



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 50/2023

La perception de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie. Enquête au niveau du service de chirurgie générale à l'HMA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/01/2023

PAR

Mlle. **FATIMA-EZZAHRA BOUANANI**

Née Le 19 Juin 1996 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Femme Jeune – Cancer du Sein – Mastectomie – Reconstruction Mammaire

JURY

M. **R. EL BARNI**

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie Viscérale

PRESIDENT

M. **M. LAHKIM**

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie Viscérale

RAPPORTEUR

M. **A. EL KHADER**

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie Viscérale

JUGES

M. **H. BABA**

Professeur agrégé de Chirurgie Viscérale

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

صَدَقَ وَاللَّهُ الْعَظِيمُ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

(سورة البقرة)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI Vice doyen chargé

de la pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillofaciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique

ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMAL Said	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAKMICH MohamedAmine	Urologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chir maxillo faciale

BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice etplastique	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUE Aïcha	Pédiatrie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NIAMANE Radouane	Rhumatologie

CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie –Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto- rhino- laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophthalmologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice etPlastique
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice etplastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDELFETTAH Youness	Rééducation etRéhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
FDIL Naima	Chimie de CoordinationBio-organique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	PédoPsychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL-QADIRY Raby	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	JALLAL Hamid	Cardiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chir maxillo faciale	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZI Mounia	Néphrologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie

BENYASS Youssef	Traumatologie-orthopédie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	OUERAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	RAGGABI Amine	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETTATI Mariam	Néphrologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie

DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SBAI Asma	Informatique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordinationbio- organnique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et decatastrophes
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SLIOUI Badr	Radiologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUITA Btissam	Radiologie

LISTE ARRÊTÉE LE 26/09/2022



Dédicaces



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude, Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que...



Je dédie cette thèse à



Louange à Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Qui m'a inspiré et guidé dans le bon chemin, je lui dois ce que je suis devenue.

Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.

On vous a dit que la vie est obscurité, et dans votre lassitude vous répétez ce que disent les las. Et je vous dis que la vie est en effet obscur sauf là où il y a élan, Et tout élan est aveugle sauf là où il y a la connaissance Et toute connaissance est vaine sauf là où il y a le travail, Et tout travail est futile sauf là où il y a l'amour : Et quand vous travaillez avec amour vous attachez votre être à votre être, et vous aux autres, et vous à Dieu .. Le prophète, Gibran Khalil GIBRAN

Je dédie cette thèse à ...

*A la mémoire de ma très chère grand-mère maternelle, míma
Essafia :*

J'aurais tant aimé que tu sois présente en ce grand jour, que tu avais tant attendu. J'ai grandi dans tes bras, tu m'as toujours encouragé et cru en moi. Je remercie Dieu pour chaque instant passé à tes côtés, j'ai tant appris de toi et de tes valeurs, tu es et tu seras toujours mon exemple à suivre, autant par ta bonté que par ta sagesse et ta modestie. À la mémoire de tous ces moments et souvenirs que nous avons vécus ensemble, je te dédie ce travail, et je continuerai à te dédier chacun de mes exploits, pour t'exprimer ma gratitude et mes remerciements.

J'espère que je continuerai à te rendre fière là où tu es. Que Dieu ait ton âme dans sa sainte miséricorde. Je t'emporterais à jamais dans mon cœur.

Je t'aime Míma.

A la mémoire de mon cher grand-père paternel, Mly Ahmed :

J'aurais voulu passer plus de temps avec toi, mais tu as été toujours dans mon cœur et dans mon esprit. Je te dédie aujourd'hui ma réussite. Puisse Dieu le tout Puissant t'accorder sa sainte miséricorde et t'accueillir dans son vaste paradis.

Allah irehmek Abi.

A ma Maman chérie, Maria :

A la femme que j'admire le plus et à qui je dois absolument tout.

Aujourd'hui est une consécration pour tous tes efforts.

Tu m'as portée, élevée, éduquée, accompagnée, et toujours protégée. Tu as fait de mon bonheur ta priorité, tes larmes se joignaient aux miennes quand j'étais triste, et ta souffrance dépassait la mienne quand j'étais malade. Ton amour et ton affection sont les remèdes à tous mes maux. J'aimerais pouvoir un jour tout te rendre, mais même une éternité ne suffira pas. Puisse Dieu le tout-puissant te préserver de tout mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie.

Je t'aime tellement ma petite Maman.

A mon Papa chéri, Anas :

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne. Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens quelqu'un. Je te remercie mon petit Papa pour tes sacrifices innombrables et ton dévouement infailible, qui sont pour moi la plus grande des motivations. Merci de te soucier autant de mon bonheur et de mon bien être. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Tout ce que tu m'as appris ne pourra se résumer à ces lignes infimes. J'espère te rendre fier, et honorer ton nom. Je te rends hommage par ce travail en guise de mon estime et mon amour infini.

Je t'aime tellement mon petit Papa.

A mon très cher grand-père maternel, Mahjoub :

Aucun mot ne peut exprimer, tout l'amour et l'affection que je te porte. Merci, d'avoir cru en moi tout au long de ces années, merci de m'avoir toujours encouragé, et merci d'avoir rendu mon enfance des plus gaies. Je te dédie ce travail pour t'exprimer toute la gratitude et l'amour que je te porte. J'espère que ta petite fille te rend fier.

Puisse dieu te procurer santé, bonheur, et longévité.

Je t'aime.

A ma très chère grand-mère, Hafsa :

Je remercie Dieu, que tu sois présente ce jour pour que je puisse te dédier ce travail aujourd'hui en guise de remerciement et en témoignage de mon amour éternel.

A ma très chère Tata Asmae :

A ma deuxième maman, ma grande sœur, ma confidente et ma source d'inspiration. Tu es pour moi l'exemple de l'élève studieuse, la bonne enfant, et la femme forte, indépendante et battante. Je ne saurai t'exprimer tout l'amour et la considération que je te porte. Tu as toujours été là pour moi, tu as toujours su m'écouter, me reconforter et me guider par tes conseils qui m'ont toujours été utiles. J'ai toujours été admirative envers ton état d'esprit, et j'en ai fait ma ligne de conduite. Merci d'être toujours là pour moi même quand je ne le suis pas pour moi-même. J'espère que ce modeste travail traduira toute mon affection et mon admiration pour la femme incroyable que tu es. Je t'aime tellement Tata .

A mon petit Monstre, mon petit frère, Ahmed :

Je ne peux imaginer ma vie sans toi, tant nos fous rires que nos différents comptent pour moi. Je t'aime de tout mon cœur et aucun mot ni aucune action ne pourra mesurer l'ampleur de cet amour. Qu'Allah nous garde à jamais unis dans la joie et la prospérité. Je suis tellement fière de ce que tu deviens. Tu es le meilleur !

Je t'aime.

A ma chère, Tata Bahía :

L'affection et l'amour que je te porte, sont sans limite. Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour toi.

Puisse dieu te préserver et te procurer tout le bonheur et la prospérité. Merci pour ton soutien durant toutes ces années, et pour ta joie et ta bonne humeur.

A notre Maître et Rapporteur Professeur LAHKIM Mohammed,

Votre grandeur d'esprit, votre humilité et votre sympathie envers tous, font de vous le grand frère, l'ami, et l'exemple à suivre dans ce bas monde. Je vous remercie Oustadi, d'avoir cru en moi, de m'avoir encourager tout au long de mon parcours et particulièrement durant mon internat. Merci de m'avoir épauler quand la vie se faisait dure.

Toute ma gratitude vous est adressée Oustadi, pour tout ce que je vous dois. Vous m'avez toujours réservé le meilleur et nul mot ne saurait exprimer ma profonde reconnaissance. Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder sante, longue vie et bonheur.

A toute la famille Bouanani, la famille Moudden, et la famille Lahkim

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A tous mes cousins et cousines :

À tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous remercie pour votre soutien et votre amour. Et je vous dédie ce travail en témoignage de toute mon affection et mes souhaits de bonheur, de santé et de longue vie. Que dieu vous garde et vous préserve.

A Oussama,

*Ma plus belle rencontre, une rencontre comme on en fait peu. Mon meilleur ami, mon acolyte, et mon confident. Tu m'as tendu la main quand j'étais au plus bas, tu m'as poussé à aller de l'avant, et me voilà aujourd'hui ! Je te dédie ce travail pour te remercier pour ton infatigable soutien et ton dévouement sans faille. Merci pour ta patience, merci de toujours prendre le temps d'effacer mes doutes, et être prêt à te tenir droit et serein à mes côtés. Puisse dieu faire durer notre union à jamais ! À la vie, au bonheur, à Nous !
Je t'aime.*

A Rania,

*A la sœur que la vie m'a donnée, ma meilleure amie, et la personne incroyable que tu es. Ta présence dans ma vie a donné goût à toutes ces nuits blanches, toutes ces longues années de trime et de dur labeur, à tous ces moments de doute et de désarroi. Mais aussi à tous ces moments de bonheur. A nos fou rires, nos soirées, nos records téléphoniques, et notre bonne humeur, pour ça je ne te remercierai jamais assez. Tu es et tu resteras à jamais Khti. Et grâce à toi, je sais que je ne serai jamais seule. Je te suis éternellement reconnaissante. Nous avons parcouru ce chemin ensemble, et cette réussite est la nôtre.
A nous ! Je t'aime.*

A Oumaïma,

*Une autre sœur que la vie a oublié de me donner. Tout a commencé durant nos pénibles gardes en gynéco et depuis nous sommes inséparables. Merci de toujours être là, merci de me supporter. Tu as su me reconforter durant les durs moments, et partager ma joie durant les moments de bonheurs. Je te remercie, d'être la sœur, et la meilleure amie. Que ce travail soit le témoignage de notre grande amitié et notre lien solide.
Je t'aime !*

Aux familles Chakhmane et Bassi.

Au meilleur ami de tous les temps, Nabil

Un meilleur ami comme on l'imagine tous ! depuis que je t'ai connu, j'ai toujours été moi-même avec toi, je n'ai jamais pesé mes mots, et je ne me suis jamais sentie jugée, tu m'as toujours écouté même quand tu n'avais rien envie d'entendre, tu m'as toujours compris avant même que je ne prononce un mot. Je te remercie pour ton amitié sincère et sans filtres. Que dieu de garde et parsème ton chemin de mille petits bonheurs.

A mes grands AMIS, Hamza, Mohssine, et Sara,

Ce n'est pas l'âge qui fait la grandeur de l'homme, mais la profondeur de son âme. Et vous mes amis, vous êtes grands par votre sagesse, votre humilité, et votre loyauté. Je remercie dieu de vous avoir mis sur mon chemin et je vous remercie pour votre amitié inaltérable et fraternelle. Votre présence m'a été d'un grand soutien et j'en ai tellement appris avec vous. Je vous dédie ce travail aujourd'hui en témoignage de l'immense affection que je vous porte. Que la bonté de Dieu illumine votre chemin.

A Soufi mon Amie, Fatima Zahra,

A la femme forte, audacieuse et combattante que tu es. A nos longues nuits de préparation, et à nos discussions interminables auxquelles je ne m'en laisserai jamais. Merci pour la sympathie et l'affection que tu m'as toujours portées, qu'elles demeurent éternelles. Que notre amitié demeure pour toujours.

A mes adorables amies Nouha et Fatine,

Grace à vous ces deux ans d'internat resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Nos moments de taquineries et de plaisanteries me sont très précieux. Merci pour votre soutien durant les moments difficiles. Et en témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous ces moments passés ensemble, je vous souhaite une vie pleine de sante de bonheur.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer A tous ceux qui ont participé de près ou de loin a la réalisation de ce travail .



Remerciements



A Notre Maître Et Président De Thèse, Monsieur Professeur Rachid El Barni, Professeur de l'enseignement supérieur, et Chef de service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

Nous vous remercions cher Professeur de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury. Nous vous sommes très reconnaissant, a l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury. Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple a suivre. Veuillez accepter, cher Président, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre Maître et Rapporteur Monsieur le Professeur LAHKIM Mohammed, Professeur de l'enseignement supérieur en Chirurgie Viscérale

Votre grandeur d'esprit, votre humilité et votre sympathie envers tous, font de vous le grand frère, l'ami, et l'exemple à suivre dans ce bas monde. Je vous remercie Oustadi, d'avoir cru en moi, de m'avoir encourager tout au long de mon parcours et particulièrement durant mon internat. Merci de m'avoir épauler quand la vie se faisait dure. Toute ma gratitude vous est adressée Oustadi, pour tout ce que je vous dois. Vous m'avez toujours réservé le meilleur et nul mot ne saurait exprimer ma profonde reconnaissance. Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder sante, longue vie et bonheur.

A notre Maître et juge de thèse Professeur Khalid Tourabi,
Professeur de l'Enseignement supérieur de Chirurgie Plastique et
Esthétique et Chef de Service de chirurgie plastique et réparatrice de
l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Aucun remerciement ou dédicace ne saurait exprimer le profond respect que je vous porte de même que ma reconnaissance pour votre aide précieuse, sans laquelle ce travail n'aurait jamais vu le jour. Vos qualités humaines ainsi que votre immense compétence font de vous un grand Maître, et nous servent d'exemple.

Merci infiniment Professeur.

A notre Maître et juge de thèse Monsieur le Professeur El Khader
Ahmed, Professeur de l'enseignement supérieur en Chirurgie
Viscérale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Nous avons été impressionnés par votre amabilité, et votre abnégation. Permettez-nous, Cher Maître de vous exprimer notre profond respect.

A notre Maître et juge de thèse Monsieur le Professeur Baba
Hicham, Professeur Agrégé en Chirurgie Viscérale à l'Hôpital
Militaire Avicenne de Marrakech

Nous sommes très honorés de votre présence parmi nous. Vous avez accepté humblement de juger ce travail de thèse. Ceci nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre estime.

A notre Maître Professeur FASSI FIGHRI Mohamed jawad,
Professeur Agrégé en Chirurgie Viscérale à l'Hôpital Militaire
Avicenne de Marrakech

A Docteur Jouabri Badr, Résident au service de Chirurgie Viscérale
de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

Merci de m'avoir accompagné et d'avoir contribuer à la réalisation de ce travail. Merci pour votre grande patience et votre abnégation inégalée. Par ce travail, je vous exprime ma profonde gratitude et ma grande estime.

Merci à toute l'équipe du service de chirurgie viscérale de l'Hôpital
Militaire Avicenne de Marrakech

Et Merci à toute l'équipe du service de chirurgie plastique et
réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech



Abréviation

S



Liste des abréviations

ADP	:	Adénopathie
ATCD	:	Antécédents
BI-RADS	:	Brest Imaging Reporting and Data System
CTH	:	Chimiothérapie
DIEP	:	Deep Inferior Epigastric Perforator
GS	:	Ganglion sentinelle
HAS	:	Haute Autorité de Santé
HER-2	:	Human Epidermal Growth Factor Receptor-2
HTA	:	Hypertension artérielle
IHC	:	Immunohistochimie
IMC	:	Indice de Masse Corporelle
INCA	:	Institut National du Cancer
INO	:	Institute National d'Oncologie
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
LAA	:	Lambeau abdominal antérieur
MCEC	:	Mastectomie avec conservation de l'étui cutané
NSE	:	Niveau socioéconomique
OMS :	:	Organisation mondiale de la santé
PAM	:	Plaque aréolomamelonaire
QIE	:	Quadrant inféro-externe
QSE	:	Quadrant supéro-externe
RE	:	Récepteur à œstrogène
RM	:	Reconstruction mammaire
RH	:	Récepteurs hormonaux
RP	:	Récepteurs à Progésterone
RR	:	Risque relatif
RTH	:	Radiothérapie
SBR	:	Scarff, Bloom et Richardson

TDM-TAP	:	Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne
TDM	:	Tomodensitométrie
THS	:	Traitement hormonal substitutif
TRAM	:	Transverse rectus abdominalis musculocutaneous



Plan





Introduction



Le sein représente un symbole de la féminité, et une partie intégrante pour toutes les femmes. La déformation ou la perte d'un sein suite à une mastectomie est considérée comme une chirurgie mutilante. Elle est souvent difficile à accepter, et perçue comme un traumatisme physique et psychologique portant atteinte à son intégrité corporelle et à son identité féminine. La reconstruction mammaire joue un rôle prépondérant dans la guérison psychologique, puisqu'elle constitue un aspect indissociable de la guérison physique, des femmes atteintes de cancer du sein et particulièrement celles ayant subi une mastectomie. Ainsi le but d'une reconstruction est de retrouver un confort, une satisfaction et un effet bénéfique du point de vue de l'estime et de la confiance en soi (satisfaction physique, psychique, et sexuelle).

Le recours à une reconstruction implique souvent plusieurs intervenants, mais reste avant tout une décision personnelle

Le cancer du sein constitue le premier cancer gynécologique au Maroc et un problème de santé publique, et vu de l'ampleur du problème et son impact, le Maroc a mis en route le Programme nationale de détection précoce des cancers du sein, et veille à la perpétuité de l'évolution de la recherche scientifique concernant les facteurs prédisposants, les facteurs de risque, le dépistage et le traitement de ce cancer. Cependant la mise en route d'une stratégie de suivi des patientes traitées par mastectomie reste difficile à mettre en œuvre.

Ceci dit, une meilleure promotion, un accès facile à l'information dans le programme national, et à la reconstruction mammaire, ainsi qu'une bonne communication entre patiente, gynécologue, oncologue, et plasticien, sont primordiaux afin d'encourager le recours des patientes traitées par mastectomie à la reconstruction mammaire.

OBJECTIF DE L'ETUDE

- La fréquence du cancer du sein dans notre pays.
- Connaître les raisons motivant une reconstruction.
- Connaître les raisons pour lesquelles la reconstruction n'est pas très répandue au Maroc.
- L'impact du cancer du sein et de la mastectomie sur la psychologie de la femme.

- L'impact de la reconstruction mammaire sur la qualité de vie des patientes mastectomisées.



Matériel et Méthodes



I. Cadre de l'étude :

Type de l'étude : rétrospective

Lieu de l'étude : service de chirurgie viscérale de l'HMA Marrakech

Durée de l'étude : de Décembre 2019 à Janvier 2021

II. Population étudiée :

Notre étude porte sur la perception de la reconstruction mammaire chez 67 patientes initialement traitées par mastectomie pour cancer du sein.

Ont été exclues de notre étude :

- Les patientes n'ayant pas été opérées dans le service de chirurgie viscérale de l'HMA ;
- Les patientes ayant bénéficié d'une tumerectomie ou d'un traitement conservateur ;
- Les patientes dont les dossiers n'ont pas été retrouvés ou inexploitable.

III. Recueil de données :

Une fiche d'exploitation a permis le recueil des données épidémiologiques de nos patientes, leur satisfaction par rapport à la reconstruction mammaire a été évaluée grâce au Questionnaire BREAST-Q. (voir annexe)

1. Fiche d'exploitation

Nous avons établi une fiche synoptique contenant un maximum d'items permettant d'exploiter les données pour ce travail. On a recueilli sur ces fiches :

- Données épidémiologiques.
- Données cliniques et délai personnel.
- Données paracliniques et délai professionnel.
- Données anatomopathologiques.
- Facteurs pronostiques.
- Stratégie thérapeutique.

2. Questionnaire BREAST-Q :

L'évaluation multicentrique de la qualité de vie et de la satisfaction des patientes recueillies grâce au BREAST-Q contenant des questions portant sur :

➤ **La qualité de vie**

- Le bien-être physique ;
- Le bien-être psychologique ;
- Le bien-être sexuel.

➤ **Satisfaction**

- La satisfaction vis-à-vis du sein ;
- La satisfaction quant aux résultats ;
- La satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins et du personnel médical.

IV. Analyse des données :

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Excel, exprimées en pourcentage pour les variables qualitatives et en moyennes, médianes et extrêmes pour les variables quantitatives.

V.Considération éthique

Nous avons veillé à l'information de nos patientes, à leur consentement libre, à l'anonymat ainsi qu'à la confidentialité des données fournies par les participantes.



Résultats



I. Épidémiologie :

1. Epidémiologie descriptive

Au Maroc le cancer du sein représente 38,9% de l'ensemble des cancers féminins. Suivi par le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal avec des taux respectifs de 7,2% et 6,9%.

Durant une période de 2 ans, de Décembre 2019 à janvier 2021, 67 patientes ont bénéficié d'une mastectomie dans le service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, pour cancer du sein.

17 de nos patientes ont eu recours à une chirurgie oncoplastique, soit 25,3%

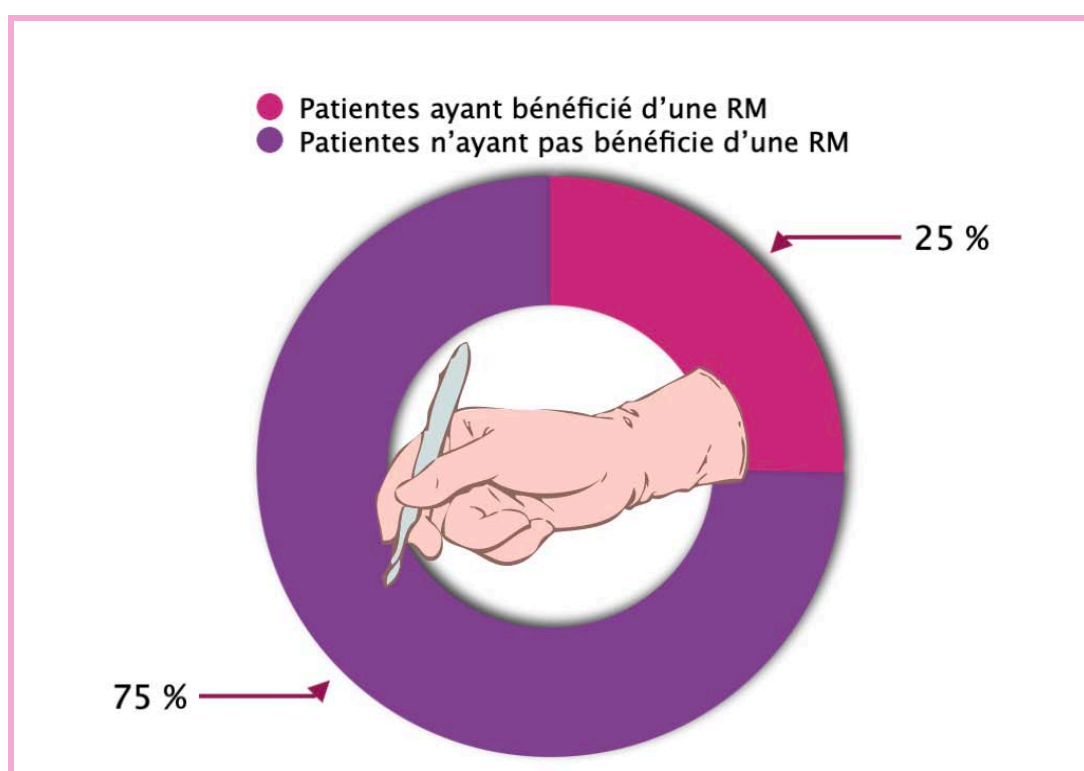


Figure 1 : Pourcentage des patientes ayant bénéficié d'une chirurgie oncoplastique.

2. Facteurs de risque :

1.2 Age :

Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 45 et 69 ans avec un taux de 57,5%. Avec des extrêmes allant de 32 ans à 78 ans.

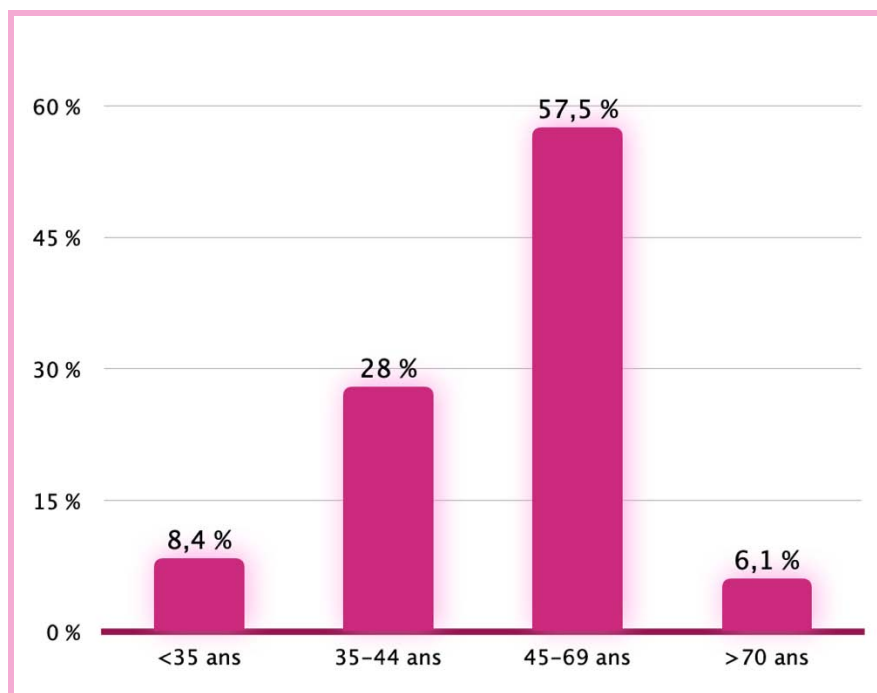


Figure 2 : répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge atteinte

2.2 Ménarche :

L'âge de la ménarche a été précisé chez 54 patientes, soit 84,38%.

2 patientes seulement ont eu une ménarche avant 12 ans soit un taux de 3,37%.

52 patientes ont eu une ménarche entre 12 et 18 ans. (81,05%)

Et aucune ménarche après l'âge de 18 ans n'a été observée dans notre série.

Tableau I : répartition des patientes selon l'âge de la ménarche

Age de la ménarche	Effectif	Pourcentage
<12 ans	3	4,47%
12-18 ans	53	79,10%
>18 ans	0	0%
Non précisé	11	16,43%
Total	67	100%

2.3 Statut marital :

Dans notre série, le nombre de femmes mariées était 47 femmes, soit 70,1%.

2 de nos patientes étaient divorcées, 6 célibataires et 12 veuves, soit respectivement 2,9%, 8,9% et 17,9%.

Tableau II : répartition des patientes selon leur statuts marital

Statut marital	Effectif	Pourcentage
Mariées	47	70,1%
Veuves	12	17,9%
Célibataires	6	8,9%
Divorcées	2	2,9%
Total	67	100%

2.4 Statut hormonal :

34 patients de notre série étaient ménopausées au moment du diagnostic, soit 51%.

32 patientes étaient en période d'activité génitale, soit 47%.

Dans notre série une seule patiente a présenté une ménopause précoce a l'âge de 28 ans.

Et la ménopause tardive (>55 ans) a été retrouvée chez 1% de nos patientes.

Tableau III : répartition des patientes selon le statut hormonal au moment de diagnostic

Statut hormonal	Effectif	Pourcentage
Ménopausées	34	51%
En période d'activité génitale	32	47%
Non précisé	1	2%
Total	67	100%

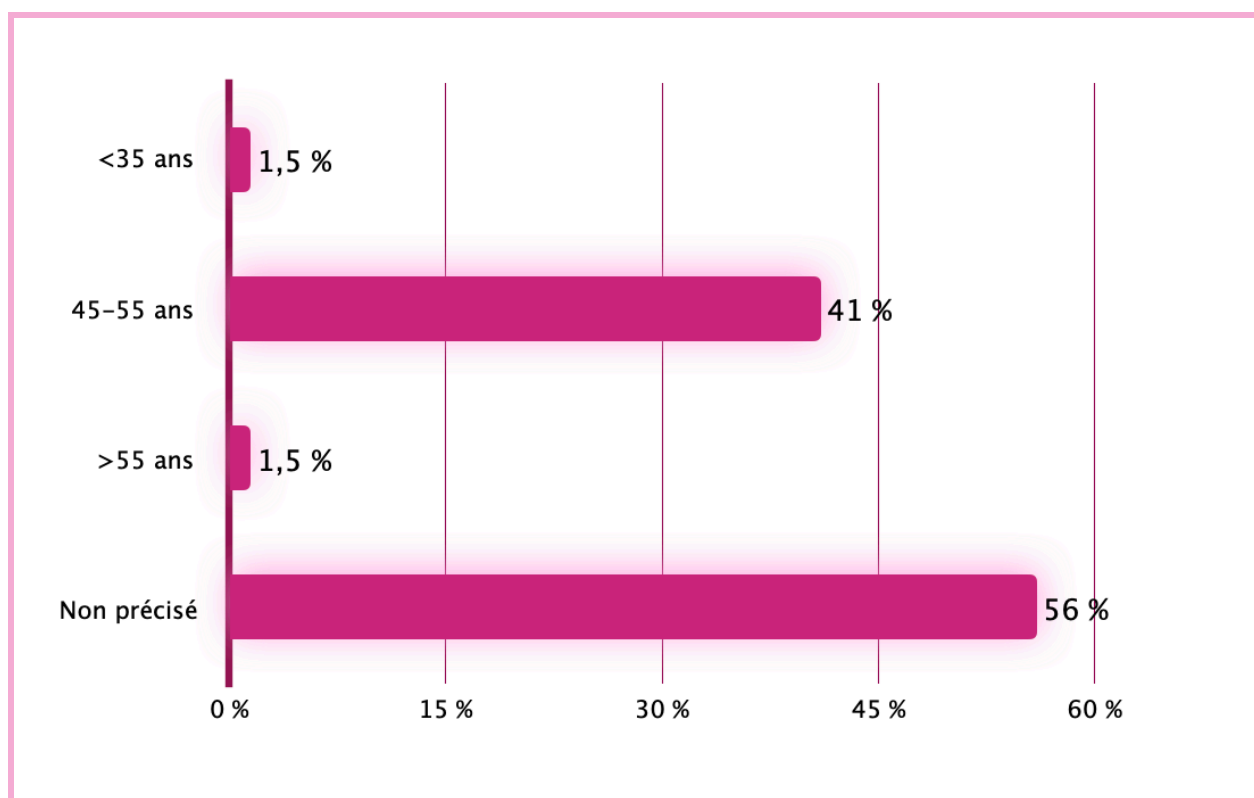


Figure 3 : répartition des patientes selon l'âge de la ménopause

2.5 Contraception hormonale :

51 patientes ont utilisé une contraception hormonale soit 76.11%

2.6 Traitement Hormonal substitutif (THS) :

Aucune de nos patientes n'a rapporté la prise de THS.

2.7 Parité :

Le taux de patientes multipares était le plus élevé de notre série, soit 45%. Contre 28% pour les nullipares et 27% pour les paucipares.

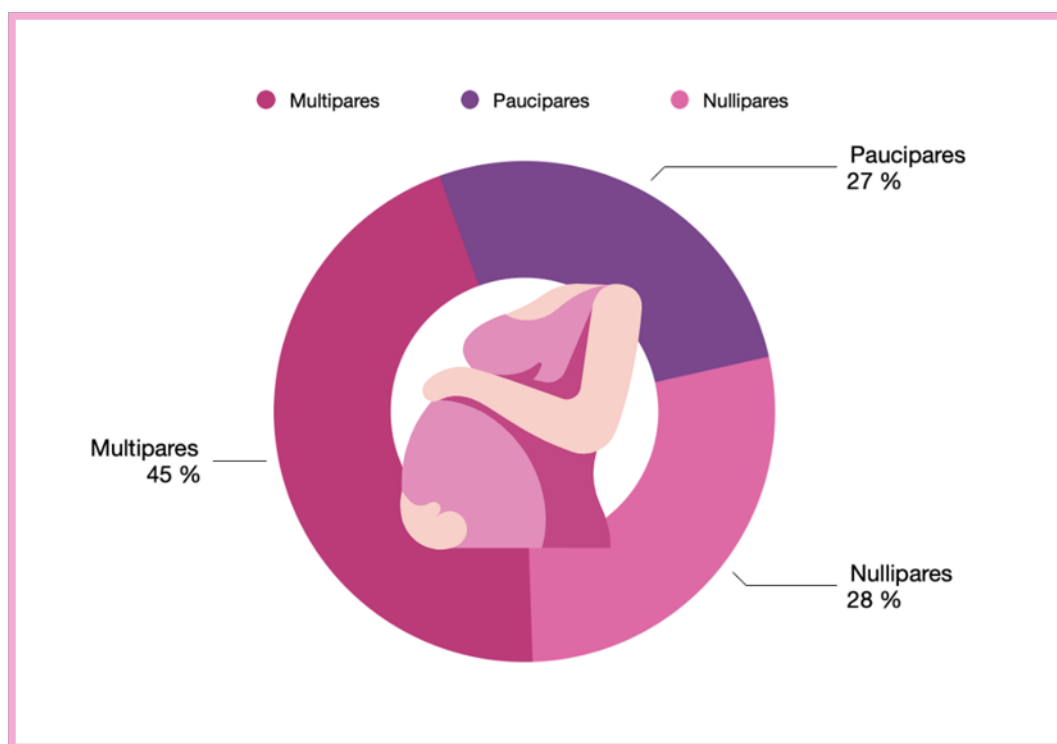


Figure 4 : répartition selon la parité chez les patientes de notre série

2.8 Age de la première grossesse :

35 des patientes de notre série ont eu une première grossesse avant l'âge de 20 ans soit un taux de 52,23%. Et 27 ont eu leur première grossesse entre 20 et 35 ans, soit 40,29% des patientes. Cependant, seulement 3% après 35 ans.

2.9 Allaitement maternel :

L'allaitement a été rapporté chez 42 femmes, soit un taux de 62,6%. Avec une durée moyenne de 18 mois.

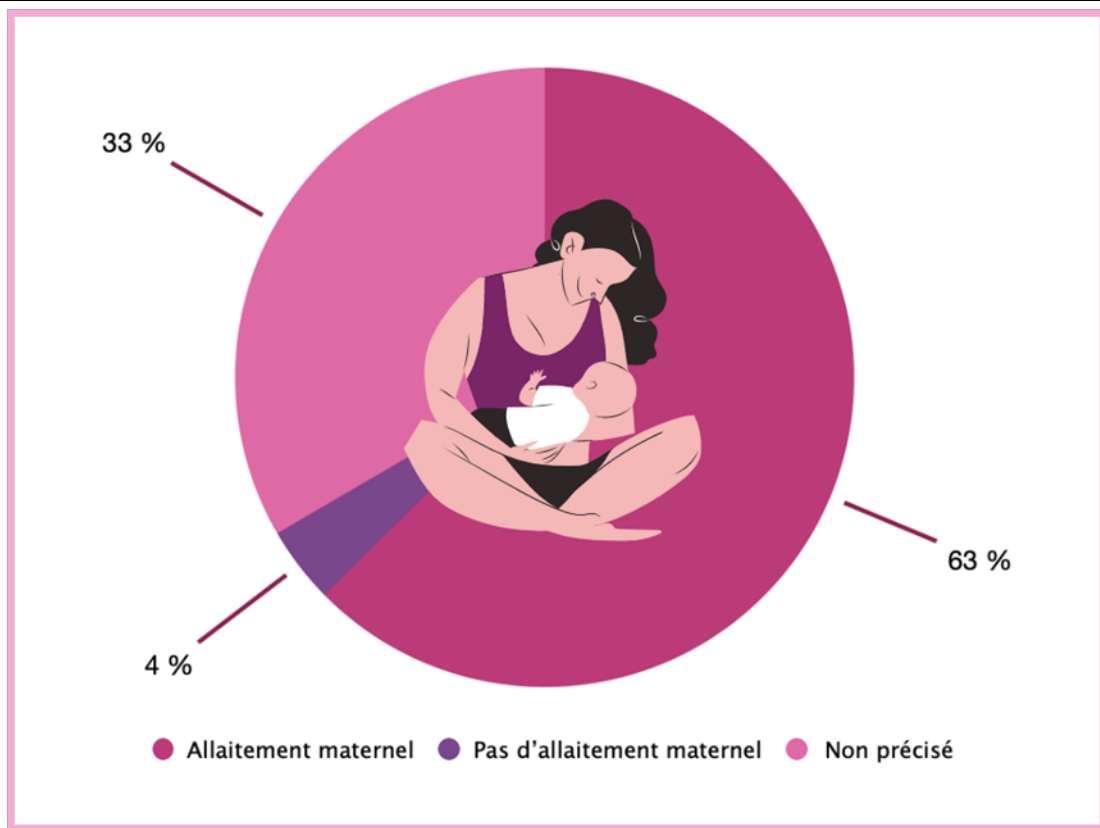


Figure 5 : Répartition selon la fréquence de l'allaitement au sein

2.10 Antécédents médicaux

Les deux antécédents les plus retrouvés dans notre série étaient, l'HTA et le diabète avec des taux respectifs de 47% et 30%. 7 patientes étaient suivies pour dysthyroïdie, 3 pour fibrome utérin et 4 pour infertilité.

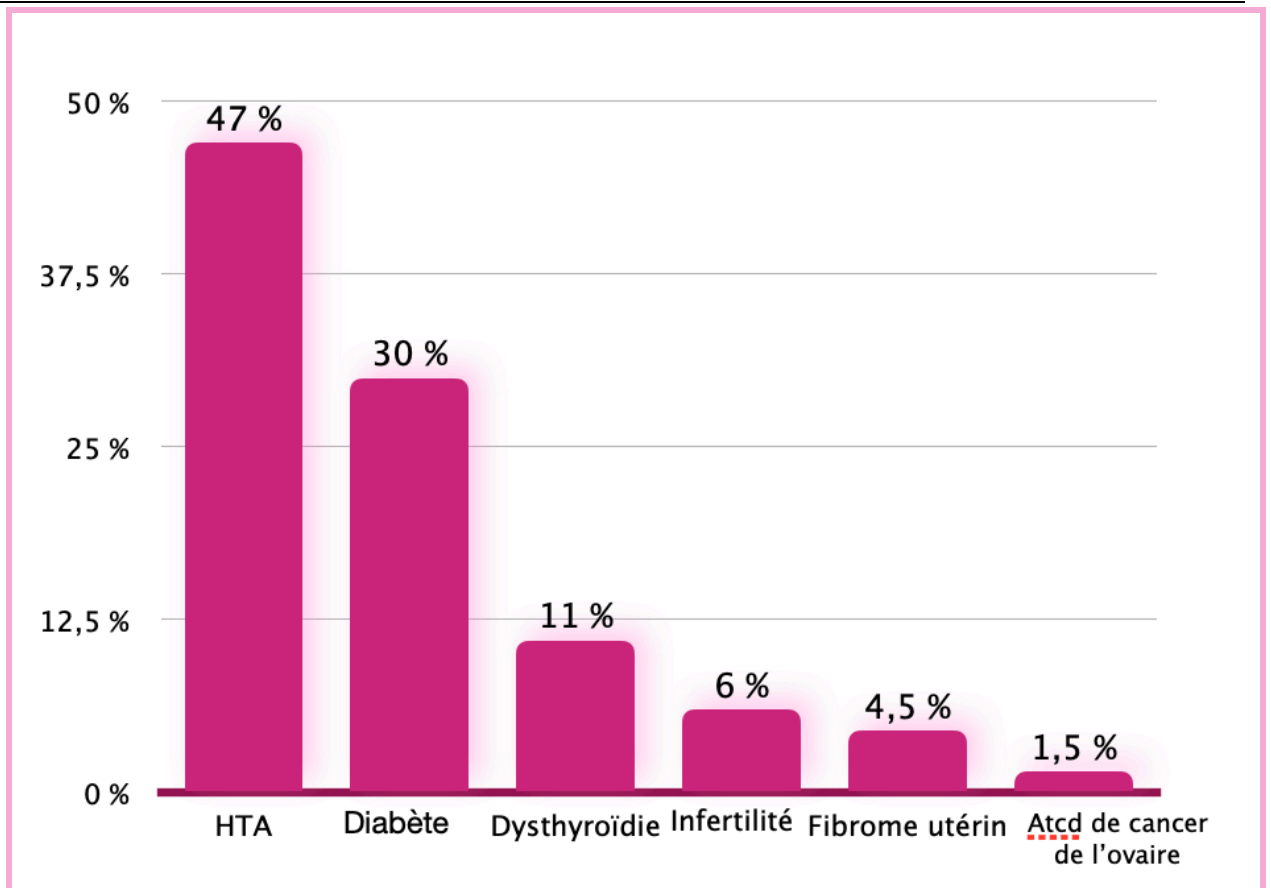


Figure 6 : répartition des antécédents médicaux retrouvés dans notre série

2.11 Antécédents familiaux :

L'antécédent familial de cancer du sein a été retrouvé chez 6 patientes, soit un taux de 8,6%.

