

Chirurgie réparatrice



Dr Furtos Fanget Charlotte
Soirée DPC du 06 Avril 2017

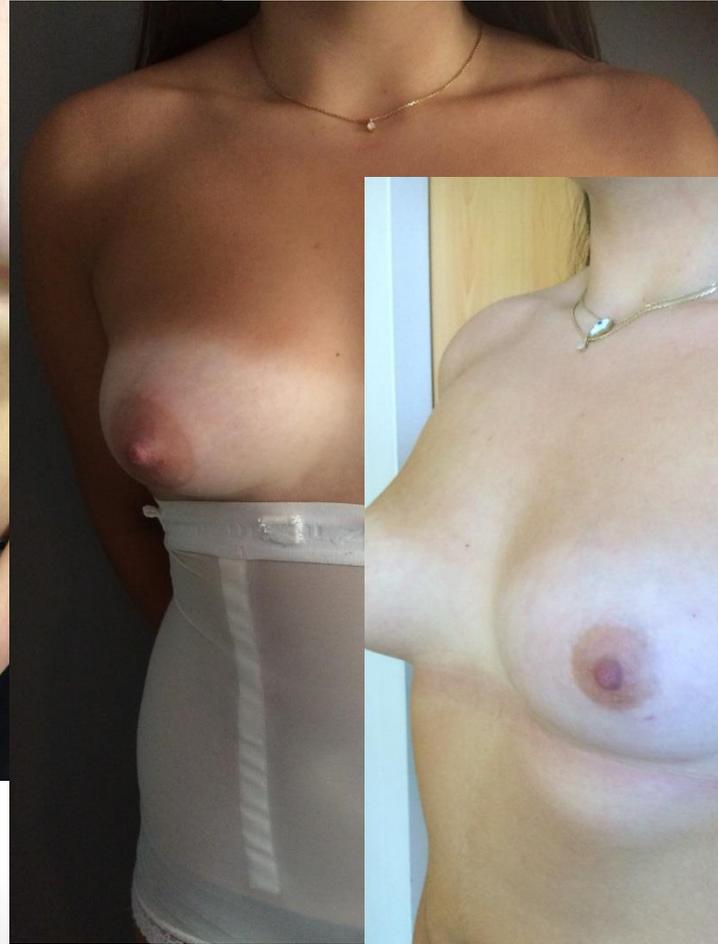
Lipomodélage



Asymétrie mammaire
D>G
2 séances

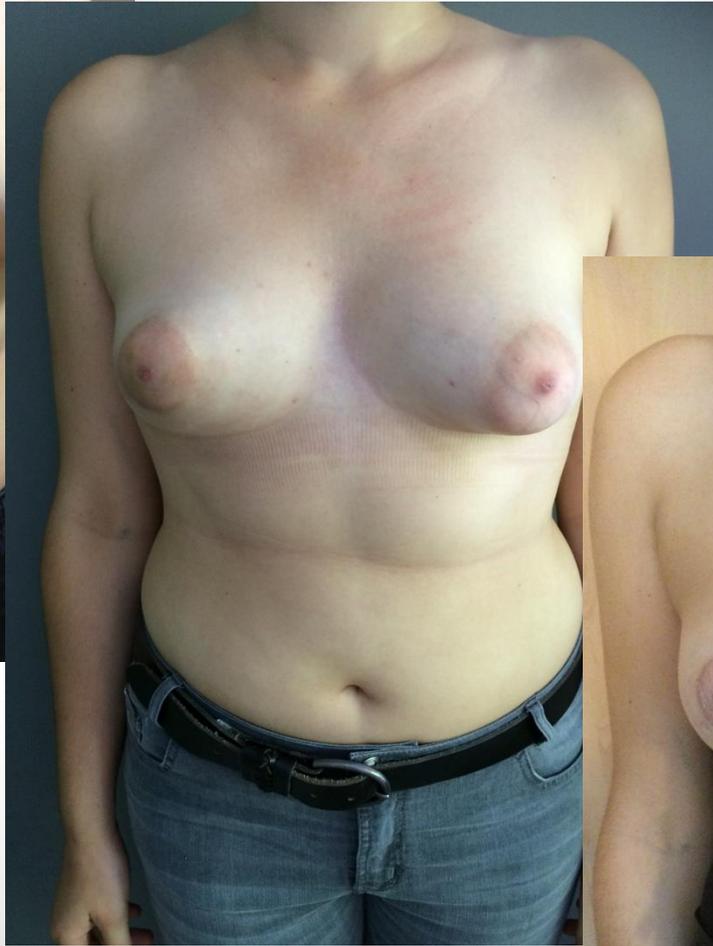
Asymétrie avec hypoplasie droite: 1 séance





