

Reconstruction Mammaire Secondaire *Principes généraux*

Version validée les 06 & 07/12/2012

Sommaire

Introduction : objectifs et définitions	p.3
Place de la RM dans la prise en charge de femmes atteintes de cancer du sein	p.6
Bénéfices de la reconstruction mammaire	p.10
Notions techniques	p.15
Parcours de la patiente qui souhaite une RM	p.27

Objectifs et professionnels ciblés

- Nous vous proposons de nous centrer sur la reconstruction mammaire secondaire qui intervient à distance de la prise en charge initiale de la patiente et nous semblent rentrer dans les soins de support.
- L'objectif est de documenter et de proposer une synthèse cadrant l'activité de Reconstruction mammaire secondaire pour tous les acteurs susceptibles d'être confrontés à cette demande:
 - Chirurgiens, gynécologues, oncologues, psychologue, infirmières, socio-esthéticiennes, ainsi qu'à tous les professionnels intervenants dans la prise en charge des patientes atteintes de cancers du sein

Définitions

- L'expression « reconstruction mammaire »* (RM) désigne un ensemble de procédures chirurgicales visant à restituer :
 - Une partie ou la totalité de la forme et du volume d'un sein amputé ou absent (respectivement dénommées reconstruction partielle et reconstruction totale) ;
 - Spécifiquement et si nécessaire la symétrie mammaire ;
 - La plaque aréolo-mamelonnaire si celle-ci a été excisée

* Référence Note de cadrage HAS Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre de l'abdomen, avec anastomose vasculaire Technique DIEP (« Deep Inferior Epigastric Perforator ») DIEP, Janvier 2011

Définitions

- La place de la RM est évoquée dans 6 recommandations pour la pratique clinique publiées entre 2001 à 2009 :
 - 2 sont issues de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) («Standards, options et recommandations»)
 - 2 proviennent de la conférence de Saint-Paul de Vence
 - 2 de l'Institut National du cancer
- **Aucun** Référentiel spécifique en France abordant la RM.

(Pré rapport au Royaume Uni sur la Reconstruction Mammaire Secondaire (RMS) plutôt Guide de Bonnes pratiques)

Historique

- Place de la reconstruction :



- Pas de reconstruction
- Reconstruction Mammaire Secondaire(1960)
- Reconstruction Mammaire Immédiate (1980)
- Naissance de l'oncoplastie

- Moment de la reconstruction



- Des années après la mastectomie
- Diminution du temps attente à quelques mois
- Immédiat