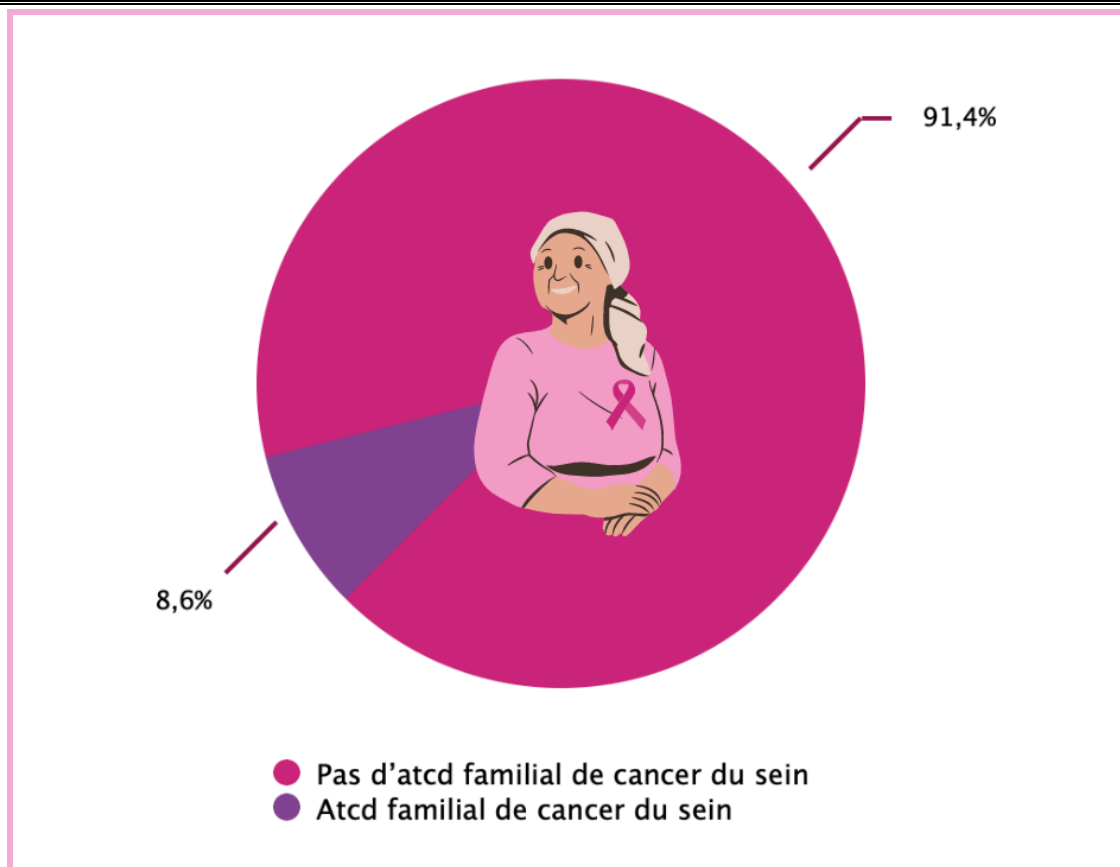


Figure 7: pourcentages des patientes ayant un antécédent familial de cancer du sein

II. Étude clinique :

1. Délai de consultation

Le délai moyen de consultation était de 6 mois. Avec des extrêmes allant de 1 à 36 mois.

2. Circonstances de découverte :

Globalement, le motif de consultation le plus fréquent dans notre série était l'autopalpation d'un nodule du sein, retrouvé dans 89.5% des cas.

Dans 4.5% des cas il s'agissait d'une découverte lors d'un dépistage. Et pour les 5% restants, la découverte était faite après consultation motivée par la présence de signe fonctionnels (mastodynie, écoulement, anomalies cutanées).

Tableau IV : répartition des motifs de consultation par ordre de fréquence

Circonstances de découverte	Effectif	Pourcentage
Palpation d'un nodule	60	89.5%
Dépistage	3	4.5
Signes fonctionnels	4	5%

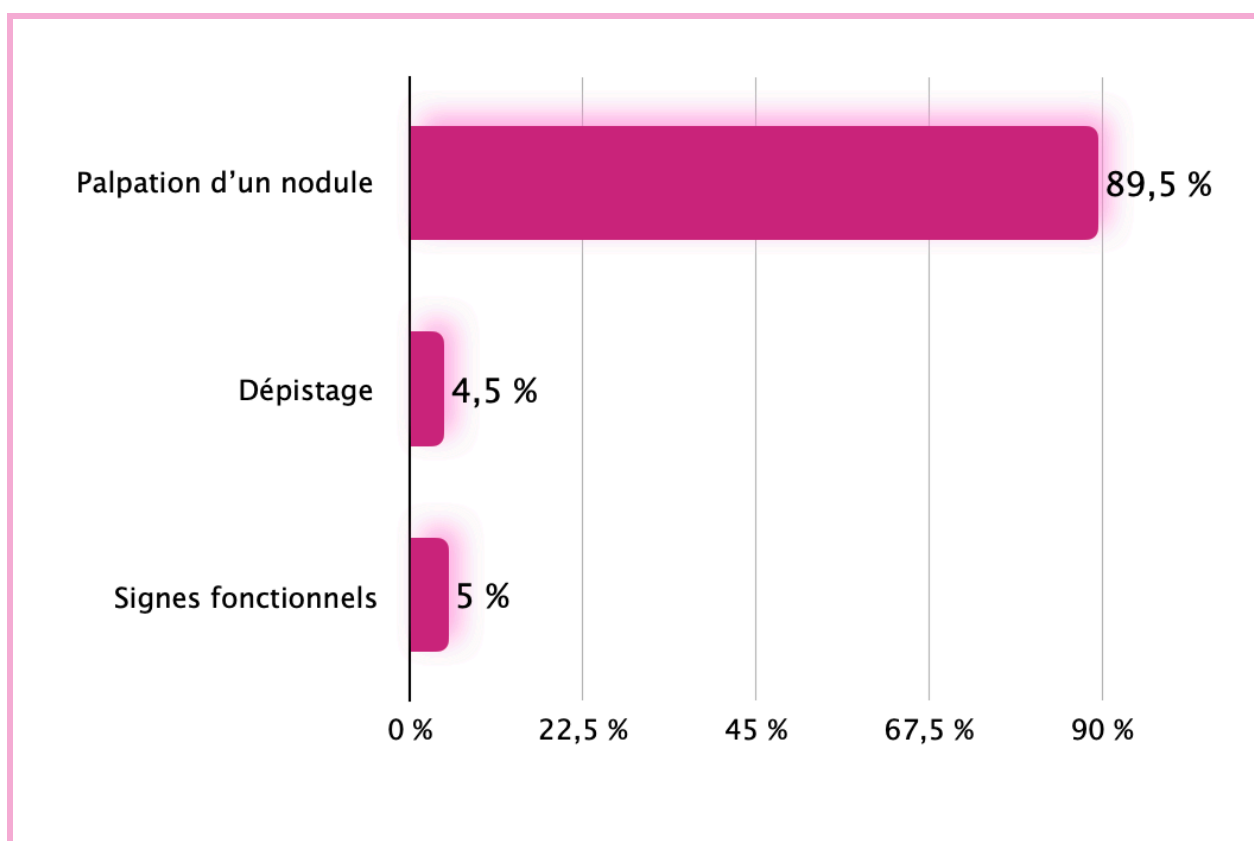


Figure 8 : Fréquence des motifs de consultation.

3. Examen clinique :

3.1 Topographie de la tumeur :

La prédominance du côté gauche a été objectivée chez 40 patientes dans notre série, soit 59,7%.

L'atteinte bilatérale a été objectivée chez 3 patientes.

Tableau V : Répartition des tumeurs selon le côté atteint.

Localisation de la tumeur	Effectif	Pourcentage
Sein gauche	40	59,7%
Sein droit	24	35,8%
Bilatérale	3	4,5%
Total	67	100%

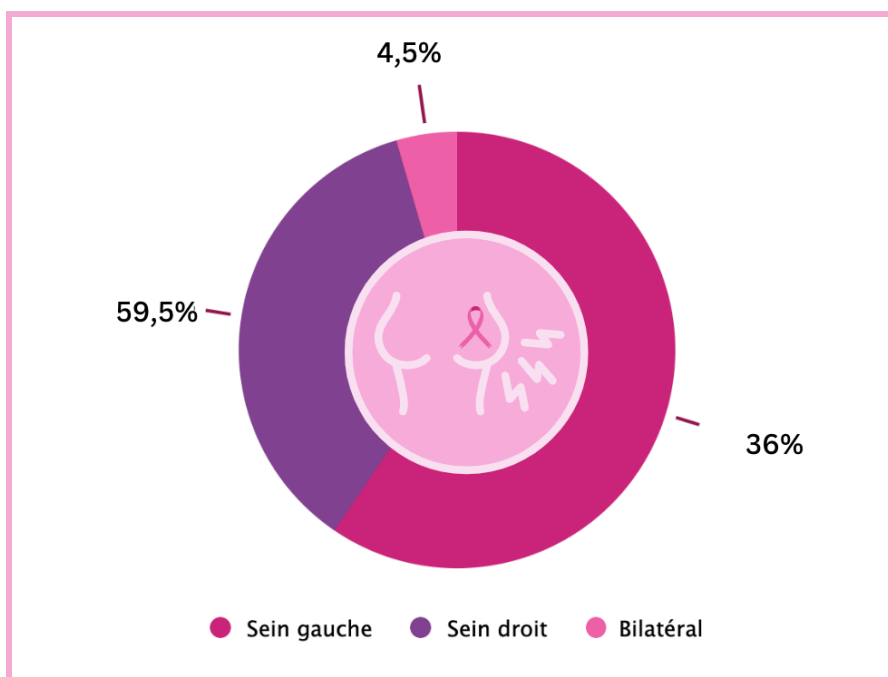


Figure 9 : Répartition des tumeurs selon le côté atteint.

3.2 Localisation du nodule :

Le quadrant supéro-externe (QSE) constitue le siège de prédilection dans notre série avec 68,6% de l'ensemble des localisations.

Tableau VI : Répartition selon la localisation du nodule sur les deux seins.

Localisation du nodule	Effectif	Pourcentage
QSE	46	68,6%
QSI	7	10,4%
QIE	6	8,95%
Pas de nodule palpable	5	7,46%
Retro aréolaire	3	4,47%
Total	67	100%

3.3 Taille du nodule :

Dans notre étude 47 patientes avaient un nodule mesurant entre 2 et 5 cm, soit un taux de 70 ;4%.

9 patientes présentaient un nodule inférieur à 2cm soit 13,43%, et supérieurs à 5 cm dans16% des cas.

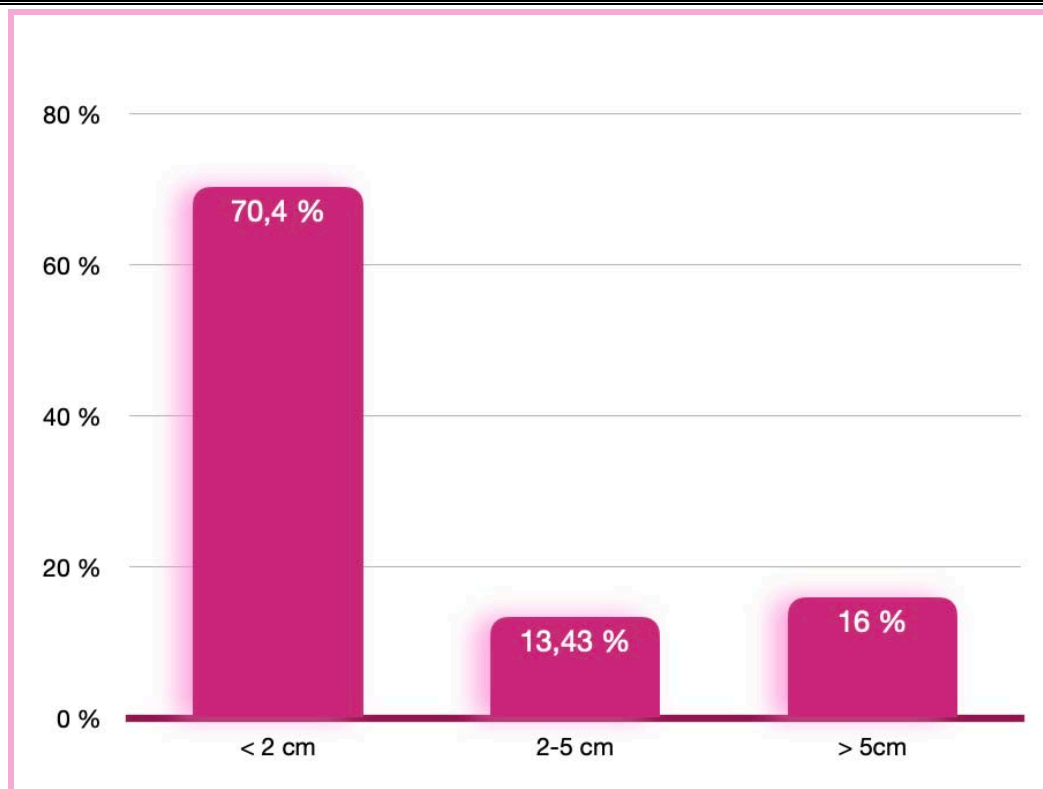


Figure 10 : répartition des cas selon la taille du nodule a l'examen clinique

3.4 Écoulement mammelonnaire :

L'écoulement mammelonnaire n'a été retrouvé chez aucune de nos patientes.

3.5 Anomalies cutanées :

Les signes cutanés étaient présents chez seulement 4 patientes dans notre série, soit 5,97%. Avec une nette prédominance de la peau d'orange.

3.6 Aires ganglionnaires :

L'examen des aires ganglionnaires a objectivé la présence d'adénopathies axillaires chez 17 patientes soit 25,37%, dont 88% homolatérale au nodule.

III. Bilan paraclinique :

1. Radiologie :

1.1 Mammographie :

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une mammographie.

80% de ces examens mammographiques ont mis en évidence au moins une opacité mammaire suspecte. (Figure 14 et 15)

Les microcalcifications ont été retrouvées chez 54 patientes, soit dans 80,59% des cas.

On note une prédominance du stade ACR5 (50%)

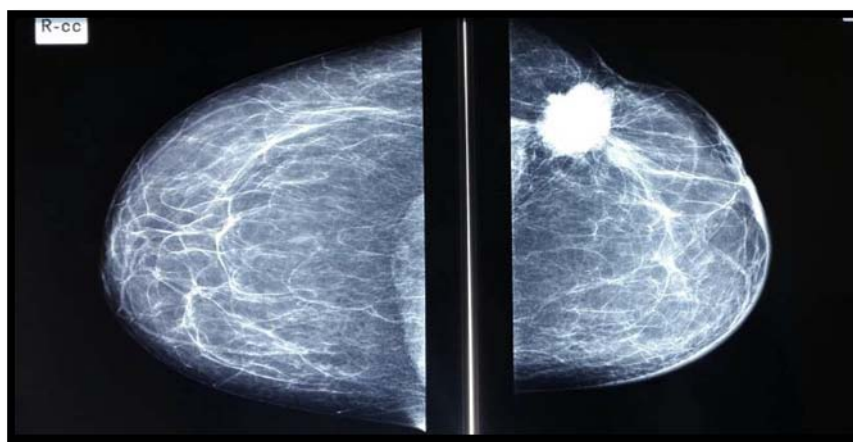


Figure n11 : Mammographie, Image spiculée du quadrant supéro externe du sein sur une incidence crano-caudale.

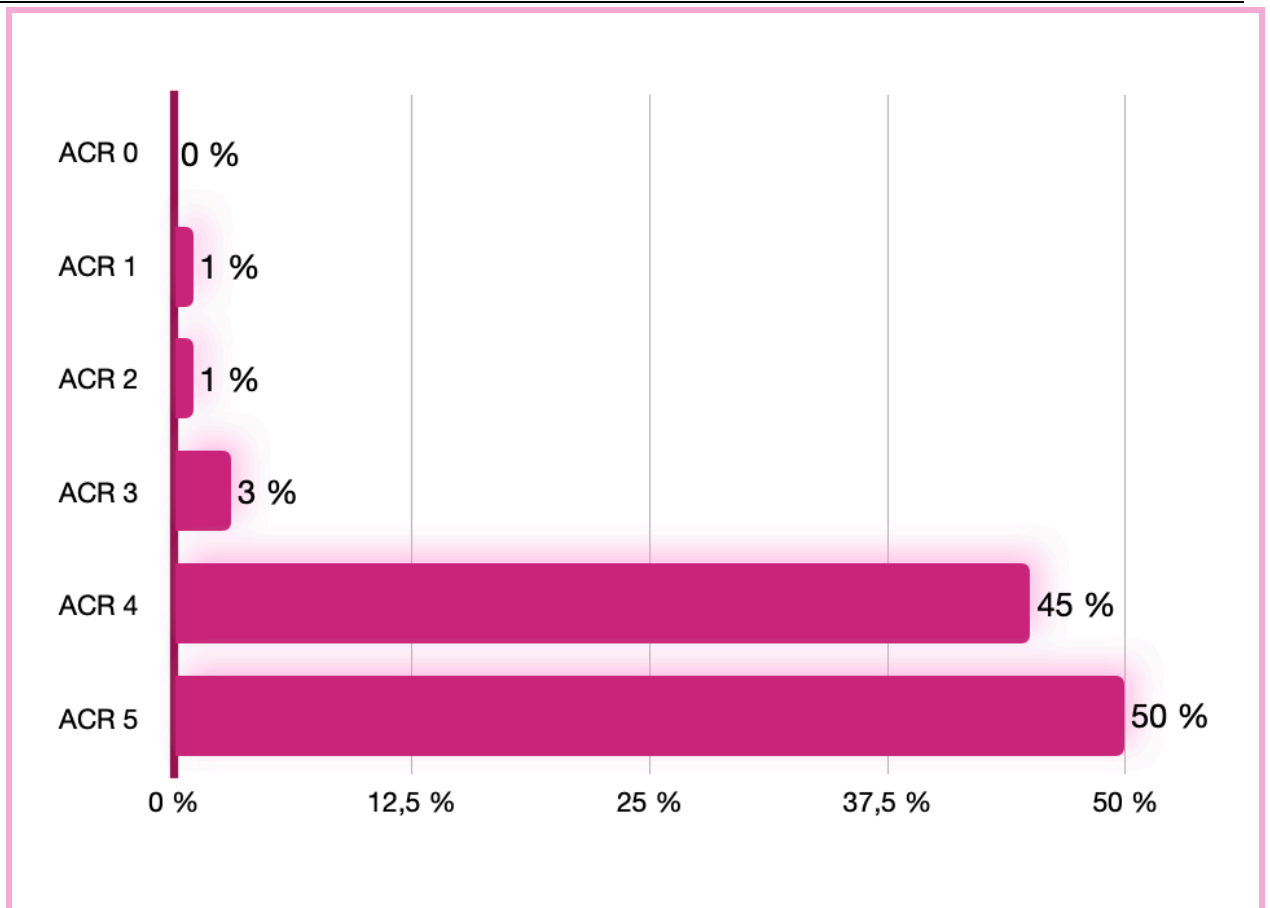


Figure 12: Répartition selon la classification ACR.

1.2 Échographie :

L'échographie a été réalisée chez toutes nos patientes.

Dans 86% des cas il s'agissait d'une formation hypo échogène et/ou hétérogène.



Figure n°13 : Image de nodule du sein suspect de contours irréguliers au niveau de jonction des quadrants externes à l'échographie, classé ACR 5.

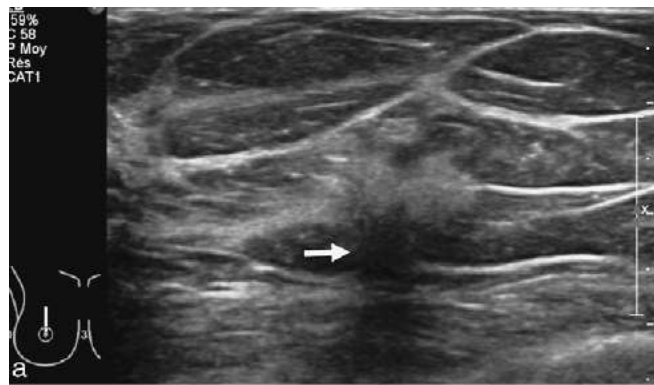


Figure n°14 : image d'échographie mammaire avec une image lacunaire atténuante .

Les d'adénopathies axillaire radiologiques étaient présentes chez 6 patientes.

1.3 Cytoponction :

La cytoponction n'a été réalisé chez aucune patiente de notre série.

1.4 Biopsie au trocut avec examen histopathologique :

La microbiopsie au torcut avec examen histopathologique a été réalisée chez toutes nos patientes.

a) Type histologique :

L'étude histopathologique a mis en évidence une prédominance du carcinome canalaire infiltrant dans 79,10% des cas.

Tableau VII : Répartition des tumeurs selon le type histologique.

Type histologiques	Effectif	Pourcentage
Carcinome canalaire infiltrant	53	79,10%
Carcinome lobulaire	6	8,9%
Carcinome in situ	5	7,46%
Carcinome micro papillaire	3	4,47%
Total	67	100%

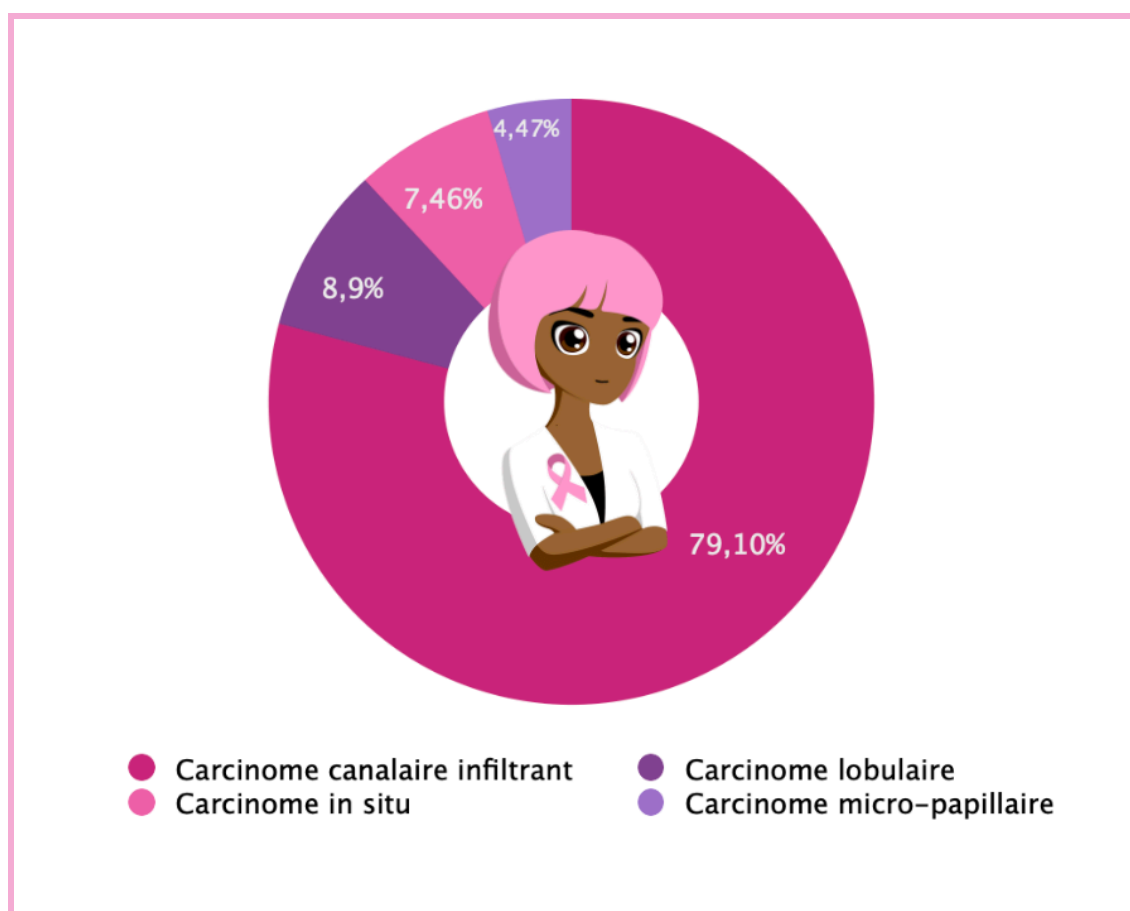


Figure n°15 : Répartition selon la fréquence des types histologiques.

IV. Bilan d'opérabilité :

1. Bilan d'extension :

1.1 Clinique :

Dans notre série aucune patiente ne présentait de signes cliniques de métastases viscérale ou ganglionnaire.

1.2 Paraclinique :

La totalité de nos patientes ont bénéficié dans le cadre du bilan d'extension d'une TDM thoraco-abdominopelvienne (TDM-TAP), qui n'a pas objectivé de localisation secondaire.

1.3 Dosage du CA15-3 :

Le CA15-3 a été dosé chez toutes nos patientes, pour servir de valeur initiale au cours de la surveillance.

73% des patientes avaient un taux normal.

V. TNM :

Pour le stade T, on note une prédominance du stade T2 avec un taux de 44%, alors que pour le stade N, 56% de nos patientes avaient un stade N0.

Toutes les patientes de notre série avaient un stade M0

VI. Prise en charge thérapeutique :

1. Traitement chirurgical :

1.1 Chirurgie mammaire

100% des patientes de notre étude ont bénéficié d'un traitement radical. 54 des patientes ont bénéficié d'une mastectomie de type PATEY, soit 80,59%, alors que pour 13 patientes le geste réalisé était une mastectomie avec conservation de l'étui cutané (MCEC).

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de type de mastectomie réalisée.

La perception de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie. Enquête au niveau du service de chirurgie générale à l'HMA

Type de mastectomie	Effectif	Pourcentage
Patey	54	80,59%
MCEC	13	19,41%
Total	67	100%

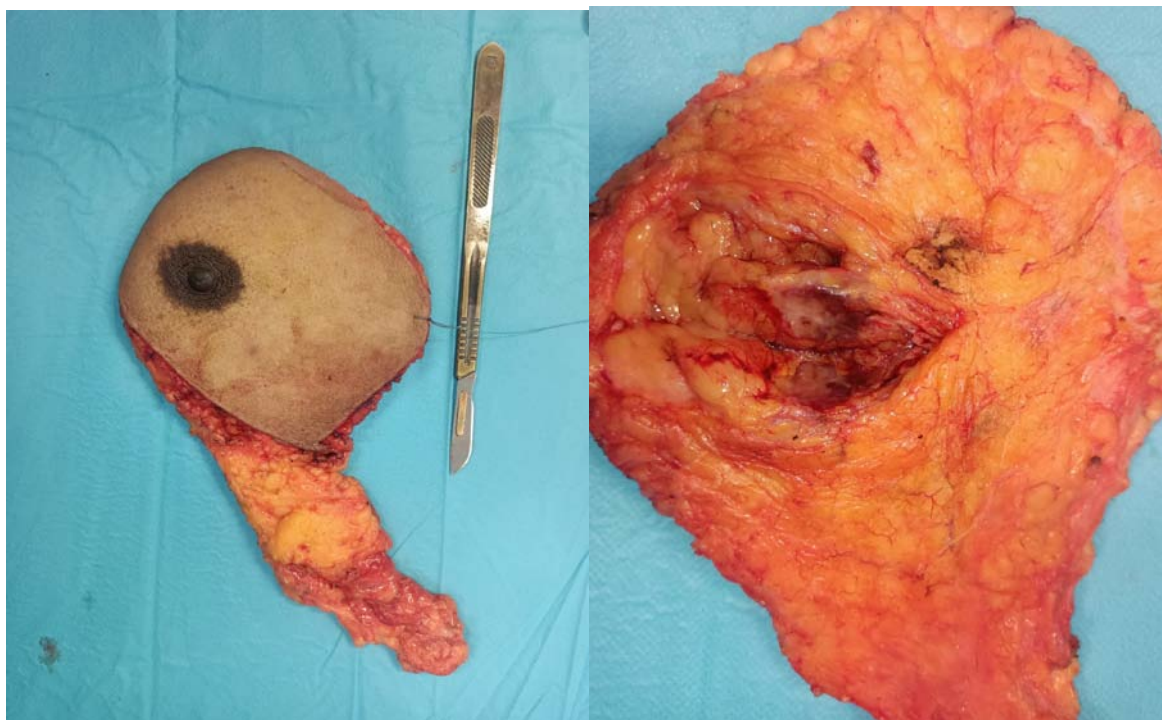


Figure 16 : Vue antérieure et postérieure d'une pièce de mastectomie par technique de Patey, avec curage axillaire. Photo prise au service de Chirurgie Viscérale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.



Figure 17 : Cicatrice de mastectomie par Patey avec curage axillaire, avec drain mis en place. Photo prise au service de Chirurgie Viscérale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

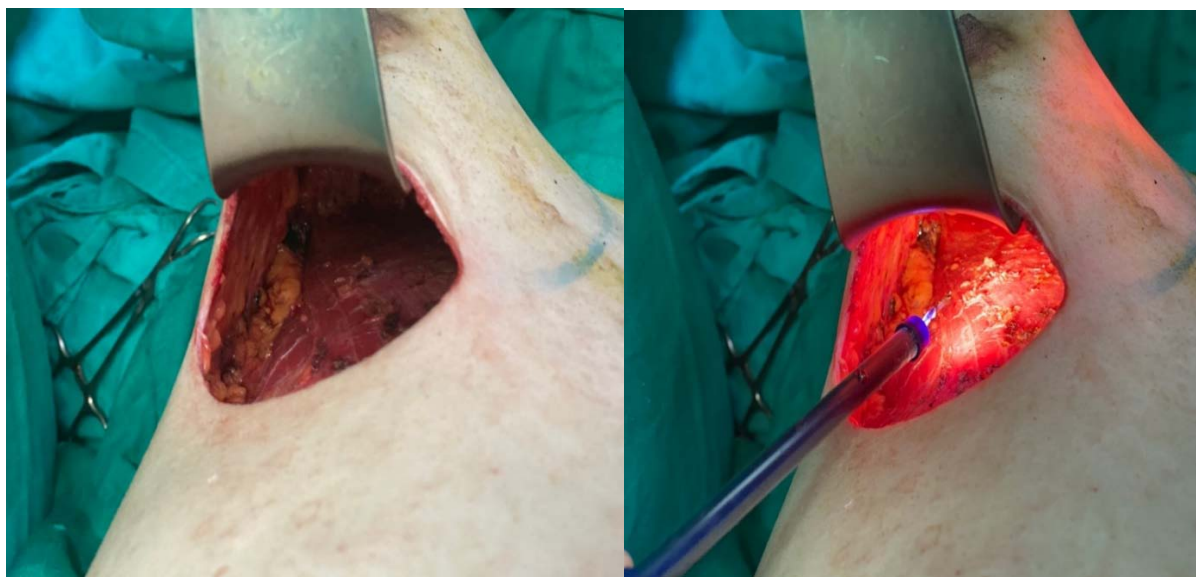


Figure 18: Mastectomie avec Conservation de l'étui cutané. Photo prise au service de chirurgie Plastique et réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

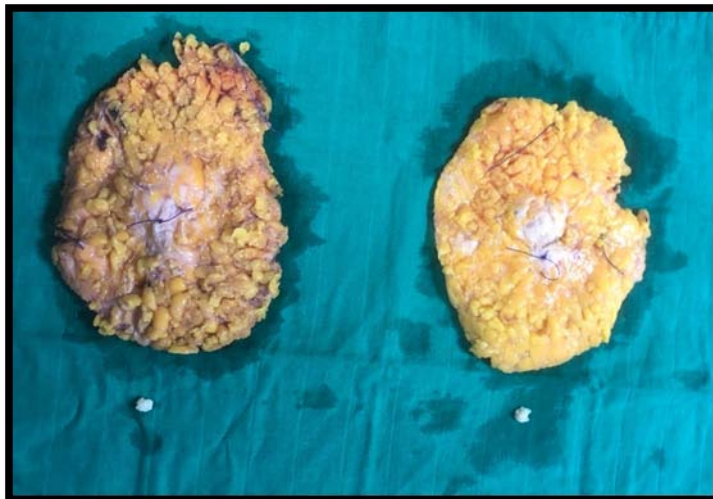


Figure 19 : Pièce de mastectomie bilatérale par mastectomie avec conservation de l'étui cutané. Photo prise au service de chirurgie Plastique et réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

a) **Curage axillaire :**

Le curage ganglionnaire a été réalisé chez toutes les patientes



Figure 20 : résultats du curage axillaire chez une patiente opérée pour mastectomie par Patey. Photo Prise au service de chirurgie Plastique et réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

2. Traitement médical :

L'indication d'un traitement médical adjuvant a été posée en RCP pour toutes nos patientes, en fonction de l'âge, de la taille tumorale, du grade, du statut ganglionnaire, du Ki 67, et des récepteurs hormonaux.

✚ La radiothérapie :

33% de nos patientes ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante.

✚ La chimiothérapie :

48% de nos patientes ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante.

✚ Hormonothérapie :

40% de nos patientes ont bénéficié d'une hormonothérapie.

VII. Pronostic :

1. Résultats de l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire :

a) Limites d'exérèse :

Les limites d'exérèse étaient saines chez 100% de nos patientes.

b) Grade SBR :

Le grade histopronostique de Scarff-Bloom et Richardson (SBR) a été précisé chez la totalité de nos patientes. Le grade SBR II était le plus fréquent avec un taux de 73%, suivi du grade III avec un taux de 24%. Et finalement le grade I avec un taux de 3%.

c) Embols vasculaires :

La recherche d'embols vasculaires dans notre étude a été réalisée chez 50 patientes, soit un taux de 75%. Elle s'est révélée positive chez 23 patientes soit un taux de 35%.

Tableau IX : Répartition selon les embols vasculaires.

Emboles vasculaires	Effectif	Pourcentage
Positive	23	35%
Négative	27	40%
Non précisé	17	25%
Total	67	100%

d) Récepteurs hormonaux :

Il existe deux récepteurs hormonaux étudiés dans le cancer du sein se sont les récepteurs à Œstrogène (RE) et les récepteurs à Progestérone (RP).

La recherche de récepteurs hormonaux a été réalisée chez toutes les patientes.

Dans 60% des cas, les RE et RP étaient tous les deux positifs, ils étaient dissociés dans 10% des cas et négatifs dans 30% des cas.

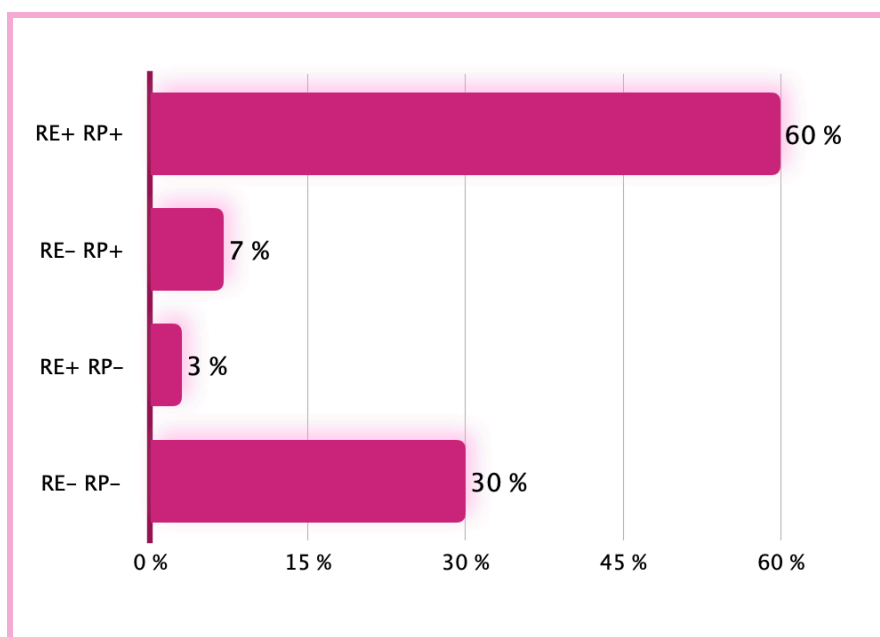


Figure n°21 : Répartition des patientes selon les récepteurs hormonaux.

e) **Étude HER2 :**

La détermination du statut HER2 se fait par immunohistochimie. Elle a été réalisée également chez 75% des patientes. Et s'est révélée positive chez 8 patientes soit un taux de 12%.

f) **Ki 67 :**

L'index de prolifération Ki 67 a été recherché chez 75% de nos patientes, soit 50 patientes.

36 patientes soit 58,9%, avaient un taux de prolifération <14%, et 14 soit 20,89% avaient un taux >14%.

g) **Envahissement ganglionnaire :**

Tableau X : répartition selon l'envahissement ganglionnaire

Envahissement ganglionnaire	Effectif	Pourcentage
N0	64	95,53%
N+	3	4,47%
Total	67	100%

VIII. **Évolution – complications :**

1. **Évolution :**

L'évolution a été marquée par la récurrence sur la cicatrice de mastectomie chez une seule patiente.

2 patientes ont présenté un cancer du sein du côté controlatérale.

2. **Complications :**

Les suites opératoires de notre série étaient simples pour 85% des femmes. Cependant 3 patientes ont présenté un lymphœdème, 7 patientes ont présenté un sérohématome.

IX. Chirurgie oncoplastique :

Pour les 67 patientes de notre série, 17 seulement ont accepté avoir recours à une chirurgie oncoplastique, soit un taux de 25,37%.

1. Données épidémiologiques :

- ✚ Age : l'âge moyen des patientes ayant bénéficié d'une reconstruction était de 43 ans, avec des extrêmes de 32 et 54 ans.
- ✚ Statut marital : 13 patientes étaient mariées soit un taux de 76,47% et 4 étaient célibataires.
- ✚ Pour les 13 patientes mariées, 11 étaient accompagnées par leur mari et étaient impliqués dans le processus de traitement de leur épouse.

2. Le délai de la reconstruction mammaire :

Pour les 17 patientes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire, 13 ont bénéficié d'une reconstruction mammaire immédiate soit 76,47% des patientes et 4 patientes ont bénéficié d'une reconstruction différée soit un taux de 23,52%.

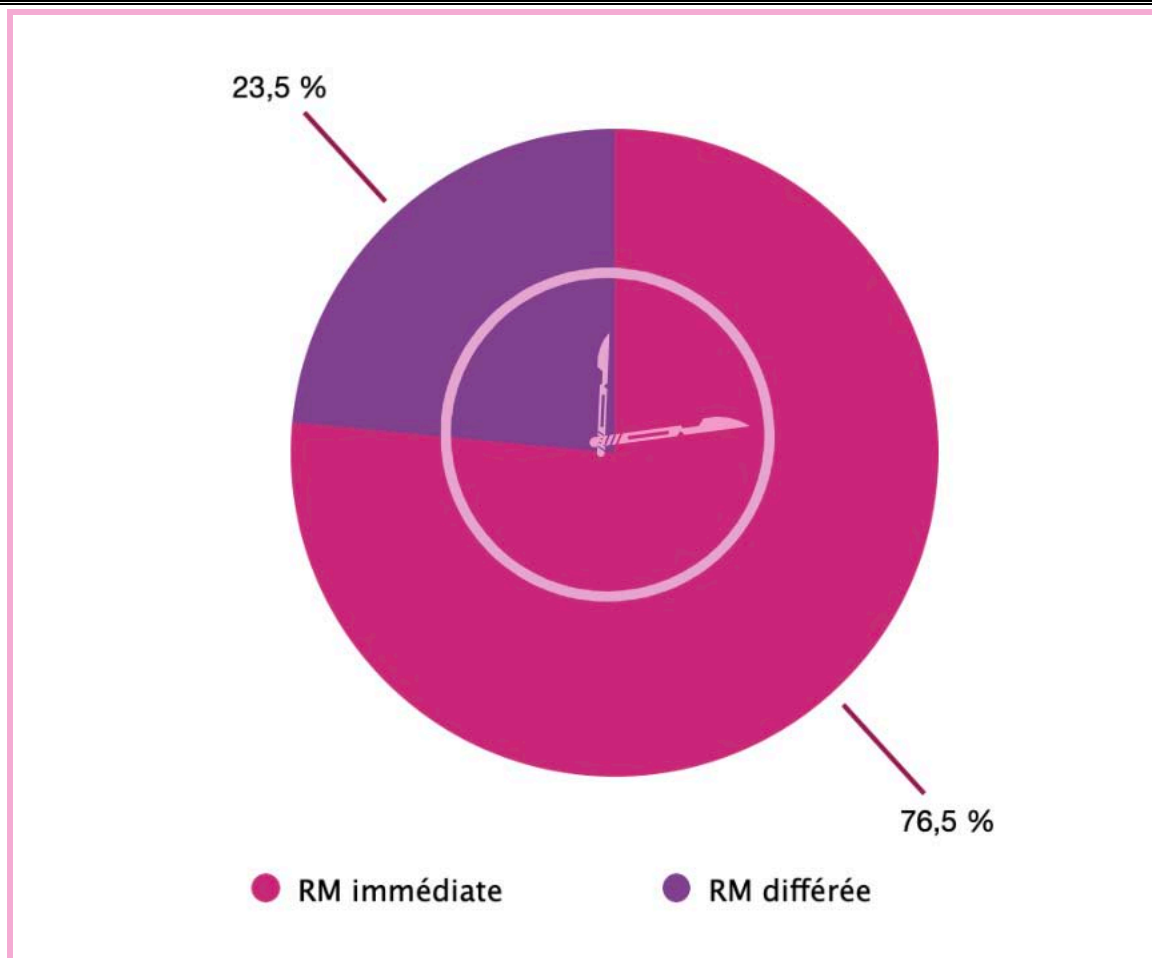


Figure 22 : répartition des patientes en fonction du délai de reconstruction mammaire

3. Bilan préopératoire :

Une consultation pré-anesthésique a été faite pour toutes nos patientes, afin d'éliminer toutes contre-indications, comprenant un examen clinique général, un bilan biologique complet, et une radio thorax et un ECG en fonction de l'âge et des antécédents de chaque patiente.