Hypoplasie droite: 3 séances

Asymétrie + seins tubéreux



Reconstruction 100% autologue
Permet d'éviter la prothèse



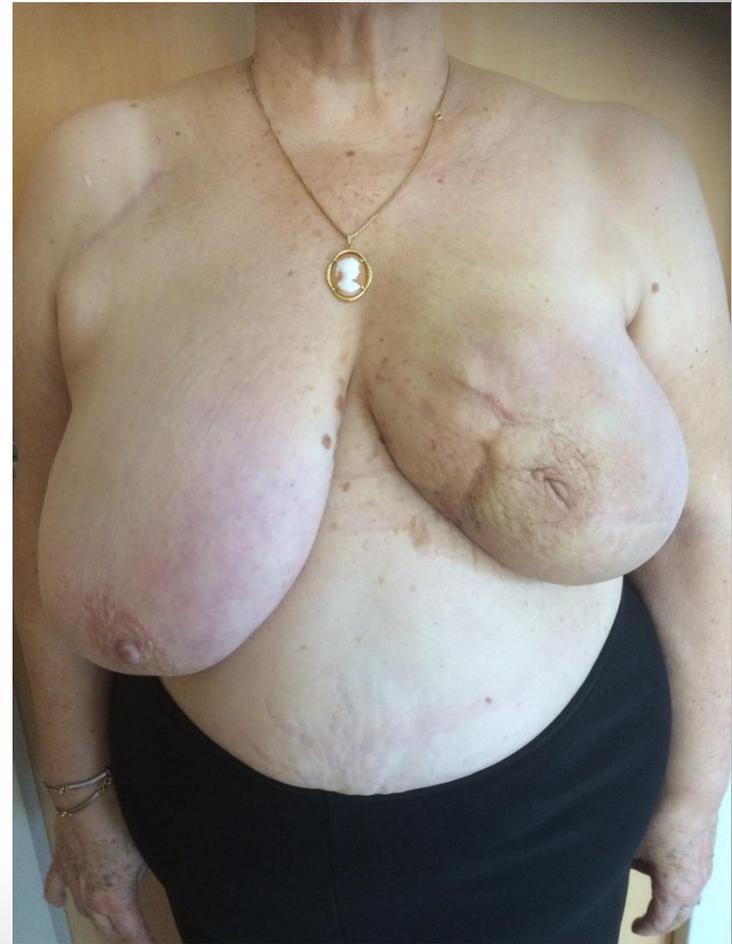
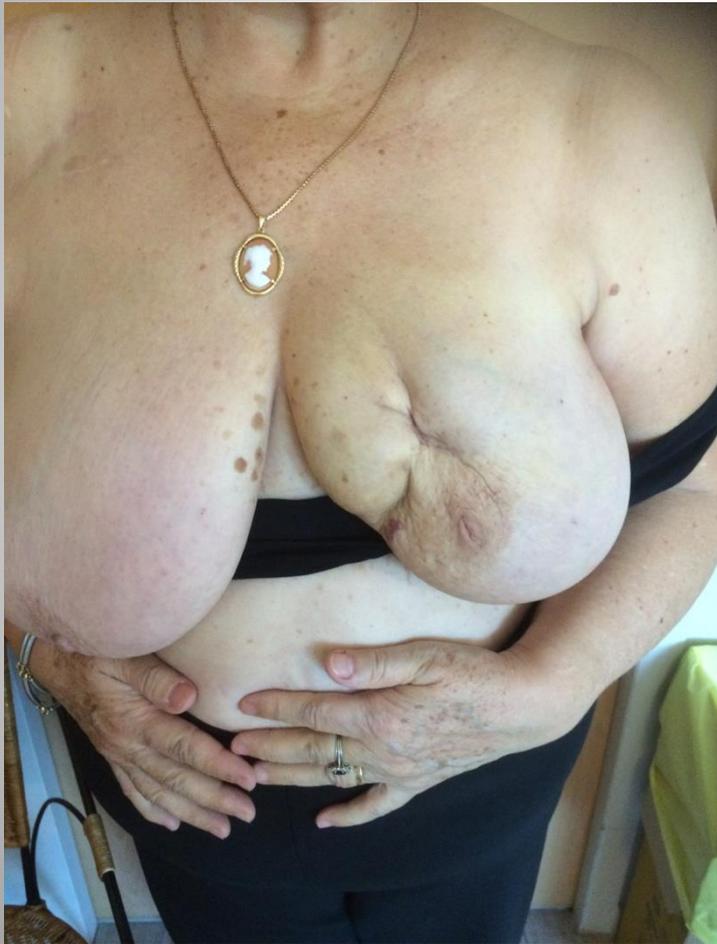
Reconstruction 100% autologue
Permet d'éviter la prothèse

