

# ONCOPARTAGE®

ACTUALITÉS EN CANCÉROLOGIE - Institut Godinot - Centre de Lutte Contre le Cancer



Mois de sensibilisation au dépistage et à la prévention  
des cancers du sein

## Octobre Rose



### EDITO

Chers amis, chers confrères,



Le traitement de référence du cancer est la chirurgie ; cela est particulièrement vrai en carcinologie mammaire où l'ablation des tumeurs suivie de la reconstruction des seins est une pratique courante. Dernièrement, un risque de sécurité pour les patientes a été mis en évidence avec les prothèses dites texturées, largement utilisées jusqu'à lors et désormais supplantées par des prothèses dites lisses. Or ces prothèses ne constituent pas

l'unique solution pour la reconstruction mammaire. Dans ce numéro d'ONCOPARTAGE, dédié à Octobre Rose, mois de prévention et de dépistage des cancers du sein, vous pourrez découvrir les différentes alternatives aux prothèses avec les techniques de lipomodélage, de reconstruction par la technique du lambeau libre et celle du grand dorsal. Par ailleurs, la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire permet d'obtenir des résultats esthétiques, proches de l'aspect « naturel ».

La prévention et le dépistage des cancers du sein restent les piliers de la prise en charge en amont de la déclaration des cancers ; notamment, la mammographie réalisée tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans et intégralement prise en charge par la Sécurité Sociale, est l'examen qui doit permettre de mieux prévenir ces cancers. L'enjeu est de taille quand on sait que 1 femme sur 8 a eu, a ou aura un cancer du sein au cours de sa vie !...

Nous vous souhaitons, comme d'habitude, une bonne lecture et restons à votre écoute pour des sujets que vous souhaiteriez voir traiter dans ces colonnes.

Dr Vivien CECCATO  
Chirurgie

### ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

#### LE LYMPHOME ANAPLASIQUE À GRANDES CELLULES ASSOCIÉ AUX IMPLANTS MAMMAIRES (LAGC-AIM)

Les femmes porteuses d'implants mammaires texturés courent un risque faible, de développer un LAGC-AIM. À ce jour, une soixantaine de cas a été recensé en France.

Il existe une forme limitée à la capsule péri-prothétique dite *in situ*, et une forme infiltrante avec une masse adjacente à la capsule. Le symptôme le plus fréquent du LAGC-AIM est l'épanchement périprothétique, pouvant entraîner une augmentation du volume du sein et des douleurs.

Si le diagnostic est précoce, le pronostic est favorable. La survie à court et moyen terme est excellente, surtout chez les patientes présentant une forme *in situ*.

Pour les femmes porteuses d'implants mammaires sans signe clinique locorégional, l'INCa préconise un suivi classique par examen clinique mammaire annuel et exploration radiologique adaptée.

Une quantité faible de liquide (5 à 10 ml) chez une femme asymptomatique ne nécessite pas d'investigation particulière.

Si un LAGC-AIM est suspecté, une échographie doit être réalisée, à la recherche d'un épanchement et/ou d'une masse autour de l'implant ; l'exploration des aires ganglionnaires est également préconisée.

Une IRM est demandée si l'échographie est peu contributive.

En cas de découverte à l'imagerie d'un épanchement et/ou d'une masse, une cytoponction et/ou une biopsie doit être réalisée.

En cas de diagnostic anatomopathologique de lymphome ou en cas de doute, un envoi du prélèvement pour double lecture au réseau LYMPHOPATH doit être la règle. La prise en charge des LAGC-AIM est chirurgicale. Elle consiste en une dépose de la prothèse avec capsulectomie totale.

Une surveillance est ensuite organisée avec les oncologues tous les 4 à 6 mois pendant les deux premières années. Lorsque la maladie est étendue et/ou que la capsulectomie n'a pas pu être totale, une discussion doit être réalisée en RCP avec prescription d'éventuels traitements complémentaires (chimiothérapie, radiothérapie...).

