

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2007

N°

**THESE**  
pour le

**DIPLOME D' ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(Diplôme d'Enseignement Supérieur de Gynécologie - Obstétrique)

par

**Magali Niederoest-Dejode**  
*née le 4 février 1976 à Marseille*

---

Présentée et soutenue publiquement le *8 octobre 2007*

---

**RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR LAMBEAU DE  
MUSCLE GRAND DORSAL.  
EVALUATION DES RESULTATS ONCOLOGIQUES ,  
ESTHETIQUES, ET DE QUALITE DE VIE .  
ETUDE RETROSPECTIVE SUR UNE SERIE DE 450  
PATIENTES PRISES EN CHARGE AU CRLCC  
NANTES-ATLANTIQUE.**

---

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean Philippe

Directeur de thèse : Docteur François Dravet

Membres du jury : Monsieur le Professeur Gilles Body  
Monsieur le Professeur Patrice Lopes  
Monsieur le Docteur Jean-Marc Classe  
Monsieur le Docteur Franck Duteille

## TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCTION :</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. OBJECTIFS :</b>   | <b>7</b>  |
| <b>2.1 RESULTATS ESTHETIQUES :</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2.2 RESULTATS DE QUALITE DE VIE :</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2.3 RESULTATS ONCOLOGIQUES :</b>   | <b>8</b>  |
| <b>3. MATERIEL ET METHODE :</b>   | <b>10</b> |
| <b>3.1 RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU DE MUSCLE GRAND DORSAL :</b>                  |           |
| <b>RAPPEL DES TECHNIQUES CHIRURGICALES :</b>                                    | <b>10</b> |
| 3.1.1 Reconstruction Mammaire Immédiate:  | 10        |
| 3.1.2 Reconstruction Mammaire Différée :  | 12        |
| 3.1.3 Reconstruction Mammaire par Lambeau de Muscle Grand Dorsal et Prothèse: . | 13        |
| 3.1.4 Reconstruction Mammaire par Lambeau de Muscle Grand Dorsal Autologue :    | 18        |
| <b>3.2 ORGANISATION DE L' ENQUÊTE : LE QUESTIONNAIRE :</b>                      | <b>22</b> |
| 3.2.1 Définition de la population :   | 22        |
| 3.2.2 Elaboration du questionnaire :  | 23        |
| 3.2.3 Envoi des questionnaires et gestion du recueil des données :              | 23        |
| <b>4. RESULTATS :</b>   | <b>24</b> |
| <b>4.1 RESULTATS DE L' ENQUÊTE :</b>  | <b>24</b> |
| <b>4.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION OBSERVEE:</b>                               | <b>26</b> |
| 4.2.1 Age de la population observée au moment de la reconstruction:             | 26        |
| 4.2.2 Type de reconstructions pour la population observée :                     | 26        |
| 4.2.3 Caractéristiques carcinologiques pour la population observée :            | 28        |
| <b>4.3 RESULTATS DE L' ENQUÊTE :</b>  | <b>29</b> |
| 4.3.1 Description de la population des patientes ayant répondu à l'enquête: .   | 29        |
| 4.3.2 Information pré-opératoire concernant la reconstruction :                 | 32        |
| 4.3.3 Résultats esthétique :  | 34        |
| 4.3.4 Résultats concernant l'état d'esprit :                                    | 39        |
| 4.3.5 Résultats fonctionnels :  | 39        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 4.3.6      | Vie affective et sexuelle : .....  | 42        |
| 4.3.7      | De façon générale : .....  | 43        |
| <b>4.4</b> | <b>COMPARAISONS DE POPULATIONS DE L' ENQUÊTE : .....</b>   | <b>46</b> |
| 4.4.1      | RMI versus RMD : Comparaisons entre les 2 populations : .....                                    | 46        |
| 4.4.2      | Comparaison de l'attitude face à la reconstruction en fonction du résultat<br>esthétique : ..... | 50        |
| 4.4.3      | Comparaison vie sexuelle et affective en fonction du résultat esthétique : .....                 | 51        |
| <b>5.</b>  | <b>COMMENTAIRES DES PATIENTES : .....</b>  | <b>52</b> |
| <b>6.</b>  | <b>DISCUSSION : .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>6.1</b> | <b>METHODOLOGIE DE L' ENQUÊTE : .....</b>  | <b>55</b> |
| 6.1.1      | Choix méthodologiques : .....  | 55        |
| 6.2.2      | Biais liés à l'enquête : .....   | 57        |
| <b>6.2</b> | <b>RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR LAMBEAU DE MUSCLE GRAND<br/>DORSAL : .....</b>                    | <b>57</b> |
| 6.2.1      | Généralités : .....  | 57        |
| 6.2.2      | Reconstruction mammaire différée (RMD) : .....   | 57        |
| 6.2.3      | Reconstruction mammaire immédiate (RMI) : .....  | 59        |
| <b>6.3</b> | <b>AUTRES CHIRURGIES : .....</b>   | <b>60</b> |
| 6.3.1      | Symétrisation : .....  | 60        |
| 6.3.2      | Reconstruction du mamelon : .....  | 61        |
| 6.3.3      | Autre chirurgie après la fin de la reconstruction : .....  | 62        |
| <b>6.4</b> | <b>RADIOTHERAPIE ET RECONSTRUCTION PAR LGD : .....</b>   | <b>63</b> |
| 6.4.1      | Positionnement du problème : .....   | 63        |
| 6.4.2      | Radiothérapie avant RM par LGD : .....   | 64        |
| 6.4.3      | Radiothérapie après RM par LGD : .....   | 65        |
| <b>6.5</b> | <b>RESULTATS ONCOLOGIQUES : .....</b>  | <b>66</b> |
| 6.5.1      | Récidives locales et régionales après RM par LGD : .....   | 66        |
| 6.5.2      | Evolution sous forme de métastases à distance après RM par LGD : .....                           | 67        |
| <b>6.6</b> | <b>INFORMATION PRE-OPERATOIRE : .....</b>  | <b>68</b> |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>6.6</b> | <b>RESULTATS ESTHETIQUE :</b> .....   | <b>69</b> |
| <b>6.7</b> | <b>RESULTATS DE QUALITE DE VIE :</b> .....  | <b>74</b> |
| 6.7.1      | Etat d'esprit : .....   | 74        |
| 6.7.2      | Résultats fonctionnels : .....  | 75        |
| 6.7.3      | Vie affective et sexuelle : .....   | 75        |
| <b>6.8</b> | <b>DE FACON GENERALE SUR LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR<br/>LAMBEAU DE GRAND DORSAL :</b> ..... | <b>79</b> |
| <b>7.</b>  | <b>CONCLUSION :</b> .....   | <b>83</b> |
| <b>8.</b>  | <b>BIBLIOGRAPHIE :</b> .....  | <b>84</b> |
| <b>9.</b>  | <b>ANNEXES:</b> .....   | <b>87</b> |
| <b>9.1</b> | <b>LETTRE D 'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE:</b> .....   | <b>87</b> |
| <b>9.2</b> | <b>QUESTIONNAIRE:</b> .....   | <b>87</b> |

## **1. INTRODUCTION :**

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins. En France, l'incidence du cancer du sein est de 112.5/100 000 femmes soit environ 42 000 nouveaux cas par an[1, 2]. La chirurgie constitue dans la majorité des cas le premier temps de la prise en charge thérapeutique des cancers du sein. A chaque fois que cela est possible, un traitement chirurgical conservateur est proposé. Malheureusement, il est encore souvent difficile voire impossible de conserver le sein pour différentes raisons : taille tumorale importante, ou état précancéreux extensif, tumeurs multifocales ou multicentriques, volume tumoral important par rapport au volume mammaire ou enfin récurrence homolatérale après chirurgie conservatrice sur un sein. Près de 40% des patientes présentant un cancer du sein nécessitent une mastectomie[3]. En France, en 1997 37% des cancers du sein ont été traités par mastectomie[4]. La mastectomie, qui correspond à l'ablation totale de la glande mammaire, représente une véritable mutilation pour les patientes. Bien que reconnue comme étant le meilleur traitement de la maladie cancéreuse, c'est une intervention qui reste très difficile à accepter, tant sur les plans physique, que psychologique et social. Les patientes doivent faire le deuil de leur sein qui constitue la représentation physique de leur féminité, de leur image corporelle.

Les techniques de reconstruction mammaire proposées aux femmes dans le cadre de l'oncologie ont permis d'aborder différemment la perte du sein. En restituant une morphologie « normale », la reconstruction peut améliorer le devenir psychosocial et la satisfaction des patientes atteintes de cancer du sein.

La reconstruction mammaire fait actuellement partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du cancer du sein. Les principales techniques mises à disposition des chirurgiens : reconstruction par mise en place de prothèse sous pectorale, reconstruction par

lambeau de muscle grand dorsal et reconstruction par lambeau de muscles grand droits abdominaux (TRAM) comportent chacune leurs avantages et inconvénients. Leurs indications doivent être adaptées à chaque patiente.

La technique de reconstruction par lambeau de muscle grand dorsal est l'une des techniques couramment utilisée en reconstruction mammaire au CRLCC depuis plus de 10 ans.

Compte tenu du nombre important de patientes opérées depuis 10 ans dans le service, il nous a paru important de pouvoir faire un « état des lieux » concernant cette technique de reconstruction.

Les deux objectifs principaux de ce travail sont d'évaluer les résultats esthétiques et de qualité de vie après une reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal.

L'objectif secondaire est d'évaluer chez ces patientes les résultats oncologiques.

## **2. OBJECTIFS :**

### ***2.1 RESULTATS ESTHETIQUES :***

Sur le plan esthétique, les objectifs de la reconstruction sont multiples. Il s'agit en effet de rétablir un volume mammaire satisfaisant pour la patiente en tenant compte de sa morphologie et du volume mammaire controlatéral , avec le souci de conserver une harmonie entre les deux seins.

Le résultat esthétique est un critère très subjectif puisqu'une reconstruction mammaire ne consiste pas à « rendre » son sein à la patiente, mais bien de lui restituer un volume mammaire le plus proche du volume mammaire controlatéral. Le résultat est aussi amélioré par la reconstruction de l'aréole et du mamelon.

Cependant, ces reconstructions sont envisagées dans le cadre de la prise en charge d'un cancer du sein. Ce contexte fait que l'état d'esprit des patientes, leur attitude face à la maladie, peuvent avoir une influence sur leur vécu de la reconstruction.

Les techniques de reconstruction par lambeau de muscle grand sont grevées d'une rançon cicatricielle non négligeable et peuvent en cela altérer le jugement du résultat esthétique. Il est par ailleurs souvent nécessaire de réaliser un geste de symétrisation du sein controlatéral pour préserver une harmonie de la poitrine.

Les objectifs de l'enquête sont :

- d'évaluer la satisfaction des patientes quant au résultat esthétique de leur reconstruction
- d'essayer de comprendre les raisons qui font qu'elles sont satisfaites ou non du résultat
- d'évaluer l'impact du résultat esthétique sur leur vie quotidienne

## **2.2 RESULTATS DE QUALITE DE VIE :**

La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal est une intervention lourde qui peut entraîner divers effets secondaires ou troubles fonctionnels pouvant entraîner dans certains cas 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.

Nous avons donc essayé d'évaluer chez les patientes opérées, dans quelle mesure la pratique d'une telle technique peut retentir sur :

- Leur vie quotidienne :
- Leur vie sociale : travail, loisirs
- Leur vie affective et sexuelle

## **2.3 RESULTATS ONCOLOGIQUES :**

L'objectif de la reconstruction mammaire dans le cadre du traitement du cancer est triple :

- Reconstruire un sein de morphologie la plus proche possible du sein naturel , avec une exigence de qualité du résultat esthétique
- Permettre un traitement carcinologique satisfaisant sans retarder les éventuels traitements qui doivent être associés à la chirurgie, et sans gêner la surveillance de l'évolution de la maladie.
- Eviter que la reconstruction puisse avoir un impact néfaste sur l'évolution carcinologique.

Le traitement chirurgical a donc pour but d'enlever la tumeur mammaire en totalité , avec des marges péri- tumorales satisfaisantes. La mastectomie est par définition une intervention réalisant l'ablation de la totalité de la glande mammaire et donc efficace localement d'un point de vue carcinologique. En fonction de la nature tumorale (carcinomes infiltrants) , il est

indispensable de connaître le statut ganglionnaire (curage axillaire ou détection du ganglion sentinelle) avant en cas de reconstruction différée, et avant ou dans le même temps opératoire en cas de reconstruction immédiate.

Il est nécessaire de prendre un maximum de précautions avant une reconstruction afin de limiter les risques de rechutes loco- régionales.

Par conséquent, l'objectif secondaire de ce travail a été d'établir la fréquence des récurrences loco- régionales et les évolutions métastatiques après reconstruction afin d'évaluer l'impact de la reconstruction mammaire sur l'évolution de la maladie cancéreuse.

### **3. MATERIEL ET METHODE :**

#### ***3.1 RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU DE MUSCLE GRAND DORSAL : RAPPEL DES TECHNIQUES CHIRURGICALES :***

##### **3.1.1 Reconstruction Mammaire Immédiate:**

Lorsque la chirurgie de reconstruction mammaire a lieu dans le même temps opératoire que celui de la mastectomie, il s'agit d'une reconstruction immédiate. Elle a pour but de rétablir le volume mammaire immédiatement après l'ablation du sein. Elle diminuerait chez les patientes, l'impact psychologique lié à la perte du sein. C'est la technique qui procure les meilleurs résultats esthétiques.

Il est possible en reconstruction immédiate de réaliser la mastectomie en conservant l'étui cutané, en utilisant la voie périaréolaire comme voie d'abord. Cette technique a l'avantage de réaliser une cicatrice mammaire circulaire qui pourra être masquée par la reconstruction du mamelon et de l'aréole, procurant un résultat esthétique de meilleure qualité.

Les indications de la reconstruction immédiate doivent tenir compte du type histologique et de la nécessité d'une radiothérapie post opératoire. La radiothérapie peut en effet être responsable de complications et d'altérations du résultat esthétique de la reconstruction.

Les indications actuelles de la reconstruction immédiates sont :

- carcinome intracanalairé diffus
- récurrence locale d'un carcinome infiltrant traité initialement par chirurgie conservatrice et radiothérapie
- marges non saines après traitement conservateur d'un carcinome infiltrant, lorsque les ganglions ne sont pas envahis et qu'après mastectomie il n'y aura pas de radiothérapie
- mastectomie prophylactique chez les patientes à risque génétique (oncogènes BRCA1 et BRCA2)

**Reconstruction mammaire Immédiate par LGD avec prothèse**



**RMI par LGD avec « Skin-Sparing-Mastectomy »**



### **3.1.2 Reconstruction Mammaire Différée :**

La reconstruction mammaire est différée lorsque la chirurgie de reconstruction est réalisée dans un temps opératoire différent de celui de la mastectomie.

La reconstruction mammaire différée est indiquée dans tous les cas où une radiothérapie post opératoire est nécessaire. Elle est réalisée à distance de tout traitement adjuvant (chimiothérapie et radiothérapie), classiquement après un délai minimum de 6 mois suivant la fin de tous les traitements initiaux.

#### **Reconstruction mammaire différée**



**Avant**



**Après**

### **3.1.3 Reconstruction Mammaire par Lambeau de Muscle Grand Dorsal et Prothèse:**

Cette technique est indiquée lorsque la peau thoracique résiduelle est de mauvaise qualité (ce qui peut être le cas après radiothérapie), ou en quantité insuffisante .

L'intervention consiste à mettre en place au niveau du site de la mastectomie un lambeau musculo-cutané prélevé au niveau du dos destiné à apporter de la peau et un muscle non irradié, ce qui permettra de créer un « hamac » où sera logé la prothèse.

Le muscle grand dorsal est un muscle dont la fonction n'est pas indispensable pour les gestes de la vie courante. La réalisation de cette technique nécessite que le pédicule vasculo-nerveux scapulaire inférieur, vascularisant et innervant le muscle grand dorsal, ait été respecté lors de la réalisation du curage axillaire s'il a eu lieu.

Le lambeau myocutané est prélevé au niveau du dos et glissé sous la peau de la paroi latérale du thorax au niveau du creux axillaire. Il est inséré en bas au niveau du sillon sous mammaire, et en haut sur le muscle pectoral. Une loge est ainsi créée permettant la mise en place d'une prothèse interne pour obtenir la restauration d'un volume mammaire suffisant.

La technique est grevée de deux cicatrices :

- L'une au niveau de la cicatrice de mastectomie préexistante
- L'autre au niveau du dos, site de prélèvement du lambeau

Toutes deux sont le plus souvent dissimulables par le soutien-gorge.

Le résultat est immédiat en terme de restitution de volume et de forme. En terme de résultat esthétique, ce n'est que 3 à 4 mois plus tard qu'il peut être évalué, en particulier pour apprécier la symétrie entre les deux seins. Des retouches au niveau de la reconstruction peuvent alors être envisagées, ainsi qu'une chirurgie de « symétrisation » de l'autre sein si nécessaire, on pourra également y associer la réfection de l'aréole et du mamelon.

Comme toute intervention chirurgicale, des complications liées à l'anesthésie et au geste chirurgical sont rares mais possibles. Il existe cependant quelques complications spécifiques à cette technique qu'il est indispensable de connaître afin de les prévenir ou de les gérer au mieux. Ces complications sont de deux ordres : celles liées à la technique de prélèvement du lambeau musculo-cutané et celles liées à la mise en place d'un implant prothétique.

Les complications liées à la technique de prélèvement du lambeau qui peuvent être observées sont :

- Un épanchement séreux (lymphocèle) : il s'agit de la plus fréquente des complications. Une poche liquidienne se forme au niveau du site de prélèvement dorsal. En fonction de son importance, elle peut nécessiter une ou plusieurs ponctions.
- L'hématome : c'est un risque inhérent à tout geste chirurgical, mais dont la prise en charge n'est pas à négliger, compte tenu du risque infectieux associé d'autant qu'il existe un implant prothétique.
- La nécrose cutanée : les décollements engendrent un risque de souffrance cutanée. Ce risque est accru si les sutures sont réalisées sous tension. Il peut être nécessaire d'exciser les zones de tissu nécrotique, ce qui peut compromettre le résultat esthétique.
- La nécrose du lambeau musculaire : complication très rare <1% , il est nécessaire lorsqu'elle survient d'enlever le lambeau nécrotique.

Les complications liées à la mise en place d'une prothèse interne sont :

- La formation d'une coque contractile périprothétique : dont la prise en charge peut nécessiter le changement de la prothèse avec capsulectomie.

- L'infection: elle nécessite un traitement antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour ablation de la prothèse.
- Le déplacement de l'implant.
- La rupture traumatique de la prothèse: elle nécessite un remplacement de la prothèse.

### **Reconstruction mammaire par LGD avec prothèse**



**Avant**



**Après**

## MASTECTOMIE RECONSTRUCTION IMMÉDIATE par Lambeau du Grand Dorsal Classique



Exérèse de la glande mammaire, du mamelon et d'une partie de la peau.  
Incision oblique en bas et en dedans

**photo 1: RM par LGD avec Prothèse. Incision de la Mastectomie**

## MASTECTOMIE RECONSTRUCTION IMMÉDIATE par Lambeau du Grand Dorsal Classique



Prélèvement du lambeau du Grand Dorsal.  
Muscle et palette de peau

**photo 2 : Prélèvement de la palette musculo-cutanée du grand dorsal.**

## MASTECTOMIE RECONSTRUCTION IMMÉDIATE par Lambeau du Grand Dorsal Classique

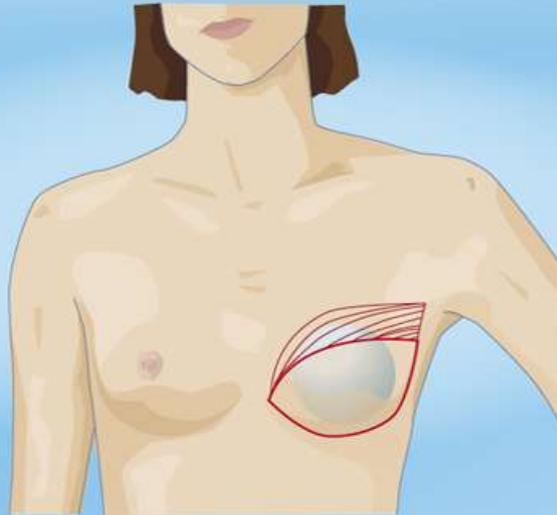
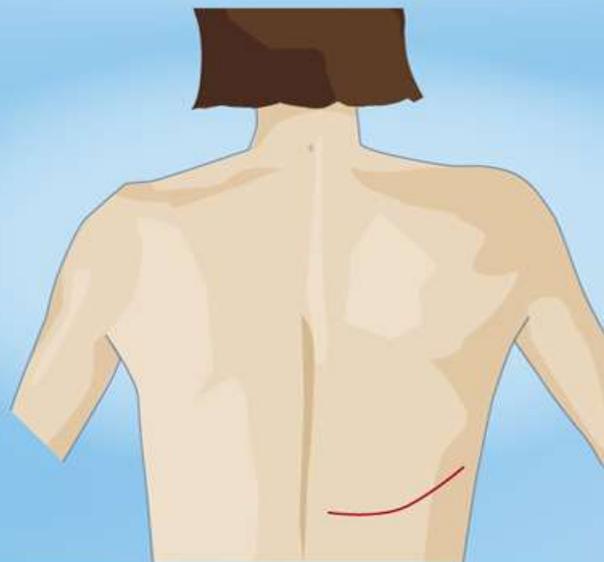


Schéma de reconstruction. La prothèse est mise derrière le muscle grand dorsal qui forme un "hamac".  
La cicatrice est ovoïde tout autour de la palette cutanée.

photo 3 : Aspect de la reconstruction après mise en place de la prothèse.

## MASTECTOMIE RECONSTRUCTION IMMÉDIATE par Lambeau du Grand Dorsal Classique



Aspect de la cicatrice dans le dos : mesure entre 15 et 20 cm

photo 4: Aspect de la cicatrice dorsale.