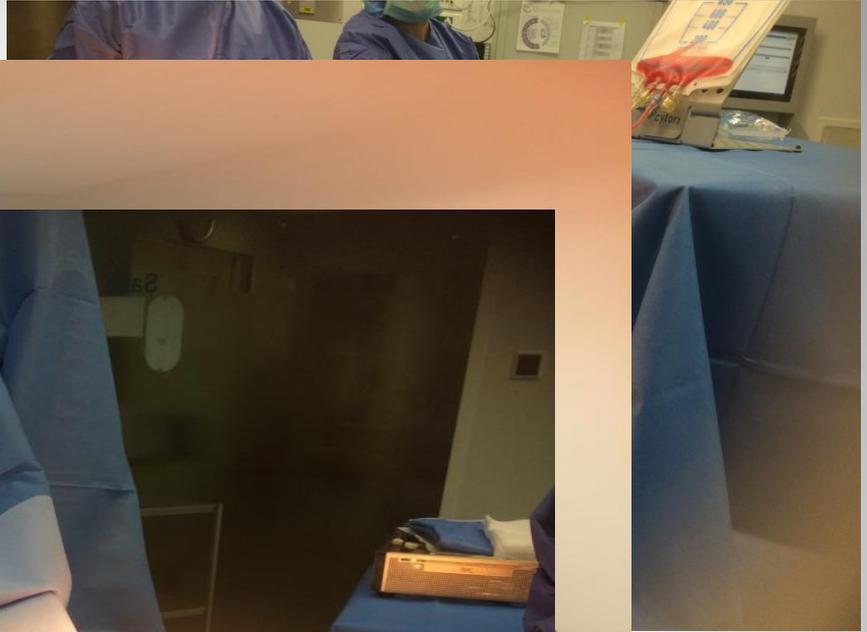


Amélioration des séquelles des traitement radio-chirurgicaux Donne parfois la possibilité de poser une prothèse



SETC de type 1-2-3: Résultat après 1 séance





Quand, Comment...? HAS 2015 et SOFCPRE pour répondre à 3 situations

- Esthétique

- Il n'y a plus de limite d'âge
- Aucun antécédent personnel de cancer
- Attente déraisonnable de la patiente quant aux résultats (↑ mammaire ++)
- Réserve de graisse insuffisante / instabilité pondérale
- FDR familiaux (= cs d'oncogénétique), histologiques (biopsie avec atypique), génétiques (BRCA 1 et 2, PTEN, P53)
- bilan préopératoire radiologique anormal (ACR 3, 4, 5 ou 6).
- * avant 30 ans: échographie
- * 30 à 40 ans: mammographie (1 incidence) + échographie
- * > 40 ans: mammographie classique + échographie
- * <6 mois avant et 1 an après
- * plus d'IRM systématique

- SETC

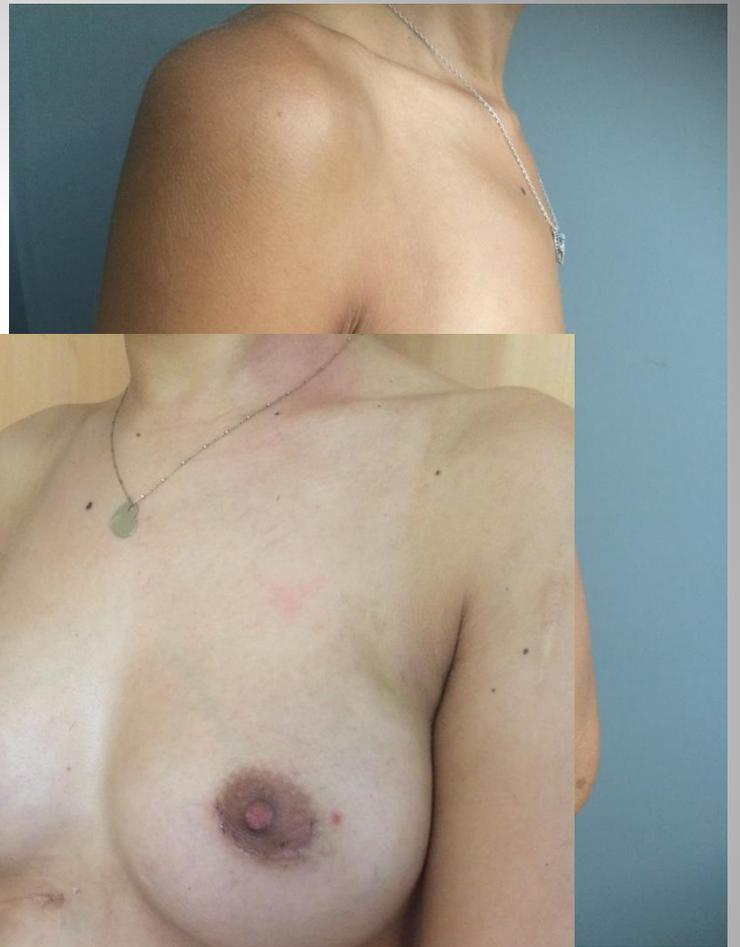
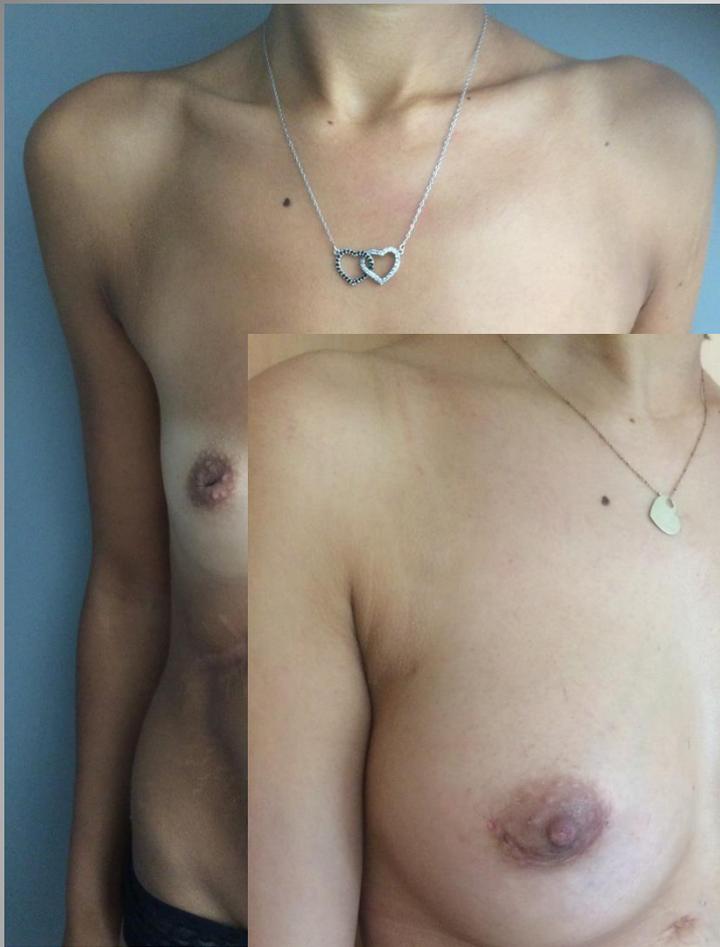
- 2 ans après complétion traitements locaux
- l'absence de rémission locale / maladie métastatique non contrôlée
- Mammographie + échographie + IRM maximum 4 à 6 mois avant l'intervention (< BIRAS 3)
- Traitement complet: chirurgical, radiothérapeutique ou médical (notamment l'hormonothérapie).

