

7ÈME SÉMINAIRE INTERRÉGIONAL DE PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN

Vendredi 5 avril 2024
Collectivité européenne d'Alsace

7^{ÈME}
SÉMINAIRE
INTERRÉGIONAL
de prise en charge
du cancer du sein

5 avril 2024

Actualité

« Les mastectomies de réduction de risque en dehors du contexte génétique »

Pr Charlotte VAYSSE

Département de chirurgie oncologique
IUCT-Oncopole, Toulouse



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE

Strasbourg, 5 avril 2024

Je déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt



Contexte

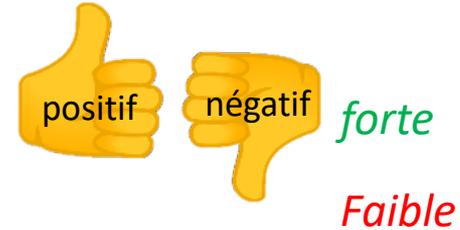
- Risque augmenté de cancer du sein en comparaison avec la population générale =>
 - stratégie de prise en charge spécifique
 - basée sur une surveillance adaptée (clinique et imagerie)rarement sur une chirurgie mammaire prophylactique, (=MRR)
- Ces dernières années : augmentation constante du nombre/ de
Renforcement de ce phénomène avec « The Angelina Effect »



Objectif

Déterminer l'intérêt ou non de la réalisation d'une MRR en dehors de la présence d'un variant délétère d'un gène de susceptibilité au cancer du sein.

Méthodologie



- La Commission de sénologie (CS) du CNGOF : 26 experts
- Méthode GRADE[®] / formulation des questions suivant le format PICO

➤ TEXTE 1 : LES INDICATIONS

8 questions - 4 thématiques :

- histologique
- familial (sans anomalie génétique identifiée)
- radiologique
- radique (atcd de lymphome de Hodgkin).

➤ TEXTE 2 : LES MODALITES / MORBI-MORTALITE

6 questions - 4 thématiques :

- Sécurité oncologique
- complications
- Satisfaction esthétique / impact psychologique
- Modalités pré-opératoires



Texte 1

Pour chaque situation

=> il a été déterminé si la réalisation d'une **MRR comparée à une surveillance** permettait de **diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie**.



Elaboration de ces recommandations

La MRR chez les femmes ayant un risque histologique de développer un cancer du sein

- **Question 1** : Chez une femme présentant une lésion frontière du sein, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 2** : Chez une femme présentant un cancer du sein unilatéral, est-ce que la réalisation d'une MRR controlatérale comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

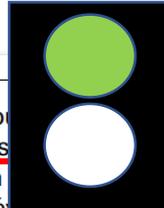
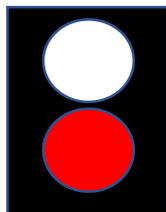


La MRR chez les femmes ayant un risque histologique de développer un cancer du sein

- **Question 1** : Chez une femme présentant une lésion comparée à une surveillance permet de diminuer le risque ou d'augmenter la survie ?

*Métoplasie Cylindrique Atypique
Hyperplasie Cylindrique Atypique
Hyperplasie Lobulaire Atypique
Carcinome Lobulaire in situ classique,
pléiomorphe et floride*

