

Impact d'une consultation multidisciplinaire pré-thérapeutique dans la prise en charge du cancer du sein

Céline Thomet, Ali Modarressi, Eva Rüegg, Brigitte Pittet-Cuénod

Service de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique, Hôpitaux Universitaires de Genève et Faculté de Médecine, Genève

Il aura fallu attendre presque 100 ans après la première mastectomie en 1882, pour que la reconstruction mammaire soit proposée aux patientes atteintes d'un cancer du sein. En raison de dogmes profondément ancrés, les médecins considéraient qu'un traitement bien conduit consistait en une chirurgie d'ablation étendue et proscrivaient la reconstruction, car celle-ci pouvait masquer une éventuelle récurrence, voire même la favoriser [1].

Grâce à l'évolution des connaissances, la reconstruction mammaire s'est malgré tout développée, surtout en Europe à partir des années 70. Simplifiée par l'apparition des prothèses mammaires, elle a cependant eu sa période de balbutiement avec des chirurgies parfois mutilantes pour des résultats esthétiques souvent décevants, perpétuant ainsi la mauvaise réputation de ces interventions de reconstruction [2].

Actuellement, les raffinements progressifs des différentes techniques permettent de reconstruire un sein capable de s'intégrer dans le schéma corporel et d'améliorer ainsi la qualité de vie et l'image de soi des patientes ayant subi une chirurgie oncologique mutilante.

Introduction d'une consultation multidisciplinaire pré-thérapeutique

A l'heure actuelle, l'excision chirurgicale reste une étape incontournable du traitement du cancer mammaire. Grâce à l'évolution des traitements néo-adjuvants, la chirurgie d'exérèse est heureusement devenue plus conservatrice, mais elle reste néanmoins une étape douloureuse pour les patientes.

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), une réunion multidisciplinaire appelée Concertation de Sénologie Pré-thérapeutique (COSP) incluant gynécologues, sénologues, radiologues, oncologues, chirurgiens plasticiens, physiothérapeutes et infirmières de liaison, a été mise en place en 2000. Durant cette réunion hebdomadaire, toutes les patientes avec un diagnostic de cancer du sein sont présentées, et leur prise en charge discutée avec tous les spécialistes présents. A cette occasion, la reconstruction mammaire est d'emblée évoquée si une mastectomie est envisagée. De nombreuses études ayant démontré que la reconstruction mammaire immédiate est oncologiquement sûre, elle sera alors proposée à la patiente sauf si une radiothérapie postopératoire semble indiquée [3, 4]. Dans certains cas, lorsqu'une tumorectomie est envisagée, une symétrisation de l'autre sein sera aussi discutée.

La figure 1 illustre l'impact de l'introduction de cette consultation multidisciplinaire pré-thérapeutique sur le

nombre de patientes bénéficiant d'une reconstruction mammaire dans notre service. On remarque aussi que de plus en plus de patientes ont pu bénéficier de reconstructions mammaires immédiates, grâce à l'augmentation du nombre de mastectomies avec conservation de l'étui cutané.

Les techniques de reconstruction mammaire

Selon le type de mastectomie effectuée, la reconstruction du sein devra restituer le volume de la glande excisée, mais parfois aussi son enveloppe cutanée, particulièrement lors de reconstruction secondaire. Les techniques à disposition sont la mise en place d'un implant qui permet le rétablissement du volume ou les transferts tissulaires prélevés sur la patiente qui apportent du volume et de la peau.

Les implants

Les premiers implants mammaires ont été développés dans les années 60. Cette méthode est rapide et ne nécessite pas de cicatrice supplémentaire. Placée sous le muscle grand pectoral, la prothèse restaure le volume du sein pour autant que l'étui cutané le permette. En effet, cette technique ne peut pas être utilisée si la peau du sein a été largement excisée ou abîmée par une excision glandulaire trop superficielle ou par de la radiothérapie. Le muscle grand pectoral doit aussi être conservé intégralement pour recouvrir au maximum l'implant. Le muscle sera rallongé en direction du sillon infra-mammaire par la mise en place d'un filet synthétique résorbable pour agrandir et abaisser la loge de l'implant. La reconstruction par implant est souvent décevante car peu naturelle, la prothèse étant fixée à la cage thoracique par le muscle. De plus, un certain nombre de complications à court et long terme, telles qu'infection de l'implant, capsulite douloureuse autour de la prothèse ou rupture de celle-ci, vont souvent impliquer plusieurs reprises chirurgicales au cours de la vie de la patiente.