- Mastectomie

- l'absence de rémission locale / maladie métastatique non contrôlée
- 2 ans: T4d - Sarcome - in situ étendu
- pas de bilan préopératoire systématique en dehors du suivi habituel

- Le bilan postopératoire, réalisé 1 an après mammographie et échographie mammaire et axillaire

Hypoplasie mammaire sévère



Hypoplasie mammaire sévère < bonnetA



Hypertrophie mammaire

Hypertrophie mammaire





- En per opératoire...

Cancer du sein et prédisposition génétique

BRCA 1 et 2

- 54000 cancers en 2015
- 10% de cancer « génétique »
- Allèle muté : 2 femmes / 1000
- 21000 personnes identifiées entre 2003 et 2014
- Risque cumulé sur 1 vie à 70 ans (méta-analyse Antonio et Chen)
 - BRCA 1 : 51 à 75%
 - BRCA 2 : 33 à 55%
 - Population générale : 9 à 10 %
- Age médian au diagnostic:
 - BRCA 1 : 40 ans
 - BRCA 2 : 43 ans
- Tendances à une survie moindre: HR 1.12 pour B1, HR 1.57 pour B2

Si la patiente est indemne...

RC en fonction de l'âge	BRCA 1	BRCA 2
20 ans	51 %	15 %
R Annuel par décennie	BRCA 1	BRCA 2
20 - 24 ans	0.02 %	0.02 %
25 - 29 ans	0.11 %	0.12 %
30 - 34 ans	0.74 %	0.36 %
35 - 39 ans	1.59 %	0.78 %
40 - 44 ans	2.92 %	0.91 %
45 - 49 ans	4.28 %	1.34 %
50 - 54 ans	2.65 %	1.76 %
55 - 59 ans	3.01 %	2 %
60 - 64 ans	2.70 %	2.17 %
65 - 69 ans	2,96 %	2,38 %

Chirurgie et **patiente indemne?**

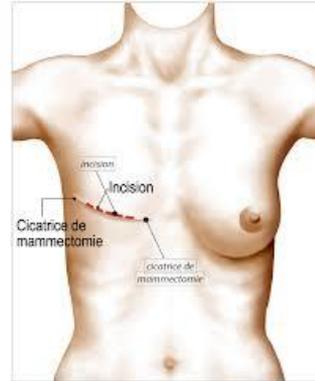
- A partir de 30 ans après concertation, information, période de réflexion, entrevue avec psychologue, option et non une obligation, décision personnelle. (< 10% de regret malgré les répercussions, l'image du corps, l'estime de soi, l'impact sur la sexualité...)
- Réduction de 90% du risque de survenue d'un K du sein
- Risque résiduel annuel < 1%
- Impact sur la mortalité: gain sur la survie
 - Plus marqué pour BRCA 1 (BRCA 1: 20% BRCA 2 : 7%)
 - Surtout si < 40 ans. Limite de l'intérêt si > 65 ans
- Chirurgie annexielle: \searrow 38 – 64% du risque mammaire surtout si fait < 45 ans et \searrow de 50% du risque controlatéral

Patiente ayant **déjà eu** un cancer du sein...