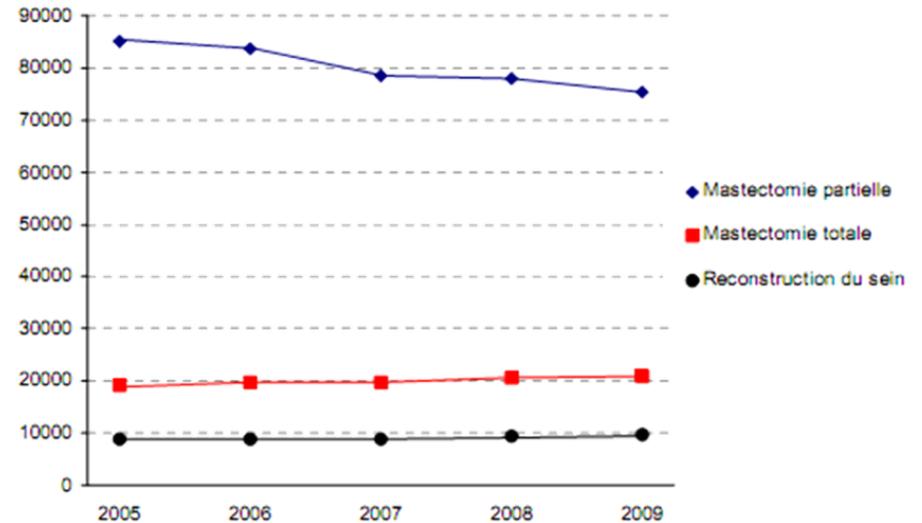
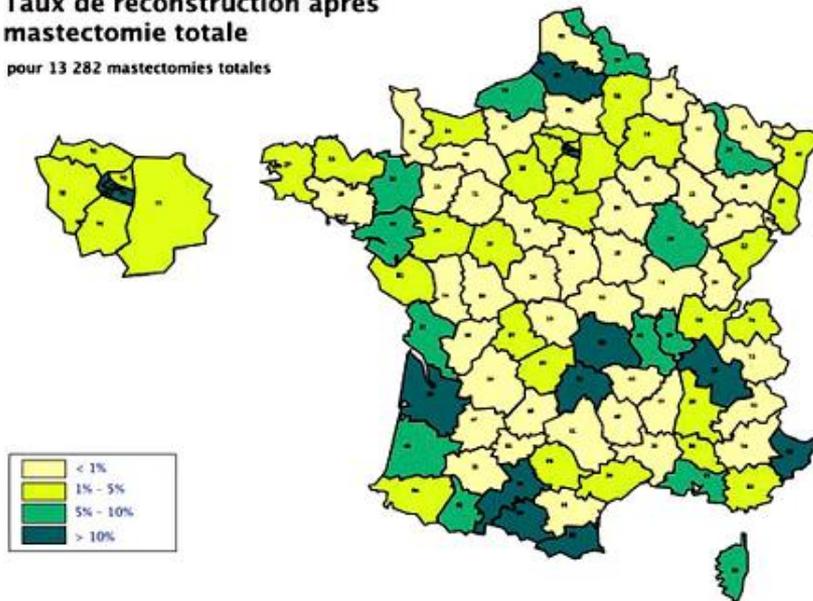
Place de la RM dans la prise en charge de femmes atteintes de cancer du sein

- En moyenne / an en France, sur la période 2005-2009,
 - **80 000** mastectomies partielles
 - **20 000** mastectomies totales
 - **9 200** reconstructions du sein
- Données de la base nationale publique et privée de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation estime le nombre d'actes de mastectomie réalisés sur le sein durant la période 2005-2009.
- Actuellement environ (seulement) 15 % des reconstructions mammaires sont réalisées ou initiées Immédiatement