### **3.1.4 Reconstruction Mammaire par Lambeau de Muscle Grand Dorsal Autologue :**

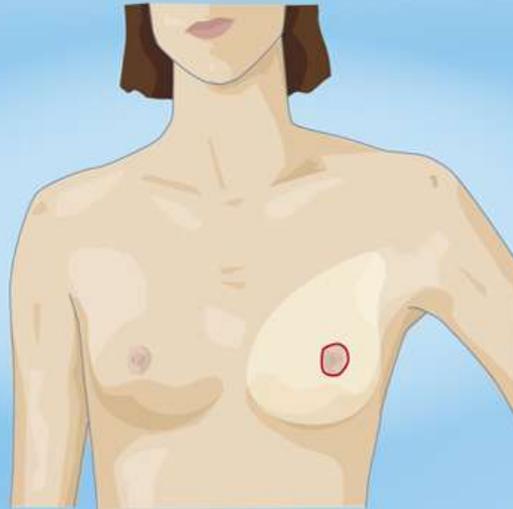
Le principe et la technique de prélèvement sont semblables à ceux de la reconstruction par lambeau avec prothèse. La différence réside dans le fait que le lambeau est prélevé en emportant la graisse sous cutanée en regard, de façon à ce que le volume prélevé soit suffisant pour reconstituer à lui seul le volume mammaire. Désépidermisé et enfoui, il joue le rôle de la prothèse. Cette technique ne peut s'envisager que chez des patientes présentant un panicule adipeux sous-cutané suffisant.

Le résultat est plus naturel qu'avec une prothèse. L'avantage par rapport au lambeau de grand dorsal avec prothèse est que généralement la reconstruction est plus souple et que d'autre part, il n'y aura pas dans le futur à envisager le changement de prothèse (environ tous les 10 ans). Les complications sont les mêmes que la technique du lambeau du grand dorsal avec prothèse. Toutefois, les lymphocèles et les souffrances cutanées sont souvent plus fréquentes.

#### **Reconstruction par Lambeau de muscle Grand Dorsal Autologue**



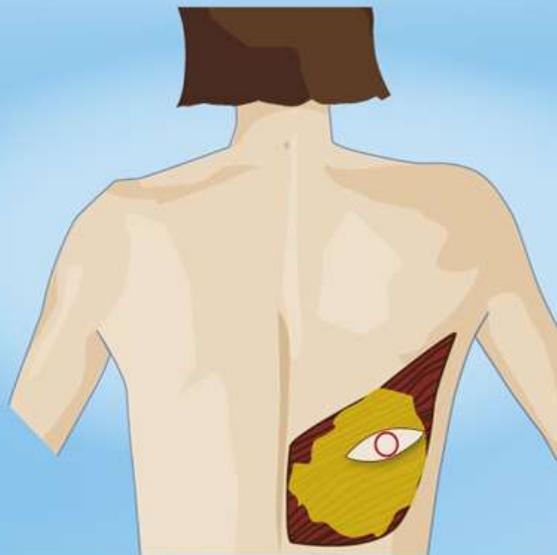
## RECONSTRUCTION IMMÉDIATE PAR LAMBEAU GRAND DORSAL AUTOLOGUE



Ablation du sein et du mamelon  
par une incision ronde autour de l'aréole.

photo 5 : RMI par LGD Autologue. « skin-sparing-mastectomy » par incision périaréolaire.

## RECONSTRUCTION IMMÉDIATE PAR LAMBEAU GRAND DORSAL AUTOLOGUE



Prélèvement du lambeau du Grand Dorsal :  
muscle et une petite palette de peau pour reconstruire le mamelon

photo 6 : Prélèvement du Lambeau musculo-cutané du Grand Dorsal.

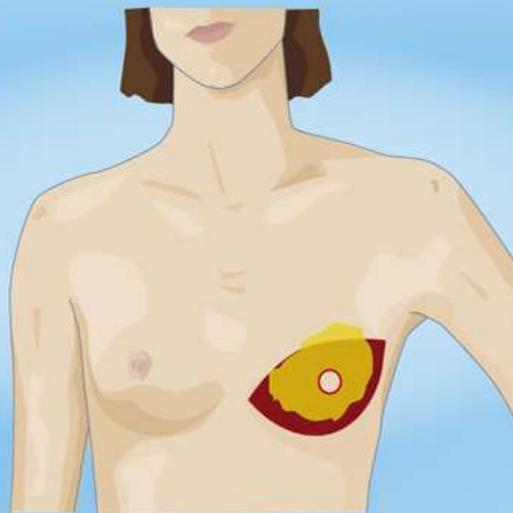
## RECONSTRUCTION IMMÉDIATE PAR LAMBEAU GRAND DORSAL AUTOLOGUE



Aspect de la cicatrice dans le dos : mesure entre 10 et 15 cm

**photo 7: aspect de la cicatrice dorsale.**

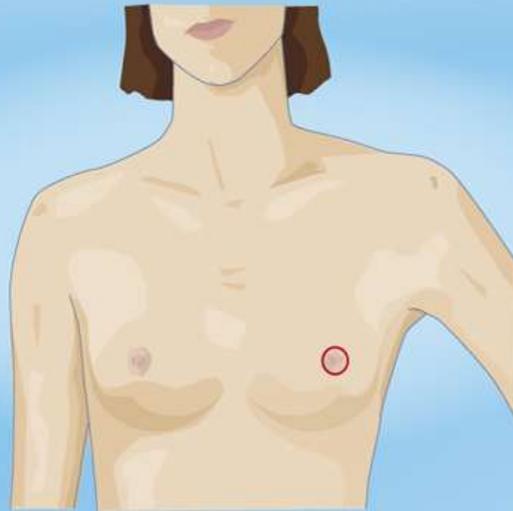
## RECONSTRUCTION IMMÉDIATE PAR LAMBEAU GRAND DORSAL AUTOLOGUE



Le volume de la reconstruction est fait avec la graisse prélevée : pas de prothèse

**photo 8: reconstruction du sein.**

## RECONSTRUCTION IMMÉDIATE PAR LAMBEAU GRAND DORSAL AUTOLOGUE



Aspect de la reconstruction avant que le mamelon soit refait.

**photo 9: Aspect de la reconstruction avec cicatrice mammaire circulaire, avant reconstruction du mamelon.**

## **3.2 ORGANISATION DE L' ENQUÊTE : LE QUESTIONNAIRE :**

### **3.2.1 Définition de la population :**

L' étude a porté sur l'ensemble des patientes pour lesquelles une reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal a été effectuée, entre janvier 1998 et décembre 2005, au Centre de Recherche et de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) « René Gauducheau » Nantes-Atlantique.

La liste de ces patientes a été obtenue d'après les cahiers de bloc opératoire et d'après la base de données « BERENIS » du CRLCC.

Les patientes ont été sélectionnées d'après l'intitulé de l'intervention. Nous avons pour cela recherché les intitulés suivants :

- Reconstruction Mammaire Immédiate par Lambeau de Grand Dorsal avec Prothèse
- Reconstruction Mammaire Immédiate par Lambeau de Grand Dorsal Autologue
- Reconstruction Mammaire Immédiate par Lambeau de Grand Dorsal avec Mastectomie par conservation de l'étui cutané.
- Reconstruction Mammaire Différée par Lambeau de Grand Dorsal avec Prothèse
- Reconstruction Mammaire Différée par Lambeau de Grand Dorsal Autologue.

### **3.2.2 Elaboration du questionnaire :**

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré en collaboration avec le Dr François Dravet, chirurgien au CRLCC.

Un livret de 7 pages comprenant 37 questions a été élaboré, accompagné d'une lettre explicative. 30 de ces questions nécessitaient une réponse simple en cochant un ou plusieurs des item(s) proposé(s). 7 questions nécessitaient de mettre une croix sur une échelle visuelle cotée de 0 à 10 . Un espace à la fin du questionnaire était consacré aux commentaires libres.

Ce questionnaire était totalement anonyme.

### **3.2.3 Envoi des questionnaires et gestion du recueil des données :**

Les patientes dont le décès était connu au moment de l'enquête ou qui étaient en rechute (rechutes loco régionales et/ou métastases) ont été retirées de la liste des envois.

Le questionnaire était accompagné de la lettre d'information et d'une enveloppe à l'adresse du CRLCC pour les retours.

Le questionnaire a été adressé à toutes les patientes supposées vivantes et non évolutives au moment de l'enquête. Compte tenu de l'importance du nombre de dossiers sélectionnés, et du caractère anonyme des envois, les patientes n'ayant pas donné de réponse n'ont pas été recontactées. Les retours de courriers pour cause de non distribution pour adresse incorrecte nous ont amenés à tenter de rechercher les nouvelles adresses sur les pages blanches de l'annuaire. Aucune n'a été retrouvée.

Le recueil des données a été effectué sur un tableur Excel®, les statistiques ont été faites à partir du logiciel Statview®.

## **4. RESULTATS :**

### ***4.1 RESULTATS DE L' ENQUÊTE :***

Sur la période de janvier 1998 à décembre 2005, 450 patientes ayant eu une reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal ont été recensées.

Au 31 décembre 2006, 33 patientes étaient décédées et 10 étaient en réévolution (métastatique et/ou rechute loco régionale). Le questionnaire a donc été envoyé à 407 patientes.

Pour des raisons de non distribution pour cause de « NPAI » (n'habite pas à l'adresse indiquée), 31 courriers nous sont revenus.

Sur les **376** questionnaires reçus par les patientes :

- nous avons reçu **263** réponses (70%)
- 113 patientes n'ont pas répondu (30%)

Sur ce total de 263 réponses, tous les questionnaires ont été exploités.

Le nombre et le taux de réponses aux questions sur les différents thèmes abordés sont représentés dans le ***Tableau 1.***

| Thèmes abordés                                    | Nombre de réponses (%)               |
|---|--------------------------------------|
| <u>INFORMATIONS GENERALES</u>                     |                                      |
| Type de Reconstruction                            | 263 (100)                            |
| Chirurgie sur l'autre sein                        | 255(96.7)                            |
| Reconstruction du mamelon                         | 262(99.6)                            |
| Autre intervention                                | 258 (98)                             |
| Radiothérapie                                     | 259(98.5)                            |
| Information pré-opératoire                        | 256(96.9)                            |
| <u>RESULTAT ESTHETIQUE</u>                        |                                      |
| Sein reconstruit                                  | 259 (98.5)                           |
| Harmonie des deux seins                           | 256 (97.3)                           |
| Rançon cicatricielle                              | 259 (98.5)                           |
| Gêne pour se mettre en maillot de bain            | 254 (96.6)                           |
| Gêne pour se regarder dans un miroir              | 261 (99.2)                           |
| Gêne pour toucher le sein reconstruit             | 257 (95.4)                           |
| <u>ETAT D' ESPRIT</u>                             | 247 (94)                             |
| <u>RESULTATS FONCTIONNELS</u>                     |                                      |
| Gêne somatique( dos, épaule, bras, sein)          | 251 (95.4)                           |
| Douleurs (dos, épaule, bras, sein)                | 249 (94.6)                           |
| Séances de kinésithérapie                         | 259 (98.4)                           |
| Handicap dans la vie quotidienne                  | 256 (97.3)                           |
| Handicap dans les loisirs                         | 253 (96.2)                           |
| Handicap dans la vie professionnelle              | 217 (82.5)                           |
| <u>VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE :</u>                |                                      |
| Reconstruction montrée                            | 258 (98.1)                           |
| Gêne pour se dévêtir face au conjoint             | 250 (95)                             |
| Modifications dans la vie sexuelle                | 247 (93.9)                           |
| Conjoint gêné                                     | 235 (89.3)                           |
| Changement de comportement du conjoint            | 237 (90.1)                           |
| Troubles liés à la maladie ou à la reconstruction | 103 (39.2)                           |
| <u>DE FACON GENERALE :</u>                        |                                      |
| Note du résultat esthétique                       | 259 (98.4)                           |
| Rapport séquelles/résultat esthétique             | 246 (93.5)                           |
| Rapport rançon cicatricielle/résultat esthétique  | 243 (94.3)                           |
| Appréciation du résultat/angoisse de la maladie   | 250 (95)                             |
| Soutien psychologique                             | 256 (97.3)                           |
| Regrets   | 254 (96.6)                           |
| Ablation du sein seule                            | 251 (95.4)                           |
| Refaire la même intervention                      | 243 (92.4)                           |
| Conseiller à une amie                             | 251 (95.4)                           |
| Accepter d'en parler à une future opérée          | 256 (97.3)                           |
| <u>COMMENTAIRES LIBRES :</u>                      | 245 (93.1)                           |
| <b>AU TOTAL :</b>                                 | <b>8913 réponses sur 9468 (94.1)</b> |

*Tableau 1 : Nombre et taux de réponses observés pour les différents thèmes abordés dans le questionnaire.*

## 4.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION OBSERVEE:

### 4.2.1 Age de la population observée au moment de la reconstruction:

La moyenne d'âge pour notre série de 450 patientes était de **49, 5 ans** (min=27 ans ; max=80 ans) au moment de la reconstruction mammaire. La répartition des âges est représentée sur la *Figure 1*.

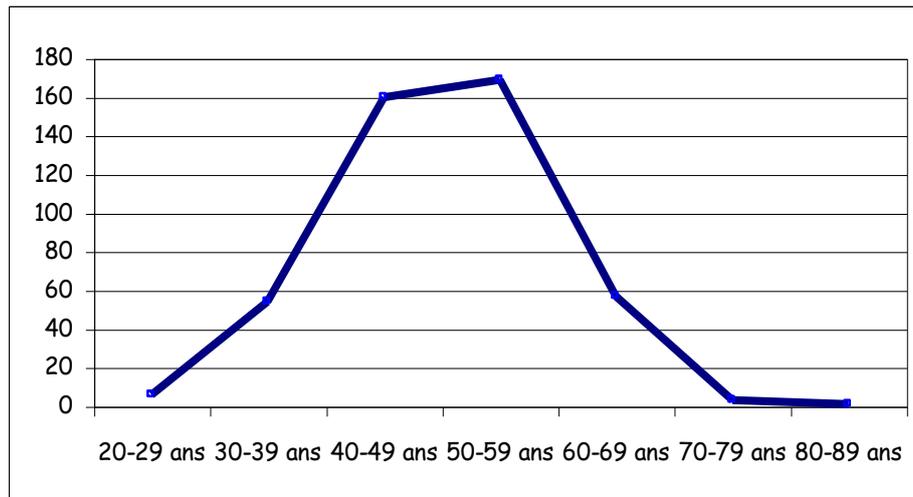


Figure 1: Courbe de la répartition des âges des patientes de la série observée.

### 4.2.2 Type de reconstructions pour la population observée :

Pour la population des 450 patientes de la série, le nombre moyen de reconstructions par LGD par an était de 56.25 (minimum en 1998 : 30; maximum en 2005 : 71). La répartition des reconstructions mammaires immédiates et différées est représentée sur la *Figure 2*.

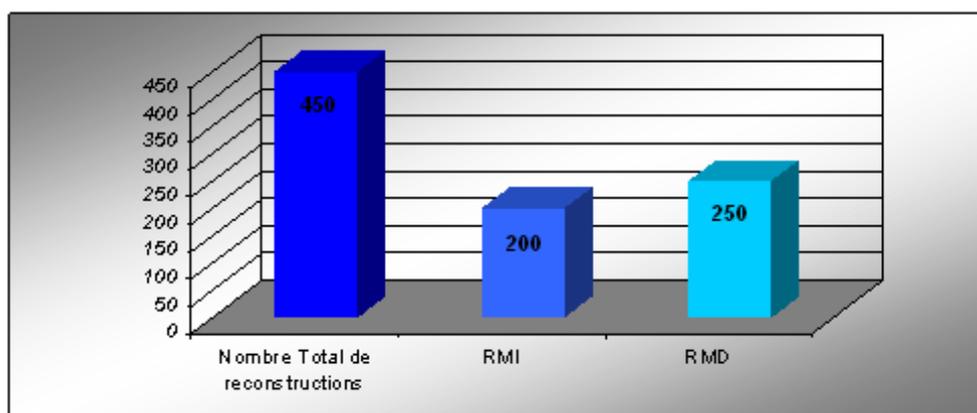


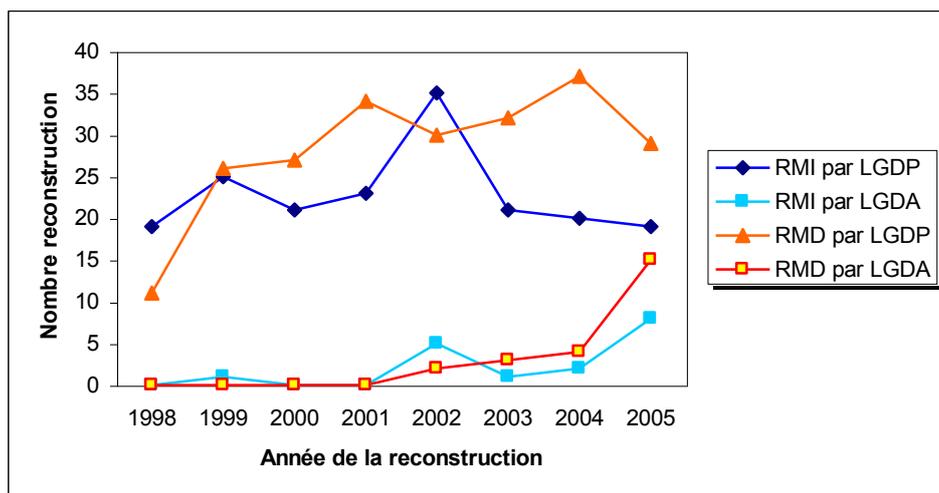
Figure 2: Nombre et taux de Reconstructions Mammaires Immédiates (RMI) et Différées (RMD) .

La répartition des reconstructions par lambeau de grand dorsal (LGD) en fonction du caractère immédiat ou différé et de l'utilisation de prothèse (LGDP) ou par lambeau autologue (LGDA) est représentée dans le **Tableau 2**.

| Type de Reconstruction                 | Nombre (%)  |
|--|-------------|
| RMI par LGDP                           | 128 (28.5%) |
| RMI par LGDA                           | 16 (3.5%)   |
| Conservation Etui Cutané, RMI par LGDP | 55 (12.2%)  |
| Conservation Etui Cutané, RMI par LGDA | 1 (0.2%)    |
| RMD par LGDP                           | 226 (50.2%) |
| RMD par LGDA                           | 24 (5.4%)   |
| <b>Total</b>                           | <b>450</b>  |

**Tableau 2: Répartition du type de reconstruction sur la série de 450 patientes. RMI : reconstruction mammaire immédiate ; RMD : reconstruction mammaire différée.**

La répartition des différents types de reconstruction pour chaque année est représenté sur la **Figure 3**. la différence de répartition, notamment celle des LGDA est liée à une introduction plus tardive de cette technique dans nos pratiques chirurgicales (initiée fin 2002 avec courbe d'apprentissage et augmentation progressive de cette technique).



**Figure 3: Répartition des différentes techniques de reconstruction par année.**

### 4.2.3 Caractéristiques carcinologiques pour la population observée :

La reconstruction mammaire a été réalisée chez toutes ces patientes en absence d'évolutivité de la maladie cancéreuse. Le délai moyen global entre la reconstruction et la date de la récurrence était de 18.25 mois  $\pm$  15.4 (14.7  $\pm$  12 mois pour les récurrences locales, 22.3  $\pm$  15.3 pour les récurrences locales et métastases et de 17.8  $\pm$  15.5 mois pour métastases seules). L'âge moyen des patientes au moment de leur décès était de 50.3 ans  $\pm$  8.7. Les résultats concernant l'évolution de la maladie au moment de l'enquête sont représentés sur la **Figure 4**.

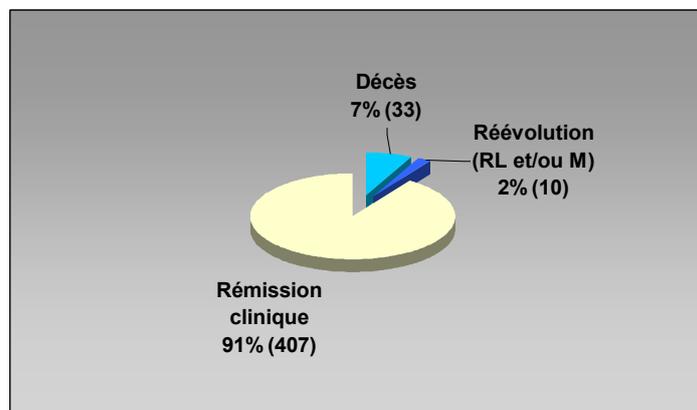


Figure 4: Evolution de la maladie cancéreuse après reconstruction.

RL : récurrences locales ; M : métastases.

Pour les patientes ayant présenté une reprise évolutive de la maladie et/ou décédées, nous avons représenté le mode de récurrence sur la **Figure 5**.

