

Modification des techniques de reconstruction mammaire par la mise en place d'une consultation couplée de Chirurgie Sénologique et de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique au CHRU de Brest.

**C Lebailly-Cambra(1), PF Dupré(2), Derrien A (1) A Trimaille(2)
AS Henry(2), S Guilbert(1), Ph Merviel (1), W Hu(2), N Kerfant(2)**
(1)Chirurgie oncologique Gynécologique et Mammaire CHRU Brest 3 Avenue Foch 29200 Brest
(2)Chirurgie Plastique, reconstructrice et Esthétique CHRU Brest Bd Tanguy Prigent 29200 Brest

Introduction

Le traitement loco régional du cancer du sein conservateur ou non est responsable de séquelles plastiques dont la prise en charge fait partie du projet de soin. L'organisation de cette chirurgie dépend de facteurs multiples : facteurs institutionnels, individuels et facteurs techniques. Nous avons mis en place depuis septembre 2010 au CHRU de Brest une consultation couplée de chirurgie sénologique et de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si cette organisation a permis l'augmentation du recours à l'utilisation de lambeaux autologues de type DIEP (1).

Matériels et méthode

Etude de soin courant de type Avant/Après comparant 2 populations successives ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire au CHRU de Brest avant et après la mise en place de cette consultation couplée.

La méthodologie et l'analyse statistique ont été élaborées avec l'aide du Centre de Ressource Méthodologique du CIC du CHRU de Brest.

La population source est séparée en 2 groupes : population « avant » groupe 1 et population « après » groupe 2.

Groupe 1 : patientes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire d'octobre 2004 à septembre 2010.

Groupe 2 : patientes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire d'octobre 2010 à septembre 2016.

Les critères d'inclusion étaient : sexe féminin, patientes majeures, patientes opérées d'une mastectomie pour cancer du sein ou mutation BRCA et d'une reconstruction sur un ou les deux sites du CHRU de Brest (Chirurgie Gynécologique et Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique) entre octobre 2004 et septembre 2016, chirurgie carcinologique réalisées par les deux chirurgiens sénologues de l'établissement.

Les critères d'exclusion étaient : sexe masculin, patientes mineures, patientes non atteintes d'un cancer du sein ou d'une mutation BRCA, mastectomie ou reconstruction mammaire réalisées dans un autre établissement.

La liste des patientes éligibles à cette analyse a été demandée et obtenue sur requête auprès du DIM du CHRU de Brest sur fichier Excel® anonymisé.

Les paramètres étudiés pour chacun des 2 groupes sont : âge au moment de la reconstruction, type histologique de la lésion, technique de reconstruction (première intervention chirurgicale), moment de la reconstruction (immédiate, différée ou prophylactique), équipe réalisant la reconstruction (chirurgien sénologue, plasticiens ou double équipe).

Les caractéristiques des deux groupes ont été comparées à l'aide d'un test t de Student. Chaque variable a ensuite été étudiée de façon univariée à l'aide d'un test de Chi-deux de Pearson. A partir de cette analyse, une analyse multivariée selon un test de Wald descendant a été menée sur les variables statistiquement significative afin d'éliminer, étape après étape, les facteurs confondants. Cette régression logistique permet alors d'écartier, l'un après l'autre, les facteurs d'interaction ou les variables dont l'effet est peu significatif. Cette démarche descendante diminue également les erreurs de prévision et augmente donc la précision du test. Un seuil de significativité de 0,05 a été retenu. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS Statistics™.

RESULTATS

556 dossiers ont été analysés, parmi lesquels 244 ont été inclus : 87 pour la première période et 157 pour la deuxième.

Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge moyen, de délai de reconstruction et de type histologique. Il y avait significativement davantage de reconstructions autologues dans le groupe 2 avec une nette augmentation des DIEP (p < 0,001). Parallèlement, on met en évidence une diminution significative des reconstructions prothétiques (p < 0,001) et une diminution non significative du recours au Lambeau de Grand Dorsal. L'augmentation du recours au DIEP se traduit par une augmentation significative des prises en charge chirurgicale dans le service de chirurgie plastique (p = 0,001) et des chirurgies en double équipe (p = 0,002)

DISCUSSION

L'objectif principal de la mise en place de la consultation couplée chirurgien sénologue-chirurgien plasticien est atteint avec une augmentation significative du taux de reconstruction mammaire immédiate et différée par lambeau libre perforant de type DIEP dans le groupe 2 (p = 0,027 ; IC95 [1,251 ; 37,760]).