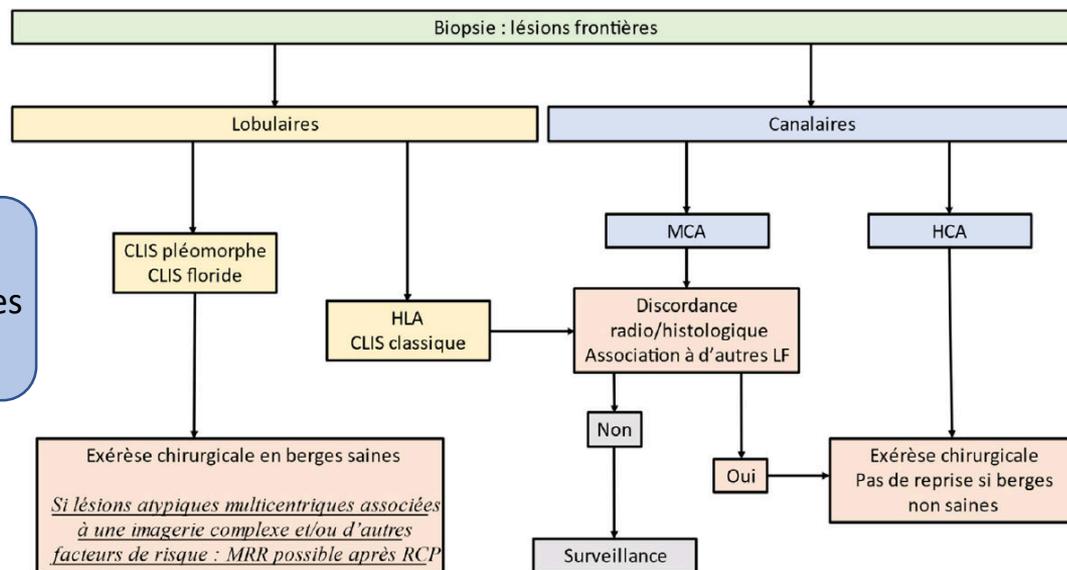
Cas CLIS pleiomorphe ou florides,
Multicentriques ou diffus, image complexe ou FDR
Chez les femmes jeunes <40 ans



Synthèse : les lésions histologiques frontières du sein comportent un vaste éventail d'entités (MCA, HCA, HLA, CLIS classique, pléiomorphe et floride). Toutes ces lésions comportent un risque d'être sous-estimées par une biopsie percutanée ou d'évoluer vers une cancérisation ultérieure. Dans la grande majorité des cas, la MRR n'a pas montré de bénéfice en termes de survie ou de qualité de vie dans cette situation (qualité de preuve basse). Toutefois, en cas de CLIS pléiomorphe ou floride multicentrique ou diffus, associé à une imagerie complexe et/ou à d'autres facteurs de risque, la MRR pourrait permettre de diminuer le risque de méconnaître un cancer occulte de voisinage (qualité de preuve basse). Dans ce contexte, la MRR n'a pas montré de bénéfice en termes de survie (qualité de preuve basse), notamment après 40 ans (qualité de preuve basse).

Recommandation : en raison de l'absence de bénéfice démontré sur la survie et la qualité de vie, il n'est pas recommandé de réaliser une mastectomie de réduction du risque en cas de lésion histologique frontière du sein (recommandation forte), à l'exception des cas de CLIS pléiomorphes ou florides, multicentriques ou diffus, associés à une imagerie complexe ou d'autres facteurs de risque chez une femme jeune (< 40 ans) (recommandation faible).

La MRR chez les femmes ayant un risque histologique de développer un cancer du sein



Toulouse :
Référentiel lésions bénignes
RCP Benin

Fig. 1. Algorithme décisionnel devant une LF. CLIS : carcinome lobulaire in situ ; HLA : hyperplasie lobulaire atypique ; MCA : métaplasie cylindrique atypique ; HCA : hyperplasie canalaire atypique ; MRR : mastectomie de réduction de risque ; RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire ; LF : lésion frontière.

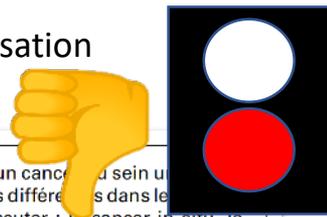
La MRR chez les femmes ayant un risque histologique de développer un cancer du sein

- **Question 1** : Chez une femme présentant une lésion frontière du sein, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 2** : Chez une femme présentant un cancer du sein unilatéral, est-ce que la réalisation d'une MRR controlatérale comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?



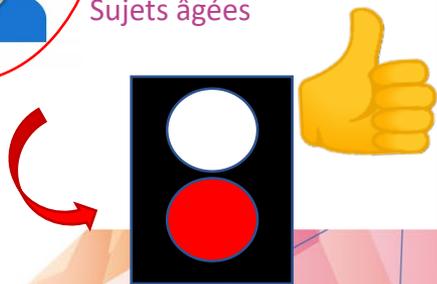
La MRR chez les femmes ayant un risque histologique de développer un cancer du sein

- **Question 2** : Chez une femme présentant un **cancer du sein unilatéral**, est-ce que la réalisation d'une **MRR controlatérale** comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?



