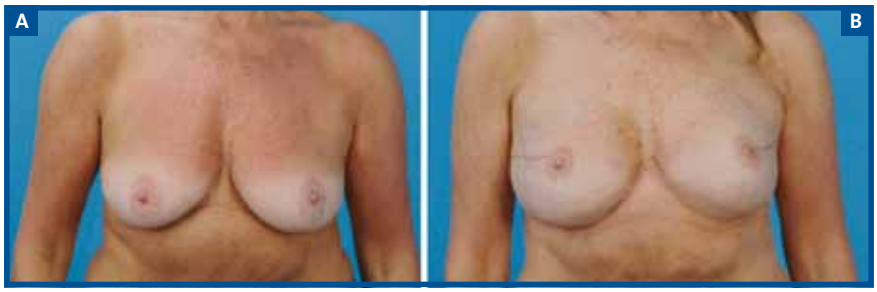

FIG. 3 : Mastectomie bilatérale prophylactique avec conservation de la PAM et reconstruction mammaire immédiate par expandeur, puis prothèse. **A :** avant. **B** : résultat final.

2. Meilleure satisfaction des patientes

Le bénéfice psychologique des RMI n'était pas mis en évidence dans les premières études de qualité de vie. Le travail de deuil était considéré comme nécessaire car les études comparaient la satisfaction postopératoire du sein immédiatement reconstruit avec celui que la patiente venait de perdre (ce qui est toujours "moins bien"), alors qu'en RM2 elle comparait le résultat de sa reconstruction avec sa paroi thoracique plate ! Mais de nombreuses études récentes ont démontré que le résultat est clairement en faveur de la RMI [1, 3, 7, 8] car elles ont pris en compte la période sans reconstruction.

3. Sécurité carcinologique

Les données de la littérature médicale n'ont que de faibles niveaux de preuve car les séries sont majoritairement rétrospectives, sans essai randomisé [9]. Les mastectomies avec conservation de la PAM sont d'analyse encore plus modeste [10, 11], mais il n'y a pas d'éléments mettant en cause la sécurité carcinologique de ces techniques. Toutes ces études publiées montrent que, dans des indications sélectionnées, la conservation de la peau ne s'accompagne pas d'une augmentation du risque de récidive locale. Ce taux de récidive étant plus probablement lié à l'épaisseur des tissus conservés et aux caractéristiques de la tumeur, d'où la nécessité de sélectionner les indications en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et de pratiquer une mastectomie strictement sous-cutanée par un chirurgien expérimenté.

Les contre-indications de la mastectomie économe de peau sont les suivantes :
– tumeur de plus de 5 cm,
– tumeur inflammatoire,
– lésion à moins de 10 mm de la peau cliniquement ou radiologiquement,
– emboles vasculaires ou lymphatiques,
– terrain médical défavorable,

– chimiothérapie adjuvante (CI relative),
– radiothérapie antérieure (CI relative),
– l'âge très jeune (< 35 ans) est aussi une CI relative, en raison du risque plus important de récidive locale à cet âge et de la difficulté plus grande de réaliser une mastectomie radicale dans un sein très glandulaire.

Lorsqu'il n'est pas possible de conserver l'étui cutané, une RMI peut encore être envisagée car elle conserve ses autres atouts.

Pour qui : indications des RMI

Il existe trois indications consensuelles de RMI et deux autres indications moins usuelles (***tableau I***). Dans tous les cas, la décision d'effectuer une RMI doit être discutée avec la patiente et validée en RCP.

On voit clairement que les indications de RMI sont directement liées à l'absence d'indication carcinologique à la réalisation d'une radiothérapie adjuvante. Nous détaillerons dans un autre article les rapports entre RMI et radiothérapie.

- Carcinome canalaire in situ ou micro-invasif étendu, à distance de la peau
- Récidive après traitement conservateur
- Mastectomie prophylactique
- Carcinome canalaire infiltrant nécessitant une mastectomie sans radiothérapie adjuvante :
  – Age supérieur à 40 ans
  – Absence d'envahissement ganglionnaire
  – Taille tumorale inférieure à 5 cm
  – Absence d'atteinte cutanée, PAM, pariétale
  – Absence d'emboles tumoraux vasculaires
  – Mastectomie avec marges saines
  – Absence de chimiothérapie néo-adjuvante
- Tumeur phyllode de haut grade

TABLEAU I : Les indications de RMI.