Place de la RM dans la prise en charge de femmes atteintes de cancer du sein

Taux de reconstruction après mastectomie totale

pour 13 282 mastectomies totales

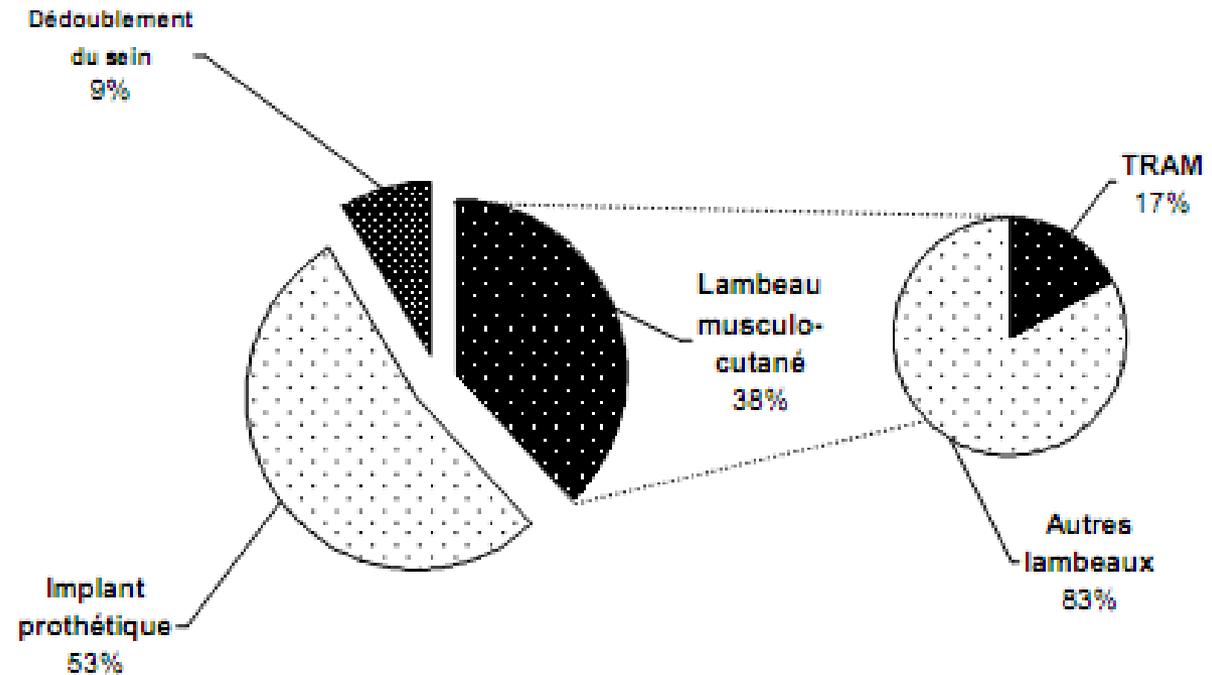


Données ATIH 2005-2009, Base nationale publique et privée de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

Place de la RM dans la prise en charge de femmes atteintes de cancer du sein

Ont été effectués chaque année, sur la période 2005 – 2009 :

- **4 900** reconstructions par implant prothétique
- **3 500** reconstructions par lambeau musculo-cutané dont 600 reconstructions par lambeau du muscle droit de l'abdomen
- **800** reconstructions par dédoublement du sein restant (technique ancienne et peu documentée)
- Données ATIH 2005-2009, Base nationale publique et privée de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation





Bénéfices de la reconstruction mammaire après cancer du sein

Symbolique du sein et répercussions de la mastectomie

- Notion sociale de féminité, de maternité et de sexualité.
- On retrouve dans la littérature les termes de « mutilation » ou d' « amputation ».
- Répercussions psychosociales négatives sur la patiente.
- Ces répercussions touchent des dimensions très diverses de l'individu avec des variations interindividuelles majeures
- C'est dans une perte potentielle de qualité de vie.



Bénéfices de la reconstruction mammaire après cancer du sein

- Restitution de la forme et le volume du sein, **mais ne restitue ni la sensibilité du sein, ni la fonctionnalité de la glande**
- Limite le retentissement psychosocial de la mastectomie, permet la reconstruction de l'image corporelle.
- Objectif de réduire les conséquences physiques de l'ablation du sein (aisance vestimentaire, douleurs dorsales liées à l'asymétrie lors de mastectomie unilatérale) contrebalancé par les conséquences physiques de la chirurgie de reconstruction : **évaluation bénéfiques/contraintes**
- On doit tendre à rendre l'image corporelle satisfaisante chez la femme habillée. On ne peut pas garantir que le sein reconstruit déshabillé satisfera les attentes de la patiente.

Bénéfices de la reconstruction mammaire après cancer du sein

- Il existe un lien entre la satisfaction cosmétique d'une RM et l'image corporelle, mais aussi entre cette satisfaction cosmétique et l'état psychique de la patiente.
- La RM est une réponse aux perturbations induites par la mastectomie, mais elle ne dispense pas d'un « travail de deuil » du sein perdu, ni d'une phase d'appropriation critique du sein reconstruit.
- L'intégration psychique de la RM pourrait être longue, une période « d'ambivalence » de plusieurs mois pouvant être constatée.