Différentes situations :

- CCIS
- CI bon pronostic
- CI mauvais pronostic
- Métastatique



Synthèse : chez une femme ayant un cancer du sein unilatéral, on retrouve des situations cliniques différentes dans le cas de l'indication de la MRR peut se discuter : le cancer in situ, le cancer infiltrant de bon pronostic et le cancer infiltrant de mauvais pronostic ou métastatique.

En cas de cancer invasif, la plupart des études publiées ne montrent pas de bénéfice en termes de survie spécifique et globale de la MRR chez les patientes âgées ou ayant des comorbidités ou dont le cancer initial est de mauvais pronostic ou métastatique (qualité de preuve intermédiaire). De même,

aucun bénéfice en termes de survie spécifique ou globale de la MRR n'a été démontré en cas de CCIS unilatéral (qualité de preuve haute).

Un bénéfice a été retrouvé dans 10 études sur 15 chez des femmes jeunes sans comorbidités ayant un cancer invasif de bon pronostic. Toutefois, ces études sont souvent anciennes (les traitements n'étant pas conformes aux pratiques actuelles) et ne comprennent pas toujours l'IRM mammaire dans la stratégie thérapeutique (qualité de preuve faible).

Recommandation : en cas de cancer du sein unilatéral, il n'est pas recommandé de proposer une mastectomie controlatérale de réduction du risque (recommandation faible). Elle pourrait être acceptée si la patiente en formule la demande en cas de cancer invasif unilatéral de bon pronostic chez une femme jeune sans comorbidités (recommandation faible).

La MRR chez les femmes ayant un risque élevé familial de développer un cancer du sein

- **Question 3** : Chez une femme sans variant délétère identifié d'un gène de prédisposition au cancer du sein dans sa famille, quels modèles peut-on utiliser pour estimer son risque de développer un cancer du sein ?
 - **Question 4** : Chez une femme sans variant délétère identifié d'un gène de prédisposition au cancer du sein **mais avec un risque familial élevé**, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?



La MRR chez les femmes ayant un risque élevé familial de développer un cancer du sein

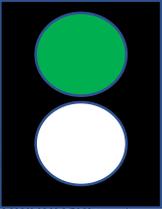
- **Question 3** : Chez une femme sans variant délétère identifié d'un gène dans sa famille, quels modèles peut-on utiliser pour estimer son risque ?

Ces modèles :

- Plusieurs facteurs (structure familiale, RH, parité..)
- ESTIMATION de RISQUE
- Seuils non consensuels en France
- Le plus utilisé : **CANRisk** (Haut Risque >30%)



La MRR peut être acceptée à partir de 30%
Risque population générale : 10%

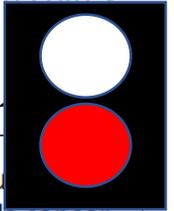


Synthèse : différents modèles sont actuellement utilisés pour estimer le risque de développer un cancer du sein chez les femmes à risque familial ayant une analyse génétique informative. Ces modèles prennent en compte notamment la structure familiale (type de cancers, âge au diagnostic, résultat de l'analyse génétique ou parfois d'autres facteurs de risques : parité, récepteurs hormonaux, type histologique...). L'utilisation de ces outils rend possible une estimation du risque de développer un cancer du sein sur toute une vie, permettant ainsi un conseil génétique et une prise en charge adaptée selon le niveau de risque. Les seuils ne sont pas consensuels en France et devraient être définis à la lueur des nouveaux outils disponibles d'évaluation du risque et de diagnostic génétique. Le modèle le plus utilisé en France est CANRisk. Ce dernier définit différents groupes : le « haut risque » (> 30 %) et le risque modéré (17-30 %). La MRR peut être acceptée à partir de 30 % dans cet outil, le risque de la population générale étant d'environ 10 %. Toutefois, l'utilisation de ces modèles expose parfois à un risque de surestimation. Des études évaluant l'utilisation combinée de plusieurs modèles sont en cours.

Recommandations : en cas de risque familial, il est recommandé de proposer une consultation de génétique oncologique débouchant sur une prise en charge individuelle (recommandation forte). Chez une femme présentant un risque familial sans variant causal authentifié, il est recommandé de proposer l'utilisation d'un modèle d'estimation de risque de développer un cancer du sein afin de pouvoir adapter la surveillance et la prise en charge (recommandation forte). Il n'existe pas d'argument pour recommander un modèle en particulier par rapport à un autre. La discussion de la MRR ainsi que de la surveillance doit tenir compte de cette estimation de risque.