- Risque homolatéral :
 - même risque entre BRCA et sporadique < 5ans puis augmente à 15 ans
 - Chirurgie : réduction du 2 ème évènement à 15 ans (risque de 20%) sans impact sur la survie
- Risque controlatéral: plus important si:
 - **BRCA muté**: Risque cumulé à 10 ans: multiplié par 4 (vs sporadique) : 20 – 40% (Bordeleau)
 - **BRCA1 > BRCA 2** :
 - Plus fréquent : BRCA 1: 4 – 6% BRCA 2: 2 – 4 % (risque annuel)
 - Plus précoce: BRCA 1 : 46 ans BRCA 2 : 51 ans
 - **jeune au premier cancer** (< 40 ans) : risque à 10 ans:
 - 25 – 29 ans : 29% vs 6.1% 50 – 54 ans : 11.7% vs 7.3%
 - Chirurgie: ↓ du risque de cancer controlatéral et de la mortalité spécifique ↗ SG et spécifique mais pas d'urgence!! (cs oncogénétique)

Stratégie de la chirurgie de réduction de risque

- 4 types de mastectomies:

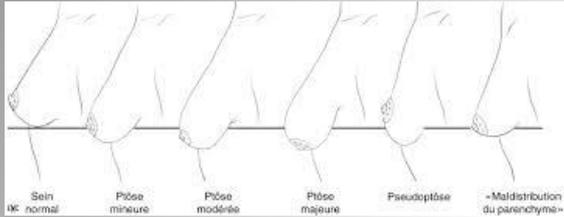


- Conservation de l'étui cutané et de la PAM? Facteurs carcinologiques
 - RMI prophylactique
 - RMI thérapeutique: âge - T - distance - FHP = envahissement occulte
- Conservation de l'étui cutané et de la PAM? Faisabilité
 - Risque de nécrose de la PAM : partielle 6% et totale de 2.9% (FDR: thérapeutique, radiothérapie, incision, volume > C, ptose, FRD vasculaires)

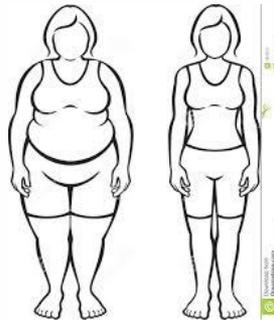
Stratégie de la chirurgie de réduction de risque

- **Implants**: 10% de dépose, risque de réinterventions (30 à 64%), hématome, nécrose cutanée, LAGC...
- **Lambeaux libres ou pédiculés**: thrombose, rançon cicatricielle et fonctionnelle, site donneur...

Comment choisir?

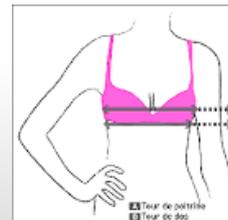


- Volume-Ptose
- Morphologie
- BMI
- Tabac
- Désir
- Pérenne
- Cicatrice
- Activité physique
- Qualité de la peau



- Prophylactique
- Cancer : PAM, peau
- Radiothérapie
- Chirurgien et habitude

- Choix du type de mastectomie
- Choix du type de la reconstruction



Sein (cm)	SHOULDER (cm)	Underbust (cm)					
		A	B	C	D	E	F
83/87	80	77/81	78/81				
88/92	85	82/84	84/86	86/88	88/90	90/92	
93/97	90	87/89	89/91	91/93	93/95	95/97	97/99
98/102	95	92/94	94/96	96/98	98/100	100/102	102/104
103/107	100		98/101	101/103	103/105	105/107	107/109
108/112	105		104/106	106/108	108/110	110/112	112/114
113/117	110		109/111	111/113	113/115	115/117	117/119
118/122	115		114/116	116/118	118/120	120/122	122/124
123/127	120		119/121	121/123	123/125	125/127	127/129
128/132	125		124/126	126/128	128/130	130/132	
133/137	130			129/131	131/133	133/135	135/137

Examen clinique

- 2009: bi annuel à partir de 20 ans sans limite dans le temps
- 2016:
 - peu sensible bien que rassurant: pas un examen de dépistage
 - Lors de l'examen gynécologique annuel < 30 ans
 - Annuel en alternance avec les examens d'imagerie (lorsqu'ils ont commencés - grossesse: mensuel)

IRM

- 2009: annuelle à partir de 30 ans sans limites dans le temps
- 2016: annuelle de 30 à 65 ans
 - La meilleure sensibilité et VPN pour le dépistage
 - La spécificité augmente au second tour
 - Mieux pour:
 - > 50ans
 - le CIS
 - Petite T
 - Plus de cancer d'intervalle chez les BRCA mais faible après le dépistage par IRM: pas de modification du rythme des examens
 - Limites: FP avec anxiété, IRM rapprochés, biopsies...

MAMMOGRAPHIE

- 2009: annuelle, 2 incidences à partir de 30 ans
- 2016:
 - Détection de K supplémentaires (microcalcifications)
 - M plein champ moins irradiante (A ou N sur plaque)
 - pas de tomosynthèse ou d'angiomammographie
 - Lien entre l'exposition et le K si < 30 - 35 ans et BRCA: dommages de l'ADN (organe le plus radiosensible, 2mGy et répétition de dose, 10% de la population)
 - Avis d'expert:
 - une incidence par un oblique externe numérique plein champ à partir de 30 ans avec l'IRM
 - puis 2 incidences: à partir de 65 ans, Si ATCD de K, si CI à l'IRM
 - Echographie: en fonction des examens précédents

Bilan en plus ?:

- Avant chirurgie de réduction de risque (6mois)
- Grossesse : si bilan > à 1 an
- Après mastectomie prophylactique: pas de surveillance systématique, surveillance clinique annuelle : pas d'échographie!
- Echographie pelvienne et CA 125: qu'avant une chirurgie de réduction du risque (2009: échographie annuelle à partir de 35 ans)