Bénéfices de la reconstruction mammaire après cancer du sein

Etat des connaissances

- **Deux** méta analyses descriptives récentes ont analysé la satisfaction, la qualité de vie, l'image corporelle et la sexualité des patientes après RM:
- Les patientes sont globalement satisfaites du résultat cosmétique de la RM, quelle que soit la technique utilisée .
- Cette satisfaction semble altérée par un résultat asymétrique, une absence de reconstruction aréolo-mamelonnaire, l'importance de la rançon cicatricielle et la survenue de complications.
- La qualité de vie, l'image corporelle et la sexualité sont comparables avec ou sans RM .
- Certaines études ont même rapporté des résultats moins probants chez les patientes après RM .

Lee C, Sunu C, Pignone M. Patient-reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: a systematic review. *J Am Coll Surg* 2009;209(1):123-33.

Guyomard V, Leinster S, Wilkinson M. Systematic review of studies of patients' satisfaction with breast reconstruction after mastectomy. *Breast* 2007;16(6):547-67.

Bénéfices de la reconstruction mammaire après cancer du sein

Conclusion

- On ne peut pas garantir que le sein reconstruit déshabillé satisfera les attentes de la patiente. Il s'agit avant tout d'une réponse aux perturbations induites par la mastectomie, mais ne dispense pas d'un « travail de deuil » du sein perdu, ni d'une phase d'appropriation du sein reconstruit.
- Les techniques de reconstruction mammaire peuvent entraîner divers effets secondaires ou troubles fonctionnels pouvant aboutir dans certains cas à des handicaps. Les séquelles peuvent être de divers ordres (physiques, psychologiques et sexuelles) et avoir un retentissement sur la vie quotidienne et sociale des patientes



Bénéfices de la reconstruction mammaire après cancer du sein

Conclusion

- La survenue de complications post opératoires dans ce contexte peut être mal vécue par la patiente . Ces complications ne sont pas rares et il est essentiel d'en informer les patientes. En effet, le bénéfice escompté de la chirurgie pourrait être mis à mal, la situation psychologique ainsi que la relation de confiance pourraient se détériorer, voire aboutir au rejet du nouveau sein reconstruit.
- Ce processus de reconstruction est jalonnée d'étapes successives (intervention primaire, symétrisation, gestes de retouches, reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire) dont il est essentiel de tenir compte en terme de conséquences physiques (contraintes, douleur, effets indésirables et complications) et psychologiques (résultat à confronté aux attentes des patientes) pour évaluer son impact sur la qualité de vie.
- Ainsi, même si une reconstruction doit toujours être proposée à la suite d'une mastectomie elle se doit surtout d'être choisie par la patiente.

Quand est effectuée la Reconstruction?

- Mastectomie radicale modifiée

➔ Dans un second Temps= RM Secondaire

- Mastectomies conservatrices de la Peau:

- Mastectomie avec conservation de l'étui cutané (MCEC) ou Skin Sparing Mastectomy (SSM)
- Mastectomie avec Conservation de la Plaque Aréolo Mamelonnaire ou Nipple Sparing Mastectomy (NSM)
- Dans le même temps = RM Immédiate (cf. annexe 1 page 36)

Discussion en RCP du choix de la RM avant le geste chirurgical ??

Quand DOIT-ÊTRE différée la Reconstruction ?

- REFUS de la patiente
- Toutes les situations où la peau ne peut être conservée :
 - Seins Inflammatoires
 - T4 b
 - Patientes a « haut risques » de Récidive pariétale : Critères restant mal définis

- **Techniques mentionnées par les recommandations françaises**
- Les recommandations françaises considèrent que 3 techniques peuvent être envisagées lorsqu'une RM est décidée
 - Mise en place d'une prothèse rétro-musculaire
 - Lambeau de grand dorsal
 - Lambeau de grand droit de l'abdomen (TRAM)
- Ces 3 techniques sont également celles présentées par la Ligue contre le cancer, dans le document d'information patient consacré à la RM

- **Information par rapport à la prise en charge :**
 - Intervention reconnue comme remboursable par la sécurité sociale
 - Demande d'entente préalable seulement nécessaire pour les reconstructions par pose d'implant prothétique
 - DIEP : pas de code spécifique (Tableau en annexe)

Tableau 1. Actes de reconstruction mammaire inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM v21, 09/2010).