La MRR chez les femmes ayant un risque élevé familial de développer un cancer du sein

- **Question 3** : Chez une femme sans variant délétère identifié d'un gène de prédisposition au cancer du sein dans sa famille, quels modèles peut-on utiliser pour estimer son risque de développer un cancer du sein ?
- **Question 4** : Chez une femme sans variant délétère identifié d'un gène de prédisposition au cancer du sein mais avec un **risque familial élevé**, est-surveillance permet de diminuer le risque de survie ?



Synthèse : la réalisation d'une MRR en cas de haut risque familial diminue de manière significative les risques de cancer du sein (qualité de preuve haute). Cependant, il y a peu d'études publiées sur la diminution de la mortalité après MRR en cas d'absence de variant délétère identifié (qualité de preuve basse).

Recommandations : chez une femme considérée comme à très haut risque ($\geq 30\%$) de développer un cancer du sein au cours de sa vie, il pourrait être envisagé de réaliser une MRR bilatérale si la femme le demande (recommandation faible).

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 5** : Chez une femme ayant un sein de densité « de base » élevée, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 6** : Chez une femme chez qui on note une augmentation de la densité mammaire au cours du suivi, est-ce qu'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 7** : Chez une femme présentant des microcalcifications diffuses et/ou atypiques, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 5** : Chez une femme ayant un sein de densité « de base » élevée, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 6** : Chez une femme chez qui on note une augmentation de la densité mammaire au cours du suivi, est-ce qu'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 7** : Chez une femme présentant des microcalcifications diffuses et/ou atypiques, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

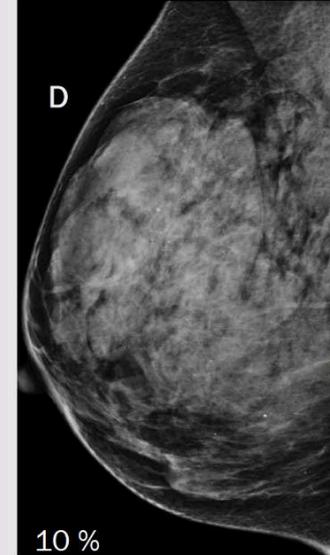
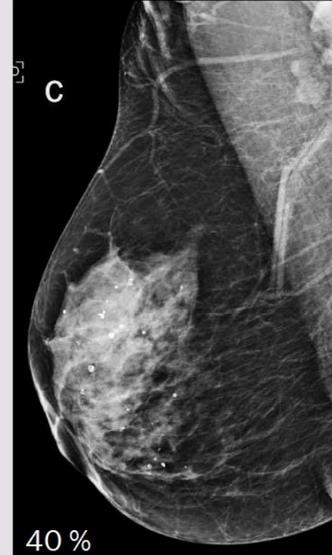
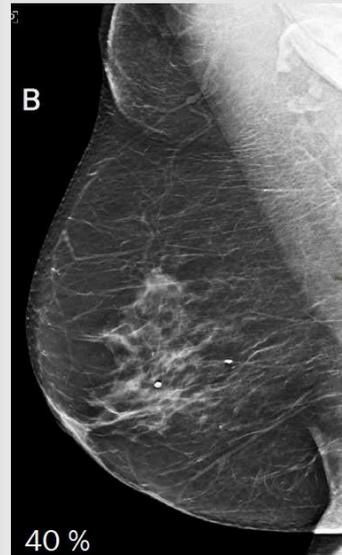
- **Question 5** : Chez une femme ayant un sein de densité « de base » élevée, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question**
d'une M
et/ou d

Evaluations qualitatives de la densité

- Classifications de Wolfe 1976, BI-RADS ACR (1993, 1998, 2013)
- Disparition de la notion de % de glande → caractère masquant (BI-RADS classe A-D)

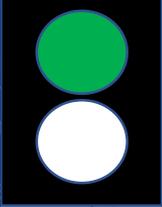
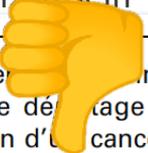