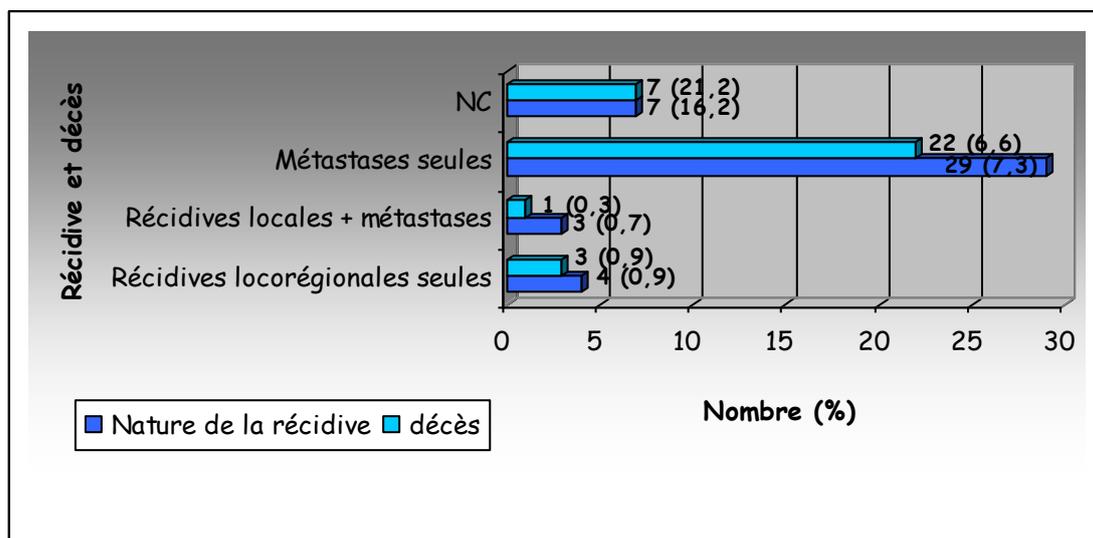


Figure 5: Mode d'évolution de la maladie cancéreuse après reconstruction. NC : non communiqué

Dans le *Tableau 3*, sont représentés les résultats des rechutes et/ou décès selon que la reconstruction était immédiate (RMI) ou différée (RMD).

|              | Métastases seules | Récidives locorégionales | Récidives locorégionales et métastases | Mode de récidive Non Renseigné |
|--------------|-------------------|--------------------------|--|--------------------------------|
|              | Nombre(DC)        | Nombre(DC)               | Nombre(DC)                             | Nombre(DC)                     |
| <b>RMI</b>   | 7 (5)             | 2 (1)                    | 2 (1)                                  | 1 (1)                          |
| <b>RMD</b>   | 22 (17)           | 2 (2)                    | 1 (0)                                  | 6 (6)                          |
| <b>TOTAL</b> | 29 (22)           | 4 (3)                    | 3 (1)                                  | 7 (7)                          |

Tableau 3 : Récidives et décès en fonction de RMI et RMD . DC : décès ;

### 4.3 RESULTATS DE L'ENQUÊTE :

#### 4.3.1 Description de la population des patientes ayant répondu à l'enquête:

##### 4.3.1.1 Année de l'intervention :

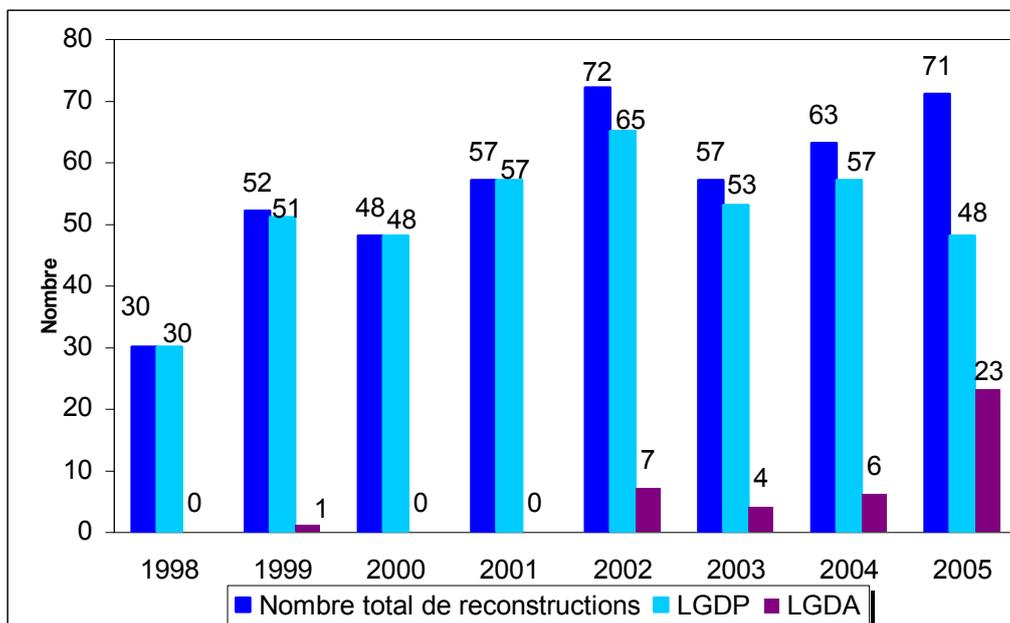


Figure 6: Nombre de reconstructions par année avec répartition des LGDP et LGDA parmi les réponses au questionnaire de l'enquête.

#### 4.3.1.2 Age des patientes au moment de la reconstruction:

L'âge moyen des patientes ayant répondu à l'enquête est de 49.8 ans ( min : 27 ans ; max : 79 ans). La répartition de l'âge est représenté sur la **Figure 7**.

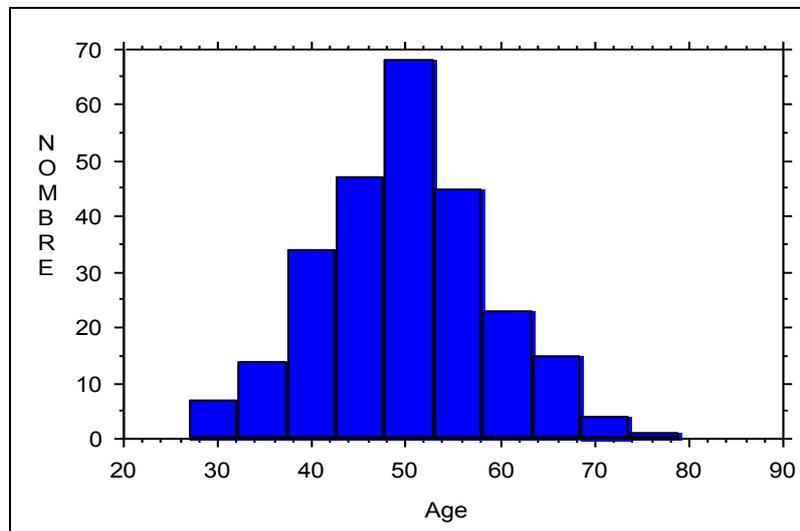


Figure 7: Répartition de l'âge au moment de la reconstruction.

#### 4.3.1.3 Type de reconstruction chez les patientes de l'enquête:

Parmi les 263 patientes ayant répondu à l'enquête, 240 patientes (91.2%) ont bénéficié d'une reconstruction mammaire par LGDP . Dans 50% des cas (120) il s'agissait d'une RMI, dans 50% des cas (120) d'une RMD . (**Tableau 4**).

23 patientes (8.7%) ont bénéficié d'une reconstruction par LGDA (RMI : 7 et RMD : 16).

| <b>LGDP</b><br><b>240 (91.2%)</b> | <b>Type de Prothèse</b>       |                                  |                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
|                                   | <b>Sérum</b><br><b>Nombre</b> | <b>Silicone</b><br><b>Nombre</b> | <b>Non renseigné</b><br><b>Nombre</b> |
| <b>RMI (120)</b>                  | 49                            | 69                               | 2                                     |
| <b>RMD (120)</b>                  | 34                            | 83                               | 3                                     |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>83</b>                     | <b>152</b>                       | <b>5</b>                              |

Tableau 4 : LGDP : nature des prothèses en fonction de RMI et RMD.

#### 4.3.1.4 Intervention sur l'autre sein :

Une chirurgie de symétrisation sur l'autre sein a été réalisée pour 101 patientes parmi les 255 réponses soit un taux de 39.6%. Le type d'intervention est représenté dans le **Tableau 5**.

| <i>Nature de la chirurgie de symétrisation</i> | <i>Nombre (%)</i> |
|--|-------------------|
| <i>Prothèse d'augmentation</i>                 | 11 (10.9)         |
| <i>Cure de ptose</i>                           | 7 (6.9)           |
| <i>Réduction mammaire</i>                      | 53 (52.5)         |
| <i>Non renseignée</i>                          | 30 (29.7)         |
| <b>Total</b>                                   | <b>101</b>        |

Tableau 5: Cures de symétrisation sur l'autre sein.

#### 4.3.1.5 Reconstruction du mamelon :

Sur les 263 patientes ayant répondu à l'enquête, 202 (76.8%) ont eu une reconstruction du mamelon, 60 (22.8%) n'en ont pas eu, 1 patiente n'a pas répondu (0.4%). Parmi celles qui ont eu une reconstruction du mamelon, la nature de la reconstruction est représentée dans le **Tableau 6**.

| <i>Type de reconstruction mamelonnaire</i>             | <i>Nombre (%)</i> |
|--|-------------------|
| <i>Reconstruction en étoile + tatouage de l'aréole</i> | 106 (52.4)        |
| <i>Grefe de mamelon + tatouage de l'aréole</i>         | 53 (26.2)         |
| <i>Tatouage seul</i>                                   | 16 (7.9)          |
| <i>Tout greffe</i>                                     | 4 (1.9)           |
| <i>Non renseigné</i>                                   | 23 (11.3)         |
| <b>Total</b>   | <b>202</b>        |

Tableau 6 : Type de reconstruction du mamelon.

#### **4.3.1.6 Autre intervention après la fin de la reconstruction :**

Parmi les 258 patientes ayant répondu à cette question, 67 (25.9%) ont eu une autre intervention après la fin de la reconstruction. La nature de ces autres interventions est représentée dans le *Tableau 7*

| <i>Autre intervention</i>                         | <i>Nombre (%)</i> |
|---|-------------------|
| <i>Changement de Prothèse</i>                     | 38 (56.7)         |
| <i>Changement de prothèse + retouches simples</i> | 6 (8.9)           |
| <i>Liporemodelage</i>                             | 3 (4.4)           |
| <i>Retouches simples</i>                          | 12 (18)           |
| <i>Non renseigné</i>                              | 8 (12)            |
| <b>Total</b>                                      | <b>67</b>         |

Tableau 7 : Nature des autres interventions réalisées après la fin de la reconstruction.

#### **4.3.1.7 Radiothérapie et reconstruction:**

Sur 259 patientes ayant répondu à cet item, 155 ont eu une radiothérapie (59.8%). 91% lors du traitement initial (141/155) et 9% après la reconstruction (14/155).

104 patientes n'ont pas eu de radiothérapie soit 40.2%.

#### **4.3.2 Information pré-opératoire concernant la reconstruction :**

A la question : « **l'information donnée initialement vous a-t-elle semblée claire ?** »

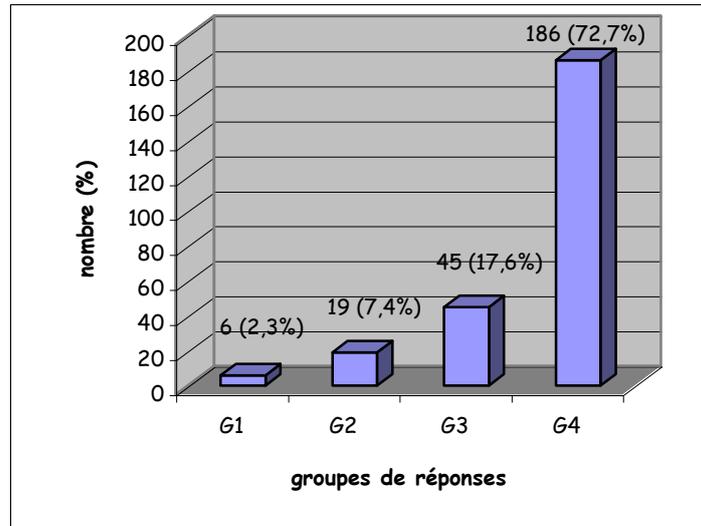
256 patientes ont répondu. La réponse était donnée sous la forme d'une croix à mettre sur une échelle de 0 à 10 avec « 0 » information pas du tout claire et « 10 » information très claire.

La moyenne sur 10 était de **8.05 ± 2.17**.

Pour une meilleure visualisation des résultats, nous avons séparé les réponses en 4 groupes :

- G1 de 0 à 2.4 : information pas du tout claire
- G2 de 2.5 à 5 : information peu claire
- G3 de 5.1 à 7.4 : information moyennement claire
- G4 de 7.5 à 10 : information claire à très claire

Les résultats sont représentés sur la **Figure 8**.

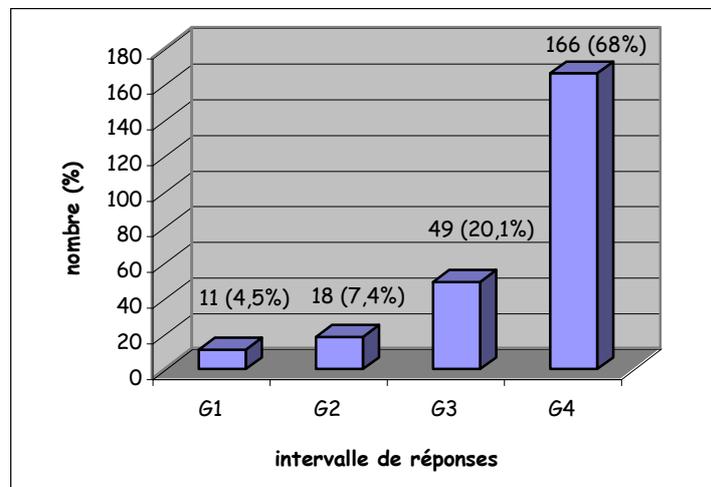


**Figure 8: Résultats concernant "clarté de l'information"**

A la question : « **L'information donnée initialement correspond-elle à la réalité vécue ?** », 244 patientes ont répondu. Sur une échelle de 0 (ne correspond pas du tout) à 10 (correspond tout à fait), la moyenne sur 10 était de  $7.62 \pm 2.35$ . La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : ne correspond pas du tout à la réalité vécue
- G2 de 2.5 à 5 : correspond peu à la réalité vécue
- G3 de 5.1 à 7.4 : correspond moyennement à la réalité vécue
- G4 de 7.5 à 10 : correspond tout à fait à la réalité vécue.

Les résultats sont représentés sur la **Figure 9**.



**Figure 9: Résultats concernant la réalité vécue.**

A la question : « **L'information donnée initialement vous a-t-elle semblée suffisante ?** »

200 patientes ont répondu. Sur une échelle visuelle de 0 (très insuffisante) à 10 (tout à fait suffisante), la moyenne sur 10 était de **7.58 ± 2.46**.

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : information très insuffisante
- G2 de 2.5 à 5 : information peu suffisante
- G3 de 5.1 à 7.4 : information moyennement suffisante
- G4 de 7.5 à 10 : information tout à fait suffisante

Les résultats sont présentés sur la **Figure 10**.

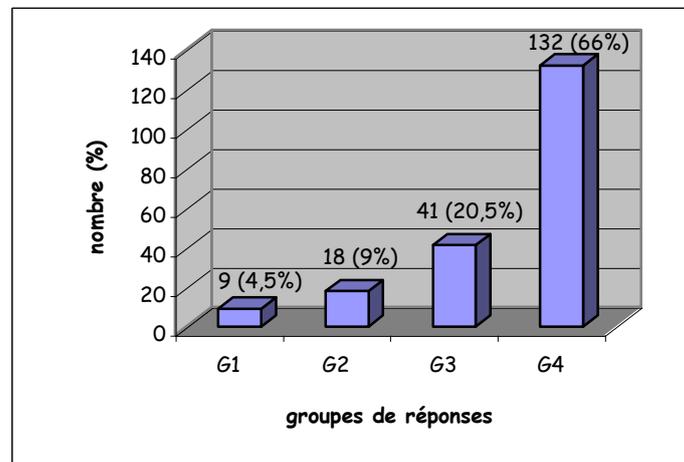


Figure 10: Résultats « information suffisante ».

### 4.3.3 Résultats esthétique :

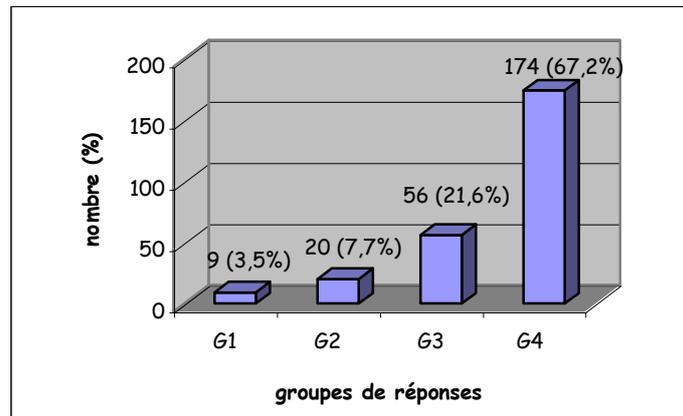
#### a) Résultat esthétique global du sein reconstruit.

259 patientes ont répondu à cette question soit 98.5%. Sur une échelle visuelle de 0 (très mauvais résultat) à 10 (très bon résultat), la moyenne était de **7.68 ± 2.32**.

La définition des 4 sous groupes a été :

- De 0 à 2.4 : très mauvais résultat
- De 2.5 à 5 : mauvais résultat
- De 5.1 à 7.4 : bon résultat
- De 7.5 à 10 : très bon résultat

Ces résultats sont représentés sur la **Figure 11**.



**Figure 11: Résultat esthétique global sur le sein reconstruit.**

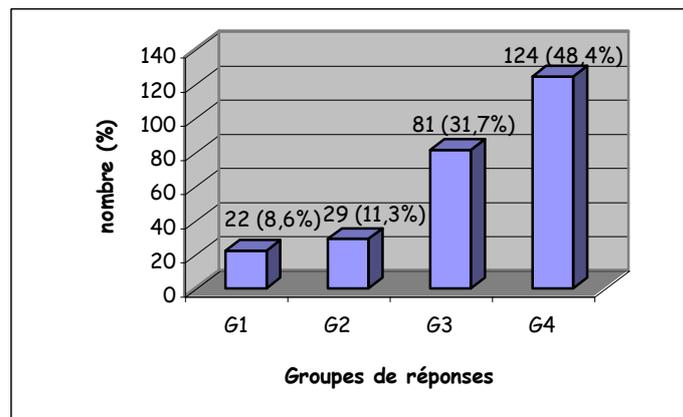
#### **b) Harmonie entre les deux seins.**

256 patientes ont répondu à cette question. Sur une échelle visuelle de 0 (très mauvaise) à 10 (très bonne), la moyenne sur 10 était de **6.66 ± 2.66**.

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : très mauvaise harmonie
- G2 de 2.5 à 5 : mauvaise harmonie
- G3 de 5.1 à 7.4 : harmonie moyenne
- G4 de 7.5 à 10 : très bonne harmonie

Les résultats sont représentés sur la **Figure 12** :



**Figure 12: Résultats concernant l'harmonie entre les deux seins.**

### c) Rançon cicatricielle :

Sur une échelle visuelle de 0 (très acceptable) à 10 (trop importante), la définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : rançon cicatricielle très acceptable
- G2 de 2.5 à 4.9 : rançon cicatricielle moyennement acceptable
- G3 de 5 à 7.4 : rançon cicatricielle peu acceptable
- G4 de 7.5 à 10 : rançon cicatricielle trop importante

Pour « **rançon cicatricielle sur le sein reconstruit** », 249 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $3.47 \pm 2.92$  (*Figure 13*).

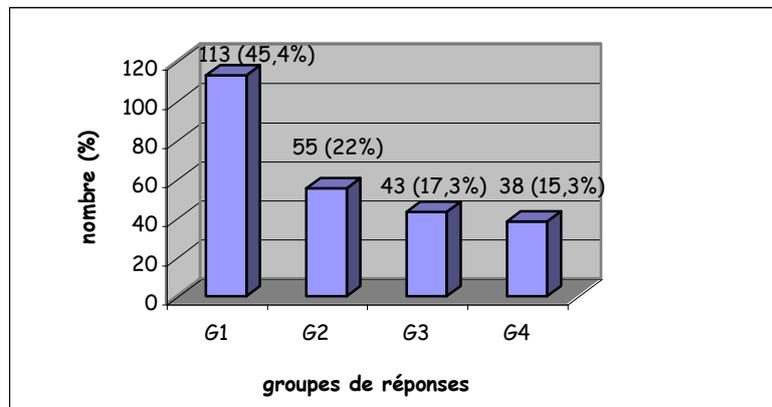


Figure 13: Rançon cicatricielle sur le sein reconstruit.

Pour « **rançon cicatricielle sur le sein controlatéral** », 135 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $3.58 \pm 3.19$  (*Figure 14*).

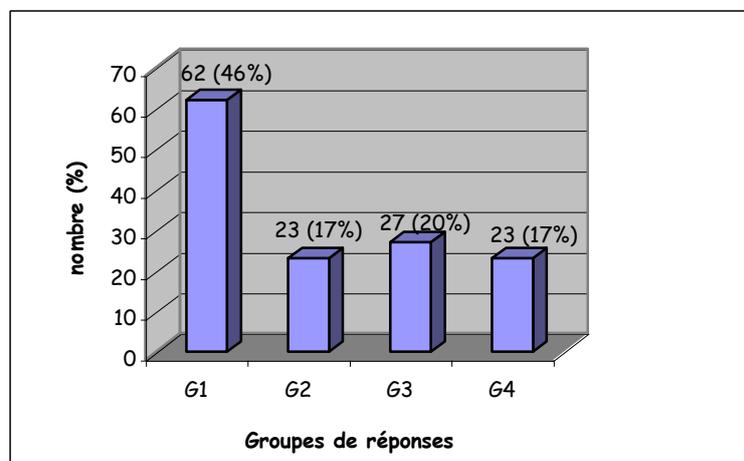


Figure 14: Rançon cicatricielle sur le sein controlatéral.

Pour « **rançon cicatricielle au niveau du dos** », 254 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $4.1 \pm 3.01$ . (*Figure 15*).

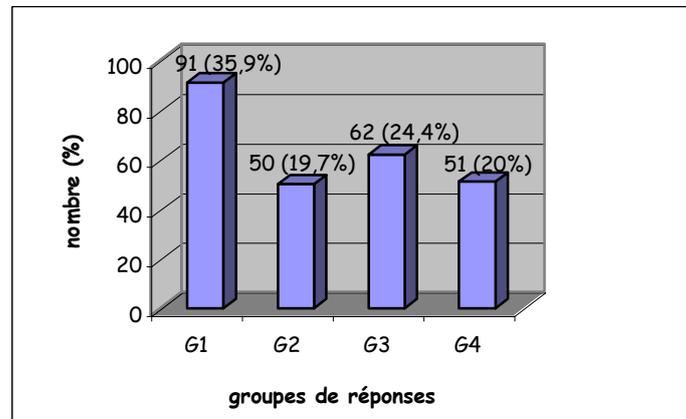


Figure 15: rançon cicatricielle au niveau du dos.

**d)** A la question « **Êtes-vous gênée pour vous mettre en maillot de bain ?** »

254 patientes ont répondu. Sur une échelle visuelle de 0 (pas du tout gênée) à 10 (très gênée), la moyenne sur 10 était de  $2.59 \pm 2.99$ .

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : pas du tout gênée
- G2 de 2.5 à 5 : peu gênée
- G3 de 5.1 à 7.4 : moyennement gênée
- G4 de 7.5 à 10 : très gênée

Les résultats sont représentés sur la *Figure 16*.