Les dessins préopératoires sur une patiente debout, ont été réalisés la veille ou le matin même du geste opératoire.

Une évaluation psychologique avec présence obligatoire du conjoint pour les femmes mariées, est également systématique avant toute reconstruction.

Toutes les patientes ont été bien informées et éclairées sur le déroulement de l'intervention et ont bien exprimé leur consentement avant le geste chirurgical.

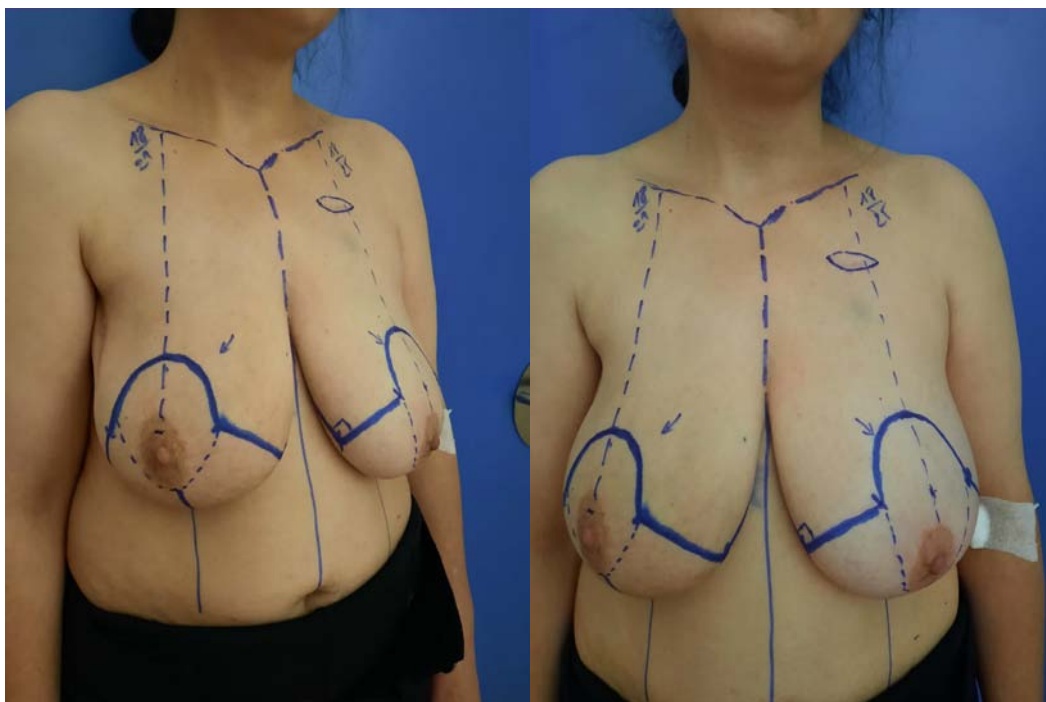


Figure 23 : Dessins pré-opératoires chez patiente n 1, présentant un cancer du sein gauche et une importante ptôse mammaire. Patiente prévue pour mastectomie bilatérale prophylactique par technique de MCEC avec réduction de la ptose, et conservation de la PAM. Incision en T inversé et reconstruction immédiate. Photo Prise au service de chirurgie Plastique et réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.



Figure 24 : Dessins pré-opératoires, chez une patiente n2 prévue pour mastectomie bilatérale avec conservation de l'étui cutané et reconstruction mammaire immédiate. Photo Prise au service de chirurgie Plastique et réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

4. Les techniques chirurgicales :

11 de nos patientes ont bénéficié d'une reconstruction par prothèse définitive, soit un taux de 64,70%. Ces patientes ont bénéficié d'une mastectomie, suivie au cours du même geste d'une reconstruction mammaire.

4 patientes ont bénéficié d'une reconstruction par prothèse d'expansion. Ces patientes avaient au préalable bénéficié d'une mastectomie, soit un taux de 23,52%.

Cependant la technique de reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal a été utilisé chez une seule patiente.

Et on a réalisé une mastectomie bilatérale avec réduction supérieure du volume mammaire, conservation de la PAM et cicatrice en T inversé chez une seule patiente.



Figure 25 : Patiente n2 ayant bénéficié, d'une mastectomie avec conservation de l'étui cutané, et reconstruction mammaire immédiate par prothèse définitive. Photo prise au service de Chirurgie Plastique et Réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

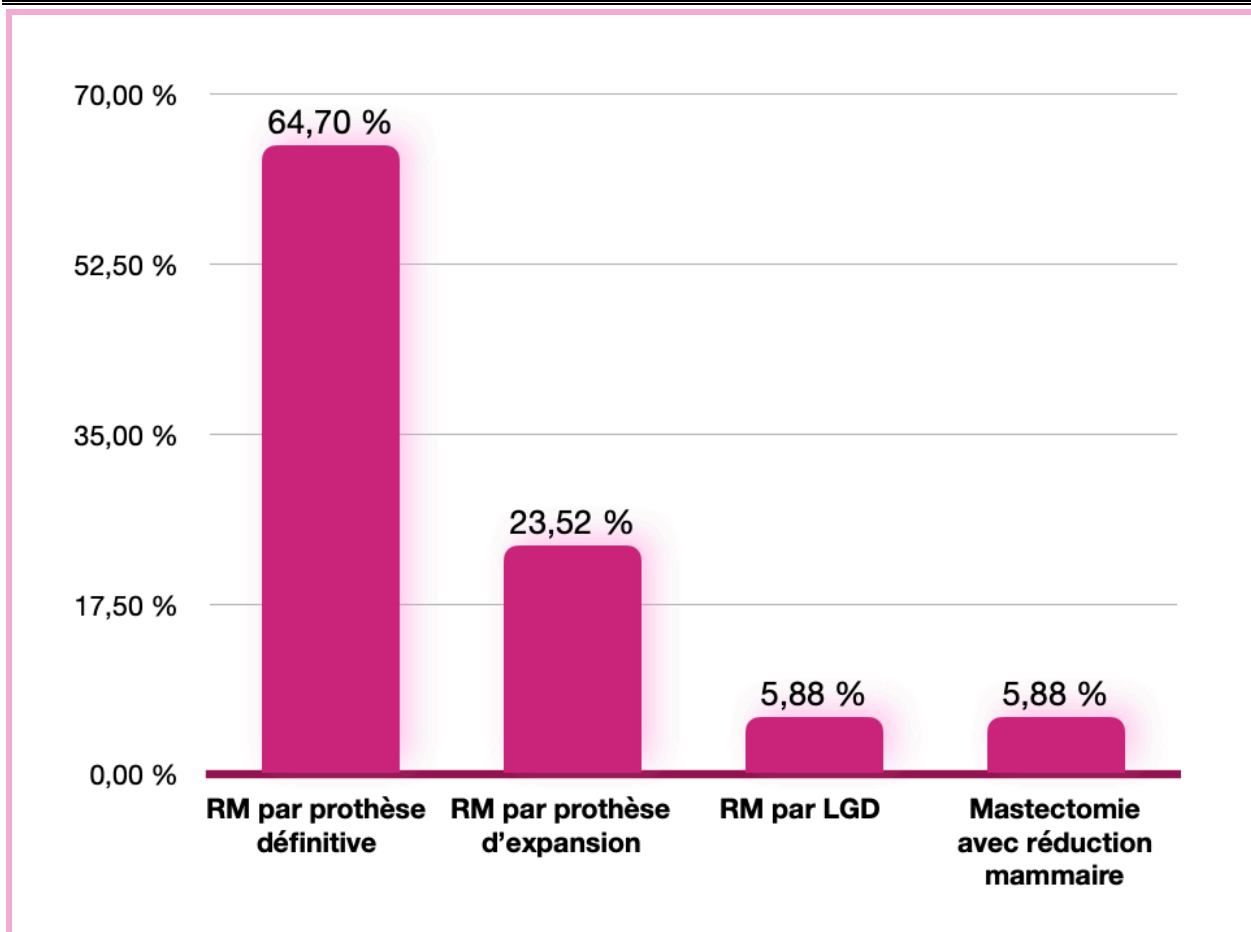


Figure 26 : Répartition des patientes en fonction de la technique de reconstruction mammaire.



Figure 27 : Résultats post-opératoires de la patiente n1. Ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire immédiate et correction de la ptôse, avec cicatrice en T inversé. Photo prise au service de Chirurgie Plastique et Réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

X. Évolution et complications :

Après reconstruction mammaire 14 des patientes de notre série ont présenté des complications, soit un taux de 82,35%.

13 patientes ont présenté des complications immédiates, soit un taux de 76,47%. Dont 8 ont présenté un épanchement séreux soit un taux de 47,05%, 4 un hématome de la loge prothétique, soit un taux de 23,52% et l'infection de la prothèse a été relevé chez une seule patiente.

Les complications tardives sont rares dans notre série, une seule patiente a présenté des signes de souffrance cutanées favorisées par la radiothérapie et une mauvaise observance des soins locaux puis rejet de la prothèse.

Tableau XI : pourcentage des complications développées par les patientes de notre série :

Complication		Effectif	Pourcentage
Immédiates	Épanchement séreux	8	47,05%
	Hématome	4	23,52%
	Infection	1	5,88%
Tardives		1	5,88%
Pas de complications		3	17,64 %
Total		17	100%



Figure 28: Signes de souffrance cutanées, avec rejet de la prothèse favorisée par la radiothérapie et une mauvaise observance des soins locaux. Photos prises au service de Chirurgie Plastique et Esthétique à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

1. Perception de la reconstruction mammaire :

1.1 Selon les chirurgiens :

La reconstruction mammaire après mastectomie, a été proposée chez toutes les patientes de notre série.

1.2 Les Motifs motivant la reconstruction :

17 patientes seulement de notre série ont bénéficié d'une reconstruction mammaire soit un taux de 25,32%.

Plusieurs motifs motivants la reconstruction mammaire après mastectomie ont été relevés chez les patientes de notre série avec souvent plusieurs motifs à la fois :

Le désir de retrouver sa féminité et de se sentir bien dans sa peau était un désir exprimé chez toutes nos patientes ;

16 patientes sur 17, soit un taux de 94,11%, ont exprimé leur désir à se sentir entière, et retrouver un équilibre.

L'envie de retrouver une vie sexuelle et conjugale normale dans 88,23%.

4 patientes ont déclaré vouloir oublier tout ce qui rappelle le cancer soit un taux de 23,52%.

Dans 47,05% soit 8 patientes, la prise de décision d'une reconstruction était influencée principalement par la volonté du conjoint à retrouver sa compagne et une vie sans cancer.

10 patientes ont eu recours à une reconstruction, car elles refusaient de porter une prothèse externe et avoir plus de liberté à porter ce qu'elles désirent;

L'envie de se sentir plus désirable ;

Reprendre une vie sociale normale ;

Tableau XII : Répartition des motifs motivants le recours à une chirurgie oncoplastique selon leur fréquence :

Le motif motivant la RM	Effectif	Pourcentage
Retrouver sa féminité, et se sentir bien dans sa peau	17	100%
Se sentir entière et équilibré	16	94,11%
Retrouver une vie sexuelle et conjugale normale	15	88,23%
Oublier tout ce qui rappelle le cancer	4	23,52%
L'influence du conjoint	8	47,05%

a) **Les motifs de refus :**

Dans notre série 50 de nos patientes ont refusé le recours à une chirurgie de reconstruction mammaire soit un taux de 74,62%.

Les motifs de refus d'une reconstruction mammaire après mastectomie, chez les patientes de notre série étaient principalement :

- Le cout cher des reconstructions mammaires et le fait qu'elles ne soient pas remboursables par les assurances maladie, est le motif de refus le plus fréquent avec un taux de 70%.

- 68% de nos patientes se considéraient trop vieilles pour une chirurgie de reconstruction et invoquent qu'à leur âge, leurs seins n'ont plus la même importance dans l'image et la perception de soi.
- Les croyances religieuses et notre contexte socio-culturel dans 26% des cas, auquel s'ajoute l'acceptation de soi chez 9 patientes soit un taux de 18%.
- L'idée de s'infliger une nouvelle chirurgie et de nouvelles cicatrices chez 13 patientes soit un taux de 26%.
- La crainte des complications a été retrouvée chez 12 patientes, soit un taux de 24%.

D'autres causes ont été relevées chez nos patientes :

- Le désinvestissement libidinal, et la ménopause.
- Le refus de tout corps étranger.
- La volonté d'affirmer sa féminité autrement.

Tableau XIII : répartition selon la fréquence des principaux motifs de refus relevés chez les patientes de notre série :

Motif de refus	Effectif	Pourcentage
Age	11	68%
Religion	5	26%
Le coût élevé	12	70%
La crainte des complications	4	24%
La crainte d'une chirurgie supplémentaire	5	26%

2. L'évaluation de la qualité de vie des patientes après reconstruction :

La qualité de vie après reconstruction a été évaluée par le questionnaire BREAST-Q. Un auto-questionnaire destiné à quantifier la satisfaction et le bien-être des patientes après la reconstruction mammaire. (Voir annexe)

Le BREAST-Q évalue le bien-être physique, psycho-social et sexuel, ainsi que la satisfaction liée au sein, au résultat, et à la prise en charge par l'équipe médicale, paramédicale et administrative.

Dans notre série 17 patientes ont répondu au questionnaire BREAST-Q, dont 7 avaient bénéficié d'une reconstruction mammaire bilatérale. Avec un recul moyen de 12 mois.

100% des patientes ayant bénéficié de la reconstruction mammaire ont répondu au BREAST-Q. L'analyse globale des résultats a été comme suit :

Tableau XIV : Analyse des scores BREAST-Q post-opératoires, des patientes de notre série avec calcul des moyennes :

Module d'évaluation	Nombre de patientes	Score	Moyenne
Satisfaction de l'aspect des seins et du résultat esthétique /16	15	14	13,52
	1	11	
	1	9	
Bien-être psychosocial /50	11	47	42,94
	3	42	
	2	33	
	1	21	
Bien-être physique /80	10	61	57,05
	2	58	
	4	43	
	1	72	
Bien être sexuel /36	9	27	24,05
	5	23	
	3	17	
Satisfaction par rapport au chirurgien /48	17	48	48
Satisfaction par rapport au personnel para médical /28	14	22	21,82
	3	21	
Satisfaction par rapport au personnel administratif /28	12	28	26,76
	2	22	
	3	25	



Discussion



I. Historique de la reconstruction mammaire :

1. Un premier pas vers la reconstruction mammaire :

Bien que la nécessité de la mastectomie dans le traitement des cancers du sein soit évidente depuis de nombreuses années, la reconstruction mammaire chez les patientes traitées au préalable par mastectomie, n'est reconnue comme option réalisable que depuis un peu plus d'un siècle [188]. Grâce à ses nombreux avantages psychologiques, la reconstruction mammaire post mastectomie est devenue une partie intégrante dans la guérison et la gestion des cancers du sein. [189]

Grâce à l'évolution des connaissances en anatomie et le progrès qu'ont connu les techniques chirurgicales de reconstruction, plusieurs options esthétiques sont actuellement disponibles. [190]

L'échec des premières options autologues, ont conduit au développement d'un éventail de nouvelles techniques, dont l'utilisation de la prothèse, la reconstruction par transfert de tissus libres. Ceci a permis d'améliorer les résultats esthétiques, diminuer la morbi-mortalité liées au geste opératoire, et principalement améliorer la qualité de vie des patientes et répondre à leurs attentes. [188]

À la fin du 19^e siècle, le traitement du cancer du sein fait référence à la chirurgie mutilante de Halsted, dont le principe était une amputation large du sein, des muscles pectoraux sous-jacents et des ganglions axillaires. [212]

En 1896, le Professeur I. Tansini [210], en désaccord avec Halsted, décrit le lambeau cutané dorsal pour recouvrir la paroi thoracique. Tansini, voyant que ce lambeau cutané dorsal

présentait souvent des nécroses distales, continue ses recherches et décrit en 1906 le premier lambeau musculo-cutané du grand dorsal. [210]

Cette découverte majeure marque le premier pas vers la reconstruction mammaire même si à l'époque le but, n'était pas de refaire un sein mais de traiter les séquelles du geste carcinologique. [211]

2. L'évolution des techniques de reconstruction mammaire :

On attribue à Czerny, [201] d'avoir été le premier à remplacer le volume du sein par un lipome. Verebely en 1914 et ensuite Bartlett 1917 ont rapporté une série de greffe de graisse autologue comme "substitut anatomique du sein féminin".

La reconstruction mammaire après une mastectomie totale nécessite une sous-constitution cutanée en plus de la restauration du volume.

La première tentative a consisté à déplacer une partie de l'autre sein sur la paroi thoracique. Legueu (1898) [202] et Morestin (1903) [203], suivis par d'autres auteurs qui ont publié des rapports sur cette méthode, qui conduisait à un seul grand moule inesthétique au milieu de la paroi thoracique [204,205]. La procédure a été abandonnée pour des raisons oncologiques en raison de la fréquence des cancers bilatéraux et des mauvais résultats esthétiques.

Les lambeaux cutanés locaux ont été initialement utilisés pour la couverture cutanée après mastectomie à la fin du 19ème siècle. [206,207]

Ombredanne (1906) a utilisé le muscle petit pectoral après sa désinsertion du processus coronoïde pour créer une masse musculaire arrondie, qui a été recouverte par un lambeau cutané thoraco-abdominal rotatif [208,209]. En 1906, Tansini a conçu le lambeau de latissimus dorsi pour couvrir le défaut de la paroi thoracique [210]. Il n'a été réintroduit qu'en 1976 par Olivari comme outil de reconstruction mammaire avec un implant supplémentaire. [211] Les premières tentatives utilisant des lambeaux autologues présentaient d'importantes lacunes et

ces longues interventions ont laissé des cicatrices importantes avec des résultats décevants.

[191]

Ce n'est qu'à partir du début des années 1960, que les techniques de reconstruction ont rapidement évolué ;

En 1963, l'utilisation des prothèses mammaires en silicone placées en position pré-pectorale, a été introduite par Cronin et Gérow. [192]

En 1978 Radovan [193] invente le « skin expandeur » qui permet de recréer une loge mammaire après expansion cutanée. Parallèlement les connaissances anatomiques se précisent notamment en ce qui concerne la vascularisation des lambeaux.

En 1976, Olivari [211] redécouvre le lambeau musculo-cutané de grand dorsal décrit par Tansini.

En 1977, Schneider [194] l'applique en reconstruction mammaire associé à un implant. Bostwick publie en 1978 une première série importante. [195, 101]

A la fin des années 1970, après plusieurs travaux par différents auteurs sur le lambeau musculo-cutané du grand droit de l'abdomen, Hartrampf, en 1982, décrit pour la première fois la reconstruction mammaire par le TRAM flap (Transverse Rectus Abdominis Musculotaneus flap) [196].

Et pour la première fois, la grande quantité de tissu mobilisable autorise des reconstructions mammaires volumineuses. De la même façon, ce lambeau offre des résultats esthétiques uniques à l'époque et devient rapidement le « gold standard » des reconstructions mammaires.

Avec l'évolution des technologies, se développe la microchirurgie, en 1976, Fujino [197] utilise un lambeau libre musculo-cutané fessier supérieur en reconstruction mammaire suite à une mastectomie de Halsted.

En 1980, Le Quang [198,199] décrit le lambeau libre du muscle fessier inférieur.

Et ce n'est qu'en 1994 qu'Allen et Treece [200] introduisent le DIEP flap (Deep Inferior Epigastric Perforator's flap) en reconstruction mammaire.

3. Évolution des mentalités :

Malgré des études bien menées au cours des années 1955, montrant les conséquences psychologiques dévastatrices de la mastectomie. [191], le recours à une reconstruction était considéré comme une préoccupation, de femmes considérées à l'époque comme immatures, narcissiques ou superficielles. [213]

Watson un médecin célèbre déclarait : « Le traumatisme psychologique est généralement le produit de l'enquête et non l'expression de la patiente..» Il rajoute également : « Nous sommes étonnés par les passions thérapeutiques suscitées par ce qui est une affliction d'un appendice superficiel utilitaire facilement jetable..» [214]

Ces commentaires illustrent bien le déni et la présence de sexisme dans le monde médical au cours des années 1960. [215] Ce qui empêchaient, certaines femmes à ne pas demander par crainte de paraître ingrates.

Ce contexte social et médical dominé par le sexisme a longtemps constitué un obstacle au développement de la reconstruction mammaire. Il n'est pas surprenant que la reconstruction mammaire ne soit pas couverte par les assurances médicales dans la plupart des pays. En Suisse, par exemple la couverture de la reconstruction mammaire après mastectomie pour cancer du sein par les compagnies d'assurance médicale n'est devenue obligatoire qu'en 1984. [191]

II. Rappel Anatomique:

1. Anatomie descriptive du sein :

La connaissance parfaite de l'anatomie des glandes mammaires trouve tout son intérêt lors des chirurgies de reconstructions en particulier, celles réalisées sur des patientes préalablement traitées par mastectomie. Elle comprend la peau, la graisse, le tissu fibroglandulaire, le tissu mammaire, et les structures neurovasculaires, toutes sont situées au-dessus de la paroi thoracique.

1.1 Situation et limites : [6]

Le sein repose sur la face antérieure de la paroi thoracique. Ses limites anatomiques sont la deuxième ou troisième côte en haut et le pli sous mammaire en bas, transversalement le sein s'étend du bord latéral du sternum médialement à la ligne médio-axillaire latéralement. Quant au mamelon, il se projette généralement en regard du quatrième espace intercostal chez la femme nullipare, mais lorsque les seins sont pendants sa position devient inconstante.

En profondeur, environ deux tiers du sein repose sur le muscle grand pectoral et sur le serratus en haut, en bas, il s'étend sur la partie supérieure de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen. Il est entièrement contenu dans le fascia superficialis dont la couche sous-cutanée se situe immédiatement dans la profondeur du derme, il constitue le plan de soulèvement des lambeaux cutanés lors des mastectomies.

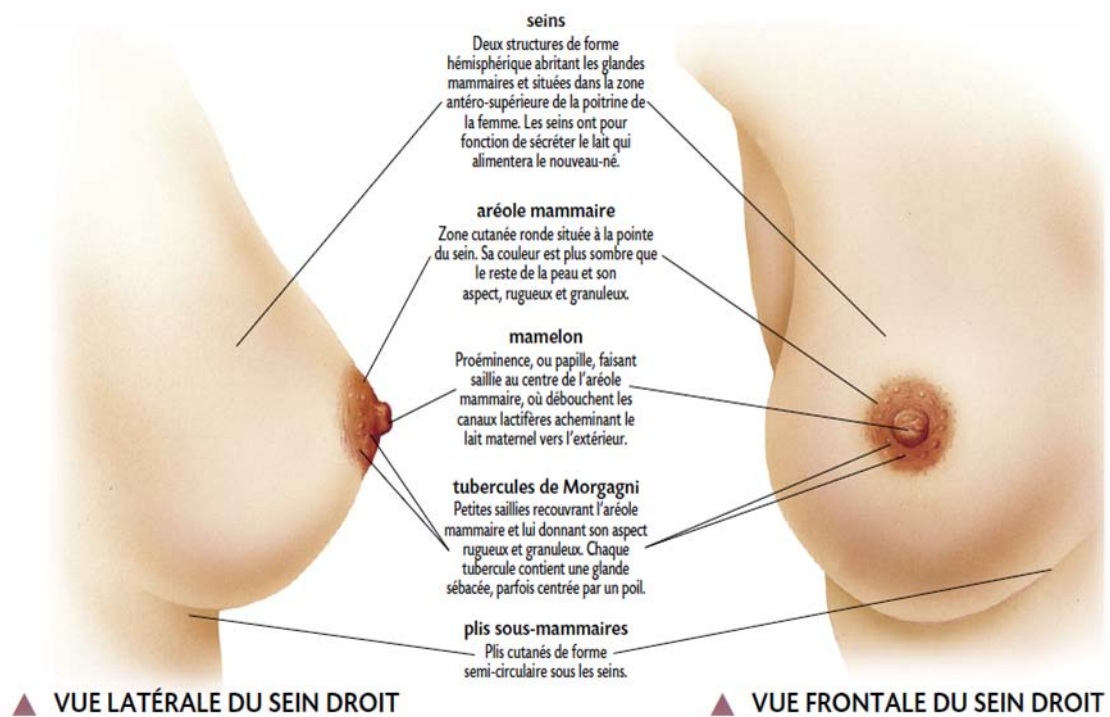


Figure 29 : Représentation de la situation du sein, ses limites, la plaque areolomamelonnaire. Vue de face et de profil [3]

1.2La peau : [6]

L'étui cutané du sein est d'épaisseur variable, la peau est plus épaisse à la périphérie, et très fine au niveau du sillon sous mammaire, et au pourtour de l'aréole où elle est étroitement

liée à la glande par des tractus fibreux. Elle est dédoublée par le muscle mamillaire fait de fibres circulaires prédominantes, et de fibres radiées moins abondantes, dont la contraction participe à l'expulsion des produits de sécrétion. [6] Ceci est à prendre en compte lors des interventions de désépidermisation, qui doivent être plus prudentes et superficielles à mesure que l'on s'approche de l'aréole. Ceci retient également sur la qualité et la stabilité du résultat d'un geste de chirurgie plastique et plus particulièrement lors de la correction des hypertrophies et des ptoses, en effet plus la peau est fine, meilleur sera le résultat morphologique, avec des cicatrices, certes plus courtes en cas de réduction de l'étui cutané, mais volontiers hypertrophiques. Cependant lorsque la peau est fine, avec un derme aminci, la stabilité morphologique du résultat est compromise, avec un plus grand risque de récurrence de la ptose, mais dans ce cas les cicatrices sont plus fines. [6]

2.1 Le tissu glandulaire : [6]

Les lobules constituent l'unité de base du tissu glandulaire, et sont faits d'acini regroupés autour de canaux alvéolaires dans lesquels ils se jettent. Ils forment un lobe mammaire lorsqu'ils sont regroupés autour d'un même canal intra-lobulaire.

Chaque canal galactophore présente à sa terminaison un renflement « sinus lactifère » et convergent tous vers le mamelon où ils débouchent par les pores galactophores.

La constitution du sein fait que les éléments glandulaires prédominent à la périphérie, tandis que les éléments excréteurs et le tissu conjonctif prédominent à la partie centrale de la glande. Le tissu glandulaire lui-même n'est réparti de façon homogène, l'essentiel du tissu glandulaire est concentré dans le quadrant supéro-externe, cette répartition hétérogène expliquerait la localisation fréquente des cancers du sein et de la majorité des pathologies bénignes du sein à ce niveau.

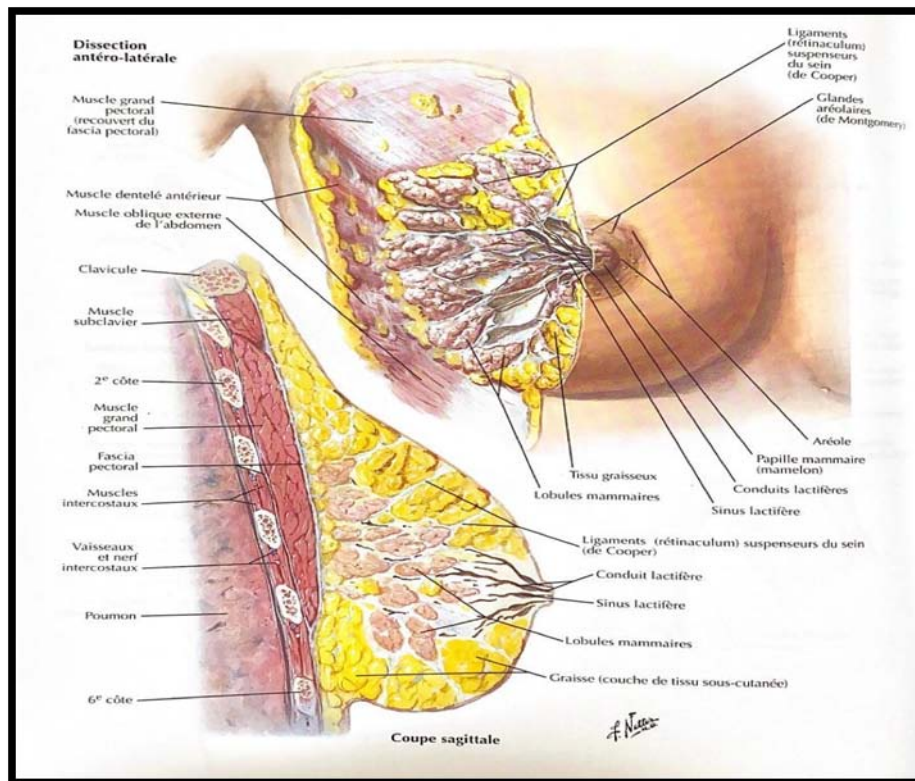


Figure 30 : Coupe sagittale et frontale de la glande mammaire, avec visualisation du tissu glandulaire , le tissu adipeux et les sinus lactifères [5]

2.2 Le tissu adipeux : [6]

L'origine ectodermique du tissu adipeux intra glandulaire explique sa cohésion au tissu adipeux sous cutané. La quantité de tissu adipeux est variable, en fonction de la masse graisseuse générale, l'âge, la grossesse et l'allaitement. De même que l'épaisseur du pannicule adipeux sous cutané, diminue de la périphérie vers la région aréolaire, où la glande n'est plus séparée des téguments, de l'aréole, et du mamelon que par du tissu conjonctif et par le muscle aréolaire. Plus en arrière le tissu adipeux est situé en avant du fascia superficialis, il devient moins abondant, mais reste tout de même fortement intriqué au tissu glandulaire.

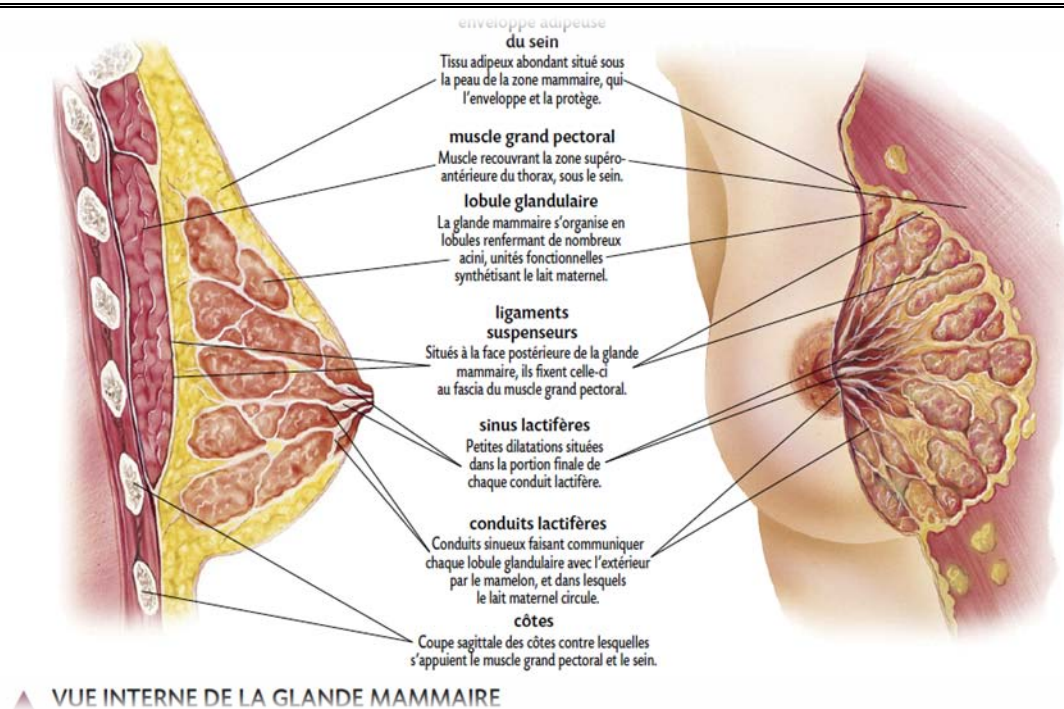


Figure 31 : Tissu glandulaire mammaire, tissu adipeux et sinus lactifères sur une vue frontale et sagittale [3]

2.3 Tissu conjonctif : [6]

La glande mammaire ne possède pas de capsule fibreuse proprement dite. Elle est contenue entre les deux feuillets du fascia superficialis. L'un pré-glandulaire et l'autre retro-glandulaire la séparent du plan musculaire. Le fascia superficialis émet des bandes de tissu conjonctif, qui se terminent dans le derme, qui sont perpendiculaires à la peau et qui l'attachent aux éléments sous-jacents : ce sont les ligaments de Cooper, dont l'attraction et l'envahissement par un processus néoplasique expliquent les phénomènes de rétraction cutanée et de peau d'orange, justifiant le préjudice cutané en regard de la lésion. Lors des interventions de mammectomie la composante pré-glandulaire du fascia superficialis devient difficilement individualisable à mesure que l'on atteint la limite périphérique de la glande en raison de l'existence des crêtes de Duret prolongées par les ligaments de Cooper. Mais il est relativement plus facile de trouver un plan de clivage entre le pannicule adipeux sous cutané et le tissu glandulaire lorsque la patiente est mince et que le tissu glandulaire est prédominant au sein de la glande.

2.4 La plaque aréolo-mamelonnaire :

a. L'aréole : [2]

De forme approximativement circulaire et d'un diamètre moyen de 35 à 50 mm. L'aréole est riche en cellules pigmentaires, et faite exclusivement de derme fibroélastique. Sa surface est hérissée par les tubercules de Morgagni. Et sur sa face interne elle est dédoublée par le muscle de l'aréole.

L'incision d'une voie d'abord aréolaire arciforme est généralement placée au niveau de la zone de changement de coloration entre la plaque aréolaire et le reste de la peau, et qui laisse généralement une cicatrice de très bonne qualité malgré qu'elle soit peu nette. Les nombreuses variations de coloration de l'aréole trouvent leur intérêt lors des tatouages dans les reconstructions d'aréole, qui offrent plus de variation et permettent d'estomper le pigment en périphérie.

b. Le mamelon : [2]

Ou également appelé papille mammaire, est placé au centre de la plaque aréolaire. Il est de forme et de dimensions variables (étalé, cylindrique, conique ou parfois ombiliqué). A sa surface s'abouchent 15 à 25 canaux galactophores.

Une ombilication permanente et ancienne du mamelon, est liée à la brièveté des canaux galactophores, et n'a de valeur péjorative, que lors de l'allaitement. Cependant l'apparition d'une ombilication récente et irréductible est signe de développement d'un processus pathologique sous-jacent.

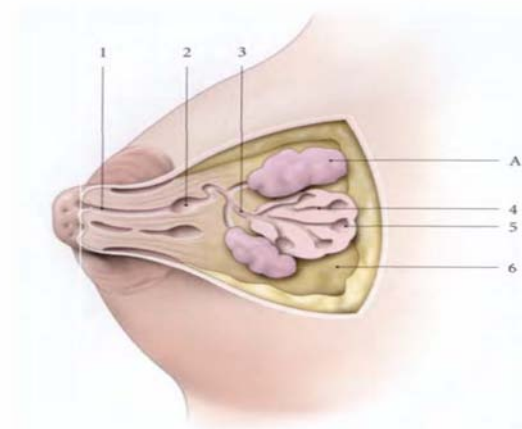


FIG. 4.13. Constitution d'un lobe mammaire

A. un lobule
1. conduit lactifère
2. sinus lactifère
3. conduit lactifère intralobulaire
4. conduit lactifère intralobulaire
5. acinus
6. acinus

Figure 32 : Constitution d'un lobe mammaire [9]

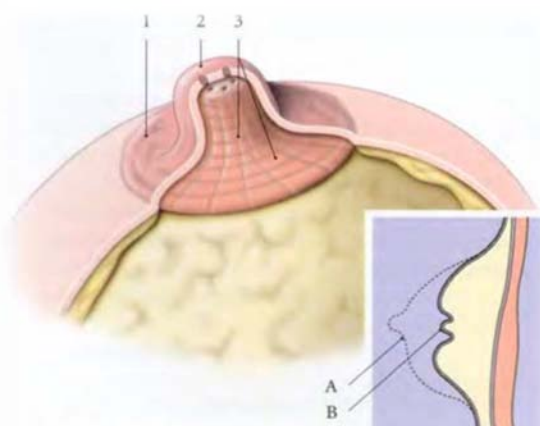


FIG. 4.7. Mamelon

Cartouche : coupe sagittale

A. mamelon normal
B. mamelon ombiliqué
1. aréole
2. ostium papillaire
3. m. sphincter de la papille

Figure 33 : Représentation du mamelon avec coupe sagittale [9]

2.5 Les moyens de fixité du sein : [6]

En raison de ses étroites connexions avec la glande grâce aux ligaments de Cooper, la peau est le seul système de soutien du sein. Et plaque aréolo-mamelonnaire représente la « clef de voûte » de ce système, c'est le point de convergence de toutes les cloisons fibreuses intra-glandulaires, et l'endroit où les adhérences tissu glandulaire – peau sont les plus intimes en raison de l'absence de pannicule adipeux sous-cutané à ce niveau.

L'absence d'autres moyens de soutien efficaces, explique l'apparition de ptose lorsque les limites d'étirement des fibres élastiques de la peau sont dépassées, aggravée par une surcharge pondérale, ou par le développement glandulaire lors d'une grossesse.

2.6 Vascularisation et drainage lymphatique :

1.8.1 Artères : [4]

Le sein est alimenté par trois grandes voies artérielles :

- Les branches intercostales perforantes antérieures : proviennent de l'artère mammaire interne. Elles assurent l'irrigation de la partie médiane et centrale, qui représentent 60 % de l'apport sanguin total du sein.

- Les branches de l'artère thoracique latérale : provenant de l'artère axillaire, et les branches pectorales de l'artère thoraco-acromiale, également branche de l'artère axillaire. Elles alimentent le quadrant supéro-externe du sein et sont responsables de 30% de l'approvisionnement sanguin du sein.
- Les branches des artères intercostales : postérieures fournissent du sang au reste du sein.

Cette vascularisation est disposée en trois réseaux : un réseau sous dermique, un réseau pré-glandulaire et un réseau retro-glandulaire (insérer image artères)

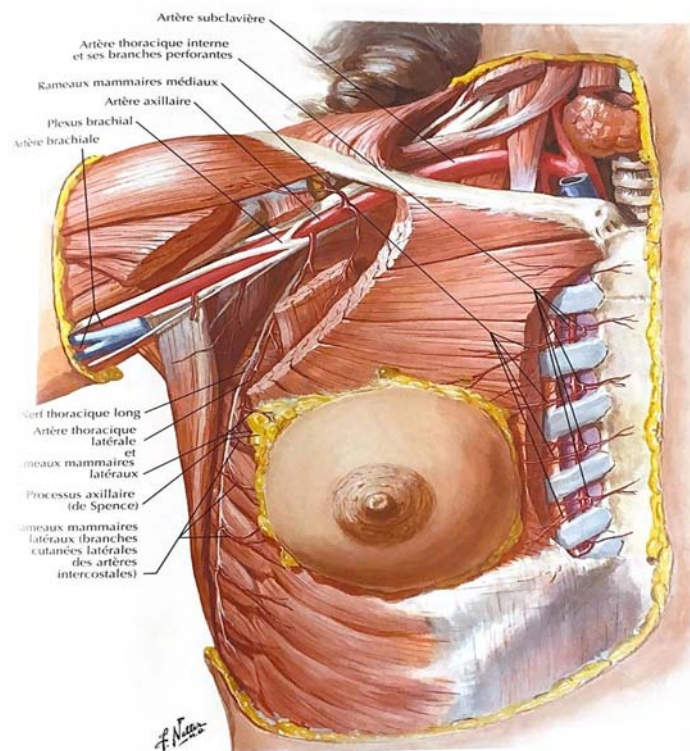


Figure 34 : Vascularisation artérielle du sein.

situation du sein par rapport au muscle grand pectoral et sa projection costale. [8]

1.8.2 Veineuse : [9]

La connaissance du trajet veineux est d'un intérêt capital, car il représente une voie rapide de métastase par embolie carcinomateuse. Les veines du sein s'organisent en deux réseaux :

- Un réseau sous cutané : les veines forment un cercle péri aréolaire quasi constant, et se drainent vers les veines jugulaires externes, céphaliques et sous cutanée de l'abdomen. Elles deviennent plus apparentes lors de la grossesse.
- Un réseau profond : Anastomosé au précédent, il est situé entre les septums interlobulaires et interlobaires. Il présente trois voies de drainage.
 - Un drainage latéral : via les veines thoraciques latérales dans la veine axillaire.
 - Un drainage médial : vers les veines thoraciques internes, qui drainent également la plèvre pariétale et constituent une voie métastatique pulmonaire.
 - Un drainage postérieur : vers la veine azygos à droite et l'azygos accessoire à gauche par les veines intercostales. C'est aussi la voie des métastases pulmonaires, osseuses, et probablement ovariennes.