Dr Clément DABIRI  
Chirurgie

Dr Vivien CECCATO  
Chirurgie

## LE SAVIEZ-VOUS ?



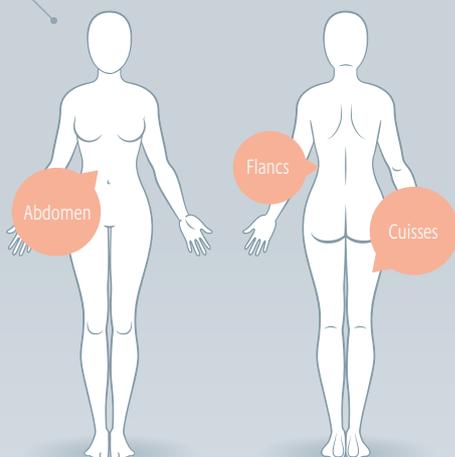
1 FEMME SUR 8 A EU, A  
OU AURA UN CANCER  
DU SEIN AU COURS DE SA VIE

# RECONSTRUCTION SANS PROTHÈSE : LE LIPOMODELAGE, UN OUTIL TRÈS PRATIQUE

Le lipomodelage consiste à prélever de la graisse chez la patiente pour la réinjecter dans le sein, généralement en chirurgie ambulatoire. Cette procédure peut être répétée au besoin plusieurs fois, si nécessaire.

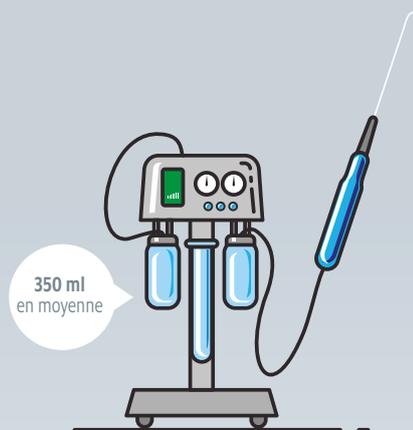
## LIPOMODELAGE, LES 4 ÉTAPES

### ÉTAPE 1



Choix du ou des sites de prélèvement et de ré-injection en accord avec la patiente

### ÉTAPE 2



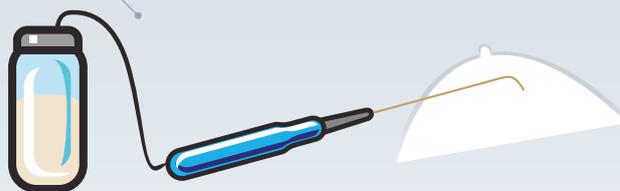
Prélèvement sous anesthésie générale, avec une canule de liposuccion de petit diamètre pour être moins traumatique

### ÉTAPE 3



Purification de la graisse par centrifugation douce, afin de séparer la graisse utilisable des phases séreuses, hématisées et huileuses

### ÉTAPE 4



Transfert de la graisse purifiée avec une canule de ré-injection dans les zones définies par le chirurgien et la patiente

Les complications de cette technique sont peu fréquentes. Le plus souvent, il se produit des hématomes multiples sur les sites de prélèvement et de réinjection. Plus rarement, une infection des tissus mous peut survenir se traitant le plus souvent par une simple antibiothérapie. Parfois, une cystostéatonecrose peut survenir : ces kystes huileux apparaissant secondairement et se traitent pas simple ponction transcutanée, parfois échoguidées.

Environ 30 % du volume réinjecté est résorbé. Le résultat se stabilise 4 mois après la procédure.

Les indications de cette technique sont multiples :

- Augmentation du volume d'une reconstruction mammaire autologue,
- Correction des séquelles esthétiques des traitements conservateurs,
- Préparation de la paroi thoracique en vue d'une reconstruction secondaire.
- Le lipomodelage peut aussi être envisagé chez les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction par lambeau autologue et prothèse. Dans ce cas, il est proposé aux patientes qui ne souhaitent plus de prothèse de retirer celle-ci et de remplacer le volume perdu par une ou plusieurs séances de lipomodelage.

Dr Clément DABIRI  
Chirurgie

# RECONSTRUCTION MAMMAIRE SANS PROTHÈSE: TECHNIQUE DU LAMBEAU LIBRE

La reconstruction par lambeau libre fait partie intégrante du panel des techniques chirurgicales permettant une reconstruction mammaire immédiate ou différée, uni ou bilatérale. Elle nécessite la réalisation d'anastomoses artérielles et veineuses microchirurgicales par des chirurgiens expérimentés, titulaires d'une formation spécifique en micro-chirurgie.

Le taux d'échec de ces techniques est estimé, en moyenne, à 10%, avec un risque accru les 5 premiers jours post opératoires (rapport HAS).

Afin de ne pas majorer le taux d'échec, ce type de reconstruction doit être proposé aux patientes non fumeuses, sans antécédent thromboembolique ou de pathologies prothrombogènes, avec un arrêt des traitements hormonaux quelques semaines avant et après le geste. La reconstruction par lambeau libre est proposée par le chirurgien en fonction des souhaits de la patiente, de sa morphologie, de ses antécédents et de son terrain.