En cas d'étui cutané insuffisant, la technique d'expansion cutanée qui consiste à placer un expanseur sous le muscle pectoral est parfois utilisée. Durant 6 à 8 semaines, l'expanseur est rempli progressivement par injection d'une solution saline à travers une valve puis, une fois le muscle et la peau suffisamment étirés, la prothèse définitive est mise en place lors d'une deuxième intervention. Il faut savoir que les tissus étirés auront tendance



Céline Thomet

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

à se rétracter après l'ablation de l'expandeur avec un sein qui deviendra rapidement tendu et ferme.

Les lambeaux

Dans les cas où l'étui cutané n'est pas satisfaisant, un apport de peau vascularisée par l'intermédiaire d'un lambeau est nécessaire. Si les patientes émettent le souhait d'éviter l'implantation d'un corps étranger, le lambeau

peut être enfoui sous la peau pour restaurer le volume du sein excisé. Le lambeau pédiculé de type grand dorsal et le lambeau abdominal libre de type DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) sont les deux principaux lambeaux utilisés.

Le lambeau musculo-cutané du grand dorsal inclut une palette de peau, le muscle du grand dorsal et, selon les cas, la graisse sous-cutanée en regard du muscle. Il permet de reconstruire des seins de petit volume. Pour les seins plus volumineux, l'ajout d'une prothèse est nécessaire. Son avantage est d'amener du tissu vascularisé de manière sûre et rapide, car il ne nécessite pas de microchirurgie. Cependant, cette technique laisse une cicatrice visible dans le dos.

Le lambeau abdominal de type DIEP consiste au prélèvement d'une large ellipse de peau et de graisse abdominale sous-ombilicale avec les vaisseaux épigastriques inférieurs profonds [5]. Ces vaisseaux vont être disséqués à travers le muscle droit abdominal, sectionnés et ré-anastomosés au niveau du thorax aux vaisseaux mammaires internes. Contrairement au lambeau TRAM (Transverse Abdominal Musculocutaneous flap), son «prédécesseur», qui emporte une partie ou la totalité du muscle grand droit de l'abdomen incluant le pédicule vasculaire, le muscle est épargné lors du prélèvement du lambeau DIEP (fig. 2). Ainsi les complications de paroi liées au TRAM telles que des éventrations peuvent être évitées, raison pour laquelle nous avons définitivement abandonné cette technique en 2000 dans notre service.

Le principal avantage de la reconstruction par DIEP est qu'elle offre un résultat naturel et confortable à long terme, sans besoin d'implant. L'avantage secondaire est une plastie abdominale au niveau du site donneur est une cicatrice sur l'abdomen (fig. 3). En revanche, l'intervention est plus longue car elle demande une dissection minutieuse des vaisseaux et des anastomoses microchirurgicales. Le risque de perte du lambeau suite à une thrombose des vaisseaux anastomosés est faible, il est situé à moins de 2,5% dans les services expérimentés.

Les résultats préliminaires d'une étude en cours au sein de notre service tendent à démontrer que les patientes