CODE	LIBELLÉ
QEMA006	« Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique » « Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés »
QEMA001	« Reconstruction du sein par lambeau unipédiculé de muscle droit de l'abdomen »
QEMA014	« Reconstruction du sein par lambeau bipédiculé de muscle droit de l'abdomen »
QEMA002	« Reconstruction du sein par lambeau musculo-cutané libre de muscle droit de l'abdomen, avec anastomoses vasculaires »
QEMA008	« Reconstruction du sein par lambeau musculo-cutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen » « Reconstruction du sein par lambeau musculo-cutané pédiculé de muscle grand dorsal, avec ou sans pose d'implant prothétique »
QEMA011	« Reconstruction du sein par dédoublement du sein restant »

En pratique reconstruire un sein c'est quoi?

- **Schématisation des nécessités de la Reconstruction mammaire secondaire :**
 - Reconstruire une **Forme** en créant un excédent cutané dans la région thoracique :
 - Soit par expansion de la peau thoracique restante
 - Soit par apport de tissus (lambeaux cutanés)
 - Reconstruire un **Volume** :
 - Soit en utilisant le tissu graisseux de la patiente (lambeaux cutanéograsseux)
 - Soit par apport d'un implant prothétique



En pratique reconstruire un sein c'est quoi? La Peau

- Critères qualitatifs objectifs:
 - Souplesse de la peau thoracique
 - Signes cliniques cutanés de la radiothérapie
 - Positionnement de la cicatrice et défaut éventuels
 - Trophicité et positionnement du muscle Grand Pectoral
- Nécessité de l'apport :
 - Forme du sein controlatéral
 - Morphologie de la patiente

En pratique reconstruire un sein c'est quoi? La Peau

- **Technique d'expansion**
 - mise en place d'une prothèse qui va « étirer la peau »
- **Technique d'apport cutané par lambeau**
 - Région dorsale
 - Région abdominale
 - Eventuellement Région Fessière et Crurale



En pratique reconstruire un sein c'est quoi? Apport Volumique

- Présence d'excédents adipeux mobilisables au niveau des différents sites de prélèvement cutané
- Apport prothétique
- L'utilisation de réinjection de tissus adipeux (lipofilling) est rarement utilisé pour un apport complet mais plutôt partiel