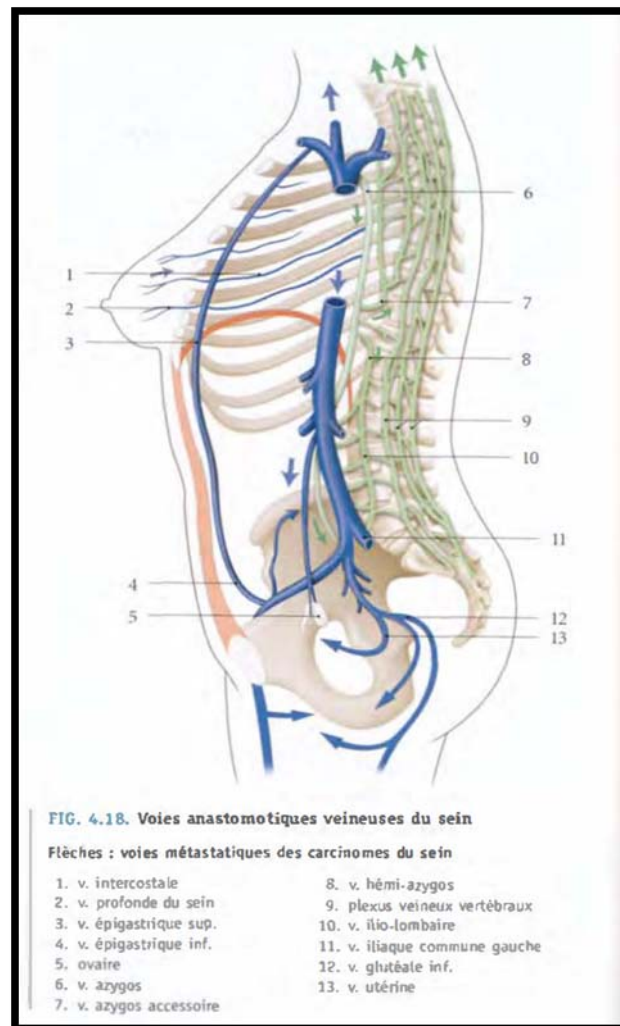


Figure 35 : représentation des voies anastomotiques veineuses du sein et des voies métastatiques [9]

1.8.3 Lymphatiques : [9]

a. Le drainage lymphatique latéral

➤ Les collecteurs axillaires :

Ils se subdivisent en quatre pédicules :

- **Le pédicule thoracique latéral** : il constitue la principale voie de drainage. Formé de deux à cinq vaisseaux. Il draine aussi les régions infra mammaire et hypochondriaque, ce

drainage commun entre le sein et le foie explique la fréquence des métastases hépatiques dans les cancers du sein.

- **Le pédicule central** : rejoint les nœuds centraux. Ils sont facilement palpables, contre le grill costal, derrière les muscles pectoraux.
- **Le pédicule retro pectoral** : entre les muscles pectoraux en avant et le dentelé en arrière. Il rejoint les nœuds apicaux et intepectoraux.
- **Le pédicule subscapulaire** : constitue une voie de drainage accessoire.

➤ **Le lymphocentre axillaire :**

Ce drainage est de type centrifuge, il est responsable de 75% du drainage lymphatique mammaire. Il est divisé en six groupes :

- Les nœuds para mammaires.
- Les nœuds subscapulaires.
- Les nœuds interpectoraux.
- Les nœuds latéraux : drainent également les nœuds brachiaux, d'où l'intérêt de les préserver lors des curages ganglionnaires afin d'éviter les lymphocèles du membre supérieur.
- Les nœuds centraux.
- Les nœuds apicaux.

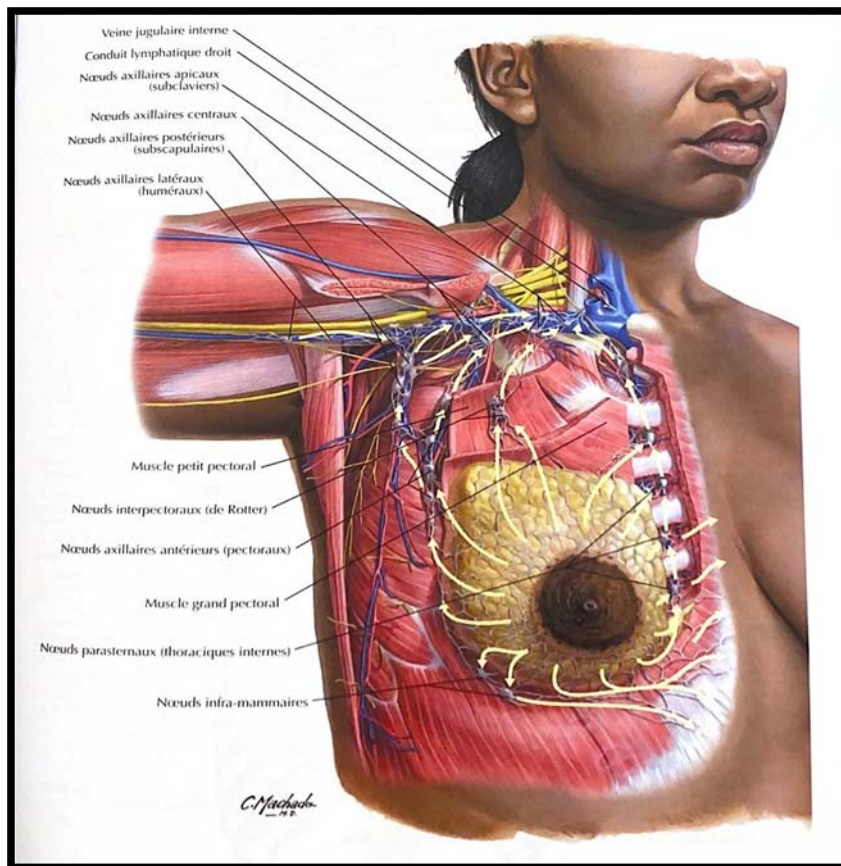


Figure 36 : les voies de drainages lymphatiques du sein [8]

➤ **Les lymphocentres chirurgicaux :**

En pratique chirurgicale, on peut les regrouper en trois centres par rapport au muscle petit pectoral : infrapectoral, retropectoral, et suprapectoral.

b. Le drainage lymphatique médial

Les collecteurs mammaires parasternaux : forment le pédicules prépectoral et le pédicule infra pectoral et aboutissent aux lymphocentres parasternaux.

Ils drainent la partie médiane de la glande mammaire, mais aussi la paroi abdominale profonde, la face diaphragmatique du foie et les nœuds prépéricardiques qui drainent aussi le foie.

c. Le drainage lymphatique postérieur :

Est essentiellement assuré par deux pédicules : interpectoral et transpectoral.

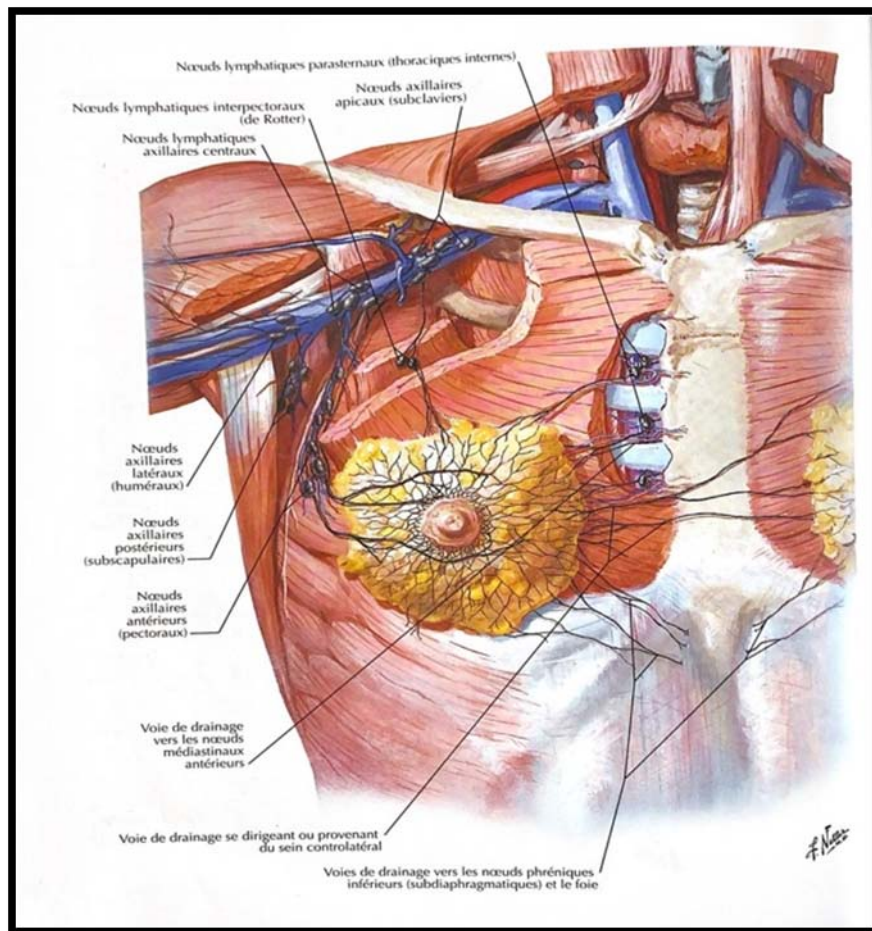


Figure 37 : Les voies de drainages lymphatiques du sein. [8]

2. ANATOMIE ARTISTIQUE DU SEIN

Le sein représente une figure emblématique de la beauté féminine. Bien que la chirurgie esthétique et reconstructive du sein ait fait couler beaucoup d'encre, il n'existe toujours pas de consensus sur les attributs d'un sein idéal. En effet le « sein idéal » n'existe pas. Le but principal d'une chirurgie plastique ou réparatrice, doit avant tout être la satisfaction de la patiente. La reconstruction est alors optimale lorsque des mesures appropriées sont prises en compte et que les proportions anthropométriques ainsi que les rapports harmonieux et attrayants entre le sein et la silhouette générale sont respectés. [10]

2.1 La forme tridimensionnelle du sein, paramètres de l'esthétique mammaire et mesures anthropomorphiques :

L'anthropométrie classique, telle que décrite par le sculpteur du XIXe siècle Carlo Rochet, a défini les proportions "idéales" du contour du corps. Elle place les mamelons à mi-distance entre le menton et l'ombilic, avec des distances menton-mamelon, mamelon-ombilic et ombilic-pubis égales à la hauteur de la tête [12].

L'empreinte, le cône, la position et la forme du sein jouent un rôle important dans la détermination de l'esthétique du sein. La position de l'échancrure sternale, du milieu de la clavicule, du mamelon, du sternum, de la base du sein, de la ligne axillaire antérieure, de la largeur de la partie supérieure de la poitrine, de la largeur du milieu de la poitrine, de la largeur de la partie inférieure de la poitrine, de la longueur clavicule-mamelon, de la longueur échancrure sternale-mamelon, de la longueur du bras et de la longueur mamelon-FMI ont toutes été proposées comme des paramètres importants pour évaluer les proportions esthétiques du sein idéal. [15,17,19]

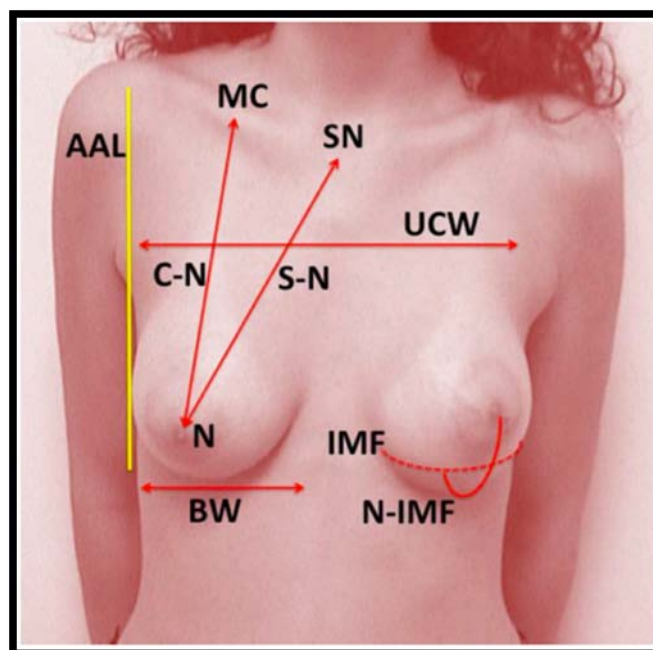


Figure 38: Repères et mesures bi dimensionnelles : SN sternal-notch, MC mid-clavicle, N nipple, IMF infra-mammary fold, S-N sternal notch to nipple distance, C-N mid-clavicle to nipple distance, N-IMF nipple to infra mammary fold distance, BW breast width, UCW upper chest width, AAL anterior axillary line. [10]

2.2 Les bords du sein :

2.2-1 Les bords supérieur et latéral (mobiles) :

La base d'implantation est généralement située le long de la ligne de lait, elle est variable selon le somatotype de la femme. Idéalement la bordure supérieure du sein, très mobile se situe au niveau de la ligne pré axillaire, le bord latéral tout aussi mobile, se situe à hauteur de la ligne axillaire. [10]

2.2-2 Les bords inférieur et médial (fixes) :

En revanche les bords latéral et médial sont plus fixes. Le bord inférieur défini par le sillon sous mammaire, est le repère visuel le plus important. Il doit idéalement être situé à hauteur de la sixième cote et doit former un angle aigu avec la paroi thoracique. La position du sillon sous mammaire est aussi importante dans la détermination du degré de ptose. [1,18,21,23]

Le bord médial et le décolleté sont rarement pris en compte dans la perception l'esthétique du sein, bien que la distance inter-mammaire et la symétrie médiane sont des éléments importants de l'esthétique du sein. Une distance moyenne de 1.7 ± 0.4 cm (une fourchette de 1 à 2.8 cm), au niveau de la quatrième cote est perçue comme très esthétique comme l'ont décrit Serra-Mestre et al. [25]

2.3 La plaque aréolo-mammelonnaire :

Repère important dans la définition des proportions esthétique par rapport à la hauteur du tronc. [18,25]. Selon Brown et al. [27] la position horizontale du mamelon est latérale à la ligne médio-claviculaire d'environ 2.5 cm. La position verticale inférieure à la ligne médio-humérale d'environ 4 cm. [26,27]. De façon plus pratique la PAM est placée à la face antérieure du sein, à hauteur présumée de sillon sous-mammaire.[18] Plus précisément, et plus esthétiquement, la position de la PAM peut être calculée géométriquement par la formule : $SN^2 = PB^2 + SP^2$. (SN : la distance sternum mamelon ; PB : l'intersection entre la ligne médiane et le méridien du SSM ; SP : la distance entre l'échancrure sternale et le SSM). [28]

2.4 La forme idéale du sein :

Malluci et Branford ont mené une étude afin de définir quatre caractéristiques essentielles de l'esthétique du sein. [2]

- La proportion du pôle supérieur par rapport au pôle inférieur.
- L'angulation du mamelon.
- L'inclinaison du pôle supérieur.
- La convexité du pôle inférieur.

Ils ont conclu que dans « le sein idéal » et attrayant :

- Le pôle inférieur est invariablement plus plein que le pôle supérieur.
- Que le méridien horizontal du mamelon se trouve de telle sorte à ce qu'en moyenne la proportion du sein est de 45% au-dessus et de 55% au-dessous [45 :55].
- Le pôle supérieur est soit droit dans 61% dans cas, soit concave dans 33% des cas.
- L'angulation du mamelon est vers le haut par rapport à l'horizontale à angle moyen de $20^{\circ} \pm 7^{\circ}$.

Ce système d'évaluation reste cependant affaibli par la subjectivité. [13]

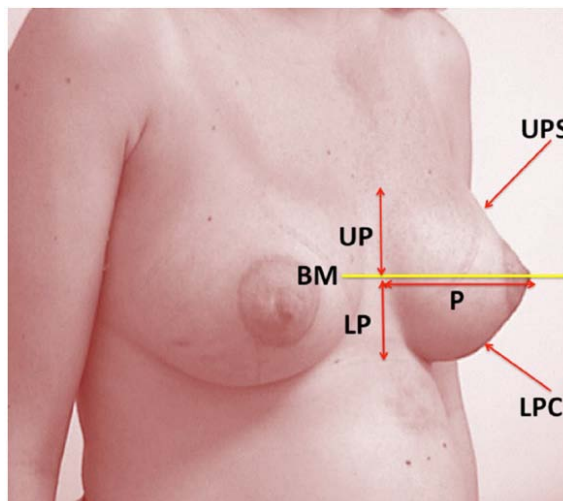


Figure 39: BM breast meridian, UP upper pole, LP lower pole, UPS upper pole slope, LPC lower pole convexity, P projection. [10]

2.5 La taille idéale du sein :

La taille des seins est indéniablement un facteur déterminant de l'attractivité et de l'esthétique des seins. Néanmoins le principal facteur déterminant reste la forme. La taille de sein idéale varie en fonctions des régions et des cultures. En général, une plus grande attractivité est associée à une taille de sein moyenne à grande (bonnet C à D). Mais seule une taille de poitrine proportionnelle au reste du corps répondra à la majeure partie des critères d'attractivité, prenant en compte l'IMC, le rapport hanche/taille, buste/sous-buste et buste/taille. [33,34,35]

2.6 L'asymétrie :

Il n'existe pas de véritable symétrie bilatérale. L'asymétrie modérée est fréquente et physiologique et n'influence pas l'attractivité. Mais lorsqu'il s'agit de l'excès ou du manque de volume d'un sein rapport à l'autre, une plastie peut s'imposer afin de corriger l'anomalie. [6,14 10]

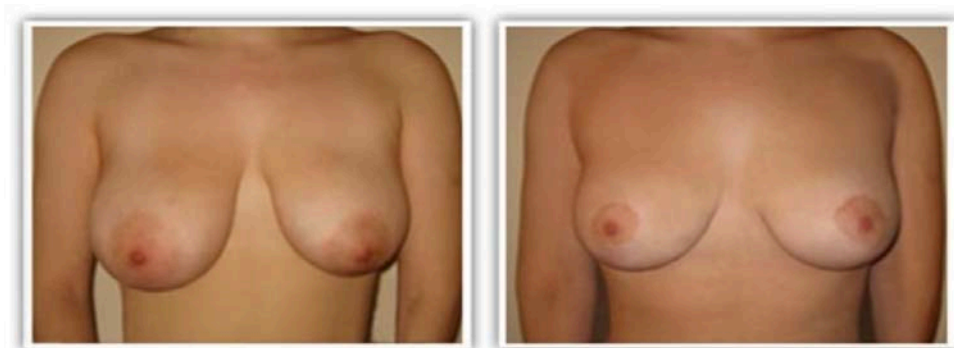


Figure 40 : Asymétrie mammaire traitée par réduction et correction ptose. [14]

2.7 L'harmonie de la silhouette :

Nicolas Guégun, professeur de Psychologie Sociale et Sciences Cognitives à l'Université de Bretagne Sud, a mené une étude anthropomorphologique sur une série de 70 volontaires d'âge, et de taille différents, et dont certaines ont déjà été traitées par mastectomie. A l'issue de cette étude, le buste idéal est celui :

D'une jeune femme de 27 ans, qui a eu une grossesse sans allaitement, non ménopausée et non opérée des seins. Elle mesure 163,4 cm, pèse 55,4 kg avec un BMI à 20,9. Sa taille de soutien-gorge est 90, avec un bonnet C. Elle porte du 38 en haut et en bas. La hauteur de son tronc est de 48,6 cm. Son tour de poitrine est de 89,6 cm, sous-poitrine de 76,5 cm, son tour de taille est de 70 cm, son tour de hanches de 94,4 cm. Sa base fait 17,8 cm, la flèche 18,45, un rapport flèche/hauteur du tronc à 0,387. Et avec une bonne qualité de peau. [10]

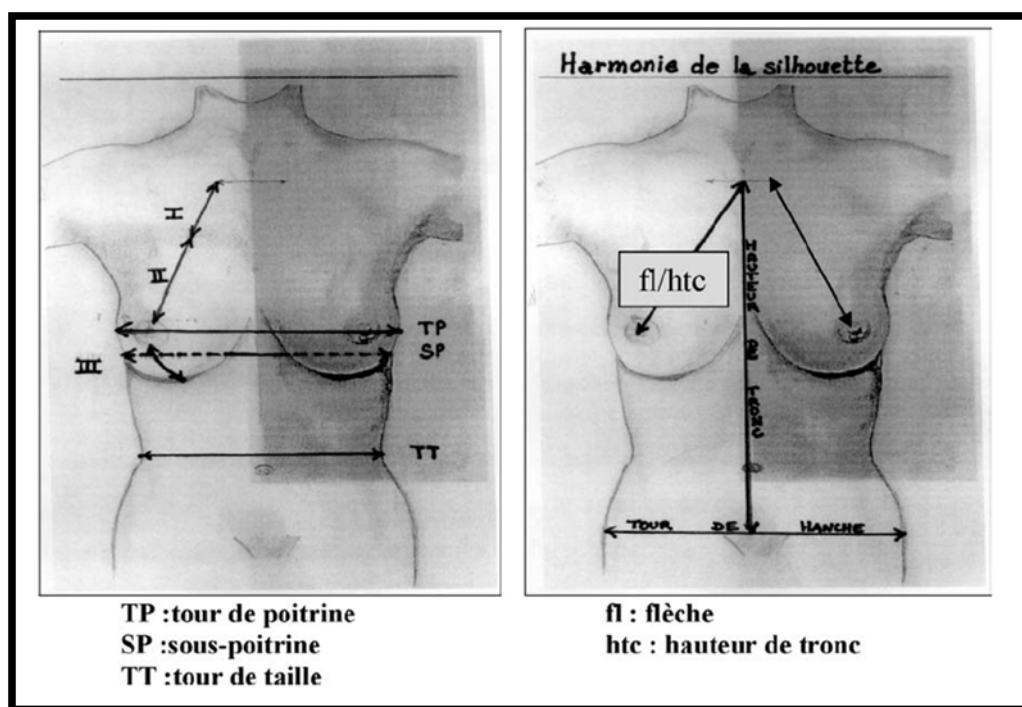


Figure 41 : La morphométrie des seins [10]

On prétend que l'image parfaite de la beauté correspond au désir de la patiente. En prenant compte de ses besoins psychologiques, ses attentes et ses préoccupations. Une plastie mammaire doit toujours rester réaliste en tenant compte de l'harmonie entre les proportions du sein et de la silhouette générale. [43,35].

III. Généralités sur le cancer du sein :

1. Épidémiologie

1.1 Épidémiologie descriptive :

a) Situation mondiale :

Le cancer du sein présente 24,5% d'incidence et 30,3% de prévalence de l'ensemble des cancers féminins dans le monde. Avec 2.2 millions de nouveaux cas, de cancer du sein ont été recensés en 2020, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce qui en fait le cancer le plus fréquent dans le monde. À l'image des taux de cancer du sein en France, aux États Unis d'Amérique, et au Canada avec respectivement des taux de 28%, 24% et 21,7%. [33]

Le taux de mortalité relatif au cancer du sein aux États Unis d'Amérique est de 17,6% toute ethnie confondue. [46]

b) Situation du Maghreb :

Au Maroc le cancer du sein constitue un véritable problème de santé publique, par son incidence et sa morbi-mortalité très élevées. En effet, il représente 38,9% de l'ensemble des cancers féminins.

Un total de 5669 nouveaux cas de cancer du sein a été enregistré durant la période 2013-2017, soit une fréquence de 22,5 % du total des cancers enregistrés au Maroc durant cette période, tous sexes confondus (38,1 % des cancers de la femme versus 1,1 % des cancers de

l'homme). L'incidence brute était de 51,2 pour 100000 femmes tandis que chez l'homme le taux brut ne dépassait pas 1,1 pour 100000. [45]

Ce qui a incité le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale à lancer la Campagne Nationale de Sensibilisation et de Dépistage des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus, sous le slogan : « La détection précoce est une prévention et pour votre santé, une protection ». [33]

En ce qui concerne le grand Maghreb, le Maroc se positionne en 4^{ème} place avec un taux de 38,9%, après la Libye 31,4%, la Tunisie 34,5%, et la Mauritanie 36,3%, et avant l'Algérie avec un taux de 40,3%. [32]

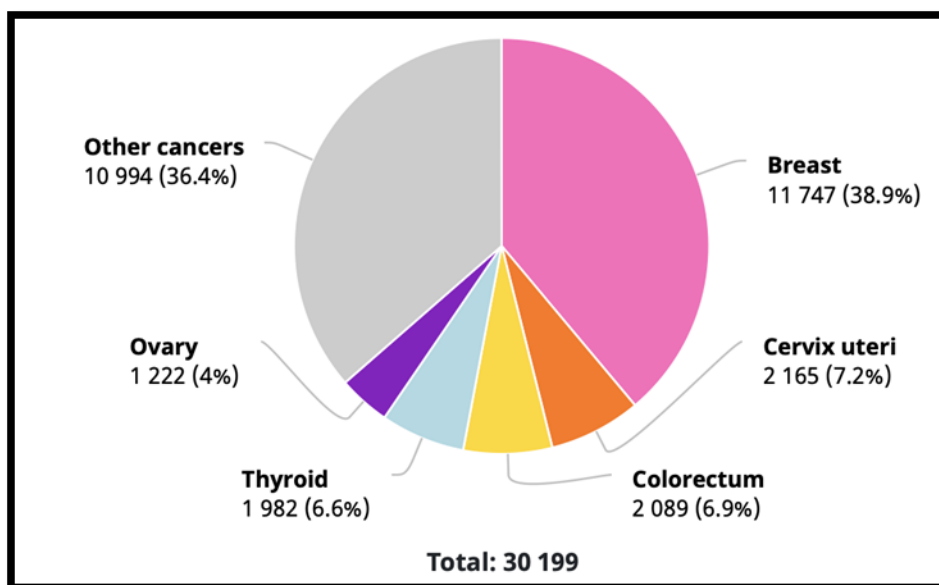


Figure 42 : Estimation du nombre de nouveaux cas en 2020 de cancer chez la population féminine Marocaine. [32]

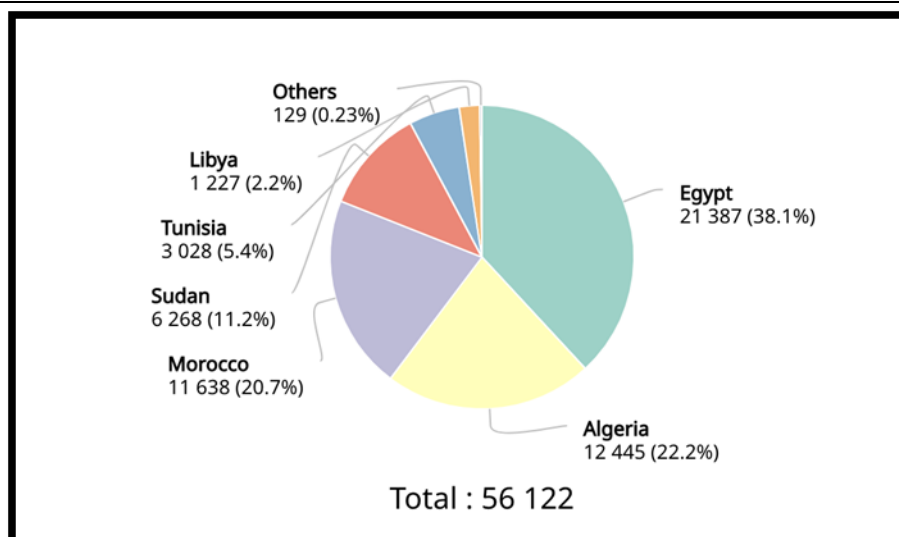


Figure 43 : Estimation du nombre de nouveaux cas de cancer du sein en 2020 selon les pays nord africains. [32]

c) Mortalité liée au cancer du sein :

Le cancer du sein représente non seulement la première cause de cancer féminin dans le grand Maghreb, mais également la première cause de mortalité par cancer chez la population féminine, au Maroc, en Algérie, en Tunisie, et en Libye avec des taux respectifs de 25,3%, 27,9%, 21,7%, 21,2%. Quant à la Mauritanie la mortalité par cancer du sein occupe la deuxième place avec un taux de 22,1%, contre 23,4%, de taux de mortalité pour le cancer du col de l'utérus. [32]

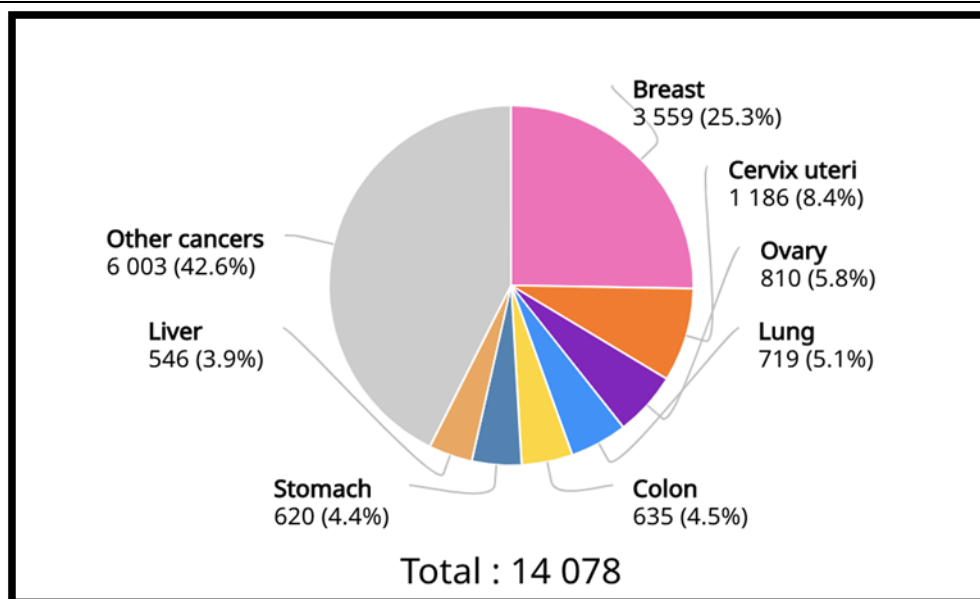


Figure 44 : estimation du nombre de décès par type de cancer en 2020 au Maroc [32]

1.2 **Facteurs de risque :**

a) **Age :**

L'âge représente un facteur de risque important. Entre 20 et 50ans le risque de cancer du sein augmente très rapidement, puis plus lentement après la ménopause (<50ans). Pour se stabiliser après 80ans. [48]

64% des cancers surviennent après l'âge de 55ans [48].

Dans notre série, la tranche d'âge la plus touchée par le cancer du sein est située entre 45-69ans.

b) **Ménarche et ménopause :**

Une méta-analyse compilant 117 études épidémiologiques portant sur 118 964 femmes ayant présenté un cancer du sein et 306 091 femmes témoins, a prouvé que le risque du cancer du sein augmente par un facteur 1,05 pour chaque année de puberté plus précoce, et indépendamment par un facteur 1,029 pour chaque année de ménopause plus tardive. [53]

c) **Âge de la première grossesse et parité :**

Selon les données de la littérature, l'âge de la première grossesse menée à terme et la parité jouent un rôle éminent dans la genèse du cancer du sein.

Plusieurs études, ont prouvé que le risque de survenue de cancer du sein diminue lorsque la première grossesse est menée avant 30 ans. [55,56,57]

Cependant le risque relatif (RR), chez les nullipares est multiplié par deux par rapport à celles qui ont eu leur première grossesse avant 20 ans. [57]

Au moment où Russo considère que la grossesse a un effet protecteur contre le cancer du sein à long terme, en raison de la différenciation qu'elle entraîne au niveau de la glande mammaire, qui devient alors moins sensible à l'action des carcinogènes. [59] Albrektsen montre à travers son étude qu'il existe une augmentation transitoire des cancers du sein au cours des années suivant une grossesse. [60]

Dans notre série 42% des femmes ont eu leur première grossesse avant l'âge de 20 ans.

En outre, le nombre de patientes nullipares était légèrement plus élevé, par rapport aux données de la littérature avec un taux de 27%, ce qui pourrait constituer un facteur de risque dans notre série.

d) **L'allaitement maternel :**

L'allaitement maternel prolongé est considéré comme un facteur protecteur du cancer du sein. [58] Une méta-analyse regroupant les données de 47 études réalisées dans 30 pays différents incluant 50 302 femmes ayant eu un cancer du sein et 96 973 femmes témoins, a mis en évidence le rôle protecteur de l'allaitement contre le cancer du sein. Ainsi le RR de cancer du sein diminue de 4,3% tous les 12 mois d'allaitement. [53]

Dans notre série, 63% de nos patientes ont allaité leurs enfants, avec une durée moyenne de 18 mois, ce qui rejoint les résultats de la littérature.

e) **Contraception hormonale :**

Au moment où d'anciennes études établissait une relation de causalité entre la prise prolongée de contraception hormonale et l'augmentation accrue du risque de survenue du cancer du sein [58], d'autres publications plus récentes considèrent que la prise de

contraceptifs hormonaux n'augmente que peu ou pas le risque de survenue de cancer du sein. [61,62]

Dans notre étude, les femmes utilisant des contraceptifs hormonaux, représentaient 35,82% de l'ensemble de nos patientes.

f) **Traitement hormonal substitutif (THS) :**

Les traitements combinés oestroprogestatifs sont responsables d'une augmentation du risque de cancer du sein, vraisemblablement liée au type de progestatif combiné, aux œstrogènes et à la durée d'utilisation. [62,63]

Cependant, selon Cordina-Duverger et al., les traitements oestroprogestatifs à base de progestérone micronisée ou de son isomère, la dydrogestérone, semblent ne pas augmenter le risque de cancer du sein lorsqu'ils sont pris pour une courte durée. [63,65]

Selon Beral le risque lié à la prise du THS oestroprogestatifs diminuerait rapidement après l'arrêt du traitement. [66]

Dans notre série, aucune patiente ménopausée n'a pris de traitement hormonal substitutif.

g) **Antécédents :**

• **Antécédent personnel de mastopathie bénigne :**

Dans une série de 1835 patientes, Dupont et Page ont démontré que l'adénofibrome constituait un facteur de risque du cancer du sein à long terme, ces cancers peuvent être de tous types, canaux, lobulaire, infiltrats ou in situ. (67)

Dans notre série, ce facteur de risque est quasi nul.

• **Antécédents familiaux de cancer du sein :**

Les mutations délétères des gènes BRCA1 et BRCA2, transmises selon un mode autosomique dominant par l'un des deux parents, sont responsables d'un risque accru de développement de cancer du sein. [68, 69]

Le risque de développer un cancer du sein par ces deux gènes, appelé « pénétrance », est estimé selon des séries à 60 et 85% avant l'âge de 70ans, contre 10% dans la population générale. [70]

Avant 45ans, ce risque serait moindre pour le gène BRCA2 avec 7%, contre 25% pour le gène BRCA1. [70]

Cependant, de nouveaux gènes, tels que le TP53 et PTEN, sont considérés comme des gènes de susceptibilité au cancer du sein, ainsi que le CHEK2, ATM et PALB2, sujets de mutations plus fréquentes. [70]

h) **Les facteurs environnementaux :**

• **L'origine ethnique et géographique :**

L'incidence du cancer du sein est 4 à 6 fois plus élevée dans les pays occidentaux par rapport aux pays en voie de développement.

Lorsqu'il y a migration de population, le taux de cancer du sein rejoint celui des femmes autochtones en 2 ou 3 générations. [71,72]

• **Les conditions socioéconomiques :**

Le niveau de vie élevé et la vie urbaine, semblent augmenter l'incidence du cancer du sein. [73] En effet toutes les études statistiques prouvent que ce cancer atteint nettement plus les pays industrialisés que les pays en voie de développement ou sous-développés où le niveau de vie est plus bas. [73].

i) **i.Habitudes toxiques et comportements alimentaires :**

Selon l'étude menée par Drissi et Imad [74], concernant les habitudes toxiques et comportements alimentaires de 305 305 cas du cancer, certains aliments sont susceptibles d'intervenir dans le développement du cancer du sein, notamment les viandes rouges, les féculents, les produits laitiers et le thé (boisson généralement sucrée). [74]

Selon l'étude de Keita, l'alcool est le seul facteur nutritionnel établi de risque de cancer du sein. Il contribuerait à l'apparition de cancer du sein dans 8% des cas, selon l'étude de Hill et al. [75]

Malgré que le tabac soit une source non négligeable de substances cancérigènes, il n'est pas considéré pour autant comme un facteur de risque prouvé du cancer du sein. [77]

Dans notre série, l'alcool et le tabac ne constituaient pas des facteurs de de risque du cancer du sein.

j) **Obésité**

Il a été prouvé que l'obésité augmenterait le risque de survenue de cancer du sein en post-ménopause, et qu'elle n'avait aucun effet chez les femmes en période d'activité génitale. [77]

Dans notre série, la majorité des patientes étaient en surpoids.

k) **L'irradiation :**

Le risque de cancer du sein accroit chez les femmes ayant été exposées à de fortes doses d'irradiations ionisantes au niveau du thorax, plus particulièrement à un jeune âge.

Dans notre série, aucun cas d'irradiation n'a été noté.

2. Anatomopathologie :

2.1 Type histologique :

Le cancer du sein est une tumeur qui se développe à partir des cellules de la glande mammaire. Il existe plusieurs types histologiques de ce cancer du sein, dont la différence réside dans la localisation et l'évolution de la tumeur.

Le type histologique diffère également selon la cellule à partir de laquelle se développe la tumeur.

Dans notre série le carcinome canalaire infiltrant est la forme histologique la plus fréquente avec un taux majoritaire de 78,8%. Ce qui rejoint les résultats de différentes études de la littérature recensées avec une fréquence de 87% dans la série iranienne [122], de 78% dans la série de Nelson et al., [124] et 74,3% dans la série camerounaise. [123]

Le carcinome lobulaire infiltrant se positionne en deuxième position dans notre série, avec un taux de 9,6% ce qui rejoint les données de la littérature. [124]

2.2 Mode d'extension :

L'extension du cancer du sein peut être :

a. **Locorégionale :**

La tumeur envahit en superficiel les plans cutanés du sein atteint, et en profondeur les plans musculaires. Ainsi que les chaînes ganglionnaires homolatérales.

Le cancer du sein est un cancer très lymphophile, et l'extension ganglionnaire constitue un mode d'envahissement très important, et se fait :

- Vers la chaîne axillaire : principal relais lymphatique, dont le groupe inférieur est toujours envahi en premier. On note également que la fréquence d'envahissement ganglionnaire augmente avec la taille de la tumeur. Et que le nombre de ganglions envahit constitue un facteur pronostic. [216]
- Vers la chaîne mammaire interne : ce risque augmente lorsque la tumeur est centrale ou interne. [216]
- Vers la chaîne sus-claviculaire : elle est toujours précédée d'une atteinte de la chaîne axillaire et/ou mammaire interne, et est considérée comme métastase. [216]

b. distance :

- Le sein controlatéral : l'atteinte est bilatérale dans 1 à 2% des cas selon les données de la littérature [85] et dans 4,5% des cas de notre série. Cette atteinte peut être synchrone ou successive.
- Les métastases : les voies de dissémination peuvent être lymphatiques ou hémato-gènes. Les sites métastatiques les plus fréquents sont : l'os, le poumon et le foie. [216]. Plusieurs études, affirment que les carcinomes mammaires représentent la principale cause des métastases choroïdiennes. [217]

2.3 Classification TNM :

La 8^{ème} édition de la classification TNM de 2018 a été utilisée pour classer les différentes tumeurs mammaires. Cette nouvelle classification comporte deux volets : **(voir annexe)**

- Une classification purement anatomique.
- Une nouvelle classification pronostique combinée, "biologique intrinsèque", qui associe au TNM, le grade histologique, le statut des récepteurs hormonaux des estrogènes et de la progestérone, le HER2 et les signatures moléculaires pronostiques. [218]

3. Diagnostic :

3.1 Clinique :

3.1-1 Le délai de consultation :

Dans notre série le délai de consultation était de 6 mois en moyenne, avec des extrêmes de 1 et 36 mois. Ce délai tardif peut être expliqué par le manque de moyen, la difficulté d'accès aux structures sanitaires, et au manque de sensibilisation des femmes. [82]

Ce délai rejoint les résultats retrouvés en Algérie et en Tunisie avec des moyennes respectives de 5 et 4 mois.