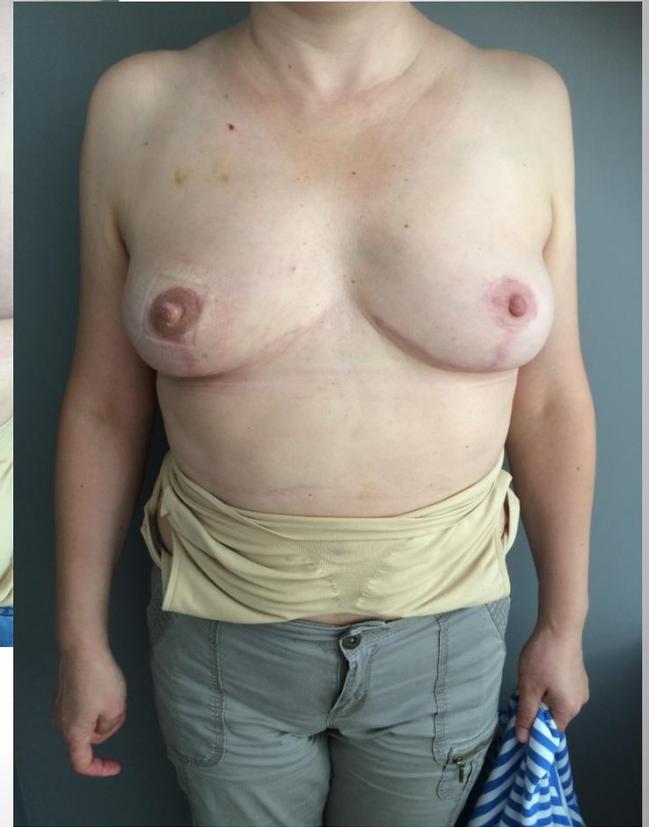
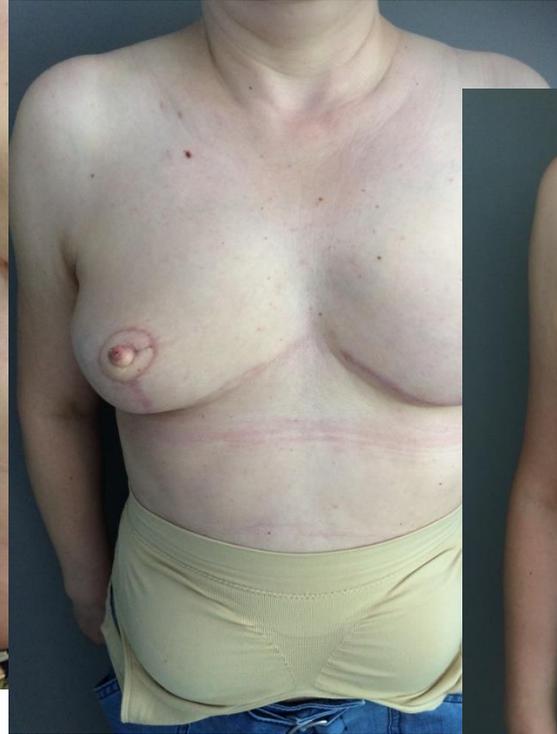
Y a-t-il un sur-risque nécessitant une surveillance spécifique si:

- Densité mammaire radiologique > 75 % après la ménopause **NON**
- THM avant ou après 50 ans **NON**
- ATCD personnel: CI ou CCIS **OUI**
- Irradiation thoracique à haute dose (Hodgkin, fonction de la dose reçue, examen clinique à 8 ans et après 20 ans, IRM annuelle + 1 incidence oblique à 8 ans à partir de 30 ans **OUI**
- Eisinger ≥ 3 et Mutation BRCA non informative ou non réalisée (risque très élevé ou élevé , score Boadicea) **OUI**
- HCA HLA CLIS **OUI**