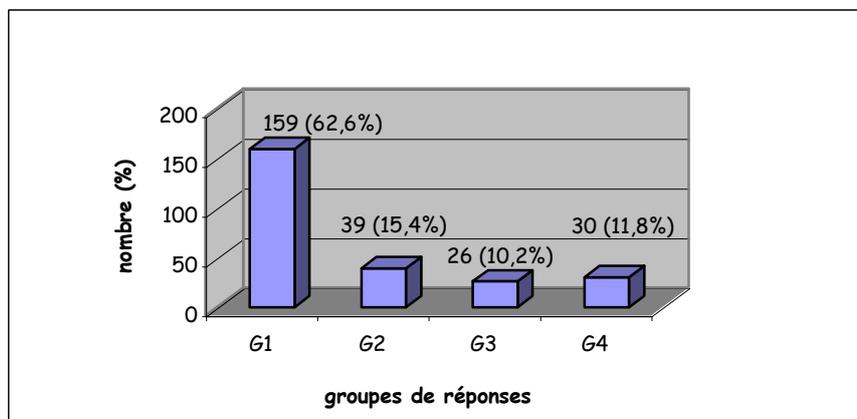


Figure 16: Résultats concernant la gêne pour se mettre en maillot.

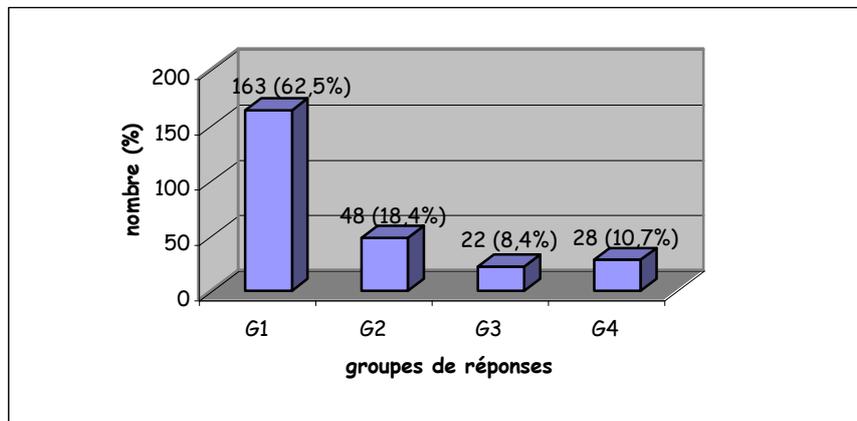
A la question « **Êtes-vous gênée pour vous regarder dans un miroir torse nu ?** »

261 patientes ont répondu. Sur une échelle visuelle de 0 (pas du tout gênée) à 10 (très gênée), la moyenne sur 10 était de **2.44 ± 2.9**.

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : pas du tout gênée
- G2 de 2.5 à 5 : peu gênée
- G3 de 5.1 à 7.4 : moyennement gênée
- G4 de 7.5 à 10 : très gênée

Les résultats sont représentés sur la **Figure 17**.



**Figure 17: Résultats concernant la gêne pour se regarder dans un miroir.**

A la question « **Avez-vous une appréhension pour toucher votre sein reconstruit ?** »

257 patientes ont répondu. Sur une échelle visuelle de 0 (pas du tout gênée) à 10 (très gênée), la moyenne sur 10 était de **2.87 ± 3.24**.

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : pas du tout gênée
- G2 de 2.5 à 5 : peu gênée
- G3 de 5.1 à 7.4 : moyennement gênée
- G4 de 7.5 à 10 : très gênée

Les résultats sont représentés sur la **Figure 18**.

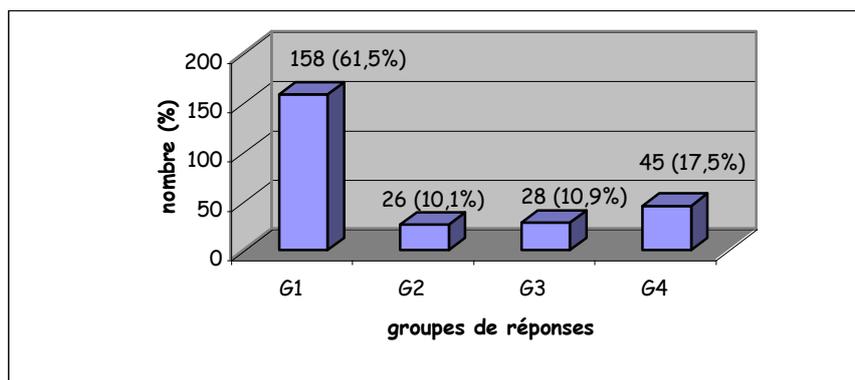


Figure 18: Réponses pour appréhension à toucher le sein reconstruit.

#### 4.3.4 Résultats concernant l'état d'esprit :

A la question « **Quel est votre état d'esprit actuel ?** », 247 patientes ont répondu soit 94%.

Les résultats sont représentés dans le **Tableau 8**.

| <i>Etat d'esprit</i>              | <i>Nombre (%)</i> |
|-----------------------------------|-------------------|
| <i>Serein</i>                     | 177 (71.7)        |
| <i>Anxieux</i>                    | 35 (14.1)         |
| <i>Serein avec fond d'anxiété</i> | 4 (1.6)           |
| <i>Dépressif</i>                  | 10 (4)            |
| <i>Anxieux et dépressif</i>       | 2 (0.8)           |
| <i>Autre</i>                      | 19 (7.7)          |
| <b>Total</b>                      | <b>247</b>        |

Tableau 8: Etat d'esprit des patientes au moment de l'enquête.

#### 4.3.5 Résultats fonctionnels :

a) A la question « **Gardez-vous une gêne au niveau :** » (Réponses exprimées sur une échelle visuelle de 0 (pas du tout de gêne) à 10 (gêne très importante)).

- **du dos** : 256 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de **3.56 ± 3**.
- **de l'épaule** 247 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de **2 ± 2.5**.
- **du bras** 249 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de **2.62 ± 2.72**.
- **du sein** 252 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de **2.8 ± 2.67**.

Les résultats sont exprimés sur la **Figure 19**.

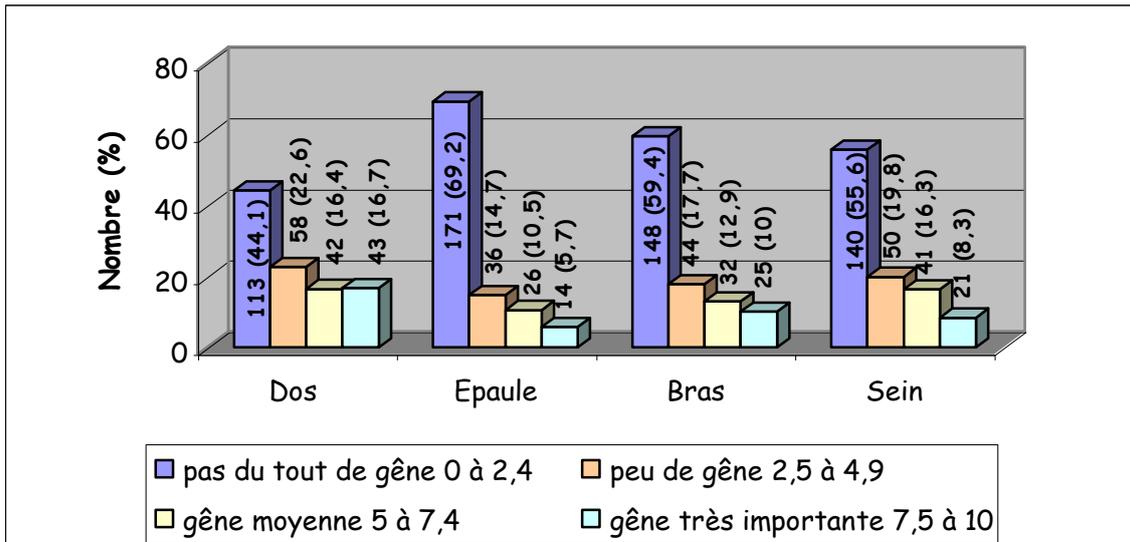


Figure 19: Résultats concernant la gêne fonctionnelle., exprimés en %.

b) A la question « **Gardez-vous une douleur au niveau :** » (Réponses exprimées sur une échelle visuelle de 0 (pas du tout de douleur) à 10 (douleur très importante)).

- **Du dos** : 254 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $2.59 \pm 2.85$ .
- **De l'épaule** : 244 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $1.68 \pm 2.45$ .
- **Du bras** : 246 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $2.13 \pm 2.58$ .
- **Du sein** : 251 patientes ont répondu. La moyenne sur 10 était de  $1.84 \pm 2.30$ .

Les résultats sont représentés sur la **Figure 20**.

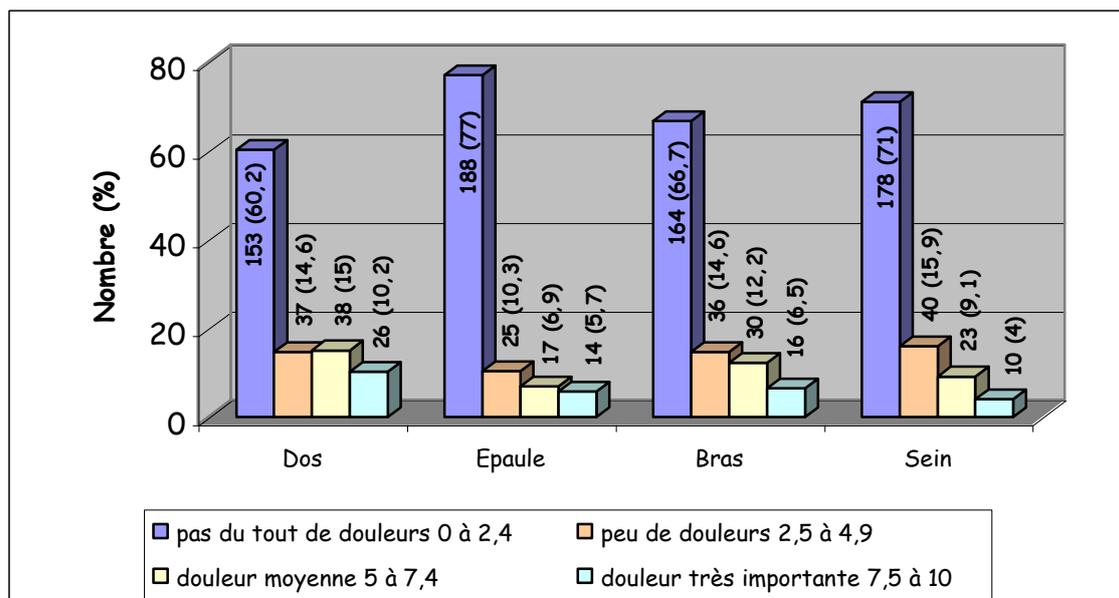


Figure 20: Résultats concernant la persistance de douleurs, exprimés en %.

c) A la question « **Avez-vous eu besoin de séances de kinésithérapie ?** » 259 patientes ont répondu.

En pot-opératoire, 200 patientes ont eu besoin de kinésithérapie, soit 77.2% et 59 n'en ont pas eu besoin, soit 22.8%.

Actuellement, 49 patientes soit 18.9% nécessitent toujours des séances de kinésithérapie. La nature de ces séances est représenté pour le post opératoire sur la **Figure 21** et pour « actuellement » sur la **Figure 22**.

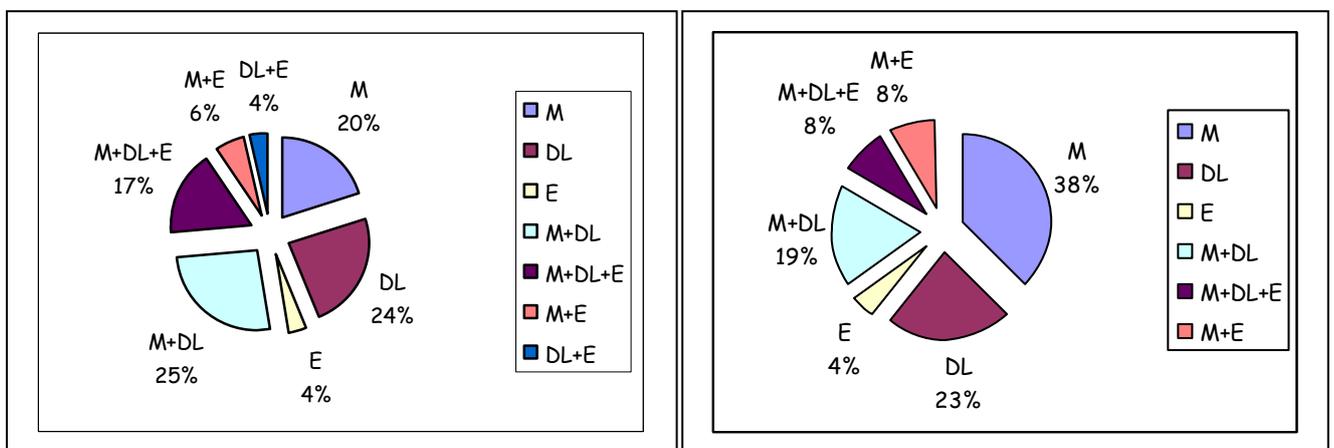


Figure 21: Nature des séances de kiné pot-opératoires.

Figure 22: Nature des séances de kiné actuellement.

M : massages ; DL : drainages lymphatiques ; E : mobilisation de l'épaule.

d) A la question « **Avez-vous une sensation de handicap :** » (la réponse était donnée sur une échelle visuelle de 0 (pas de handicap) à 10 (handicap important)).

- **dans la vie quotidienne** : 256 réponses. La moyenne sur 10 était de **2.58 ± 2.78**.
- **dans les loisirs** 253 réponses. La moyenne sur 10 était de **2.79 ± 2.81**.
- **dans la vie professionnelle** 217 réponses. La moyenne sur 10 était de **2.51 ± 3.02**.

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : pas de handicap
- G2 de 2.5 à 5 : peu de handicap
- G3 de 5.1 à 7.4 : handicap moyen
- G4 de 7.5 à 10 : handicap important

Les résultats sont représentés sur la *Figure 23*

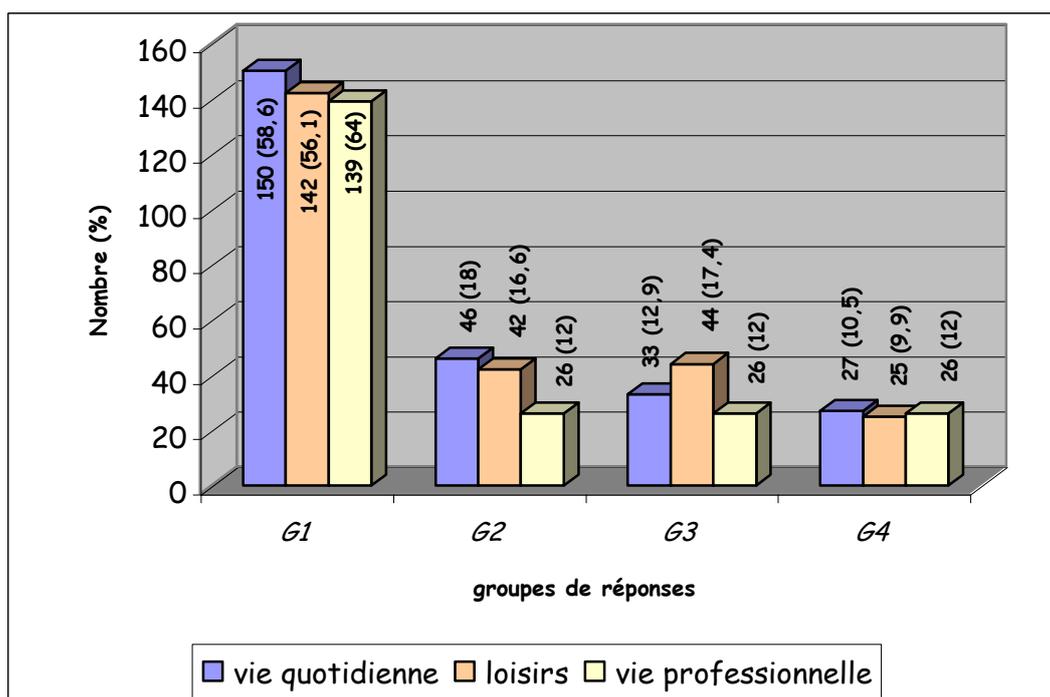


Figure 23: Sensation de handicap.

#### 4.3.6 Vie affective et sexuelle :

| Question :  | Oui<br>Nombre<br>(%) | Non<br>Nombre<br>(%) | Total<br>Nombre<br>(%) |
|---|----------------------|----------------------|------------------------|
| <i>Avez vous montré votre reconstruction à votre entourage proche ou à une amie ?</i> | 199 (77.1)           | 59 (22.9)            | 258 (98.1)             |
| <i>Êtes-vous gênée de vous dévêtir devant votre conjoint ?</i>                        | 44 (17.6)            | 206 (82.4)           | 250 (95)               |
| <i>Suite à l'intervention y a-t-il eu des modifications dans votre vie sexuelle ?</i> | 90 (36.4)            | 157 (63.6)           | 247 (93.9)             |
| <i>Votre conjoint est-il gêné de vous voir torse nu ?</i>                             | 21 (8.9)             | 214 (91.1)           | 235 (89.3)             |
| <i>Est-ce que le comportement de votre conjoint a changé ?</i>                        | 51 (21.5)            | 186 (78.5)           | 237 (90.1)             |

Tableau 9: Résultats pour réponses aux questions concernant la vie affective et sexuelle.

A la question : « S'ils existent, les troubles de votre vie amoureuse vous semblent-ils plus liés à votre maladie ou à votre reconstruction ? », il y a eu 103 réponses.

Les résultats montrent que :

- 54 patientes (52.4%) pensent que leurs troubles sont plus liés à leur maladie
- 37 patientes (35.9%) pensent que leurs troubles sont plus liés à leur reconstruction
- 12 patientes (11.6%) pensent que leurs troubles peuvent être liés à la maladie et à la reconstruction.

#### 4.3.7 De façon générale :

a) A la question « Comment noteriez-vous votre reconstruction ? » :

- Sur le **résultat esthétique global**: 259 patientes ont répondu.

Une note était donnée sur une échelle visuelle de 0 (résultat esthétique très mauvais) à 10 (résultat esthétique très bon). La moyenne sur 10 était de  $7.3 \pm 2.49$ .

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : Très mauvais
- G2 de 2.5 à 5 : mauvais
- G3 de 5.1 à 7.4 : bon
- G4 de 7.5 à 10 : très bon

Les résultats sont représentés sur la **Figure 24**.

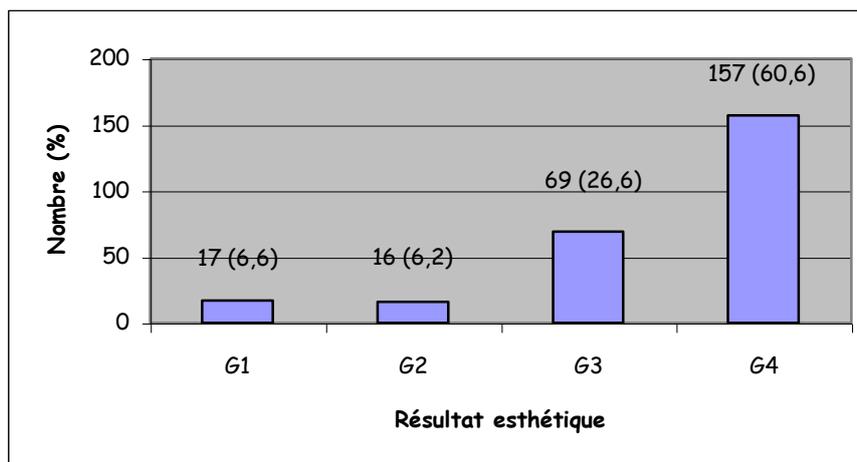


Figure 24 : Résultat esthétique.

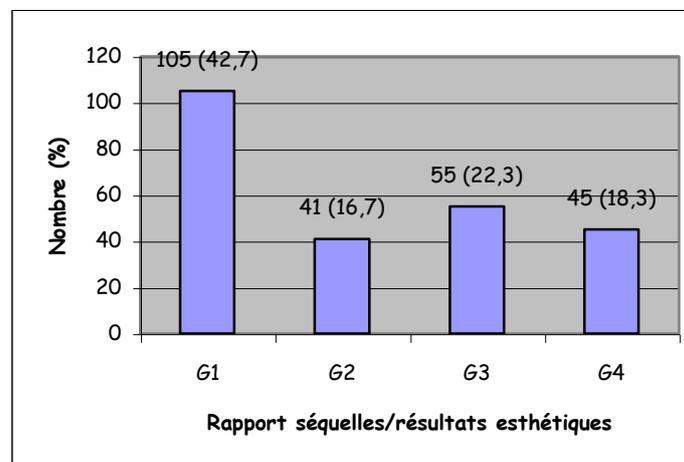
- Sur le **rapport :séquelles/résultat esthétique** : 246 réponses

Une note était donnée sur une échelle visuelle de 0 (très peu) à 10 (trop importantes). La moyenne sur 10 était de  $3.7 \pm 2.98$ .

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : très peu de séquelles : très acceptable / au résultat esthétique attendu
- G2 de 2.5 à 5 : séquelles faibles : acceptable / au résultat esthétique attendu
- G3 de 5.1 à 7.4 : séquelles assez importantes / au résultat esthétique attendu
- G4 de 7.5 à 10 : séquelles trop importantes : difficilement acceptables / au résultat esthétique attendu.

Les résultats sont représentés sur la **Figure 25**.



**Figure 25: Rapport séquelles/résultat esthétique.**

- Sur le **rapport : quantité de cicatrices/résultat esthétique** : 248 réponses

Une note était donnée sur une échelle visuelle de 0 (très peu) à 10 (trop importantes). La moyenne sur 10 était de  $3.68 \pm 2.74$ .

La définition des 4 sous groupes a été :

- G1 de 0 à 2.4 : très peu de cicatrices : très acceptable / au résultat esthétique attendu
- G2 de 2.5 à 5 : peu de cicatrices : acceptable / au résultat esthétique attendu
- G3 de 5.1 à 7.4 : cicatrices assez importantes / au résultat esthétique attendu
- G4 de 7.5 à 10 : cicatrices trop importantes : difficilement acceptables / au résultat esthétique attendu.

Les résultats sont représentés sur la **Figures 26**.