Le DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) est un lambeau cutané graisseux abdominal sous-ombilical. Il a l'avantage de ne pas emporter de muscles de la paroi abdominale ; les séquelles musculaires sont donc moindres. Les patientes doivent avoir un excès abdominal inférieur pour pouvoir bénéficier de ce type de prise en charge, mais l'index de masse

corporelle ne doit toutefois pas être trop élevé.

Un angioscanner de repérage est nécessaire en préopératoire pour s'assurer de la présence de vaisseaux perforants de qualité, mais aussi pour réaliser le repérage radio-anatomique de ces derniers.

Le lambeau libre de gracilis est un lambeau musculo-cutané prélevé au dépend de la face interne de cuisse. Il est de petit volume et peut être proposé chez les patientes minces.

La reconstruction différée nécessite plusieurs temps opératoires : un premier temps de réalisation du lambeau libre, puis secondairement un temps de symétrisation du sein controlatéral et remodelage du lambeau si nécessaire, puis pour finir, la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (greffe de peau crurale ou tatouage).

Un bilan d'imagerie mammaire datant de moins de 6 mois doit être réalisé avant chaque geste opératoire afin de s'assurer de l'absence de contre-indications opératoires.

Pr Caroline FRANÇOIS

*Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*

## RECONSTRUCTION SANS PROTHÈSE : UNE APPROCHE INNOVANTE DE LA TECHNIQUE DU GRAND DORSAL

Le lambeau du grand dorsal a été utilisé depuis de nombreuses années pour diverses interventions de reconstruction. Il permet d'apporter du volume et de la peau en un seul temps opératoire.

Classiquement, en reconstruction mammaire, il était associé à la mise en place de prothèses, combinant les inconvénients de ces 2 techniques de reconstruction.

Le prélèvement du grand dorsal autologue consiste en un prélèvement du muscle jusqu'à ses différentes insertions, sans léser les autres muscles du dos, diminuant ainsi les douleurs post-opératoires. ainsi qu'une grande partie de la graisse du muscle grand dorsale. Du fait du volume prélevé, il est maintenant rarement nécessaire d'utiliser des prothèses. On préférera un éventuel lipomodélage ultérieurement en cas de volume insuffisant.

Des reconstructions sont possibles même sur des seins volumineux avec des résultats plus naturels et durables. Le sein reconstruit vieillit harmonieusement et les cicatrices réalisées sont discrètes.

Le muscle grand dorsal est le muscle le plus étendu du corps ; il n'a aucun rôle sur la statique dorsale.

Ce type de reconstruction peut être réalisé en immédiat dans le cadre d'une séquence inversée par exemple ou en différé en particulier en cas de séquelle de radiothérapie.

Les patientes restent hospitalisées 2 à 3 nuits. En effet, depuis la réalisation systématique des analgésies locorégionales type bloc paravertébral, les

patientes sont peu algiques, permettant une sortie précoce. Les patientes sont incitées à reprendre rapidement leurs activités, en particulier sportives, ce qui constitue la meilleure rééducation pour les différents muscles dorsaux.

Des drains sont laissés en place à la sortie pour quelques jours à quelques semaines afin de diminuer le taux de lymphocèle, qui constitue la complication la plus fréquente.

Le taux de satisfaction des patientes et des chirurgiens est très élevé après ce type de reconstruction.

Dr Vivien CECCATO  
*Chirurgie*

Dr Clément DABIRI  
*Chirurgie*

“ CE TYPE DE RECONSTRUCTION PEUT ÊTRE RÉALISÉ EN IMMÉDIAT DANS LE CADRE DE SÉQUENCE INVERSÉE PAR EXEMPLE ”

# RECONSTRUCTION DE LA PLAQUE ARÉOLO-MAMELONNAIRE

La reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) est un temps capital qui vient finaliser la reconstruction mammaire. Elle permet de mieux intégrer le sein reconstruit dans son schéma corporel.

Plusieurs techniques sont proposées :

- Tatouage seul du mamelon et de l'aréole, avec des coloris différents pour le mamelon et l'aréole,
- Lambeau local cutané, permettant de reconstruire un volume simulant la projection naturelle du mamelon associé à un tatouage de l'aréole,
- Greffe d'hémi-mamelon controlatéral.

Ce geste est proposé aux patientes ayant un mamelon controlatéral très projeté, qu'il est impossible de symétriser avec un lambeau cutané local. Cela consiste à prélever la moitié du mamelon controlatéral et de le greffer sur le sein reconstruit.

La première technique est proposée en particulier chez les patientes à risque de difficulté de cicatrisation : tabagisme, diabète, séquelles de radiothérapie.

Les 2 dernières techniques, quand elles sont réalisables, donnent de bons résultats, visibles même vêtements en place.