A l'échelle internationale la France et les États Unis rapportent respectivement des délais de 34 et 48 jours. [83,84]

3.1-2 Circonstances de découverte :

Les motifs de consultation les plus fréquemment retrouvés dans les séries de la littérature sont : la palpation d'un nodule et la mastodynie avec des pourcentages respectifs de 80% et 15%. [79]

3.1-3 Examen clinique :

a. Topographie et siège de la tumeur :

Selon les données de la littérature le cancer du sein est dans la majorité des cas de localisation gauche avec un taux de 65,2%. [85]

Et siège avec prédilection au niveau du QSE avec un taux de 38,5%. [85]

Ces données concordent avec les résultats de notre étude.

b. Les signes cutanés :

Les formes inflammatoires du cancer du sein représentent 2,5% de tous les cancers du sein dans le monde [92].

La présence de placard inflammatoire traduit une des formes les plus invasives de cancer du sein. Leur pronostic est dans la majorité des cas péjoratif et redoutable lié à la fréquence élevée de métastases viscérales et ganglionnaires. [93,94]

Dans notre série les signes cutanés ne sont présents que dans 21,5% des cas, avec une nette prédominance de la peau d'orange avec 10,55%.

c. Les aires ganglionnaires :

Le statut ganglionnaire axillaire reste un des facteurs pronostiques les plus importants. Il existe une forte corrélation entre le degré d'envahissement axillaire et le risque de récurrence. Il fournit aussi des informations essentielles pour la décision thérapeutique.

Le taux d'adénopathies axillaires retrouvées à l'examen clinique chez nos patientes était de 25,37%, inférieur à celui de l'INO (41%) et de la Tunisie (49,7%). [96,91]

3.2 Radiologie :

3.2-1 Imagerie

a) Mammographie :

Dans notre série, la mammographie était réalisée chez toutes nos patientes et s'est révélée en faveur d'une opacité suspecte dans 80% des cas.

Le stade ACR5 représentait 50% des cas.

b) Échographie mammaire :

L'échographie mammaire est indispensable et très utile pour :

- Reconnaître le caractère liquidien d'un kyste.
- Caractériser une image ambiguë en mammographie.
- Compléter la mammographie, en dépistage, en cas de densité mammaire élevée, surtout chez les femmes à haut risque de cancer du sein.
- Guider un prélèvement percutané pour les images visibles en échographie. [98]

c) Imagerie par résonance magnétique :

Pendant de nombreuses années l'IRM avait comme seule indication valide la recherche de récurrence locale. Ce n'est que depuis quelques années que l'IRM a enfin trouvé sa place dans l'évaluation de l'extension locale du cancer du sein. Tous les travaux publiés ont conclu la supériorité de l'IRM par rapport à l'imagerie standard dans la recherche de multifocalité ou multicentricité du cancer du sein. [101 ; 102 ; 103]

Les autres indications d'IRM mammaire sont :

- Le bilan d'extension de certaines néoplasies mammaires.
- La surveillance après traitement d'un cancer du sein.
- La surveillance de patientes porteuses de prothèses mammaires.

- La recherche d'un carcinome primitif mammaire.
- Et l'aide diagnostique à la mammographie et l'échographie regroupée sous le terme « problem solving » qui représente en pratique clinique un nombre important [104].

3.2-2 Examen histopathologie :

a) L'examen cytologique :

La cytologie peut s'appliquer soit à un écoulement mammelonnaire ou à un matériel de cytoponction.

La cytologie de l'écoulement mammelonnaire reste une technique simple, non invasive et peu coûteuse qui peut permettre une approche « histologique » des altérations dans le tissu mammaire à l'origine de l'écoulement. [108]

Elle n'a de valeur que si elle est positive. [109]

Dans notre série, l'examen cytologique n'a été réalisé chez aucune patiente.

b) Micro et Macro biopsie :

Le diagnostic de malignité est affirmé sur un matériel biopsique.

Sur des coupes histologiques, il est possible d'affirmer le caractère infiltrant, la malignité, et de préciser le grade histopronostique d'une tumeur.

La multiplication des prélèvements et l'utilisation d'aiguilles de calibre suffisant sont nécessaires à l'amélioration de la sensibilité de la méthode. [110]

La classification BIRADS permet de standardiser la conduite à tenir, et en particulier de poser l'indication d'un prélèvement.

- Devant une lésion ACR4 une biopsie percutanée est indiquée
- Devant une lésion ACR5 une biopsie percutanée est souhaitable avant l'intervention chirurgicale pour optimiser la prise en charge. [111]
- Au cours de ces dix dernières années, on a assisté au développement de techniques de biopsies percutanées, avec multiplication des prélèvements sous échographie, sous stéréotaxie et plus récemment sous IRM. [111]

➤ **Micro biopsie sous-échographie :**

La micro-biopsie sous-échographie est une technique performante avec des limites rares :

- Les seins fibreux.
- La lésion de petite taille ou images subtiles [111].

La sensibilité de ce type de prélèvement est de 92 à 100% et la spécificité de 95 à 100%. En revanche l'échantillon peut s'avérer insuffisant pour le diagnostic de foyers de micro calcifications.

On estime le taux de faux négatifs pour cette technique entre 2 et 5%. [112]

➤ **Macro biopsie sous-échographie :**

La macro-biopsie sous échographie peut être utilisée en alternative à la chirurgie en cas de :

- Papillome unique.
- Pour réaliser un échantillonnage plus large d'une lésion échographique dont le résultat histologique des micro-biopsies est considéré comme non concluant.
- Pour les biopsies de lésions complexes [113].

Dans notre série, la biopsie au trocut était la seule technique de prélèvement utilisée.

c) **Examen extemporané :**

L'examen extemporané est un examen macroscopique et microscopique réalisé lorsqu'un diagnostic immédiat s'impose [110]. La réponse rapide conditionne le geste chirurgical et la conduite thérapeutique. [93]

4. Bilan pré thérapeutique

4.1 Bilan d'extension :

a) Clinique :

L'examen clinique est important pour évaluer l'extension locorégionale et générale de la tumeur.

L'examen locorégional recherchera :

- Une fixation de la tumeur au plan profond (pectoral) par la manœuvre de TILLAUX.
- Une fixation au plan superficiel (rétraction de la peau en regard).
- Une lésion du sein controlatéral.
- Des adénopathies axillaires et leurs caractères.
- La présence des signes inflammatoires. [114]

b) Imagerie :

De nombreuses études ont étudié l'intérêt de réaliser un bilan d'extension systématique lors du diagnostic de cancer du sein infiltrant, même en l'absence de tout symptôme clinique de localisation secondaire. [115]

En l'absence de signe d'appel clinique chez les patientes atteintes d'un cancer du sein classé T1 et T2 sans envahissement ganglionnaire (N0), il n'est plus recommandé de réaliser un bilan d'extension systématiquement, selon les recommandations actuelles de l'INCA (institut national du cancer). [115]

Cependant, en pratique clinique, le bilan d'extension reste souvent réalisé avant l'initiation d'une chimiothérapie adjuvante quelque soit le stade. Dans ce cas on réalise :

- Radiographie de thorax.
- Échographie abdominale.
- Scintigraphie osseuse.
- Tomoscintigraphie par émission de positons [115].

Ces recommandations émanent du faible taux de métastases pour les cancers du sein diagnostiqués aux stades précoces.

D'après la revue systématique de Brennan et Houssami, la prévalence des métastases est de 0,2 % pour les patientes atteintes de tumeur au stade 1, 1,2 % pour les tumeurs de stade 2 et de 8 % pour les tumeurs de stade 3. [116]

Dans notre série, le bilan d'extension était réalisé de façon systématique chez toutes les patientes. Et comprenait un examen clinique, et d'une TDM-TAP,

c) **Grade histopronostique SBR :**

C'est un facteur pronostique important et indépendant pour le risque métastatique et la survie des patientes. Actuellement, le score SBR modifié par Elston et Ellis est le grading le plus utilisé. Ce grade étudie la différenciation tubulo-glandulaire, le pléomorphisme nucléaire et l'index mitotique. [125]

Dans notre étude 73% sont classées grade II. Ce qui concorde avec les résultats de la série tunisienne et de la série Camerounaise où le stade SBR II représentait des taux respectifs de : 52,1% et 66%. [141,142]

d) **Évaluation des récepteurs hormonaux**

Les marqueurs biologiques systématiquement recherchés, sont les récepteurs hormonaux à l'estradiol (RE) et à la progestérone (RP). La présence des RE et RP est recherchée par immunohistochimie (IHC). Ces facteurs sont à la fois des facteurs pronostiques et prédictifs de la réponse au traitement hormonal.

Les tumeurs présentant des RE et/ou RP positifs sont susceptibles de répondre à un traitement antihormonal (castration, modulateurs sélectifs des RE, inhibiteurs de l'aromatase) [126].

Les récepteurs hormonaux se sont révélés positifs dans 60% des cas, négatifs dans 30%, et dissociés dans 10% des cas. Ces résultats se rapprochent des résultats de la série de Endbag et al. où ils étaient positifs dans 54% .[142] Contrairement à la série d'Ahmed avec seulement 23 %. [141].

e) **Évaluation du statut HER2 :**

Le statut HER2 est maintenant réalisé sur toutes les tumeurs invasives puisqu'il conditionne la mise sous traitement par thérapie ciblée, en situation métastatique, ou en situation adjuvante. [126]

Le résultat est exprimé selon une graduation de 0 à 3+.

Il est positif lorsqu'il est de 3+, et on parle donc de surexpression de HER2.

Par contre le résultat est incertain lorsqu'il est de 2+. Dans ce cas, la confirmation ou l'infirmerie du résultat est obtenue par « Hybridation In-Situ ».

f) Antigène Ki67

L'antigène Ki67 constitue un facteur pronostique important dans le cancer du sein exprimé dans le noyau lors de la phase G1, S, G2 et M du cycle cellulaire. [125]. L'index Ki-67 permet donc d'évaluer le taux de prolifération des cellules tumorales. L'analyse de son expression se fait par immunohistochimie en comptant le pourcentage de cellules présentant un marquage positif de l'antigène Ki-67, grâce à l'anticorps MIB-1. [125]

g) Le triple négatif

La première mention du cancer du sein "triple négatif" a été publiée en Octobre 2005. [130]

Les patientes avec des tumeurs triple négatif ont des résultats relativement médiocres du fait qu'elles ne peuvent être traitées que par chimiothérapie. [130]

La chimiothérapie constitue actuellement le pilier du traitement médical systémique, du cancer du sein triple négatif, bien que leurs résultats restent médiocres par rapport aux patientes présentant d'autres sous-types de cancer du sein. [130]

h) Marqueurs CA 15 3

Le CA15-3 est le marqueur tumoral le plus utilisé dans la prise en charge des cancers du sein [220]. Son dosage initial est un facteur pronostique reconnu et constitue une valeur de référence pour la surveillance biologique des patientes. [219]

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS) le dosage des marqueurs tumoraux doit être discuté au cas par cas et orienté par la présence de signes d'appel cliniques métastatiques. [220]

Les standards Options et recommandations stipulent « qu'une élévation du marqueur peut orienter la prise en charge thérapeutique vers une thérapeutique générale plutôt que vers un traitement local ». [221]

Liboko et al. confirment par leur étude la valeur pronostique et prédictive du dosage du CA15-3 initial concernant la survenue de métastases et de décès. [220]

Le CA15-3 a été dosé chez toutes nos patientes, pour servir de valeur initiale au cours de la surveillance. Dont 73% des patientes avaient un taux normal.

4.2 Bilan préopératoire :

Une consultation pré-anesthésique a été faite pour toutes nos patientes, afin d'éliminer toutes contre-indications, comprenant un examen clinique général, un bilan biologique complet, et une radio thorax et un ECG en fonction de l'âge et des antécédents de chaque patiente.

Les dessins préopératoires sur une patiente debout, ont été réalisés la veille ou le matin même du geste opératoire.

Une évaluation psychologique avec présence obligatoire du conjoint pour les femmes mariées, est également systématique avant le geste de reconstruction.

Toutes les patientes ont été bien informées et éclairées sur le déroulement de l'intervention et ont bien exprimé leur consentement avant le geste chirurgical.

5. Traitement du cancer du sein :

5.1 Le traitement chirurgical

La chirurgie reste le premier traitement du cancer du sein. Il comprend un traitement radical ou conservateur, associée à un curage ganglionnaire de la chaîne axillaire et à la technique du ganglion sentinelle. [118]

5.1-1 Traitement conservateur :

La chirurgie conservatrice sera proposée à chaque fois qu'elle sera réalisable. Cependant une radiothérapie adjuvante est presque toujours nécessaire.

Son indication dépend des caractéristiques de la tumeur, du volume mammaire et du choix de la patiente, si les critères liés à la tumeur le permettent, et après une information

complète sur les avantages et inconvénients de chacune des deux options (risque de rechute locale, résultat esthétique attendu, et la nécessité d'une radiothérapie adjuvante) [222,223]

Le traitement conservateur doit assurer :

- Une exérèse complète des lésions tumorales.
- Obtenir un résultat esthétique satisfaisant.
- Garantir un taux de récurrence locale le plus faible possible en association avec l'irradiation. [222]

Le traitement chirurgical conservateur est essentiellement proposé devant : une tumeur unifocale, non inflammatoire, de taille cohérente avec le volume mammaire (en général inférieur à 3 cm) dans la perspective d'un résultat esthétique satisfaisant en tenant compte des marges d'exérèse, chez une patiente ne présentant pas de contre-indication à la radiothérapie postopératoire. [223]

5.1-2 Traitement radical :

L'évolution de la chirurgie mammaire a été marquée par une diminution des indications de mastectomie et une progression des traitements conservateurs. Notamment grâce à l'apport de la chirurgie oncoplastique, qui peut être synchrone ou différée. [118,119].

Actuellement, on parle de désescalades thérapeutiques dans la chirurgie du cancer du sein qui concerne à la fois la prise en charge axillaire et mammaire, mais aussi le mode de prise en charge avec une évolution actuelle vers des actes chirurgicaux en ambulatoire [120].

a. La mastectomie

La mastectomie, est devenue de moins en moins agressive au fil du temps. L'opération très délabrante de Halsted (ablation des muscles pectoraux) a laissé place à celle de Patey (résection du petit pectoral), qui a été suppléantée par la mastectomie radicale modifiée (résection de la glande mammaire respectant le muscle petit pectoral), et qui correspond au traitement radical standard aujourd'hui. [150-151]

Les principales indications d'une chirurgie radicale sont :

- Lésion T2 > 3cm ou T3 si chimiothérapie néoadjuvante impossible ou refusée par la patiente, ou si la taille de la tumeur ne permet pas d'envisager une chirurgie conservatrice après chimiothérapie néoadjuvante.
- Tumeurs bifocales dans plusieurs quadrants.
- Tumeurs multicentriques.
- Tumeurs inflammatoires après chimiothérapie néoadjuvante.
- Contre-indications à la radiothérapie.
- Souhait de la patiente.

Il est possible de réaliser selon les indications, une mastectomie avec conservation de l'étui cutané et/ou de la plaque aréolo-mammelonnaire (PAM). [118]

➤ **Mastectomie de Patey : [150,152,153]**

La patiente est positionnée en décubitus dorsal, bras à angle droit. L'incision doit suivre les lignes de tension cutanées, et sont le plus souvent horizontales, biconcaves, emmenant la plaque aréolo-mammelonnaire (PAM).

L'incision est alors de la longueur de la base du sein ; elle peut être plus courte pour des seins de plus petit volume. Par ailleurs devant certaines localisations tumorales particulières, l'incision peut être verticale, ou oblique en dehors ou en dedans.

En cas de grande ptose ou en présence de cicatrice préexistante mal positionnée, on peut effectuer des incisions en « T » inversé.

L'incision est positionnée en évaluant la quantité de peau nécessaire à une bonne fermeture cutanée. On ne retire pas plus de peau que nécessaire, et la fermeture sous tension ne diminue pas le risque de récurrence et peut être responsable de préjudice cutané et de problèmes de cicatrisation. Il ne faut pas non plus laisser trop de peau, afin de ne pas laisser une sorte de sac cutané qui facilite les lymphocèles et qui se déforment après radiothérapie, ce qui gêne les premiers temps de reconstruction, en particulier par prothèse.

Pour cela, il est idéal de réaliser des dessins préopératoires sur une patiente debout. Ces dessins permettent de bien visualiser la base d'insertion du sein afin de pouvoir pratiquer une mastectomie complète en position allongé, et ainsi limiter les risques de récurrence.

On débute l'intervention par une incision cutanée sur toute son épaisseur. Puis on met en traction la peau à l'aide de crochets ou de rétracteur multigriffe.

Le plan de la mastectomie passe dans l'espace des crêtes de Duret. L'incision se fait au bistouri électrique ou à l'aide de ciseaux de Mayo légèrement entrouvert qu'on pousse facilement dans cet espace quasiment avasculaire. L'hémostase est réalisée au fur et à mesure et, une fois le décollement cutané terminé, on débute le clivage sur le plan pectoral. Il ne sera pas nécessaire de peler la peau. Car les inconvénients sont nombreux :

- Accolement parfois douloureux aux plans profonds.
- Moins bonne absorption des traitements adjuvants (radiothérapie).
- Risque de souffrance cutanée.
- Gêne pour la reconstruction secondaire.

On débute le plus souvent le clivage à la partie supéro-interne de la face profonde du sein qui sera mis en traction à l'aide de pince de préhension. Cette zone est la plus facile à décoller du plan musculaire. Puis on ramène progressivement le sein vers l'extérieur tout en effectuant les hémostases des petits vaisseaux perforants qui traversent le muscle et pénètrent la glande au fur et à mesure.

Pour terminer la mastectomie se fait au niveau du prolongement axillaire de la glande : et doit être totale dans cette zone. On atteint ensuite le creux axillaire, où l'on peut effectuer si nécessaire un geste axillaire par la même voie d'abord. Cependant une autre incision axillaire peut être nécessaire lorsque, l'incision initiale est très courte.

La pièce opératoire est impérativement orientée et pesée. Et ensuite envoyée pour une étude anatomopathologique. Ces données seront inscrites sur le compte rendu opératoire.

[150, 152,153]

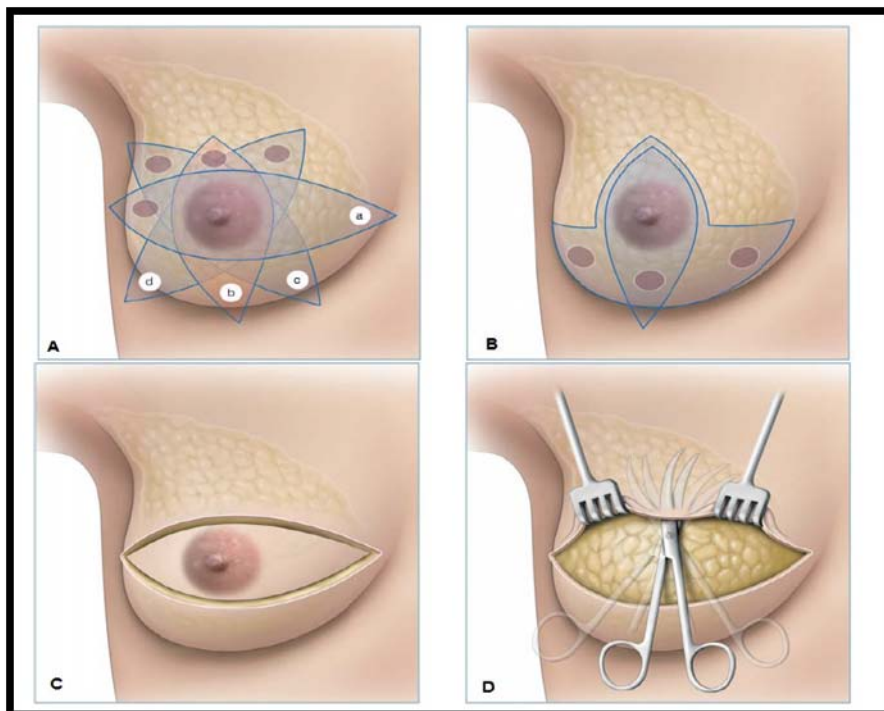


Figure 45 : Incisions possibles de la mastectomie standard a. Horizontale. b. Verticale. c. Oblique interne. d. Oblique externe : L'incision verticale ou l'incision en « T » inversé est adaptée aux tumeurs inférieures sur des seins très volumineux : L'incision cutanée horizontale emmène l'aréole et le mamelon D :clivage aux ciseaux [154]

➤ **Mastectomie avec conservation de l'étui cutané (MCEM) :**

Le principe de base de la MCEM est de préserver la peau du sein lorsqu'elle n'est pas envahie par la tumeur. L'incision de mastectomie doit être conçue afin de préserver le plus possible l'enveloppe cutanée et de façon à être la plus discrète, tout en permettant une mastectomie complète avec accès vers la région axillaire [139,134]. Plusieurs types d'incision cutanée sont possibles.

Le planning préopératoire soigneux entre le chirurgien oncologue et le chirurgien plasticien est primordial pour optimiser la qualité de l'exérèse et de la reconstruction. La MCEM doit permettre une excision complète de tout le parenchyme mammaire, de la plaque areolomamelonnaire, de la cicatrice de biopsie ainsi que de toute la peau lorsque la lésion est invasive. [135]

Cette technique doit prendre en compte trois éléments :

- La faculté de rétraction des lambeaux cutanés du sein mastectomisé.
- Le désir de la patiente d'un geste de réduction du sein controlatéral.
- La possibilité ou non de lui restituer un volume équivalent et le type de reconstruction souhaité.

Une pose d'implant est possible avec une réduction de l'étui cutané mais celle-ci doit se faire sur un mode vertical et non en « T » inversé. [131]

La garantie d'une préservation de la vascularisation des lambeaux cutanés passe par le choix d'une voie d'abord plus simple, et plus courte. Des études de quantification montrent que le pourcentage de glande mammaire résiduelle est parfois plus important dans les mastectomies radicales que dans celles avec conservation de l'étui cutané [137, 138].

La rigueur d'exérèse permet d'obtenir les mêmes pourcentages de récurrence locale (voire moins) sans radiothérapie adjuvante dans les MCEC par rapport aux mastectomies classiques. Un point particulier est à noter pour les mastectomies après irradiation : il existe souvent un faux plan de clivage quasi spontané dès l'incision sous-cutanée, entre derme et les tissus sous-jacents. L'utilisation de ce mauvais plan peut conduire à une nécrose cutanée massive et doit absolument être évitée. La régularité du plan de dissection est une sécurité carcinologique et vasculaire. Au niveau du plan profond musculaire, le fascia du pectoralis major est préservé pour éviter de fragiliser le muscle (notamment dans sa partie distale).

La voie d'abord est volontiers agrandie (refend de 2—3 cm) si le risque de traumatisme des berges par les écarteurs est trop important, il est tout de même préférable d'utiliser des crochets de Gillies. La coagulation est réalisée à la pince bipolaire pour préserver au maximum la vascularisation sous-dermique des lambeaux. À la fin de la mastectomie, les lambeaux de la mastectomie sont examinés soigneusement pour étudier la qualité de leur vascularisation et leur viabilité. Le prélèvement du ganglion sentinelle peut être effectué par la voie de mastectomie, surtout si un trait de refend a été choisi. [113]

La mastectomie avec conservation de l'étui cutané apparait au début des années 1990, en vue de combiner la radicalité de la mastectomie classique, aux avantages de la mastectomie sous-cutanée, [132,133,134] et améliorer les résultats des reconstructions immédiates [113]

Dans notre série, la totalité de nos patientes ont bénéficiés d'un traitement radical, dont 80,59% soit 54 patientes par technique de Patey et 19,40% soit 13 patientes par mastectomie avec conservation de l'étui cutané. Nos résultats se rapprochent de ceux des différents auteurs. Comme ceux de la série de Barkat en Algérie [155] ou le traitement radical par technique de Patey représentait 70% des cas, et 85,5% dans la série de Ahmed et al. en Tunisie [141].

En Afrique le taux de traitement radical reste plus élevé dans les études recensées, 86,6% au mali, dans la série de Togo et al. [156], 92,5% en Cameroun dans la série d'Edenbang et al. [123] et 72,5% dans la série de Nzeangung [157]. Et en Afrique du sud ce taux est de 79,3% dans l'étude de Cubach [158].



Figure 46 : Nécrose de 25 % de l'étui cutané dans la zone péri-aréolaire [131]

b. Le curage axillaire :

L'exploration chirurgicale ganglionnaire axillaire systématique est indiquée en cas de carcinome mammaire infiltrant. Il existe des recommandations françaises et internationales sur la technique du GS. [140]

Pour toutes les équipes non encore formées à cette technique, le curage axillaire reste le standard. En dehors du champ d'application de la technique du GS ou en cas d'échec de la technique, le curage axillaire est indiqué. [63] Le curage axillaire fonctionnel consiste à prélever les ganglions situés sous la veine axillaire, entre le bord du muscle grand dorsal et la paroi thoracique que longe le nerf du grand dentelé, en respectant les principaux éléments anatomiques (les nerfs perforants intercostaux, les nerfs du dentelé antérieur et du grand dorsal, les pédicules artério-veineux thoracique latéral et scapulaire inférieur)

Curage axillaire complet comporte l'exérèse du groupe ganglionnaire mammaire externe, scapulaire inférieur, central et sous-claviculaire (3 étages de BERG)

Curage mammaire interne : L'utilité du curage mammaire interne est controversée et seules quelques équipes l'utilisent à visée diagnostique en particulier dans les tumeurs des quadrants internes. [63]

➤ Technique de Détection du Ganglion Sentinelle

La mise en évidence du GS fait appel à l'injection péri tumorale, péri-aréolaire ou intra tumorale d'un produit lymphotrope : soit un colorant appelé « bleu patenté », soit isotopique radioactif (produit radio colloïde marqué au technétium 99 métastable).

Souvent, ces deux produits sont associés faisant distinguer trois méthodes de détection : colorimétriques, isotopique ou combinée.

5.2 Traitements neoadjuvants et adjuvants :

5.2-1 La radiothérapie :

• **Après un traitement conservateur :**

En cas de chirurgie conservatrice, une radiothérapie doit toujours être réalisée car elle diminue significativement le risque de récurrence locale [130].

• **Après mastectomie :**

La radiothérapie est indiquée, dans certains cas, pour diminuer le risque de récurrence locale [131].

- **En situation métastatique :**

La radiothérapie est indiquée dans un but palliatif.

Dans notre série 33 % ont reçu un traitement par RTH adjuvante.

5.2-2 Curiethérapie :

Certaines équipes remplacent le surdosage de la radiothérapie externe par une curiethérapie.

Elle consiste à implanter, sous anesthésie générale, des fils d'iridium dans le lit tumoral.

L'agressivité de cette technique est le principal facteur limitant [131].

5.2-3 La chimiothérapie :

5.3 Chimiothérapie néoadjuvante :

La chimiothérapie néoadjuvante est une option reconnue dans la prise en charge des cancers du sein opérables, dont l'efficacité est comparable à une chimiothérapie adjuvante en termes de survie et de taux de conservation mammaire. [176]

Les Indications d'une chimiothérapie néoadjuvante en routine ont pour but d'améliorer les chances de conservation ou l'obtention de faibles séquelles esthétiques.

Elle est également indiquée lorsque la tumeur dépasse les 20 mm avec rapport tumeur/sein non ou peu compatible avec traitement conservateur satisfaisant et relevant d'une indication certaine de chimiothérapie (triple négative, Her2+, N+ prouvé ou prolifération élevée) tumeurs localement avancées inopérables d'emblée ou localement très avancées : T4 a, c, d (et certains T4b) ; N3 Réalisée après traitement chirurgicale, le nombre de cures est de 4 à 6 espacées généralement de 3 semaines [177]

5.4 Chimiothérapie adjuvante

La chimiothérapie améliore le taux de survie globale à 10 ans des patientes dont le pronostic est obéré par un envahissement ganglionnaire. [182]. Le gain de survie est de l'ordre de 6 à 7 % avant la ménopause. On admet donc que la chimiothérapie adjuvante est efficace pour la prévention de la récurrence locale et surtout métastatique chez toute patiente atteinte de cancer du sein, quel que soit leur stade [183]

L'indication d'une chimiothérapie adjuvante repose sur deux facteurs :

- Un facteur pronostique
- Un facteur prédictif [182].

Dans notre série, 48% des patientes ont bénéficiées d'une chimiothérapie adjuvante.

5.5 Les anticorps monoclonaux

Les tumeurs ayant surexprimé HER2 peuvent bénéficier de traitements par anticorps monoclonaux recombinants spécifiques, « le Trastuzumab ». Seules les tumeurs 3+ et les tumeurs 2+ et FISH ou CISH/SISH+ sont éligibles au traitement par thérapie ciblée anti-HER2.

Il n'y a pas d'indication à un traitement par TRASTUZUMAB sans chimiothérapie associée [183]

Le Trastuzumab adjuvant diminue le risque de rechute dans une proportion de 40 à 58%, et le risque de décès de 30 à 59% à 2 ou 4 ans de recul selon les essais. Il améliore également le devenir des cancers du sein HER2+ en situation métastatique et en néoadjuvant. [182,183]

5.6 L'hormonothérapie (HTH)

Elle s'intéresse aux cancers du sein hormonosensibles et n'est donc envisagée que si les récepteurs hormonaux sont positifs (RE et/ou RP) [175,176].

L'hormonothérapie a pour but de supprimer l'action des œstrogènes. Elle entraîne une régression tumorale chez un tiers de l'ensemble des malades et chez plus de 60% des malades quand la tumeur exprime le récepteur d'œstradiol [177].

Les différentes méthodes de l'hormonothérapie sont :

- Suppression ovarienne : soit par ovariectomie chirurgicale, irradiation ovarienne, ou l'utilisation des agonistes LH-RH (lutainizing hormone releasing hormon) [177,178].
- Médicaments à activité hormonale anticancéreuse : Antiœstrogènes (Tamoxifène, Fulvestrant), les anti aromatasés, et les progestatifs [179,180]

Dans notre série, la prise de traitement hormonal est précisée que dans 12% des cas (25% des patients présentant des récepteurs hormonaux positives), soit 7.7% en activité génitale et 4.3% ménopausées.

Alors ce taux est de 46% dans la série de Ahmed et al en Tunisie [181].

5.7 Autres :

Les diphosphonates sont indiquées chez toutes les patientes présentant des métastases osseuses. [185]

IV. Reconstruction mammaire

Elle apparait pour la première fois au début des années 1980 [160]. Et consiste à utiliser des techniques de chirurgie plastique lors du temps d'exérèse de la tumeur (reconstruction mammaire immédiate). [159]

Pour le chirurgien, proposer une reconstruction mammaire, c'est se poser la question de choisir une technique opératoire en intégrant les particularités anatomiques de la patiente, le pronostic oncologique de la maladie et les souhaits de la patiente. La reconstruction mammaire a comme objectif de départ de permettre à la patiente de conserver ou de retrouver une silhouette en restaurant un volume symétrique au sein controlatéral.

1. Quand reconstruire ?

Le choix existe entre la reconstruction mammaire immédiate et la reconstruction différée :

1.1 La reconstruction mammaire immédiate : [235]

La reconstruction mammaire immédiate à lieu dans le même temps opératoire que la mastectomie. Elle présente des indications, des contres indications, des avantages et des inconvénients :

a. Ces indications :

La plupart des équipes proposent la reconstruction mammaire immédiate aux patientes pour lesquelles on ne prévoit pas de radiothérapie complémentaire.

Ceci se justifie par les éventuelles complications de la reconstruction mammaire immédiate qui risquent de retarder les traitements adjuvants (qui ne sont entrepris que 3 semaines après), et par le fait que les résultats esthétiques sont compromis lorsqu'une radiothérapie est réalisé après la mise en place de prothèse (augmentation du risque de coque péri-prothétique, retaraction de la peau..).

Certaines équipes réalisent actuellement des reconstructions mammaires immédiates après mastectomie pour tumeur infiltrante, mais ces indications restent à valider et il est indispensable de reconstruire avec un lambeau musculo-cutané.

La reconstruction mammaire immédiate peut aussi être proposée après mastectomie pour récurrence, en effet pour une récurrence du cancer après traitement conservateur, une mastectomie s'impose le plus souvent. Et la reconstruction peut dans ce cas être proposée au cours du même geste opératoire.

Dans ce cas une large exérèse cutanée est réalisée et le lambeau est privilégié.

b. Les contre indications :

- La seule contre-indication absolue à la reconstruction immédiate à prendre en compte est le sein en poussée inflammatoire évolutive ;
- L'âge, l'état général, la durée de l'intervention, les métastases ou le mauvais pronostic à court terme apparaissent comme des contre-indications relatives.

c. Les avantages :

- Un seul temps opératoire ;
- Intérêt sur la psychologie de la femme ;
- Diminution du coût par la réduction du nombre des temps opératoires.

d. Ses inconvénients :

- Allongement du temps opératoire ;
- Nécessité le plus souvent de transfusions sanguines ;
- Risque de retarder un traitement adjuvant par la survenue d'éventuelles complications (qui sont plus fréquente lorsque la reconstruction est immédiate).

Il faut aussi noter que les résultats esthétiques sont compromis lorsqu'une radiothérapie est réalisée après la mise en place de prothèse par l'augmentation du risque de coque péri-prothétique.

1.2 La reconstruction différée : [235]

- La reconstruction mammaire différée garde encore sa place (même si aujourd'hui, la plupart des équipes sont en faveur de la reconstruction mammaire immédiate) surtout lorsqu'un traitement adjuvant est prévu ;
- Lors d'une reconstruction différée il est préférable de respecter certains délais (pour que les téguments s'assouplissent) :
 - 3 à 6 mois après un traitement chirurgical seul.
 - 3 à 6 mois après la fin d'une chimiothérapie.
 - 1 an après radiothérapie.

2. Que faire avant de reconstruire ? [235]

Avant de discuter des différentes interventions possibles sur un plan technique, une évaluation globale de la patiente, de sa morphologie, de sa psychologie, de ses souhaits et des possibilités techniques est nécessaire.

2.1 La première consultation :

Cette première consultation permet :

- A la femme de formuler sa demande, d'exprimer ses craintes et ses désirs et les raisons motivant la reconstruction.
- Au chirurgien d'expliquer le geste à la patiente et de lui proposer les différentes options thérapeutiques possibles.

A travers un interrogatoire bien mené l'opérateur pourra ainsi poser l'indication d'une reconstruction et considérer les différentes options réalisables :

- Les antécédents médicaux/chirurgicaux et toxico-allergique de la patiente, les éventuels traitements adjuvants.
- Les traitements au long cours (corticoïdes, anticancéreux, anticoagulants..).
- Bilan d'extension récent.
- Évaluer l'état psychologique de la patiente.

Et un examen général permettra de :

- Évaluer la qualité et la quantité de la peau mobilisable sur le thorax et en dessous du sillon sous-mammaire.
- La souplesse de la peau et son épaisseur.
- La présence de cicatrices précédentes.
- Évaluer le sein controlatéral et la nécessité d'une éventuelle symétrisation.

Au terme de cette première consultation, en tenant compte des options possibles et en concertation avec la patiente, l'opérateur pourra proposer et expliquer à la patiente les différentes techniques envisageables dans son cas. Et lui expliquera également la possibilité d'une reprise chirurgicale.

2.2 La consultation préopératoire :

Cette dernière consultation avant l'intervention, permettra de revenir sur les consultations précédentes et d'insister sur la durée de l'intervention, de l'hospitalisation et, surtout, sur les inconvénients (cicatrices, douleurs, drainages...) et les éventuelles complications.

Au cours de cette consultation, on prescrira une mammographie s'il n'y en a pas de récente et, éventuellement, un soutien-gorge de maintien à porter en postopératoire.

La prise de photos préopératoires doit être réalisée et le consentement éclairé doit être signé par la patiente.

2.3 Dessins préopératoires :

Les dessins préopératoires sont généralement faits la veille ou le matin de l'intervention, sur une patiente debout puis allongée.

On utilise un marqueur (indélébile), ce qui permettra à la patiente de mieux visualiser les zones opératoires et l'emplacement des futures cicatrices.

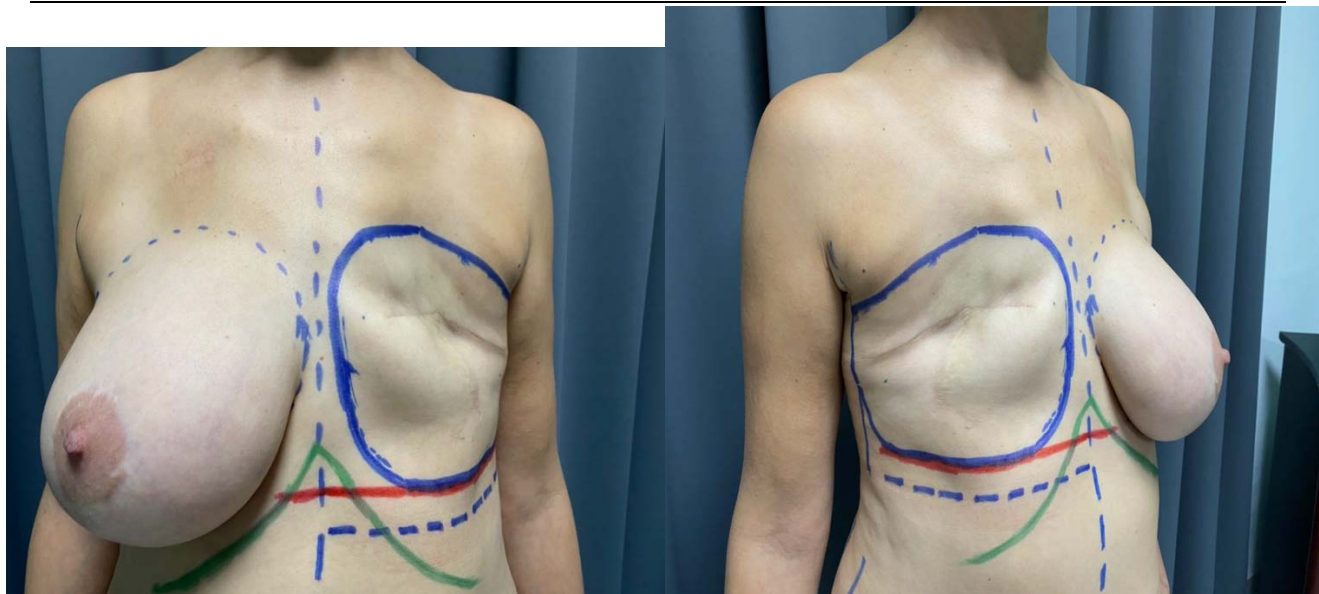


Figure 47 : Dessins préopératoires, chez une patiente ayant déjà bénéficié d'une mastectomie et prévue pour reconstruction mammaire différée avec mise en place d'une prothèse d'expansion. Photo prise au service de Chirurgie plastique et Réparatrice de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

2.4 Examens complémentaires :

Sont ceux du bilan préopératoire nécessaire pour toute intervention chirurgicale, auxquels viennent s'ajouter ceux de la surveillance cancérologique.

3. Pourquoi reconstruire ?

➤ La perception de la reconstruction mammaire selon les chirurgiens :

L'étude menée par Arrifuddine et al. en Malaisie portait sur la perception de la reconstruction mammaire selon les chirurgiens et les patientes. Selon cette étude les facteurs influençant l'orientation des chirurgiens vers une chirurgie de reconstruction mammaire sont nombreux dont les principales sont : [236]

- L'âge dans 90% des cas.
- La morbidité psychosociale anticipée de la mastectomie dans également 90% des cas.
- L'état marital et le bas niveau socioéconomique dans 50%.
- Et la nécessité d'un traitement adjuvant.
- La réticence des patientes dans 5% des cas.

Aucun des chirurgiens de cette étude n'était d'accord avec les critiques hypothétiques telles que :

- Le résultat qualitatif ne vaut pas l'effort de réaliser une reconstruction mammaire.
- La patiente doit accepter ses cicatrices et vivre avec.

Cependant selon Awan et Samargandi, seulement 35,5% des chirurgiens saoudiens orienteraient leurs patientes traitées par mastectomie vers une reconstruction mammaire. Toutes les femmes chirurgiens de cette série ont affirmé qu'elles orientaient leurs patientes vers la reconstruction mammaire post mastectomie soit un taux de 100%, contre 31,2% seulement pour les hommes chirurgiens.

Les raisons expliquant ce faible taux étaient : [186]

- La crainte que la reconstruction mammaire masque les récives et retarde leur détection précoce.
- La croyance, telle que la reconstruction mammaire relève de l'esthétique et que la religion s'y oppose.
- L'indisponibilité d'un chirurgien plastique qualifié pour une telle intervention.