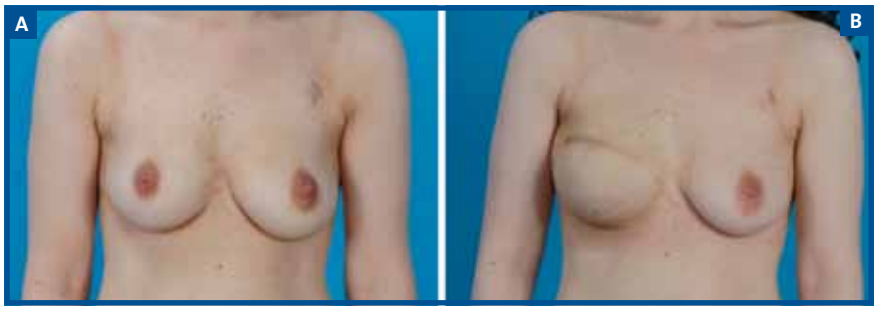

FIG. 4 : Mastectomie droite avec conservation de l'étui cutané et reconstruction mammaire immédiate par prothèse. Décision de radiothérapie adjuvante. **A :** avant. **B :** après.

Difficultés propres aux RMI

La décision doit être intégrée dans la stratégie pluridisciplinaire avec le chirurgien plasticien, et ce dès le début de la prise en charge, ce qui n'est pas toujours le cas.

La technique est plus difficile et apporte son lot de complications spécifiques. Une sélection rigoureuse des patientes est indispensable et il faut savoir repousser le moment de la reconstruction pour la réaliser dans de meilleures conditions.

>>> **Les facteurs de risque (FDR) de complications des RMI par prothèse** [12, 13] (***fig. 4***) **sont les suivants :**
– tabagisme,
– diabète,
– hypertension artérielle,
– obésité,
– âge > 65 ans,
– antécédent d'irradiation de la paroi thoracique.

>>> **Les FDR de complications des RMI avec lambeaux pédiculés [14] sont les suivants :**
– tabagisme,
– obésité,
– antécédent de radiothérapie.

>>> **Les FDR de complications des RMI par lambeau libre sont les suivants :**
– tabagisme,
– hypertension artérielle,
– antécédent d'irradiation de la paroi thoracique.

La certitude de l'absence de radiothérapie adjuvante est parfois difficile, voire impossible à prévoir en préopératoire. Il faut donc prévenir la patiente que le geste opératoire peut être modifié par les résultats extemporanés (examen du ganglion sentinelle en particulier).

La réalisation de la RMI entraîne une morbidité supplémentaire qui peut retarder la réalisation d'un traitement adjuvant. Dans la pratique c'est très rarement le cas [15] car les complications sont précoces et sont guéries le plus souvent dans les 3 ou 4 semaines postopératoires, ne retardant pas ainsi la mise en route des traitements adjuvants (***fig. 5***).

La consultation préopératoire est plus longue et plus complexe : en plus de l'annonce du diagnostic et des informations carcinologiques, il faut également exposer les différentes techniques de RMI, leurs bénéfices et inconvénients, leurs complications potentielles… le tout dans un contexte à forte charge émotionnelle. Il est intéressant d'effectuer au moins deux consultations préopératoires avec présence de l'entourage et utilisation de différents supports. Les centres de documentation, comme l'espace de rencontre et d'information (ERI) ou les rencontres avec d'autres patientes, constituent également une aide à la prise de décision importante pour les patientes.

Sein

POINTS FORTS

- Meilleurs résultats esthétiques des reconstructions immédiates versus secondaires.
- Meilleure satisfaction des patientes.
- Sécurité carcinologique dans les indications ciblées.
- Formation chirurgicale spécifique et travail en équipe indispensables.