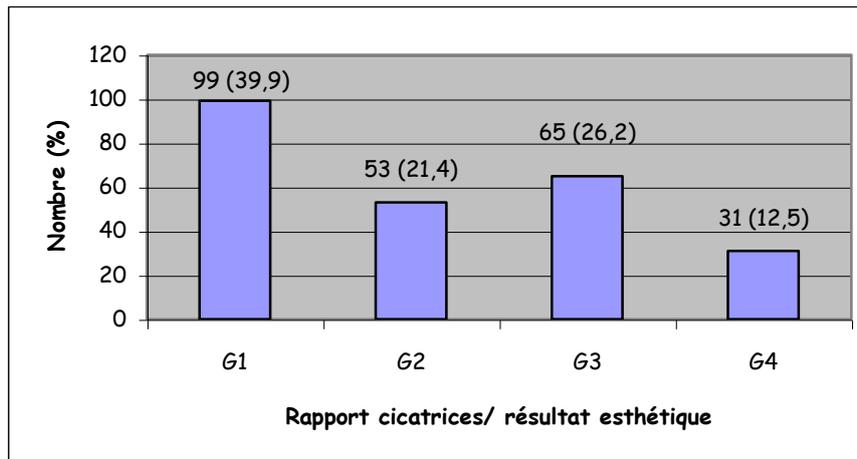


Figure 26: Rapport cicatrices/ résultat esthétique.

b) A la question « **Est-ce que l'appréciation de votre résultat esthétique a été perturbée par l'angoisse liée à votre maladie ?** »

250 patientes ont répondu. 30 patientes ont répondu « oui » soit 12% et 220 ont répondu « non » soit 88%.

c) A la question « **Depuis votre intervention avez-vous eu besoin d'un soutien psychologique ?** »

256 patientes ont répondu. Les résultats sont présentés dans le *Tableau 10*.

| Soutien psychologique |  | Total<br>Nombre (%) |
|-----------------------|--|---------------------|
| NON<br>Nombre (%)     | OUI<br>Nombre (%)                          | 256                 |
| 181 (70.7)            | 75 (29.3)                                  |                     |
|                       | <i>Avant la RM</i>                         | 26 (34.6)           |
|                       | <i>Après la RM</i>                         | 9 (12)              |
|                       | <i>A Distance de la RM</i>                 | 18 (24)             |
|                       | <i>Avant et Après la RM</i>                | 3 (4)               |
|                       | <i>Avant et à Distance de la RM</i>        | 1 (1.3)             |
|                       | <i>Avant, Après et à Distance de la RM</i> | 1 (1.3)             |
|                       | <i>Après et à Distance</i>                 | 8 (10.6)            |
|                       | <i>Non renseigné</i>                       | 9 (12.2)            |

Tableau 10: Résultats concernant le soutien psychologique. RM: Reconstruction Mammaire.

d) Aux questions correspondant à la satisfaction globale des patientes sur leur reconstruction, les résultats sont présentés dans le *Tableau 11*.

| <i>Question</i>   | <i>Nombre de réponses<br/>Nombre</i> | <i>Oui<br/>Nombre (%)</i> | <i>Non<br/>Nombre (%)</i> |
|---|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <i>Regrettez-vous d'avoir fait ce type de reconstruction ?</i>                    | 254                                  | 11 (4.3)                  | 243 (95.7)                |
| <i>Auriez-vous préféré avoir l'ablation seule du sein sans reconstruction ?</i>   | 251                                  | 7 (2.8)                   | 244 (97.2)                |
| <i>Seriez-vous prête à refaire la même intervention si on vous la proposait ?</i> | 243                                  | 227 (93.4)                | 16 (6.6)                  |
| <i>Conseilleriez-vous cette intervention à une amie ?</i>                         | 251                                  | 237 (94.4)                | 14 (5.6)                  |
| <i>Accepteriez-vous d'en parler à une femme devant se faire opérer ?</i>          | 256                                  | 238 (93)                  | 18 (7)                    |

Tableau 11: Synthèse des réponses aux questions sur la satisfaction globale de la reconstruction.

#### **4.4 COMPARAISONS DE POPULATIONS DE L' ENQUÊTE :**

##### **4.4.1 RMI versus RMD : Comparaisons entre les 2 populations :**

Nous avons cherché à comparer la population des patientes ayant eu une reconstruction mammaire immédiate à celle des patientes ayant eu une reconstruction mammaire différée. Nous avons comparé ces populations en termes d' âge, de gestes chirurgicaux, de résultats esthétiques, de résultats fonctionnels et de vie affective et sexuelle.

Nous rappelons que sur les 263 patientes représentant notre population globale, 136 ont eu une RMI (48.3%) et 127 une RMD (51.7%). Les comparaisons ont été faites à l'aide du test du « chi 2 » et du test de « Student ».

#### 4.4.1.1 Concernant l'âge :

| Type de Reconstruction | RMI         | RMD          | Significativité (p) |
|------------------------|-------------|--------------|---------------------|
| Age                    | 49.99 ± 9.2 | 49.73 ± 9.16 | p=0.8225            |
| Moyenne ± écart type   |             |              |                     |

Tableau 12: Comparaison de l'âge pour population RMD versus population RMI. Test de Student.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations concernant l'âge.

#### 4.4.1.2 Concernant les gestes chirurgicaux :

| Gestes chirurgicaux associés      | Type de reconstruction mammaire (Nombre) |     |       | Significativité (p) |
|-----------------------------------|--|-----|-------|---------------------|
|                                   | RMD                                      | RMI | Total |                     |
| <b>Chirurgie sur l'autre sein</b> | 135                                      | 127 | 262   | 2.194               |
| Oui                               | 107                                      | 95  | 202   |                     |
| Non                               | 28                                       | 32  | 60    |                     |
| <b>Reconstruction du mamelon</b>  | 135                                      | 127 | 262   | 0.3910              |
| Oui                               | 107                                      | 95  | 202   |                     |
| Non                               | 28                                       | 32  | 60    |                     |
| <b>Après la fin de la RM</b>      | 135                                      | 123 | 258   | 0.3846              |
| Oui                               | 32                                       | 35  | 67    |                     |
| Non                               | 103                                      | 88  | 191   |                     |

Tableau 13: Comparaison des gestes chirurgicaux associés pour RMD versus RMI. Test du chi 2.

Il n'y a pas de différences entre les deux populations concernant les gestes chirurgicaux associés (reconstruction du mamelon, symétrisation controlatérale et chirurgie de « retouches »).

#### 4.4.1.3 Concernant la radiothérapie :

| Radiothérapie          | Type de reconstruction mammaire (Nombre) |      |       | Significativité (p) |
|------------------------|--|------|-------|---------------------|
|                        | RMD                                      | RMI  | Total |                     |
| <b>Pré opératoire</b>  | 133                                      | 126  | 259   | <0.0001             |
| Oui                    | 104                                      | 37*  | 141   |                     |
| Non                    | 29                                       | 89   | 118   |                     |
| <b>Post opératoire</b> | 131                                      | 124  | 255   | 0.0791              |
| Oui                    | 4  | 10** | 14    |                     |
| Non                    | 127                                      | 114  | 241   |                     |

Tableau 14: Comparaison de la réalisation d'une radiothérapie pré ou post opératoire pour RMD et RMI. Test du chi 2.

Note tableau 14 :

\*essentiellement des RMI pour des récidives locales après traitement conservateur+radiothérapie.

\*\*RMI faites essentiellement pour des CIC, donc peu d'indications de RTE post reconstruction.

Les patientes ayant eu une RMI ont été, de façon très significative, beaucoup moins irradiées en pré opératoire que les patientes ayant eu une RMD ( $p < 0.0001$ ).

#### 4.4.1.4 Concernant le résultat esthétique :

| Critères de comparaison concernant le résultat esthétique | RMI                      | RMD                      | Significativité (p) |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------|
|   | Moyenne $\pm$ écart type | Moyenne $\pm$ écart type |                     |
| Résultat esthétique sur le sein reconstruit               | 7.73 $\pm$ 2.22          | 7.63 $\pm$ 2.42          | 0.7061              |
| Harmonie entre les deux seins                             | 6.75 $\pm$ 2.73          | 6.58 $\pm$ 2.60          | 0.5961              |
| Rançon cicatricielle sur le sein reconstruit              | 3.03 $\pm$ 2.88          | 3.88 $\pm$ 2.92          | 0.0216              |
| Rançon cicatricielle sur l'autre sein                     | 3.09 $\pm$ 3.10          | 3.98 $\pm$ 3.22          | 0.1086              |
| Rançon cicatricielle au niveau du dos                     | 4.42 $\pm$ 2.98          | 3.82 $\pm$ 3.02          | 0.1153              |
| Gêne pour se mettre en maillot                            | 2.57 $\pm$ 2.87          | 2.61 $\pm$ 3.10          | 0.9206              |
| Gêne pour se regarder dans un miroir                      | 2.68 $\pm$ 2.97          | 2.23 $\pm$ 2.83          | 0.2056              |
| Gêne pour toucher le sein reconstruit                     | 3.09 $\pm$ 3.25          | 2.67 $\pm$ 3.24          | 0.3085              |

Tableau 15 : Comparaison du résultat esthétique en fonction de RMI et RMD . Test de Student.

Le seul critère différentiel est la perception cicatricielle sur le sein reconstruit qui est moins important en cas de RMI qu'en cas de RMD.

#### 4.4.1.5 Concernant les résultats fonctionnels :

| Critères de comparaison concernant les résultats fonctionnels | RMI                        | RMD                        | Significativité (p) |
|---|----------------------------|----------------------------|---------------------|
|   | (Moyenne $\pm$ écart type) | (Moyenne $\pm$ écart type) |                     |
| Gêne ressentie au niveau du dos                               | 3.49 $\pm$ 2.83            | 3.63 $\pm$ 3.16            | 0.7107              |
| Gêne ressentie au niveau de l'épaule                          | 1.69 $\pm$ 2.38            | 2.28 $\pm$ 2.58            | 0.0634              |
| Gêne ressentie au niveau du bras                              | 2.22 $\pm$ 2.34            | 2.97 $\pm$ 2.98            | 0.0314              |
| Gêne ressentie au niveau du sein reconstruit                  | 2.63 $\pm$ 2.58            | 2.96 $\pm$ 2.76            | 0.3360              |
| Douleurs au niveau du dos                                     | 2.37 $\pm$ 2.59            | 2.80 $\pm$ 3.08            | 0.2314              |
| Douleurs au niveau de l'épaule                                | 1.18 $\pm$ 1.90            | 2.12 $\pm$ 2.78            | 0.0026              |
| Douleurs au niveau du bras                                    | 1.69 $\pm$ 2.05            | 2.52 $\pm$ 2.92            | 0.0121              |
| Douleurs au niveau du sein reconstruit                        | 1.55 $\pm$ 2.09            | 2.11 $\pm$ 2.46            | 0.0565              |
| Handicap dans la vie quotidienne                              | 2.30 $\pm$ 2.61            | 2.84 $\pm$ 2.92            | 0.1238              |
| Handicap dans les loisirs                                     | 2.68 $\pm$ 2.62            | 2.89 $\pm$ 2.99            | 0.5441              |
| Handicap dans la vie professionnelle                          | 2.48 $\pm$ 2.84            | 2.55 $\pm$ 3.19            | 0.8697              |

Tableau 16: Résultats fonctionnels en fonction de RMI et RMD. Test de Student.

Les patientes ayant eu une RMI sont moins gênée au niveau du bras que les patientes ayant eu une RMD, de façon significative ( $p=0.031$ ). De même, les patientes gardent moins de douleurs au niveau de l'épaule ( $p=0.002$ ), du bras ( $p=0.121$ ) et du sein ( $p=0.056$ ) lorsqu'elles ont eu une RMI.

#### 4.4.1.6 Concernant la vie affective et sexuelle :

| Critères de comparaison               | Type de reconstruction (Nombre) |     |       | Significativité (p) |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----|-------|---------------------|
|                                       | RMI                             | RMD | Total |                     |
| Sein reconstruit montré à l'entourage | 126                             | 132 | 258   | 0.0331              |
| Oui                                   | 90                              | 109 | 199   |                     |
| Non                                   | 36                              | 23  | 59    |                     |
| Gêne pour se dévêtir devant conjoint  | 44                              | 206 | 250   | 0.9069              |
| Oui                                   | 22                              | 101 | 123   |                     |
| Non                                   | 22                              | 105 | 127   |                     |
| Modifications dans la vie sexuelle    | 121                             | 126 | 247   | 0.6133              |
| Oui                                   | 46                              | 44  | 90    |                     |
| Non                                   | 75                              | 82  | 157   |                     |
| Conjoint gêné de vous voir torse nu   | 21                              | 214 | 235   | 0.4799              |
| Oui                                   | 9                               | 109 | 118   |                     |
| Non                                   | 12                              | 105 | 117   |                     |
| Comportement du conjoint changé       | 118                             | 119 | 237   | 0.9013              |
| Oui                                   | 25                              | 26  | 51    |                     |
| Non                                   | 93                              | 93  | 186   |                     |

Tableau 17: Comparaison des items concernant la vie affective et sexuelle en fonction de RMI et RMD. Test du chi 2.

Il n'y a pas de différence significative concernant les deux types de prise en charge.

#### 4.4.1.7 De façon générale :

Concernant l'appréciation du résultat esthétique : la perception de la rançon cicatricielle sur le sein reconstruit par rapport au résultat esthétique est moins importante de façon significative après RMI qu'après une RMD ( $p=0.01$ ).

|   | RMI                        | RMD                        | Significativité (p) |
|---|----------------------------|----------------------------|---------------------|
|   | (Moyenne $\pm$ écart type) | (Moyenne $\pm$ écart type) |                     |
| <b>Note reconstruction</b>                        | 7.16 $\pm$ 2.65            | 7.44 $\pm$ 2.34            | 0.3813              |
| <b>Séquelles / Résultat esthétique</b>            | 3.45 $\pm$ 2.92            | 3.95 $\pm$ 3.03            | 0.1983              |
| <b>Rançon cicatricielle / Résultat esthétique</b> | 3.22 $\pm$ 2.66            | 4.10 $\pm$ 2.76            | 0.0111              |

Tableau 18: Comparaison de l'appréciation du résultat esthétique en fonction de RMI et RMD. Test de Student.

|   | Type de reconstruction (Nombre) |     |       | Significativité (p) |
|---|---------------------------------|-----|-------|---------------------|
|   | RMI                             | RMD | Total |                     |
| Résultat esthétique/ angoisse liée à la maladie | 120                             | 130 | 250   | 0.3111              |
| Oui   | 17                              | 13  | 30    |                     |
| Non   | 103                             | 117 | 220   |                     |
| Soutien psychologique                           | 124                             | 132 | 256   | 0.8535              |
| Oui   | 37                              | 38  | 75    |                     |
| Non   | 87                              | 94  | 181   |                     |
| Regrets / reconstruction                        | 123                             | 131 | 254   | 0.3020              |
| Oui   | 7                               | 4   | 11    |                     |
| Non   | 116                             | 127 | 243   |                     |
| Préférée ablation seule                         | 121                             | 130 | 251   | 0.7739              |
| Oui   | 3                               | 4   | 7     |                     |
| Non   | 118                             | 126 | 244   |                     |
| Refaire la même intervention                    | 115                             | 128 | 243   | 0.7670              |
| Oui   | 108                             | 119 | 227   |                     |
| Non   | 7                               | 9   | 16    |                     |
| Conseiller à une amie                           | 118                             | 133 | 251   | 0.8177              |
| Oui   | 111                             | 126 | 237   |                     |
| Non   | 7                               | 7   | 14    |                     |

Tableau 19: Appréciation globale de la RM en fonction de RMI et RMD.

#### 4.4.2 Comparaison de l'attitude face à la reconstruction en fonction du résultat esthétique :

|   | Résultat esthétique (Moyenne ± écart type) | Significativité (p) |
|---|--|---------------------|
| <b>Regrets d'avoir fait la reconstruction</b> |  |                     |
| Oui   | 3.00 ± 3.14                                | <0.0001             |
| Non   | 7.62 ± 2.15                                |                     |
| <b>Aurait préféré une mastectomie seule</b>   |  |                     |
| Oui   | 5.57 ± 3.43                                | 0.0416              |
| Non   | 7.44 ± 2.35                                |                     |

Tableau 20: comparaison de l'attitude face à la reconstruction en fonction du résultat esthétique.

Test de Student.

Lorsque le résultat esthétique n'est pas jugé satisfaisant, les patientes regrettent de façon hautement significative d'avoir eu recours à la reconstruction ( $p < 0.0001$ ) et auraient préféré avoir une mastectomie seule.

#### 4.4.3 Comparaison vie sexuelle et affective en fonction du résultat esthétique :

|  | Résultat esthétique<br>(Moyenne ± écart type) | Significativité<br>(p) |
|--|---|------------------------|
| <b>Modifications dans la vie sexuelle</b>      |   |                        |
| Oui  | 6.78 ± 2.88                                   | 0.0078                 |
| Non  | 7.65 ± 2.18                                   |                        |
| <b>Gêne pour se dévêtir devant le conjoint</b> |   |                        |
| Oui  | 5.63 ± 2.85                                   | <0.0001                |
| Non  | 7.68 ± 2.24                                   |                        |
| <b>Conjoint gêné de vous voir torse nu</b>     |   |                        |
| Oui  | 5.69 ± 3.18                                   | 0.0007                 |
| Non  | 7.54 ± 2.27                                   |                        |
| <b>Changement de comportement du conjoint</b>  |   |                        |
| Oui  | 6.63 ± 2.69                                   | 0.0202                 |
| Non  | 7.52 ± 2.32                                   |                        |

Tableau 21: Comparaison de la vie affective et sexuelle en fonction du résultat esthétique. test de Student.

Il apparaît ici que le résultat esthétique joue un rôle significatif dans les modifications du comportement affectif et sexuel.

## 5. COMMENTAIRES DES PATIENTES :

Les commentaires libres des patientes ont été livrés ici tels qu'ils étaient écrits dans les questionnaires. Nous n'avons pas cherché à les analyser, ils sont simplement destinés à faire part des réflexions des patientes.

- ❖ « Je suis très contente du résultat de cette reconstruction qui ne se voit pas du tout extérieurement. Quelqu'un qui ne le sait pas est incapable de deviner. Mais je suis à peu près incapable de me regarder dans une glace...Ce n'est pas la reconstruction qui me gêne, mais l'ablation du sein. C'est pour une femme une réelle mutilation dans tous les sens du terme et ça perturbe énormément l'image qu'on a de soi... »
- ❖ « Le toucher du sein reconstitué n'est pas le même, pas aussi souple. »
- ❖ « L'ablation est une telle mutilation. Pour moi retrouver une forme de seins a contribué à ma sérénité. Plus le temps passe et plus j'oublie que j'ai une prothèse, sauf en cas de gêne ou de douleurs... »
- ❖ « La reconstruction mammaire a été pour moi essentielle et m'a redonné un peu de joie dans la douleur. »
- ❖ « je n'ai plus de conjoint depuis la maladie, mais je pense pouvoir me dévêtir devant un partenaire sexuel éventuel. Je suis très satisfaite de cette intervention. »
- ❖ « J'ai très mal vécu cette reconstruction qui est due à mon état psychologique de l'époque. A aucun moment on m'a proposé un soutien à ce niveau, ce qui est regrettable dans ce genre de pathologie. Néanmoins, je ne découragerai pas une personne qui se sent faite pour cette intervention, qui sur le plan esthétique est une réussite. »
- ❖ « ...le muscle du dos réagit : il se contracte lorsque j'ai froid, lorsque je ris, mais cela ne m'empêche pas de vivre. »
- ❖ « ...la reconstruction ne ressemble pas à l'autre sein, mais le chirurgien a fait du bon travail. Les cicatrices ne pouvaient pas être évitées de toute façon. »
- ❖ « avec une telle intervention il est possible d'avoir une vie de femme après un cancer du sein, car il est bien reconnu que les seins font partie de la féminité et une ablation est souvent vécue comme un traumatisme, l'image de soi s'en trouve très altérée. La reconstruction permet de s'accepter et de se faire accepter. Signé :Une femme qui vit. »
- ❖ «...je n'aurais pas réussi à accepter l'ablation d'un sein s'il n'y avait pas eu de reconstruction plus tard. »

- ❖ « Je suis très heureuse d'avoir retrouvé un sein, mais je souffre du dos au niveau du lambeau du grand dorsal, ce qui me rappelle chaque jour que j'ai eu un cancer et que je ne suis pas la même qu'avant la maladie. »
- ❖ « ...la vie est plus facile qu'avec une cicatrice en guise de sein. »
- ❖ « Le Dr...m'avait redonné ma vie... »
- ❖ « Plusieurs personnes de mon entourage m'avaient déconseillé d'entreprendre cette reconstruction. J'ai préféré suivre les conseils de l'équipe médicale. Je suis très satisfaite du résultat (je n'aimais pas du tout la prothèse externe) et j'ai l'impression d'en avoir fini avec la maladie. »
- ❖ « Quatre ans après, personne ne se soucie de votre état, à vous de gérer. »
- ❖ « Si les tiraillements dans le dos ne s'estompent pas rapidement, je pense que j'aurais préféré faire une reconstruction uniquement par prothèse. Tant pis si le résultat est moins naturel. »
- ❖ « Je n'étais pas consciente des séquelles sur l'épaule et le dos. Je pense que je n'ai pas assez eu d'informations sur les problèmes que pose ce type de reconstruction... »
- ❖ « Je regrette de ne pas avoir fait la reconstruction au moment de l'ablation du sein. »
- ❖ « Grâce aux progrès de la médecine, je ne peux aujourd'hui que me réjouir d'avoir pu bénéficier d'une reconstruction mammaire et les cicatrices en ce qui me concerne passent au second plan. Comparées au résultat, avoir de nouveau une poitrine est un élément indispensable à ma féminité. »
- ❖ « ...les douleurs son très fortes parfois, très gênantes dans le dos et sous le sein. Le sein est très dur. Il m'est impossible d'oublier la présence de la prothèse ? »
- ❖ « Je suis très contente de mon opération du sein, car je ne ressent aucune gêne au niveau du sein et de l'épaule, et j'ai repris mon travail. »
- ❖ « Cette reconstruction est quelque chose de lourd à porter : depuis la découverte du cancer et l'ablation du sein, j'ai eu l'impression que c'était quelqu'un d'autre que moi à qui cela arrivait. Je survolait l'événement ! était-ce une façon de m'en protéger ? Au début, j'ai beaucoup regretté d'avoir fait cette reconstruction, maintenant, je n'y pense plus trop, sauf quand j'ai des douleurs dans le bras. »
- ❖ « ... les séances de kiné, mon entourage et le fait que je sois retraitée ont largement contribué à mon rétablissement tant sur le plan physique que psychologique. Je mène une existence normale et je me considère comme guérie. »
- ❖ « Un peu dommage que l'on ne s'intéresse à moi près de sept ans après ma reconstruction qui a été un ratage complet. »

- ❖ « Si c'était à refaire, je refuserais le lambeau dorsal car ce muscle bouge sans cesse même si je ne me sers pas de ma main. Cela m'irrite, mais je ne regrette quand même pas, c'est mieux que rien. »
- ❖ « Je suis globalement satisfaite de la reconstruction, le seul problème est au niveau du lambeau qui a fondu et qui donne une asymétrie avec l'autre sein. »
- ❖ « Il ne faut pas négliger l'aide psychologique (sophrologie, psychiatres, psychologues) et les massages d'un kiné qui aident à reprendre possession de son corps. »
- ❖ « Ce qui est important, c'est la relation de confiance entre le patient et le chirurgien, qui se développe dans les différentes démarches précédant l'intervention (écoute du patient, information donnée, temps de réflexion et de décision donné aux patientes). Cette confiance favorise une approche de l'intervention dans une relative détente physique et intellectuelle. »
- ❖ « Mes réponses actuelles ne sont pas les mêmes que celles que j'aurais faites il y a 4 ou 5 ans. Après 8 ans, on s'habitue à vivre avec ce nouveau corps. »
- ❖ « Une telle médecine me permet aujourd'hui de vivre comme toute femme. »
- ❖ « Il m'a fallu 3 ans pour me décider à faire la reconstruction. Il y a beaucoup de douleurs liées à la cicatrisation lente et compliquée, c'est aussi une intervention douloureuse. Mais je n'ai jamais rien regretté. Cette intervention porte bien son nom de « Re-construction », à la fois physique et psychologique surtout. La vie retrouve une normalité appréciable au niveau de l'intégrité et du confort. »
- ❖ « Au fil des années, les cicatrices sur le sein s'estompent, ce qui permet de pouvoir mettre de beaux décolletés sans appréhension. On se sent vraiment femme. Je conseillerais à toutes les femmes de ne pas rester avec une ablation du sein. Je suis restée avec un sein pendant 28 mois, je sais la différence. »
- ❖ « regrette l'effet « Body-building » dans certains gestes. »
- ❖ « je pense que je ne retenterais pas l'opération si j'étais dans l'obligation de me faire opérer l'autre sein. Plus pour la douleur que m'occasionnent les adhérences qui se sont formées dans le dos. Esthétiquement, je trouve la reconstruction géniale. »
- ❖ « C'est un double choc physique et moral que l'ablation du sein. Il faut se faire aider, mais expliquer aussi au conjoint tout ce qui en découle et le prendre en charge aussi. »
- ❖ « J'ai eu une symétrisation 4 ans après ma reconstruction qui m'a beaucoup libérée. »
- ❖ « Très peu satisfaite de ma reconstruction. Mieux après changement de prothèse, cure de ptose et reconstruction du mamelon. Pourquoi n'avoir pas discuté de reconstruction avec le grand droit car j'ai eu énormément d'adhérences avec le silicone. »
- ❖ « depuis ma reconstruction, je me sens une personne entière, surtout une femme à qui il ne manque rien, et c'est très important pour le moral et pour ma vie de couple. »

## **6. DISCUSSION :**

### **6.1 METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE :**

#### **6.1.1 Choix méthodologiques :**

Un questionnaire a été envoyé par courrier à chaque patientes. Compte tenu de l'effectif important de la population ciblée (450 patientes), cette méthode nous a paru être la plus adaptée.