Ce taux reste faible en comparaison avec celui de la série de Spyrou et al. dont la totalité des chirurgiens étaient favorables à la reconstruction mammaire après mastectomie. 76% des chirurgiens orienteraient leurs patientes à avoir recours à une reconstruction mammaire après mastectomie, alors que 24% entreprenaient eux même le geste. [187]. Ce qui concorde avec les taux de notre série ou la totalité des chirurgiens étaient favorables à une reconstruction mammaire, qu'ils considèrent comme un geste de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique comme l'affirment les chirurgiens saoudiens. [186]

La perception de la reconstruction mammaire selon les patientes traitées par mastectomie :

Parmis les motifs de refus relevés par Arrifuddine et al. :

- L'absence de connaissance préalable concernant la reconstruction mammaire 48,1%.
- Craindre les complications de la chirurgie de reconstruction 26%.
- Craindre une intervention chirurgicale supplémentaire 25,9%.
- L'inquiétude concernant la récive 22,6%. [236]

Cependant les motifs motivant une reconstruction mammaire, étaient :

- La recommandation du chirurgien dans 92,1%.
- Le besoin de se sentir féminine et équilibrée dans 90,5%.
- Améliorer les relations conjugales dans 77,8%, et les relations sexuelles dans 74,6%.
- Le refus de porter une prothèse externe, et une plus grande liberté à choisir ses vêtements avec des taux respectifs de 41,3% et 77,8%.
- Oublier la maladie dans 17%.

Selon Fotunato et al. parmi les femmes qui n'ont pas eu recours à une reconstruction, 40% déclaraient n'avoir pas été informée de la possibilité du geste, 59% se trouvaient trop vieille. À l'inverse 58% des femmes pour les femmes ayant bénéficié d'une reconstruction étaient pour des fins esthétiques, et 66% pour retrouver leur apparence avant le cancer. [238]

Les résultats de notre série s'opposent aux résultats de la série de Arrifuddine, sur certains plans et se rejoignent sur d'autres. [236]

Dans notre série toutes nos patientes étaient bien informées sur la faisabilité de la reconstruction mammaire, sur les différentes techniques possibles, les complications et l'éventuelle reprise chirurgicale. Les principaux motifs de refus dans notre série étaient l'âge et le coût élevé avec des taux respectifs de 70% et 68%. Suivis des croyances religieuses et la crainte d'une chirurgie supplémentaire dans 26% des cas et la crainte de survenue de complications dans 24% des cas.

Dans la série de Henry et al. la reconstruction mammaire a été refusée chez 80% des femmes, et les principales causes étaient : l'angoisse de mort, la crainte des complications de la chirurgie oncoplastique et le refus de subir une chirurgie supplémentaire et de s'infliger de nouvelles cicatrices. [237]

Selon l'étude de Furtunato, 70% des femmes jeunes ont choisies d'avoir recours à une reconstruction par préoccupations de leur image corporelle et de paraître comme avant. [238]

En ce qui concerne les motifs motivants la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie, nos résultats concordaient avec ceux de Furtunato et ceux Arrifuddine

et al., où on retrouve dans notre série des taux approximatifs principalement pour : Le besoin de sentir féminine, plus équilibrée, améliorer les relations conjugales et sexuelles, le refus de porter une prothèse et oublier sa maladie. Par contre la recommandation du chirurgien représentait un taux de 92,1% dans la série de Arrifuddine et al. et seulement 82,35% dans notre série. [237,238]

4. Comment reconstruire ?

4.1 Reconstruction simple par prothèse :

La reconstruction mammaire par prothèse est celle qui est le plus couramment utilisée [172].

Le principe de cette technique est d'apporter un volume mammaire total d'emblée, derrière les tissus restants. [173,174]

Seules les patientes ayant des tissus suffisants en zone mammaire, pourront bénéficier d'une reconstruction par prothèse. [170] Un bon rapport poids taille est un facteur de stabilité primordial dans ces reconstructions par prothèse. [170]

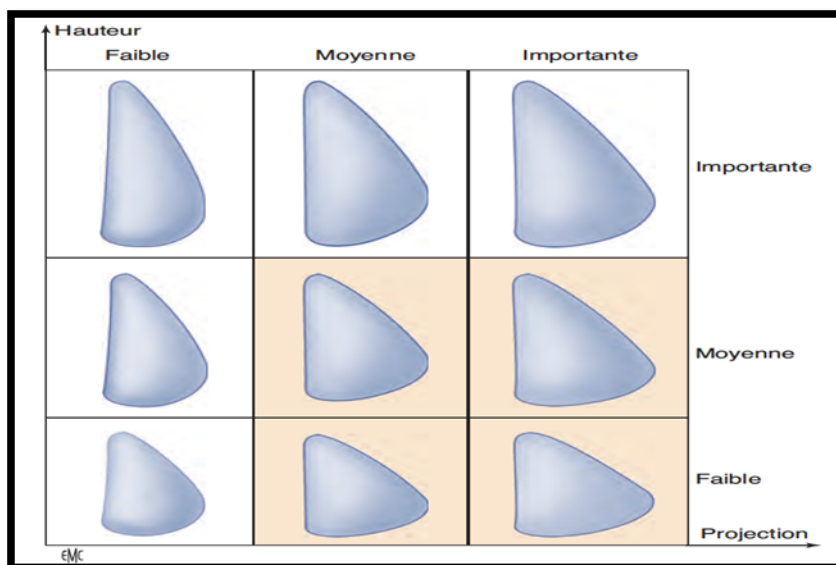


Figure 48 : Gamme de prothèses anatomiques en fonction de la base et de la projection.[170]

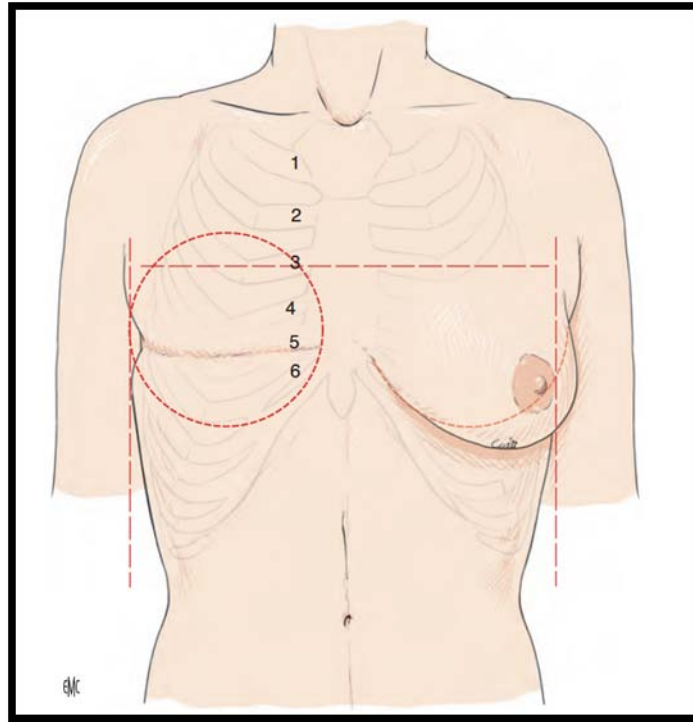


Figure 49 : Dessin préopératoire de la base mammaire de la 1 ère a la 6 ème cote [170]

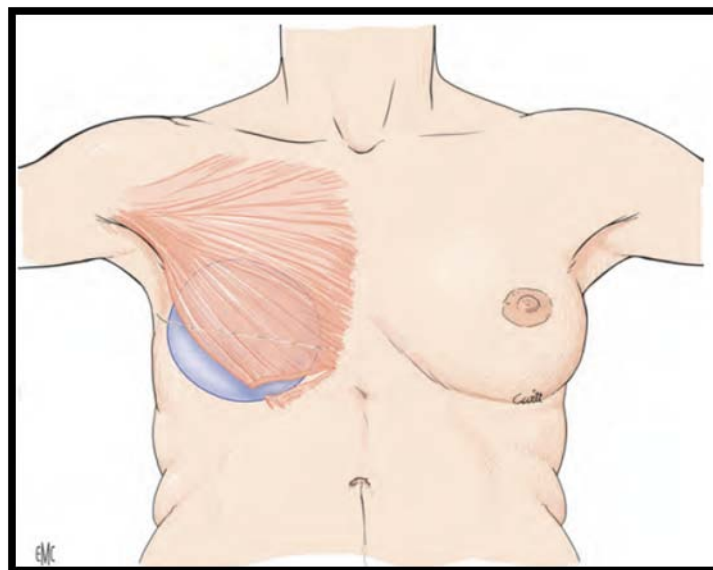


Figure 50 : Implant en position retropectorale avec désinsertion du muscle en infero-interne [170]

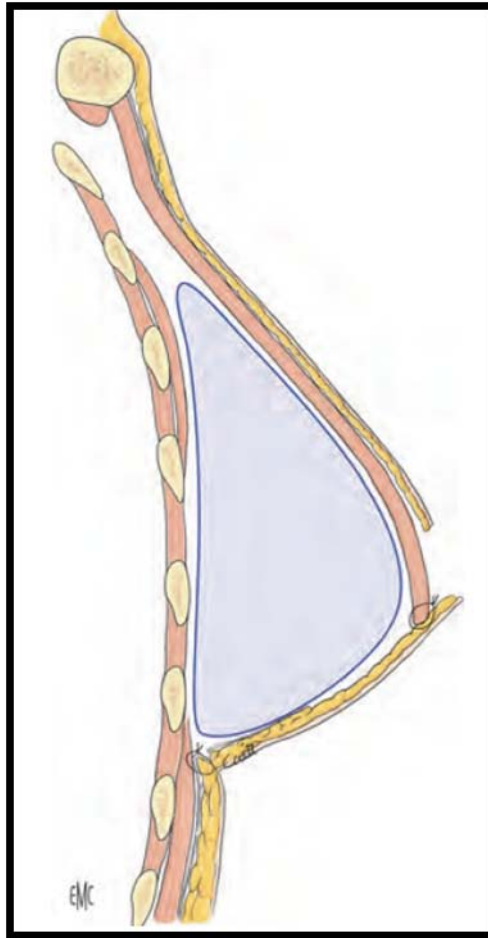


Figure 51 : Le pôle supérieur l'implant est recouvert par le muscle grand pectoral , et le muscle est rabattu vers le bas et double l'incision en profondeur [170]

4.2 Reconstruction par prothèse d'expansion :

Le principe est de distendre progressivement les tissus en zone mammaire par le biais d'une prothèse gonflable, afin d'améliorer la tolérance à la prothèse définitive et assurer un résultat forme plus naturelle. [170]

L'intervention se déroule en trois temps avec un intervalle de 3 mois :

- Le premier temps : mise en place d'une prothèse d'expansion et la correction d'une ptôse ou d'une hypertrophie du sein controlatéral ;
- Le deuxième temps : le remplacement de la prothèse d'expansion par une prothèse définitive et symétrisation du sein opposé en cas d'hypotrophie ;

- Le troisième temps : la reconstruction du complexe areolomamelonnaire.

[161]

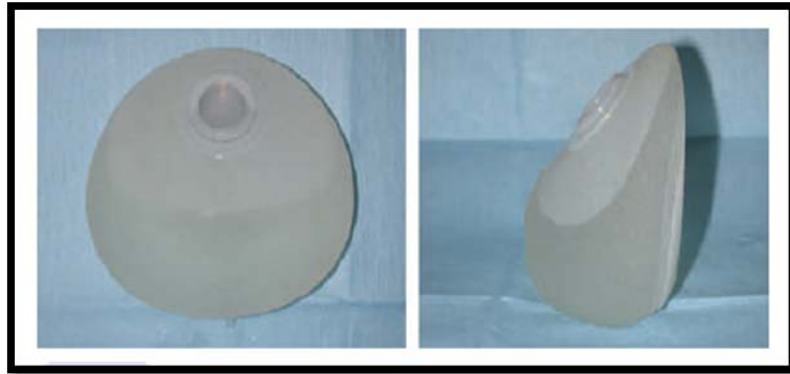


Figure 52 : Prothèse d'expansion différentielle, texturée, a valve incorporée [161]

4.3 Reconstruction par Lambeau de grand dorsal :

La lambeau grand dorsal joue un double rôle, il augmente la surface de couverture par son îlot de peau, et couvre la prothèse par sa portion musculaire. Quant à l'implant, lui ajoute le volume a la reconstruction [170]. Cette technique est favorisée, Lorsqu'il existe suffisamment d'excès tissulaire dans le dos. Ou lorsque la patiente refuse la reconstruction par prothèse. [161]

Le lambeau musculo-cutané-graisseux du grand dorsal pédiculé peut alors à lui seul reconstruire un volume mammaire satisfaisant. [161]

Après la levée du lambeau de grand dorsal, le déficit musculaire est peu important, car il est compensé par l'action des autres muscles de l'épaule.

Cette technique peut être utilisée en reconstruction mammaire immédiate ou différée.



Figure 53 : La palette cutanée dorsale est tracée horizontalement en regard du muscle [170]

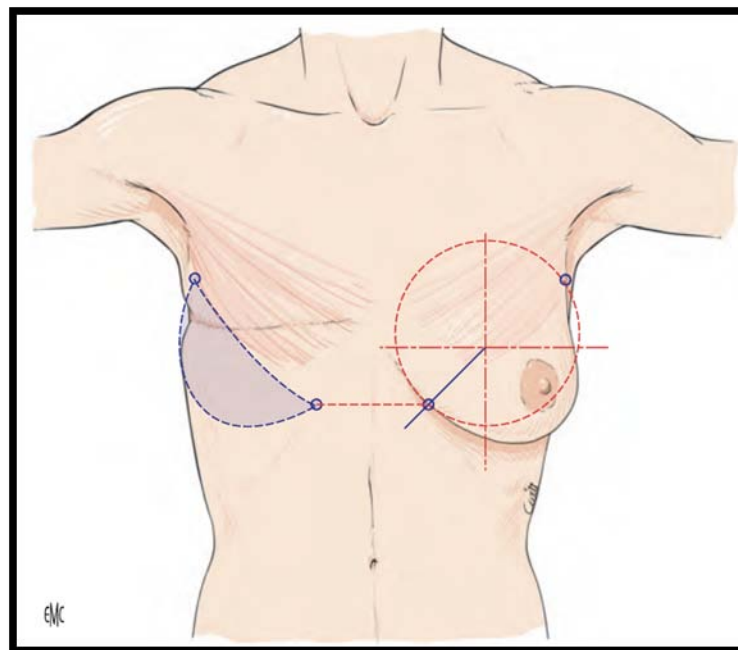


Figure 54 : Dessin préopératoire de la contre incision [170]

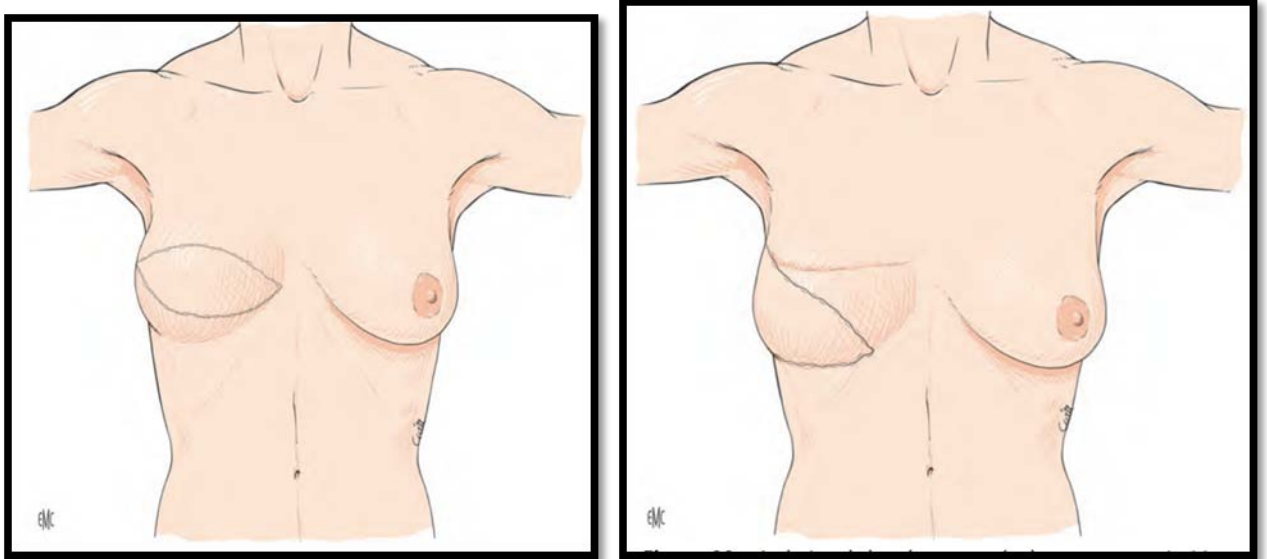


Figure 55 : a) inclusion de la palette dans la cicatrice de Pate. b) inclusion de la palette cutanee dans une contre-incision[170]

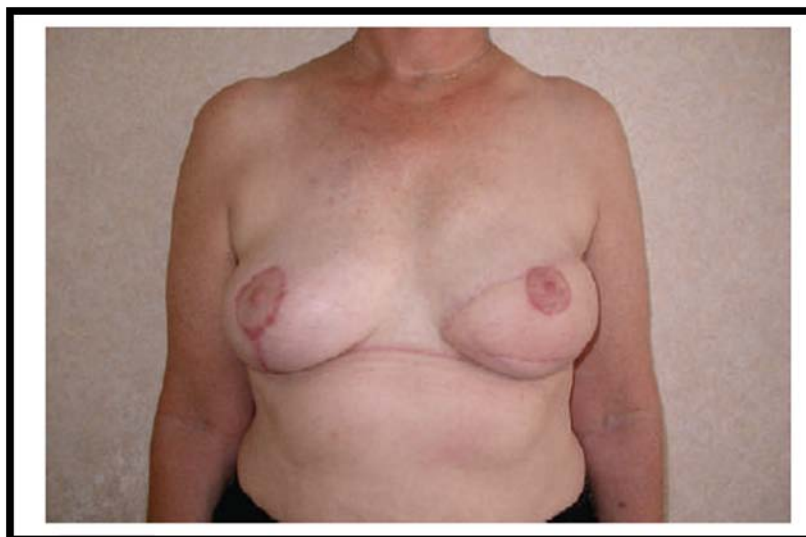


Figure 56 : inclusion du lambeau dans la cicatrice de mastectomie [161]

4.4 Reconstruction par lambeau deep inferior epigastric perforator flap (DIEP) :

Représente l'aboutissement des techniques de reconstruction mammaire utilisant des lambeaux basés sur le rectus abdominis. En préservant l'aponévrose et le muscle, il induit moins de complications pariétales que le transverse rectus abdominis muscle (TRAM). Il n'est toutefois pas dénué de risques et ses indications doivent être réfléchies.

Un doppler doit être réalisé avant l'intervention qui permet de localiser les perforantes de calibre important. L'abord de la région axillaire permet d'exposer les vaisseaux axillaires et le pédicule circonflexe scapulaire.

Le lambeau est soulevé de l'aponévrose antérieure du muscle rectus abdominis de chaque côté en repérant les perforantes. L'incision de l'aponévrose est effectuée du côté où les perforantes sont de meilleur calibre. Et la dissection intramusculaire doit être méticuleuse suivant le trajet des vaisseaux jusqu'à l'origine du pédicule épigastrique inférieur profond sur les vaisseaux iliaques.

Après fixation du lambeau sur le thorax par des points de bâti, les anastomoses microchirurgicales sont réalisées par des points séparés pour l'artère et par surjet ou points séparés pour la veine. Et les zones mal vascularisées du lambeau sont réséquées.

Le modelage du lambeau est ensuite réalisé et la zone est drainée par une lame.

La fermeture abdominale est réalisée plan par plan avec de gros points en X sur l'aponévrose. [234]

4.5 Reconstruction mammaire par transverse rectus abdominis musculocutaneous flap TRAM :

Cette technique a permis la réduction de la morbidité qui passe par, la fiabilité de la technique chirurgicale, sa rapidité et la sélection des patientes [161]. La reconstruction mammaire par TRAM se déroule en plusieurs étapes :

- Le décollement cutanéograsseuse remontant en haut jusqu'au xiphœide et latéralement jusqu'aux dernières cotes

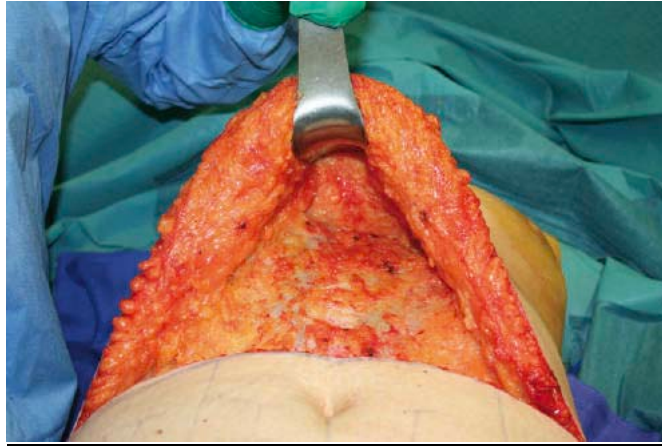


Figure 57 : image indiquant le décollement cutané-graisseux de la région sus ombilicale

- La tunnelisation : créer un tunnel entre le décollement de la région abdominal et le décollement au niveau thoracique qui franchit la ligne médiane du sillon sous mammaire.
- Décollement des héli palettes cutanées ;
- Prélèvement musculaire ;
- Recoupes du lambeau ;
- Réparation pariétale ;
- Et enfin la fermeture cutanée, qui doit être la plus esthétique possible ;
- Puis enfin modelage du lambeau. [161]

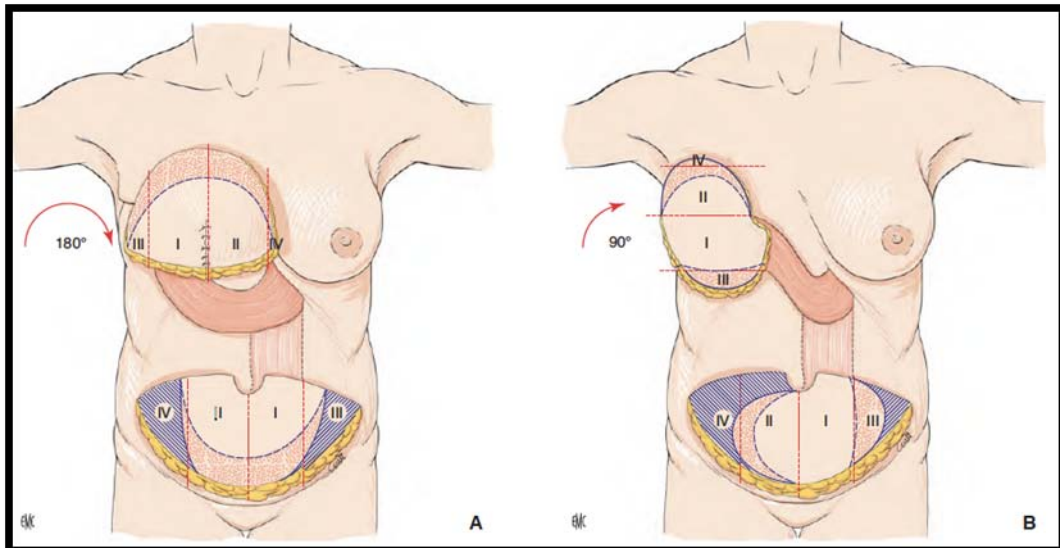


Figure 58 : Mobilisation du lambeau par rotation de 180 degré, position horizontale du TRAM flap (A), ou de 90 degré en position verticale du TRAM.(B) [170]

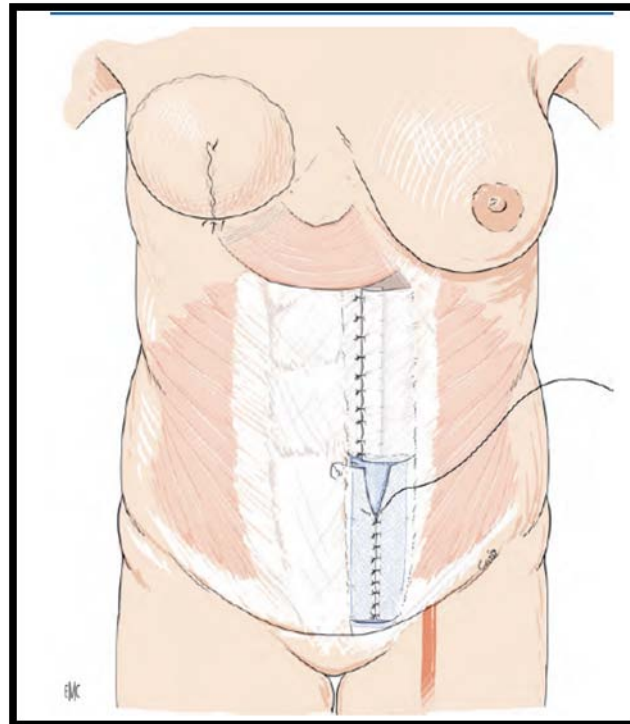


Figure 59 : Fermeture pariétale, en pailette en sus ombilical et sur plaque en sous ombilical [170]

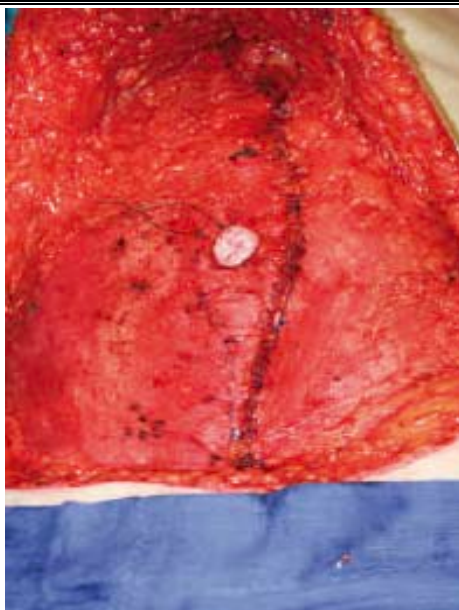


Figure 60 : Fermeture pariétale par rapprochement des deux bandelettes musculoaponavrotiques par des points inverses [161]



Figure 61 : Positionnement du lambeau avec l'ombilic en position supérointerne et désépidermisation de la berge supérieure

4.6 Reconstruction micro chirurgicale du sein :

La reconstruction mammaire microchirurgicale a pour objectif de restaurer le volume mammaire et l'enveloppe cutanée du sein par des tissus autologues prélevés sur des sites donneurs à distance du sein, en s'affranchissant de la contrainte de proximité. Ces sites donneurs sont des zones de stéatomérie excédentaire permettant l'apport d'un bon volume

graisseux avec un apport cutané adapté. Ils autorisent une fermeture du site donneur de première intention avec un éventuel bénéfice secondaire de dermolipectomie. [161]

Plusieurs techniques ont été développées dont :

- Reconstruction mammaire autologue par lambeau libre abdominal [165,166]
- Reconstruction mammaire autologue par lambeau libre de muscle gracilis à palette cutanée [166, 167]
- Reconstruction autologue par lambeau libre fessier inférieur [168]

Dans notre série 25,37% de nos patientes ont bénéficiés de reconstruction mammaire après mastectomie. Dont 76,47% immédiates et 23,52% en différé.

La technique de reconstruction la plus utilisée dans notre série est la reconstruction par prothèse définitives avec un taux majoritaire de 64,70%.

4.7 Reconstruction de la plaque areolomamelonnaire (PAM) :

La reconstruction de la PAM est l'étape finale de la reconstruction mammaire, car elle vient transformer un simple volume en un véritable sein en temps réel. Et dont le principe est de retrouver un résultat le plus naturel et le plus symétrique possible, en termes de consistance, de couleur, de taille, de forme, de projection et de position possible. [170]

Elle se déroule en général en deux étapes, d'abord la reconstruction de la plaquearéolaire, puis la reconstruction du mamelon. [170]

4.8 Reconstruction de l'aréole :

L'aréole peut être classiquement reconstruite de deux manières possibles la greffe de peau totale et le tatouage ou la pigmentation. [170]

a) La greffe de peau

Décrite par Little, elle se prélève dans le sillon génitocrural en peau totale. [171] La peau est prélevée et dégraissée avant d'être mise en place sur le sein. Le site receveur est désépidermisé pour recevoir sa greffe, qui est généralement maintenue par un bourdonnet de tulle gras.

Le site donneur est quant à lui refermé, après hémostase, par suture directe et sans drainage. Cette technique présente néanmoins plusieurs inconvénients : [169]

- Risque non négligeable d'échec de la greffe et de risque de défaut de cicatrisation ;
- La repousse de poils sur le site receveur ;
- La localisation du site donneur, est souvent sujette à une désunion du fait de la localisation au niveau du pli inguinal ;
- La longueur du geste. [169]

Mais malgré tous ces inconvénients, on rapporte tout de même que cette technique rapporte une texture cutanée différente de celle du reste du sein, et paraît plus réelle que celle d'un tatouage. [169]

b) Tatouage ou dermopigmentation :

La première aréole reconstruite par tatouage fut rapportée en 1975. Le tatouage n'a pas toujours eu bonne réputation, en raison de l'instabilité des couleurs des anciens pigments.

Il s'agit d'une technique simple et rapide, accessible à tous. Aujourd'hui, on dispose d'excellents pigments à base d'oxydes de fer et/ou de dioxydes de titane dispersés dans un gel en suspension, dont la palette de couleurs est très proche des teintes naturelles des aréoles, et qui restent stables dans le temps. [170]

Un tatouage de qualité requiert un matériel irréprochable :

- Un appareil de dermopigmentation.
- Des aiguilles à neuf pointes, en forme de peigne, pour une définition plus nette, plus rapide et plus précise.
- Des pigments naturels de qualité pour la stabilité des couleurs, conditionnés en dosettes de 2 ml, stériles, à usage unique.
- Un nuancier de couleurs.
- Une housse stérile lorsque le geste est réalisé au bloc opératoire. [169]

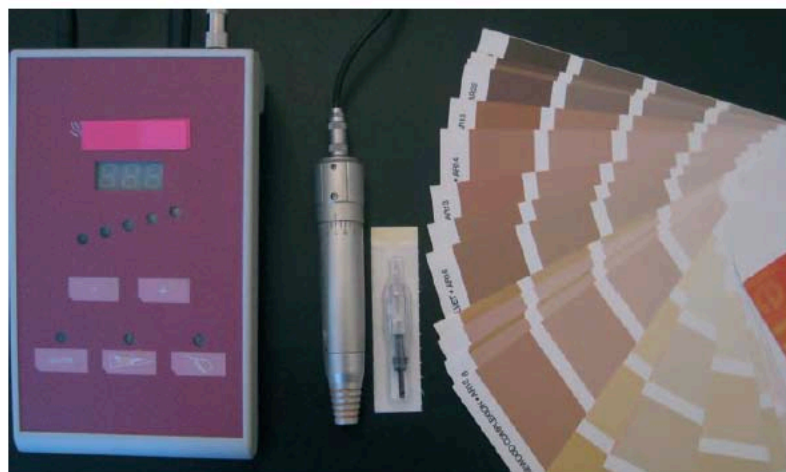


Figure 62 : Un appareil de dermographie, aiguille « peigne », nuancier de pigments.[170]

Le tatouage est dans la majorité des cas réalisé au même temps opératoire que la reconstruction de la plaque aréolaire, mais il peut également être réalisé de façon isolée ou en consultation. [170]

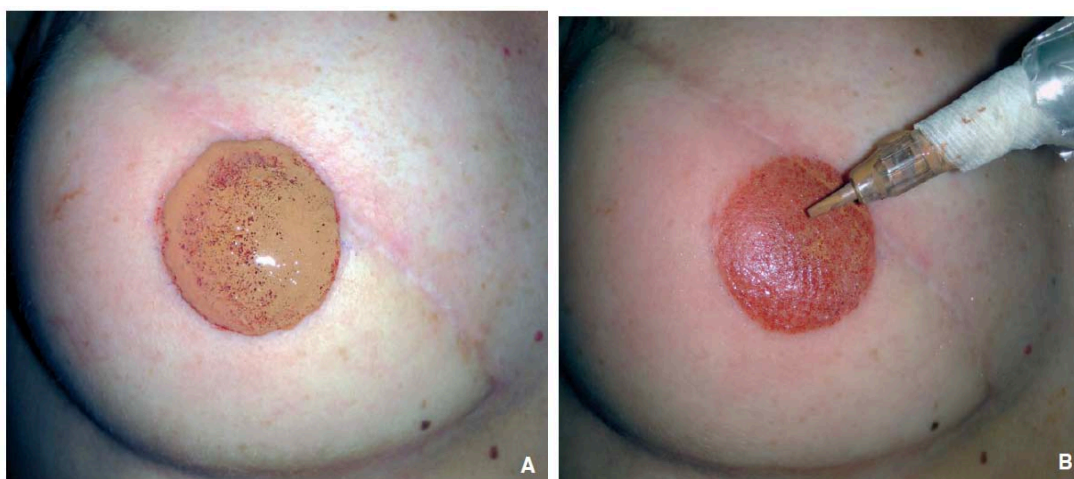


Figure 63 : pigmentation de l'aréole [170]

4.9 Reconstruction du mamelon :

La reconstruction de la plaque aréolaire n'est jamais parfaite sans la reconstruction d'un mamelon adéquat. Plusieurs techniques sont possibles :

- Greffe d'hémimamelon controlatéral : c'est incontestablement la technique qui donne le plus joli rendu. Cependant elle n'est toujours pas possible surtout lorsque le mamelon d'origine est de petit volume.

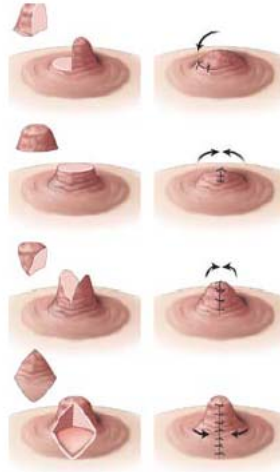


Figure 64 : Les différentes techniques de prélèvement de l'hémimamelon en fonction de la forme initiale. [170]



Figure 65 : Prélèvement d'un hémimamelon[170]



Figure 66: A : Suture de la greffe de l'hémimamelon au centre du tatouage. B : suture du site donneur après prélèvement de l'hémimamelon

- Grefe des petites lèvres : son utilisation se justifie lorsque la patiente a un désir de retrouver du relief, et que le prélèvement de l'hémimamelon controlatéral n'est pas possible. Ou lors des reconstructions bilatérales [170]



Figure 67 : Suture d'une greffe de petite lèvre au centre d'une aréole reconstruite par tatouage[170]

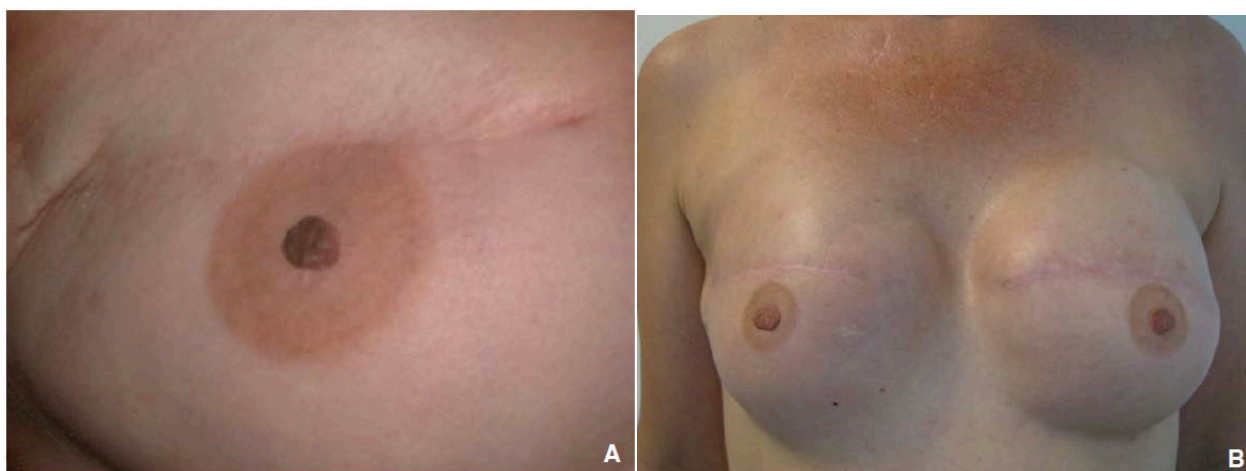


Figure 68 : Résultats d'aréole par tatouage et de greffe de petite lèvre genitale (A,B) [170]

5. Complications de la reconstruction :

Après reconstruction mammaire des complications sont possibles, sont plus fréquemment rencontrées en cas de reconstruction mammaire immédiate que différée, et, sont favorisées par la radiothérapie, le tabagisme et les terrains particuliers (obésité, diabète...). Elles diffèrent en fonction du moyen de reconstruction utilisé.

Les complications peuvent être immédiates ou secondaires, il peut s'agir d'imperfection du résultat plutôt que de vraies complications.

5.1 Complications immédiates (précoces) :

a) Infection :

C'est une complication rare mais grave. Elle doit être prévenue par une asepsie stricte et une antibiothérapie prophylactique.

En cas de survenue elle impose l'ablation de la prothèse, puis après plusieurs mois d'attente (jusqu'à 1 an), la mise en place d'une nouvelle prothèse est possible. Mais selon certains auteurs (Delay), la remise en place d'une autre prothèse exposerait à un risque accru de coque et à un risque de nouvel épisode septique, voire à une extrusion de la prothèse. Dans ces situations difficiles, la meilleure solution est de retirer la prothèse et la coque péri-prothétique infectées et de procéder à une reconstruction par des tissus autologues.

b) Exposition de la prothèse :

Survient à la suite d'une nécrose cutanée ou désunion, quand une prothèse trop grosse a été utilisée sous des tissus insuffisants ou ~~de~~ mauvaise qualité souvent secondaires à une radiothérapie.

Elle impose l'ablation immédiate de la prothèse (la reconstruction pourra se faire quelque mois plus tard avec un lambeau de grand droit ou de grand dorsal avec prothèse) ou la réalisation en urgence d'un lambeau.

c) Hématome :

Il est prévenu par une hémostase systématique de la loge prothétique ~~par~~ la mise en place d'un drain aspiratif. " Lorsqu'il survient, il peut amener à une nouvelle intervention pour évacuation–drainage, la prothèse est remise en place.

L'hématome non drainé entraîne la formation d'une coque précoce péri–prothétique.

d) Épanchement séreux sans signes d'infection :

Constitue une complication fréquente surtout avec les implants à surface texturée. Elle justifie un drainage aspiratif de la loge, qui peut durer plusieurs jours.

5.2 Complications secondaires (tardives) :[212]

a) Coque péri-prothétique :

Comme tout corps étranger introduit dans l'organisme, l'implant mammaire s'entoure d'une capsule péri–prothétique qui est une réaction cicatricielle ~~et~~ constante. Toutefois, dans un certain nombre de cas, cette capsule subit une constriction anormale dont la physiopathologie reste encore inconnue. Cette constriction aboutit à comprimer l'implant dont la forme tend à se rapprocher de celle d'une sphère et à indurer le sein. On parle alors de « coque » fibreuse péri–prothétique.

Le risque d'apparition d'une coque est totalement imprévisible, à la fois dans le temps (entre quelques semaines et quelques années après l'intervention) et dans l'espace (unilatérale ou bilatérale).

Sa survenue est favorisée par certains facteurs : infection, hématome, la souffrance tissulaire, et la radiothérapie.

Sa fréquence a très nettement diminuée actuellement par l'utilisation d'implant à surface «texturée ».

La classification de Baker distingue 4 stades cliniques :

- Stade 1: inspection et palpation normales du sein (implant indétectable).
- Stade 2 : inspection normale, mais légère induration à la palpation.
- Stade 3 : inspection normale ou déformation légère, avec surtout induration importante et gênante à la palpation.
- Stade 4 : déformation visible du sein par l'implant, avec induration majeure à la palpation et douleurs.

Le premier choix thérapeutique consiste à assouplir la loge par des capsulotomies et/ou des excisions plus ou moins étendues de la coque péri-prothétique (capsulectomie) avec parfois changement de l'implant au cours de l'intervention.

Mais le risque de récurrence reste toutefois très important, et dans des cas graves, il faut enlever définitivement l'implant et reconstruire par des tissus autologues.

b) Rupture de la prothèse :

Peut être d'origine traumatique (traumatisme interne ou compression excessive au cours d'un examen de mammographie) ou être en rapport avec l'usure et le vieillissement progressif et inévitable des implants. En cas de rupture d'une prothèse gonflable, le sein reconstruit s'aplatit brutalement ou progressivement en quelques heures ou jours correspondant à un dégonflement de la prothèse. Dans ce cas, un changement de prothèse doit être effectué rapidement pour limiter la rétraction de la loge." La rupture d'un implant pré-rempli de silicone peut passer inaperçue et entraîner un changement de consistance de la prothèse, voire des signes inflammatoires locaux. Cette rupture peut être objectivée par une mammographie numérisée. La prothèse doit être alors enlevée et remplacée par un autre implant.

c) Fossettes internes :

Après la mise en place d'une prothèse, une fossette peut se creuser progressivement à la portion interne de la reconstruction. Ce phénomène, surtout visible chez les patientes à téguments très minces, lors de la contraction du muscle grand pectoral, provient d'un excès de

libération des fibres internes du grand pectoral et de leur réinsertion sur la peau. Toute tentative de libération interne pour remettre la prothèse ~~fait place~~ à un risque d'aggravation de la fossette par désinsertions supplémentaire du grand pectoral.