FIG. 5 : Mastectomie gauche avec conservation de la PAM et reconstruction mammaire immédiate par grand dorsal autologue. Souffrance partielle postopératoire de la PAM nécessitant 2 semaines de pansements. **A :** avant. **B :** après.

Le choix des techniques de RMI est vaste : dans l'idéal, elles doivent être exposées par un chirurgien les pratiquant toutes ou ayant au moins une bonne connaissance de celles-ci.

Conclusion

Il existe de multiples équipes qui offrent une chirurgie carcinologique de qualité, y compris avec oncoplastie. La RMI reste cependant plus difficile à mettre en œuvre car elle fait appel à une expertise spécifique et nécessite un temps de réflexion pour la patiente et les équipes. Or ces décisions sont prises dans un contexte d'urgence relative, ce qui nécessite donc un circuit bien rodé.

Bibliographie

1. UEDA S, TAMAKI Y, YANO K *et al.* Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery*, 2008 ; 143 : 414-425.
2. HENEGHAN HM, PRICHARD RS, LYONS R *et al.* Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy — a comparison with patients undergoing breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol*, 2011 ; 37 : 937-943.
3. METCALFE KA, SEMPLE J, QUAN ML *et al.* Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*, 2012 ; 19 : 233-241.
4. PHILLIPS BT, LANIER ST, CONKLING N *et al.* Intraoperative perfusion techniques can accurately predict mastectomy skin flap necrosis in breast reconstruction : results of a prospective trial. *Plast Reconstr Surg*, 2012 ; 129 : 778e-88e.
5. MOYER HR, LOSKEN A. Predicting mastectomy skin flap necrosis with indocyanine green angiography : the gray area defined. *Plast Reconstr Surg*, 2012 ; 129 : 1043-1048.
6. RAO R, SAINT-CYR M, MA AM *et al.* Prediction of post-operative necrosis after mastectomy : a pilot study utilizing optical diffusion imaging spectroscopy. *World J Surg Oncol*, 2009 ; 7 : 91.
7. DENEWER A, FAROUK O, KOTB S *et al.* Quality of life among Egyptian women with breast cancer after sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction : a comparative study. *Breast Cancer Res Treat*, 2012 ; 133 : 537-544.
8. SHI HY, TSAI JT, CHEN YM *et al.* Predicting two-year quality of life after breast cancer surgery using artificial neural network and linear regression models. *Breast Cancer Res Treat*, 2012 ; 135 : 221-229.
9. LANITIS S, TEKKIS PP, SGOURAKIS G *et al.* Comparison of skin-sparing mastectomy versus non-skin-sparing mastectomy for breast cancer : a meta-analysis of observational studies. *Ann Surg*, 2010 ; 251 : 632-639.
10. PETIT JY, VERONESI U, ORECCHIA R *et al.* Nipple sparing mastectomy with nipple areola intraoperative radiotherapy : one thousand and one cases of a five years experience at the European institute of oncology of Milan (EIO). *Breast Cancer Res Treat*, 2009 ; 117 : 333-338.
11. PETIT JY, VERONESI U, REY P *et al.* Nipple-sparing mastectomy : risk of nipple-areolar recurrences in a series of 579 cases. *Breast Cancer Res Treat*, 2009 ; 114 : 97-101.
12. KOBRAEI EM, NIMTZ J, WONG L *et al.* Risk factors for adverse outcome following skin-sparing mastectomy and immediate prosthetic reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2012 ; 129 : 234e-41e.
13. LONGO B, SANTANELLI F. Risk factors for eventful outcomes following skin-sparing mastectomy and immediate prosthetic reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2012 ; 130 : 614e-5e ; author reply 5e-6e.
14. PINSOLLE V, GRINFEDER C, MATHOULIN-PELISSIER S *et al.* Complications analysis of 266 immediate breast reconstructions. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2006 ; 59 : 1017-1024.
15. CHANG RJ, KIRKPATRICK K, DE BOER RH *et al.* Does immediate breast reconstruction compromise the delivery of adjuvant chemotherapy ? *Breast*, 2012.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.