Ces gestes sont réalisés sous anesthésie locale le plus souvent, en chirurgie ambulatoire. Ils sont parfois associés à d'autres gestes réalisés sous anesthésie générale, comme les lipomodélages ou les symétrisations.

Dr Vivien CECCATO  
Chirurgie

# PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN CHIRURGIE MAMMAIRE

Les douleurs secondaires à la chirurgie pour un cancer du sein sont décrites dans la littérature comme fréquentes et susceptibles d'altérer la qualité de vie : incidence de 27 et 65 % à 3 mois, 10 % pour la chirurgie de reconstruction par lambeau du grand dorsal, avec EVA > 5 dans 5 à 10 % des cas.

Pour cette douleur post-chirurgicale les équipes se mobilisent pour les prévenir et les prendre en charge de façon précoce le cas échéant.

Prévenir :

- Prendre en compte les facteurs de risque : jeune âge, surpoids, antécédents de radiothérapie thoracique ou prothèse mammaire, douleur préexistante, anxiété ou dépression ; l'anesthésiste est spécialisé pour la prise en charge de la douleur et la psychologue sera sollicitée si terrain fragile ou anxieux est détecté,
- Gérer le stress péri-opératoire,
- Afin de diminuer le stress, l'accueil en salle d'opération se fait désormais debout tout en discutant avec l'infirmier, sans avoir à retirer le cas échéant lunettes, accessoires de type prothèses,
- Prévenir la douleur aigüe post-opératoire : analgésie multimodale associée au bloc paravertébral peropératoire effectué sous échoguidage,
- Mettre en place la kinésithérapie de façon précoce.

La kinésithérapie tient une place essentielle, elle concerne 100 % des femmes.

Elle a pour objectifs de :

- Prévenir les problèmes cicatriciels sur les zones reconstruites et de prélèvement,
- Gérer les problèmes lymphatiques,
- Maintenir la fonction de l'épaule et corriger les éventuelles modifications posturales par mobilisation scapulo-thoracique et cervicale,
- Aider à la reprise des activités quotidiennes et encourager la poursuite ou la mise en route d'une activité physique adaptée,
- Optimiser le rendu esthétique.

La kinésithérapie peut être également réalisée avant la reconstruction pour préparer la peau ou pour un renforcement musculaire.

Traiter la douleur : douleur chronique postopératoire = douleur qui se prolonge plus de 2 mois après la chirurgie, avec le risque d'un retentissement global, psychologique, comportemental, social,...

Dr Olivier DUBRŒUCQ  
Soins de support

CANCER DU SEIN MÉTASTATIQUE

**LES ATELIERS SEINCHROME**

Relations Ville/Hôpital et soins de support

Pfizer Oncologie

**Jeudi 03 octobre** à partir de 18h - Mairie de Reims

Plus d'infos : [www.institutgodinot](http://www.institutgodinot) - Inscription : [elodie.menis@reims.unicancer.fr](mailto:elodie.menis@reims.unicancer.fr)

Si cette lettre a retenu votre attention et que vous souhaitez recevoir la version digitale, envoyez votre demande par email à l'adresse suivante : [oncopartage@reims.unicancer.fr](mailto:oncopartage@reims.unicancer.fr). Retrouvez les numéros précédents sur [www.institutgodinot.fr](http://www.institutgodinot.fr)

ONCOPARTAGE • INSTITUT GODINOT • OCTOBRE 2019 • Lettre d'informations à destination des professionnels de santé • Institut Godinot, Centre de Lutte Contre le Cancer de Reims et du territoire Champagne-Ardenne (ESPIC) 1 rue du Général Kœnig - CS 80014 - 51726 Reims Cedex • Yacine Merrouche • Directeurs de la publication : Yacine Merrouche, Laurence Cariven • Responsable de la rédaction : Jean-Baptiste Rey • Création et réalisation : Elodie Menis • Impression : Institut Godinot - 1 rue du Général Kœnig - CS 80014 - 51726 Reims Cedex • ISSN : 2497-4439 • Exemple gratuit • Crédits photos : Institut Godinot, Adobe Stock • Ont collaboré pour ce numéro : Yacine Merrouche, Laurence Cariven, Serge Steltz, Vivien Ceccato, Clément Dabiri, Olivier Dubrœucq, Elodie Menis • Pour toutes informations, contacter : 03 26 50 44 54 - [direction.generale@reims.unicancer.fr](mailto:direction.generale@reims.unicancer.fr) - [www.institutgodinot.fr](http://www.institutgodinot.fr)

Institut Godinot  
unicancer Reims en Champagne