La correction est difficile, elle peut se faire grâce à un greffon dermo-graisseux, ou par ramassage du grand pectoral au pectoral controlatéral.

d) Vagues et plis :

Lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser dessiner la déformation de l'enveloppe sous forme de vagues et de plis.

e) Malposition de la prothèse :

" Il peut s'agir d'une faute grossière de positionnement initial, il peut aussi s'agir d'un déplacement secondaire. En fait les prothèses ont habituellement tendance à remonter de quelques centimètres, ce qui devra être prévenu par un soutien -gorge adapté maintenant la prothèse en bas et dedans." Quoiqu'il en soit, il est toujours facile de descendre une prothèse que de la remonter. Pour remonter une prothèse, il est parfois nécessaire de refixer la berge inférieure au bon niveau à l'aide d'une série de points dermiques fixés à la paroi thoracique ou de refixer plus haut la berge inférieure de la capsule sectionnée.

6. Degré de satisfaction et impact psychologique de la reconstruction mammaire :

6.1 Pourquoi évaluer la perception et la satisfaction de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie ?

a) Le cancer du sein, un problème de sante publique au Maroc

Le cancer du sein représente 24,5% d'incidence et 30,3% de prévalence de l'ensemble des cancers féminins dans le monde. 2.2 millions de nouveaux cas, de cancer du sein ont été recensés en 2020, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce qui en fait le cancer le plus fréquent dans le monde.

Au Maroc le cancer du sein constitue un véritable problème de santé publique de par son incidence très élevée. Incitant ainsi Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale à lancer la campagne nationale de sensibilisation et de dépistage des cancers du sein et du col de

l'utérus, sous le slogan : « La détection précoce est une prévention et pour votre santé, une protection ». [33]

Le sein, à la fois symbole de féminité, de maternité et de sexualité, son atteinte est un bouleversement de la vie de la patiente. Du diagnostic et jusqu'à la thérapeutique, particulièrement la mastectomie, le cancer du sein constitue un traumatisme aussi bien physique que psychologique et un préjudice à l'intégrité corporelle et à l'identité féminine de la patiente. Tout ceci souligne l'importance de la reconstruction mammaire et son impact psychologique, et donc l'intérêt d'évaluer la perception de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie.

b) Impact du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes :

Depuis son diagnostic et souvent jusqu'à plusieurs années suivant la rémission, en passant par les protocoles thérapeutiques. Le cancer du sein est responsable d'un bouleversement à la fois physique, psychique et morale. Anxiété, phobie, dépression, ou troubles de la personnalité... Les troubles psychologiques sont fréquents et peuvent prendre des formes variables selon les patientes, leur histoire, leur vécu, leur entourage et leur contexte social.

Selon Miaja et al. le diagnostic de cancer du sein constitue un élément perturbateur, qui interfère avec les projets de vie. Ils suggèrent selon leur étude que les femmes atteintes de cancer le vivent différemment selon leur âge au moment du diagnostic. Les jeunes femmes (de moins de 40 ans au moment du diagnostic), ont des préoccupations concernant leur carrière professionnelle, leur rôle familial, leur relation avec leur partenaire, l'aliénation des pairs en bonne santé et le changement de l'image corporelle. De plus elles ont tendance à percevoir le cancer comme beaucoup plus agressif que leurs homologues plus âgées. (37)

Avis et al. ont rapporté que la perte d'une routine quotidienne, les problèmes sexuels, et l'insatisfaction de l'image corporelle sont les facteurs les plus importants qui affectent négativement la qualité de vie des femmes de moins de 50 ans. (38)

Des résultats similaires ont été relevés par Champion et al., en comparant les jeunes femmes qui ont survécu au cancer du sein à des survivantes plus âgées. Les femmes plus

jeunes présentaient des symptômes de dépression et d'anxiété plus importants en réponse à la maladie, une fatigue accrue et une plus grande crainte de récurrence. Une performance moindre en termes de relations interpersonnelles. L'anxiété face à l'insatisfaction conjugale, et une perception de l'image corporelle déformée constituent aussi des facteurs importants, affectant la qualité de vie des patientes plus jeunes. [39]

c) **Impact de la mastectomie sur la psychologie de la femme :**

L'annonce de la mastectomie vient réactualiser le traumatisme de l'annonce du cancer du sein. Et même si la mastectomie peut sauver des vies, l'accepter n'est jamais un choix facile à faire. Au-delà de l'opération et des risques, elle engendre des questions sur l'image de soi, la féminité, ou encore la vie sexuelle.

Une psychologue française a mené une étude, afin de mieux comprendre l'effet du cancer et de la mastectomie sur la psyché de la femme. Elle relève un certain nombre d'éléments concernant les retentissements de la mastectomie sur l'image corporelle. L'angoisse de castration prend le devant de la scène, et au-delà, celle de la mort. La mastectomie impose par conséquent de nombreux remaniements psychiques. Et constate également lors de son interrogatoire avec les patientes que leur discours est très inhibé ; leurs réponses sont brèves et ponctuées de longues latences. [40]

L'image corporelle, la féminité, et la sexualité sont les facteurs les plus négativement impactés par la mastectomie selon Foster et al.. (41) Une autre étude multicentrique, a conclu que les femmes ayant subi une mastectomie seule étaient plus susceptibles de souffrir de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression par rapport à celles qui avaient subi une reconstruction mammaire immédiate ou différée. (42)

L'étude de 190 patientes ayant subi une mastectomie seule, une mastectomie avec reconstruction immédiate, ou avec reconstruction différée dans deux hôpitaux universitaires du Canada.(43) Les femmes ont rempli un questionnaire avant l'acte chirurgical, puis un an après. Les femmes ayant subi une reconstruction différée avaient les pires scores de fonctionnement, mais après un an de suivi, aucune différence n'avait été relevée entre les trois groupes en termes de scores de fonctionnement (fonctionnement cognitif, fonctionnement émotionnel et

fonctionnement social). Ceci met en exergue la nécessité d'un soutien psychosocial après l'annonce du diagnostic du cancer du sein, même en cas de reconstruction mammaire immédiate. (43)

Une étude au sud-ouest du Nigeria, menée par Olasehinde et Arije met en évidence les défis psychosociaux rencontrés par les jeunes femmes (<45 ans) ayant subi une mastectomie pour un cancer du sein. (44) La décision de subir une mastectomie a été un facteur de stress pour la plupart des femmes de cette étude, certaines pensaient même qu'elles étaient confrontées au choix de mort. (44)

Le changement de l'image corporelle est également un thème identifié, en effet l'ablation du sein a eu des retombées sur la perception de la féminité chez l'ensemble des patientes de l'étude. L'une d'elle refusait de se voir catégoriquement dans le miroir, tandis qu'une autre a déclaré qu'elle avait perdu un symbole de sa féminité et se questionnait si sans cet emblème de beauté féminine elle n'était pas devenue plus masculine. (44)

Le premier défi auquel ont été confronté 5 patientes sur 6, était l'annonce de la mastectomie à leur conjoint. Et les 6 femmes ont déclaré que la mastectomie avait eu un impact négatif considérable sur leur vie sexuelle. Ainsi pour faire face à la vie post mastectomie les femmes ont développé plusieurs mécanismes de coping dont l'acceptation de soi, la religion ou encore la distraction. (44)

Quatre patientes sur six ont affirmé qu'elles évitaient les engagements sociaux par crainte de stigmatisation. L'impact de ces défis tant sur leur vie personnelle que familiale souligne la nécessité d'intégrer activement une prise en charge psychologique dans leurs soins. (44)

6.2 Comment évaluer la satisfaction de la reconstruction mammaire chez les patientes ?

a) Choix de questionnaire :

Mesurer la qualité de vie nécessite que l'on dispose d'outils à la fois subjectifs (c'est le sujet lui-même qui doit évaluer l'impact de la maladie et de ses traitements sur son existence) et multi- dimensionnels.

Sont utilisés de ce fait, des auto-questionnaires comprenant des questions regroupées en plusieurs dimensions (= items), recouvrant les quatre grandes composantes de l'état de santé perçues par le patient : son activité physique et professionnelle, son état psychologique, ses relations avec les autres et ses sensations somatiques.

Plusieurs choix de réponses sont proposés, le plus souvent, en utilisant une échelle verbale à plusieurs modalités de réponse (par exemple : nul, moyen, léger, important et extrême en cas d'échelle à cinq points). En additionnant les réponses données aux questions, on obtient un score pour chaque dimension. Un score global est également souvent calculé en additionnant le score de toutes les dimensions. La période de temps explorée correspond habituellement aux quatre dernières semaines (34).

Il existe trois types de questionnaires de qualité de vie :

- Les questionnaires génériques, ils permettent de comparer la qualité de vie au sein de différentes populations ou entre différentes maladies.
- Les questionnaires spécifiques, élaborés pour une pathologie précise, ont l'avantage de prendre en compte les manifestations spécifiques de la maladie étudiée.
- Les questionnaires mixtes représentent un point d'équilibre entre les outils génériques, peu sensibles, et ceux spécifiques aux applications limitées à une seule pathologie.

b) Le BREAST Q : (voir annexe)

Le questionnaire BREAST-Q est un auto-questionnaire validé destiné spécifiquement à quantifier la satisfaction et le bien-être après chirurgie mammaire.

Il en existe différents modules destinés aux différentes branches de la chirurgie mammaire (reconstruction, augmentation, réduction et mastopexie, ou mastectomie).

Les questionnaires BREAST-Q s'intéressent à deux domaines : le bien-être et la satisfaction après chirurgie. Chaque domaine est subdivisé en trois sous-domaines : le bien-être physique, le bien-être psycho-social et le bien être sexuel d'une part et d'autre part la satisfaction liée au sein, la satisfaction liée au résultat, et la satisfaction de la prise en charge par l'équipe médicale, paramédicale et administrative.

Le questionnaire est constitué de différents items à réponse ordinale. Chaque item évalue une donnée unidimensionnelle, cliniquement pertinente. Les scores obtenus dans les différents items et dans les différents groupes de patientes ont un lien psychométrique permettant leur comparaison.

La réponse à chaque item est traduite en donnée numérique rentrée dans un tableur Excel dédié. Le logiciel QScore™ traduit ces données en scores numériques de 0 et 100. Un score élevé reflète une meilleure satisfaction et un meilleur bien-être. Chaque domaine est traduit en un score indépendant, en revanche, il n'y a pas de score global. Le questionnaire BREAST-Q peut ainsi être utilisé en totalité ou fractionné selon les objectifs de l'étude. (35) (voir annexes)

6.3 Impact psychologique de la reconstruction mammaire :

Les bénéfices de la reconstruction sont majeurs, à la fois physiques, psychiques et fonctionnels et font que la chirurgie oncoplastique prend actuellement une partie intégrante du traitement du cancer du sein [159].

Furtunato, estime que la reconstruction mammaire immédiate, a eu un impact positif sur les fonctions cognitive, émotionnelle, et sociale chez toutes les patientes jeunes. Cependant pour les patientes >60 ans, cet impact positif s'atténue avec l'âge chez qui la fonction émotionnelle n'est améliorée que dans 12% des cas,. Et la Fonctions sociale est améliorée par un accompagnement psychologique.

Quant à la fonction cognitive les résultats étaient similaires, peu importe si la patiente a bénéficié ou non d'une reconstruction et quel que soit son âge.

Au terme de son étude Furtunato, déclare que 80% des patientes ayant eu recours à une reconstruction immédiate étaient satisfaites, et ne regrette pas leur décision. Par contre 1/5 regrette ne pas avoir choisis la reconstruction immédiate, dont 40% ont reconsidéré leur choix initial et souhaiteraient avoir recours à une reconstruction mammaire différée. [238]

El Tahir et al. ont souligné l'apport supérieur de la reconstruction mammaire sur la psychologie de la femme par rapport aux complications chirurgicales supplémentaires et à son cout élevé. [239]

L'étude de Hart, [240] sur l'impact psychosexuel de la reconstruction mammaire post mastectomie, portait sur une évaluation par sondage sur la santé sexuelle des femmes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire après mastectomie. Hart a relevé plusieurs domaines d'étude :

- Le rôle du sein dans la confiance en soi et la féminité : 84% des patientes de cette étude affirmaient que leurs seins jouaient un rôle important dans la définition de leur féminité et de leur sexualité, Ce ci rejoint les résultats de notre étude mais uniquement chez la catégorie des femmes jeunes.
- Le sentiment d'attirance : 86,2% des patientes étaient d'accord pour dire qu'après la reconstruction elles se sentaient aussi attirante sans vêtements qu'avant, et qu'elles étaient satisfaites de leur reflet au miroir.
- Relation intimes et satisfaction à l'égard de la vie sexuelle : 49,5% des patientes étaient globalement satisfaites de leur vie sexuelle. Et affirmaient que la reconstruction a amélioré leurs rapports conjugaux. Par contre 25,8% des patientes ont affirmé qu'elles appréciaient les relations conjugales et sexuelles avant le cancer, et que la reconstruction n'a pas eu d'effet bénéfique. [240]

K.Lamore, a mené une étude sur l'impact et la satisfaction de la reconstruction mammaire chez les femmes en couple, en comparant deux groupes de patientes celles ayant participé seule à l'étude et celles avec leur conjoint. [241]

Il s'est avéré que les patientes dont le conjoint était présent, compréhensif, sportif et impliqué dans le processus de traitement ressentaient moins les émotions négatives, et rapportaient moins de difficultés sexuelles et de meilleures relations conjugales.

De plus, la qualité de vie et la satisfaction esthétique étaient largement supérieur dans ce groupe de patientes. [240]

V. Recommandations et perspectives :

D'après une multitude d'études, il a été prouvé que le cancer du sein, et la mastectomie pouvaient avoir des conséquences psychologiques dévastatrices qui perdurent parfois des années après la réémission. A contrario, il a été prouvé que la reconstruction mammaire :

- Avait un effet bénéfique la sur la psychologie de la femme.
- Améliorait ses relations sociales et conjugales.
- Procurait une meilleure image de soi.
- Permettait de retrouver un équilibre et oublier ce qui rappelle le cancer.

Et malgré tous ces bienfaits, le taux de reconstruction mammaire après mastectomie, reste faible au Maroc (25,32% dans notre série).

Au cours de notre étude, nous avons pu relever plusieurs motifs de refus (le coût élevé de l'acte chirurgical, la crainte des complications, la crainte de s'infliger une nouvelle cicatrice et le manque d'informations...). Par ailleurs d'autres études doivent être menées sur une plus large échelle, afin de mieux comprendre les raisons qui gardent ce taux toujours aussi faible dans notre pays, malgré l'avènement et le développement des techniques de chirurgie oncoplastique. Pour y remédier, on propose :

- Une meilleure clarification des avantages de la reconstruction mammaire et de ses bienfaits.
- Un accès optimal égal à l'information.
- Expliquer les conséquences du cancer et de la mastectomie sur la psychologie de la femme.
- Partager le vécu et les expériences des femmes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire après mastectomie.
- Améliorer la gestion du cancer et promouvoir la reconstruction mammaire.
- Impliquer la patiente dans la prise de décision, écouter ses désirs et ses craintes.
- Établir des dispositifs d'information concernant la reconstruction mammaire.

- La prise en charge des reconstructions mammaire post mastectomie par les assurances maladies, et reconsidérer cet acte comme un acte de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique.
- Profiter de la médiatisation du « Octobre Rose », pour promouvoir la reconstruction mammaire post mastectomie. Grace à une communication de masse, diffusée à travers les médias, la télévision, la radio, la presse, et biensûr les réseaux sociaux (en créant des campagnes publicitaire, des campagnes de sensibilisation, des slogans et des posters).



Conclusion



Ces dernières années, nous avons assisté à de véritables progrès dans la prise en charge du cancer du sein, améliorant le pronostic de la maladie. Qui se manifeste par une augmentation de la survie des patientes. Les traitements sont de plus en plus individualisés et adaptés à chaque type de cancer et à chaque patiente, et tendent vers la désescalade thérapeutique. A ce progrès, vient s'ajouter l'essor de la chirurgie oncoplastique, qui a réduit l'impact psychologique, social et sexuel du cancer du sein et de la mastectomie sur les femmes. En effet la reconstruction mammaire semble avoir un effet positif sur le fonctionnement psychologique, émotionnel et social. Et apporte aux patientes un résultat esthétique, un bien-être (psychologique, social, et sexuel), un équilibre et une meilleure image de soi. Cependant, dans notre contexte, le taux de reconstruction mammaire post-mastectomie reste faible, en raison de nos croyances religieuses et notre entourage socioculturel, du cout élevé et du manque d'information des patientes. Tout ceci impose la nécessité de donner une attention particulière à cet acte de chirurgie réparatrice, dont les bénéfices psychologiques dépassent largement ses complications et son cout.



Résumé



Résumé:

Du diagnostic, jusqu'à la thérapeutique, et particulièrement la mastectomie, le cancer du sein constitue un traumatisme aussi bien physique que psychologique et un préjudice à l'intégrité corporelle et à l'identité féminine de la patiente. Tout ceci souligne l'importance de la reconstruction mammaire et son impact psychologique, et donc l'intérêt d'évaluer la perception et la satisfaction de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie.

Le présent travail, est une étude rétrospective réalisée au sein du service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Étendue sur une période de 2 ans, de janvier 2019 à décembre 2021, notre étude portait sur la perception de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie. Et dont les principaux objectifs étaient de connaître, les motifs motivant une reconstruction mammaire après une mastectomie et les motifs de refus, de connaître l'impact psychologique du cancer du sein et de la mastectomie sur la psychologie de la femme, et enfin l'impact de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie.

L'échantillon de notre étude comprenait 67 femmes.

25,37% des patientes ont bénéficié d'une reconstruction mammaire. L'âge moyen de cette catégorie était de 43 ans (avec des extrêmes de 32 et 54 ans). Dont 76,47% étaient mariées et 23,52% célibataires.

La reconstruction mammaire immédiate était réalisée dans 76,4% des cas, contre 23,52% en différé.

La technique de reconstruction la plus utilisée dans notre étude était : la RM par prothèse définitive (64,70%).

Les complications précoces retrouvées sont : l'épanchement séreux(47,05%), l'hématome (23,52%), et l'infection(5,88%). Le rejet de la prothèse a été relevé chez une seule patiente et constituait la seule complications tardive dans notre série. À noter également que 17,64% des patientes n'ont présenté aucune complication.

La reconstruction mammaire a été proposée par le chirurgien plasticien à toutes les patientes.

Les principaux motifs de refus relevés chez 74,68% des patientes étaient: l'âge (68%), les croyances religieuses (26%), le cout élevé (70%), la craintes des complications (24%) et La crainte d'une chirurgie supplémentaire (26%). Et 25,32% seulement ont eu recours à une RM. Les principale motivations étaient comme suit : Le désir de retrouver sa féminité et de se sentir bien dans sa peau était un désir exprimé chez toutes nos patientes (100%), le désir à se sentir entière, et retrouver un équilibre (94,11)%, l'envie de retrouver une vie sexuelle et conjugale normale (88,23%), oublier tout ce qui rappelle le cancer (23,52%), l'influence du conjoint (47,05%).

Nous avons utilisé le BREAST-Q comme outil d'évaluation de la qualité de vie des patientes et de la satisfaction de la reconstruction mammaire. Dont les modules d'évaluation sont : la satisfaction par rapport au sein et au résultat esthétique, la satisfaction sociale, la satisfaction sexuelle, la satisfaction par rapport au chirurgien, au personnel paramédical et administratif et les complications survenues.

70,58% des patientes avaient un score >80, 17,64% avaient un score [60–80], et 11,76% avaient un score [40–60]. Avec une moyenne de 69,5 et des extrêmes allant de 94 à 45.

Le taux de reconstruction mammaire après mastectomie, est un taux faible par rapport aux données de la littérature ce qui souligne la nécessité de donner une attention particulière à la promotion de la reconstruction mammaire post mastectomie.

SUMMARY

From diagnosis through to treatment, and particularly mastectomy, breast cancer is both a physical and psychological trauma and a detriment to the patient's bodily integrity and female identity. All this underlines the importance of breast reconstruction and its psychological impact, and therefore the interest in evaluating the perception and satisfaction of breast reconstruction in patients treated by mastectomy.

The present work is a retrospective study conducted in the Visceral Surgery Department of the Avicenne Military Hospital in Marrakech. Spread over a period of 2 years, from January 2019 to December 2021, our study focused on the perception of breast reconstruction in patients treated by mastectomy. The main objectives of the study were to determine the reasons for breast reconstruction after mastectomy and the reasons for refusal, to determine the psychological impact of breast cancer and mastectomy on women's psychology, and finally, to determine the impact of breast reconstruction in patients treated by mastectomy.

Our study consisted of 67 women. The average age of our patients was 55 years (with extremes of 32 and 78 years). The age group most affected by breast cancer was between 49 and 65 years.

The risk factors for breast cancer were as follows: use of hormonal contraception (76.11%), age of first pregnancy <20 years (41.8%), no breastfeeding (33.4%), nulliparity (28%), family history of breast cancer (8.6%), early menarche and early menopause had rates below 5%.

Palpation of a nodule was the most frequent reason for discovery (89.5%). With an average consultation time of 6 months.

Invasive ductal carcinoma predominated with a rate of 79.1%, 8.9% for lobular carcinoma, 7.46% for carcinoma in situ, and 4.47% for micropillar carcinoma.

All our patients underwent a Patey mastectomy (80.59%) or a mastectomy with preservation of the skin cover(19.41%) Associated in all cases with an axillary curage.

Adjuvant treatment with radiotherapy was associated in 33% of cases, chemotherapy in 48% of cases and hormone therapy in 40% of cases.

25.37% of our patients had breast reconstruction. The average age of this category was 43 years (with extremes of 32 and 54 years). Of which 76.47% were married and 23.52% were single.

Immediate breast reconstruction was performed in 76.4% of cases, compared to 23.52% of delayed cases.

The reconstruction techniques used in our study were: MR by definitive prosthesis (64.70%), by expansion prosthesis (23.52%), immediate breast reconstruction was performed in 76.4% of cases, compared to 23.52% of delayed cases.

The reconstruction techniques used in our study were: MR by definitive prosthesis (64.70%), by expansion prosthesis (23.52%), by dorsalis major flap (5.88%) and one patient benefited from a bilateral mastectomy with superior reduction of breast volume, conservation of the MAP and inverted T scar.

The early complications found were: serous effusion (47.05%), haematoma (23.52%), and infection (5.88%). Rejection of the prosthesis was noted in only one patient and was the only late complication in our series. It should also be noted that 17.64% of the patients did not present any complications.

Breast reconstruction was offered by the plastic surgeon to all patients. The main reasons for refusal in 74.68% of patients were: age (68%), religious beliefs (26%), high cost (70%), fear of complications (24%) and fear of additional surgery (26%). And only 25.32% resorted to MR. The main motivations were as follows: The desire to regain one's femininity and feel good about oneself was a desire expressed by all our patients (100%), the desire to feel whole and to regain balance (94.11%), the desire to regain a normal sexual and marital life (88.23%), to forget everything that reminds one of cancer (23.52%), the influence of the spouse (47.05%).

We used the BREAST-Q as a tool to assess patient quality of life and satisfaction with breast reconstruction. The evaluation modules are: satisfaction with the breast and the

aesthetic result, social satisfaction, sexual satisfaction, satisfaction with the surgeon, paramedical and administrative staff, and complications that occurred.

70.58% of patients had a score > 80 , 17.64% had a score [60–80], and 11.76% had a score [40–60]. With a mean of 69.5 and extremes ranging from 94 to 45.

The rate of breast reconstruction after mastectomy is low compared to the literature, which underlines the need to give special attention to the promotion of post-mastectomy breast reconstruction

المخلص

من التشخيص إلى العلاج ، ولا سيما استئصال الثدي ، يشكل سرطان الثدي صدمة جسدية ونفسية ويضر بالسلامة الجسدية والهوية الأنثوية للمريض. كل هذا يؤكد أهمية إعادة بناء الثدي وتأثيره النفسي ، وبالتالي الاهتمام بتقييم الإدراك والرضا عن إعادة بناء الثدي لدى المرضى الذين عولجوا باستئصال الثدي.

العمل الحالي عبارة عن دراسة بأثر رجعي تم إجراؤها في قسم جراحة البطن في مستشفى ابن سينا العسكري في مراكش. ركزت دراستنا التي امتدت على مدار عامين ، من يناير 2019 إلى ديسمبر 2021 ، على تصور إعادة بناء الثدي لدى المرضى الذين عولجوا باستئصال الثدي. والتي كانت أهدافها الرئيسية معرفة أسباب إعادة بناء الثدي بعد استئصال الثدي وأسباب الرفض ، ومعرفة الأثر النفسي لسرطان الثدي واستئصال الثدي على نفسية المرأة ، وأخيراً تأثير إعادة بناء الثدي في المرضى الذين عولجوا باستئصال الثدي.

تضمنت عينة دراستنا 67 امرأة. كان متوسط عمر مرضانا 55 عامًا (بحد أقصى 32 و 78 عامًا). كانت الفئة العمرية الأكثر إصابة بسرطان الثدي تتراوح بين 49 و 65 عامًا.

كانت عوامل الخطر للإصابة بسرطان الثدي على النحو التالي: استخدام موانع الحمل الهرمونية (76.11٪) ، عمر الحمل الأول أقل من 20 سنة (41.8٪) ، قلة الرضاعة الطبيعية (33.4٪) ، عدم الانتظام (28٪) ، التاريخ العائلي للثدي. السرطان (8.6٪) ، الحيض المبكر وانقطاع الطمث المبكر كانت معدلاتهما أقل من 5٪.

كان ملامسة العقيدات هو السبب الأكثر شيوعاً للاكتشاف (89.5٪). بمتوسط 6 أشهر.

ساد سرطان الأقفنية الغازية بنسبة 79.1% ، و 8.9% لسرطان الفصيص ، و 7.46% لسرطان موضعي ، و 4.47% لسرطان الميكروبيلا.

استفاد جميع مرضانا من استئصال الثدي بواسطة باتي (80.59%) أو عن طريق استئصال الثدي مع الحفاظ على الغمد الجلدي (19.41%). يرتبط في جميع الحالات بتشريح إبطي.

ارتبط العلاج المساعد بالعلاج الإشعاعي في 33% من الحالات ، عن طريق العلاج الكيميائي في 48% من الحالات ، والعلاج بالهرمونات في 40% من الحالات

استفاد 25.37% من مرضانا من إعادة بناء الثدي. كان متوسط عمر هذه الفئة 43 عامًا (بحد أقصى 32 و 54 عامًا). 76.47% منهم متزوجون و 23.52% غير متزوجين.

تم إجراء إعادة بناء فورية للثدي في 76.4% من الحالات مقابل 23.52% تأخر.

كانت تقنيات إعادة الإعمار المستخدمة في دراستنا هي: MR بواسطة طرف اصطناعي نهائي (64.70%) ، بواسطة توسع اصطناعي (23.52%) ، بواسطة رفرغ ظهر عضلي عريض (5.88%) واستفاد مريض واحد من استئصال الثدي التثائي مع تقليل حجم الثدي بشكل كبير ، والحفاظ على حجم الثدي. MAP و T ندبة مقلوبة.

المضاعفات المبكرة التي تم العثور عليها هي: الانصباب المصلي (47.05%) ، الورم الدموي (23.52%) ، والعدوى (5.88%). لوحظ رفض الطرف الاصطناعي في مريض واحد وكان المضاعف الوحيد المتأخر في سلسلتنا. وتجدر الإشارة أيضًا إلى أن 17.64% من المرضى لم تظهر عليهم أي مضاعفات.

تم اقتراح إعادة بناء الثدي من قبل جراح التجميل لجميع المرضى. الأسباب الرئيسية للرفض التي لوحظت في 74.68% من المرضى كانت: العمر (68%) ، المعتقدات الدينية (26%) ، التكلفة العالية (70%) ، الخوف من المضاعفات (24%) والخوف من الجراحة الإضافية (26%). فقط 25.32% لجأوا إلى RM. كانت الدوافع الرئيسية على النحو التالي: الرغبة في استعادة الأنوثة والشعور بالرضا عن النفس كانت رغبة أعرب عنها جميع مرضانا (100%) ، الرغبة في الشعور بالكمال ، وإيجاد التوازن (94.11%) ، الرغبة لإيجاد حياة

جنسية وزوجية طبيعية (88.23%) ، متناسين كل ما يذكر بالسرطان (23.52%) ، تأثير الزوج (47.05%).

استخدمنا BREAST-Q كأداة لتقييم جودة حياة المريض ورضاه عن إعادة بناء الثدي. وحدات التقييم الخاصة بهم هي: الرضا عن الثدي والنتيجة الجمالية ، الرضا الاجتماعي ، الرضا الجنسي ، الرضا عن الجراح ، الطاقم الطبي والإداري والمضاعفات التي حدثت.

70.58% من المرضى حصلوا على درجة < 80 ، و 17.64% حصلوا على درجة [80-60] ، و 11.76% حصلوا على درجة [60-40]. بمتوسط 69.5 وتتراوح أقصى درجات من 94 إلى 45.

معدل إعادة بناء الثدي بعد استئصال الثدي منخفض مقارنة بالبيانات الواردة في الأدبيات ، مما يؤكد الحاجة إلى إيلاء اهتمام خاص لتعزيز إعادة بناء الثدي بعد استئصال الثدي.



Annexes



Fiche d'exploitation : la perception de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie

1. Identité

- Nom/Prénom :
- Age :
- Origine :
 - Urbaine
 - Rurale
- État matrimonial :
 - Mariée
 - Célibataire
 - Veuves
 - Divorcée
- Niveau socioéconomique (NSE)
 - Haut
 - Moyen
 - Bas
- Niveau de scolarité
 - Aucun
 - Primaire
 - Secondaire
 - Études supérieures
- Profession
 - Avec :.....
 - Sans
- Assurance Maladie :

- Oui :
- Non

2. Antécédents personnels :

2.1 Médicaux :

- Diabète :
- HTA
- Cardiopathie

2.1 Toxico-allergique :

- Tabac
- Alcool

2.1 Psychiatriques avant le cancer :

- Dépression
- Anxiété
- Trouble bipolaire
- Personnalité borderline
- Schizophrénie

2.1 Psychiatriques après le cancer :

- Dépression
- Anxiété
- Trouble bipolaire
- Schizophrénie

2.1 Gynéco-Obstétricus :

- Age de la ménarche :
- Gestité/parité :
- Age de la première grossesse :
- Allaitement maternel
 - Oui
 - Non
- Contraception hormonale :
 - Oui
 - Non
- Ménopause :
 - Oui : ans
 - Non
- Traitement Hormonal substitutif (THS):
 - Oui
 - Non
- États précancéreux :
 - Hyperplasie
 - Carcinome in situ non invasif

- Maladie de Paget du mamelon
- Autres cancers gynécologiques :
 - Ovaire
 - Endomètre
 - Sein
- 3. Antécédents familiaux :
 - Antécédents de cancer gynécologique :
 - Oui
 - Non
- 4. Motif de consultation :
 - Autopalpation
 - Mastodynie
 - Déformation d'un sein
 - Déformation du mamelon
 - Écoulement mammelonnaire
 - Signes cutanés
 - Signes cliniques de métastases
 - Découverte fortuite lors d'un dépistage systématique
- 5. Date de constatation du premier symptôme :.....
- 6. Date de la première consultation :
- 7. Délai personnel :
- 8. Examen clinique :
 - Poids :.....kg
 - Taille :.....cm
 - IMC :
 - <18,5 : insuffisance pondérale
 - 18 à 25 : corpulence normale
 - 25 à 30 : surpoids
 - 30 à 35 : obésité modérée
 - 35 à 40 : obésité sévère
 - >40 : obésité morbide
 - Aires ganglionnaires :
 - Axillaire
 - Sus-claviculaire
 - Sous-claviculaire
 - Signes cliniques de métastases :
 - Osseuses
 - Hépatiques
 - Neurologiques
 - Pleuro-pulmonaire
 - Atteinte cutanée du sein :

Oui

Non

• Déformation :

Oui

Non

• Symétrie par rapport au sein controlatéral :

Oui

Non

• Atteinte de la PAM :

Oui

Non

9. Examens complémentaires :

• Mammographie :

BIRADS :

• Échographie :

• Confirmation histologique :

microbiopsie au trocut

Biopsie au mammotome

Examen extemporané

• Bilan d'extension :

Radio thorax

Échographie abdominale

Scintigraphie osseuse

TDM-TAP

• Résultats de l'examen anatomopathologique :

Carcinome canalaire infiltrant

Adénocarcinome

Carcinome lobulaire

Carcinome in situ

Autre :

• Classification TNM :

• Grade SBR :

• Date des résultats de l'examen anatomopathologique :

• Délai professionnel :

10. Chirurgie :

Patey

Mastectomie avec conservation de l'étui cutané

Conservation de la PAM

11. Facteurs de mauvais Pronostic :

• Age :

<35 ans

> 35 ans

- Taille de la tumeur :
- Grade SBR :
- Envahissement cutané :
 - Oui
 - Non
- Envahissement ganglionnaire :
 - Oui
 - Non
- Embols vasculaires :
 - Oui
 - Non
- Engainement perinerveux :
 - Oui
 - Non
- Récepteurs hormonaux :
 - RE
 - RP
- HER-2 :
 - Oui
 - Non
- Ki 67 :
 - Oui, taux :....
 - Non

12. Autres traitements :

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Hormonothérapie
- Thérapie ciblée

Questionnaire BREAST-Q™

1. **Les questions ci-dessous portent sur vos seins. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été satisfaite ou non :**

	Pas du tout satisfaite	Plutôt pas satisfaite	Plutôt satisfaite	Très satisfaite
a. De votre reflet dans le miroir lorsque vous êtes habillée ?	1	2	3	4
b. Du confort de votre soutien-gorge ?	1	2	3	4
c. Du fait de pouvoir porter des vêtements moulants ?	1	2	3	4
d. De votre reflet dans le miroir lorsque vous êtes nue ?	1	2	3	4

2. **Les questions ci-dessous portent sur votre poitrine. Au cours des 14 derniers jours, vous êtes-vous sentie :**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
e. Sure de vous en société ?	1	2	3	4	5
f. Suffisamment forte psychologiquement pour faire ce que vous voulez en société ?	1	2	3	4	5

La perception de la reconstruction mammaire chez les patientes traitées par mastectomie. Enquête au niveau du service de chirurgie générale à l'HMA

g. Psychologiquement équilibrée ?	1	2	3	4	5
h. Égale aux autres femmes ?	1	2	3	4	5
i. Sûre de vous ?	1	2	3	4	5
j. Féminine dans vos vêtements ?	1	2	3	4	5
k. Bien dans votre corps ?	1	2	3	4	5
l. Normale ?	1	2	3	4	5
m. Comme les autres femmes ?	1	2	3	4	5
n. Séduisante ?	1	2	3	4	5

3. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
a. Des douleurs dans le cou ?	1	2	3	4	5
b. Des douleurs dans le haut du dos ?	1	2	3	4	5
c. Des douleurs dans les épaules ?	1	2	3	4	5
d. Des douleurs dans les bras ?	1	2	3	4	5
e. Des douleurs dans les cotes ?	1	2	3	4	5
f. Des douleurs dans les muscles de la poitrine ?	1	2	3	4	5
g. Du mal à lever ou bouger les bras ?	1	2	3	4	5
h. Du mal à dormir à cause d'une gêne au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
i. Une sensation de rigidité au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
j. Une sensation de tiraillement au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
k. Une gêne persistante au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
l. Une forte sensibilité au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
m. Des douleurs vives au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
n. Des douleurs lancinantes au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
o. Une douleur permanente au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5
p. Des élancements au niveau de la poitrine ?	1	2	3	4	5

4. Les questions ci-dessous portent sur votre sexualité, vous sentez vous généralement :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps	Non concerné
a. Sexuellement désirable lorsque vous êtes déshabillée ?	1	2	3	4	5	6
b. A l'aise pendant vos rapports sexuels ?	1	2	3	4	5	6
c. Sûre de vous sur le plan sexuel ?	1	2	3	4	5	6
d. Satisfaite de votre vie sexuelle ?	1	2	3	4	5	6
e. Sûre de vous sur le plan sexuel par rapport à l'apparence de votre (vos)sein(s) lorsque vous êtes nue ?	1	2	3	4	5	6
f. Sexuellement désirable lorsque vous êtes nue ?	1	2	3	4	5	6

5. Les questions ci-dessous concernent votre chirurgien. Avez-vous eu l'impression qu'il/elle :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout a fait d'accord
a. Etait il compétent ?	1	2	3	4
b. Vous a mis en confiance ?	1	2	3	4
c. Vous a impliqué dans la prise de décisions ?	1	2	3	4
d. Était rassurant ?	1	2	3	4
e. Arépondu à toutes vos questions ?	1	2	3	4
f. Vous a mise à l'aise ?	1	2	3	4
g. Était consciencieux ?	1	2	3	4
h. Était facile à aborder ?	1	2	3	4
i. A compris ce que vous vouliez ?	1	2	3	4
j. Etait sensible ?	1	2	3	4
k. Prenait le temps d'écouter vos inquiétudes ?	1	2	3	4
l. Etait il disponible lorsque vous étiez	1	2	3	4

6. Les questions ci-dessous portent sur les membres du personnel médical autres que votre chirurgien (infirmières et autres médecins qui se sont occupés de vous à l'hôpital lorsque vous avez été opérée). Avez-vous eu l'impression qu'ils :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
a. Étaient professionnels ?	1	2	3	4
b. Vous ont traitée avec respect ?	1	2	3	4
c. Étaient qualifiés ?	1	2	3	4
d. Étaient sympathiques et gentils ?	1	2	3	4
e. Vous en mise à l'aise	1	2	3	4
f. Étaient consciencieux ?	1	2	3	4
g. Prenaient le temps d'écouter vos inquiétudes ?	1	2	3	4

7. Les questions ci-dessous Les questions ci-dessous concernent les membres du personnel administratif (secrétaires et infirmières des cabinets médicaux ou infirmières cliniciennes). Avez-vous eu l'impression qu'ils :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
a. Étaient professionnels ?	1	2	3	4
b. Vous ont traitée avec respect ?	1	2	3	4
c. Étaient qualifiés ?	1	2	3	4
d. Étaient sympathiques et gentils ?	1	2	3	4
e. Vous en mise à l'aise	1	2	3	4
f. Étaient consciencieux ?	1	2	3	4
g. Prenaient le temps d'écouter vos inquiétudes ?	1	2	3	4

Classifications TNM 8 ème Édition 2018 [218]

Classification T clinique et pathologique :

Catégories	Critères
Tx	La tumeur primaire ne peut être évaluée
T0	Pas de tumeur primaire
Tis(DCIS)[1]	Carcinome canalaire in situ
Tis(Paget)	Maladie de Paget sans lésion carcinomateuse in situ
T1	Tumeur \leq 20 mm
T1 mi	Tumeur \leq 1 mm
T1a	Tumeur $>$ 1 mm et \leq 5 mm (de 1,1 à 1,9 mm, arrondir à 2 mm)
T1b	Tumeur $>$ 5 mm et \leq 10 mm
T1c	Tumeur $>$ 10 mm et \leq 20 mm
T2	Tumeur $>$ 20 mm et \leq 50 mm
T3	Tumeur $>$ 50 mm
T4	Extension à la paroi thoracique ou à la peau, quelque soit la taille
T4a	Extension à la paroi thoracique (atteinte seule du muscle pectoral exclue)
T4b	Ulcération ou œdème/peau d'orange ou nodule macroscopique ipsilatéral séparé de la tumeur principale sans signes de sein inflammatoire.
T4c	T4a + T4b

T4d	Carcinome (sein) inflammatoire (oedème/érythème $\geq 1/3$ du sein)
-----	---

[1] Le carcinome lobulaire in situ exclusif n'apparaît plus dans la classification TNM. Le préfixe (c) correspond au stade clinique et le préfixe (p) au stade pathologique. En cas de traitement néo-adjuvant, utiliser le préfixe (y) avant le pT. Le suffixe (m) est à utiliser en cas de multifocalité.

Classification N clinique (cN), telle qu'évaluée par l'examen clinique et/ou l'imagerie :


Catégories	Critères
cNx	Évaluation ganglionnaire régionale non réalisable (chirurgie antérieure)
cN0	Absence de métastase ganglionnaire
cN1	Métastase mobile dans les ganglions homolatéraux de niveau I/II
cN1 mi	Micrométastase ($< 0,2$ mm et ≤ 2 mm) (rare, mais possible en cas de ganglion sentinelle avant la chirurgie du sein)
cN2	
cN2a	Métastase fixée dans les ganglions homolatéraux de niveau I/II
cN2b	Métastase dans les ganglions mammaires internes sans envahissement axillaire
cN3	
cN3a	Métastase dans les ganglions sous-claviculaires homolatéraux
cN3b	Métastase dans les ganglions mammaires internes avec envahissement axillaire

cN3c Métastase dans les ganglions sus-claviculaires homolatéraux


Utiliser le suffixe (sn) en cas de confirmation de la métastase par technique du ganglion sentinelle, et le suffixe (f) en cas de confirmation par cytoponction ou biopsie ganglionnaire.