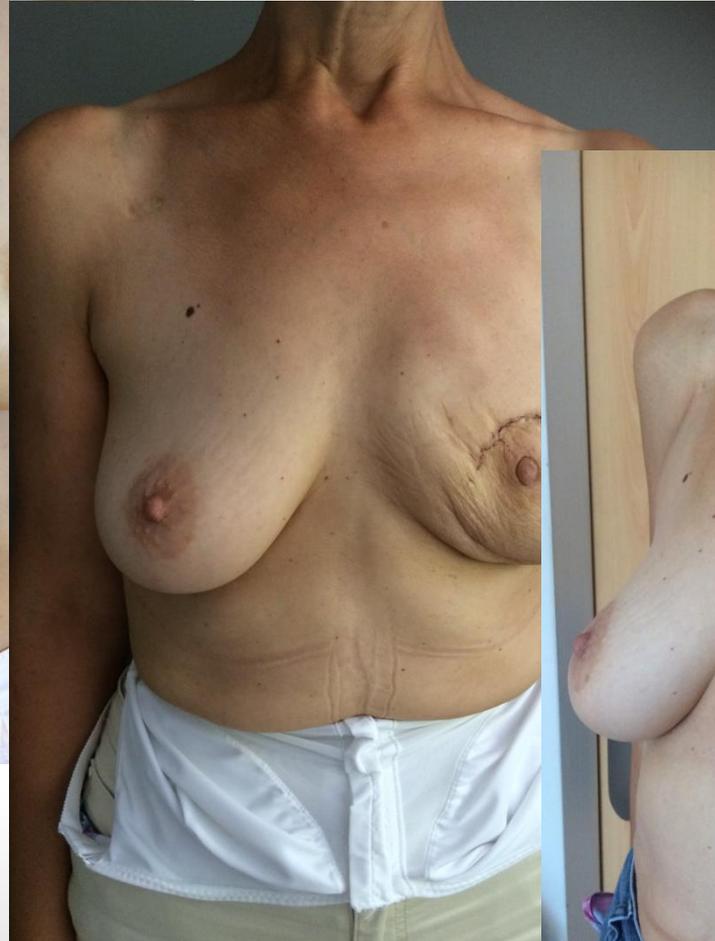
Après cancer du sein et radiothérapie



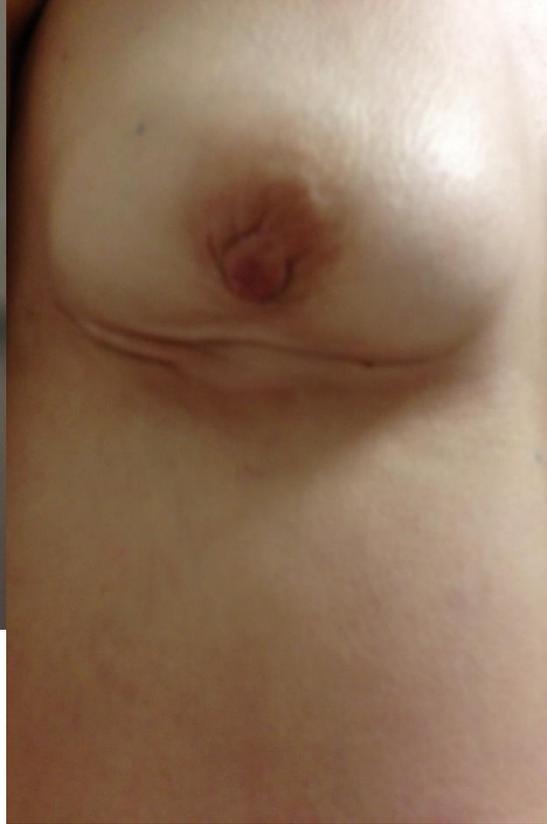
Découverte à postériori lors d'une chirurgie
de réduction: 2 cm CCI + 8 cm CCIS



Désir d'une reconstruction pérenne bien
que prothèse possible



Après traitement conservateur + radiothérapie + LGDA
pour reconstruction partielle (nécrose) en Espagne
avec une morphologie ne permettant pas le DIEP