La Consultation avec le chirurgien

1 temps : Evaluation de la qualité de la paroi thoracique

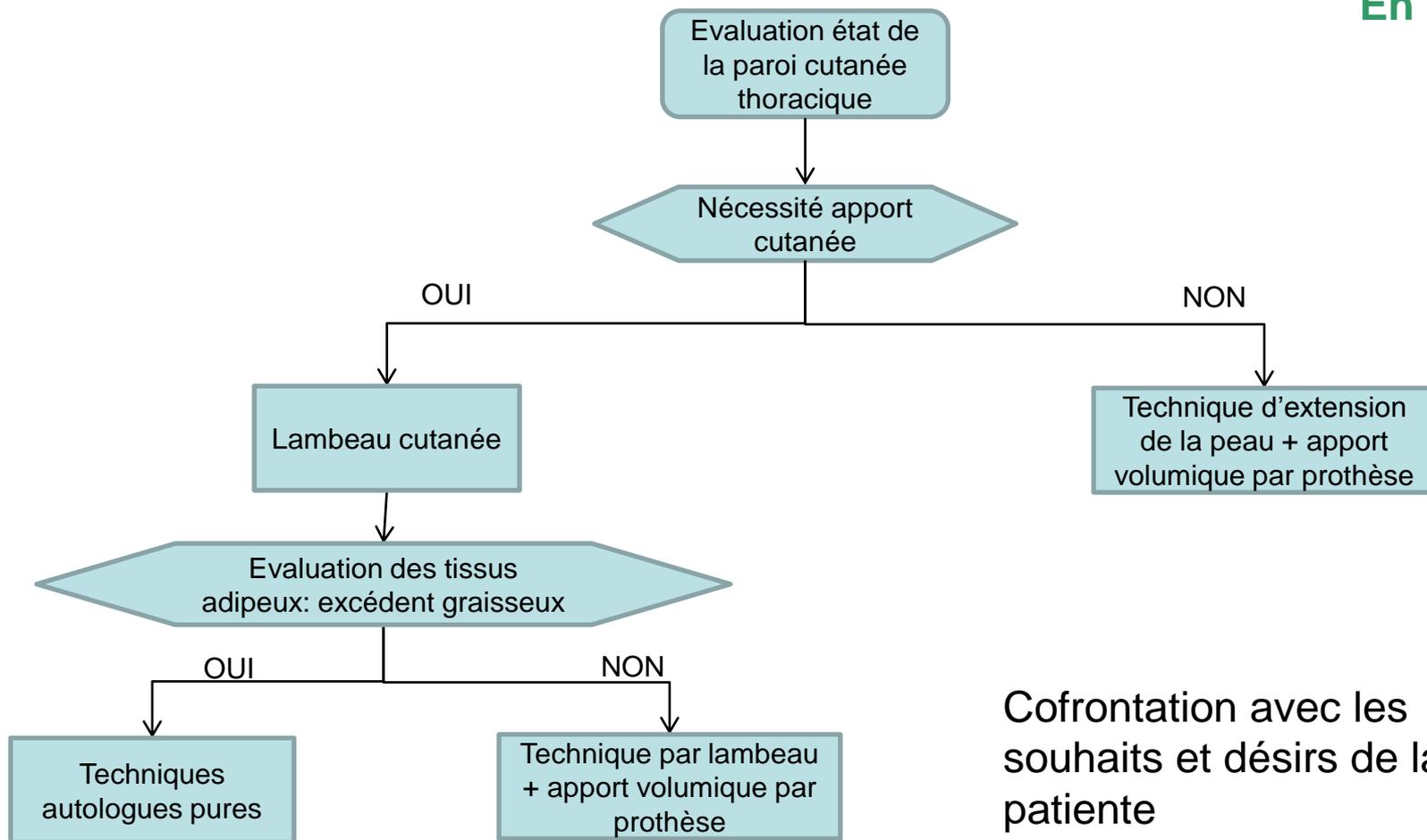
- Facteur limitant principal car « dépendant » de la patiente
- Va potentiellement induire le type de reconstruction
- Impact des traitements préalables

2 temps : Evaluation de la technique d'apport volumique

- Individualisation des excédents graisseux de la patiente

3 temps : Evaluation du sein controlatéral

- Modèle plus ou moins reproductible



Cofrontation avec les souhaits et désirs de la patiente



En pratique reconstruire un sein c'est quoi ? En Synthèse

- Globalement on reconstruit « bien » un sein normovolumique
- En fonction des techniques retenues le nombre **minimale** des interventions chirurgicales sous anesthésie générale peut varier de 1 à 2.
- Il peut être nécessaire d'effectuer des « gestes de retouche » afin d'améliorer le résultat , toujours en accord avec la patiente .
- Seules les reconstruction autologues pures sont réellement définitives dans le temps.



En pratique reconstruire un sein c'est quoi ? En Synthèse

- 1ère étape : reconstruction du sein.
- 2ème étape : évaluation de la symétrie et correction le cas échéant. Cette étape peut être réalisée soit en même temps que la reconstruction , soit de manière différée.
- 3ème étape: reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire soit à l'occasion d'une chirurgie de retouche ou de symétrisation , soit de façon isolée sous anesthésie locale.