L'envoi de ce questionnaire a permis d'éviter plusieurs biais :

- Biais lié à l'enquêteur par les réponses qu'il aurait pu induire lors d'une enquête en vis-à-vis.
- Biais lié aux patientes en rechute de leurs maladie à qui les questionnaires n'ont pas été envoyés.
- Code d'anonymat respecté permettant aux patientes de s'exprimer librement.

Le questionnaire était composé de 37 questions fermée à choix simples ou multiples avec une partie « commentaires libres » à la fin, ce qui a permis un recueil aisé des données. Le principal inconvénient de ce type d'enquête était le risque d'obtenir un taux faible de réponses. L'enveloppe à l'adresse du centre jointe à l'envoi, était destinée à favoriser le retour des questionnaire.

Finalement, sur les 376 questionnaires reçus par les patientes, nous avons obtenu 263 réponses soit un taux de participation à l'enquête de 69.5%.

Dans l'étude prospective randomisée « SVEA » réalisée par Brandberg et al. [5] qui comparait les effets sur la qualité de vie et les résultats esthétiques de 3 méthodes de reconstructions différées (lambeau latéral thoraco-dorsal, LGD et TRAM) sur une population de 75 patientes, un questionnaire avait été proposé et rempli par les patientes avant la reconstruction (questionnaire rempli lors d'une consultation), 6 mois après (questionnaire rempli avec un psychologue) et 12 mois après (questionnaire adressé par courrier). Le taux de réponses avait

été respectivement de 97%, 75% et 81%. Ces taux de réponses importants étaient très certainement dû au caractère prospectif et randomisé de l'enquête : les patientes étaient prévenues avant et d'accord pour participer à cette étude ; il s'agissait par ailleurs d'une série relativement peu importante (75 patientes), permettant un suivi plus facile. Tykka et al.[6], sur une étude prospective de satisfaction après reconstruction différée, obtenait un taux de réponses de 80%, taux de réponses identique à l'étude « SVEA ». Par contre, Moore et al.[7] qui a étudié de façon rétrospective les résultats à long terme sur une série de 170 patientes ayant eu une RM par LGD, n'a obtenu que 53.5% de réponses au questionnaire qu'il leur avaient adressés aux patientes.

Le taux de réponses spontanées obtenu pour notre enquête est moins important que ceux de « SVEA », mais semble comparativement satisfaisant, dans la mesure où il s'agissait d'une enquête rétrospective, sur un nombre de patientes important (376 questionnaires reçus), et qui n'étaient pas préparées à participer à ce type d'étude. Notre taux de réponses est par contre très nettement supérieur à celui de Moore, ce qui confirme le succès avec lequel a été accueillie notre enquête.

Ce succès attendu de notre enquête tient à plusieurs éléments :

- Patientes sensibles au fait que l'équipe chirurgicale s'intéresse à leur avis concernant leur reconstruction. (d'autres évaluations faites par le service sous cette forme obtenaient un taux de réponses autour de 70 à 80%).
- La possibilité qui leur a été donnée de s'exprimer de manière totalement anonyme
- La relation de confiance existant entre les patientes et les différents acteurs de santé du centre, obtenue par la qualité de la prise en charge multidisciplinaire qu'elles y trouvent.

### **6.2.2 Biais liés à l'enquête :**

Le biais principal est lié au caractère rétrospectif de l'enquête, faisant appel à la mémoire des patientes pour des faits qui se sont passés pour certaines il y a 8 ans. Il existe un effet « amnésiant » du temps faisant oublier certains événements passés.

## **6.2 RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR LAMBEAU DE MUSCLE GRAND DORSAL :**

### **6.2.1 Généralités :**

Notre intérêt pour la réalisation de cette étude sur la reconstruction mammaire par LGD est partie du fait qu'il s'agit d'une technique couramment pratiquée dans le service depuis 10 ans (la plus fréquente avec la reconstruction mammaire par prothèse sous pectorale, la reconstruction par TRAM n'est pratiquée actuellement que très rarement).

La reconstruction mammaire (RM) par LGD est une technique ancienne (la première grande série de RMD par LGD a été publiée en 1979 par Bostwick[8]). De réalisation relativement simple, le LGD est un lambeau fiable à partir du moment où le pédicule scapulaire inférieur a été respecté lors de l'abord axillaire du curage, ce qui est actuellement la règle. La question qui se pose actuellement, mais non spécifique à la RM par LGD, est celle de la place de la RMI en cancérologie. Les patientes mieux informées, sont de plus en plus demandeuses de RMI.

### **6.2.2 Reconstruction mammaire différée (RMD) :**

Dans notre série de 450 patientes, 250 RMD par LGD ( 55.6%) ont été réalisées sur la période de l'étude. Depuis 1998, le nombre global de RMD par LGD n'a cessé de croître il est passé de 11 en 1998 à 44 en 2005. Il faut cependant préciser qu'en 1998, toutes les RMD par LGD étaient associées à la mise en place de prothèses. Avec le développement de la technique de RM par LGD autologue, dont les premiers ont été réalisés au centre en 2002, le nombre de

LGDP tend à diminuer au profit des LGDA dont le nombre est passé de 2 en 2002 à 15 en 2005.

Pour les 263 patientes ayant répondu à l'enquête, une RMD a été réalisée dans 51.7% des cas. 120 RMD par LGDP ont été effectuées.

Historiquement, les premières RM ont été effectuées à distance de la mastectomie, chez des femmes demandeuses en rémission complète. La gêne associée au port d'une prothèse externe représentait la principale motivation de ces patientes[9]. Depuis une vingtaine d'années la RMI concurrence la RMD [10]. Cependant les chirurgiens préfèrent souvent[3], et c'est le cas dans notre équipe, rester fidèles aux avantages du traitement séquentiel, c'est à dire thérapeutique puis fonctionnel, associés à la RMD . En premier lieu, l'intervalle de temps séparant la mastectomie et la RMD permet aux patientes de mieux s'informer et donc de mieux choisir [11]. En second lieu, cet intervalle de temps permettant de faire le deuil du sein natif, améliorerait la satisfaction des patientes à long terme[11]. Enfin, la dissociation des actes opératoires permet d'adapter la technique de la RM aux conditions locales consécutives aux traitements.

En termes de choix de la technique de reconstruction, pour certains d'auteurs [12] actuellement, la technique utilisée en premier lieu dès que cela est possible est la reconstruction par prothèse sous pectorale. Technique la plus simple de réalisation, elle permet en cas d'échec d'avoir recours aux techniques utilisant des lambeaux musculo-cutané (LGD, TRAM). Ces derniers sont utilisés de façon plus ou moins importante selon les équipes. La technique de reconstruction par TRAM est la technique de référence en matière de lambeau autologue et offre des résultats esthétiques satisfaisant, bien que compliquée à mettre en œuvre. La technique de RM par LGD est plus facile à mettre en place mais nécessite souvent l'addition de prothèse. Dans notre équipe, la technique de RM par TRAM a été quasiment abandonnée et réservée à certaines patientes dans de rares cas. La RM par LGD

est la technique qui fait référence dans notre équipe, d'autant que se développe de plus en plus la RM par LGD autologue dès lors qu'elle est envisageable.

Ce sont pour ces différentes raisons que la RMD par LGD prend toute sa place lorsqu'il est nécessaire d'apporter un lambeau musculo-cutané.

### **6.2.3 Reconstruction mammaire immédiate (RMI) :**

Dans la série de 450 patientes, 200 RMI ont été réalisées (44.4%). Dans 91.5% des cas il s'agissait de LGDP et dans 8.5% des cas de LGDA. De même que pour les RMD, le nombre de lambeaux autologues tend à augmenter depuis 2002.

Parmi les 263 patientes ayant répondu à l'enquête, une RMI était réalisée pour 127 d'entre elles (48.3%). Il s'agissait d'une RMI par LGDP dans 60% des cas et d'une RMI par LGDA dans 3.5% des cas.

Une des particularités de la RMI est de pouvoir réaliser la mastectomie en conservant l'étui cutané « skin-sparing-mastectomy »(SSM), par voie péri aréolaire. Cette technique a l'avantage d'offrir aux patientes un très bon résultat esthétique. Dans notre série, cette technique a été réalisée chez 56 patientes (28%). Combinée à une RM par LGDA (ce qui a été le cas pour 1 seule patiente), on peut s'attendre à obtenir d'excellents résultats esthétiques.

La réalisation d'une RMI était jusqu'à présent réservée aux patientes ne nécessitant pas de radiothérapie externe (RTE) après mastectomie. Ce qui limitait les indications aux patientes présentant des états précancéreux extensifs (Carcinomes intracanaux diffus), une récurrence locale après traitement conservateur et radiothérapie externe, et aux patientes porteuses des gènes de prédisposition BRCA1 et BRCA2 pour lesquelles une mastectomie prophylactique est indiquée. Une étude multicentrique française « du choix des patientes » (2002) a montré que la majorité des femmes devant subir une mastectomie pour cancer primitif du sein préfère bénéficier d'une RMI [13]. Devant la demande croissante de RMI par les patientes, certains auteurs ont étudiés la faisabilité de la RMI associée à une RTE post opératoire.

Ainsi, Soong [14] montrait sur une série de 25 patientes traitées pour cancer par RMI avec lambeau autologue associé à une RTE post opératoire, que l'incidence des complications associées à la RTE n'était pas augmentée et que le résultat esthétique était satisfaisant dans 85% des cas. Il n'excluaient donc pas des RMI les patientes présentant un cancer et nécessitant une radiothérapie post-opératoire. La conclusion était identique pour Missana[15], qui recommande par ailleurs dans cette indication de privilégier la réalisation de lambeaux autologues. Cependant ces deux séries incluaient un faible nombre de patientes. Restant très controversée, la politique de notre service est de réserver la RMI aux indications classiques.

### **6.3 AUTRES CHIRURGIES :**

#### **6.3.1 Symétrisation :**

La chirurgie de symétrisation du sein controlatéral est souvent nécessaire après une RM . Elle est réalisée dans le but d'obtenir une harmonie entre les deux seins, parfois altérée par le fait de la RM .

Parmi les 255 patientes ayant répondu à cette question, 101 (39.6%) ont eu une chirurgie de symétrisation (45% dans la série de 170 RM par LGD de Moore[7]. Il s'agissait dans 10.9% des cas de la mise en place d'une prothèse d'augmentation, dans 6.9% des cas d'une cure de ptose, dans 52.5% des cas d'une réduction mammaire et dans 29.7% des cas le type d'intervention n'était pas renseigné. Si l'on compare la moyenne obtenue concernant la satisfaction des patientes sur l'harmonie entre les deux seins en fonction qu'elles aient eu une chirurgie de symétrisation (note moyenne sur 10 :  $6.3 \pm 2.7$ ) ou non (note moyenne sur 10 :  $7.04 \pm 2.6$ ), nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.224$ ).

### **6.3.2 Reconstruction du mamelon :**

La reconstruction du mamelon représente la dernière étape de la reconstruction mammaire. Dans notre série des 263 patientes ayant répondu à l'enquête, la reconstruction du mamelon a été réalisée pour 76.8% d'entre elles (202), (60% des patientes dans la série de Moore[7]). Les techniques de reconstruction mamelonnaire utilisées étaient : 52.4% des cas une reconstruction en étoile associée à un tatouage de l'aréole, dans 26.2% des cas une greffe de mamelon avec tatouage de l'aréole, dans 7.9% des cas un tatouage de l'aréole seul, dans 1.9% des cas une greffe du mamelon et de l'aréole (« tout greffe ») et 11.3% des patientes n'avaient pas renseigné la technique (ou n'étaient pas au courant de la technique pratiquée). Ce taux de reconstructions mamelonnaires semble peu élevé si on le compare à ceux obtenus par Jabor[16] qui sur une série de 120 patientes ayant eu une RM, a réalisé une enquête de satisfaction concernant la reconstruction mamelonnaire. Sur ces 120 patientes, 105 avaient bénéficié d'une reconstruction de mamelon (87.5%).

22.8% des patientes n'ont pas eu de reconstruction du mamelon. Nous avons cherché à connaître les raisons de cette absence de reconstruction. Dans notre questionnaire d'enquête, nous n'avons pas proposé d'items concernant la satisfaction liée à la reconstruction du mamelon. Nous pouvons penser que la satisfaction des patientes sur le résultat esthétique global, englobe la reconstruction du mamelon.

Cependant, si l'on compare les moyennes d'âge entre les patientes ayant eu une reconstruction du mamelon (49.2 ans  $\pm$  9.09) et celles qui n'en ont pas eu (51.8 ans  $\pm$  9.25), il existe une différence significative ( $p=0.05$ ) entre ces deux populations. Il semble donc que chez les patientes plus âgées, la reconstruction du mamelon ne soit pas indispensable.

### **6.3.3 Autre chirurgie après la fin de la reconstruction :**

Le « parcours » de la reconstruction mammaire est loin de se limiter à la seule reconstruction du sein. Comme nous l'avons vu précédemment, la cure de symétrisation si elle est nécessaire et la reconstruction du mamelon en constituent les étapes principales. Toutes ces étapes ne se font pas dans le même temps, même pour les RMI.

A la fin de ces étapes, il peut être nécessaire de pratiquer des chirurgies secondaires afin d'améliorer le résultat esthétique de la reconstruction en corrigeant certains « petits défauts », mais cela peut-être également l'occasion d'adapter la taille de la prothèse aux variations morphologiques des patientes.

Les RM par LGDP sont concernées par ces problèmes de variations morphologiques : le volume mammaire reconstruit est fixe. Lorsqu'il existe des variations pondérales, soit une prise de poids (ce qui est parfois le cas des patientes sous hormonothérapie) soit une perte de poids (régime), cela crée un déséquilibre entre les deux seins, qui peut être corrigé par un changement de prothèse.

La RM par LGDA semble pour cela plus intéressante, car le sein reconstruit « suit » mieux les variations pondérales (le lambeau musculo-graisseux prend du volume quand le poids augmente et en perd quand la patiente maigrit).

67 (25.9%) des 258 femmes ayant répondu à la question ont eu une autre intervention au niveau du sein reconstruit après la fin de la reconstruction, c'est à dire après la séquence RM, cure de symétrisation et reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire.

Ces interventions consistaient en un changement de prothèse pour 44 femmes associé à des retouches simples pour 6 d'entre elles, un liporemodelage pour 3 patientes, des retouches simples pour 12 patientes et, pour 8 patientes le type de retouche n'était pas renseigné. Dans notre étude, les interventions réalisées pour changement de prothèse constituent plus de la moitié de ces ré-interventions.

Parmi les patientes ayant une prothèse remplie au sérum (83 / 240 réponses), 22.9% ont changé leur prothèse. 16.4% des patientes qui avaient un implant en silicone (152 / 240 réponses) ont changé de prothèse. Les changements des prothèses notamment en cas de prothèses au sérum étaient avant tout liés à un problème de résultat non satisfaisant dû à un phénomène « d'ondulations » dans la région du décolleté . Dès qu'il a été possible de mettre des prothèses en silicone, nous proposons de façon systématique un changement de prothèse aux patientes présentant ce type de problème. Les autres causes de changement de prothèses ont été soit liés à une asymétrie entre les deux côtés avec une reconstruction plus volumineuse que le sein naturel (lié à une surestimation de l'amaigrissement attendu du LGD), soit enfin à des phénomènes de coques périprothétiques.

Actuellement, les liporemodelages sont des intervention efficaces qui permettent de corriger les zones de « méplats » disgracieuses le pus souvent présentes au niveau du segment 1 et proches du décolleté. Ce type d'intervention n'a été réalisé que dans 4.4% des cas, car cette technique est récente et a donc peu été utilisée sur la période de notre enquête.

## ***6.4 RADIOTHERAPIE ET RECONSTRUCTION PAR LGD :***

### **6.4.1 Positionnement du problème :**

L'efficacité de la réalisation d'une radiothérapie externe dans le traitement complémentaire après chirurgie du cancer du sein n'est plus à démontrer. En effet plusieurs études ont prouvé la supériorité d'un traitement associant mastectomie et radiothérapie par rapport à la chirurgie seule sur la diminution des récives loco-régionales, sur la survie sans récives, et sur la survie globale dans le traitement initial des cancers du sein. [17, 18].[19, 20].

La RTE est le principal élément intervenant dans le choix du type de reconstruction mammaire.

Dans les cas où l'irradiation a eu lieu avant la mastectomie (ce qui est le cas pour les récurrences locales traitées initialement par chirurgie conservatrice et RTE), le problème est centré sur la qualité du tissu cutané post-radique, avec la possibilité de faire une RMI.

Dans le cas où l'irradiation doit être réalisée après la mastectomie, 2 problèmes essentiels se posent :

- celui du délai de la RM par rapport à la mastectomie (RMI, RMD), mais le consensus actuel est de réserver aux indications de RTE post-mastectomie la RMD
- celui du choix de la technique (prothèses, lambeaux).

#### **6.4.2 Radiothérapie avant RM par LGD :**

Dans notre série, sur les 259 patientes ayant répondu à cette question (133 RMD et 126 RMI), 141 patientes ont eu une radiothérapie avant RM. La RTE a été réalisée avant RMD dans 78.1% des cas et avant RMI dans 29.3% des cas.

Le type de RM était pour 127 de ces patientes un LGDP et pour 14 de ces patientes un LGDA. La RTE est réalisée avant la RM après mastectomie en cas de cancers primitifs du sein ou en cas de mastectomie pour récurrence locale de cancer.

La RM par LGD prend donc toute sa place dans ces indications. En effet, si l'on compare les résultats en termes de complications et de satisfaction entre les RM par prothèse après irradiation et les RM par lambeaux musculo-cutanés, les RM par lambeaux ont montré leur supériorité.

Sur une petite série de 10 patientes traitées par mastectomie pour récurrence locale et RM par prothèse, Forman[21] rapportait chez ces patientes irradiées avant la RM, 60% de complications liées à la technique (contractures capsulaires, impossibilité de remplir l'expandeur, défaut de projection de volume) avec un résultat esthétique défavorable.

A l'inverse, Kroll[22] rapportait des résultats satisfaisants pour les RM par lambeaux effectuées après irradiation sur une série de 82 patientes, avec un taux de complications de

39% chez les patientes irradiées contre 25% des patientes non irradiées. Les résultats esthétiques étaient peu altérés chez les patientes irradiées.

Spear[23] rapportait les mêmes conclusions au regard de son étude sur les complications et la satisfaction de 28 patientes après RM par LGD et prothèse post RTE. Il rapportait peu de complications (essentiellement des sérômes, peu de rétractions capsulaires) et 67% des patientes étaient satisfaites de leur reconstruction.

Cette efficacité s'explique par la possibilité de remplacer les tissus irradiés par des tissus sains.

Il faut noter que dans la RM par LGD après RTE, la réalisation de LGDA lorsqu'elle est possible devrait diminuer les complications liées à la prothèse dans les LGDP. Les résultats de notre série retrouvent un nombre important de LGDP par rapport aux LGDA. On peut espérer que cette différence s'amenuise dans les années qui viennent grâce à l'expérience acquise par les chirurgiens pour cette technique, et par l'augmentation de ses indications dès lors qu'elle semblera réalisable.

#### **6.4.3 Radiothérapie après RM par LGD :**

Sur les 155 patientes ayant eu un RTE, elle a été réalisée pour 14 d'entre elles après la RM (12 LGDP et 2 LGDA). Pour 4 patientes elle a été réalisée après RMD et pour 10 patientes après RMI. En pratique, la réalisation d'une RTE post RM concerne essentiellement la RTE adjuvante après RMI. C'est ce qui est le cas dans notre série (71.4% des RTE post RM ont été réalisées après RMI).