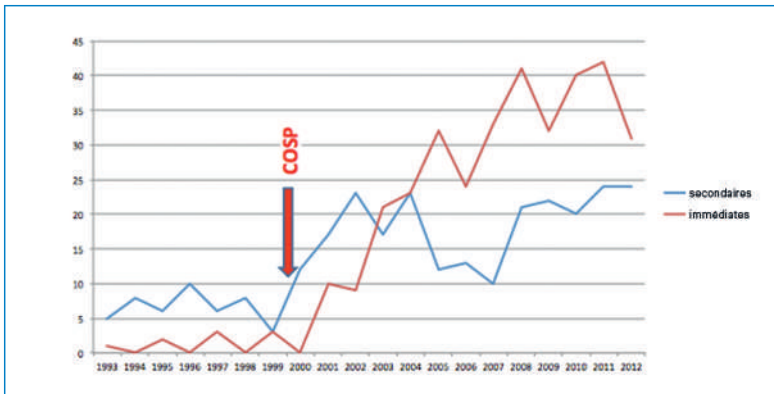


Figure 1
Tableau montrant l'augmentation des reconstructions mammaires depuis l'introduction de la consultation multidisciplinaire en 2000, en particulier des reconstructions immédiates.

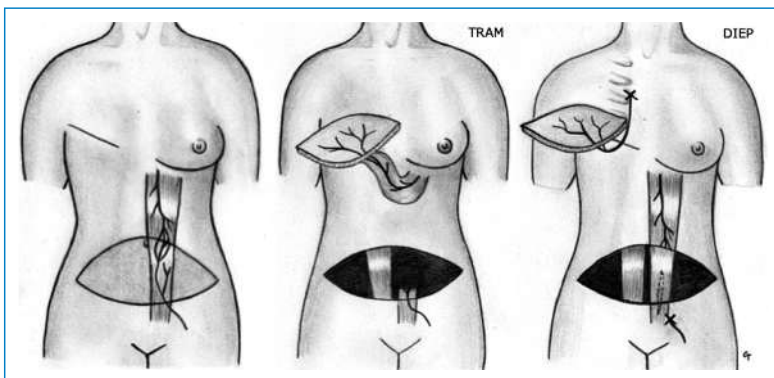


Figure 2
Schémas montrant les techniques de reconstruction mammaire par TRAM et par DIEP.

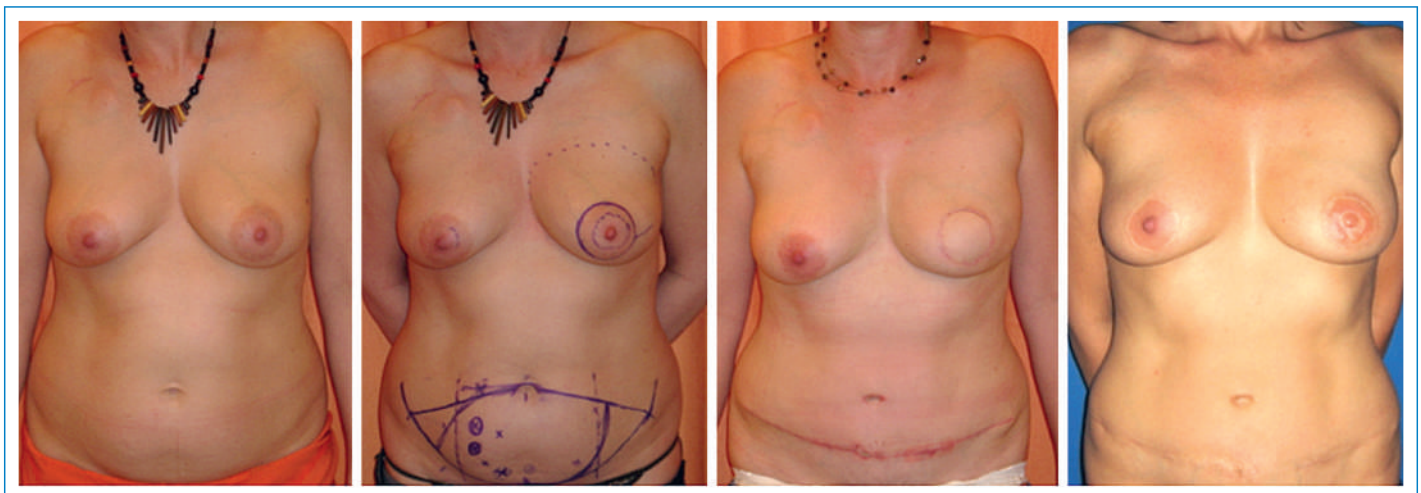


Figure 3
Exemple de reconstruction mammaire immédiate par lambeau libre DIEP chez une patiente ayant bénéficié d'une mastectomie avec conservation de l'étui cutané.