Catégorie	Critères
Mx	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	Pas de métastase décelable
M1	Métastases à distance

Classification M :



Bibliographie



1. VALERIE LEMAIN AND PATRICIA S. SIMMO

The Adolescent Female, Breast and Reproductive Embryology and Anatomy. 2012

- 2: Elsevier Masson,
EMC des techniques chirurgicales. Edition 2020
- 3: SONALI PANDYA, MD, and RICHARD G. MOORE, MD,
Breast Development and Anatomy, march 2011
- 4: Robert A. Jesinger, MD,
Breast Anatomy for the Interventionalist
- 5: F Frank Netter,
Atlas d'Anatomie Humaine, 5 ème édition
- 6: Bricout N., Servant JM.
Chirurgie Du Sein. Springer-Verlag, Paris 1996.
- 7: GRAY'S ANATOMY, Elsevier
The Anatomical Basis of Clinical Practice
- 8: Frank Netter,
Atlas d'Anatomie Humaine, 6 ème édition
- 9: KAMINA, Anatomie Clinique
Tome 1,2,3,4 et 5, édition 2020
- 10: NICOLAS GUEGUEN,
Bust size and Hitchhiking : A Field Study , perceptual and motor skills 2007
- 11: Hall-Findlay EJ,
The three breast dimensions: analysis and effecting change. Plast Reconstr Surg. 2010
12. Mallucci P. Branford OA,
Concepts in aesthetic breast dimensions: analysis of the ideal breast. J Plast Reconstr Aesth Surg. 2012
- 13: Westreich M,
Anthropomorphic breast measurement protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breasts and clinical application. Plast Reconstr Surg. 1997
- 14: Swanson E,
A measurement system and ideal breast shape. Springer, New York 2017
- 15: Avgar DK, Aygit AC, Benlier E, Top H, Taskinalp O,
Anthropometric breast measurement: a study of 385 Turkish female students. Aesthet Surg J. 2010
- 16: Liu YJ, Thomson J,
Ideal anthropomorphic values of the female breast correlation of pluralistic aesthetic evaluations with objective measurements. 2011
- 17: Martinovic ME, Blanchet NP,
BFACE: a framework for. evaluating breast aesthetics. Plast Reconstr Surg 2017
- 18: Sheldon WH, Stevens SS, Jucker WB,
The varieties of human physique. Harper, New York
- 19: Penn J,

Breast reduction. Br J Plast Surg

- 20: **Atiyeh B, Ibrahim A, Saba S, Karamanoukian R, Chahine F, Papazian N,**
The infra-mammary fold (IMF): a poorly appreciated landmark in prosthetic/alloplastic breast aesthetic and reconstructive surgery personal experience, 2017
- 21: **Serra-Mestre JM, Fernandez Peñuela R, Foti V, D'Andrea F, Serra-Renom JM,**
Breast cleavage remodeling with fat grafting: a safe way to optimize symmetry and to reduce inter-mammary distance. 2017
- 22: **Lassus C,**
Update on vertical mammoplasty. Plast Reconstr Surg, 1999
- 23: **Brown TP, Ringrose C, Hyland RE et al.,**
A method of assessing female breast morphometry and its clinical application. Br J Plast surg.
- 24: **Lewin R, Amoroso M, Plate N. Trogen C, Selvaggi G,**
The aesthetically ideal position of the nipple-areola complex on the breast. Aesthet Plast Surg. 2016
- 25: **Sharif SP,**
Development and psychometric evaluation of the breast size satisfaction scale. Int J Health Care Qual Assur. 2017
- 26: **Pranti L, Gründl M,**
Males prefer a larger bust size in women than females themselves: an experimental study on female bodily attractiveness with varying weight, bust size, waist width, hip width, and leg length independently. Aesthet Plast Surg. 2017
- 27: **Raposo E, Belgrano V, Santi PL, Chiorri C,**
Which is the ideal breast size? Some social clues for plastic surgeons. 2016
- 28: **Patel N,**
Discussion: numeric expression of aesthetics and beauty. Aesthet Plast Surg. 2008
- 29: **Sigurdson LJ, Kirkland SA,**
Breast volume determination in breast hypertrophy: an accurate method using two anthropomorphic measurements. Plast Reconstr Surg. 2006
- 30: **Bostwick J.**
Plastic and reconstructive breast surgery. Saint- Louis: Quality Medical Published; 1990
- 31: **Westreich M.**
Anthropomorphic breast measurement: protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breasts and clinical application. Plast Reconstr Surg 1997
- 32 : **World Health Organization. Morocco: Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site.**
Globocan 2020 . Available from: http://www.globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx, 2020
- 33: **Ministère de la santé et de la protection sociale**
www.sante.gov.ma, Registre des cancer, mise à jour le 01/10/2022
- 34 : **Amouretti M.**
L'approche de la qualité de vie en médecine : de la recherche clinique à la pratique quotidienne. Gastroentérologie Clin Biol. 2004
- 35: **Tiphaine Menez.**
-

Évaluation multicentrique de la qualité de vie et de la satisfaction des patientes selon le questionnaire BREAST-Q© après reconstruction mammaire pour cancer par lambeau de DIEP ou lambeau de muscle grand dorsal. Médecine humaine et pathologie. 2014.

36 : Institut National du Cancer: le soutien psychologique

<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Aide-psychologique>

37 : MELINA MIAJA, ALEJANDRA PLATAS' AND BERTHA ALEJANDRA MARTINEZ-CANNON.

PSYCHOLOGICAL IMPACT OF ALTERATIONS IN SEXUALITY, FERTILITY, AND BODY IMAGE IN YOUNG BREAST CANCER PATIENTS AND THEIR PARTNERS

38: Avis NE, Crawford S, Manuel J.

Quality of life among younger women with breast cancer. J Clin Oncol. 2019

39: Champion VL, Wagner LI, Monahan PO, Daggy J, Smith L, Cohee A, et al.

Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. Cancer 2014

40: Danaë Holler

Mastectomie et image corporelle. Sujet de mémoire en psychologie 2018.

41: Frost MH, Hoskin TL, Hartmann LC, Degnim AC, Johnson JL, Boughey JC.

Contralateral prophylactic mastectomy: long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. Ann Surg Oncol. 2011

42 : Lucio Fortunato, M.D., Andrea Loreti, M.D., Giuliana Cortese, M.D., Diana Spallone, M.D. Ph.D., Vito Toto, M.D., Francesco Cavaliere, M.D., Massimo Farina, M.D., Massimo La Pinta, M.D., Elena Manna, M.D., Laura Detto, Tiziano Pallara, M.D.

Regret and Quality of Life after Mastectomy with or without Reconstruction. 2019

43: Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, et al.

Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. Ann Surg Oncol. 2012 Jan;19

44: Olalekan , MD, MPh1; Funmilola Olanike Wuraola, MD1; Marguerite Samson2; Olawumi Olajide, MD1,2; Timothy Alabi, MSc1; Olukayode Arowolo, MD1; Carla Boutin-Foster, MD, MS3; Olusegun Isaac Alatise, MD, MSc1; and Thomas Peter Kingham, MD2.

Life Without a Breast: Exploring the Experiences of Young Nigerian Women After Mastectomy for Breast Cancer

45 : REGISTRE DES CANCERS DE LA RÉGION DU GRAND CASABLANCA 2013 - 2017

46: American Cancer Society (ACS).

Inc, surveillance 2019

47: Bassam Ahmed Almutlaq, Rakan Fraih Almuazzi, Ahmed Abdullah Almuhayfir,

Abdulrhman Mutlaq Alfouzan, Bandar Turqi Alshammari, Haitham Samear AlAnzi, Hussain Gadelkarim Ahmed.

Breast cancer in Saudi Arabia and its possible risk factors.

Journal of Cancer Policy 12 (2017)

48 : Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM.

GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.

IARC Cancer Base No. 5. Lyon 2004 ; version 2.0

49: Lei Fan, Kathrin Strasser-Weippl, Jun-Jie Li, Jessica St Louis, Dianne M, Finkelstein, Ke-Da Yu, Wan-Qing Chen, Zhi-Ming Shao, Paul E Goss.

Breast cancer in China. 2014 ; 15 : e279-89

50 : Registre du cancer de Rabat 2006-2008 ; 2012, 95 p.

51 : Gueye M.1, Kane Gueye S.M.2, Ndiaye Gueye M.D.2, Gueye L.2, Moreau J.-C.2.

Femme noire sénégalaise et cancer du sein : quel profil ?

Médecine et Santé Tropicales 2016 ; 26 : 165-169

52. Antonio Maffuz-Aziz a, Sonia Labastida-Almendaro b, Aura Espejo-Fonsecac, Sergio Rodriguez-Cuevas.

Clinical and pathological features of breast cancer in a population of Mexico.

Cirugía Cirujanos. 2017

53 : Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies

Lancet Oncol 2012

54 : P. Merviel *, O. Jouvance, P. Naepels, R. Fauvet, R. Cabry-Goubet, O. Gagneur, J. Gondry.

Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ?

Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2011

55 : Negri E, La Vecchia C, Bruzzi P.

Risk factors for breast cancer : pooled results from three Italian case-control studies. Am J Epidemiologic 1988

56 : Tao SC, Yu MC, Ross RK.

Risk factors for breast cancer in Chinese women of Beijing. Int J Cancer 1988

57 : MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, et al.

Age at first birth and breast cancer risk. Bull WHO 1970

58 : C. Freund a, L. Mirabel a, K. Annane b, C. Mathelin b,c,

Allaitement maternel et cancer du sein

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33 (2005) 739-74423

59 : Russo J, Moral R, Balogh GA, Mailo D, Russo IH.

The protective role of pregnancy in breast cancer. Breast Cancer Res 2005

60 : Albrektsen G, Heuch I, Kvale G.

Multiple births, sex of children and subsequent breast-cancer risk for the mothers: a prospective study in Norway. Int J Cancer 1995

61 : Nelson HD et al.

Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. 2012

- 62 : Joanne Kotsopoulos Jan Lubinski , Pal Moller , Henry T. Lynch**
Timing of oral contraceptive use and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers. Breast Cancer Res Treat 2014
- 63 : IARC.**
Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2012.
- 64: Cordina–Duverger E, Truong T, Anger A, et al.**
Risk of breast cancer by type of menopausal hormone therapy: a case–control study among postmenopausal women in France. 2013
- 65: Fournier A, Messrine S, Dossus L, et al.**
Risk of breast cancer after stopping menopausal hormone therapy in the E3N cohort. Breast Cancer Res Treat 2014.
- 66 : Beral V, Reeves G, Bull D, et al.**
Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy.
- 67 :Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vnencak–Jones CL, Plummer WD, RadosMS and Schuyler PA, Long–term risk of breast cancer in women with fibroadenoma, N Engl J Med, 1994.**
- 68 : Leblond D, Brédart A, Dolbeault S, De Pauw A, Stoppa–Lyonnet D, Sultan S.**
Adéquation de la perception du risque de prédisposition génétique BRCA1/2 chez des femmes atteintes de cancer du sein (cas index) et facteurs associés
Bull Cancer 2012.
- 69 : Stoppa–Lyonnet D, Gauthier–Villars M, Coupier I, This P, Andrieu N.**
Diagnostic des patientes à risque de cancer du sein.
Ref Gynecology Obstetetric 2005
- 70 : Economopoulou P, Dimitriadis G, Psyrris A. Beyond BRCA.**
New hereditary breast cancer susceptibility genes
Cancer Treatment Reviews.2015
- 72 : RAUDRANT D et al.**
Lésions frontières du sein : Etude anatomopathologique, clinique et thérapeutique. REV fr .gynécol., 1995
- 73 : MATHELIN C et al.**
Examen clinique du cancer du sein EMC, gynecology 1997 : 1,4,5,7et 8.
- 74 : Drissi Houda, Imad Fatima Ezzahra, Bendahhou Karima, benider Abdelatif, Radallah Driss,**
Habitudes toxiques et comportements alimentaires de 305 cas du cancer du sein colligés au centre Mohammed VI pour les traitements des cancers de Casablanca, 2020
- 75 : Catherine hill,**

Mise au point sur la consommation d'alcool en France, ses conséquences sur la santé et la dose recommandée, Nutrition clinique et métabolique, 2021 76 : dépistage des cancers du sein dans le district de Sissako, kifferey brahim keita, 2021

- 77 : **Koshiaris C, Aveyard P, Oke J, Ryan R, Szatkowski L, Stevens R,**
Smoking cessation and survival in lung, upper aero-digestive tract and bladder cancer: cohort study. Br J Cancer. 2017
- 78 : **Boetes C, Veltman J, Van Die L et al.,**
MRI and lobular carcinoma. Breast Can Res Treat 2004;
- 79 : **BALU MAESTRO C,**
Imagerie par résonance magnétique du sein. J Radiol 2001
- 80 : **Telle-Lamberton M,**
Donnée épidémiologiques sur le cancer du sein radio-induit Revue 'Épidémiologie et de Sante Publique 2008
- 81 : **Demoor Goldschmidt, C.Supiot, BF Mahe,**
Cancer du sein après radiothérapie: facteurs de risqué et propositionned definition du sein chez la jeune fille prépubaire comme organe à risque. Cancer et Radiothérapie. 2012
- 82 : **C.bakkali, C.Marchal, A.Lesur Schwander and J. Verhaeghe,**
Le cancer du sein chez la femmes de 30 ans et moins. Cancer et Radiothérapie. 2003
83 : Registre des cancers, de l'institut national du cancer, ministère des solidarités et de la santé.
- 84 : **American Cancer Society.**
Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2020.
- 85 : **Matro JM, Li T, Cristofanilli M, Hughes ME, Ottesen RA, Weeks JC, et al,**
Inflammatory Breast Cancer Management in the National Comprehensive Cancer Network: The Disease, Recurrence Pattern, and Outcome Clinical Breast Cancer. 2015
- 86 : **Aissa A, Ben Lassoued M, Alouini R,**
Microbiopsie mammaire : fiabilité en fonction du BIRADS. Imagerie de la Femme 2014
- 87 : **Faidah B, Chianakwalam C, Stevenson V,**
Laterality of Breast Cancer – is it true ? European Journal of Surgical Oncology (EJSO) 2011
- 88 : **Gueye M.1, Kane Gueye S.M.2, Ndiaye Gueye M.D.2, Gueye L.2, Moreau J.-C.2.**
Femme noire sénégalaise et cancer du sein : quel profil ? Médecine et Santé Tropicales 2016
- 89 : **Edoardo B, Vincenzo B, Goldhirsch A, Giusepp V, Rotmensz N,**
Axillary Lymph Node Involvement in WomenWith Breast Cancer: Does It Depend on Age? Clin Breast Cancer 2010
- 90 : **Tao SC, Yu MC, Ross RK.**
Risk factors for breast cancer in Chinese womenof Beijing. Int J Cancer 1988
- 91 : **S. BEN AHMED, S. ALOULOU, M. BIBI, A. LANDOLSI, M. NOUIRA, L. BEN FATMA, L. KALLEL, O. GHARBI, S. KORBI, H. KHAIRI, C. KRAIEM.**
Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes: analyse d'une série hospitalières de 729 patientes. Santé publique 2002.

- 92 : D.J.P. van Uden, H.W.M. van Laarhoven, A.H. Westenberg, J.H.W. de Wilt, C.F.J.M. Blanken Peeters.**
Inflammatory breast cancer: An overview Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2015
- 93 : Natori A, Hayashi N, Soejima K, Gautam A, Takahashi O, Cristofanilli M, et al.,**
A Comparison of Epidemiology, Biology, and Prognosis of Inflammatory Breast Cancer in Japanese and US Populations
Clinical Breast Cancer 2013
- 94 : Matro JM, Li T, Cristofanilli M, Hughes ME, Ottesen RA, Weeks JC, et al.,**
Inflammatory Breast Cancer Management in the National Comprehensive Cancer Network: The Disease, Recurrence Pattern, and Outcome Clinical Breast Cancer. 2015
- 95 : Asma Bekhouche, Anne Tardivon,**
Statut ganglionnaire axillaire chez les patientes prises en charge pour un cancer du sein : évaluation préopératoire et évolution de la prise en charge ;
Imagerie de la Femme. 2017
- 96 : Z.Bouziani, N. Sofi, Loughmrir, Mansouri, N. Benjafer, B.K El Gueddari,**
Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du cancer du sein : Expérience de l'institut nationale d'oncologie (INO) 2003. Service de radiothérapie INO Rabat.
- 97 : Balleyguier C, Thomassin-Naggara I.**
BI-RADS 2013 en mammographie : petit guide des nouveautés Imagerie de la Femme. 2015
- 98 : Chapitre 36 – Échographie mammaire Guide Pratique de L'échographie Obstétricale et Gynécologique (2e édition). 2016**
- 99 : Scheel JR, Lee JM, Sprague BL, Lee CI, Lehman CD,**
Screening ultrasound as an adjunct to mammography in women with mammographically dense breasts.
American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2015 ; 212:9-17
- 100 : Scheel JR, Lee JM, Sprague BL, Lee CI, Lehman CD.**
Screening ultrasound as an adjunct to mammography in women with mammographically dense breasts
American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2015 ; 212:9-17
- 101 : Morris EA, Schwartz LH, Drotman MB, Kim SJ, Tan LK, Liberman L et al.**
Evaluation of pectoralis major muscle in patients with posterior breast tumors on breast MR images: early experience. Radiol 2000
- 102 : Stijven S, Gielen E, Bevernage C, Horvath M, Meylaerts L.**
Magnetic resonance imaging: value of diffusion-weighted imaging in differentiating benign from malignant breast lesions
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013 ; 166:215-220
- 103 : Pilewskie M, Morrow M,**
Applications for Breast Magnetic Resonance Imaging. Surgical Oncology Clinics of North America. 2014
- 104 : Cécile Verheyden , Emma Pages Bouic , Patrice Taourel,**
-

La sous-estimation dans les résultats des biopsies sous IRM et les recommandations de bonne pratique. *Imagerie de la Femme*. 2015

- 105 : **Senkus E, Kyriakides S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Thompson A, Zackrisson S, et al.,**
Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013.
- 106 : **Sung JS, Dershaw D,**
Breast Magnetic Resonance Imaging for Screening High-Risk Women *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America*. 2013
- 107 : **Mann RM, Bult P, Van Laarhoven HWM, Span PN, Schlooz M, Veltman J, et al.,**
Breast cancer size estimation with MRI in BRCA mutation carriers and other high risk patients. *European Journal of Radiology*, September 2013
- 108 : **Anne Mourrégot, Pierre-Emmanuel Colombo, Philippe Rouanet,**
Jusqu'où aller dans la désescalade thérapeutique en chirurgie du cancer du sein infiltrant : contre la désescalade. *Bull Cancer* 2016
- 109 : **L. Ouldamera,b,c,* , I. Kellala , G. Legendred, C. Ngôe,f , J. Chopierg , G. Bodya,b,**
Exploration d'un écoulement mamelonnaire du sein uni- ou bilatéral: recommandations. *Journal de Gynécologie ´ Obstétrique ´ et Biologie de la Reproduction*. 2015
- 110 : **Tardivon A, Elkhoury C, Meunier M, Thibault F,**
Imagerie interventionnelle en pathologie mammaire . *Encyclopédie Médico Chirurgicale, Radiol* 2004
- 111 : **Jalaguier-Coudray A, Villard-Mahjoub R, Chopier J, Tardivon A, Thomassin-Naggara I,**
Cancer du sein : interventionnel diagnostique et thérapeutique *Imagerie de la Femme*. 2014
- 112 : **Aissa A, Ben Lassoued M, Alouini R,**
Microbiopsie mammaire : fiabilité en fonction du BIRADS, *Imagerie de la Femme*. 2014
- 113 : **G. Staub a, et al. ,**
Résultats carcinologiques et esthétiques du traitement du cancer du sein par plastie mammaire.298 cas. 0294-1260 see front matter 2007.
- 114 : **Croce S, Bretz-Grenier MF, Mathelin C.,**
Les principales lésions épithéliales mammaires bénignes et à risque :Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Gynécologue Obstétrique Fertilité* 2008.
- 115 : Institut National du cancer. Cancer du sein infiltrant non métastatique : questions d'actualitéRapport intégral; 2018
- 116 : Evaluation of the evidence on staging imaging for detection of asymptomatic distant metastases in newly diagnosed breast cancer
Breast 2012 ; 21:112-23
- 117 : **yasmine laktib,**
Soutenance de thèse en doctorat de médecine a la FMPM
Le cancer du sein au chu Mohammed VI de Marrakech 5 ans après implantation du programme national de détection précoce. 2017

- 118 : Arnaud Bouzinac,**
Indication et réalisation des blocs tronculaires en chirurgie du sein.
Le Praticien en anesthésie réanimation. 2016
- 119 : M. Espié,**
Formation Médiacole Continue le point sur: La Prise en charge du cancer du sein.
Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle. 2014
- 120 : Anne Mourrégot, Pierre-Emmanuel Colombo, Philippe Rouanet,**
Jusqu'où aller dans la désescalade thérapeutique en chirurgie du cancer du sein infiltrant : contre la désescalade. Bull Cancer 2016
- 121 : Lakhani, S.R., Ellis. I.O., Schnitt, S.J., Tan, P.H., van de Vijver, M.J.**
WHO Classification of Tumours of the Breast. 4e éd. 2012.
- 122 : Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojaee L, Shormeji Z, et al.,**
Breast Cancer Status in Iran: Statistical Analysis of 3010 Cases between 1998 and 2014. Int. J. Breast Cancer 2017
- 123 ; Engbang JPN, Essome H, Koh VM, Simo G, Essam JDS, Mouelle AS, et al.,**
Cancer du sein au Cameroun, profil histo-épidémiologique: à propos de 3044 cas. Pan Afr. Med. J. 2015;.
- 124 : Nelson MC, Norton HJ, Greene FL,**
Breast conservation therapy versus mastectomy in the community-based setting: can this rate be used as a benchmark for cancer care? Surg. Oncol. Clin. N. Am. 2011
- 126 : Sigal-Zafrani B., Mac Grogan G., Vincent-Salomon A., Arnould L. (2007).**
Enseignement post-universitaire de pathologie mammaire. Académie Internationale de pathologie. P247.
- 127 . Lamy P-J, Romieu G, Rouanet P, Jacot W,**
Classification moléculaire des cancers du sein: utilité en clinique. Médecine Nucl. 2010
- 128 : Medjdoub A, Tahari Z, Sahraoui T, El Kebir FZ,**
Étude du profil d'expression de la protéine HER2 dans 50 cas de cancers mammaires dans la wilaya d'Oran. J. Afr. Cancer African J. Cancer 2009.
- 129 . Dendukuri N, Khetani K, Mclsaac M, Brophy J.**
Testing for HER2-positive breast cancer: a systematic review and cost effectiveness analysis. Can. Med. Assoc. J. 2007.
- 130 : Foulkes WD, Smith IE, Reis-Filho JS.**
Triple-negative breast cancer. N. Engl. J. Med. 2010
- 131 : M. Delbaere , T. Delaporte a, G. Toussoun a, E. Delay A,B**
Mastectomies avec conservation de l'étui cutané : comment éviter les souffrances cutanées ?
Novembre 2007
- 132 : Toth B, Lappert P,**
Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. Plast Reconstr Surg 1991.

- 133 : Kroll SS, Ames F, Singletary SE, Schusterman MA,**
The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1991
- 134 : Beegle PH,**
Immediate single-stage TRAM and nipple-areola reconstruction. *Clin Plast Surg* 1994
- 135 : Gabka CJ, Maiwald G, Bohmert H,**
Immediate breast reconstruction for breast carcinoma using the periareolar approach. *Plast Reconstr Surg* 1998.
- 136 Munhoz AM, Aldrighi C, Montag E, Arruda EG, Aldrighi JM, Filassi JR, et al.**
Periareolar skin-sparing mastectomy and latissimus dorsi flap with bi-dimensional expander implant reconstruction: surgical planning, outcome, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2007.
- 137 : Barton FE, English JM, Kingsley WB, Fietz M.**
Glandular excision in total glandular mastectomy and modified radical mastectomy: a comparison. *Plast Reconstr Surg* 1991;88:389–94.
- 138 : Carlson GW, Grossl N, Lewis MM, Temple JR, Styblo TM,**
Preservation of the inframammary fold: what are we leaving behind? *Plast Reconstr Surg* 1996.
- 139 : Delay E, Bremond A,**
Mastectomie avec conservation de l'étui cutané : concept, problèmes, indications. In: *Les traitements médicaux des cancers du sein*. Paris: Arnette Blackwell; 1996.
- 141 : Ahmed SB, Aloulou S, Bibi M, Landolsi A, Nouria M, Fatma LB, et al.,**
Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes: analyse d'une série hospitalière de 729 patientes. *Santé Publique* 2002;14:231–241
- 142 : Engbang JPN, Essome H, Koh VM, Simo G, Essam JDS, Mouelle AS, et al.**
Cancer du sein au Cameroun, profil histo-épidémiologique: à propos de 3044 cas. *Pan Afr. Med. J.* 2015
- 150 : Classe, J. M., Sentilhes, L., Jaffré, I., Mezzadri, M., Lefebvre-Lacoeuille, C., Dejode, M., ... & Descamps, P. (2010).**
Chirurgie des cancers invasifs du sein (à l'exception de la reconstruction mammaire). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39(8), F43–F62.
- 151 : Clere, N. (2016).**
Les traitements du cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques*, 55(558), 20–25.
- 152 ; Association of Breast Surgery at Baso 2009.**
Surgical guidelines for the management of breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology*.

- 153 Schwartz, G. F., Veronesi, U., Clough, K. B., Dixon, J. M., Fentiman, I. S., Heywang-Köbrunner, & Mendelson, E. B.**
Consensus conference on breast conservation. Journal of the American College of Surgeons, 2006.
- 154 : Alfred Fitoussi, Benoît Couturaud, Emmanuel Delay, Laurent Lantier,**
Chirurgie du cancer du sein Traitement conservateur, oncoplastie et reconstruction. Elsevier Masson SAS. 2011.
- 155 : A.BARKAT,**
Epidémiologie du cancer du sein en Algérie , 7ème congrès SAERM ALGER 18.
- 156 : Togo, A., Traore, A., Traore, C., Dembele, B. T., Kante, L., Diakite, I., ... & Diallo, G.**
Cancer du sein dans deux centres hospitaliers de Bamako (Mali): aspects diagnostiques et thérapeutiques. Journal africain du cancer/African Journal of Cancer, 2010
- 157 : Nzeangung, B. A., Biwole, M. E., Kadia, B. M., Bechem, N. N., Dimala, C. A., & Sone, A. M.**
Evolutionary aspects of non-metastatic breast cancer after primary treatment in a sub-Saharan African setting: a 16-year retrospective review at the Douala general hospital, Cameroon. BMC cancer, 2018.
- 158 : Cubasch, H., Joffe, M., Ruff, P., Dietz, D., Rosenbaum, E., Murugan, N., ... & Jacobson, J. S,**
Breast conservation surgery versus total mastectomy among women with localized breast cancer in Soweto, South Africa. PloS one, 2017.
- 159 : P. Rouanet,**
Place actuelle de la reconstruction mammaire en oncologie published 2002.
- 160 :Petit JY,**
Cancer du sein : Chirurgie diagnostique, curative et reconstructrice.
Medsi/McGraw-Hill, 1991.
- 161 : E.Amar, A. André, F. Bodin, F. Boucher, B. Chaput, M. Courtade-Saïdi, A. Chichery, H Eburdery, L. Foucras, I. Garrido, D. Gangloff, J.-P. George, F. Germain, J.-L. Grolleau, J.-L. Jauffret, H. El Maghrabi, V. Martinot-Duquennoy, A. Mojallal, T. Meresse, M. Moutrants, P. Pâtenotre, C. Rodier-Bruant, M. Saint-Cyr, B. Vierasu,**
Chirurgie plastique du sein. Oncologie, reconstruction et esthétique, 2012
- 162 : Lewis JR,**
Use of a sliding flap from the abdomen to provide cover in breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 1979.
- 163 : Delay E, Jorquera F, Pasi P, Gratadour AC,**
Autologous latissimus breast reconstruction in association with the abdominal advancement flap : a new refinement in breast reconstruction. Ann Plast Surg 1999.
- 164 : Spiegel AJ, Khan FN,**
An intraoperative algorithm for use of the SIEA flap for breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 2007.
-

- 165 : Schaverien M, Saint-Cyr M, Arbique G, Brown SA,**
Arterial and venous anatomies of the deep inferior epigastric perforator and superficial inferior epigastric artery flaps. *Plast Reconstr Surg* 2008 ;
- 166 Fattah A, Figus A, Mathur B, Ramakrishnan VV,**
The transverse myocutaneous gracilis flap : technical refinements. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010.
- 167: Nahabedian MY, Momen B, Galdino G, Manson PN,**
Breast reconstruction with the free TRAM or DIEP flap : patient selection, choice of flap, and outcome. *Plast Reconstr Surg* 2002.
- 168 : Pâtenotre P, Duquennoy Martinot V, Capon N, Dumortier R, Pellerin.P,**
Reconstruction mammaire par lambeaux fessiers inférieurs libres. À propos de 34 cas chez 30 patients. *Ann Chir Plast Esthet* 2001.
- 169 :Little JW,**
Nipple-areolar reconstruction. *Adv Plast Reconstr Surg.* 1987.
- 171 : Heitland A, Markowicz M, Koellensperger E.**
Long-term nippleshrinkage following augmentation by an autologous rib cartilage trans-plant in free DIEP-flaps. *J Plast*
- 172 : Albomoz CR, Bach PB, Mehrara BJ, Disa JJ, Pusic AL, MacCarthy CM, et al.,**
A paradigm shift in US breast reconstruction: increasing implant rates. *Plast Reconstr Sur* 2013.
- 173: Agha Mohammadi S, Delacruz C. Hurwitz DJ.**
Breast reconstructionwith alloplastic implants. *J Surg Oncol* 2006.
- 174 : Clough K, O'Donoghue J, Fitoussi A, Vlastos G, Falcou MC,**
Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction. *Implant Reconstruction. Plast Reconstr Surg* 2001.
- 175 : ROCHE.H,**
Traitements médicaux du cancer du sein. *La revue du praticien (Paris).* 2004
- 176 : BACHELOT.T, BREMOND.A, MIGNOTTE.H, GUASTALLA.J.P**
Ed Elsevier SAS ; Gynécologie2002.
- 177 : BREMOND. A,**
Traitement du cancer du sein non métastatique: formes habituelles. *Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris), Gynécologie1997.*
- 178 GUASTALLA. JP, CATIMEL. G, BLAY. JY, S. HELFRE, REBATTU. P, DESSEIGNE. F, BREMOND. A, TIGAUD. JD, MERROUCHE. Y ET BARBET. N,**
Traitement du cancer du sein métastatique et des formes cliniques particulières. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Gynécologie 1997 ; 871-A-10 : 14p.*
- 179 : CHEVREL J.P., BOSSY J., BONNEL F.**
Anatomie clinique 2 : le tronc.1994.
- 180 . P. DE CREMOUX, V. DIERAS, MF. POUPON, H. MAGDELENAT, B. GIGALZAFRANI, A. FOURQUET, J.Y. PIERGA,**
Le tamoxifène et les inhibiteurs de l'aromatase dans le traitement des cancers du sein : aspects pharmacologique et clinique. *Bulletin de Cancer* 2004.
-

- 181 : **Ahmed SB, Aloulou S, Bibi M, Landoulsi A, Noura M, Fatma LB, et al.,**
Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes: analyses d'une série hospitalière de 729 patientes. Santé Publique : 2002.
- 182 : **Janiszewska M, Liu L, Almendro V, Kuang Y, Paweletz C, Weigelt B, et al., Abstract**
PR05: The effect of chemotherapy on HER2+ breast cancer heterogeneity measured by STAR-FISH: Detection of PIK3CA mutation and HER2 amplification at single-cell level in situ. AACR; 2016.
- 183 : **Bianchini G, Riba M, Zambelli S, Safonov A, Ogiya R, Jiang T, et al.,**
Abstract P4-04-04: Triple-negative (TN) and HER2+ breast cancers (BC) have different immune milieu in primary and metastatic tumors. AACR; 2016.
- 184 : **Zemmouri Y, DE Croze, Salomon AV, Rouzière R, Bonneau C,**
Caractérisation moléculaire des cancers du sein en pratique Clinique Gynécologie Obstétrique Fertil. 2016
- 185 : **J. SAGLIER,**
Le cancer du sein non métastatique. Journal de chirurgie 2005.
- 186 : **Basim A. Awan, a Osama A. Samargandi, a Saleh M. Aldaqal, b Ahmed M. Alharbi, b Zuhoor ALGhaithib,**
The attitude and perception of breast reconstruction by general surgeons in Saudi arabia, Ann Saudi Med 2013.
- 187 : **Spyrou GE , Titley G, Cerqueiro J, Fatah MFT .**
A Survey of General Surgeons' attitudes toward Breast reconstruction after mastectomy. Ann R Coll Surg Engl 1998.
- 188 : **Warren M. Rozen, Amrish K. S. Rajkomar, Namrata S. Anavekar, Mark W. Ashton,**
Post-Mastectomy Breast Reconstruction: A History in Evolution, 2018
- 189 : **Rozen WM, Ashton MW, Taylor GI,**
Defining the role for autologous breast reconstruction post-mastectomy: the social and oncological implications. Clin Breast Cancer 2008.
- 190 : **Ramakrishnan V, Tare M,**
Post-mastectomy breast reconstruction: microsurgical methods. Indian J Plast Surg 2007.
- 191 : **Antoine Homsy, MD, Eva Rü egg MD, Denys Montandon, MD, Georges Vlastos, MD, Ali Modarressi, MD, PD, and Brigitte Pittet, Pr.**
Breast Reconstruction A Century of Controversies and Progress, Ann Plast Surg 2018.
- 192 : **Cronin T, Gerow FJ.**
Augmentation mammoplasty: a new "naturel feel" prothesis. Amsterdam, Excerpta Medica. 1963.
- 193 : **Radovan C.**
Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. Plast Reconstr Surg 1982.
- 194 : **Schneider WJ, Hill HL, Jr., Brown RG,**

Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. Br J Plast Surg. 1977.

195 :Bostwick J, 3rd, Nahai F, Wallace JG, Vasconez LO,

Sixty latissimus dorsi flaps. Plast Reconstr Surg. 1979.

196 :Hartrampf CR, Scheflan M, Black PW,

Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. Plast Reconstr Surg. 1982.

197 : Fujino T, Harashina T, Enomoto K,

Primary breast reconstruction after a standard radical mastectomy by a free flap transfer. Case report. Plast Reconstr Surg. 1976

198 : Le Quang C.

Two new free flaps developed from aesthetic surgery: the inferior gluteal flap.

Aesthet plast surg. 1980

199 : Le Quang C.

Secondary microsurgical reconstruction of the breast and free inferior gluteal flap. Ann Chir Plast Esthet. 1992.

200 : Allen RJ, Treece P.

Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction.

Ann Plast Surg. 1994 Jan;32(1):32-8.

201 : Goldwyn RM,

Vincenz Czerny and the beginnings of breast reconstruction.

Plast Reconstr Surg. 1978.

202 : Legueu MF,

De l'autoplastie par glissement du sein. Congrès français de chirurgie. 1898.

203 : Morestin H,

De l'autoplastie par déplacement de sein. Archives Générales de médecine. 1903.

204 : Harris HI,

Automammoplasty. J Int Coll Surg. 1949;12:827-839. illust. Epub 1949.

205: Pontes R,

Single stage reconstruction of the missing breast. Br J Plast Surg. 1973;

206 : Shradly GF.

A simple method of closing large operation wounds by sliding skinflaps. Med Rec.

207 Elsberg CA.

The abdominal skin-flap in radical amputation of the breast. Ann Surg. 1915.

208 : Ombredanne L,

Restauration autoplastique du sein après amputation totale. Trb Med. 1906.

209 : Teimourian B, Adham MN,

Louis Ombredanne and the origin of muscle flap use for immediate breast mound reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1983.

210 Tansini I,

Nouvo processo per l'amputazione della mammella per cancro. Riforma Medica. 1906.

211 : Olivari N.

The latissimus flap. Br J Plast Surg. 1976 .

213 : Bard M, Sutherland AM,

Psychological impact of cancer and its treatment. IV. Adaptation to radical mastectomy. Cancer. 1955

214 : Watson TA. Cancer of the breast.

The Janeway Lecture—1965. Am J Roentgenol, Radium Ther Nucl Med. 1966;96:547–559. Epub 1966.

215 Elliott LF, Hartrampf CR Jr,

Breast reconstruction: progress in the past decade. World J Surg. Epub 1990.

216 : anonyme

Cours de Résidanat, faculté de médecine de sphax, juillet 2019

217 : Saad Benchekroun Belabbes,&, Kawtar Belkhadir,

Métastase oculaire révélant un carcinome canalaire du sein. Juillet 2018.

218 : M. Lacroix–Triki, F. Penault–Llorca,

Classification TNM pour le cancer du sein (8e édition), 'AJCC (American Joint Commission of Cancer)2018.

219: Samira IDMANGA,

Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans au service de gynécologie obstétrique CHU marrakech, 2019.

220 : Bolenga Liboko AF, Diané S, Ndonga E, Imboua Nielenga P, Zala–Oya JA, Nsondé Malanda J, Nkoua–Mbon JB,

Health Sci. Dis: Vol 20 (3) May–June 2019

221 : Gonssaud B, Goussot V, Berriolo–Riedinger A, et al.,

Intérêt clinique du CA15–3 pour la détection des métastases des cancers du sein nouvellement diagnostiqués. Ann Biol Clin 2017.

222 : Classe, J. M., Sentilhes, L., Jaffré, I., Mezzadri, M., Lefebvre–Lacoeuille, C., Dejode, M., ... Descamps, P,

Chirurgie des cancers invasifs du sein (à l'exception de la reconstruction mammaire). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010.

223 : Alfred Fitoussi, Benoît Couturaud, Emmanuel Delay, Laurent Lantier,

Chirurgie du cancer du sein Traitement conservateur, oncoplastie et reconstruction. Elsevier Masson SAS. 2011.

234 : J.–P. Binder, P. May, J. Masson, M. Revol, J.–M. Servant,

Breast reconstruction by DIEP free flap: A 30 cases experience. Juillet 2007.

235 : REVOL,

Manuel de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Sauramps médical, 2009.

236 : Ariffuddin Ishak, MBBS, Maya Mazuwini Yahya, MD, MMed Surg, Ahmad Sukari, Halim, MD.

Breast reconstruction after mastectomy: a survey of surgeons' and patients' Perception. April 2018.

237 : M. Henry, C. Baas, C. Mathelin,

Why do women refuse reconstructive breast surgery after mastectomy? Octobre 2009.

238 : Lucio Fortunato, M.D., Andrea Loreti, M.D., Giuliana Cortese, M.D., Diana Spallone, M.D. Ph.D.,

Vito Toto, M.D., Francesco Cavaliere, M.D., Massimo Farina, M.D., Massimo La Pinta, M.D., Elena Manna, M.D., Laura Detto, Tiziano Pallara, M.D.

Regret and Quality of Life after Mastectomy with or without Reconstruction, november 2019

239 : Eltahir I, Werners LL, Dreise MM, van Emmichoven IA, jansen L, Werker PM, et al.

Résultats en matière de qualité de vie entre la mastectomie seule et la reconstruction mammaire: comparaison entre le BREAST-Q rapporté par les patientes et d'autres mesures de qualité de vie liées à la santé. Plast Reconstr Surg. 2013

240: Hart AM, Pinell-White X, Egro FM, et al. L'impact psychosexuel de la reconstruction mammaire partielle et totale une étude longitudinale prospective d'un an. Ann Plast Surg. 2015

241: Kristopher Lamore, Bruno Quintard, Cécile Flahault 1, Anna VanWersch 3, Aurélie Untas, évaluation de l'impact de la reconstruction mammaire chez les femmes en couple grâce à un outil de recherche communautaire: les sentinelles

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 050

سنة 2023

جراحة الثدي الاستثنائية عند المريضات اللواتي تصور طريق
استئصال الثدي. تحقيق في قسم الجراحة عولجن عن العامة
بالمستشفى العسكري ابن سينا

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/01/13

من طرف

الأنسة: فاطمة الزهراء البوعناني

المزداة في 19 يونيو 1996 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

امرأة شابة - سرطان الثدي - استئصال الثدي - إعادة بناء الثدي

اللجنة

الرئيس

ر. البرني

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

المشرف

م. الحكيم

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

الحكام

أ. الخضير

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

ه. بابا

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