Dans notre pratique, les RMI sont volontiers réservées au traitement des carcinomes intracanalaires diffus. Il arrive parfois que les résultats histologiques définitifs mettent en évidence un foyer de carcinome infiltrant passé inaperçu, nécessitant par la suite de réaliser une RTE malgré la RMI. C'est certainement la raison qui explique la réalisation de la RTE après RMI pour les 10 patientes de notre série.

Peu d'études ont étudié les effets de la radiothérapie adjuvante en RM .

Javaid[24] a réalisé une revue de la littérature concernant les effets sur les résultats esthétiques après RM par lambeaux autologues. Sur 10 études recensées, seulement 2 comparent les effets de la RTE après RM par LGDP et TRAM[15, 25] . Les conclusions de ces études montrent que les résultats esthétiques sont globalement satisfaisant, mais qu'il existe un taux important de contractures (71%) chez les patientes irradiées après LGDP .

Ces conclusions justifient les raisons de préférer la RMD lorsqu'une RTE est envisagée après mastectomie. En pratique, l'indication d'une RTE adjuvante n'est pas toujours connue au moment de la mastectomie.

## **6.5 RESULTATS ONCOLOGIQUES :**

### **6.5.1 Récidives locales et régionales après RM par LGD :**

Sur les 450 patientes de notre étude, 4 patientes (0.9%) ont présenté une récurrence locale ou régionale. Le délai moyen d'apparition de la récurrence après la RM était de 14.7 mois  $\pm$  12.

2 patientes ont eu une RMD et 2 une RMI . 3 / 4 de ces patientes sont décédées.

O'Brien[26], dans une étude comparant les complications et récurrences locales précoces entre 239 patientes ayant été traitées par mastectomie seule et 113 patientes traitées par mastectomie et RMI, 6% des patientes traitées par mastectomie seule avaient présenté une récurrence locale contre 1% chez les patientes traitées par mastectomie et RMI ( $p < 0.05$ ). Ce taux de récurrences locales après RMI est superposable à celui que nous retrouvons dans notre série.

De même, Meretoja [27] qui a présenté une étude rétrospective sur les récurrences locales des cancers mammaires de stade 1 et 2 après « skin-sparing-mastectomy » et RMI sur une série de 156 patientes, retrouvait des taux de récurrences locales (2.5%) et locorégionales (1.9%) faibles. Le suivi moyen était de 51 mois et après prise en charge, aucune de ces patientes n'avait développé de nouvelles récurrences après un suivi moyen de 35 mois.

Ces résultats montrant un faible taux de récurrences locales et locorégionales nous confortent dans l'idée que la RMI n'a pas d'effet néfaste sur le pronostic de la maladie, si les indications sont bien posées (états précancéreux étendus et récurrences locales après traitement conservateur).

En ce qui concerne les RMD, les choses sont un peu différentes puisque la RM intervient à distance du traitement optimal. Le pronostic carcinologique est indépendant de la RM .

### **6.5.2 Evolution sous forme de métastases à distance après RM par LGD :**

29 patientes (6.4%) sur les 450 ont présenté une évolution de leur maladie sous forme de métastases à distance (7 RMI et 22 RMD), et 3 patientes (0.7%) ont ré-évolué sous forme de récurrence locale et de métastases à distance( 2 RMI et 1 RMD). Le délai moyen d'apparition des métastases après RM était de 17.8 mois  $\pm$  15.5 pour les métastases et de 22.3 mois  $\pm$  15.3 pour les récurrences locales associées à des métastases. Parmi les patientes qui ont évolué sur un mode métastatique, 22 / 29 étaient décédées au moment de l'enquête et pour celles qui ont présenté une récurrence locale associée à une évolution métastatique, 1 / 3 était décédée au moment de l'enquête.

Dans notre étude les rechutes étaient majoritairement d'ordre métastatiques ou récurrences locales associées à des métastases. Ces résultats sont le témoin de l'histoire naturelle du cancer, ils montrent que l'évolution de la maladie est indépendante de la RM . Ces informations sont très importantes à fournir lors de l'information aux patientes, qui craignent souvent de voir évoluer leur maladie à cause de la RM .

## **6.6 INFORMATION PRE-OPERATOIRE :**

De façon globale, les patientes ayant répondu à l'enquête trouvaient l'information pré-opératoire sur la RM assez claire (note moyenne sur 10 :  $8 \pm 2.17$ ). Seulement 2.3% ont trouvé que cette information n'était pas du tout claire alors que 72.7% la trouvaient tout à fait claire et 25% la trouvaient peu à moyennement claire.

L'information donnée correspondait généralement bien à la réalité vécue (note moyenne sur 10 :  $7.62 \pm 2.35$ ). 4.5% trouvaient que l'information donnée ne correspondait pas du tout avec la réalité vécue, 68% trouvaient que l'information correspondait tout à fait avec la réalité vécue et 27.5% trouvaient qu'elle correspondait peu à moyennement à la réalité vécue.

Enfin, l'information donnée semblait être suffisante (note moyenne sur 10 :  $7.58 \pm 2.46$ ). 4.5% des patientes trouvaient que l'information était très insuffisante, 66% la trouvaient tout à fait suffisante et 29.5% la trouvaient peu à moyennement suffisante.

Ces résultats nous montrent que les patientes sont globalement satisfaites de l'information qui leur a été donnée sur la RM, tant sur les détails techniques que sur les résultats esthétiques qu'elles pouvaient en attendre. Cependant, il est nécessaire de tenir compte du fait qu'environ un quart des patientes ayant répondu à l'enquête ne sont que peu à moyennement satisfaites de cette information. D'où l'intérêt que chaque chirurgien évalue correctement la compréhension des informations données à leurs patientes, en les revoyant plusieurs fois si nécessaire. La satisfaction et le vécu des femmes peut-être entravé par une mauvaise compréhension de ces informations ou par une information incomplète ou « trop vite donnée ». Sans oublier que dans ce contexte particulier de la maladie cancéreuse, leur état psychologique est fragilisé.

Dans ce souci d'amélioration de la qualité de l'information donnée aux patientes, en plus de celle donnée par le chirurgien associée à la remise d'un livret sur la RM, il existe au Centre un « Espace de Rencontre et d'Information » où les patientes peuvent se rendre librement, qui leur permet de compléter ou de préciser les explications données. Les futures opérées peuvent

également prendre contact avec des patientes déjà opérées qui étaient d'accord pour partager leur expérience. Plus récemment, une consultation avec des infirmiers(ères) axée sur la RM, a été mise en place et un DVD sur la RM a été créé par les chirurgiens du Centre.

L'information doit certes être axée sur les techniques, les complications opératoires, les séquelles éventuellement attendues, avec les conséquences sur la vie quotidienne des patientes. Mais l'information pré-décisionnelle doit aussi être axée sur la notion que la reconstruction ne se fait pas en un temps et que « c'est réglé pour le restant de la vie ». Il est important d'évoquer les chirurgies itératives aussi bien à moyen et court terme qu'à long terme, qui sont liées soit à la reconstruction elle-même (changement de prothèse programmé tous les 10 à 15 ans ou en cas de coque périprothétique) soit liée à la patiente, notamment en cas de variation de poids qui peut-être responsable d'une évolution de la qualité des résultats esthétiques à long terme par la modification de l'harmonie entre les deux seins.

## **6.6 RESULTATS ESTHETIQUE :**

Globalement, les patientes ont jugé bon le résultat esthétique sur le sein reconstruit. Sur 10, la note moyenne était de  $7.68 \pm 2.32$ . Plus précisément, 88.8 % des femmes trouvaient le résultat bon (21.6%) à très bon (67.2%). 11.2% trouvaient ce résultat mauvais (7.7%) à très mauvais (3.5%).

Dans sa série sur le suivi à long terme après RM par LGD de 170 patientes, Moore[7] rapporte 95% de femmes satisfaites du résultat esthétique de leur reconstruction.

Pour Germann [28], 78.7% des 47 patientes de sa série ayant eu un RM par LGD sont très satisfaites du résultat de leur reconstruction. Les données de la littérature sont globalement concordantes[29, 30] et montrent que les patientes ayant eu une RM sont dans plus de 70% des cas satisfaites à très satisfaites du résultat esthétique de leur reconstruction

Pour ce qui est de l'harmonie entre les deux seins, la note moyenne sur 10 donnée par les patientes était de  $6.66 \pm 2.65$ . Ce résultat montre que les patientes jugent l'harmonie entre les

deux seins moyenne : moins de la moitié des patientes (48.4%) trouvent qu'il existe une très bonne harmonie, 31.7% la trouvent moyenne et 19.9% trouvent que l'harmonie est mauvaise à très mauvaise. Cette notion d'harmonie est très difficile à obtenir, et notamment de façon pérenne, car elle est évolutive dans le temps (variations de poids). L'utilisation plus fréquente des LGDA devrait améliorer ce point là.

Par ailleurs il n'existe pas de différence significative entre l'appréciation de l'harmonie entre les deux seins chez les patientes qui ont eu une chirurgie de symétrisation et celles qui n'en ont pas eu ( $p=0.261$ ). Dans l'étude « SVEA » de Brandberg [31] comparant les effets de trois différentes techniques de RM (Prothèses, LGD et TRAM) sur la qualité de vie, les patientes jugeaient l'harmonie entre les deux seins satisfaisante dans 55% des cas, ce qui est comparable au résultat de notre enquête.

Un des paramètres important pouvant influencer l'appréciation du résultat esthétique concerne les cicatrices laissées par les différentes interventions (cicatrice sur le sein reconstruit, cicatrice dorsale laissée par le prélèvement du lambeau, et s'il y a eu symétrisation, la (les) cicatrices au niveau du sein controlatéral.

Au niveau du sein reconstruit, la rançon cicatricielle apparaît moyennement acceptable avec une note moyenne sur 10 de  $3.47 \pm 2.92$ . 45.4% des patientes la jugent très acceptable, 39.3% la jugent moyennement à peu acceptable et 15.3% des patientes la jugent trop importante.

Les résultats pour le sein controlatéral sont superposables avec une note moyenne sur 10 de  $3.58 \pm 3.19$ . Elle est ici jugée très acceptable par 46% des patientes, moyennement à peu acceptable par 37% des patientes et trop importante par 17% des patientes.

En ce qui concerne la cicatrice dorsale, les résultats sont beaucoup plus mitigés avec une note moyenne sur 10 de  $4.1 \pm 3.01$ . La rançon cicatricielle au niveau du dos est jugée très acceptable par seulement 35.9% des patientes, moyennement à peu acceptable par 44.1% des patientes et trop importante par 20% des patientes. Ces résultats sont assez surprenants

compte tenu du fait qu'il s'agit de la cicatrice la moins visible par les patientes. Les raisons qui expliqueraient ces résultats sont-elles liées aux complications post-opératoires ? Nous savons que les sérômes compliquent fréquemment les RM par LGD (dans 9 à 34% des cas [7, 28, 32, 33]), et que leur prise en charge qui est simple par aspiration du liquide, peut prendre plusieurs semaines avant disparition, et ainsi « alourdir » le vécu des patientes par rapport à la RM. D'autre part, la cicatrisation dorsale peut être retardée pour différentes raisons (désunion de cicatrice fermée en traction, présence de lymphoedème pouvant « tirer » sur la cicatrice, tabagisme) dont la prise en charge vient encore s'ajouter au reste. Il semble que cette cicatrice représente le stigmate des reconstructions par LGD. Peut-être qu'il est porté moins d'attention à l'information donnée aux patientes sur cette cicatrice dorsale, car « non vue ». Une information plus claire, plus axée sur la réalité et le vécu devrait être réalisée lors des consultations (chirurgiens, infirmières), pour qu'elle soit mieux acceptée à posteriori.

Le dernier volet qui constitue l'appréciation du résultat esthétique de la RM est représenté par l'appréciation par les patientes de leur « nouvelle » image corporelle. Nous avons évalué cet élément par la gêne qu'elles éprouvaient à se mettre en maillot de bain et à se regarder dans un miroir et enfin à l'appréhension qu'elles éprouvaient à toucher le sein reconstruit.

Il en résulte que les patientes semblent peu gênées de se mettre en maillot de bain avec une note moyenne sur 10 de  $2.59 \pm 2.99$ . 62.6% des patientes ne sont pas du tout gênées, 25.6% sont peu à moyennement gênées et 11.8% sont très gênées.

Les résultats sont similaires pour la gêne éprouvée à se regarder dans un miroir. La note moyenne sur 10 était de  $2.44 \pm 2.9$ . Avec 62.5% des patientes qui n'étaient pas du tout gênées, 26.8% qui étaient peu à moyennement gênées et 10.7% qui étaient très gênées.

Pour ce qui est de la gêne éprouvée à toucher le sein reconstruit, elle est également peu importante avec une note moyenne sur 10 de  $2.87 \pm 3.24$ . 61.5% des patientes n'éprouvent

aucune gêne à toucher le sein reconstruit, 30% une gêne peu à moyennement importante et 17.5% sont très gênées de toucher le sein reconstruit.

Pour ces 30% (environ), de femmes qui ont des difficultés à assumer leur nouvelle image corporelle, une des explications peut-être le fait qu'elles ont du mal à faire le deuil du sein enlevé, avec par conséquent une difficulté plus importante à s'approprier « le nouveau sein ». Une autre hypothèse possible réside en le fait que les patientes qui ont répondu à l'enquête avaient des délais de recul par rapport au vécu de leur reconstruction différents, correspondant à l'ancienneté de la RM (8ans de recul pour les RM réalisées en 1998, 1 an à peine pour celles réalisées en 2005). Ce facteur temps peut en effet être un allié concernant l'évolution de l'image qu'on les patientes d'elles-mêmes.

Cependant, lorsque nous comparons les moyennes obtenues pour « gêne pour se mettre en maillot », « gêne pour se regarder dans un miroir » et pour « appréhension à toucher le sein reconstruit », en fonction du temps écoulé depuis la reconstruction (exprimé par l'année de la reconstruction), nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative, c'est à dire que les femmes plus anciennement opérées n'ont pas une meilleure perception de leur image corporelle que celles opérées plus récemment.

En résumé, plus des deux tiers des patientes (environ 62%) gardent une image satisfaisante d'elles-mêmes après reconstruction mammaire alors que 11 à 17% des patientes ont une très mauvaise image d'elles-mêmes et que cette perception de l'image corporelle ne semble pas se modifier avec le temps..

Si l'on compare tous ces résultats entre le groupe des patientes ayant eu une RMI et le groupe des patientes ayant eu une RMD, on ne trouve pas de différences significatives entre les deux, à l'exception de la perception de la rançon cicatricielle sur le sein reconstruit. En effet, la rançon cicatricielle perçue par les patientes après RMI, au niveau du sein reconstruit, est moins importante qu'après RMD ( $p=0.02$ ). Ce résultat peut-être en partie expliqué par la

réalisation de « skin-sparing-mastectomy » dans les RMI qui améliore le résultat esthétique du sein (incision péri-aréolaire).

D'autre part, certaines études de satisfaction après RM, comparant les résultats esthétiques entre RMI et RMD, sont en faveur de la RMI. Al-Ghaza [34] retrouvait 94% de patientes satisfaites à très satisfaites de leur reconstruction après RMI et seulement 73% de patientes satisfaites à très satisfaites après RMD ( $p < 0.001$ ).

Une question se pose tout de même : l'évolution de la perception du résultat esthétique évolue-t-elle au cours du temps ?

Alderman[35] a étudié la satisfaction des patientes à travers le temps, sur une période de 2 ans après la reconstruction. Ces reconstructions ne concernaient que des TRAMs et des reconstructions par prothèses sous pectorales. Il a comparé les résultats de satisfactions obtenus 1 an après reconstruction à ceux obtenus après 2 ans. Les résultats de son étude montraient que 2 ans après la reconstruction, le niveau de satisfaction des patientes était identique au niveau de satisfaction évalué 1 an après la reconstruction (avec un meilleur niveau de satisfaction pour les patientes ayant eu un TRAM par rapport à celles ayant eu une reconstruction par prothèse).

Ces résultats semblent donc montrer si on les extrapole aux RM par LGD, que le temps ne modifie ni en positif, ni en négatif la satisfaction des patientes sur le résultat esthétique de leur reconstruction.

De façon synthétique, la majorité des patientes sont satisfaites du résultat esthétique de leur reconstruction, mais les résultats sont partagés en ce qui concerne l'harmonie de leur poitrine jugée moyennement satisfaisante. La rançon cicatricielle est jugée très acceptable par la majorité, avec toutefois un petit bémol concernant la cicatrice dorsale. La rançon cicatricielle sur le sein reconstruit est mieux acceptée par les patientes ayant eu une RMI. Pour finir, plus de 60% des patientes gardent une image corporelle satisfaisante.

## **6.7 RESULTATS DE QUALITE DE VIE :**

En ce qui concerne les résultats de qualité de vie, les données de la littérature sont assez pauvres. Aussi, notre discussion portera essentiellement sur l'expérience d'un service spécialisé comme le notre.

### **6.7.1 Etat d'esprit :**

Parmi les patientes ayant répondu à l'enquête, 71.7% présentaient un état d'esprit serein , 14.1% étaient anxieuses, 4% étaient dépressives, 1.6% étaient sereine avec un fond d'anxiété et 0.8% anxieuses et dépressives. Majoritairement, les patientes ont donc retrouvé à distance de leur prise en charge une sérénité.

L'état d'esprit est de façon générale, une « variable » assez difficile à analyser. En effet, différents facteurs peuvent avoir des conséquences sur l'état d'esprit. Dans le contexte de notre étude l'un des facteurs principal est le vécu de la maladie. Le traitement d'un cancer infiltrant est différemment vécu que celui d'un carcinome intracanalair par exemple ; La lourdeur des traitements adjuvants (RTE, chimiothérapie), l'évolution de la maladie ou la crainte de l'évolution sont des facteurs qui peuvent jouer sur l'état psychologique.

La façon d'appréhender la reconstruction, le vécu de la reconstruction, et enfin les événements de la vie personnelle peuvent également jouer un rôle sur l'état d'esprit.

Cependant, le « bien-être psychologique » peut avoir un effet positif sur l'appréciation de la reconstruction. A contrario, Roth[36] a montré que l'angoisse et la dépression avaient une influence négative sur la satisfaction globale des patientes concernant leur reconstruction, tant sur le résultat esthétique que sur la qualité de vie.

Mais de façon générale, les résultats de notre enquête sont encourageants puisque près de 73% des patientes sont sereines et seulement 4% sont dépressives.

## 6.7.2 Résultats fonctionnels :

L'évaluation des résultats fonctionnels est un point important qui peut avoir un impact fort sur la qualité de vie des patientes. En effet, les séquelles qui sont parfois laissées après la reconstruction peuvent avoir un effet néfaste sur la vie quotidienne et la vie sociale des patientes. Elles peuvent se présenter sous la forme de « simple » gêne ressentie au niveau des différentes parties du corps touchées par la RM (au niveau du sein reconstruit, du bras, de l'épaule ou du dos), ou sous la forme de douleurs (au niveau du sein reconstruit, du bras, de l'épaule et du dos) qui peuvent parfois être invalidantes (les plus importantes étant représentées par les adhérences dorsales et les douleurs neurogènes) et au maximum engendrer un véritable handicap se traduisant par une incapacité de continuer à faire certains gestes de la vie quotidienne ou certaines activités pouvant entraîner une « désocialisation » (arrêt de certaines activités sportives ou de loisirs, reclassement professionnel ou cessation totale d'activités). Ces problèmes fonctionnels peuvent évidemment avoir un retentissement sur l'état psychologique des patientes et également sur la satisfaction qu'elles éprouvent par rapport à leur reconstruction[36].

Ainsi, les résultats de notre enquête montrent que parmi les patientes ayant répondu à ces questions, la gêne est perçue par ordre d'importance en fonction de la note moyenne donnée sur 10, au niveau du dos (note moyenne :  $3.56 \pm 3$ ) par 55.7% des patientes, au niveau du bras (note moyenne :  $2.62 \pm 2.72$ ) par 40.6% des patientes, au niveau du sein reconstruit (note moyenne :  $2.8 \pm 2.67$ ) par 44.4% des patientes et pour finir au niveau de l'épaule (note moyenne :  $2 \pm 2.5$ ) par 30.9% des patientes.

Le site responsable de gêne est de façon plus fréquente le dos. Dans notre expérience, en préopératoire, la crainte des patientes est plutôt tournée vers les séquelles fonctionnelles qui peuvent survenir au niveau de l'épaule et du bras.

Ces résultats nous montrent que l'information donnée sous-estime les douleurs dorsales. Une réévaluation de cette information que nous donnons sur la gêne et les douleurs du dos doit être envisagée. Cette information doit être complétée par une éducation des patientes. En effet, la gêne et les douleurs ressenties au niveau du dos sont surtout le fait de phénomènes adhérentiels au niveau de la cicatrice et du décollement cutané au niveau des côtes. Les massages effectués de façon précoce, en libérant ces adhérences, aident à soulager cette gêne. C'est en cela que l'éducation des patientes intervient, puisqu'en plus des massages qui pourront être réalisés par un professionnel (kinésithérapeute) de façon ponctuelle, ceux que la patiente pourrait réaliser elle-même (ou plus facilement avec l'aide du conjoint) de façon quotidienne ou pluriquotidienne contribueraient à améliorer le résultat.

Actuellement, les infirmières en charge des consultations axées sur la RM insistent beaucoup sur cette « auto » prise en charge précoce, dans le but de prévenir ou d'améliorer la gêne ressentie au niveau du dos.

Pour ce qui est de la douleur qui persiste, les résultats sont superposables à ceux de la gêne. En effet, les douleurs lorsqu'elles existent sont ressenties de façon plus fréquente au niveau du dos (39.8% des patientes), suivies par les douleurs au niveau du bras (33.3% des patientes), puis par les douleurs au niveau du sein reconstruit (29% des patientes, et enfin au niveau de l'épaule (22.9% des patientes).

Ces douleurs au niveau du dos sont soit le fait des phénomènes adhérentiels décrits précédemment, soit des douleurs neurogènes à type de névralgies. Ces douleurs peuvent parfois être très invalidantes (environ 10% des patientes de notre enquête gardent des douleurs très importantes). Il est par conséquent nécessaire de les prendre en charge de manière précoces pour éviter leur chronicisation. Il est important d'adresser les patientes présentant des douleurs rebelles en consultation avec des médecins spécialistes de la douleur.