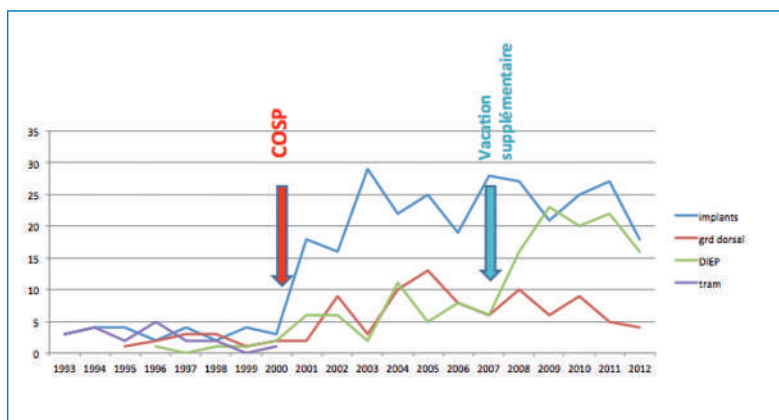



Figure 4
Figure montrant l'impact de l'introduction de la COSP et d'une vacation supplémentaire au bloc opératoire sur le nombre des différentes techniques de reconstruction.

ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire par ce type de lambeau sont, à terme, plus satisfaites que celles ayant bénéficié d'une reconstruction par prothèse ou par lambeau du grand dorsal et ce, en termes de résultat esthétique, de symétrie, de consistance et de sensibilité du sein reconstruit avec un impact significatif sur leur qualité de vie.

L'attribution d'une vacation supplémentaire au bloc opératoire dédiée à la reconstruction mammaire depuis 2008 a permis de mieux répondre aux demandes des patientes et d'augmenter les reconstructions mammaires par DIEP (fig. 4 .

Conclusion

L'expérience au sein des HUG montre que l'introduction d'une consultation multidisciplinaire pré-thérapeutique

a permis à un plus grand nombre de femmes d'accéder à cette reconstruction. De plus, elle a offert la possibilité d'une opération conjointe avec reconstruction immédiate, maintenant reconnue pour diminuer le stress lié à la mastectomie et pour faciliter l'acceptation du sein reconstruit.

Il est donc important que toutes les patientes nécessitant une chirurgie d'exérèse puissent être vues avant leur traitement oncologique par un chirurgien plasticien capable de leur proposer un large choix de reconstructions, notamment par tissus autologues. Une reconstruction doit d'être esthétique et confortable. Dans le cas contraire, elle devient une agression supplémentaire. L'enjeu est majeur en raison du nombre croissant de nouveaux cas diagnostiqués, chez des patientes de plus en plus jeunes.

Correspondance:

Dr Céline Thomet
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH-1205 Genève
[celine.thomet\[at\]hcuge.ch](mailto:celine.thomet[at]hcuge.ch)

Références

- Halsted W. The results of operations for the care of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins hospital from June, 1889, to January, 1894. *Ann Surg.* 1894;20(5):497-555.
- Lomessy A under the supervision of Pittet-Cuénod B. History of autologous breast reconstruction after radical mastectomy, Travail de master, Faculté de Médecine, Genève, Suisse (2013).
- Vlastos G, Elias B, Meyer O, Harder Y, Schäfer P, Pittet B. Mastectomie avec préservation cutanée et reconstruction immédiate. *Bull Cancer.* 2007;94(9):833-40.
- Edström E, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast.* 2005;14(3):201-8.
- Pittet B, Quinodoz P. Une nouvelle technique miro-chirurgicale de reconstruction du sein: le lambeau cutané abdominal basé sur les vaisseaux perforants (DIEP). *Med Hyg.* 2000;58:2587-90.