

# 36

## Performance de la mastectomie reconstruction immédiate par grand dorsal après chimiothérapie et radiothérapie dans les carcinomes infiltrants du sein

C. Zinzindohoué<sup>1</sup>, P. Bertrand<sup>1</sup>, B. Miramand<sup>2</sup>, N. Sterckers<sup>2</sup>,  
C. Faure<sup>3</sup>, H. Charitansky<sup>4</sup>, M. Gutowski<sup>5</sup>, M. Cohen<sup>6</sup>,  
G. Houvenaeghel<sup>6</sup>, F. Trentini<sup>7</sup>, P. Raro<sup>8</sup>, S. Lacombe<sup>9</sup> et J.-P. Daures<sup>9</sup>

### Introduction

La mastectomie reconstruction immédiate avec conservation de l'étui cutané (MRI) est une option chirurgicale séduisante par la qualité des résultats esthétiques, l'impact psychologique positif et la satisfaction ressentie par les patientes [1, 2]. L'association d'une MRI à une chimiothérapie et/ou radiothérapie postopératoire majore la morbidité et altère les résultats cosmétiques [3, 4]. Cette surmorbidité limite les indications de MRI dans les carcinomes infiltrants du sein. Une inversion de la séquence thérapeutique, par une MRI de clôture (M-RIC) après chimiothérapie et radiothérapie, pourrait permettre d'élargir les indications de MRI pour carcinome infiltrant du sein.

### Matériel et méthode

M-RIC est une étude de cohorte prospective, multicentrique, non comparative (PHRC2010) qui a évalué la morbidité de cette stratégie (MRI et reconstruction

---

1 MIS, Clinique Clémentville, Montpellier

2 Clinique Urbain V, Avignon

3 Centre L. Bérard, Lyon

4 Institut Claudius Regaud, Toulouse

5 ICM, Montpellier

6 IPC, Marseille

7 MIS, Clinique Saint-Roch, Montpellier

8 Centre Paul Papin, Angers

9 IURC, Montpellier

par grand dorsal après chimiothérapie et radiothérapie), afin de préciser la place d'un tel schéma dans le référentiel de traitement des cancers du sein.

L'objectif principal était l'évaluation de la fréquence d'une nécrose de l'étui cutané. Les objectifs secondaires concernaient les facteurs de risques de nécrose, le taux de stérilisation de la pièce opératoire, le taux de rechute à 5 ans.

Nous souhaitions ne pas dépasser la morbidité de la reconstruction mammaire différée soit 10 % [4].

La séquence des traitements prévoyait chimiothérapie, radiothérapie puis MRI par lambeau de grand dorsal avec ou sans prothèse.

## Résultats

Nous avons inclus 94 patientes (ptes), 11 sont sorties de l'étude pour convenue personnelle, ou modification d'indication de traitement. Le modèle statistique imposait 80 ptes, l'évaluation finale a porté sur 83 avec 24 mois de suivi médian. L'âge médian était 44 ans, les tumeurs plutôt volumineuses (T0-T1 = 23 %, T2-T3 = 63,8 %), canalaies infiltrantes (83 %), de grade élevé (SBR2-3 = 95 %), curage premier pour 54 ptes, dont 74 % pN1. Toutes les ptes ont reçu une chimiothérapie séquentielle anthracycline et taxane et 21,6 % ont reçu de l'Herceptin®. La radiothérapie a délivré 50 Gy sur le sein, et 80 % ont reçu 46 Gy sur les aires ganglionnaires.

On a observé 6 nécroses de l'étui cutané (7,2 %) dont 4 peu sévères (< 2 cm<sup>2</sup>). Aucun facteur de risque n'a pu être identifié. Sur 50 patientes n'ayant pas eu de tentative de chirurgie conservatrice préalable, 21 ont eu une réponse complète histologique (42 %). Une patiente a présenté une rechute métastatique, aucune n'a présenté de rechute locale. Un suivi de 4 ans supplémentaires est prévu pour évaluation du taux de rechute à 5 ans.

## Conclusion

Nos résultats démontrent que la morbidité de M-RIC avec reconstruction par lambeau de grand dorsal est faible. Cette procédure pourrait être introduite comme option dans les référentiels de traitement des cancers du sein. Il serait également intéressant d'évaluer cette stratégie associée à la conservation de l'aréole. Enfin, l'absence de surmorbidity postopératoire en dépit d'une MRI réalisée à

2 mois de la radiothérapie pourrait faire reconsidérer les délais de plusieurs mois classiquement imposés avant reconstruction différée.

## Références

1. Patani N, Devalia H, Anderson A *et al.* (2008) Oncological safety and patient satisfaction with skin sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. *Surg Oncol* 17: 97-105
2. Ueda S, Tamaki Y, Yano K *et al.* (2008) Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery* 143: 414-25
3. Agrawal A, Sibbering D, Courtney C (2013) Skin sparing mastectomy and immediate reconstruction: a review. *Eur J Surj Oncol* 39: 320-8
4. Sullivan S, Fletcher D, Isom C *et al.* (2008) True incidence of all complications following immediate and delayed breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 122: 19-28