Les douleurs persistantes au niveau du sein peuvent elles aussi être efficacement prises en charge par des massages. Les massages réalisés au niveau du sein reconstruit peuvent améliorer sa consistance en lui rendant une certaine souplesse, et diminuant son aspect « figé »[12]. Tout comme pour le dos, les massages réalisés par la patiente elle-même en complément de la kinésithérapie sont bénéfiques, et nécessitent une éducation. Ils sont cependant plus difficiles à mettre en place au début pour les patientes, qui ont du mal à intégrer leur « nouveau » sein, inerte et insensible. Certains auteurs préconisent au début de faire ces massages devant un miroir pour qu'une connexion « toucher-visualisation » leur permette d'appréhender plus rapidement ce nouveau schéma corporel.

Les drainages lymphatiques aident les sérômes dorsaux à se résorber plus rapidement et peuvent par conséquent diminuer le nombre de ponctions nécessaires. Les massages associés à une kiné douce de mobilisation de l'épaule et du bras peuvent améliorer les raideurs et aider à retrouver une mobilité satisfaisante. Toutes ces techniques peuvent s'associer entre-elles si le besoin s'en ressent.

Les séances de kinésithérapie s'inscrivent ainsi de façon quasi-systématique dans la prise en charge post-opératoire des RM par LGD au Centre, associée idéalement à une « auto-prise en charge » par les patientes de leur rééducation.

Dans notre expérience, lors de la première consultation à distance réalisée 3 à 4 mois après la RM, il est assez net de faire la différence entre les femmes qui se sont impliquées dans leur prise en charge par rapport à celles qui ont été plus pusillanimes. Les reconstructions sont plus souples, moins oedématisées, il y a peu de perte de la mobilité de l'épaule et la peau du dos a retrouvé une certaine élasticité, diminuant ainsi les phénomènes de gênes.

Les résultats de notre enquête le confirment puisque 77.2% des patientes ayant répondu ont nécessité une prise en charge par un kinésithérapeute en post-opératoire. Il s'agissait

majoritairement de massages du sein et de drainages lymphatiques (seuls ou associé l'un à l'autre), plus rarement de mobilisation de l'épaule.

Cependant, cette prise en charge « fonctionnelle » peut s'avérer nécessaire pendant plusieurs mois ou années suivant l'intervention. Ainsi, 18.9% des patientes nécessitaient encore au moment de l'enquête des séances de kiné. Cela peut s'avérer sans surprise pour les patientes les plus récemment opérées (en 2005), mais cela concerne toujours 4.7% des patientes opérées en 1998, 27.6% des patientes opérées en 2000 et 16.6% des patientes opérées en 2004 (pour exemple).

Quand à la sensation de handicap, elle est très peu perçue (aux alentours de 10% ) pour la vie quotidienne. Le handicap est plus marqué pour les activités de loisirs et dans la vie professionnelle.

Dans leurs loisirs, 27.3% des patientes se sentent moyennement à très handicapées. Dans leur vie professionnelle, 24% des patientes se sentent moyennement à très handicapées. Le handicap éprouvé résulte pour une grande partie, de la gêne fonctionnelle occasionnée par la reconstruction (il peut également être en rapport avec la maladie et plus particulièrement aux traitements).

Ces résultats montrent que bien que majoritairement satisfaites, les patientes gardent à distance une certaine sensation de handicap dans leur vie. Cette notion doit être mentionnée lors de l'information pré-opératoire sans toutefois être alarmant, ce handicap « chronique » n'étant présent que pour 1 patiente sur 4.

Nous avons par ailleurs comparé les résultats fonctionnels en fonction du délai de la RM en fonction de la mastectomie (RMI et RMD). Ceux – ci montraient que les patientes ayant eu une RMI sont moins gênées au niveau du bras que celles ayant eu une RMD ( $p=0.031$ ) . Cette différence entre RMD et RMI peut-être liée à la prise en charge initiale du cancer du sein avec notamment la radiothérapie et/ou le curage axillaire. Dans cette situation, le statut initial de la

mobilité de l'épaule et de la qualité des téguments sont rarement normaux. Il peut pré exister des phénomènes de limitation de l'épaule et des douleurs pré thoraciques en cas de fibrose et d'adhérences de la peau voire une fibrose du muscle pectoral après mastectomie. Dans ce contexte là, au mieux la kinésithérapie ne pourra permettre de revenir qu'au stade existant avant la reconstruction.

De même, les patientes ayant eu une RMI gardent moins de douleurs au niveau de l'épaule ( $p=0.026$ ), du bras ( $p= 0.012$ ) et du sein reconstruit ( $p=0.05$ ) que celles ayant eu une RMD . Cela s'explique comme précédemment par la fréquence moins importante de l'abord axillaire en cas de RMI pour les douleurs de l'épaule et du bras. Pour ce qui est des douleurs sur le sein reconstruit, elles sont moins importantes après RMI car la peau thoracique est de meilleure qualité chez ces patientes moins irradiées, et du fait de la réalisation plus fréquente de « skin-sparing-mastectomy ».

En conclusion, nous dirons que la prévention et la prise en charge des séquelles fonctionnelles est capitale et qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire associant chirurgiens, médecins de la douleur, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatres...Pour limiter le retentissement de ces problèmes sur la vie quotidienne et la vie sociale des patientes

### **6.7.3 Vie affective et sexuelle :**

La vie affective et sexuelle en ce qui concerne notre sujet peut-être modifiée par deux raisons essentiellement. Par le vécu de la maladie d'une part et par la reconstruction (résultats esthétiques et fonctionnels surtout) et son vécu d'autre part.

Les résultats que nous avons obtenus concernant cet aspect sont les suivants :

17.6% des patientes sont gênées pour se dévêtir devant leur conjoint. 8.9% des patientes pensent que leur conjoint est gêné de les voir torse nu. 21.5% des patientes trouvent que le comportement de leur conjoint a changé. Des modifications dans leur vie sexuelle ont eu lieu suite à l'intervention pour 36.4% des patientes

Pour les patientes qui ont des troubles dans leur vie amoureuse, 52.4% pensent que ceux-ci sont plus liés à leur maladie qu'à leur reconstruction, 35.9% pensent que ces troubles sont plus liés à leur reconstruction, et 11.6% pensent que leurs troubles sont liés aux deux (maladie et reconstruction).

La maladie, dont l'évolution incertaine est une source d'anxiété pour les patientes, garde donc un impact fort sur la vie sentimentale et sexuelle de la femme et du couple.

Par ailleurs, si l'on compare les résultats obtenus aux différents items de la vie affective et sexuelle en fonction du résultat esthétique de la reconstruction, nous constatons que les troubles de la vie sexuelle sont très fortement liés à l'appréciation par les patientes du résultat esthétique de leur reconstruction.

En effet, parmi les patientes qui ont une vie sexuelle modifiée le résultat esthétique était moins bon que chez celles dont la vie sexuelle n'était pas modifiée de façon très significative ( $p=0.007$ ). De même, le jugement du résultat esthétique était moins bon chez les patientes gênées pour se dévêtir devant leur conjoint et dont le conjoint était gêné de les voir torse nu, que pour les patientes et les conjoints non gênés (avec respectivement  $p<0.0001$  et  $p=0.0007$ ).

Enfin, dans le groupe des patientes dont le conjoint avait changé de comportement, l'appréciation du résultat esthétique de leur RM est moins bonne que celle des patientes dont le comportement du conjoint était inchangé, et ceci de façon significative ( $p=0.02$ ).

Par contre lorsqu'on compare ces différents items en fonction du type de RM (RMI et RMD), on ne trouve pas de différence significative entre les deux groupes.

De façon générale, la vie affective et sexuelle est affectée par l'image que chacun a de lui-même. Ceci est d'autant plus marqué lorsqu'un événement pouvant affecter cette image intervient. La maladie en fait partie (image corporelle modifiée par les différents traitements

(chimiothérapies, chirurgicaux : ablation du sein), ainsi que la reconstruction et notamment son résultat esthétique.

L'estime de soi malgré la maladie et les conséquences des traitements est un élément important pour retrouver un bon niveau de sérénité et d'apprécier au mieux l'après traitement, dont la reconstruction mammaire.

Cette notion nouvelle se développe dans les structures spécialisées. Ainsi on trouve de plus en plus de centres hospitaliers qui proposent des ateliers d'esthétique, donnant aux femmes des conseils en matière de maquillage, de coiffure (en particulier à celles qui ont eu de la chimiothérapie) et ainsi leur permettent de retrouver leur estime de soi en améliorant leur féminité. Ce qui participe à une meilleure appréciation et acceptation de leur reconstruction.

La relation qui existe à l'intérieur du couple (si c'est le cas) doit être solide, et le conjoint doit se montrer « fort » et patient pour aider sa partenaire dans ce long et parfois douloureux parcours (celui de l'affrontement de la maladie d'une part et celui de la reconstruction d'autre part). Pour cela, nous insistons à nouveau sur l'importance de l'information. Même si la décision finale revient à la patiente elle-même, il est nécessaire d'apporter les explications nécessaires au conjoint, qui doit lui aussi pouvoir se faire une idée sur ce que représente ce « parcours de la reconstruction » et sur les conséquences que cela peut avoir dans leur vie intime. Le comportement du conjoint vis-à-vis de sa partenaire joue un rôle capital dans cette étape de RM qui représente pour la femme « Sa Re – Construction » après la période difficile de la maladie. Le conjoint ne doit pas se contenter d'être témoin, une participation active de sa part, en réalisant les massages (nouvelle relation initiant le toucher) par exemple, permettrait probablement un retour à la normale plus précocement.

## **6.8 DE FACON GENERALE SUR LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR LAMBEAU DE GRAND DORSAL :**

De façon générale, 87.2% des patientes jugent bon à très bon le résultat esthétique global de leur reconstruction (6.6% le jugent très mauvais).

L'importance des séquelles est jugée acceptable à très acceptable par rapport au résultat esthétique par 59.4% des patientes (jugée moyennement à difficilement acceptables par 40.6%).

La rançon cicatricielle par rapport au résultat esthétique est jugée acceptable à très acceptable par 61.3% des patientes (moyennement à difficilement acceptable par 38,7%).

Une grande majorité des patientes (88%) pensent que l'appréciation de leur résultat esthétique n'a pas été perturbé par l'angoisse liée à leur maladie.

Près de 30% des patientes ont eu recours à un soutien psychologique depuis leur intervention. Concernant la satisfaction générale : 95.7% des patientes ne regrettent pas d'avoir fait cette RM . Seulement 2.8% des femmes auraient préféré avoir l'ablation seule de leur sein.

93.4% des patientes seraient prêtes à refaire cette intervention et 94.4% la conseilleraient à une amie.

93% des patientes accepteraient de partager leur expérience avec une femme devant se faire opérer.

Aucune différence n'a été constatée concernant « la RM en général » entre le groupe des patientes ayant eu une RMI et celui des patientes ayant eu une RMD .

## 7. CONCLUSION :

La reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal est la principale technique utilisée en RM au CRLCC . Technique relativement simple de réalisation, près de 90% des patientes opérées sont satisfaites de leur résultat esthétique et 97.5% des patientes ne regrettent pas leur RM . Le taux de complications et de séquelles qu'elle procure ne semble pas altérer de façon importante la satisfaction des patientes. La qualité de vie reste également satisfaisante puisque 60% des patientes ont une vie tout à fait normale (vie personnelle et sociale) et 63.6% des patientes ont une vie affective et sexuelle inchangée .

Le succès de ces RM par LGD repose sur plusieurs points :

- Sur la qualité de l'information donnée en préopératoire à la patiente et à son conjoint.
- Sur la prévention et sur la prise en charge active et pluridisciplinaire des complications et séquelles secondaires à la RM .
- Sur le développement des techniques visant à réaliser des LGDA , à chaque fois qu'il sera possible de le faire (que ce soit en RMI qu'en RMD).

La RM par LGD est une technique de reconstruction mammaire pour la quelle la grande fiabilité du lambeau et la qualité des résultats esthétiques et de qualité de vie qu'elle offre, lui confèrent une place de choix dans l'arsenal chirurgical en reconstruction mammaire après mastectomie.

## 8. BIBLIOGRAPHIE :

1. Sant, M., et al., *Time trends of breast cancer survival in Europe in relation to incidence and mortality*. Int J Cancer, 2006. **119**(10): p. 2417-22.
2. Esteve, J., [*Incidence of breast cancer in France and other industrialized countries*]. Presse Med, 2007. **36**(2 Pt 2): p. 315-21.
3. Callaghan, C.J., et al., *Breast reconstruction in the United Kingdom and Ireland*. Br J Surg, 2002. **89**(3): p. 335-40.
4. H-Q. Cong, J.-M.N., F. Bourdillon, G. Leblanc,  
Ministère chargé de la santé, direction des hôpitaux, "pathologies et organisation des soins"  
M. Joubert, M-C. Mouquet  
Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques., *L'activité chirurgicale du cancer du sein en France en 1997. Mise à jour le 29 février 2000*.
5. Brandberg, Y., M. Malm, and L. Blomqvist, *A prospective and randomized study, "SVEA," comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result*. Plast Reconstr Surg, 2000. **105**(1): p. 66-74; discussion 75-6.
6. Tykka, E., S. Asko-Seljavaara, and H. Hietanen, *Patient satisfaction with delayed breast reconstruction: a prospective study*. Ann Plast Surg, 2002. **49**(3): p. 258-63.
7. Moore, T.S. and L.D. Farrell, *Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction: long-term results*. Plast Reconstr Surg, 1992. **89**(4): p. 666-72; discussion 673-4.
8. Bostwick, J., 3rd, et al., *Sixty latissimus dorsi flaps*. Plast Reconstr Surg, 1979. **63**(1): p. 31-41.
9. Reaby, L.L., *Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction*. Plast Reconstr Surg, 1998. **101**(7): p. 1810-8.
10. Wellisch, D.K., et al., *Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast*. Plast Reconstr Surg, 1985. **76**(5): p. 713-8.
11. Harcourt, D. and N. Rumsey, *Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature*. J Adv Nurs, 2001. **35**(4): p. 477-87.
12. Delay, E., et al., [*How to improve breast implant reconstructions?*]. Ann Chir Plast Esthet, 2005. **50**(5): p. 582-94.
13. Ananian, P., et al., *Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer*. Ann Surg Oncol, 2004. **11**(8): p. 762-71.

14. Soong, I.S., et al., *Post-mastectomy radiotherapy after immediate autologous breast reconstruction in primary treatment of breast cancers*. Clin Oncol (R Coll Radiol), 2004. **16**(4): p. 283-9.
15. Missana, M.C., et al., *[Radiotherpay and immediate breast reconstruction with myocutaneous flap in breast cancer of reserved prognosis]*. Ann Chir Plast Esthet, 2000. **45**(2): p. 83-9.
16. Jabor, M.A., et al., *Nipple-areola reconstruction: satisfaction and clinical determinants*. Plast Reconstr Surg, 2002. **110**(2): p. 457-63; discussion 464-5.
17. Mladenovic, J., et al., *Postmastectomy radiotherapy in intermediate risk stage I-II breast cancer patients*. J Buon, 2007. **12**(2): p. 215-20.
18. McGuire, S.E., et al., *Postmastectomy radiation improves the outcome of patients with locally advanced breast cancer who achieve a pathologic complete response to neoadjuvant chemotherapy*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2007. **68**(4): p. 1004-9.
19. Aksu, G., et al., *The role of postoperative radiotherapy in node negative breast cancer patients with pT3-T4 disease*. Eur J Surg Oncol, 2007. **33**(3): p. 285-93.
20. Smith, B.D., et al., *Postmastectomy radiation and survival in older women with breast cancer*. J Clin Oncol, 2006. **24**(30): p. 4901-7.
21. Forman, D.L., et al., *Breast reconstruction in previously irradiated patients using tissue expanders and implants: a potentially unfavorable result*. Ann Plast Surg, 1998. **40**(4): p. 360-3; discussion 363-4.
22. Kroll, S.S., et al., *Breast reconstruction with myocutaneous flaps in previously irradiated patients*. Plast Reconstr Surg, 1994. **93**(3): p. 460-9; discussion 470-1.
23. Spear, S.L., et al., *The role of the latissimus dorsi flap in reconstruction of the irradiated breast*. Plast Reconstr Surg, 2007. **119**(1): p. 1-9; discussion 10-1.
24. Javaid, M., et al., *Radiation effects on the cosmetic outcomes of immediate and delayed autologous breast reconstruction: an argument about timing*. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2006. **59**(1): p. 16-26.
25. Schuster, R.H., et al., *Breast reconstruction in women treated with radiation therapy for breast cancer: cosmesis, complications, and tumor control*. Plast Reconstr Surg, 1992. **90**(3): p. 445-52; discussion 453-4.
26. O'Brien, B.M., et al., *The versatile latissimus dorsi myocutaneous flap in breast and other reconstruction*. Aust N Z J Surg, 1982. **52**(2): p. 174-82.
27. Meretoja, T.J., et al., *Local recurrence of stage I and 2 breast cancer after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction in a 15-year series*. Eur J Surg Oncol, 2007.

28. Germann, G. and H.U. Steinau, *Breast reconstruction with the extended latissimus dorsi flap*. *Plast Reconstr Surg*, 1996. **97**(3): p. 519-26.
29. Faucher, A., [*Musculocutaneous flap of latissimus dorsi in breast reconstruction. Results of a series of 163 cases*]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1993. **38**(2): p. 187-91.
30. Freeman, M.E., et al., *Latissimus dorsi reconstruction: a good option for patients with failed breast conservation therapy*. *Ann Plast Surg*, 2006. **57**(2): p. 134-7.
31. Brandberg, Y., et al., *A prospective randomised study (named SVEA) of three methods of delayed breast reconstruction. Study design, patients' preoperative problems and expectations*. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 1999. **33**(2): p. 209-16.
32. Sternberg, E.G., et al., *Latissimus dorsi flap remains an excellent choice for breast reconstruction*. *Ann Plast Surg*, 2006. **56**(1): p. 31-5.
33. Pinsolle, V., et al., *Complications analysis of 266 immediate breast reconstructions*. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2006. **59**(10): p. 1017-24.
34. Al-Ghazal, S.K., et al., *The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction*. *Eur J Surg Oncol*, 2000. **26**(1): p. 17-9.
35. Alderman, A.K., et al., *Does patient satisfaction with breast reconstruction change over time? Two-year results of the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study*. *J Am Coll Surg*, 2007. **204**(1): p. 7-12.
36. Roth, R.S., et al., *Psychological factors predict patient satisfaction with postmastectomy breast reconstruction*. *Plast Reconstr Surg*, 2007. **119**(7): p. 2008-15; discussion 2016-7.

## **9. ANNEXES:**

### ***9.1 LETTRE D 'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE:***

### ***9.2 QUESTIONNAIRE:***



ENQUÊTE DE SATISFACTION APRES RECONSTRUCTION MAMMAIRE  
PAR LAMBEAU DE GRAND DORSAL .

1)-En quelle année avez-vous été opérée ?

98 99 00 01 02 03 04 05

2)-Quel âge aviez-vous au moment de la Reconstruction ?..... ans

3)-Quel type de reconstruction avez vous eu ?

3a)-Reconstruction mammaire :

- Immédiate (le même jour que l'ablation du sein)
- Différée (à distance de l'ablation du sein)

3b)-Reconstruction mammaire par :

- Lambeau de Grand Dorsal avec Prothèse
- Lambeau de Grand Dorsal sans prothèse

3c)-Si vous avez une prothèse de quel type s'agit-il :

- Silicone
- Sérum

4)-Y a-t-il eu une chirurgie sur l'autre sein ?

- Réduction
- Cure de ptose
- Prothèse d'augmentation
- Autre

5)-Avez vous eu une reconstruction de mamelon ?

- Oui
- Non

5a)-Si oui, était-ce :

- Un petit lambeau + tatouage
- Greffe du mamelon + tatouage







18)-Avez vous eu besoin de séances de kinésithérapie :

18a)-En post opératoire ?

- Oui
- Non

18a1)-Si oui :

- Massages
- Drainages lymphatiques
- Mobilisation de l'épaule

18b)-Actuellement ?

- Oui
- Non

18b1)-Si oui :

- Massages
- Drainages lymphatiques
- Mobilisation de l'épaule

19)-Avez-vous une sensation de handicap dans votre vie quotidienne ?

0 \_\_\_\_\_ 10  
pas de handicap handicap important

20)-Avez-vous une sensation de handicap dans vos loisirs ?

0 \_\_\_\_\_ 10  
pas de handicap handicap important

21)-Avez-vous une sensation de handicap dans votre vie professionnelle ?

0 \_\_\_\_\_ 10  
pas de handicap handicap important





36)-Conseillerez-vous cette intervention à une amie ?

- Oui
- Non

37)-Accepteriez-vous d'en parler à une femme devant se faire opérer ?

- Oui
- Non

COMMENTAIRES LIBRES :

***NOM : Niederoest-Dejode      PRENOM : Magali***

Titre de Thèse : Reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal. Résultats oncologiques, esthétiques et de qualité de vie. Etude rétrospective sur une série de 450 patientes prises en charge au CRLCC Nantes-Atlantique.

**Résumé :**

Principale technique utilisée en RM au CRLCC, la RM par LGD est une technique relativement simple de réalisation. Les résultats montrent un faible taux de récurrences locales (0.9%). 90% des patientes sont satisfaites de leur résultat esthétique. Le taux de complications et de séquelles qu'elle procure ne semble pas altérer de façon importante la satisfaction des patientes. La qualité de vie reste satisfaisante puisque 60% des patientes ont une vie tout à fait normale (vie personnelle et sociale) et 63.6% des patientes ont une vie affective et sexuelle inchangée. Le succès de ces RM par LGD repose sur plusieurs points : sur la qualité de l'information et de l'éducation des en pré et péri-opératoire, sur la prévention et la prise en charge multidisciplinaire des complications et des séquelles, et enfin sur le développement des techniques visant à réaliser des LGDA, à chaque fois qu'il sera possible de le faire (que ce soit en RMI qu'en RMD). La RM par LGD est une technique de reconstruction mammaire pour laquelle la grande fiabilité du lambeau et la qualité des résultats esthétiques et de qualité de vie qu'elle offre, lui confèrent une place de choix dans l'arsenal chirurgical en reconstruction mammaire après mastectomie.

**Mots-clés :**

Reconstruction Mammaire post mastectomie – Lambeau de muscle grand dorsal  
– Reconstruction Mammaire Immédiate – Reconstruction Mammaire Différée –  
Résultats esthétiques – Qualité de vie – Information pré-opératoire