La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 5** : Chez une femme ayant un sein de densité « de base » élevée, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

Différents examens :

- Mammographie
- Échographie
- Tomosynthèse
- Angiomammo
- IRM



Synthèse : chez une femme ayant une densité mammaire extrêmement élevée, la mammographie de densité élevée peut être mise en défaut (risque de non-détection d'un cancer du sein, qualité de preuve haute). D'autres examens peuvent être réalisés, tels que l'IRM. Cet examen permettrait de diminuer le taux de non-détection de cancers au prix d'un taux de biopsies inutiles accru. Toutefois, l'IRM a également des limites, notamment l'accessibilité des machines, le coût des procédures (en particulier en cas de biopsies sous IRM), la présence d'un RGM diffus important ou bien encore l'existence d'un CCIS. Nous n'avons pas retrouvé de données sur la MRR en cas de densité mammaire élevée ou de RGM diffus important.

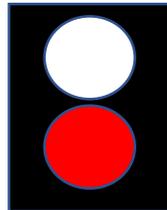
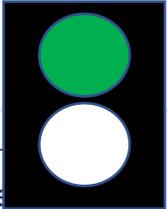
Recommandations : en l'absence de données, chez une femme sans antécédent personnel de cancer du sein ni de risque très élevé de développer un cancer du sein, et ayant une densité mammaire très élevée (type D selon BIRADS), il n'est pas recommandé de réaliser de MMR (recommandation forte).

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 5** : Chez une femme ayant un sein de densité « de base » élevée, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
- **Question 6** : Chez une femme chez qui on note une augmentation de la densité mammaire au cours du suivi, est-ce qu'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 6** : Chez une femme chez qui on note une augmentation de la densité mammaire au cours du suivi, est-ce qu'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?



Synthèse : l'augmentation de la densité mammaire n'est associée à un sur-risque de développer un cancer (qualité de preuve haute) ou une récidive (qualité de preuve intermédiaire).

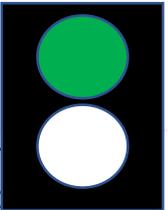
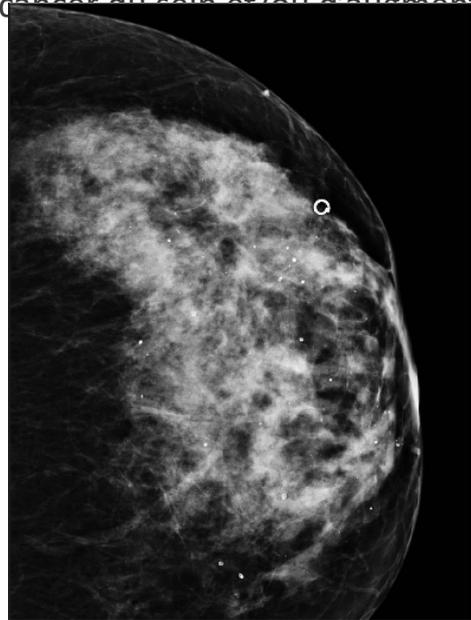
Recommandations : chez une patiente sans antécédent personnel de cancer du sein, chez qui lors du suivi on note une augmentation de la densité mammaire, il est recommandé de ne pas réaliser une MRR (recommandation forte). En cas d'antécédent personnel de cancer du sein, il n'est également pas recommandé de réaliser une MRR (recommandation faible).

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 5** : Chez une femme ayant un sein de densité « de base » élevée, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 6** : Chez une femme chez qui on note une augmentation de la densité mammaire au cours du suivi, est-ce qu'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?
 - **Question 7** : Chez une femme présentant des microcalcifications diffuses et/ou atypiques, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

La MRR chez les femmes ayant un suivi radiologique difficile à réaliser

- **Question 7** : Chez une femme présentant des microcalcifications diffuses et/ou atypiques, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de développer un cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?



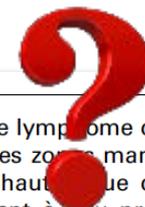
Synthèse : les microcalcifications diffuses, non suspectes, sont rarement associées à la présence d'un cancer sous-jacent, notamment chez les femmes âgées de plus de 50 ans et sans antécédents de cancer du sein (qualité de preuve intermédiaire).