En pratique reconstruire un sein c'est quoi ?

Symétrisation du sein contro lateral

- Les technique de symétrisation dépendent de la forme et de la taille du sein controlatéral par rapport au sein reconstruit :
 - sein controlatéral hypotrophique : si le sein reconstruit est soit plus volumineux que le sein normal on propose la mise en place d'une prothèse controlatérale (mastoplastie d'augmentation);
 - sein controlatéral hypotrophique et ptôsé : lorsque le sein à symétriser est plus petit et présente un degré de ptôse gênant , il est indiqué d'associer la pose d'une prothèse à une cure de ptôse (mastoplastie d'augmentation et mastopexie)
 - sein controlatéral ptôsé : si le sein est de même volume mais ptôsé, on propose alors une simple cure de ptôse (mastopexie)
 - sein controlatéral hypertrophique : une plastie mammaire de réduction est indiquée (mastoplastie de réduction). Cette intervention consiste à diminuer et à remodeler le sein restant pour l'ajuster à la taille et à la forme du sein reconstruit.
- Evaluation en cours par l'HAS de leur justification
- Prise en charge par la SS sous conditions (cf annexe)

En pratique reconstruire un sein c'est quoi ?

Reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire

- Deux éléments à reconstruire:

Mamelon:

- Lambeau cutané local retournant de la peau pour créer un relief
- Greffe de la moitié du mamelon controlatéral

Aréole :

- Greffe de peau prélevée à la face interne de la cuisse (peau génitale naturellement pigmentée)
- Dermopigmentation (Tatouage)

Parcours de la patiente qui souhaite une RM

- La reconstruction mammaire secondaire n'est pas un traitement carcinologique, mais fait partie intégrante de la prise en charge globale des patientes ayant des cancers du sein.
- Elle doit toujours être proposée après une mastectomie de 1^{ère} intention ou de rattrapage.
- Elle n'est pas systématique mais uniquement choisie par la patiente.
- La RMS n'influence pas le pronostic de la maladie cancéreuse.

Parcours de la patiente qui souhaite une RM

- Idéalement les informations liées à la RM sont données dès le début des soins voir , si possible , lors d'une consultation spécifique.
- Délais pour **débuter la RM** après les traitements adjuvants:
 - 1 mois après la chimiothérapie
 - 6 mois après la radiothérapie
- Chirurgiens qualifiés en chirurgie plastique ou chirurgiens gynécologues pouvant justifier d'une formation spécifique.



Intégration de la RMS dans la surveillance post thérapeutique Avant la RMS

- S'assurer de l'absence de rechute au moment de la RMS:
- La RMS doit être précédée dans les six mois d'un examen clinique et d'un bilan sénologique :
 - mammographie controlatérale
 - Échographie :
 - sein restant
 - aires ganglionnaires axillaires
 - Paroi si anomalie ou difficulté clinique
 - IRM selon les recommandations du réseau régional (risque génétique, femme jeunes et seins denses, ...)
- D'autres explorations (prélèvement) peuvent être envisagées en cas de doute.

Intégration de la RMS dans le surveillance post thérapeutique Après la RMS

- Les consultations post opératoire du plasticien s'intègrent dans le calendrier de surveillance post thérapeutique du cancer du sein
- Le bilan sénologique doit comprendre :
 - Mammographie sein restant associée à échographie particulièrement en cas de forte densité
 - Echographie aires ganglionnaires souhaitable
 - Echographie du sein reconstruit non systématique mais sur signe clinique
 - IRM: pour le sein restant selon les recommandations du réseau régional