Les autres lambeaux autologues purs sont également en augmentation : les LGD ont une tendance à l'augmentation entre les deux groupes (p = 0,06), les lambeaux d'avancement sont en faible augmentation (p = 0,485). Les lambeaux pédiculés de muscle grand droit abdominal (TRAM) diminuent. Cette stratégie organisationnelle nous permet d'être concordant avec les données de la littérature qui reconnaît aux lambeaux autologues de meilleurs résultats esthétiques immédiats et dans le temps, une satisfaction supérieure des patientes associée à une meilleure qualité de vie.

Jeevan & coll. (1) ont mis en évidence des scores de satisfaction plus élevés chez les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction autologue par rapport à celles ayant bénéficié de prothèses même si le nombre moyen d'intervention est supérieur en cas de reconstruction autologue (2).

L'étude de Thorarinnsson & coll comparant la qualité de vie après quatre différents types de reconstruction montre une plus grande satisfaction esthétique et une meilleure qualité de vie globale chez les patientes porteuses d'un DIEP en comparaison avec les implants, le lambeau de grand dorsal et le lambeau thoraco dorsal latéral (3). Le taux de reconstruction par LGD autologue tend à augmenter entre nos deux groupes (p = 0,06), bien qu'il s'agisse d'une technique de reconstruction par tissu autologue fiable, plusieurs éléments lui font préférer une reconstruction par DIEP. Si les séquelles fonctionnelles de cette technique sont pour certaines modérées, les séquelles esthétiques peuvent être importantes : cicatrices élargies, saillie des dernières côtes

Références

- Jeevan R, Browne JP, Gulliver-Clarke C, Pereira J, Caddy CM, van der Meulen JHP, et al. Surgical Determinants of Patient-Reported Outcomes following Postmastectomy Reconstruction in Women with Breast Cancer. *Plast Reconstr Surg*. mai 2011;139(5):1036e-1045e.
- Eltahir Y, Werners LLCH, Dreise MM, Zeijlman van Emmichoven IA, Werker PMN, de Bock GH. Which Breast Is the Best? Successful Autologous or Alloplastic Breast Reconstruction: Patient-Reported Quality-of-Life Outcomes. *Plast Reconstr Surg*. janv 2015;135(1):43-50.
- Thorarinnsson A, Fröjd V, Kölbl L, Ljungdal J, Taft C, Mark H. Long-Term Health-Related Quality of Life after Breast Reconstruction: Comparing 4 Different Methods of Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. juin 2017;5(6)
- Masson J, Staub G, Binder J-P, Martinaud C, Couturaud B, Revol M, et al. Reconstruction mammaire. Techniques et indications. EMC - Tech Chir - Chir Plast

	Groupe 1 (n = 87)	Groupe 2 (n = 157)	p
Age	48,76 (± 9,04)	50,95 (± 10,83)	0,11
Délai de reconstruction			
RMD	47,1 % (n = 41)	45,9 % (n = 72)	0,85
RMI	50,6 % (n = 44)	43,3 % (n = 68)	0,28
Prophylactique	4,6 % (n = 4)	10,8 % (n = 17)	0,10
Type histologique			
CCI	44,2 % (n = 38)	54,8 % (n = 86)	0,11
CCIS	47,7 % (n = 41)	37,6 % (n = 59)	0,13
CLI	12,8 % (n = 11)	10,2 % (n = 16)	0,54
CLIS	0,0 % (n = 0)	3,2 % (n = 5)	0,09
Technique de reconstruction			
DIEP	2,3 % (n = 2)	17,8 % (n = 28)	< 0,001
LGD autologue	22,5 % (n = 9)	77,5 % (n = 31)	0,06
TRAM	4,6 % (n = 4)	1,3 % (n = 2)	0,11
Lipofilling	3,4 % (n = 3)	7,6 % (n = 12)	0,19
Lambeau d'avancement	8,0 % (n = 7)	10,8 % (n = 17)	0,49
LGD + prothèse	63,4 % (n = 26)	36,6 % (n = 15)	< 0,001
Prothèse seule	39,8 % (n = 45)	60,2 % (n = 68)	0,21
Site d'intervention			
Chirurgie gynécologique	85,1 % (n = 74)	75,2 % (n = 112)	0,07
Double équipe	0,0 % (n = 0)	10,19 % (n = 16)	0,002

Resultats analyse univariée

	Groupe 1 (n = 87)	Groupe 2 (n = 157)	p
DIEP	2,3 % (n = 2)	17,8 % (n = 28)	6,87 [1,25-37,76] p=0,03
LGD autologue	22,5 % (n = 9)	77,5 % (n = 31)	2,35 [1,06-5,25] p=0,04
LGD + prothèse	63,4 % (n = 26)	36,6 % (n = 15)	0,26 [0,14-0,52] p<0,001

Analyse multivariée