Recommandations : en présence de microcalcifications diffuses dont la ou les biopsies concluent à une pathologie bénigne, il est recommandé de ne pas réaliser de MRR (recommandation forte).

La MRR chez les femmes ayant un antécédent de lymphome de Hodgkin (LH)

Question 8 : Chez une femme présentant un antécédent de lymphome de Hodgkin, est-ce que la réalisation d'une MRR comparée à une surveillance permet de diminuer le risque de cancer du sein et/ou d'augmenter la survie ?

- LH = très haut risque
- A peu près identique : femme BRCA1 (30 % à 50 ans).
- d'autant plus élevé que le traitement < 25 ans par RT
- HAS (2014) / l'INCa (2015) recommandent actuellement une surveillance « type BRCA » à partir de l'âge de 20 ans.



Synthèse : les femmes ayant un antécédent de lymphome de Hodgkin (LH) ayant été irradiées au niveau des zones mammaires et axillaires sont considérées à très haut risque de développer un cancer du sein, ce risque étant à peu près identique à celui d'une femme présentant un variant délétère de BRCA1 (30 % à 50 ans). Ce risque est d'autant plus élevé que le traitement a eu lieu à un âge jeune (< 25 ans) par radiothérapie incluant la zone mammaire et axillaire, qu'il remonte à moins de trois décennies, que la dose d'irradiation a été élevée, et enfin en cas de facteurs de risque associés. Il n'existe pas de données publiées sur l'impact de la MRR sur la survie des femmes traitées pour un LH. Pour ces femmes, la HAS (2014) et l'INCa (2015) recommandent actuellement une surveillance « type BRCA » à partir de l'âge de 20 ans.

Recommandation : en l'absence de données, nous n'avons pas pu établir de recommandation sur le sujet. La réalisation d'une MRR quand elle est souhaitée par une patiente antérieurement traitée par radiothérapie incluant la zone mammaire et axillaire pour un LH doit faire l'objet d'un passage en RCP avant acceptation.

Texte 2

Modalité et Morbidité des MRR



Le risque oncologique

Question 1 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée chez qui une MRR est réalisée, est-ce qu'une **technique chirurgicale est supérieure à une autre** en termes de réduction du risque oncologique ?



Le risque oncologique

Question 1 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée chez qui une MRR est réalisée, est-ce qu'une **technique chirurgicale est supérieure à une autre** en termes de réduction du risque oncologique ?

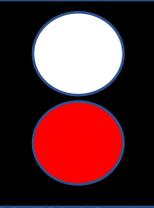
- **MRR conservatrice** : le taux de cancer est faible et non significativement différent en cas de conservation de la PAM ou non (0,3 contre 0,2 %) (qualité de preuve haute),
- le risque à long terme n'est pas connu (absence de preuve).



Le risque oncologique

Question 1 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée chez qui une MRR est réalisée, est-ce qu'une **technique chirurgicale est supérieure à une autre** en termes de réduction du risque oncologique ?

- **MRR conservatrice** : le taux de cancer est faible et non significativement différent en cas de conservation de la PAM ou non (0,3 contre 0,2 %) (qualité de preuve haute),
- le risque à long terme n'est pas connu (absence de preuve).



Synthèse : en cas de MRR conservatrice, le taux de cancer est faible et non significativement différent en cas de conservation de la PAM ou non (0,3 contre 0,2 %) (qualité de preuve haute), le risque à long terme n'est pas connu (absence de preuve).

Recommandations : Il n'existe pas d'argument carcinologique pour recommander une technique de MRR par rapport à une autre (recommandation faible). De même, la réalisation d'une reconstruction mammaire (quels que soient le moment ou la technique) n'a pas d'impact sur la sécurité carcinologique (recommandation forte).

Les complications

Question 2 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et ayant un **cancer unilatéral**, est-ce que la réalisation d'une **MRR controlatérale concomitante** présente un sur-risque de **complications et de morbi-mortalité** ?

Question 3 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et **indemne de cancer**, est-ce que la réalisation d'une **MRR bilatérale comparée à une surveillance** présente un sur-risque de **complications et de morbi-mortalité** ?

Question 4 : Chez une femme chez qui une MRR est réalisée, est-ce qu'une **technique de reconstruction** donnée expose à un **risque de complications plus important** ?