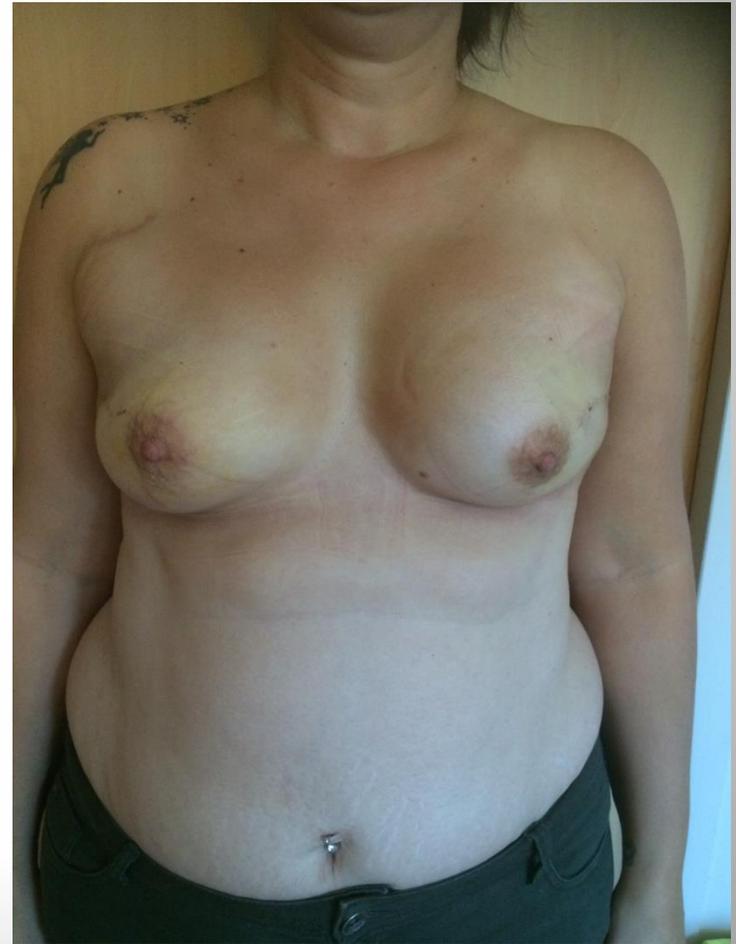


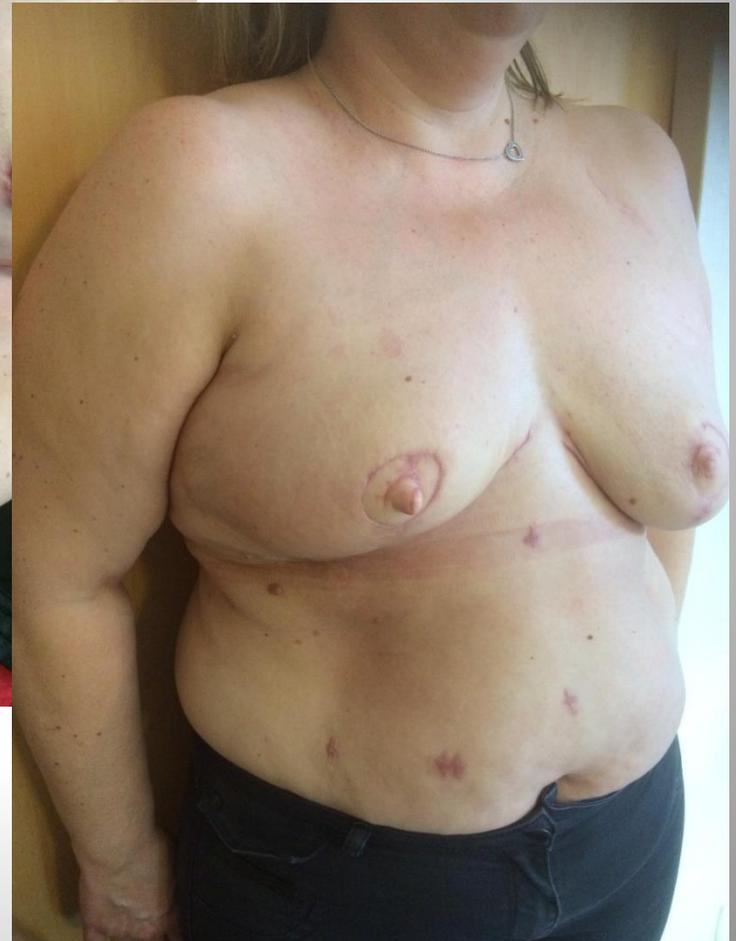
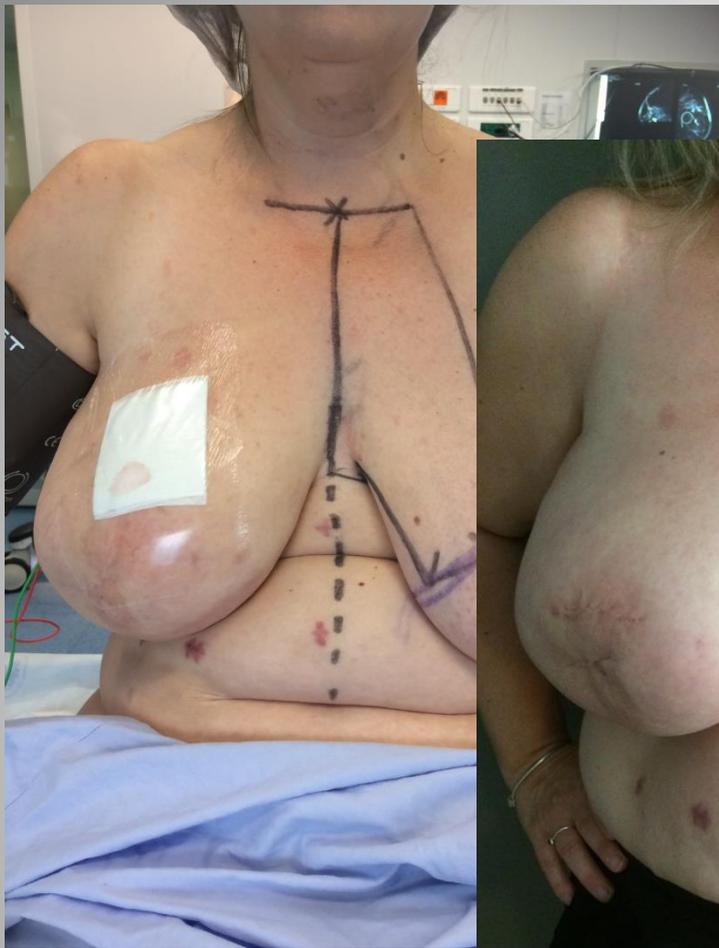


Prophylactique
Patiente indemne

Prophylactique

Patiente ayant eu un cancer du sein à gauche avec TC + radiothérapie : coque de Baker





Cancer du sein à droite à 35 ans
39 ans: Récidive à droite + cancer controlatérale

GENERA (Dr F. Prieur)

- Programme de suivi personnalisé
- Organisation régionale
- Patiente BRCA mutée non métastatique
- Selon les recommandations en vigueur
- PPS pour 5 ans
- Médecins désignés comme ayant un rôle dans la surveillance reçoivent le PPS: encourager la patiente
- Relance aux patientes
- Résultats colligés