Parcours de la patiente qui souhaite une RM

La place des associations

- Le parcours de la RM est long,
- La patiente et ses proches se posent bien des questions
- Le témoignage d'une femme ayant déjà vécu l'intervention est souvent recherchée
- Une consultation d'accompagnement avec un paramédical peut être proposée à l'issu du temps médical pour:
- Ecouter les questionnements avec la patiente seule ou accompagnée
- Apporter des précisions d'ordre pratique
- Communiquer les bonnes adresses pour répondre de façon personnalisée aux besoins exprimés
- Orientation vers associations, sites, documentations



Parcours de la patiente qui souhaite une RM

La place des associations

- Dans chaque région et département il existe diverses associations qui sont en général connues du réseau régional de cancérologie, et aussi des services de soins où sont suivis les femmes. Renseignez-vous.
- Une des principales: La ligue contre le cancer qui propose des rencontres personnalisées avec leurs bénévoles formées à l'écoute
- Un comité dans chaque département voir sur le site www.ligue-cancer.net
- Vous y trouverez l'accès à une revue trimestrielle incontournable désormais: ROSE magazine et beaucoup de documentations
- De nombreux sites internet et forums peuvent être une aide utile .
- Leur contenus étant trop variant il n'est pas possible de recommander des sites en particulier.

ANNEXE 2 : Codes concernant les actes de symétrisation inscrits à la CCAM

Codes	Libellés	Prise en charge	Indications actuelles de prise en charge
QEMA012	Mastoplastie unilatérale de réduction	OUI	Asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)
QEMA003	Mastoplastie unilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique	OUI	Asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)
QEMA013	Mastoplastie bilatérale de réduction	OUI	Hypertrophie mammaire caractérisée - responsable de dorsalgies, retentissement psychologique, - justifiable par photographie préopératoire, - étayée par : taille, poids, âge de la patiente et taille du soutien-gorge, - dont la résection prévue en préopératoire est d'au moins 300 g. par sein opéré
QEMA004	Mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique	OUI	Agénésie mammaire bilatérale et hypoplasie bilatérale sévère avec taille de bonnet inférieure à A, ou pour syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Recueil prospectif de données : nécessaire ; matériovigilance

Codes	Libellés	Prise en charge	Indications actuelles de prise en charge
QEDA002	Mastopexie unilatérale, sans pose d'implant prothétique	NON	
QEDA001	Mastopexie unilatérale, avec pose d'implant prothétique	NON	
QEDA004	Mastopexie bilatérale, sans pose d'implant prothétique	NON	
QEDA003	Mastopexie bilatérale, avec pose d'implant prothétique	NON	



Contributeurs

- **Coordination**

Dimitri Gangloff (chirurgien, Institut Claudius Regaud et Centre Hospitalier Universitaire Rangueil ,Toulouse)

- **Membres du groupe de travail**

Chantal Bernard Marty (oncologue médicale, Clinique Pasteur, Toulouse), Sylvie Cayeux (cadre de santé, CHU d'Amiens), Catherine Duhalde (infirmière conseillère en image, Institut Bergonié, Bordeaux), Jérôme Farnarier (chirurgien, Clinique Médipôle Garonne, Toulouse), Viviane Feillel (radiologue, Institut Claudius Regaud, Toulouse), Jean-Louis Grolleau (chirurgien Centre Hospitalier Universitaire Rangueil ,Toulouse) , Vincent Huguier (chirurgien, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers), Christophe Ho Quoc (chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon), Jean-louis Lacaze (oncologue médical, Institut Claudius Regaud, Toulouse), Cathy Llanas (radiologue, Institut Claudius Regaud, Toulouse), Carole Massabeau (radiothérapeute, Institut Claudius Regaud, Toulouse), Bruno Occelli (chirurgien, Clinique du Pont de Chaume, Montauban)

- **Approbateurs (participants aux ateliers des J2R du 07/12/12)**

Michel Brigitte, Isabelle Carcone, Sylvie Cayeux, Jérôme Goddard, Stéphanie Marquez, Chantal Reiniger, Aline Malpesa,