Les complications

Question 2 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et ayant un **cancer unilatéral**, est-ce que la réalisation d'une **MRR controlatérale concomitante** présente un sur-risque de **complications et de morbi-mortalité** ?



Les complications

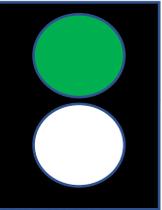
Question 2 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et ayant un **cancer unilatéral**, est-ce que la réalisation d'une **MRR controlatérale concomitante** présente un sur-risque de **complications de morbi-mortalité** ?

- taux de complications = **ou** > en comparaison avec la mastectomie unilatérale.
- Dans 4 publications sur 8 :
les reprises chirurgicales
et les hospitalisations prolongées
ont été significativement plus fréquentes (qualité de preuve basse).



Synthèse : chez les femmes ayant un cancer unilatéral, la réalisation d'une mastectomie bilatérale (associant une MRR controlatérale avec ou sans RMI) a un taux de complications identique ou supérieur en comparaison avec la mastectomie unilatérale. Dans 4 publications sur 8, les reprises chirurgicales et les hospitalisations prolongées ont été significativement plus fréquentes (qualité de preuve basse). Ces données se basent sur des études le plus souvent rétrospectives.

Recommandations : chez les femmes ayant un cancer unilatéral, il est recommandé d'informer les femmes des risques de la MRR controlatérale dans le choix de la réalisation de ce geste (recommandation forte).



Les complications

Question 2 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et ayant un cancer unilatéral, est-ce que la réalisation d'une **MRR controlatérale concomitante** présente un sur-risque de **complications et de morbi-mortalité** ?

Question 3 : chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et **indemne de cancer**, est-ce que la réalisation d'une **MRR bilatérale comparée à une surveillance** présente un sur-risque de complications et de morbi-mortalité ?



Les complications

Question 3 : chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et **indemne de cancer**, est-ce que la réalisation d'une **MRR bilatérale comparée à une surveillance** présente un sur-risque de complications et de morbi-mortalité ?

Pas de recul HORS Contexte génétique

Le taux de complications est élevé :

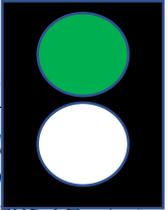
- 50–65 % de réinterventions non anticipées,
- Env. 5 % de nécroses complètes PAM
- 15–30 % de nécroses partielles de la PAM,
- Env. 10 % de complications sur prothèse.



impact sur la satisfaction des patientes et leur éventuel regret de l'intervention

Synthèse : N'ayant pas le recul sur les complications de l'intervention en dehors du contexte génétique avéré, nous nous sommes basés sur les données publiées relatives à la MRR dans ce contexte. A long terme, le taux de complications locales après MRR est élevé (qualité de preuve haute) : 50–65 % de réinterventions non anticipées, environ 5 % de nécroses complètes et 15–30 % de nécroses partielles de la PAM, et environ 10 % de complications sur prothèse. Ces complications ont un impact sur la satisfaction des patientes et leur éventuel regret de l'intervention (qualité de preuve haute).

Recommandations : avant la MRR, il est nécessaire d'informer les patientes des différents risques de complications ainsi que du risque de réintervention programmée (pour un changement de prothèses ou du lipomodélage) (recommandation forte).



Les complications

Question 2 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et ayant un cancer unilatéral, est-ce que la réalisation d'une **MRR controlatérale concomitante** présente un sur-risque de **complications et de morbi-mortalité** ?

Question 3 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée et **indemne de cancer**, est-ce que la réalisation d'une **MRR bilatérale comparée à une surveillance** présente un sur-risque de **complications et de morbi-mortalité** ?

Question 4 : Chez une femme chez qui une MRR est réalisée, est-ce qu'une **technique de reconstruction** donnée expose à un **risque de complications plus important** ?



Les complications

Question 4 : Chez une femme chez qui une MRR est réalisée, est-ce qu'une **technique de reconstruction** donnée expose à un **risque de complications plus important ?**

- Techniques : Lambeau, prothèses (définitive, expandeur)
- Taux de complications : entre 15 et 20 %.

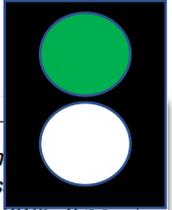
FDR de complications : COMORBIDITES :

- Obésité
- Diabète
- Tabac
- Age



Synthèse : en cas de MRR, les différentes techniques de reconstruction (lambeau, implants et expandeurs) sont associées à des taux de complications oscillant entre 15 et 20%. Il ne semble pas y avoir de différence significative sur les complications majeures entre les différentes techniques. Les données sur les complications mineures sont discordantes. Certains facteurs de risque de complications sont connus tels que le diabète, l'âge, le tabagisme et l'excès pondéral et doivent être pris en compte dans la décision préopératoire.

Recommandations : en cas de MRR (uni- ou bilatérale), une reconstruction mammaire doit être proposée (recommandation forte) et il faut informer les femmes des différentes complications relatives à chaque technique (recommandation forte). Il n'existe pas d'arguments pour recommander la réalisation d'une technique chirurgicale par rapport à une autre, lorsque toutes les techniques sont possibles (absence de recommandation).



Résultats esthétiques et impact psychologique

Question 5 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée chez qui une MRR est réalisée, est-ce **qu'une technique chirurgicale est supérieure à une autre** en termes de **satisfaction esthétique ou psychologique** ?

- Taux de satisfaction RMM globalement très élevé
- elle peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie globale et la sexualité (femmes anxieuses)
- La reconstruction par lambeau semble être associée à un meilleur bien-être et une meilleure sexualité



Résultats esthétiques et impact psychologique

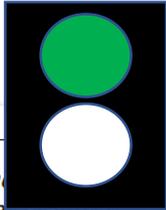
Question 5 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée chez qui une MRR est réalisée, est-ce **qu'une technique chirurgicale est supérieure à une autre** en termes de **satisfaction esthétique ou psychologique** ?

- Taux de satisfaction RMM globalement très élevé
- elle peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie globale et la sexualité (femmes anxieuses)
- La reconstruction par lambeau semble être associée à un meilleur bien-être et une meilleure sexualité



Synthèse : Chez une femme sans prédisposition h... identifiée, bien que la MRR présente un taux de satisfaction globalement très élevé, elle peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie globale et la sexualité, et ceci chez des femmes particulièrement anxieuses (qualité de preuve haute). La reconstruction par lambeau semble être associée à un meilleur bien-être et une meilleure sexualité que la reconstruction par prothèse (qualité de preuve basse). L'anxiété et la peur du cancer diminuent après l'intervention, toutefois celle-ci peut être anormalement élevée en préopératoire et associée à une perception plus élevée du risque de cancer (qualité de preuve basse).

Recommandations : il est nécessaire de prendre en compte le contexte psychologique de la patiente avant la MRR (recommandation forte).



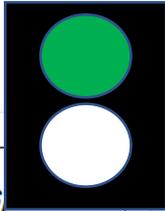
Modalités pré-opératoires

Question 6 : Chez une femme sans prédisposition héréditaire identifiée chez qui une MRR est choisie, **quelles modalités préopératoires** (consultations, délai de réflexion, etc.) sont recommandées ?

- Délai de réflexion
- Cs psychologue
- Validation RCP
- Equipe spécialisée



Recommandations: en cas de MRR, il est conseillé de respecter les modalités préopératoires définies par l'INCa en 2017 : le respect d'un délai de réflexion, la proposition d'une consultation psychologique, la validation préalable en RCP et la réalisation par une équipe spécialisée multidisciplinaire (recommandation forte).



Conclusion



✓ **PEU d'indications de MRR qui peuvent être acceptées :**

- lésions atypiques diffuses bilatérales (CLIS de type pléiomorphe ou à nécrose axiale calcifiée)
- lorsque le risque familial est estimé supérieur à 30 %
- la mastectomie controlatérale en cas de cancer du sein infiltrant de bon pronostic survenant chez une femme jeune qui en fait la demande
- certains cas de lymphome de Hodgkin traité par radiothérapie chez une femme jeune qui en fait la demande.

✓ **Les MRR peuvent être conservatrices de la peau et de la PAM**

✓ **La MRR présente un risque de complications**

✓ **Information claire, loyale et appropriée avant la chirurgie**

✓ **Délai de réflexion.**